

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

*Κοινωνικές ανισότητες στον χώρο υγείας και πρόνοιας.
Η πρόσβαση των ανήλικων μεταναστών στο πρόγραμμα
Εθνικού εμβολιασμού σε σύγκριση με τους ανήλικους
Έλληνες (4-6 ετών) στο νησί της Λέσβου.*

Χρόνη Αγγελική

Επιβλέπων Καθηγητής
Τσιότρας Γεώργιος

Ιούνιος, 2018

Ολοκληρώνοντας την μεταπτυχιακή μου διατριβή θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όλα τα άτομα που με στήριζαν ψυχολογικά, ηθικά και πρακτικά για την εκπόνηση της.

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω το κ Τσιότρα Γεώργιο, που ήταν και ο επιβλέπων της μεταπτυχιακής μου διατριβής για την πολύτιμη καθοδήγηση του και την προθυμία του να με βοηθήσει στην επίλυση των προβλημάτων.

Επίσης, ευχαριστώ τον κ Τάλια Μιχαήλ ο οποίος ήταν και ο ακαδημαϊκός υπεύθυνος και όλους τους υπόλοιπους καθηγητές μου, όπου καθ' όλης της διάρκειας των σπουδών μου έδωσαν κατευθυντήριες γραμμές και γνώσεις.

Τέλος, ευχαριστώ τον αγαπημένο μου φίλο και συνάδελφο κ Μούτση που με τις γνώσεις του και την υπομονή του μου έδινε κουράγιο να τελειώσω τις σπουδαστικές μου υποχρεώσεις.

Αφιερώνω την εργασία μου στο σύζυγό μου Δημήτρη και στις τρεις κόρες μας Ελπινίκη, Μυρσίνη και Νικολίνα για την υπομονή και συμπαράσταση τους καθώς και στο ευρύτερο οικογενειακό μου περιβάλλον που με στηρίζει όλα αυτά τα χρόνια.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	1
Περιεχόμενα.....	2
Εισαγωγή.....	3
Εισαγωγή στα Αγγλικά (Introduction).....	5
Κεφάλαιο 1.Ισοτιμία στην υγεία και στην πρόνοια	7
1.1.Ισοτιμία στην πρόσβαση στην υγεία.....	7
1.2.Ισοτιμία στην πρόσβαση στην πρόνοια.....	11
1.3. Παράγοντες που επηρεάζουν την ισότητα.....	14
Κεφάλαιο 2. Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία και στην πρόνοια	16
2.1. Ορισμός των κοινωνικών ανισοτήτων.....	16
2.2. Δείκτες κοινωνικών ανισοτήτων	22
2.3. Αιτίες κοινωνικών ανισοτήτων.....	25
2.4.Ερευνητικά δεδομένα	27
Κεφάλαιο 3. Κοινωνικές ανισότητες στην Ελλάδα και οικονομική κρίση	30
3.1. Δείκτες και αιτίες κοινωνικών ανισοτήτων.....	30
3.2. Ομάδες που βιώνουν κοινωνικές ανισότητες.....	42
Κεφάλαιο 4. Μεθοδολογία.....	48
4.1. Ερευνητική μέθοδος	48
4.2.Ερευνητικό εργαλείο.....	48
4.3. Ερευνητικό δείγμα	49
4.4.Ερευνητική διαδικασία.....	49
4.5.Ερευνητικοί περιορισμοί	49
Κεφάλαιο 5.Ερευνητικά ευρήματα.....	49
Κεφάλαιο 6.Συμπεράσματα-Συζήτηση.....	75
Βιβλιογραφία.....	76
Παράρτημα	85

Εισαγωγή

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την ισότητα ως την ισοτιμία στην πρόσβαση στην φροντίδα υγείας που υπάρχει. Αυτό σημαίνει ότι όλοι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν τα ίδια δικαιώματα και τις ίδιες ευκαιρίες για πρόσβαση στην υγεία και στις υπηρεσίες της χωρίς να γίνονται διακρίσεις βασισμένες σε παράγοντες και κριτήρια όπως η κοινωνική κατάσταση, η οικονομική κατάσταση, η φυλή, ο πολιτισμός, κ.ά. (Κυριόπουλος κ.ά., 1999).

Εκτός όμως από την ισοτιμία στην πρόσβαση στη φροντίδα και στις υπηρεσίες υγείας, η ισότητα έγκειται και στις συνθήκες που επηρεάζουν την υγεία του ανθρώπου όπως για παράδειγμα αυτές της διαβίωσης. Η ύπαρξη της ισότητας τεκμηριώνεται δε από την απουσία διαφορών σε δείκτες σχετικούς με την υγεία ανάμεσα σε διαφορετικές κοινωνικές και πληθυσμιακές ομάδες (Cumper, 1991). Για παράδειγμα στην μελέτη που διεξήγαγαν οι Mackenbach et al. (2008), αναφορικά με τις ανισότητες στην υγεία σε 22 χώρες της Ευρώπης, εξετάστηκαν οι δείκτες της θνησιμότητας, η εκπαίδευση, η ισότητα, κ.ά.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να εξετάσει τις κοινωνικές ανισότητες στον χώρο υγείας και πρόνοιας και ειδικότερα στην Ελλάδα. Ειδικότερα, στόχο έχει να εξετάσει αν εντοπίζονται κοινωνικές ανισότητες στην πρόσβαση των ανηλίκων μεταναστών στο πρόγραμμα Εθνικού εμβολιασμού σε σύγκριση με τους ανηλίκους Έλληνες (4 έως 6 ετών) στο νησί της Λέσβου.

Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα που καλείται να απαντήσει η έρευνα είναι:

- 1) Εντοπίζονται ανισότητες στον τομέα της υγείας και της πρόνοιας στην Ελλάδα;
- 2) Ποιοι είναι οι βασικοί δείκτες των κοινωνικών ανισοτήτων στον τομέα της υγείας και της πρόνοιας στην Ελλάδα;
- 3) Ποιες είναι οι αιτίες των κοινωνικών ανισοτήτων στον τομέα της υγείας και της πρόνοιας στην Ελλάδα;

Στο πλαίσιο της αναζήτησης και της έρευνας για τους κοινωνικούς παράγοντες, τα τελευταία χρόνια υπάρχει μεγάλη εστίαση και προβληματισμός για το αν η οικονομική κρίση επηρεάζουν την υγεία λόγω των νέων φαινομένων που δημιουργεί όπως η απώλεια εργασίας, η επίδραση στην ψυχική υγεία, η δημιουργία εθισμών, ή η υιοθέτηση πιο ανθυγιεινών τρόπων ζωής όπως η κατανάλωση πιο φθηνού φαγητού που δεν έχει διατροφική αξία ή το κάπνισμα ως αντίδραση στην αύξηση του άγχους, η ελλιπής διαχείριση των ασθενών λόγω της υπερφόρτωσης των υπηρεσιών υγείας ή την καθυστέρηση παροχής φροντίδας σε ασθενείς που δεν μπορούν να καλύψουν το επιπρόσθετο κόστος που απαιτείται ή λόγω άλλων διακρίσεων (Stuckler et al., 2009).

Τις σημαντικές επιπτώσεις που θα επιφέρει η οικονομική κρίση έχει αναγνωρίσει και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας που θεωρεί πολύ πιθανή την αύξηση περιστατικών άγχους, αυτοκτονιών και ψυχικών ασθενειών καθώς και ότι οι πρώτοι που θα πληγούν από τις νέες συνθήκες θα είναι οι φτωχοί και οι ευάλωτοι. Δυσκολία επίσης εντοπίζει και στον καθορισμό των προϋπολογισμών για την υγεία λόγω των προβλημάτων που θα υπάρξουν (Stuckler et al., 2009).

Στην Ελλάδα που βιώνει σημαντικές επιπτώσεις λόγω της οικονομικής κρίσης είναι σημαντική η εξέταση των ομάδων που πλήγονται από αυτή και είναι δέκτες κοινωνικών ανισοτήτων. Στις ομάδες αυτές εντάσσονται και οι μετανάστες που είναι δέκτες και άλλων ανισοτήτων και διακρίσεων και είναι ζωτικής σημασίας να αναδειχθούν οι παράγοντες δημιουργίας τους για την ανάπτυξη πολιτικών που θα εστιάζουν στην επίλυση του φαινομένου.

Εισαγωγή στα Αγγλικά (Introduction)

The World Health Organization defines equality as the parity in access to health care. This means that all people must have the same rights and the same opportunities for access to health and its services, without discrimination based on factors and criteria such as social status, economic situation, race, culture, a. (Kyriopoulos et al., 1999).

However, apart from equal access to care and health services, equality also applies to conditions affecting human health such as living conditions. The existence of equality is documented by the absence of differences in health indicators between different social and population groups (Cumper, 1991). For example, in the study conducted by Mackenbach et al. (2008), with regard to health inequalities in 22 European countries, mortality, education, equality, etc. were examined.

The purpose of this research is to examine social inequalities in the health and welfare area and especially in Greece. In particular, it aims at examining whether social inequalities in the access of juvenile migrants to the National Vaccination Program are identified as compared to minors (4 to 6 years old) on the island of Lesbos.

The main research questions to be answered by the survey are:

- 1) Are inequalities in health and welfare identified in Greece?
- 2) What are the main indicators of social inequalities in health and welfare in Greece?
- 3) What are the causes of social inequalities in health and welfare in Greece?

In the context of general research and research into social factors, in recent years there has been a great deal of focus and reflection on whether the economic crisis affects health due to new phenomena such as loss of work, mental health effects, addiction, or the adoption of more unhealthy lifestyles such as the consumption of cheaper non-nutritional food or smoking in response to anxiety, poor patient management due to overloading health services or to delay care for patients who cannot meet the extra costs required or due to other discrimination (Stuckler et al., 2009).

The significant impact that the economic crisis will have has been recognized by the World Health Organization, which considers it very likely to increase the incidence of anxiety, suicide and mental illness, and that the first to be hit by the new conditions will be the poor and the vulnerable. Difficulty is also found in determining health budgets due to the problems that will arise (Stuckler et al., 2009).

In Greece, which is experiencing significant repercussions due to the economic crisis, it is important to examine the groups that suffer from it and are receiving social inequalities. These groups also include immigrants who are recipients of other inequalities and discrimination, and it is vital to highlight their own actors in developing policies that will focus on resolving the phenomenon.

Κεφάλαιο 1.Ισοτιμία στην υγεία και στην πρόνοια

1.1.Ισοτιμία στην πρόσβαση στην υγεία

Η κατανομή των πόρων προϋποθέτει την θέσπιση προτεραιοτήτων από αυτούς που λαμβάνουν αποφάσεις στον τομέα της υγείας. Στο πλαίσιο αυτό απαιτείται να ληφθούν υπόψη μία σειρά παραγόντων, τόσο αντικειμενικών, όσο και υποκειμενικών. Στην αξιολόγηση προγραμμάτων, παρεμβάσεων και συστημάτων υγείας με σκοπό την κατανομή των πόρων, χρησιμοποιούνται μία σειρά κριτηρίων για τις επιπτώσεις που μπορούν να υπάρξουν, μεταξύ αυτών και στον τομέα της ισότητας (Elliott & Payne, 2005; Guindo et al., 2012).

Σύμφωνα με τους Guindo et al. (2012), τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται εντάσσονται σε εννέα βασικές κατηγορίες που είναι τα αποτελέσματα και τα οφέλη υγείας που προκύπτουν από την παρέμβαση ή το πρόγραμμα, τα είδη των οφελών υγείας, τις επιπτώσεις της ασθένειας που η παρέμβαση στοχεύει, το θεραπευτικό πλαίσιο της παρέμβασης, τις οικονομικές επιπτώσεις της παρέμβασης, την ποιότητα και την αβεβαιότητα των αποδείξεων, την εφαρμογή της πολυπλοκότητας της παρέμβασης, τις προτεραιότητες, τη δικαιοσύνη και την ηθική και τέλος, το γενικό πλαίσιο της παρέμβασης (Guindo et al., 2012).

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η λήψη αποφάσεων στον τομέα της υγείας γενικότερα δεν είναι μία εύκολη διαδικασία λόγω της πολυπλοκότητας των παραγόντων που περιλαμβάνει και δεν μπορεί να βασίζεται αποκλειστικά στο κόστος λόγω των ενδεχόμενων επιπτώσεων που μπορεί να υπάρξουν (Williams & Bryan, 2007). Αυτός είναι και ο λόγος που οι οικονομικές αξιολογήσεις που γίνονται για να παρέχουν πληροφορίες για την κατανομή πόρων εξετάζουν μεν συγκριτικά τις εναλλακτικές δράσεις που υπάρχουν, τόσο ως προς το κόστος τους, όσο και προς τις συνέπειες τους, αλλά οι προσεγγίσεις που ακολουθούν δεν είναι οι ίδιες (Husereau et al., 2013).

Η ισότητα και η αποδοτικότητα αποτελούν δύο βασικά κριτήρια για την οικονομική αξιολόγηση. Εντούτοις, αυτά τα δύο μεταξύ τους δεν είναι συμβατά και δυσκολεύουν ιδιαίτερα τη λήψη μίας απόφασης. Για

παράδειγμα, μπορεί να είναι πιο αποδοτικό να αγοραστεί για μία ασθένεια ένα νέο εμβόλιο παρά να εμβολιαστούν περισσότερα άτομα με τα ίδια εμβόλια. Αυτό όμως δημιουργεί προβλήματα ισότητας. Ο πληθυσμός που είναι πιθανό να μπορεί να εμβολιαστεί με το νέο εμβόλιο είναι αυτοί που έχουν περισσότερα χρήματα, που ζουν σε αστικές περιοχές ή έχουν διαφορετικό εκπαιδευτικό επίπεδο, διαφορετική θρησκεία και γενικότερα διαφορετικά χαρακτηριστικά που μπορούν να επηρεάσουν το μέγεθος του εμβολιασμού (WHO, 2008).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την ισότητα ως την ισοτιμία στην πρόσβαση στην φροντίδα υγείας που υπάρχει. Αυτό σημαίνει ότι όλοι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν τα ίδια δικαιώματα και τις ίδιες ευκαιρίες για πρόσβαση στην υγεία και στις υπηρεσίες της χωρίς να γίνονται διακρίσεις βασισμένες σε παράγοντες και κριτήρια όπως η κοινωνική κατάσταση, η οικονομική κατάσταση, η φυλή, ο πολιτισμός, κ.ά. (Κυριόπουλος κ.ά., 1999).

Εκτός όμως από την ισοτιμία στην πρόσβαση στη φροντίδα και στις υπηρεσίες υγείας, η ισότητα έγκειται και στις συνθήκες που επηρεάζουν την υγεία του ανθρώπου όπως για παράδειγμα αυτές της διαβίωσης. Η ύπαρξη της ισότητας τεκμηριώνεται δε από την απουσία διαφορών σε δείκτες σχετικούς με την υγεία ανάμεσα σε διαφορετικές κοινωνικές και πληθυσμιακές ομάδες. Για παράδειγμα στην μελέτη που διεξήγαγαν οι Mackenbach et al. (2008), αναφορικά με τις ανισότητες στην υγεία σε 22 χώρες της Ευρώπης, εξετάστηκαν οι δείκτες της θνησιμότητας, η εκπαίδευση, η ισότητα, κ.ά.

Για να μπορέσει η ισότητα να χρησιμοποιηθεί στην αξιολόγηση ενός συστήματος υγείας, απαραίτητη προϋπόθεση είναι η αποδοχή της θέσης της σχολής της ισοτιμίας ότι η υγεία συνιστά κοινωνικό αγαθό. Η σχολή της ισοτιμίας πρεσβεύει ότι οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να παράγονται και να διανέμονται με μοναδικό κριτήριο τις ρεαλιστικές ανάγκες των ανθρώπων. Δηλαδή, οι πόροι που διατίθενται για τις υπηρεσίες υγείας να κατανέμονται ισότιμα, στοιχείο που συνδέει την ισότητα με την αποδοτική διανομή των

πόρων (Long & Harrison, 1985). Η αντίθετη άποψη που υπάρχει για την ισότιμη διανομή των πόρων και των υπηρεσιών με κριτήριο τις ανάγκες, είναι η φιλελεύθερη που υποστηρίζει ότι η διανομή, ασχέτως αν αφορά την υγεία, θα πρέπει να γίνεται σύμφωνα τους κανόνες της ελεύθερης αγοράς, όπως ισχύει και για υπόλοιπα καταναλωτικά προϊόντα (Πολύζος, 1999).

Η ισότητα διέπεται από την οριζόντια και την κάθετη διάσταση. Η οριζόντια διάσταση της ισότητας περιλαμβάνει την ισότιμη κατανομή πόρων και υπηρεσιών και την ισότιμη πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας από το σύνολο του πληθυσμού. Στόχος της οριζόντιας διάστασης είναι να μειώνονται οι ανισότητες και οι αποκλίσεις που υπάρχουν στους δείκτες υγείας γεωγραφικά και πληθυσμιακά (Πολύζος, 1999).

Η κάθετη διάσταση της ισότητας αναγνωρίζει ότι η κατανάλωση των υπηρεσιών γίνεται βάσει των αναγκών του κάθε ανθρώπου και αυτό σημαίνει ότι είναι διαφοροποιημένη ανά περίπτωση. Αυτό σημαίνει ότι και η χρηματοδότηση πρέπει να είναι διαφοροποιημένη και προοδευτική, ανάλογα με την οικονομική δυνατότητα του κάθε ασθενή (Πολύζος, 1999).

Η διανομή των πόρων στον τομέα υγείας δεν γίνεται σε όλες τις περιπτώσεις με ενιαίο τρόπο διότι η εφαρμογή της εξαρτάται από τους στόχους που έχει θέσει το κάθε σύστημα υγείας. Ευρέως αποδεκτό όμως είναι πως η διανομή των πόρων πρέπει να γίνεται με τέτοιο τρόπο ώστε να εξασφαλίζει τα μέγιστα δυνατά αποτελέσματα της συνολικής υγείας του πληθυσμού και την ευημερία της κοινωνίας στο πλαίσιο της ισότητας (Lane et al., 2016).

Αυτό σημαίνει ότι η οικονομική αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να εστιάζει σε συγκεκριμένες συνιστώσες για να υπάρξει επίτευξη της ισότητας (Cookson et al., 2009). Μία από αυτές είναι η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, δηλαδή αν οι άνθρωποι έχουν ίσες ευκαιρίες στη λήψη υπηρεσιών υγείας. Αυτό σημαίνει την εστίαση στη διαδικασία της παροχής ίσων ευκαιριών κυρίως, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη γεωγραφικοί, κοινωνικοί και οικονομικοί περιορισμοί, και όχι στα αποτελέσματα υγείας

που υπάρχουν. Η συνιστώσα της πρόσβασης έχει τρία υπό-πεδία τα οποία είναι η ποσότητα των υπηρεσιών, η ποιότητα τους και η επιβάρυνση του κόστους (Lane et al., 2016).

Η ισότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας όμως δεν σημαίνει απαραίτητως και την ισότιμη χρήση τους. Αυτός είναι και ο λόγος που στο πλαίσιο της ισότητας εντάσσεται και αυτή της ικανότητας να μπορεί κάποιος να κάνει όντως χρήση των υπηρεσιών. Τέλος, μία ακόμα συνιστώσα της ισότητας είναι αυτή των αποτελεσμάτων υγείας. Προκειμένου να υπάρχει ένα ισότιμο αποτέλεσμα υγείας, οι άνθρωποι που βρίσκονται σε διαφορετικό στάδιο κάποιας ασθένειας θα πρέπει να λάβουν διαφορετικά επίπεδα θεραπείας. Επίσης, το αποτέλεσμα της υγείας θα πρέπει να είναι τέτοιο ώστε να επιφέρει στο άτομο την ικανότητα να είναι λειτουργικό στην κοινωνία (Lane et al., 2016).

Η έννοια της ισότητας κινείται στο πλαίσιο της παροχής των υπηρεσιών υγείας, της πρόσβασης σε αυτές και των αποτελεσμάτων τους καθώς και της ανάγκης που υπάρχει εκ μέρους των ασθενών και η οποία πρέπει να καλυφθεί, ασχέτως από την ικανότητα τους να καταβάλλουν το αντίτιμο των υπηρεσιών υγείας. Η ισότητα όμως δεν σχετίζεται μόνο με την οικονομική διάσταση αφού η επίτευξη της απαιτεί και την άρση διακρίσεων που μπορεί να προκαλούν κοινωνικοί ή προσωπικοί παράγοντες (Lane et al., 2016).

Το ζήτημα της ισότητας τίθεται και στο θέμα της οικονομικής αξιολόγησης. Η ισότητα αλλά και η κάθετη ισότητα αποτελούν βασικά κριτήρια της οικονομικής αξιολόγησης, δηλαδή αν παρέχεται η ευκαιρία να δοθεί ίση θεραπεία σε άτομα που βρίσκονται σε ίδιες συνθήκες και αν υπάρχει προτεραιότητα για άτομα που αντιμετωπίζουν χειρότερα προβλήματα (WHO, 2008).

Πλέον έχει γίνει ευρέως αποδεκτό ότι η ισότητα, η φτώχεια αλλά και ο κίνδυνος της φτωχοποίησης από την ασθένεια μπορούν να επηρεάσουν τις προτεραιότητες που τίθενται για τους πόρους που είναι διαθέσιμοι αλλά και τις αποφάσεις που σχετίζονται με την αξιολόγηση. Επιπλέον, η

αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος ή μίας παρέμβασης και ο τρόπος δημιουργίας προτεραιοτήτων θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη στο πλαίσιο της ισότητας και τους κοινωνικούς και προσωπικούς παράγοντες όπως για παράδειγμα αν είναι αποδεκτά πολιτισμικά για έναν πολιτισμό. Η ίδια παρέμβαση μπορεί να επιφέρει διαφορετικά αποτελέσματα ανάμεσα στους πληθυσμούς αν δεν ληφθούν υπόψη αυτοί οι παράγοντες (WHO, 2008).

Το πρόβλημα βέβαια που παρατηρείται είναι ότι οι περισσότερες των παρεμβάσεων που έχουν στόχο την μείωση των ανισοτήτων έχει εντοπιστεί ότι τείνουν στη διαμόρφωση συγκεκριμένων παραγόντων του τρόπου ζωής όπως το κάπνισμα διότι αυτά τα θέματα είναι πιο εύκολο να εντοπιστούν και να αντιμετωπιστούν. Άλλοι κοινωνικοί παράγοντες που είναι πιο ευρείς δεν είναι το ίδιο ορατοί και προσβάσιμοι και πολλές φορές αγνοούνται, κάτι που αναδεικνύει την ανάγκη μεγαλύτερης έρευνας προς αυτή την κατεύθυνση (Bambra et al., 2009).

1.2.Ισοτιμία στην πρόσβαση στην πρόνοια

Η μελέτη της ισότητας είναι ένα πολυεπιστημονικό πεδίο το οποίο περιλαμβάνει κλάδους του δικαίου, της κοινωνιολογίας, της κοινωνικής πολιτικής και της πολιτικής θεωρίας. Κάθε κλάδος έχει τη δική του γλώσσα και βιβλιογραφία για την ισότητα, την ανισότητα και την κοινωνική δικαιοσύνη. Οι τρεις όροι τείνουν να χρησιμοποιούνται εναλλακτικά. Ορισμένες έννοιες ή αρχές έχουν τεθεί ως θεμελιώδεις για τη μελέτη της κοινωνικής πολιτικής γενικότερα. Οι Blakemore & Warwick-Booth (2013), για παράδειγμα, αναφέρουν την ισότητα, τη δικαιοσύνη, τις ανάγκες και τα δικαιώματα, καθώς και την ισότητα. Η ισότητα αποτελεί βασική ιδέα για την ενημέρωση του κανονιστικού πλαισίου της κοινωνικής πολιτικής. Η ισοτιμία σύμφωνα με τον Lister (2005) είναι μια αρχή που εφαρμόζεται στην κατανομή των υπηρεσιών και των ωφελειών για να επιτευχθεί αυτό που θεωρείται δίκαιη κατανομή. Επομένως, η αναζήτηση για την ισότητα σύμφωνα με τον Holden (2006) μας επιτρέπει να αναλύσουμε και να επιδιώξουμε

μεταρρυθμίσεις που σχετίζονται με τη φτώχεια, τον πλούτο, τη διανομή, την υγεία, τη στέγαση και ολόκληρη την ευημερία και των σχετικών με αυτή θεμάτων.

Υπάρχουν πολλές αντιλήψεις για την ισότητα που δεν μπορούν να συνοψιστούν ή να κατηγοριοποιηθούν στην παρούσα φάση. Βασικό χαρακτηριστικό της όμως είναι η σχέση ισότητας και ελευθερίας. Η διάκριση μεταξύ θετικής και αρνητικής ελευθερίας ανήκει στον Καντ σύμφωνα με τον Rawls (2001).

Για τον Berlin (1969), η αρνητική ελευθερία είναι η απουσία εμποδίων, φραγμών και περιορισμών. Κάποιος έχει αρνητική ελευθερία στο βαθμό που κάποιος είναι ελεύθερος να ενεργεί με τη θέλησή του και δεν εμποδίζεται να το πράξει με την επιβολή της θέλησης του άλλου, για παράδειγμα μέσω σωματικής δύναμης. Η αρνητική ελευθερία δίνει στους ανθρώπους το χώρο αλλά όχι απαραίτητα την ικανότητα να ενεργούν αυτόνομα. Αντίθετα, η θετική ελευθερία είναι η ικανότητα δράσης - η δυνατότητα να ενεργεί κάποιος με τέτοιο τρόπο ώστε να πραγματοποιεί τις επιλογές και τη θέλησή του.

Τα πολιτικά και κοινωνικά δικαιώματα που περιγράφει ο Marshall (1950) χαρακτήρισαν το μεταπολεμικό κίνημα ανθρωπίνων δικαιωμάτων, αποτελούσαν τις δράσεις και τις προβλέψεις που θεωρούνταν ότι οι κυβερνήσεις έπρεπε να εξασφαλίσουν και να παράσχουν, ώστε οι πολίτες να έχουν τόσο θετική όσο και αρνητική ελευθερία. Η προτεραιότητα στα φιλελεύθερα κράτη πρόνοιας όπως η Βρετανία και η Ιρλανδία έχει δοθεί παραδοσιακά στην αρνητική και στη θετική ελευθερία. Οι μεταπολεμικές κυβερνήσεις στην Ευρώπη εισήγαγαν δωρεάν ή υψηλά επιδοτούμενες δημόσιες κοινωνικές υπηρεσίες ως μέρος μιας γενικής μεταπολεμικής αλλαγής προς τα αξιοκρατικά και ισότιμα ιδεώδη. Το μεταπολεμικό Κίνημα ανθρωπίνων δικαιωμάτων χρησιμοποίησε την έννοια του αδιαίρετου των θεμελιωδών δικαιωμάτων και ελευθεριών για να δικαιολογήσει την ανάπτυξη διατάξεων κοινωνικής πρόνοιας από τις φιλελεύθερες

κυβερνήσεις. Η έννοια του αδιαίρετου χαρακτήρα αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο τα κοινωνικό-οικονομικά, αστικά και πολιτικά δικαιώματα αλληλοσυνδέονται και αλληλοϋποστηρίζονται (Marshall, 1950). Η έννοια της κοινωνικής υπηκοότητας του Marshall παρέχει δικαιώματα στα βασικά πρότυπα εκπαίδευσης, υγείας και κοινωνικής μέριμνας, στέγασης και συντήρησης εισοδήματος (Marshall, 1950).

Μέχρι το 1970, οι ιδέες για το σκοπό, τις λειτουργίες και τις φιλοδοξίες του κράτους πρόνοιας παρέμειναν ριζωμένες στις ποικιλίες της κεϋνσιανής σοσιαλδημοκρατίας, αν και, όπως επισημαίνει ο Powell (2000), η ισότητα δεν ήταν αναγκαστικά στόχος του κράτους πρόνοιας και σίγουρα δεν ήταν ποτέ ο μοναδικός στόχος. Η ισότητα και η κοινωνική δικαιοσύνη επηρέασαν έντονα την μεταπολεμική πολιτική στο Ηνωμένο Βασίλειο και αλλού στην Ευρώπη. Ο Dean (2003) αναγνωρίζει και εξετάζει τρεις παράλληλες συζητήσεις σχετικά με τους στόχους των συστημάτων κοινωνικής πρόνοιας. Οι στόχοι αυτοί είναι των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, της ευημερίας και της ικανοποίησης των αναγκών.

Η έκθεση Beveridge σχετικά με την κοινωνική και συμμαχική ασφάλιση περιλάμβανε ένα, σε μεγάλο βαθμό, σιωπηρό μοντέλο ισότητας. Το μοντέλο ήταν σαφές σχετικά με τη σκοπιμότητα μεγαλύτερης ισότητας ευκαιριών και συνθηκών μεταξύ των ατόμων και ενέκρινε τη συνηθισμένη μεταπολεμική δέσμευση για μη διακρίσεις. Ο Beveridge (1942) υποστήριξε ότι το μεταπολεμικό κράτος πρόνοιας έπρεπε να παραχωρήσει σε όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα από τη φυλή, τη θρησκεία ή το χρώμα, τα πλήρη και ίσα κοινωνικά δικαιώματα. Το επιχείρημά του ήταν διατυπωμένο ως πρόσκληση προς τα συμφέροντα των μεσαίων και ελίτ τάξεων. Αυτός ήταν ο ισχυρισμός ότι το σύστημα έπρεπε να είναι ισότιμο προκειμένου να προληφθεί και να περιοριστεί η πιθανή μεταπολεμική διαταραχή και η κοινωνική βλάβη που είχε υπάρξει. Αυτή ήταν μια θεμελιωδώς αρνητική ή αμυντική άποψη της κοινωνικής πρόνοιας σε σχέση με την ισότητα. Για παράδειγμα, το φιλελεύθερο σύστημα Beveridge που εισήχθη βασιζόταν αποκλειστικά σε μια διαφορετική και άνιση κατανομή των φύλων στην εργασία (Williams, 1989).

Ο Tawney αναφέρθηκε στην πρακτική ισότητα με την οποία εννοούσε ένα πολιτικό περιβάλλον που παρέχει στους πολίτες μια επαρκή αρχή όσον αφορά τα αγαθά, τις υπηρεσίες και τους όρους ζωής και την επακόλουθη δίκαιη πρόσβαση σε σχετικούς πόρους, ώστε να μπορέσουν να αξιοποιήσουν τις ατομικές τους ικανότητες. Η πρακτική ισότητα συνεπαγόταν επίσης δέσμευση για κοινωνική κινητικότητα. Υπονοεί ότι οι ουσιαστικές ανισότητες πρέπει να περιορίζονται τουλάχιστον στο σημείο όπου η ισότητα και η ισοτιμία δεν αντισταθμίζονται από την ικανότητα του καλύτερου να αποκλείσει τον εαυτό τους. Η προσέγγιση του Tawney για την κοινωνική δικαιοσύνη επηρέασε τους στοχαστές και τους διαμορφωτές του Εργατικού Κόμματος για το μεγαλύτερο μέρος της μεταπολεμικής περιόδου (Ellison & Ellison, 2006).

Για τον Titmuss ήταν σαφές ότι η ανακατανομή, η καθολικότητα, η μη διάκριση και η μείωση της ανισότητας της κατάστασης ήταν τα πολιτικά και κοινωνικά ζητήματα και αξίες που θα έπρεπε να οδηγούν στη δημόσια πολιτική και τον σχεδιασμό της (Titmuss & Alcock, 2001). Ο Beveridge υιοθέτησε μια αμυντική θέση για την υποστήριξη της αναδιανομής, της ισότητας και της καθολικής κοινωνικής πρόνοιας. Ο Titmuss, αντίθετα, προσυπέγραψε τον λόγο που πιθανόν σήμερα να αναφέρουμε ως ανθρώπινη ευημερία και ανθρώπινη ανάπτυξη. Όσον αφορά το τι πρέπει να κάνει με τον πλούτο του έθνους, ο Titmuss απέρριψε την ισοδυναμία της προόδου με το υλικό πλούτο. Γι' αυτόν, η ανθρώπινη ανάπτυξη ήταν ο στόχος και το μέτρο της κοινωνικής προόδου.

1.3. Παράγοντες που επηρεάζουν την ισότητα

Η συσχέτιση μεταξύ της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και της υγείας είναι πλέον καλά τεκμηριωμένη μέσω ενός μεγάλου αριθμού εμπειρικών μελετών στους τομείς της επιδημιολογίας, της κοινωνικής ιατρικής, της κοινωνιολογίας και της οικονομίας (Marmot et al., 1991; Deaton, 2003; Subramanian & Kawachi, 2004; Marmot, 2004; Marmot & Wilkinson,

2005). Ο προσδιορισμός μιας σαφούς κοινωνικής κλίμακας στην υγεία αποκαλύπτει ότι αυτοί που βρίσκονται χαμηλότερα έχουν χειρότερη υγεία ενώ αυτοί που βρίσκονται υψηλότερα, καλύτερη. Επιπλέον, μελέτες δείχνουν ότι αυτό το πρότυπο έχει γίνει πιο έντονο με την πάροδο του χρόνου (Mackenbach et al., 2003). Δηλαδή, παρόλο που οι άνθρωποι έχουν αποκτήσει μόρφωση, ο ρόλος της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης στην εξήγηση της υγείας σταδιακά γίνεται όλο και πιο σημαντικός.

Σε αυτό το πλαίσιο, θεωρείται εξαιρετικά περίεργο το γεγονός ότι ένας αυξανόμενος αριθμός συγκριτικών διακρατικών μελετών διαπιστώνει ότι η κοινωνική ανισότητα στην υγεία φαίνεται να είναι τόσο ισχυρή ή και ισχυρότερη στις σκανδιναβικές χώρες από ό,τι στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες (Doorslaer & Koolman, 2004; Kunst et al., 2004; Mackenbach et al., 2008). Παρόλο που το εισόδημα και η εκπαίδευση, καθώς και οι υπηρεσίες υγείας κατανέμονται πιο ομοιόμορφα στους πολίτες των χωρών αυτών, σύμφωνα με τις μελέτες αυτές, δεν υπάρχουν σχετικές διαφορές στην υγεία. Φαίνεται ότι σχετικά μικρές διαφορές στο κοινωνικοοικονομικό καθεστώς προκαλούν μεγάλες σχετικές διαφορές στην υγεία στα σκανδιναβικά κράτη πρόνοιας. Με άλλα λόγια, οι μικρότερες διαφορές στο εισόδημα και στην εκπαίδευση καθιστούν την *κατ'εξοχή* της κοινωνικής κλίσης πιο απότομη. Το ίδιο αποτέλεσμα προκύπτει με τη χρήση άλλων διμερών μέτρων κοινωνικής ανισότητας στην υγεία, όπως ο δείκτης συγκέντρωσης (CI) και ο λόγος πιθανότητας. Αυτό θεωρήθηκε ως το παράδοξο της ισότητας της υγείας του κράτους πρόνοιας.

Κεφάλαιο 2. Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία και στην πρόνοια

2.1. Ορισμός των κοινωνικών ανισοτήτων

Μια πολύ σημαντική εξέλιξη της βιβλιογραφίας για την κοινωνική επιστήμη και την υγεία κατά την τελευταία δεκαετία ήταν η εστίαση στο πώς οι κοινωνικές ανισότητες επηρεάζουν την υγεία των πληθυσμών (Navarro & Shi, 2001). Υπάρχει συνεπώς αυξανόμενη αναγνώριση ότι πολλές χώρες αντιμετωπίζουν σοβαρές κοινωνικές ανισότητες στην υγεία, που χαρακτηρίζονται ως μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις για τη δημόσια υγεία σήμερα. Οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία είναι οι συστηματικές διαφορές στην υγεία μεταξύ των διαφόρων κοινωνικοοικονομικών ομάδων (Whitehead, 2007).

Ενόψει ισχυρών παγκόσμιων οικονομικών, κοινωνικών και πολιτικών τάσεων και μεταβολών, πολλές χώρες δυσκολεύονται να εφαρμόσουν και να διατηρήσουν πολιτικές προώθησης της ισότητας σε τομείς με σημαντικές επιδράσεις στην υγεία. Οι πρόσφατες εκθέσεις διεθνών φορέων σημείωσαν διευρυμένες εισοδηματικές ανισότητες σε πολλές χώρες, όπως η Αργεντινή, η Βολιβία, η Βραζιλία, το Περού, η Βενεζουέλα, το Μπαγκλαντές, η Ταϊλάνδη, η Βουλγαρία, η Τσεχική Δημοκρατία, τα κράτη της Βαλτικής, η Αυστραλία, το Ηνωμένο Βασίλειο και οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Στη Λατινική Αμερική, ο απόλυτος αριθμός των ατόμων που ζουν σε συνθήκες φτώχειας έχει αυξηθεί σημαντικά από το 1980 και η αναλογία των ατόμων που ζουν σε συνθήκες φτώχειας είναι γενικά στάσιμη και αυξάνεται σε ορισμένες χώρες (Braveman & Tarimo, 2002).

Ενώ οι διαχρονικές τάσεις όσον αφορά τις διαφορές στον πλούτο είναι σχετικά καλά τεκμηριωμένες σε τακτική βάση, λίγες χώρες συλλέγουν

συστηματικά στοιχεία που επιτρέπουν την εξέταση της χρονικής εξέλιξης των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία. Ωστόσο, σε πολλές βιομηχανικές χώρες έχει αποδειχθεί η διεύρυνση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην κατάσταση της υγείας. Η έκθεση σχετικά με τις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία στην Αγγλία για παράδειγμα έδειξε ότι οι ανισότητες στα ποσοστά θνησιμότητας μεταξύ των απασχολούμενων ανδρών που εργάζονταν στην υψηλότερη και χαμηλότερη θέση στην επαγγελματική τάξη διευρύνθηκαν σταθερά από το 1949 έως το 1970. Εκτός από το διαρκώς αυξανόμενο χάσμα μεταξύ κοινωνικοοικονομικών ομάδων όπως αντανακλάται στις επαγγελματικές τάξεις, τα ποσοστά θνησιμότητας ανειδίκευτων εργαζομένων σε ορισμένες ηλικιακές ομάδες αυξήθηκαν σε απόλυτες τιμές στη δεκαετία του 1960 και 1970. Οι τάσεις αυτές συνοδεύουν τη διεύρυνση των εισοδηματικών ανισοτήτων και συνέβησαν παρά τη σοβαρή δέσμευση για ισότητα στις υπηρεσίες υγείας από την Εθνική Υπηρεσία Υγείας. Από τότε, το χάσμα υγείας ανάμεσα στις κοινωνικές τάξεις εξακολούθησε να υπάρχει ή διευρύνθηκε (Braveman & Tarimo, 2002).

Η έντονη διεύρυνση των ανισοτήτων στο εισόδημα στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής συνοδεύτηκε επίσης από αυξήσεις των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων σε διάφορα μέτρα υγείας. Οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας των ΗΠΑ διευρύνθηκαν σημαντικά από το 1964 έως το 1987-1988. Η συσχέτιση μεταξύ της φτώχειας και της δίκαιης ή κακής κατάστασης της υγείας των παιδιών φάνηκε επίσης να αυξάνεται μεταξύ περίπου του 1980 και του 1990. Αυξήθηκε επίσης με την πάροδο του χρόνου η αναλογία όλων των θανάτων ενηλίκων στις ΗΠΑ που είναι πιθανό να οφείλονται στη φτώχεια. Μερικές μελέτες δε έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η σχέση θνησιμότητας και κοινωνικοοικονομικής κατάστασης στις ΗΠΑ έχει γίνει ισχυρότερη με την πάροδο του χρόνου αν και έχουν επίσης αναφερθεί προφανώς αντιφατικά αποτελέσματα. Παρόμοιες παρατηρήσεις έχουν γίνει επίσης στη Γαλλία και στην Ουγγαρία καθώς και στη Νέα Νότια Ουαλία και στην Αυστραλία (Braveman & Tarimo, 2002).

Οι κοινωνικοοικονομικές διαφορές στην υγεία είναι ένα ζήτημα που εξετάζεται ερευνητικά λόγω της επιμονής που έχουν και την αύξηση που παρουσιάζουν. Οι διαφορές στην πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη δεν είναι η πρωταρχική εξήγηση, αν και η νέα έρευνα καταγράφει όλο και περισσότερο τις κοινωνικοοικονομικές και φυλετικές εθνοτικές διαφορές στην ποιότητα και την καταλληλότητα της θεραπευτικής περίθαλψης και στην πρόσβαση στην προληπτική φροντίδα. Άλλες έρευνες υποστήριξαν ότι οι συμπεριφορές στην υγεία συνιστούν το μεγαλύτερο μέρος της διακύμανσης της υγείας του πληθυσμού και των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία. Ωστόσο, οι αναλύσεις που υπάρχουν δείχνουν ότι οι μείζονες συμπεριφορές στην υγεία (π.χ. κάπνισμα, άσκηση, υπερβολική κατανάλωση τροφής και κατανάλωσης) έχουν μέτρια επίδραση στη θνησιμότητα και την αλλαγή της υγείας και μπορούν να εξηγήσουν στην καλύτερη περίπτωση μόνο ένα μικρό ποσοστό (10-20%) των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία (House, 2002).

Σύμφωνα με τον House (2002), η φυλετική, εθνοτική και κοινωνικοοικονομική κατάσταση σχετίζονται και διαμορφώνουν την έκθεση και την εμπειρία των ανθρώπων σε όλους τους γνωστούς ψυχοκοινωνικούς και πολλούς βιοϊατρικούς παράγοντες κινδύνου για την υγεία. Έτσι, η κοινωνικοοικονομική θέση (και η φυλετική εθνικότητα) είναι βασικές αιτίες διαμόρφωσης της έκθεσης και της εμπειρίας των περισσότερων ασθενειών και των παραγόντων κινδύνου για την υγεία, ακόμη και όταν αυτές οι ασθένειες και οι παράγοντες κινδύνου αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου. Έτσι, πολλές από τις σημερινές σοβαρές ασθένειες (π.χ. καρδιαγγειακές παθήσεις και AIDS) και παράγοντες κινδύνου (π.χ. κάπνισμα, καθιστικός τρόπος ζωής, δίαιτες με υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά) υπήρξαν επικρατέστερες σε ανώτερα κοινωνικοοικονομικά επίπεδα, αλλά λόγω του επιπολασμού τους στον πληθυσμό και του αντικτύπου τους για την υγεία του ατόμου και του πληθυσμού, έχουν αυξηθεί όλο και περισσότερο σε χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά επίπεδα (House, 2002).

Οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία έχουν περιγραφεί σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες για πολλούς δείκτες υγείας, συμπεριλαμβανομένης της αυτοαναφερόμενης υγείας, η οποία θεωρείται ισχυρός προγνωστικός παράγοντας για την επακόλουθη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Η συσχέτιση μεταξύ κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και υγείας είναι ένα από τα πιο γνωστά ευρήματα στην επιδημιολογική βιβλιογραφία: όσο υψηλότερη είναι η κοινωνική τάξη, τόσο μικρότερη είναι η επικράτηση ή / και η συχνότητα εμφάνισης προβλημάτων υγείας, ασθενειών και θανάτου (Aldabe et al., 2010).

Ενώ πολλές μελέτες περιγράφουν τις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία στην Ευρώπη, εξακολουθούν να λείπουν μελέτες που προσπαθούν να εξηγήσουν αυτές τις ανισότητες. Ο προσδιορισμός των παραγόντων που μπορούν να συμβάλουν σε αυτές τις ανισότητες θα μπορούσε να είναι χρήσιμος για τη μείωση του επιπολασμού της έκθεσης στους παράγοντες αυτούς, ιδίως μεταξύ των χαμηλότερων κοινωνικών ομάδων, και συνεπώς για τη μείωση των ανισοτήτων. Οι καθοριστικοί παράγοντες των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία είναι πολύπλοκοι και είναι πιθανό να υπάρξουν αρκετοί σημαντικοί διαμεσολαβητές, όπως οι υλικοί, επαγγελματικοί, ψυχοκοινωνικοί και συμπεριφορικοί παράγοντες (Aldabe et al., 2010).

Διάφορες θεωρίες έχουν αναπτυχθεί για να εξηγήσουν τις οδούς και τους μηχανισμούς που αποτελούν τη βάση αυτών των ανισοτήτων. Αυτές οι θεωρίες περιλαμβάνουν τις υλιστικές εξηγήσεις, που δίνουν έμφαση στις υλικές συνθήκες (δηλαδή πρόσβαση σε αγαθά και υπηρεσίες και εκθέσεις σε σημαντικούς παράγοντες κινδύνου στο ψυχικό και στο εργασιακό περιβάλλον), την ψυχοκοινωνική εξήγηση, που επικεντρώνεται στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και το στρες που σχετίζονται με επιρροές σε πληθώρα παραγόντων κινδύνου όπως αυτές που σχετίζονται με την κοινωνική υποστήριξη ή την αίσθηση ελέγχου και τη συμπεριφορική εξήγηση που υπογραμμίζει τη σημασία παραγόντων κινδύνου συμπεριφοράς εξηγώντας τις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία. Η σχετική συνεισφορά αυτών των παραγόντων έχει εξεταστεί πολύ σπάνια σε εθνικό επίπεδο.

Εξάλλου, πολύ λίγες μελέτες διερεύνησαν τους επαγγελματικούς παράγοντες που περιλαμβάνουν ειδικό υλικό και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος, μεταξύ άλλων διαμεσολαβητών. Δεδομένου ότι οι πιθανές αλληλεξαρτήσεις σχετίζονται με επεξηγηματικούς ή μεσολαβητικούς παράγοντες, ορισμένοι συγγραφείς πρότειναν ένα απλοποιημένο αιτιώδες μοντέλο για να αποκλείσουν την άμεση (ανεξάρτητη) επίδραση των παραγόντων διαμεσολάβησης και την έμμεση επίδρασή τους μέσω άλλων παραγόντων. Αυτό το επεξηγηματικό μοντέλο, μπορεί να επηρεάσει άμεσα ή έμμεσα τις ανισότητες στον τομέα της υγείας μέσω ψυχοκοινωνικών και συμπεριφορικών παραγόντων και οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες μπορούν να λειτουργήσουν άμεσα ή έμμεσα μέσω παραγόντων συμπεριφοράς (Aldabe et al., 2010).

Σύμφωνα με τη θεωρία των θεμελιωδών αιτιών, ένας σημαντικός λόγος που οι κοινωνικές ανισότητες σχετίζονται με πολλαπλά αποτελέσματα των νόσων, μέσω πολλαπλών οδών που αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου, είναι ότι τα άτομα και οι ομάδες αναπτύσσουν πόρους για να αποφύγουν τους κινδύνους και να υιοθετήσουν στρατηγικές προστασίας. Βασικοί πόροι όπως η γνώση, το χρήμα, η δύναμη, το κύρος και οι ευεργετικές κοινωνικές συνδέσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν ανεξάρτητα από τους κινδύνους και τους προστατευτικούς παράγοντες σε δεδομένη περίσταση (Phelan et al., 2010).

Κατά συνέπεια, οι θεμελιώδεις αιτίες επηρεάζουν την υγεία ακόμη και όταν η εικόνα των κινδύνων και των προστατευτικών παραγόντων και ασθενειών αλλάζει ριζικά. Εάν το πρόβλημα είναι η χολέρα, για παράδειγμα, ένα άτομο με μεγαλύτερους πόρους μπορεί καλύτερα να αποφύγει περιοχές όπου η ασθένεια είναι ανεξέλεγκτη και οι κοινότητες με υψηλές πηγές πόρων είναι σε θέση να απαγορεύσουν την είσοδο προσβεβλημένων ατόμων. Αν το πρόβλημα είναι η καρδιακή νόσος, ένα άτομο με μεγαλύτερους πόρους μπορεί να διατηρήσει έναν υγιεινό τρόπο ζωής και να βρει την καλύτερη δυνατή ιατρική περίθαλψη. Επειδή οι πόροι αυτοί μπορούν να

χρησιμοποιηθούν με διαφορετικούς τρόπους σε διαφορετικές καταστάσεις, αποκαλούνται ευέλικτοι πόροι (Phelan et al., 2010).

Οι πόροι αυτοί έχουν την ικανότητα να χρησιμοποιούνται με ευελιξία από άτομα και ομάδες που τοποθετούν πόρους γνώσης, χρήματος, δύναμης, κύρους και ευεργετικές κοινωνικές συνδέσεις στο επίκεντρο της θεωρίας των θεμελιωδών αιτιών. Η ευέλικτη χρήση τους μας λέει γιατί οι κλίσεις των κοινωνικών και οικονομικών ανισοτήτων τείνουν να αναπαράγονται με την πάροδο του χρόνου. Αυτή η εστίαση στους πόρους και στην ανάπτυξή τους δεν αρνείται τη σημασία των προηγούμενων αιτιών των ίδιων των πόρων που βρίσκονται στις κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές δομές της κοινωνίας. Στην πραγματικότητα, η θεμελιώδης θεωρία των αιτιών συνδέεται βαθιά με την κοινωνιολογική μελέτη της στρωματοποίησης με τον τρόπο αυτό, δηλαδή οι πόροι που επισημαίνονται στη θεμελιώδη θεωρία της αιτίας της υγείας και της κοινωνικής συμπεριφοράς πρέπει να προέρχονται από κάπου και οι θεωρίες της προέλευσης των ανισοτήτων είναι η καλύτερη πηγή για την κατανόηση αυτών των διαδικασιών (Phelan et al., 2010).

Για την κατανόηση του πως οι ευέλικτοι πόροι μπορούν να διευκολύνουν τη δημιουργία νέων μηχανισμών που συνδέουν τις κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες, το παράδειγμα του καρκίνου είναι το πιο κατάλληλο. Ο έλεγχος για διάφορους καρκίνους έγινε δυνατός τις τελευταίες δεκαετίες, καθιστώντας εφικτό τον εντοπισμό του καρκίνου ή των προδρομών του νωρίτερα, συμβάλλοντας έτσι στην πρόληψη της θνησιμότητας από αυτούς τους καρκίνους. Δεδομένου ότι οι διαδικασίες εξέτασης αντιπροσωπεύουν σχετικά πρόσφατες τεχνολογικές εξελίξεις, μπορεί κανείς να φανταστεί ένα χρονικό διάστημα πριν από τη διεξαγωγή των διαδικασιών, όταν οι πόροι δεν είχαν καμία σχέση με την πρόσβαση στον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου διότι οι διαδικασίες δεν υπήρχαν. Αλλά και μετά την ανάπτυξη των διαδικασιών ελέγχου, τα άτομα με περισσότερους πόρους θα μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν αυτούς τους πόρους για να αποκτήσουν πρόσβαση σε αυτές. Αυτό διαφαίνεται από το γεγονός ότι τα ποσοστά διαλογής για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και του μαστού συνδέονται πράγματι με

την εκπαίδευση και το εισόδημα συνδέοντας με αυτό τον τρόπο τις κοινωνικές συνθήκες με τα αποτελέσματα της υγείας (Phelan et al., 2010).

2.2. Δείκτες κοινωνικών ανισοτήτων

Ο κύριος δείκτης των υλικών συνθηκών είναι το εισόδημα, το οποίο εκτιμάται σε συνολικό επίπεδο ή σε ατομικό επίπεδο. Άλλες επιλογές είναι η επαγγελματική θέση, η τυπική εκπαίδευση στο σχολείο, η επαγγελματική κατάρτιση ή ένας δείκτης που να συνδυάζει αρκετές από αυτές τις εκδοχές. Ένας από τους δείκτες έχει αποδειχθεί ότι συνδέεται με αυξημένους κινδύνους για την υγεία και τη θνησιμότητα. Η μετατόπιση της συζήτησης για τις ανισότητες σε υλικές συνθήκες δεν προκλήθηκε από εμπειρικά βασισμένες ενδείξεις ότι οι υλικές συνθήκες είχαν ισχυρότερες επιπτώσεις στην υγεία από ό,τι τα προσόντα ή την επαγγελματική θέση. Σε κάποιες μελέτες υιοθετήθηκε μια συγκριτική προοπτική. Για παράδειγμα, σε έρευνα για την υγεία και τον τρόπο ζωής, αξιολογήθηκαν τρεις δείκτες κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και εξετάστηκαν οι σχέσεις με διάφορα μέτρα εξασθενημένης υγείας. Μετά τη σύγκριση του εισοδήματος και της κοινωνικής τάξης, συνήχθη το συμπέρασμα ότι το εισόδημα ήταν ο ισχυρότερος προγνωστικός δείκτης για τα μέτρα ασθένειας και την εξασθενημένη ψυχοκοινωνική υγεία (Geyer & Peter, 2000).

Σε μια πρόσφατη μελέτη, εξετάστηκαν η εκπαίδευση, η κατοχή και το μεσοπρόθεσμο μέτρο του εισοδήματος των νοικοκυριών σε σχέση με την ύπαρξη χρόνιων συνθηκών και υποκειμενικής υγείας. Οι διμερείς αναλύσεις αποκάλυψαν τη γνωστή κοινωνική κλίση εις βάρος των χαμηλότερων ομάδων σε αυτούς τους παράγοντες. Οι συγκρίσεις αυτές είναι ωστόσο σημαντικές καθώς οι τρεις δείκτες αναφέρονται σε διαφορετικές πτυχές της κοινωνικής διαστρωμάτωσης (Geyer & Peter, 2000).

Το εισόδημα καθορίζει τους περιορισμούς των υλικών συνθηκών που δεν είναι απαραίτητες για να ικανοποιήσουν τις βασικές ανάγκες της ζωής. Παρέχει επίσης πόρους για την αντιμετώπιση απαιτητικών καταστάσεων αναζητώντας επαγγελματική βοήθεια και καθορίζοντας ευκαιρίες για υγιεινό

τρόπο ζωής. Η εκπαίδευση είναι ένας δείκτης της γνώσης, της ικανότητας να την χρησιμοποιήσει κάποιος περισσότερο ή λιγότερο αποτελεσματικά από την άποψη της ψυχικής ευελιξίας και να αντιμετωπίσει με επιτυχία τις απαιτητικές ή δυνητικά αγχωτικές καταστάσεις. Το εργασιακό καθεστώς είναι ενδεικτικό των συνεπαγόμενων για την υγεία συμπτωμάτων της εργασίας όπως οι μεταβολές του ελέγχου στον χώρο εργασίας, οι διαφορετικές δομές ανταμοιβής ή οι τοξικοί κίνδυνοι (Geyer & Peter, 2000).

Μελέτες σχετικά με τις επιπτώσεις της εισοδηματικής ανισότητας στην υγεία έχουν προκαλέσει μεγάλο ενδιαφέρον. Τα αποδεικτικά στοιχεία σχετικά με τη σχέση αυτή μεταξύ των χωρών είναι μικτά, αλλά η εισοδηματική ανισότητα και η υγεία έχουν συνδεθεί στις Ηνωμένες Πολιτείες, στη Βρετανία και στη Βραζιλία (Geyer & Peter, 2000).

Η ανισότητα των εισοδημάτων γενικά συνδέεται με τις διαφορές στην υγεία. Μια ψυχοκοινωνική ερμηνεία των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας, όσον αφορά τις αντιλήψεις σχετικά με το σχετικό μειονέκτημα και τις ψυχολογικές συνέπειες της ανισότητας, εγείρει αρκετά εννοιολογικά και εμπειρικά προβλήματα. Η ανισότητα εισοδήματος συνοδεύεται από πολλές διαφορές στις συνθήκες ζωής σε επίπεδο ατόμων και πληθυσμού, οι οποίες ενδέχεται να επηρεάσουν αρνητικά την υγεία. Η ερμηνεία των σχέσεων μεταξύ εισοδηματικής ανισότητας και υγείας πρέπει να ξεκινά από τις διαρθρωτικές αιτίες των ανισοτήτων και όχι απλώς να επικεντρώνεται στις αντιλήψεις για αυτή την ανισότητα. Η μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας και η βελτίωση της δημόσιας υγείας στον 21ο αιώνα απαιτεί στρατηγικές επενδύσεις σε αυτές τις συνθήκες μέσω της πιο δίκαιης κατανομής δημόσιων και ιδιωτικών πόρων (Lynch et al., 2000).

Ο Rodgers ήταν ο πρώτος που εξέτασε επισήμως τους δεσμούς μεταξύ εισοδηματικής ανισότητας και υγείας, υποστηρίζοντας ότι η καμπυλόγραμμη συσχέτιση μεταξύ ατομικού εισοδήματος και υγείας σήμαινε ότι οι χώρες με μεγαλύτερη εισοδηματική ανισότητα θα είχαν χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής. Ο Wilkinson επανεξέτασε ανεξάρτητα τη σχέση μεταξύ εισοδηματικής

ανισότητας και υγείας, και υποστήριξε ότι η εισοδηματική ανισότητα επηρέασε την υγεία του πληθυσμού ανεξάρτητα από την επίδραση των ατομικών εισοδημάτων.

Οι ενδείξεις ότι η εισοδηματική ανισότητα είναι ένας από τους κύριους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας του πληθυσμού είναι ελάχιστες. Για παράδειγμα, τα τελευταία χρόνια σημειώνεται συνεχιζόμενη σημαντική πτώση των ποσοστών θνησιμότητας στη Νέα Ζηλανδία σε μια εποχή που η χώρα παρουσίασε σημαντική αύξηση της ανισότητας εισοδήματος. Παρόμοια μοτίβα παρατηρήθηκαν στη Φινλανδία, τη Βρετανία, την Ιαπωνία και τις Ηνωμένες Πολιτείες. Επιπλέον, τα απόλυτα επίπεδα ΑΕΠ εξακολουθούν να συνδέονται με τα εθνικά ποσοστά θνησιμότητας, αν και οι συνδέσεις μπορεί να είναι ασθενέστερες για τις πλουσιότερες χώρες. Αυτό θα μπορούσε να οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι η εισοδηματική ανισότητα δεν είναι σημαντική. Ωστόσο, πιθανότατα δεν είναι ο κυριότερος καθοριστικός παράγοντας της υγείας του πληθυσμού, τουλάχιστον βραχυπρόθεσμα (Pearce & Davey Smith, 2003).

Υπάρχουν ορισμένες εξαιρέσεις, συμπεριλαμβανομένης της ταχείας και καταστροφικής μείωσης του προσδόκιμου ζωής στην Ανατολική Ευρώπη μετά το 1989, η οποία επηρεάστηκε εν μέρει από την αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ λόγω της δραστηκής οικονομικής αναδιάρθρωσης. Ωστόσο, ακόμη και κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου σημαντικών οικονομικών αλλαγών (και αύξησης της ανισότητας εισοδήματος), οι μεταβολές των ποσοστών θνησιμότητας συνεχίζουν να αποκαλύπτουν την επίδραση των κοινωνικών συνθηκών πριν από πολλές δεκαετίες. Για παράδειγμα, τα ποσοστά καρκίνου του στομάχου συνέχισαν τη σταθερή πτώση τους, πιθανότατα αντικατοπτρίζοντας βελτιώσεις στις συνθήκες διαβίωσης στην παιδική ηλικία.

Μια πρόσφατη συνολική ανάλυση των διακρατικών σχέσεων μεταξύ εισοδηματικής ανισότητας και υγείας παρήγαγε αρκετά σημαντικά ευρήματα. Οι συσχετίσεις που υπήρχαν μεταξύ της ανισότητας των

εισοδημάτων και της υγείας περιορίστηκαν σε μεγάλο βαθμό στα αποτελέσματα της παιδικής υγείας ενώ η ανισότητα των εισοδημάτων και τα ποσοστά θνησιμότητας σε εθνικό επίπεδο παρατηρήθηκαν σε άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω. Σε όλες τις Ηνωμένες Πολιτείες, ο βαθμός ανισότητας των εισοδημάτων συνδέεται με ένα ευρύ φάσμα παραγόντων που μπορεί να επηρεάσουν την υγεία, με τη μεγαλύτερη εισοδηματική ανισότητα να συνδέεται με την υψηλότερη ανεργία. Εντοπίζονται επίσης υψηλότερα ποσοστά ατόμων χωρίς ασφάλιση υγείας, χαμηλότερες κατά κεφαλήν ιατρικές δαπάνες, χαμηλότερα ποσοστά αποφοίτησης, και ένα υψηλότερο ποσοστό του πληθυσμού με μη ευρωπαϊκή καταγωγή (Pearce & Davey Smith, 2003).

Πράγματι, η στατιστική προσαρμογή για την εθνότητα στατιστικά αντιπροσωπεύει όλη τη σχέση μεταξύ εισοδηματικής ανισότητας και υγείας εντός των Ηνωμένων Πολιτειών. Επιπλέον, μελέτες από τη Δανία και την Ιαπωνία διαπίστωσαν ότι οι σχέσεις μεταξύ εισοδηματικής ανισότητας και θνησιμότητας ή η αυτοαξιολόγηση της υγείας εξαφανίστηκαν όταν τα ευρήματα προσαρμόστηκαν ατομικά. Έτσι, τα αποδεικτικά στοιχεία που ευνοούν μια αρνητική συσχέτιση μεταξύ εισοδηματικής ανισότητας και προσδόκιμου ζωής έχουν εξαφανιστεί και φαίνεται ότι οι υπάρχουσες επιπτώσεις οφείλονται κυρίως στις επιδράσεις του ατομικού εισοδήματος παρά στις πραγματικές συμφραζόμενες επιπτώσεις της εισοδηματικής ανισότητας (Pearce & Davey Smith, 2003).

2.3. Αιτίες κοινωνικών ανισοτήτων

Η έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου έχει χρησιμοποιηθεί στον τομέα της υγείας κυρίως ως πιθανή εξήγηση των ευρημάτων όσον αφορά τις ανισότητες στον τομέα της υγείας και ειδικότερα για τη σχέση μεταξύ εισοδηματικής ανισότητας και υγείας. Ωστόσο, η έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου αναπτύχθηκε για διάφορους σκοπούς και η μεγάλη συνάφεια της είναι εκτός του τομέα των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας. Το κοινωνικό

κεφάλαιο έχει οριστεί ως τα χαρακτηριστικά της κοινωνικής οργάνωσης, όπως η συμμετοχή των πολιτών, οι κανόνες αμοιβαιότητας και είναι επομένως μια μεταβλητή σε επίπεδο κοινότητας, του οποίου το ανάλογο επίπεδο επιμετρείται από τα κοινωνικά δίκτυα ενός ατόμου. Δεδομένου ότι τα κοινωνικά δίκτυα συνδέονται με την υγεία σε ατομικό επίπεδο (αν και η κατεύθυνση της αιτιώδους συσχέτισης και ο βαθμός στον οποίο οφείλεται σε σύγχυση από άλλους παράγοντες είναι αβέβαιος), είναι πιθανό το κοινωνικό κεφάλαιο να συνδέεται με την υγεία σε κοινοτικό επίπεδο (Pearce & Davey Smith, 2003).

Η υπόθεση του κοινωνικού κεφαλαίου υποστηρίζεται από στοιχεία που αποδεικνύουν ότι οι δείκτες κοινωνικού κεφαλαίου, όπως η εμπιστοσύνη και η συμμετοχή και ο εθελοντισμός των κοινοτικών οργανώσεων, συνδέονται στενά με τα ποσοστά θνησιμότητας. Στις Ηνωμένες Πολιτείες έγινε ανάλυση βασισμένη σε στοιχεία από 39 κράτη και διαπιστώθηκε ότι τα ποσοστά θνησιμότητας συνδέονταν στενά με την συχνότητα κατά κεφαλήν συμμετοχής σε εθελοντικές ομάδες και με τα επίπεδα κοινωνικής εμπιστοσύνης. Η ανάλυση κατέληξε στο συμπέρασμα ότι κοινωνικό κεφάλαιο φαίνεται να είναι ένας από τους τρόπους με τους οποίους η εισοδηματική ανισότητα επηρεάζει τα ποσοστά θνησιμότητας (Pearce & Davey Smith, 2003).

Το κοινωνικό κεφάλαιο είναι ένας σημαντικός καθοριστικός παράγοντας της υγείας του πληθυσμού και οι διαφορές στην υγεία είναι μια υπόθεση που πρέπει να διερευνηθεί και να δοκιμαστεί σε σχέση με ανταγωνιστικές υποθέσεις, όχι μια έτοιμη εξήγηση που μπορεί απλώς να επαληθευτεί μεμονωμένα. Δεν αρκεί όμως απλώς να αποδειχθεί ότι το κοινωνικό κεφάλαιο συνδέεται με τα ποσοστά θνησιμότητας αλλά να μπορεί να προσαρμόζεται σε ένα ατελές σύνολο στοιχείων, όπως το εισόδημα. Αυτό σημαίνει ότι εάν το κοινωνικό κεφάλαιο πρόκειται να αποτελέσει μείζονα στόχο της υγειονομικής και κοινωνικής πολιτικής, τότε είναι απαραίτητο να καταδειχθούν τα επίπεδα και οι αλλαγές του κοινωνικού κεφαλαίου που να

εξηγούν τα πρότυπα θνησιμότητας του πληθυσμού καλύτερα από άλλες ανταγωνιστικές θεωρίες (Pearce & Davey Smith, 2003).

Τα επίπεδα της εισοδηματικής ανισότητας, του κοινωνικού κεφαλαίου και της υγείας σε μια κοινότητα μπορεί όλα να είναι συνέπειες μακροοικονομικών κοινωνικών και οικονομικών διεργασιών που επηρεάζουν την υγεία καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Όταν δεν παρατηρείται αυτή η εξάρτηση, τότε οι συνδέσεις υγείας των εισοδηματικών ανισοτήτων και του κοινωνικού κεφαλαίου δεν θα εμφανιστούν.

Σύμφωνα με μια ψυχοκοινωνική ερμηνεία, οι επιπτώσεις στην υγεία μπορεί να οφείλονται στα αισθήματα της δυσαρέσκειας και της επακόλουθης απώλειας του κοινωνικού κεφαλαίου. Παρά τη σχετικά αδύναμη φύση των στοιχείων που συνδέουν το κοινωνικό κεφάλαιο με την υγεία του πληθυσμού, η έννοια έχει λάβει σημαντική δημοσιότητα και, σε ορισμένες περιπτώσεις, ενθουσιώδη υποστήριξη και υπεράσπιση τα τελευταία χρόνια. Με την πρώτη ματιά, η έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου φαίνεται να έχει πολλά υπέρ της. Συνδυάζει την οικονομική έννοια του κεφαλαίου με τις κοινωνικές έννοιες όπως εμπιστοσύνη και δικαιοσύνη. Έτσι, το κοινωνικό κεφάλαιο παίρνει τη θέση του μαζί με το οικονομικό κεφάλαιο και το ανθρώπινο κεφάλαιο ως κάτι θεμελιώδες για την ομαλή λειτουργία της κοινωνίας και την οικονομική ανάπτυξη (Pearce & Davey Smith, 2003).

2.4.Ερευνητικά δεδομένα

Οι Adler et al. (1993), εξέτασαν την σχέση της κοινωνικής και οικονομικής κατάστασης με τον κίνδυνο ασθένειας και τη θνησιμότητα. Η μεθοδολογία που ακολούθησαν ήταν αυτή της ανασκόπησης επιστημονικών άρθρων σχετικών με το ζήτημα. Η έρευνα κατέληξε σε μία αναθεώρηση της σύνδεσης της κοινωνικής και οικονομικής κατάστασης με τα αποτελέσματα της υγείας σε διάφορες χώρες, συμπεριλαμβανομένων εκείνων με καθολική υγειονομική κάλυψη. Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση σχετίζεται με την υγεία σε όλα τα επίπεδα της και η πρόσβαση στην περίθαλψη δεν

αντιπροσωπεύει τίποτα από αυτήν την ένωση. Το βασικό συμπέρασμα είναι ότι η κάλυψη της υγειονομικής ασφάλισης από μόνη της δεν είναι πιθανό να μειώσει σημαντικά τις διαφορές στην υγεία. Πρέπει να δοθεί συνεπώς προσοχή τόσο στις πολιτικές αποφάσεις όσο και στην κλινική πρακτική και σε άλλους παράγοντες που ενδέχεται να επηρεάσουν τα πρότυπα υγείας και ασθένειας.

Η έρευνα των Borrell et al. (2000) περιέγραψε τις ανισότητες κοινωνικής τάξης στις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία (κατανάλωση καπνού και αλκοόλ και σωματική δραστηριότητα) σε δείγμα γενικού πληθυσμού άνω των 14 ετών στη Βαρκελώνη. Η κοινωνική τάξη προέκυψε από μια ισπανική προσαρμογή της ταξινόμησης του British Registrar General. Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκαν κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές όπως η οικογενειακή δομή και το καθεστώς απασχόλησης. Ως συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία αναλύθηκαν η κατανάλωση καπνού, η κατανάλωση οινόπνευματος, η συνήθης σωματική δραστηριότητα και η σωματική δραστηριότητα του ελεύθερου χρόνου. Τα προσαρμοσμένα κατά ηλικία ποσοστά συγκρίθηκαν με την κοινωνική τάξη. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι οι γυναίκες στις ανώτερες κοινωνικές τάξεις είχαν περισσότερες πιθανότητες να καπνίζουν. Το αντίθετο συνέβη στους άνδρες αν και δεν ήταν στατιστικά σημαντικό σε ανάλυση πολλαπλών μεταβλητών. Η διακοπή του καπνίσματος ήταν πιο πιθανή μεταξύ των ανδρών στις ανώτερες κατηγορίες. Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ στους άνδρες δεν έδειξε διαφορές μεταξύ των τάξεων, ενώ στις γυναίκες ήταν μεγαλύτερη στις ανώτερες τάξεις. Η συμμετοχή σε συνηθισμένη σωματική δραστηριότητα ταξινομημένη ως «ελαφριά ή καθόλου» στους άνδρες μειώθηκε με τη μείωση της κοινωνικής τάξης. Οι γυναίκες των κοινωνικών τάξεων IV και V ήταν λιγότερο πιθανό να έχουν δύο ή περισσότερες συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία. Το βασικό συμπέρασμα που προέκυψε ήταν ότι οι επιβλαβείς για την υγεία συμπεριφορές κατανέμονται διαφορετικά στις κοινωνικές τάξεις στη Βαρκελώνη και ότι οι πολιτικές για την υγεία θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη αυτές τις ανισότητες.

Η έρευνα των Chandola et al. (2003), εξέτασε τις συσχετίσεις μεταξύ της αυτοαξιολόγησης υγείας και τεσσάρων μέτρων κοινωνικής θέσης - επαγγελματικής τάξης, το κοινωνικό πλεονέκτημα των νοικοκυριών, το προσωπικό εισόδημα και το εισόδημα του νοικοκυριού. Η έρευνα βασίστηκε σε συνεντεύξεις ενηλίκων που ζουν σε νοικοκυριά και είναι αντιπροσωπευτικά των βρετανικών νοικοκυριών. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι η επαγγελματική τάξη έχει σχετικά ισχυρές επιπτώσεις στην αυτοπεριορισμένη υγεία των οικονομικά ενεργών, αν και οι παράγοντες του επιπέδου των νοικοκυριών φαίνεται να επηρεάζουν την υγεία τους. Το κοινωνικό πλεονέκτημα των νοικοκυριών έχει σχετικά ισχυρές επιπτώσεις στην αυτοπεριορισμένη υγεία των οικονομικά ανενεργών. Η έρευνα βρήκε αρκετά αποδεικτικά στοιχεία για να υποστηρίξει την άποψη ότι οι διαφορετικές διαστάσεις της κοινωνικής ανισότητας έχουν διαφορετικές οδούς για την αυτόνομη υγεία.

Η έρευνα των Singh-Manoux & Marmot (2005) υποστήριξε ότι η κοινωνική επιλογή, οι υλιστικές / διαρθρωτικές και οι πολιτισμικές / συμπεριφορικές εξηγήσεις για τις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία συνδέονται μεταξύ τους μέσω του μηχανισμού κοινωνικοποίησης. Ο μηχανισμός κοινωνικοποίησης είναι μια διαδικασία μέσω της οποίας οι κοινωνίες διαμορφώνουν τα πρότυπα συμπεριφοράς που στη συνέχεια επηρεάζουν την υγεία. Η κοινωνικοποίηση περιλαμβάνει τη μεταφορά ενδοιασμών και ενδογενών συμπεριφορών, πεποιθήσεων και συμπεριφορών. Από την έρευνα προέκυψε ότι τέσσερις βασικοί τομείς που θα επωφεληθούν από την έρευνα στο πλαίσιο της κοινωνικοποίησης είναι οι συμπεριφορές υγείας, η ψυχική ευπάθεια, οι κοινωνικές δεξιότητες και η μελλοντική χρονική προοπτική.

Η έρευνα των Mackenbach et al. (2015), συγκέντρωσε και εναρμόνισε τα στοιχεία για τη θνησιμότητα ανά εκπαιδευτικό επίπεδο σε 19 εθνικούς και περιφερειακούς πληθυσμούς από 16 ευρωπαϊκές χώρες κατά την πρώτη δεκαετία του 21ου αιώνα. Υπολογίστηκαν προσαρμοσμένοι στην ηλικία σχετικοί κίνδυνοι θνησιμότητας μεταξύ ανδρών και γυναικών ηλικίας 30-79 ετών για 24 αιτίες θανάτου, οι οποίοι κατατάχθηκαν σε τέσσερις ομάδες:

υποκείμενες σε αλλαγή συμπεριφοράς, υποκείμενες σε ιατρική παρέμβαση, επιδεκτικές πρόληψης τραυματισμών και μη αποτρέψιμες. Παρόλο που η συντριπτική πλειονότητα των σχετικών κινδύνων έδειξε υψηλότερους κινδύνους θνησιμότητας μεταξύ των χαμηλότερων μορφών εκπαίδευσης, η ισχύς της σχέσης εκπαίδευσης-θνησιμότητας ποικίλλει σε μεγάλο βαθμό μεταξύ των αιτιών θανάτου και των πληθυσμών. Οι ανισότητες στη θνησιμότητα είναι γενικά μεγαλύτερες για τις αιτίες που είναι επιδεκτικές αλλαγής συμπεριφοράς, ιατρικής παρέμβασης και πρόληψης τραυματισμών από ό, τι για αιτίες που δεν μπορούν να αποφευχθούν. Η αντίθεση μεταξύ των αιτιών που μπορούν να αποφευχθούν και αυτών που δεν μπορούν να αποφευχθούν είναι μεγαλύτερη στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη, όπου οι ανισότητες των πόρων είναι σημαντικές σε σύγκριση με τις σκανδιναβικές χώρες και την ηπειρωτική Ευρώπη, όπου οι ανισότητες των πόρων είναι σχετικά μικρές, αλλά απουσιάζουν ή είναι μικρές στη Νότια Ευρώπη. Οι ανισότητες των πόρων είναι επίσης μεγάλες.

Κεφάλαιο 3. Κοινωνικές ανισότητες στην Ελλάδα και οικονομική κρίση

3.1. Δείκτες και αιτίες κοινωνικών ανισοτήτων

Η φτώχεια, η ανισότητα εισοδήματος και η ευημερία γενικά έχουν επιδεινωθεί σημαντικά στην Ελλάδα τα τελευταία έξι χρόνια λόγω της βαθιάς ύφεσης που προκάλεσαν τα μέτρα λιτότητας. Δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι το 2014 η Ελλάδα ήταν η χώρα της Ευρωζώνης με το υψηλότερο ποσοστό ατόμων που κινδυνεύουν από φτώχεια ή κοινωνικό αποκλεισμό σε όλες τις ηλικιακές ομάδες από τη γέννησή τους έως τα 54 έτη, το υψηλότερο ποσοστό ατόμων που κινδυνεύουν από τη φτώχεια, το υψηλότερο επίπεδο ανισότητας σε σχέση με τον δείκτη S80 / S20 και ένα επίπεδο ανισότητας σε

σχέση με τον συντελεστή Gini κατά μία ποσοστιαία μονάδα χαμηλότερη από την υψηλότερη τιμή που καταγράφηκε στην Ισπανία. Η Ελλάδα ήταν επίσης ο μεγαλύτερος χαμένος στην ευημερία μεταξύ 125 χωρών από το 2005-2007 έως το 2012-2014. Τέλος, η Ελλάδα κατέχει την τελευταία θέση όσον αφορά την αποτελεσματικότητα των δαπανών κοινωνικής προστασίας για τη συμβολή στη μείωση της φτώχειας. Οι διαφορές στην αποτελεσματικότητα των κοινωνικών μεταβιβάσεων μεταξύ των κρατών μελών όσον αφορά τη μείωση της φτώχειας δείχνουν ότι παράγοντες διαφορετικοί από το ποσοστό του ΑΕΠ που δαπανώνται για την κοινωνική προστασία επηρεάζουν τα αποτελέσματα της μείωσης της φτώχειας (Botsari & Mitrakos, 2016).

Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 1, το 2013 η Ελλάδα ήταν η χώρα της Ευρωζώνης με το υψηλότερο ποσοστό ατόμων που κινδυνεύουν από φτώχεια ή κοινωνικό αποκλεισμό.

Πίνακας 1. Ποσοστό του συνολικού πληθυσμού που κινδυνεύει από τη φτώχεια ή τον κοινωνικό αποκλεισμό στην ευρωζώνη, 2009-2014

Χώρα	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ολλανδία	15.1	15.1	15.7	15.0	15.9	16.5
Φιλανδία	16.9	16.9	17.9	17.2	16.0	17.3
Σλοβακία	19.6	20.6	20.6	20.5	19.8	18.4
Γαλλία	18.5	19.2	19.3	19.1	18.1	18.5
Λουξεμβούργο	17.8	17.1	16.8	18.4	19.0	19.0
Αυστρία	19.1	18.9	19.2	18.5	18.8	19.2

Σλοβενία	17.1	18.3	19.3	19.6	20.4	20.4
Γερμανία	20.0	19.7	19.9	19.6	20.3	20.6
Βέλγιο	20.2	20.8	21.0	21.6	20.8	21.2
Μάλτα	20.3	21.2	22.1	23.1	24.0	23.8
Εσθονία	23.4	21.7	23.1	23.4	23.5	26.0
Λιθουανία	29.6	34.0	33.1	32.5	30.8	27.3
Ιρλανδία	25.7	27.3	29.4	30.0	29.5	27.4
Κύπρος	23.5	24.6	24.6	27.1	27.8	27.4
Πορτογαλία	24.9	25.3	24.4	25.3	27.5	27.5
Ιταλία	24.9	25.0	28.1	29.9	28.5	28.3
Ισπανία	24.7	26.1	26.7	27.2	27.3	29.2
Λετονία	37.9	38.2	40.1	36.2	35.1	32.7
Ελλάδα	27.6	27.7	31.0	34.6	35.7	36.0

Πηγή: Botsari & Mitrakos, 2016:7

Το ποσοστό αυτό αυξήθηκε περαιτέρω κατά 0,3 ποσοστιαίες μονάδες σε 36% το 2014, παρουσιάζοντας σωρευτική αύξηση άνω των 8 ποσοστιαίων μονάδων κατά την περίοδο κρίσης 2009-2014.

Ο Πίνακας 2 παρουσιάζει το ποσοστό του συνολικού πληθυσμού που κινδυνεύει από φτώχεια ή κοινωνικό αποκλεισμό στην Ευρωζώνη ανά ηλικιακή ομάδα.

Πίνακας 2. Ποσοστό του συνολικού πληθυσμού που κινδυνεύει από τη φτώχεια ή τον κοινωνικό αποκλεισμό στην Ευρωζώνη κατά ηλικιακή ομάδα,

2014

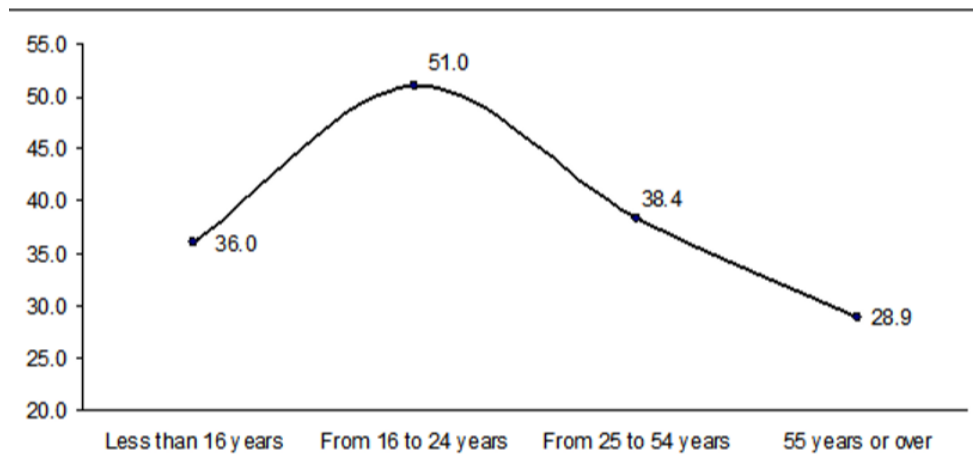
Χώρες	Λιγότερο από 16 ετών	16-24 ετών	25-54 ετών	Περισσότ ερο από 55 ετών
Σλοβακία	23.4	21.1	17.6	15.8
Αυστρία	23.8	21.2	17.5	18.3
Σλοβενία	17.6	21.5	18.7	24.2
Εσθονία	23.5	23.2	21.9	33.7
Γερμανία	19.3	23.9	20.3	20.7
Μάλτα	30.9	24.1	20.9	23.9
Γαλλία	21.4	26.2	18.3	14.6
Λουξεμβούργο	25.7	26.2	18.1	12.5
Ολλανδία	17.0	26.2	17.0	11.9
Βέλγιο	22.3	27.2	20.5	19.3
Φιλανδία	15.5	27.2	15.1	17.4
Λιθουανία	28.5	28.7	23.8	30.9
Κύπρος	24.6	32.1	26.7	28.0
Λετονία	34.5	32.7	28.6	37.1
Πορτογαλία	30.8	34.8	26.2	25.3
Ιταλία	31.9	36.5	29.8	22.6
Ισπανία	35.4	38.7	31.6	19.1

Ιρλανδία	29.1	41.6	26.1	21.2
Ελλάδα	36.0	51.0	38.4	28.9

Πηγή: Botsari & Mitrakos, 2016:8

Το Σχήμα 1, το οποίο βασίζεται στα στοιχεία του Πίνακα 2 για την Ελλάδα, αποκαλύπτει μια αντίστροφη τάση σχήματος U στα ποσοστά των ανθρώπων που κινδυνεύουν από φτώχεια ή κοινωνικό αποκλεισμό σε ηλικιακές ομάδες, γεγονός που ανησυχεί για την παρακολούθηση και την έκκληση για προσοχή στην πολιτική των μεταρρυθμίσεων.

Σχήμα 1. Ποσοστό ατόμων που κινδυνεύουν από φτώχεια ή κοινωνικό αποκλεισμό στην Ελλάδα κατά ηλικιακή ομάδα, 2014



Πηγή: Botsari & Mitrakos, 2016:9

Όπως φαίνεται, οι νέοι ηλικίας 16 έως 24 ετών έχουν αντιμετωπίσει την πιο σοβαρή επιδείνωση του εισοδήματός τους και των συνθηκών διαβίωσής

τους. Το ποσοστό κινδύνου φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού για αυτήν την ηλικιακή ομάδα το 2014 ήταν κατά 35% έως 75% υψηλότερο από τα αντίστοιχα ποσοστά για τις άλλες τρεις ηλικιακές ομάδες και σημειώθηκε αύξηση κατά 18,8 ποσοστιαίες μονάδες από την αρχή της κρίσης. Επίσης, το 2014, η Ελλάδα παρουσίασε το μεγαλύτερο χάσμα, ίσο με 15 ποσοστιαίες μονάδες, μεταξύ του κινδύνου φτώχειας ή του ποσοστού κοινωνικού αποκλεισμού των νέων ηλικίας 16 έως 24 ετών και του συνολικού πληθυσμού (Botsari & Mitrakos, 2016).

Οι πίνακες 3 και 4 παρουσιάζουν το ποσοστό κινδύνου φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού ανά επίπεδο εκπαίδευσης για πληθυσμό ηλικίας 18 ετών και άνω και επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων για παιδιά ηλικίας 0-17 ετών αντίστοιχα.

Πίνακας 3. Ποσοστό του πληθυσμού των χωρών της ευρωζώνης ηλικίας 18 ετών και άνω που κινδυνεύουν από τη φτώχεια ή τον κοινωνικό αποκλεισμό το 2014 κατά το επίπεδο εκπαίδευσης

Χώρες	Επίπεδα 0-2	Επίπεδα 3-4	Επίπεδα 5-6	Σύνολο
Ολλανδία	18.7	18.7	11.0	16.2
Λουξεμβούργο	25.8	13.7	8.4	16.9
Σλοβακία	33.0	17.1	7.6	17.2
Φιλανδία	26.0	21.2	6.5	17.3
Γαλλία	26.0	17.2	9.8	17.6

Αυστρία	31.7	16.2	11.8	18.2
Βέλγιο	35.0	19.3	10.0	20.5
Γερμανία	39.6	21.9	12.5	20.7
Σλοβενία	37.4	21.4	8.0	21.0
Μάλτα	30.1	13.1	5.3	22.1
Ιρλανδία				26.4
Εσθονία	39.9	28.0	16.9	26.5
Πορτογαλία	32.2	19.7	10.8	26.6
Λιθουανία	42.9	30.8	10.0	27.0
Ιταλία	34.6	23.5	15.4	27.5
Ισπανία	34.9	27.6	15.3	27.8
Κύπρος	40.8	29.5	14.4	28.1
Λετονία	50.3	31.8	15.4	31.5
Ελλάδα	41.8	39.8	18.7	35.7

Σημείωση:

Επίπεδα 0-2: προσχολική, πρωτοβάθμια και κατώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

Επίπεδα 3-4: ανώτερη δευτεροβάθμια και μεταδευτεροβάθμια μη τριτοβάθμια εκπαίδευση.

επίπεδα 5-6: πρώτο και δεύτερο στάδιο της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Τα κενά κελιά υποδεικνύουν ότι τα δεδομένα δεν είναι διαθέσιμα.

Πηγή: Botsari & Mitrakos, 2016:9

Πίνακας 4. Ποσοστό των παιδιών των χωρών της Ευρωζώνης ηλικίας 0-17 ετών που κινδυνεύουν από φτώχεια ή κοινωνικό αποκλεισμό το 2014 κατά επίπεδο εκπαίδευσης των γονιών τους

Χώρες	Επίπεδα 0-2	Επίπεδα 3-4	Επίπεδα 5-6	Σύνολο
Φιλανδία	58.3	25.4	7.0	15.6
Ολλανδία	42.8	21.7	9.8	17.1
Σλοβενία	45.7	26.6	7.1	17.7
Γερμανία	68.4	26.5	8.6	19.6
Γαλλία	60.8	28.4	8.1	21.6
Βέλγιο	64.3	30.6	9.2	23.2
Αυστρία	65.4	23.6	12.8	23.3
Σλοβακία	93.5	24.5	11.7	23.6
Εσθονία	57.2	33.3	12.2	23.8
Κύπρος	53.1	30.7	14.7	24.7
Λουξεμβούργο	53.1	23.2	9.8	26.4
Λιθουανία	68.6	43.1	8.8	28.9
Ιρλανδία				30.3
Μάλτα	55.1	16.6	6.2	31.3
Πορτογαλία	48.1	23.2	7.0	31.4
Ιταλία	58.5	29.6	13.0	32.1

Λετονία	70.8	42.5	15.2	35.3
Ισπανία	64.1	44.3	14.4	35.8
Ελλάδα	68.9	48.7	13.8	36.7

Πηγή: Botsari & Mitrakos, 2016:10

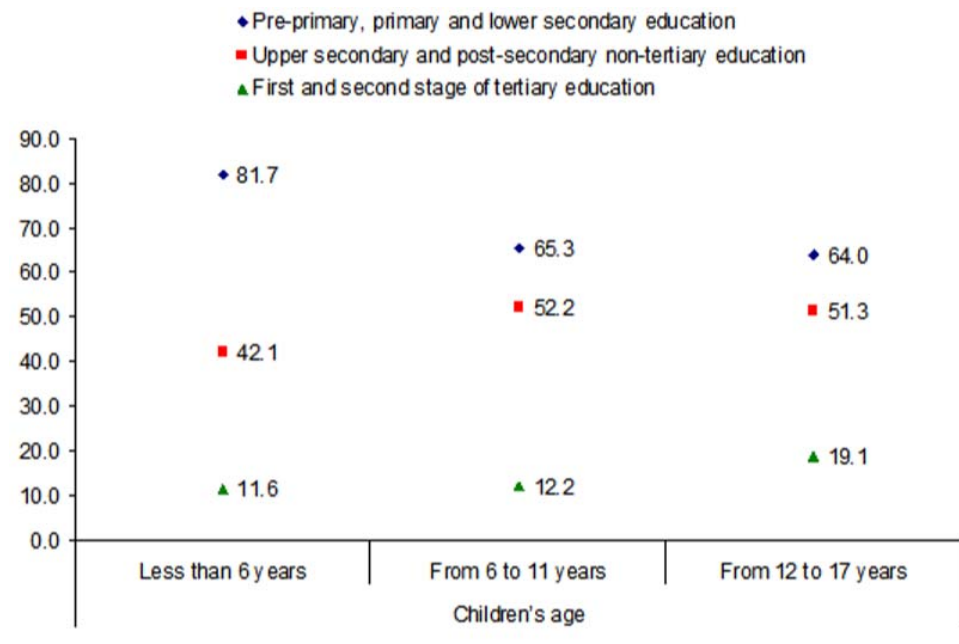
Τα στοιχεία στον Πίνακα 3 υποδεικνύουν ότι ο κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού για πληθυσμό ηλικίας 18 ετών και άνω συνδέεται άμεσα με το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων: όσο λιγότερο μορφωμένος είναι κάποιος, τόσο πιο πιθανό είναι να έχει αυξημένο κίνδυνο έναντι της φτώχειας ή του κοινωνικού αποκλεισμού. Στις 18 χώρες της Ευρωζώνης για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για το 2014, ο κίνδυνος φτώχειας ή ποσοστού κοινωνικού αποκλεισμού για άτομα με προσχολική, πρωτοβάθμια και κατώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση - ίσος με 33,2% - ήταν κατά 11,5 ποσοστιαίες μονάδες μεγαλύτερο από το αντίστοιχο ποσοστό για τα άτομα με ανώτερη δευτεροβάθμια και μεταδευτεροβάθμια μη τριτοβάθμια εκπαίδευση - ίσο με 21,7% - το οποίο με τη σειρά του ήταν κατά 9,2 ποσοστιαίες μονάδες μεγαλύτερο από αυτό των ατόμων με πρώτο και δεύτερο βαθμό τριτοβάθμιας εκπαίδευσης - ίσο με 12,5%. Όπως φαίνεται, η Ελλάδα κατέγραψε τον υψηλότερο κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού μεταξύ των χωρών της Ευρωζώνης, το τρίτο υψηλότερο ποσοστό μετά τη Λετονία και τη Λιθουανία μεταξύ των ατόμων με προσχολική, πρωτοβάθμια και κατώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση και τα υψηλότερα ποσοστά για τα άλλα δύο εκπαιδευτικές ομάδες (Botsari & Mitrakos, 2016).

Όπως προκύπτει από τους Πίνακες 3 και 4, ο κίνδυνος να αντιμετωπιστεί η φτώχεια ή ο κοινωνικός αποκλεισμός δεν επηρεάζεται μόνο από το μορφωτικό επίπεδο των ίδιων των ατόμων, αλλά και το μορφωτικό επίπεδο των γονέων που έχει αντίκτυπο στον κίνδυνο του παιδιού να κινδυνεύσει από τη φτώχεια ή τον κοινωνικό αποκλεισμό. Η σχέση μεταξύ των επιπέδων εκπαίδευσης των γονέων και του κινδύνου των παιδιών τους

να βιώσουν φτώχεια ή κοινωνικό αποκλεισμό είναι εμφανής από τον Πίνακα 4, που δείχνει ότι το ποσοστό των παιδιών που ζουν σε μια οικογένεια που κινδυνεύει από φτώχεια ή κοινωνικό αποκλεισμό κυμαίνεται από 15,6% στο 36,7% στην Ελλάδα. Ωστόσο, το συνολικό ποσοστό καλύπτει σημαντικές διαφορές μεταξύ εκπαιδευτικών ομάδων. Ενώ για τους γονείς με κατώτερη εκπαίδευση από την ανώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση ο κίνδυνος των παιδιών τους να αντιμετωπίζουν φτώχεια ή κοινωνικό αποκλεισμό κυμάνθηκε από 42,8% στην Ολλανδία έως 68,9% στην Ελλάδα και 70,8% στη Λετονία, το αντίστοιχο ποσοστό για τους γονείς με τριτοβάθμια εκπαίδευση ήταν πολύ χαμηλότερο, από 6,2% στη Μάλτα έως 13,8% στην Ελλάδα, 14,4% στην Ισπανία και 15,2% στη Λετονία (Botsari & Mitrakos, 2016).

Η κατάσταση είναι ακόμα πιο ανησυχητική όταν βλέπουμε παιδιά ηλικίας 0 έως 6 ετών όπως διαφαίνεται και από το παρακάτω Σχήμα.

Σχήμα 2. Κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα για παιδιά ηλικίας 0-17 ετών ανά επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων και ηλικιακής ομάδας, 2014



Πηγή: Botsari & Mitrakos, 2016:11

Το Σχήμα 2 αποκαλύπτει ότι το 81,7% των Ελλήνων παιδιών από τη γέννηση έως την ηλικία των έξι ετών, των οποίων οι γονείς δεν διαθέτουν ακόμη κατώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, ζουν σε συνθήκες φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού. Είναι σαφές ότι υπάρχει έντονη αρνητική σχέση μεταξύ της παιδικής φτώχειας και του επιπέδου εκπαίδευσης των γονέων τους.

Ο Πίνακας 5 παρουσιάζει τα ποσοστά κινδύνου φτώχειας στις χώρες της Ευρωζώνης για την περίοδο 2009-2014.

Πίνακας 5. Κίνδυνος φτώχειας στην Ευρωζώνη, 2009-2014

Χώρες	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ολλανδία	11.1	10.3	11.0	10.1	10.4	11.6
Σλοβακία	11.0	12.0	13.0	13.2	12.8	12.6

Φιλανδία	13.8	13.1	13.7	13.2	11.8	12.8
Γαλλία	12.9	13.3	14.0	14.1	13.7	13.3
Αυστρία	14.5	14.7	14.5	14.4	14.4	14.1
Κύπρος	15.8	15.6	14.8	14.7	15.3	14.4
Σλοβενία	11.3	12.7	13.6	13.5	14.5	14.5
Ιρλανδία	15.0	15.2	15.2	15.7	14.1	15.3
Βέλγιο	14.6	14.6	15.3	15.3	15.1	15.5
Μάλτα	14.9	15.5	15.6	15.1	15.7	15.9
Λουξεμβούργο	14.9	14.5	13.6	15.1	15.9	16.4
Γερμανία	15.5	15.6	15.8	16.1	16.1	16.7
Λιθουανία	20.3	20.5	19.2	18.6	20.6	19.1
Πορτογαλία	17.9	17.9	18.0	17.9	18.7	19.5
Ιταλία	18.4	18.2	19.6	19.4	19.1	19.6
Λετονία	26.4	20.9	19.0	19.2	19.4	21.2
Εσθονία	19.7	15.8	17.5	17.5	18.6	21.8
Ελλάδα	19.7	20.1	21.4	23.1	23.1	22.1
Ισπανία	20.4	20.7	20.6	20.8	20.4	22.2

Πηγή: Botsari & Mitrakos, 2016:12

Το 2014, τα υψηλότερα ποσοστά κινδύνου φτώχειας παρατηρήθηκαν στην Ισπανία (22,2%), την Ελλάδα (22,1%), την Εσθονία (21,8%) και τη Λετονία (21,2%) και τη χαμηλότερη στις Κάτω Χώρες (11,6% %) και τη Φινλανδία

(12,8%). Το ποσοστό αυτό για την Ελλάδα σημαίνει ότι το διαθέσιμο εισόδημα του 22,1% του πληθυσμού του ήταν κάτω από το εθνικό όριο φτώχειας². Σε αυτό το σημείο, θα πρέπει να σημειώσουμε ότι το όριο της φτώχειας ποικίλλει με την πάροδο του χρόνου και έχει μειωθεί σε πολλά κράτη μέλη της Ευρωζώνης τα τελευταία χρόνια λόγω της χρηματοπιστωτικής και οικονομικής κρίσης. Πράγματι, στην Ελλάδα το διάμεσο ισοδύναμο καθαρό εισόδημα μειώθηκε από € 8.377 το 2013 σε € 7.680 το 2014. Ενώ το μέσο ισοδύναμο καθαρό εισόδημα μειώθηκε μεταξύ 2013 και 2014 κατά 8,32%, το ποσοστό κινδύνου φτώχειας μειώθηκε κατά μία ποσοστιαία μονάδα, γεγονός που υποδηλώνει ότι ορισμένοι άνθρωποι στην Ελλάδα που βρίσκονταν γύρω από το όριο της φτώχειας το 2013 κινήθηκαν πάνω από αυτό μόνο λόγω της μείωσης του κατώτατου ορίου που προκλήθηκε από τη μείωση του μέσου εισοδήματος, ακόμη και αν η κατάσταση τους δεν είχε αλλάξει σημαντικά το 2014.

3.2. Ομάδες που βιώνουν κοινωνικές ανισότητες

Από τα τέλη του 2009, η Ελλάδα αντιμετωπίζει τις επιπτώσεις μιας οικονομικής κρίσης και επακόλουθη ύφεση (Kentikelenis, 2017). Προκειμένου να παραμείνει στην Ευρωζώνη και να εκπληρώσει τις δημοσιονομικές του ευθύνες, το ελληνικό κράτος αποδέχθηκε από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ), την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα τρία διαδοχικά προγράμματα διαρθρωτικής προσαρμογής-διάσωσης: το 2010, το 2012 και το 2015, συλλογικά γνωστά ως Τρόικα.

Τα προγράμματα αυτά καθοδηγούνται από τις νεοφιλελεύθερες αρχές της απελευθέρωσης, σταθεροποίησης και ιδιωτικοποίησης, με βασική προϋπόθεση τη μείωση των δημοσίων δαπανών μέσω μιας δημοσιονομικής πολιτικής. Αυτό οδήγησε σε αυτό που οι Labonté & Stuckler (2016) περιγράφουν ως ανατροφοδότηση των δαπανών για την υγεία και την κοινωνική προστασία και την ανάπτυξη του νεοφιλελευθερισμού.

Από το 2010 έως το 2016, η ελληνική κυβέρνηση θέσπισε 12 γύρους αυξήσεων φόρων, περικοπών δαπανών και μεταρρυθμίσεων, σύμφωνα με

τις απαιτήσεις της Τρόικας (OECD, 2016). Όλα αυτά τα προγράμματα ήταν καθοδηγούμενα από λιτότητα και απαιτούσαν βαθιές διαρθρωτικές αλλαγές, εμβαθύνοντας περαιτέρω τις κοινωνικές ανισότητες (De Vogli, 2014).

Οι μεταρρυθμίσεις αυτές είχαν αρνητικές κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις: το πραγματικό ΑΕΠ μειώθηκε κατά 26%, η γενική ανεργία ήταν 23% και το ποσοστό ανεργίας των νέων έφτασε στο 44,2%, η ακραία φτώχεια αυξήθηκε από 8,9% το 2011 στο 15% του συνολικού πληθυσμού το 2015, ενώ η σχετική φτώχεια αυξήθηκε από 21,9% σε 23,2% κατά την ίδια περίοδο (Eurostat, 2016; OECD, 2016). Ο συνδυασμός της οικονομικής κρίσης με τα μέτρα λιτότητας οδήγησε σε άνοδο της άνισης κατανομής του εισοδήματος.

Οι συνέπειες αυτών των πολιτικών στην υγεία του γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα και γενικότερα στο σύστημα υγείας έχουν τεκμηριωθεί καλά. Σε μια προσπάθεια να μειωθούν οι δημόσιες δαπάνες και να αυξηθούν τα έσοδα, υιοθετήθηκαν διάφορες πολιτικές, όπως η αυξημένη συμμετοχή των ασθενών στις συνδρομές για φαρμακευτικά προϊόντα και η αύξηση των αμοιβών για πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη (Economou et al., 2014; Karanikolos & Kentikelenis, 2016; Karanikolos et al., 2013).

Λόγω της οικονομικής κρίσης και της αυξανόμενης ανικανότητάς τους να πληρώνουν για ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη, περισσότεροι άνθρωποι έχουν στραφεί στον δημόσιο τομέα. Λαμβάνοντας υπόψη ότι από το 2009 οι κατά κεφαλήν δαπάνες για τη δημόσια υγεία έχουν μειωθεί κατά σχεδόν το ένα τρίτο (σύμφωνα με τις απαιτήσεις της τρόικας για δημόσιες δαπάνες για την υγεία που δεν υπερβαίνουν το 6% του ΑΕΠ), ότι έχουν αποχωρήσει 25.000 υγειονομικοί υπάλληλοι, και ότι τα νοσοκομεία συχνά στερούνται αρκετών κλινών και ιατρικών προμηθειών για την περίθαλψη των ασθενών τους, μια καταστροφή της δημόσιας υγείας, με σοβαρές συνέπειες για την υγεία των ανθρώπων, πραγματοποιείται επί του παρόντος στην Ελλάδα (Smith, 2017).

Τα μέτρα που έχουν ληφθεί έχουν επίσης οδηγήσει σε μείωση της κάλυψης της υγειονομικής περίθαλψης (η οποία έχει αφήσει 2,5 εκατομμύρια Έλληνες ανασφάλιστους, δεδομένου ότι η κάλυψη της

υγειονομικής περίθαλψης συνδέεται με την απασχόληση) και στα οφέλη για την υγεία που δικαιούνται από την κάλυψη (Smith, 2017; WHO2016). Ο βαθμός στον οποίο οι διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας μπορούν να προσφέρουν βιώσιμη λύση είναι αμφισβητήσιμη (De Vogli & Owusu, 2015).

Στην Ελλάδα, τα μέτρα αυτά έχουν οδηγήσει σε αυξημένους φραγμούς στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και στην επακόλουθη αύξηση των ανεκπλήρωτων αναγκών υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ του γενικού πληθυσμού (Zavras et al., 2016). Οι υπηρεσίες όπως τα προγράμματα εξέτασης καρκίνου, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας, τα προγράμματα πρόληψης και θεραπείας για τη χρήση ναρκωτικών και οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας έχουν υποστεί σοβαρές περικοπές (Kerasidou et al., 2016).

Οι χρηματοπιστωτικές κρίσεις μπορούν να επηρεάσουν την ισότητα στην υγεία μέσω άμεσων (για παράδειγμα αυξημένου κόστους της υγειονομικής περίθαλψης) και έμμεσων μηχανισμών (π.χ. μεταρρυθμίσεις στην αγορά εργασίας ή περικοπές στα προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας) (Ruckert & Labonté, 2012). Ο Kentikelenis (2017) προσδιόρισε τρεις κύριες οδούς μέσω των οποίων τα προγράμματα διαρθρωτικής προσαρμογής μπορούν να επηρεάσουν την υγεία: άμεσες επιπτώσεις (π.χ. περικοπές στους προϋπολογισμούς της υγειονομικής περίθαλψης), έμμεσες επιπτώσεις (για παράδειγμα, μείωση του δημόσιου τομέα) και επιπτώσεις στους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες (για παράδειγμα, άτυπης εργασίας).

Αυτές οι επιπτώσεις μπορούν να έχουν δυσανάλογο αντίκτυπο στα πιο ευάλωτα μέρη του πληθυσμού, συμπεριλαμβανομένων των ατόμων με αναπηρίες, τα οποία έχουν τη μικρότερη προστασία από τους κινδύνους για την υγεία και τους οικονομικούς κινδύνους. Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και οι επακόλουθες ανεκπλήρωτες ανάγκες των ατόμων με αναπηρία επηρεάζονται από ευρύτερες μεταρρυθμίσεις που επηρεάζουν τον γενικό πληθυσμό. Ο συνδυασμός των αυξημένων αναγκών υγείας λόγω της παρουσίας αναπηρίας, των επιπτώσεων των πολιτικών λιτότητας και ενός

νεοφιλελεύθερου λόγου ευθύνης, όπου η πρόσβαση στην υγεία γίνεται ιδιωτική υπόθεση, μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένους φραγμούς στην πρόσβαση στην υγεία των ατόμων με ειδικές ανάγκες (Rotarou & Sakellariou, 2017). Τα άτομα με αναπηρίες πλήττονται επίσης από μεταρρυθμίσεις που τους απευθύνονται ειδικά, αν και δεν έχουν άμεση πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Ένα παράδειγμα αυτού είναι ο νόμος 4387 (2016), ο οποίος προβλέπει μείωση της εθνικής σύνταξης.

Με έκτακτες δαπάνες που αντιπροσωπεύουν το 35,4% των συνολικών δαπανών για την υγεία το 2014, οι άνθρωποι στην Ελλάδα είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι σε καταστροφικές εξωφρενικές πληρωμές (Grigorakis et al., 2017). Επιπλέον, με μείωση κατά 45,3% των συνολικών δαπανών για τη δημόσια υγεία μεταξύ 2009 και 2014 (European Observatory on Health Systems and Policies, 2014), ένας στους έξι ανθρώπους από ομάδες χαμηλού εισοδήματος στην Ελλάδα ανέφερε κάποια αναπάντητα προβλήματα υγείας λόγω οικονομικών ή για άλλους λόγους το 2013 (OECD, 2015).

Τα ευρήματα αυτά είναι ιδιαιτέρως ανησυχητικά, δεδομένου ότι τα δεδομένα από το 2015 δείχνουν ότι ο κίνδυνος φτώχειας των νοικοκυριών ηλικίας 16-64 ετών στην Ελλάδα είναι 54,4%, ενώ για τα άτομα χωρίς αναπηρίες είναι 36,8 (ANED, 2017).

Η ανεργία μπορεί να προκαλέσει οικονομικούς φραγμούς αλλά και εμπόδια στην πρόσβαση λόγω καταστάσεων αναμονής, δεδομένου ότι οι άνεργοι δεν έχουν πρόσβαση σε εναλλακτικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, όπως η ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη (Kyriopoulos et al., 2014). Στην Ελλάδα, ο χρόνος αναμονής για την παροχή υπηρεσιών δημόσιας υγείας σε εξωτερικούς ασθενείς έχει αυξηθεί κατά 200% (Economou et al., 2014).

Τα τελευταία στοιχεία για την ανεργία των ατόμων με ειδικές ανάγκες στην Ελλάδα είναι από το 2011, όταν μόνο το 14,6% των ατόμων που αντιμετώπισαν δυσκολία βασικής δραστηριότητας και μόνο το 15,5% των

ατόμων που είχαν περιορισμό στην εργασία λόγω μακροχρόνιου προβλήματος υγείας ή δυσκολίες (Eurostat, 2014).

Ίσως ένας από τους πιο σημαντικούς φραγμούς είναι αυτός της πρόσβασης στην περίθαλψη ψυχικής υγείας. Αυτό συμβαίνει στο πλαίσιο της αυξανόμενης επίπτωσης των προβλημάτων ψυχικής υγείας και των απόπειρων αυτοκτονίας (Economou et al., 2014; Simou & Koutsogeorgou, 2014) και περικοπές χρηματοδότησης για υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Kentikelenis et al., 2014).

Η De Vogli (2014) υποστηρίζει ότι η χρηματοπιστωτική κρίση στην Ευρώπη έχει επιφέρει διαφορές στην υγεία σε διάφορες κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι χρηματοπιστωτικές κρίσεις και οι επακόλουθες αντιδράσεις μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την υγεία ομάδων που αντιμετωπίζουν ήδη προβλήματα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας (Kentikelenis et al., 2015; Foscolou et al., 2017), σχετικά με την αυξημένη απομόνωση, το κάπνισμα, τα συμπτώματα κατάθλιψης και την υιοθέτηση λιγότερο υγιεινών διατροφικών συνηθειών από τους ηλικιωμένους).

Λόγω της παγκόσμιας ύφεσης και της υποβάθμισης του κράτους πρόνοιας, συχνά υιοθετούνται νεοφιλελεύθεροι κανονισμοί στον τομέα της υγείας, που οδηγούν στην απώλεια της αντίληψης ότι η υγεία είναι καθολικό δικαίωμα. Ως εκ τούτου, υπάρχει άνοδος του καταναλωτή για την υγεία και την έννοια της υγείας ως επιλογή, δηλαδή, θέμα προσωπικής ευθύνης (Αγο, 2012). Αυτή η εξατομίκευση του δικαιώματος στην υγεία έχει οδηγήσει σε μια αναθεώρηση της υγειονομικής περίθαλψης ως ιδιωτικού αγαθού προς πώληση και όχι σε ένα δημόσιο αγαθό που πληρώνεται με χρήματα (McGregor, 2001).

Τέτοιες έννοιες και πρακτικές μπορούν να έχουν αρνητικές συνέπειες για την υγεία και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για ομάδες που αντιμετωπίζουν ήδη δυσκολίες, όπως παιδιά, ηλικιωμένοι, φτωχοί, γυναίκες, αυτόχθονες ομάδες και άτομα με αναπηρίες. Τα στοιχεία

από τη Χιλή (Rotarou & Sakellariou, 2017), η πρώτη χώρα όπου εγκρίθηκε ο νεοφιλελευθερισμός ως γενικό πλαίσιο πολιτικής σε όλους τους τομείς, συμπεριλαμβανομένης της υγειονομικής περίθαλψης, δείχνουν ότι οι νεοφιλελεύθερες μεταρρυθμίσεις έχουν παραγάγει μακροχρόνιες αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία, επηρεάζοντας δυσανάλογα τα πιο ευάλωτα τμήματα του πληθυσμού.

Ο Schrecker (2016) χρησιμοποίησε τον όρο νεοφιλελεύθερες επιδημίες για να αναφερθεί στις υλικές επιπτώσεις που μπορεί να έχει αυτή η οικονομική πολιτική. Ο αντίκτυπος αυτών των μεταρρυθμίσεων μπορεί να είναι ιδιαίτερα σοβαρός όταν δεν συνδυάζεται με αυξημένους μηχανισμούς στήριξης. Οι πρόσφατοι μηχανισμοί κοινωνικής προστασίας που έχουν σχεδιαστεί για να διασφαλίσουν την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα, όπως το σύστημα κουπονιών υγείας, δεν ήταν πολύ επιτυχημένοι (Karanikolos & Kentikelenis, 2016). Οι λόγοι μπορεί να περιλαμβάνουν ανεπαρκείς πληροφορίες σχετικά με την επιλεξιμότητα και, το σημαντικότερο, τον κατακερματισμένο χαρακτήρα των μέτρων αυτών.

Η ισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί θεμελιώδη στόχο για πολλά ευρωπαϊκά συστήματα υγείας, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας. Στο πλαίσιο αυτού του στόχου, η ανάγκη ανάπτυξης συστημάτων στην υγειονομική περίθαλψη για τους μετανάστες έχει τεθεί ως βασικό ζήτημα από παγκόσμιους οργανισμούς. Η πρωτοβάθμια φροντίδα είναι ιδανικά τοποθετημένη για να αντιμετωπίσει τις ανισότητες και τις προκλήσεις που εμφανίζονται στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης στους μετανάστες και οι πάροχοι πρωτοβάθμιας περίθαλψης γνωρίζουν πολύ καλά τις κοινωνικές συνθήκες στις οποίες ζουν οι άνθρωποι. Η Ελλάδα δεν έχει σφαιρική πολιτική όσον αφορά την πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης από τους μετανάστες, παρά την έντονη εισροή προσφύγων και μεταναστών τα τελευταία χρόνια. Η βάση του δικαιώματος υγειονομικής περίθαλψης είναι ένα μείγμα φορολογικών, κοινωνικών ασφαλίσεων, ιδιωτικών και εξωχρηματοστηριακών πληρωμών και αυτό ισχύει για τους μετανάστες που διαμένουν νόμιμα στη χώρα. Οι μετανάστες χωρίς

χαρτιά πρέπει να λαμβάνουν μόνο επείγουσα περίθαλψη και δεν έχουν δικαίωμα ασφάλισης υγείας (Paradakaki et al., 2017).

Κεφάλαιο 4. Μεθοδολογία

4.1. Ερευνητική μέθοδος

Στην παρούσα έρευνα έχει επιλεχθεί να πραγματοποιηθεί η ποσοτική έρευνα με την χρήση ημιδομημένου ερωτηματολογίου. Ο λόγος επιλογής της ποσοτικής έρευνας οφείλεται στο ότι είναι πιο κατάλληλη για μεγάλο πλήθος δείγματος και παράλληλα προσφέρει πιο αξιόπιστα αποτελέσματα.

4.2. Ερευνητικό εργαλείο

Το ερευνητικό εργαλείο της παρούσας έρευνας είναι το ερωτηματολόγιο το οποίο περιλαμβάνει δεκαεφτά ερωτήσεις, οι επτά πρώτες ερωτήσεις αφορούν τα χαρακτηριστικά του δείγματος και οι επόμενες δέκα ερωτήσεις αφορούν τις ανισότητες στην Ελλάδα, τις ανισότητες στον τομέα υγείας στην Ελλάδα και τις ανισότητες στον τομέα πρόνοιας στην Ελλάδα (Παράρτημα).

4.3. Ερευνητικό δείγμα

Το ερευνητικό δείγμα της έρευνας αποτελείται από 100 κηδεμόνες ανήλικων παιδιών 4-6 ετών. Από τους 100 κηδεμόνες οι 50 είναι Έλληνες και οι υπόλοιποι 50 ξένοι.

4.4. Ερευνητική διαδικασία

Η ερευνήτρια προσέγγισε τους ερωτώμενους και τους ζήτησε να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο εξηγώντας τους τους σκοπούς της έρευνας. Επιπλέον τους ανέφερε ότι εξασφαλίζεται η ανωνυμία τους.

4.5.Ερευνητικοί περιορισμοί

Το δείγμα της παρούσας έρευνας δεν ήταν τυχαίο και επομένως δεν μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα για το σύνολο του πληθυσμού. Επιπλέον δεν λαμβάνεται υπόψη στην έρευνα το μορφωτικό και το οικονομικό επίπεδο των συμμετεχόντων. Τα χαρακτηριστικά αυτά μπορεί να παίζουν σημαντικό ρόλο στην αντίληψη των θεμάτων που μελετά η έρευνα.

Κεφάλαιο 5.Ερευνητικά ευρήματα

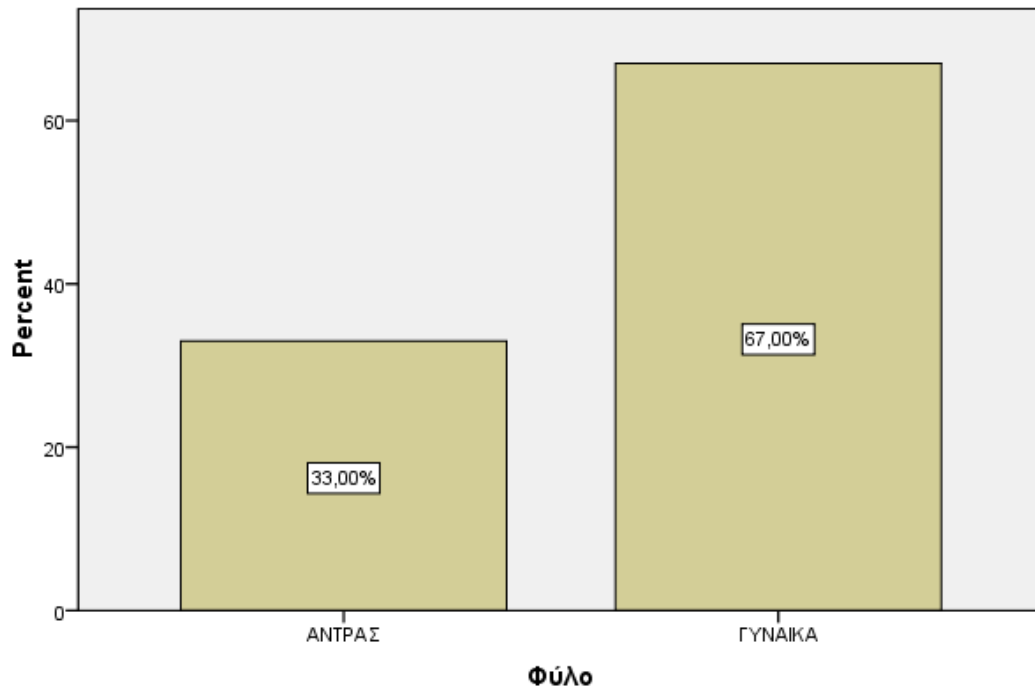
Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζεται η περιγραφική και η επαγωγική στατιστική της έρευνας.

Πίνακας 1. Φύλο

	N	%
ΑΝΤΡΑΣ	33	33,0
ΓΥΝΑΙΚΑ	67	67,0
Total	100	100,0

Σύμφωνα με τον πίνακα 1, η αναλογία ανδρών και γυναικών στο δείγμα είναι 33% και 67% αντίστοιχα.

Φύλο

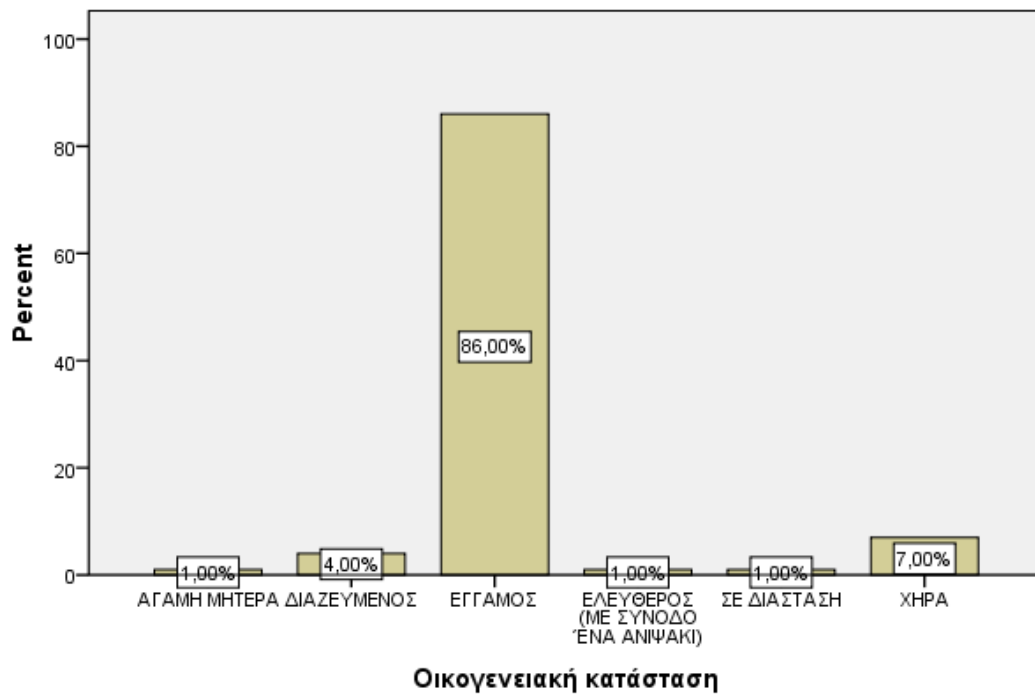


Πίνακας 2. Οικογενειακή κατάσταση

	N	%
ΑΓΑΜΗ ΜΗΤΕΡΑ	1	1,0
ΔΙΑΖΕΥΜΕΝΟΣ	4	4,0
ΕΓΓΑΜΟΣ	86	86,0
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ (ΜΕ ΣΥΝΟΔΟ ΑΝΙΨΑΚΙ)	ΈΝΑ 1	1,0
ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ	1	1,0
ΧΗΡΑ	7	7,0
Total	100	100,0

Σύμφωνα με τον πίνακα 2, το 86% του δείγματος είναι παντρεμένο, το 7% είναι χήροι, το 4% είναι διαζευγμένοι το 1% σε διάσταση, το 1% είναι ελεύθερο και το υπόλοιπο 1% σε άγαμες μητέρες.

Οικογενειακή κατάσταση

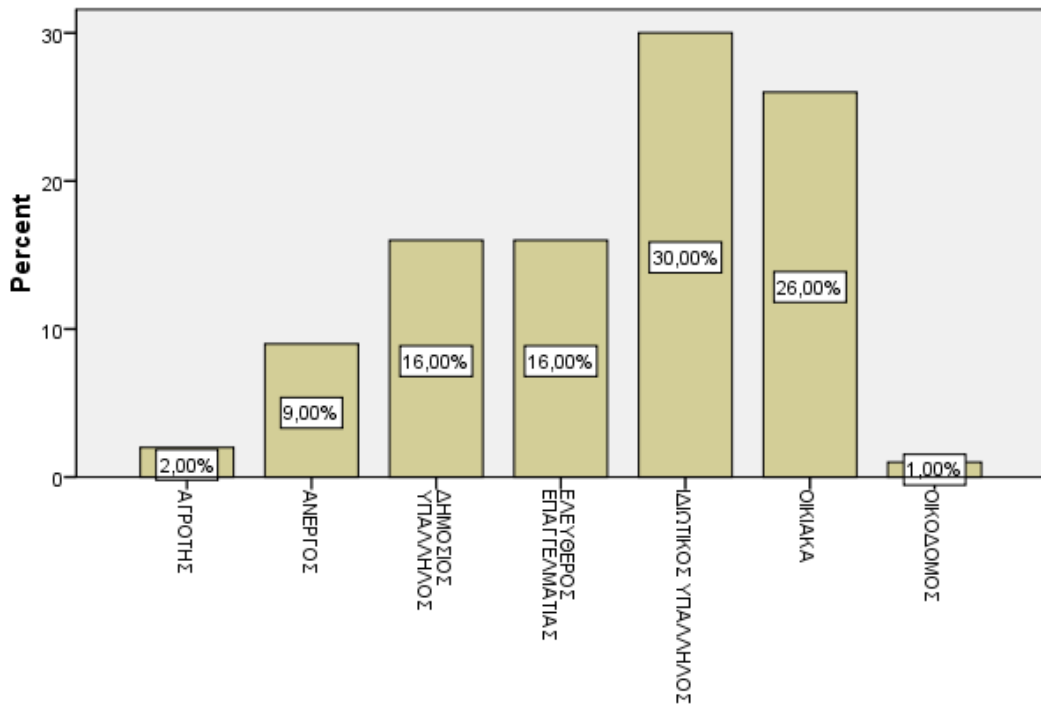


Πίνακας 3. Επαγγελματική κατάσταση

	N	%
ΑΓΡΟΤΗΣ	2	2,0
ΑΝΕΡΓΟΣ	9	9,0
ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	16	16,0
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	16	16,0
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	30	30,0
ΟΙΚΙΑΚΑ	26	26,0
ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ	1	1,0
Total	100	100,0

Σύμφωνα με τον πίνακα 3, το 30% των ερωτώμενων είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 26% ασχολείται με τα οικιακά, το 16% είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, ένα ακόμα 16% είναι δημόσιοι υπάλληλοι, το 9% είναι άνεργοι, το 2% είναι αγρότες και το υπόλοιπο 1% είναι οικοδόμοι.

Επαγγελματική κατάσταση

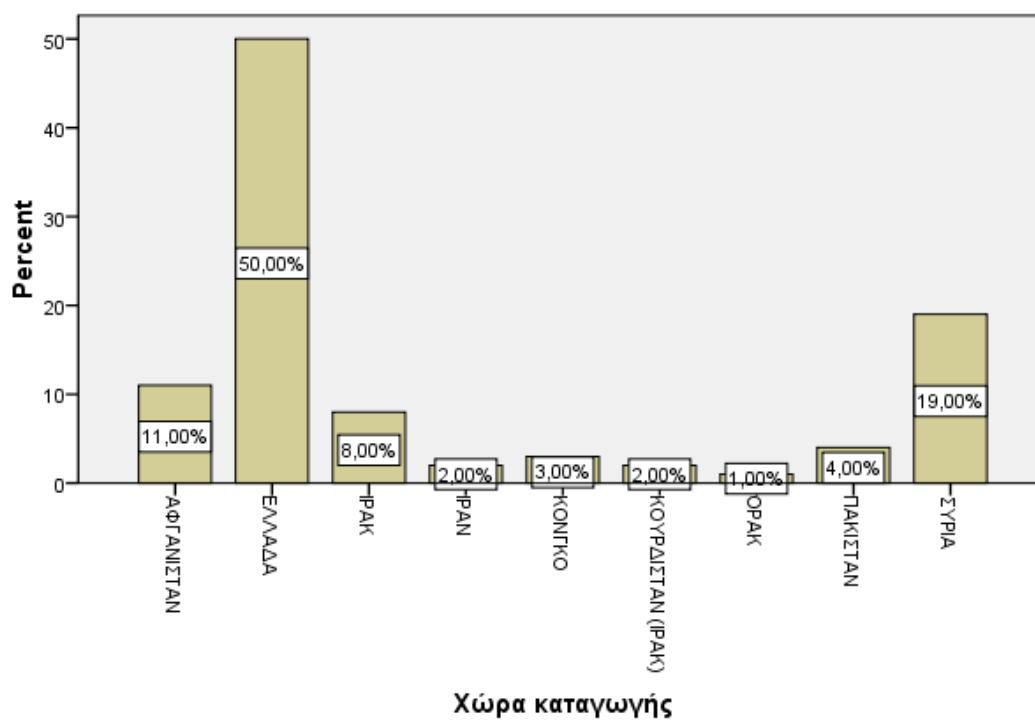


Πίνακας 4. Χώρα καταγωγής

	N	%
ΑΦΓΑΝΙΣΤΑΝ	11	11,0
ΕΛΛΑΔΑ	50	50,0
ΙΡΑΚ	8	8,0
ΙΡΑΝ	2	2,0
ΚΟΝΓΚΟ	3	3,0
ΚΟΥΡΔΙΣΤΑΝ (ΙΡΑΚ)	2	2,0
ΙΡΑΚ	1	1,0
ΠΑΚΙΣΤΑΝ	4	4,0
ΣΥΡΙΑ	19	19,0
Total	100	100,0

Σύμφωνα με τον πίνακα 4, το 50% του δείγματος προέρχεται από την Ελλάδα, το 19% από την Συρία, το 11% από το Αφγανιστάν, το 4% από το Πακιστάν και το υπόλοιπο 16% από πέντε διαφορετικές χώρες.

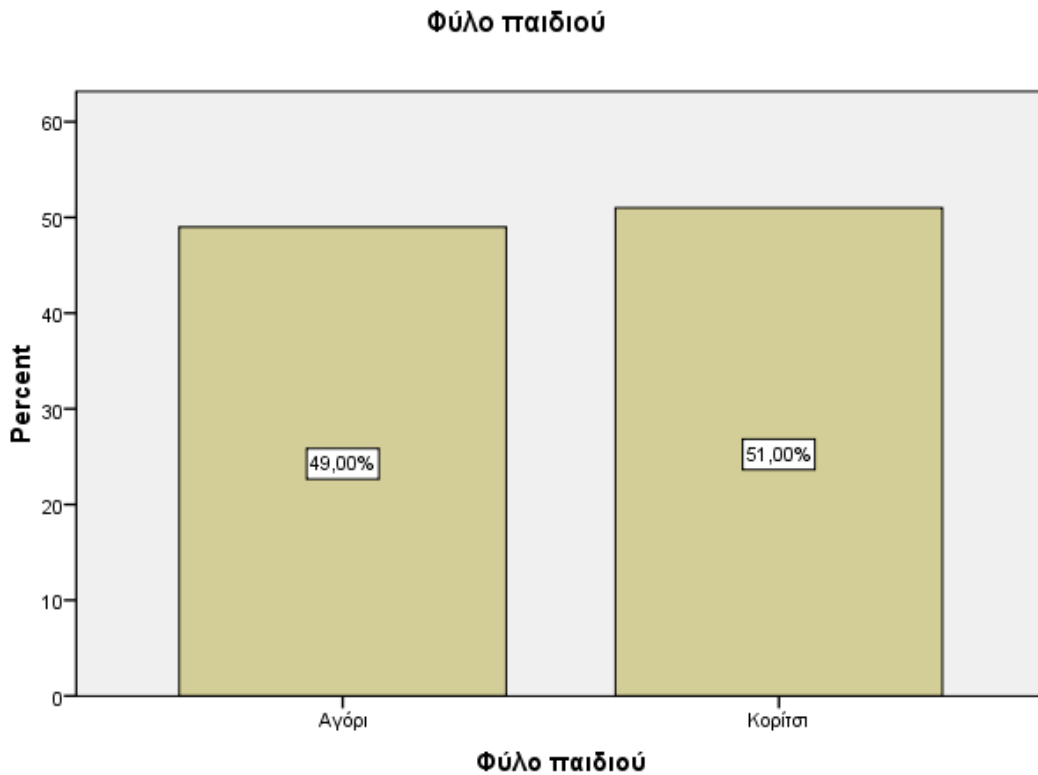
Χώρα καταγωγής



Πίνακας 5. Φύλο παιδιού

	N	%
Αγόρι	49	49,0
Κορίτσι	51	51,0
Total	100	100,0

Σύμφωνα με τον πίνακα 5, το 49% του δείγματος είναι κηδεμόνας σε αγόρι και το 51% σε κορίτσι.



Πίνακας 6. Ηλικία κηδεμόνα και παιδιού

	N	Ελάχιστη	Μέγιστη	M	TA
Ηλικία	100	19	68	35,82	7,815
Ηλικία παιδιού	100	2	6	4,72	,959

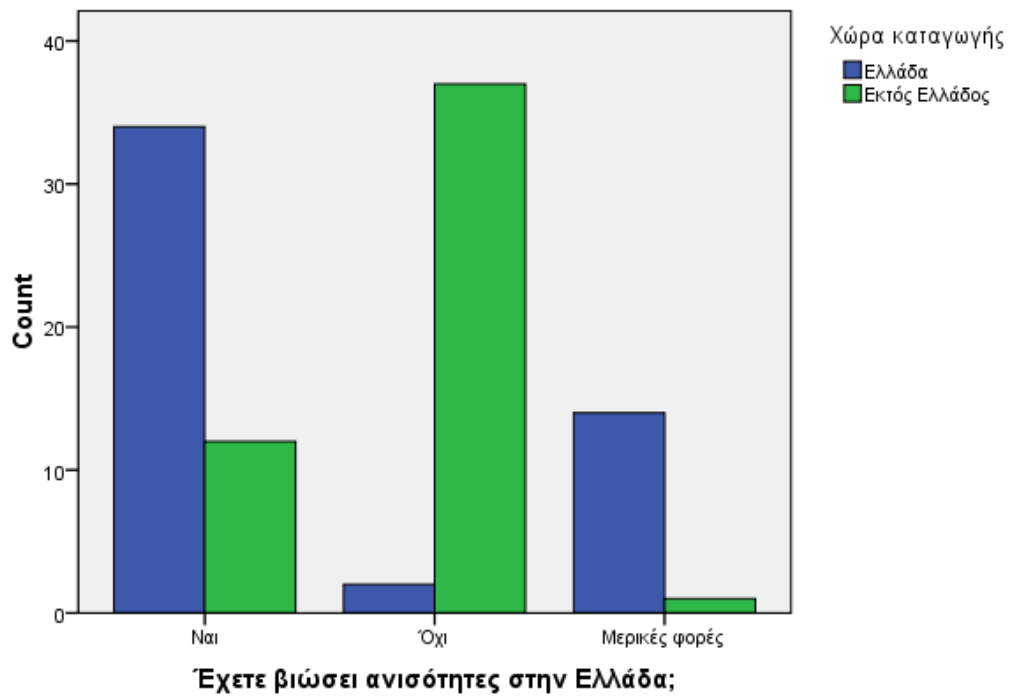
Σύμφωνα με τον πίνακα 6, η μέση ηλικία των κηδεμόνων είναι τα 35,82 έτη με τυπική απόκλιση τα 7,81. Η μέση ηλικία των παιδιών είναι τα 4,72 έτη με τυπική απόκλιση τα 0,95.

Πίνακας 7. Σχέση της χώρας καταγωγής με τον αν έχουν βιώσει ανισότητες στην πρόσβαση στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα

		Χώρα καταγωγής			
		Εκτός			
		Ελλάδα	Ελλάδος	Total	
Έχετε ανισότητες πρόσβαση τομέα της υγείας στην Ελλάδα;	βιώσει Ναι στην πρόσβαση στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα;	Count	26	6	32
		% within καταγωγής	Χώρα 52,0%	12,0%	32,0%
	Όχι	Count	4	37	41
		% within καταγωγής	Χώρα 8,0%	74,0%	41,0%
	Μερικές φορές	Count	20	7	27
		% within καταγωγής	Χώρα 40,0%	14,0%	27,0%
Total		Count	50	50	100
		% within καταγωγής	Χώρα 100,0%	100,0%	100,0%

Σύμφωνα με τον πίνακα 7, το 52% των Ελλήνων και το 12% των ξένων αναφέρει ότι έχει βιώσει ανισότητες στην πρόσβαση στο τομέα της υγείας στην Ελλάδα. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2(2)=45,320$, $p=.000$).

Bar Chart

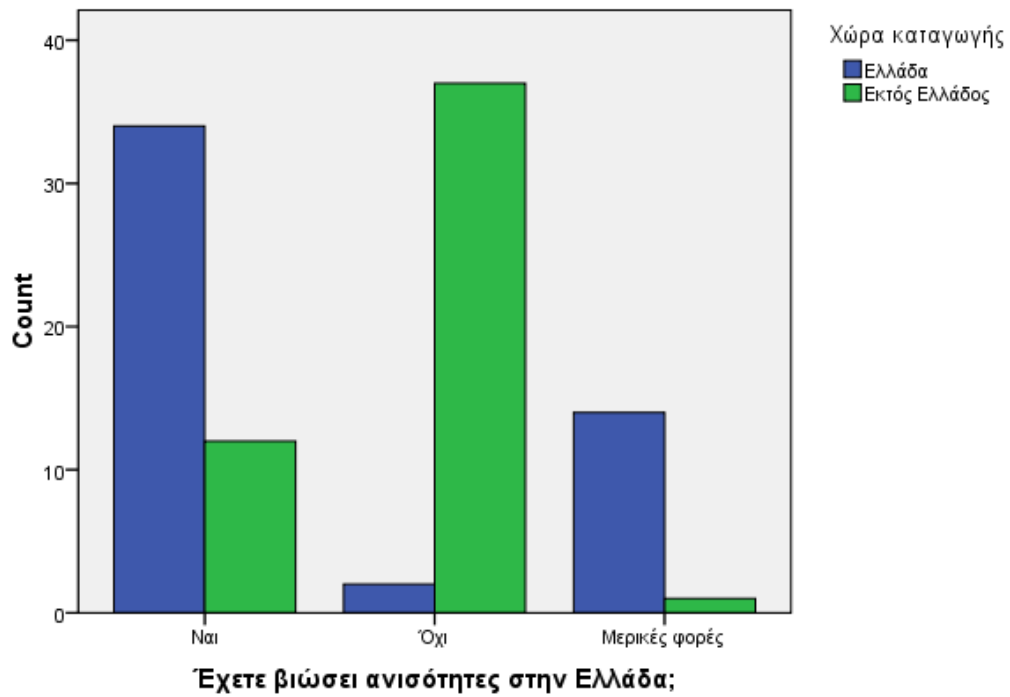


Πίνακας 8. Σχέση της χώρας καταγωγής με τον αν έχουν βιώσει ανισότητες στην Ελλάδα

		Χώρα καταγωγής			
		Εκτός			
		Ελλάδα	Ελλάδος	Total	
Έχετε ανισότητες Ελλάδα;	βιώσει Ναι στην	Count	34	12	46
		% within καταγωγής	Χώρα 68,0%	24,0%	46,0%
	Όχι	Count	2	37	39
		% within καταγωγής	Χώρα 4,0%	74,0%	39,0%
	Μερικές φορές	Count	14	1	15
		% within καταγωγής	Χώρα 28,0%	2,0%	15,0%
Total		Count	50	50	100
		% within καταγωγής	Χώρα 100,0%	100,0%	100,0%

Σύμφωνα με τον πίνακα 8, το 68% των Ελλήνων και το 24% των ξένων αναφέρει ότι έχει βιώσει ανισότητες στην Ελλάδα. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2(2)=53,199, p=.000$).

Bar Chart

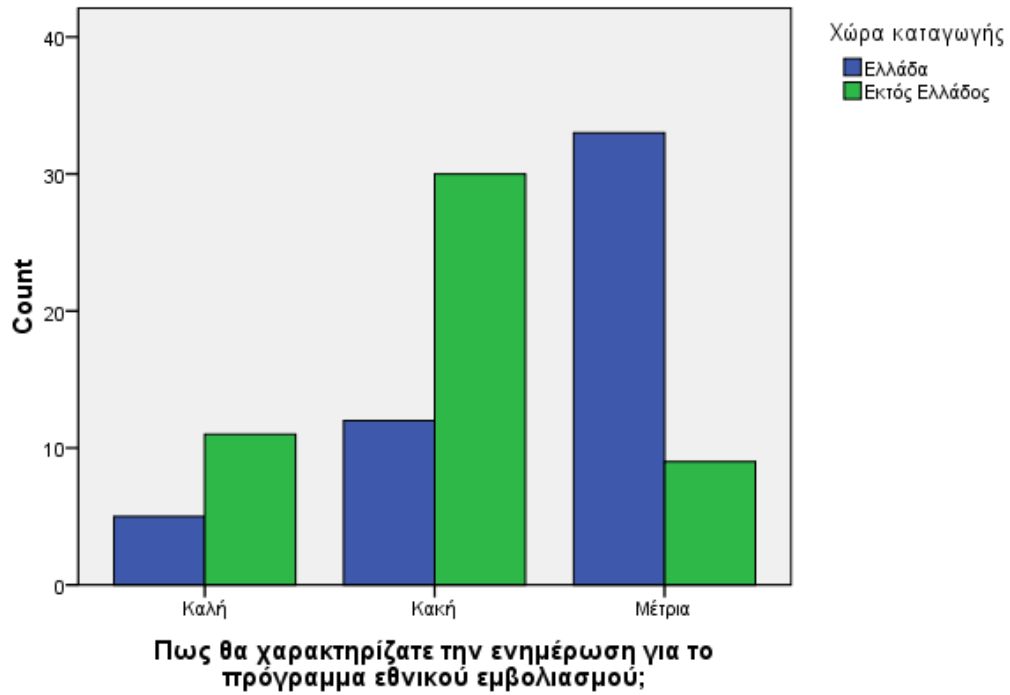


Πίνακας 9. Σχέση της χώρας καταγωγής σε σχέση με την ενημέρωση για το πρόγραμμα εθνικού εμβολιασμού

		Χώρα καταγωγής			
		Εκτός		Total	Χώρα
		Ελλάδα	Ελλάδος		
Πως χαρακτηρίζατε την ενημέρωση για το πρόγραμμα εθνικού εμβολιασμού;	θα Καλή	Count	5	11	16
		% within καταγωγής	10,0%	22,0%	16,0%
	Κακή	Count	12	30	42
		% within καταγωγής	24,0%	60,0%	42,0%
	Μέτρη α	Count	33	9	42
		% within καταγωγής	66,0%	18,0%	42,0%
Total	Count	50	50	100	
	% within καταγωγής	100,0%	100,0%	100,0%	

Σύμφωνα με τον πίνακα 9, το 66% των Ελλήνων και το 18% των ξένων αναφέρει ως μέτρια την ενημέρωση το πρόγραμμα εθνικού εμβολιασμού. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2(2)=23,679$, $p=.000$).

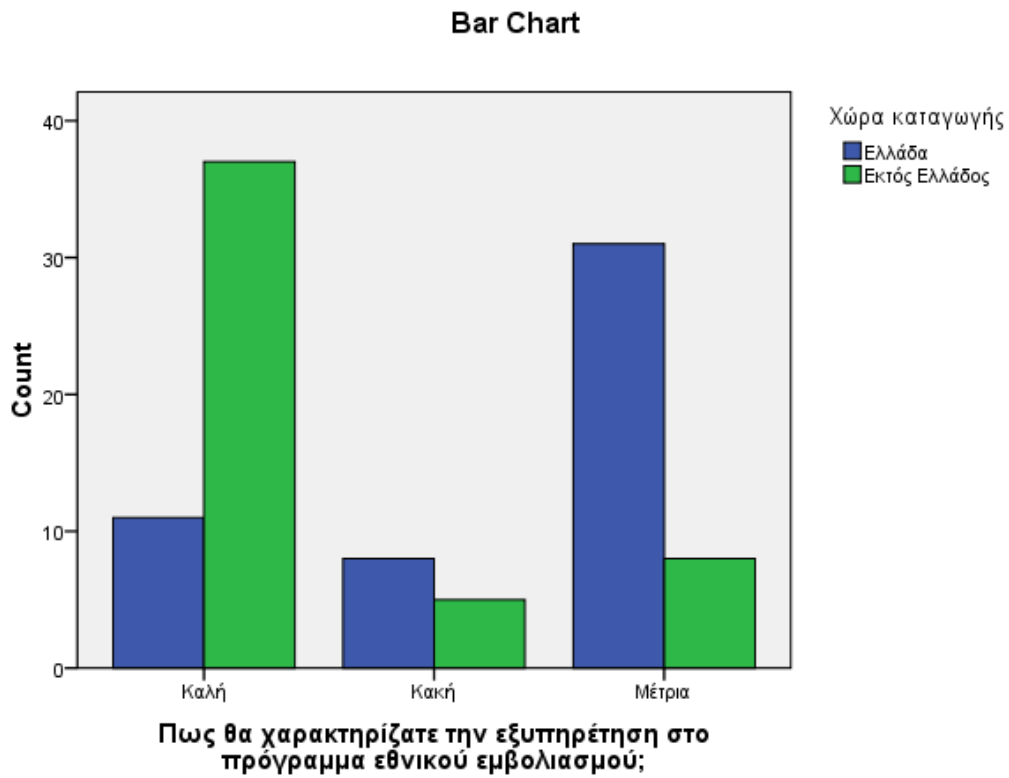
Bar Chart



Πίνακας 10. Σχέση της χώρας καταγωγής σε σχέση με την εξυπηρέτηση στο εθνικό πρόγραμμα εθνικού εμβολιασμού

		Χώρα καταγωγής			
		Εκτός			
		Ελλάδα	Ελλάδος	Total	
Πως χαρακτηρίζατε την εξυπηρέτηση στο πρόγραμμα εθνικού εμβολιασμού;	Θα Καλή	Count	11	37	48
		% within καταγωγής	Χώρα 22,0%	74,0%	48,0%
	Κακή	Count	8	5	13
		% within καταγωγής	Χώρα 16,0%	10,0%	13,0%
	Μέτρια	Count	31	8	39
		% within καταγωγής	Χώρα 62,0%	16,0%	39,0%
Total		Count	50	50	100
		% within καταγωγής	Χώρα 100,0%	100,0%	100,0%

Σύμφωνα με τον πίνακα 10, το 62% των Ελλήνων και το 16% των ξένων αναφέρει ως μέτρια την εξυπηρέτηση στο πρόγραμμα εθνικού εμβολιασμού. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2(2)=28.340$, $p=.000$).

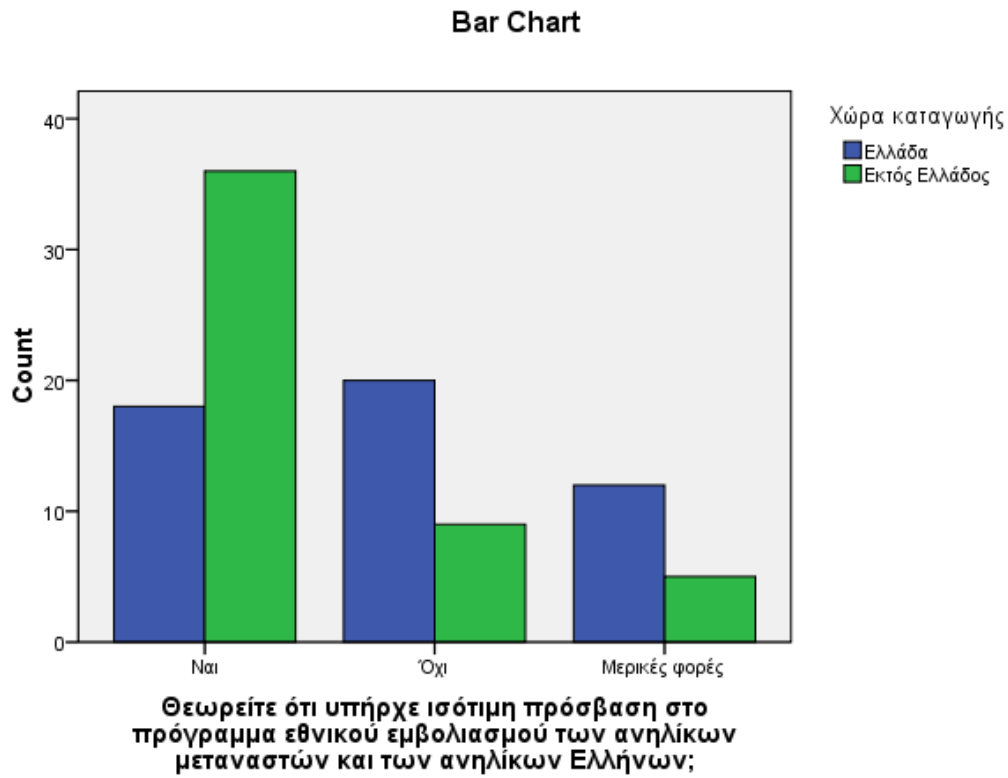


Πίνακας 11. Σχέση της χώρας καταγωγής σε σχέση με την ισότιμη πρόσβαση στο πρόγραμμα εθνικού εμβολιασμού των ανηλίκων μεταναστών και των ανηλίκων Ελλήνων

		Χώρα καταγωγής			
		Ελλάδα	Ελλάδος	Total	
Θεωρείτε ότι υπήρχε ισότιμη πρόσβαση στο πρόγραμμα εθνικού εμβολιασμού των ανηλίκων μεταναστών και των ανηλίκων Ελλήνων;	Ναι	Count	18	36	54
		% within χώρα καταγωγής	36,0%	72,0%	54,0%
Όχι	Count	20	9	29	
	% within χώρα καταγωγής	40,0%	18,0%	29,0%	
Μερικές φορές	Count	12	5	17	
	% within χώρα καταγωγής	24,0%	10,0%	17,0%	
Total	Count	50	50	100	
	% within χώρα καταγωγής	100,0%	100,0%	100,0%	

Σύμφωνα με τον πίνακα 11, το 36% των Ελλήνων και το 72% των ξένων αναφέρει ως ισότιμη πρόσβαση στο πρόγραμμα εθνικού εμβολιασμού των

ανηλίκων μεταναστών. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2(2)=13,055$, $p=.001$).

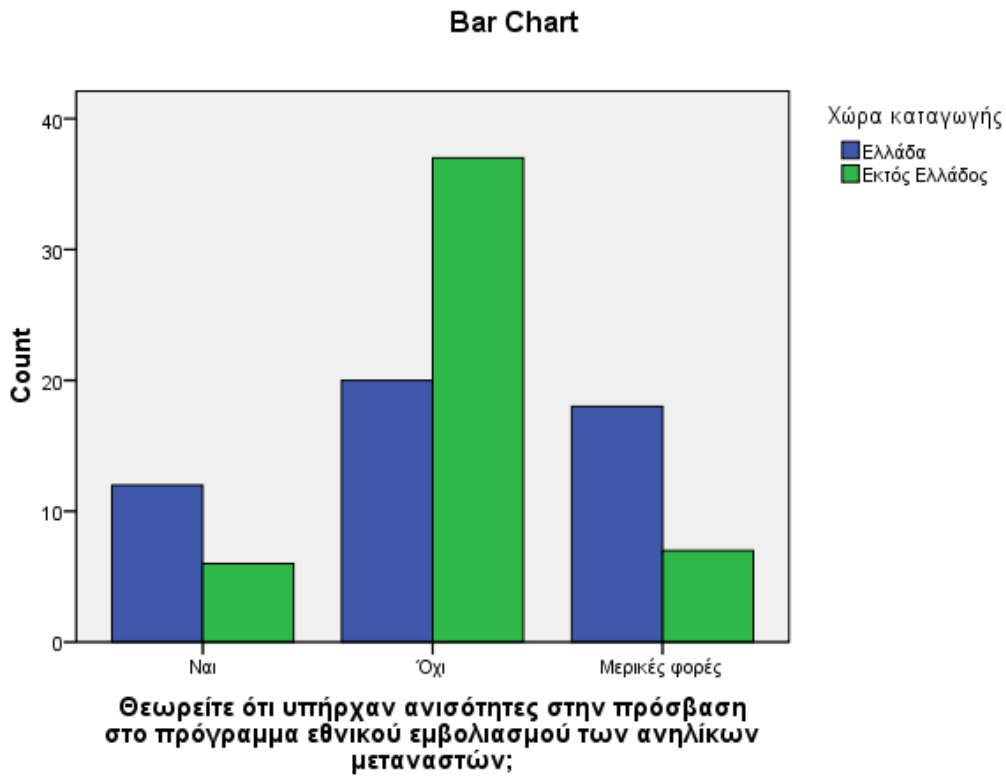


Πίνακας 12. Σχέση της χώρας καταγωγής σε σχέση με το αν υπήρχαν ανισότητες στην πρόσβαση στο πρόγραμμα εθνικού εμβολιασμού των ανηλίκων μεταναστών και των ανηλίκων Ελλήνων

			Χώρα καταγωγής		
			Ελλάδα	Ελλάδος	Total
Θεωρείτε ότι υπήρχαν ανισότητες στην πρόσβαση στο πρόγραμμα εθνικού εμβολιασμού των ανηλίκων μεταναστών;	Ναι	Count	12	6	18
		% within καταγωγής Χώρα	24,0%	12,0%	18,0%
	Όχι	Count	20	37	57
		% within καταγωγής Χώρα	40,0%	74,0%	57,0%
	Μερικές φορές	Count	18	7	25
		% within καταγωγής Χώρα	36,0%	14,0%	25,0%
Total		Count	50	50	100
		% within καταγωγής Χώρα	100,0%	100,0%	100,0%

Σύμφωνα με τον πίνακα 12, το 24% των Ελλήνων και το 12% των ξένων αναφέρει ότι υπήρχαν ανισότητες στην πρόσβαση στο πρόγραμμα εθνικού

εμβολιασμού των ανηλίκων μεταναστών. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2(2)=11,910$, $p=.003$).

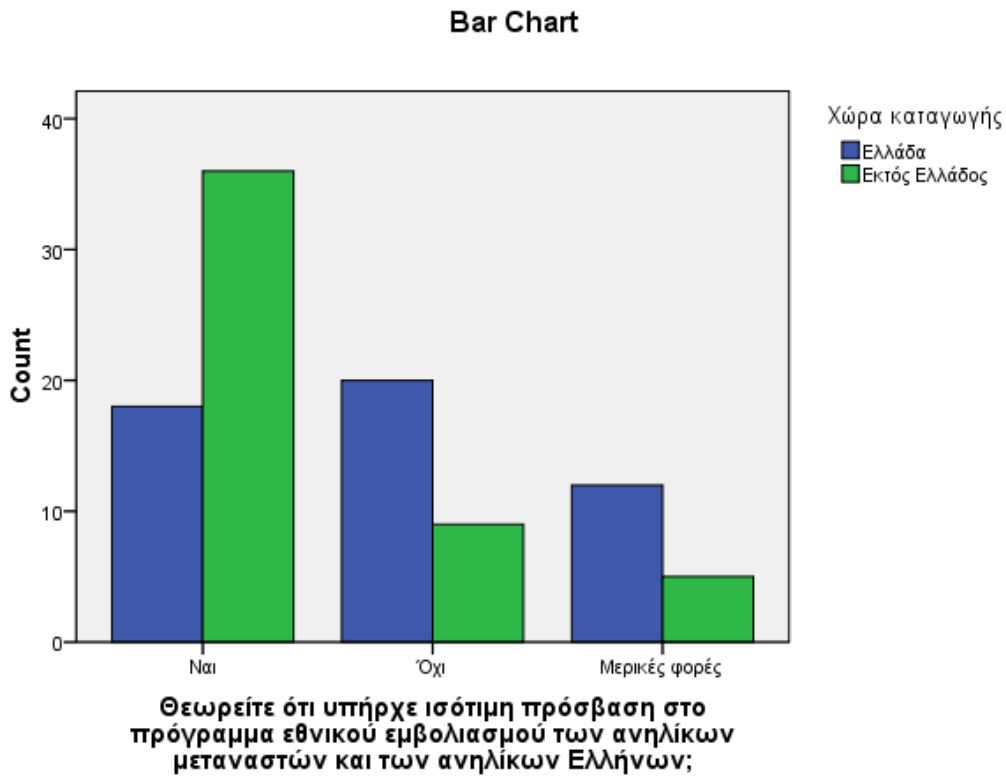


Πίνακας 13. Σχέση της χώρας καταγωγής σε σχέση με το αν υπήρχαν ανισότητες στην πρόσβαση στο πρόγραμμα εθνικού εμβολιασμού των ανηλίκων Ελλήνων

			Χώρα καταγωγής		
			Ελλάδα	Ελλάδος	Total
Θεωρείτε ότι υπήρχαν ανισότητες στην πρόσβαση στο πρόγραμμα εθνικού εμβολιασμού των ανηλίκων Ελλήνων;	Ναι	Count	16	1	17
		% within χώρα καταγωγής	32,0%	2,4%	18,7%
	Όχι	Count	12	38	50
		% within χώρα καταγωγής	24,0%	92,7%	54,9%
Μερικές φορές		Count	22	2	24
		% within χώρα καταγωγής	44,0%	4,9%	26,4%
Total		Count	50	41	91
		% within χώρα καταγωγής	100,0%	100,0%	100,0%

Σύμφωνα με τον πίνακα 13, το 32% των Ελλήνων και το 2,4% των ξένων αναφέρει ότι υπήρχαν ανισότητες στην πρόσβαση στο πρόγραμμα εθνικού

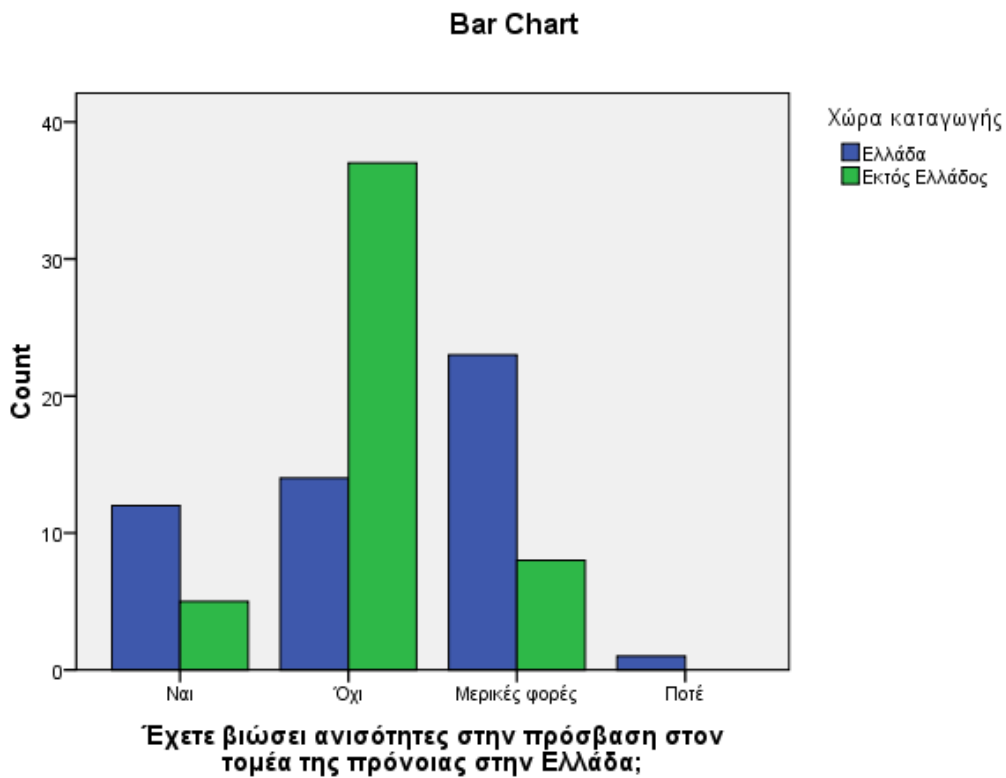
εμβολιασμού των ανηλίκων Ελλήνων. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2(2)=13,055$, $p=.001$).



Πίνακας 14. Σχέση της χώρας καταγωγής σε σχέση με το αν υπήρχαν ανισότητες στην πρόσβαση στο πρόγραμμα εθνικού εμβολιασμού των ανηλίκων Ελλήνων

		Χώρα καταγωγής			
		Εκτός			
		Ελλάδα	Ελλάδος	Total	
Έχετε ανισότητες πρόσβαση τομέα της πρόνοιας στην Ελλάδα;	βιώσει Ναι στην	Count	12	5	17
	στον	% within	24,0%	10,0%	17,0%
	καταγωγής	Χώρα			
	Όχι	Count	14	37	51
		% within	28,0%	74,0%	51,0%
		καταγωγής			
	Μερικές φορές	Count	23	8	31
		% within	46,0%	16,0%	31,0%
		καταγωγής			
	Ποτέ	Count	1	0	1
		% within	2,0%	,0%	1,0%
		καταγωγής			
Total		Count	50	50	100
		% within	100,0%	100,0%	100,0%
		καταγωγής			

Σύμφωνα με τον πίνακα 14, το 24% των Ελλήνων και το 10% των ξένων αναφέρει ότι βιώσει ανισότητες στην πρόσβαση στον τομέα της πρόνοιας στην Ελλάδα. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2(3)=21,513$, $p=.001$).



Κεφάλαιο 6. Συμπεράσματα-Συζήτηση

Από την ανάλυση που πραγματοποιήθηκε βρέθηκε σχετικά με τις ανισότητες στην Ελλάδα ότι το 68% των Ελλήνων και το 24% των ξένων έχει βιώσει ανισότητες στην Ελλάδα. Ακόμα το 52% των Ελλήνων και το 12% των ξένων ανέφερε ότι έχει βιώσει ανισότητες στην πρόσβαση στο τομέα της υγείας στην Ελλάδα.

Όσον αφορά τις ανισότητες στον τομέα υγείας στην Ελλάδα βρέθηκε το 66% των Ελλήνων και το 18% των ξένων να αναφέρει ως μέτρια την ενημέρωση το πρόγραμμα εθνικού εμβολιασμού. Ακόμα το 62% των Ελλήνων και το 16% των ξένων ανέφερε ως μέτρια την εξυπηρέτηση στο πρόγραμμα εθνικού εμβολιασμού. Επιπλέον το 36% των Ελλήνων και το 72% των ξένων ανέφερε ως ισότιμη πρόσβαση στο πρόγραμμα εθνικού εμβολιασμού των ανηλίκων μεταναστών και των ανηλίκων Ελλήνων. Επιπρόσθετα το 24% των Ελλήνων και το 12% των ξένων ανέφερε ότι υπήρχαν ανισότητες στην πρόσβαση στο πρόγραμμα εθνικού εμβολιασμού των ανηλίκων μεταναστών. Επιπλέον το 32% των Ελλήνων και το 2,4% των ξένων ανέφερε ότι υπήρχαν ανισότητες στην πρόσβαση στο πρόγραμμα εθνικού εμβολιασμού των ανηλίκων Ελλήνων.

Τέλος, σχετικά με τις ανισότητες στον τομέα της πρόνοιας στην Ελλάδα το 24% των Ελλήνων και το 10% των ξένων ανέφερε ότι έχει βιώσει ανισότητες στην πρόσβαση στον τομέα της πρόνοιας στην Ελλάδα. Όλες οι παραπάνω διαφορές ήταν στατιστικά σημαντικές.

Βιβλιογραφία

Academic Network of European Disability Experts (ANED). (2017). *Country report on social protection and article 28; Greece*. Retrieved May 14, 2018, from <http://www.disability-europe.net/theme/social-protection?country=greece>

Adler, N. E., Boyce, W. T., Chesney, M. A., Folkman, S., & Syme, S. L. (1993). Socioeconomic inequalities in health: no easy solution. *Jama*, *269*(24), 3140-3145.

Aldabe, B., Anderson, R., Lyly-Yrjänäinen, M., Parent-Thirion, A., Vermeulen, G., Kelleher, C. C., & Niedhammer, I. (2010). Contribution of material, occupational, and psychosocial factors in the explanation of social inequalities in health in 28 countries in Europe. *Journal of Epidemiology & Community Health*, jech-2009.

Ayo, N. (2012). Understanding health promotion in a neoliberal climate and the making of health conscious citizens. *Critical Public Health*, *22*(1), 99–105.

Bambra, C., Gibson, M., Amanda, S., Wright, K., Whitehead, M., & Petticrew, M. (2009). Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology and Community health*, jech-2008.

Berlin, I. (1969). Two concepts of liberty. *Berlin, I*, *118*, 172.

Blakemore, K., & Warwick-Booth, L. (2013). *Social Policy: An Introduction: An Introduction*. McGraw-Hill Education (UK).

Borrell, C., Domínguez-Berjón, F., Pasarín, M. I., Ferrando, J., Rohlf, I., & Nebot, M. (2000). Social inequalities in health related behaviours in Barcelona. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *54*(1), 24-30.

Botsari, M., & Mitrakos, T. (2016). Social Indicators and the Effectiveness of Social Transfers in Greece over the Recent Crisis. *Social Cohesion and Development*, *11*(1), 5-29.

Braveman, P., & Tarimo, E. (2002). Social inequalities in health within countries: not only an issue for affluent nations. *Social science & medicine*, 54(11), 1621-1635.

Chandola, T., Bartley, M., Wiggins, R., & Schofield, P. (2003). Social inequalities in health by individual and household measures of social position in a cohort of healthy people. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(1), 56-62.

Cookson, R., Drummond, M., & Weatherly, H. (2009). Explicit incorporation of equity considerations into economic evaluation of public health interventions. *Health Economics, policy and law*, 4(02), 231-245.

Cumper, G. E. (1991). *The evaluation of national health systems*. OUP Catalogue.

Dean, H. (2003). The Third Way and Social Welfare: The Myth of Post-emotionalism. *Social policy & administration*, 37(7), 695-708.

Deaton, A. (2003). Health, inequality, and economic development. *Journal of economic literature*, 41(1), 113-158.

De Vogli, R. (2014). The financial crisis, health and health inequities in Europe: The need for regulations, redistribution and social protection. *International Journal for Equity in Health*, 13, 58.

De Vogli, R., & Owusu, J. T. (2015). The causes and health effects of the Great Recession: From neoliberalism to 'healthy de-growth'. *Critical Public Health*, 25(1), 15–31.

Doorslaer, E. V., & Koolman, X. (2004). Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries. *Health economics*, 13(7), 609-628.

Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Sissouras, A., & Maresso, A. (2014). *The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece*. Copenhagen: World Health Organisation and the European Observatory on Health Systems and Policies.

Economou, C., Kaitelidou, D., Katsikas, D., Siskou, O., & Zafiropoulou, M. (2014). Impacts of the economic crisis on access to health care services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population. *Social Cohesion and Development*, 9(2), 99–115.

Elliott, R., & Payne, K. (2005). *Essentials of economic evaluation in healthcare*. Pharmaceutical Press.

Ellison, N., & Ellison, S. (2006). Creating ‘opportunity for all’? New labour, new localism and the opportunity society. *Social policy and society*, 5(3), 337-348.

European Observatory on Health Systems and Policies (2014). *The health systems and policy monitor: Greece*. Retrieved May 20, 2018, from <http://www.hspm.org/countries/greece09062014/livinghit.aspx?Section=6.1%20Public%20health&Type=Section>

Eurostat (2014). *Disability statistics – Labour market access*. Retrieved May 28, 2018 from http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Disability_statistics_-_labour_market_access

Eurostat (2016). *Unemployment statistics*. Retrieved May 25, 2018, from http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Unemployment_statistics#Main_tables

Foscolou, A., Tyrovolas, S., Soulis, G., Mariolis, A., Piscopo, S., Valacchi, G., ... Panagiotakos, D. (2017). The impact of the financial crisis on lifestyle health determinants among older adults living in the Mediterranean region: The multinational MEDIS study (2005–2015). *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 50(1), 1–9.

Geyer, S., & Peter, R. (2000). Income, occupational position, qualification and health inequalities—competing risks?(Comparing indicators of social status). *Journal of Epidemiology & Community Health*, 54(4), 299-305.

Grigorakis, N., Floros, C., Tsangari, H., & Tsoukatos, E. (2017). Combined social and private health insurance versus catastrophic out of pocket payments for

private hospital care in Greece. *International Journal of Health Economics and Management*, 17(3), 261–287.

Guindo, L. A., Wagner, M., Baltussen, R., Rindress, D., van Til, J., Kind, P., & Goetghebeur, M. M. (2012). From efficacy to equity: Literature review of decision criteria for resource allocation and healthcare decision making. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 10(1), 9.

Holden, K. (2006). *Bingham Adrian. Gender, modernity and the popular press in interwar Britain*. Oxford Historical Monographs. Oxford: Oxford University Press.

House, J. S. (2002). Understanding social factors and inequalities in health: 20th century progress and 21st century prospects. *Journal of health and social behavior*, 125-142.

Husereau, D., Drummond, M., Petrou, S., Carswell, C., Moher, D., Greenberg, D., ... & Loder, E. (2013). Consolidated health economic evaluation reporting standards (CHEERS) statement. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 11(1), 6.

Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., ... McKee, M. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*, 381, 1323–1331.

Karanikolos, M., & Kentikelenis, A. (2016). Health inequalities after austerity in Greece. *International Journal for Equity in Health*, 15, 83.

Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Reeves, A., McKee, M., & Stuckler, D. (2014). Greece's health crisis: From austerity to denialism. *The Lancet*, 383, 748–753.

Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Williams, G., Mladovsky, P., King, L., Pharris, A., Suk, J. E., Hatzakis, A., McKee, M., Noori, T., & Stuckler, D. (2015). How do economic crises affect migrants' risk of infectious disease? A systematic-narrative review. *European Journal of Public Health*, 25(6), 937–944.

Kentikelenis, A. (2017). Structural adjustment and health: A conceptual framework and evidence on pathways. *Social Science & Medicine*, 187, 296–305.

Kerasidou, A., Kingori, P., & Legido-Quigley, H. (2016). “You have to keep fighting”: Maintaining health care services and professionalism on the frontline of austerity in Greece. *International Journal for Equity in Health*, 15, 118.

Kunst, A. E., Bos, V., Lahelma, E., Bartley, M., Lissau, I., Regidor, E., ... & Helmert, U. (2004). Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *International Journal of Epidemiology*, 34(2), 295-305.

Κυριόπουλος, Γ., Οικονόμου, Χ., Γεωργούση, Ε. & Γείτονα, Μ. (1999). *Τα οικονομικά της υγείας από το Α ως το Ω*. Αθήνα: Εξάντας.

Kyriopoulos, I. I., Zavras, D., Skroumpelos, A., Mylona, K., Athanasakis, K., & Kyriopoulos, J. (2014). Barriers in access to health care services for chronic patients in times of austerity: An empirical approach in Greece. *International Journal for Equity in Health*, 13, 54.

Labonté, R., & Stuckler, D. (2016). The rise of neoliberalism: How bad economics imperils health and what to do about it. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 70, 312–318.

Lane, H., Sarkies, M., Martin, J., & Haines, T. (2016). Equity in healthcare resource allocation decision making: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 175, 11-27.

Lister, R. (2005). Being Feminist (Politics of Identity–VIII). *Government and Opposition*, 40(3), 442-463.

Long, A.F. & Harisson, S. (1985). *Health services performance: Effectiveness and efficiency*. USA: Croom Helm.

Lynch, J. W., Smith, G. D., Kaplan, G. A., & House, J. S. (2000). Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial

environment, or material conditions. *BMJ: British Medical Journal*, 320(7243), 1200.

Mackenbach, J. P., Bos, V., Andersen, O., Cardano, M., Costa, G., Harding, S., ... & Kunst, A. E. (2003). Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *International journal of epidemiology*, 32(5), 830-837.

Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A. J. R., Schaap, M. M., Menvielle, G., Leinsalu, M., & Kunst, A. E. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 358(23), 2468-2481.

Mackenbach, J. P., Kulhánová, I., Bopp, M., Deboosere, P., Eikemo, T. A., Hoffmann, R., ... & Regidor, E. (2015). Variations in the relation between education and cause-specific mortality in 19 European populations: A test of the “fundamental causes” theory of social inequalities in health. *Social Science & Medicine*, 127, 51-62.

Marmot, M. (2004). *The status syndrome: how social standing affects our health and longevity*. London: Bloomsbury.

Marmot, M. G., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., ... & Smith, G. D. (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *The Lancet*, 337(8754), 1387-1393.

Marmot, M., & Wilkinson, R. (Eds.). (2005). *Social determinants of health*. OUP Oxford.

Marshall, T. H. (1950). *Citizenship and social class* (Vol. 11, pp. 28-29). Cambridge.

McGregor, S. (2001). Neoliberalism and health care. *International Journal of Consumer Studies – Special edition on ‘Consumers and Health*, 25(2), 84.

Navarro, V., & Shi, L. (2001). The political context of social inequalities and health. *Social science & medicine*, 52(3), 481-491.

OECD (2015). *How does health spending in Greece compare?* OECD Health Statistics.

OECD (2016). *OECD economic surveys: Greece*. Paris: Author.

Papadakaki, M., Lionis, C., Saridaki, A., Dowrick, C., de Brún, T., O'Reilly-de Brún, M., ... & Spiegel, W. (2017). Exploring barriers to primary care for migrants in Greece in times of austerity: Perspectives of service providers. *European Journal of General Practice, 23*(1), 129-135.

Pearce, N., & Davey Smith, G. (2003). Is social capital the key to inequalities in health?. *American journal of public health, 93*(1), 122-129.

Phelan, J. C., Link, B. G., & Tehranifar, P. (2010). Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. *Journal of health and social behavior, 51*(1_suppl), S28-S40.

Πολύζος, Ν. (1999). *Αποδοτικότητα των νοσοκομείων με βάση την ταξινόμηση των ασθενών (DRGs)*. Αθήνα: ΤΥΠΕΤ.

Powell, M. (2000). New Labour and the third way in the British welfare state: a new and distinctive approach?. *Critical social policy, 20*(1), 39-60.

Rawls, J. (2001). *Justice as fairness: A restatement*. Harvard University Press.

Rotarou, E. S., & Sakellariou, D. (2017). Inequalities in access to health care for people with disabilities in Chile: The limits of universal health coverage. *Critical Public Health, 27*(5), 604–616.

Rotarou, E. S., & Sakellariou, D. (2017). Neoliberal reforms in health systems and the construction of long-lasting inequalities in health care: A case study from Chile. *Health Policy, 121*(5), 495–503.

Ruckert, A., & Labonté, R. (2012). The global financial crisis and health equity: Toward a conceptual framework. *Critical Public Health, 22*(3), 167–279.

Schrecker, T. (2016). 'Neoliberal epidemics' and public health: Sometimes the world is less complicated than it appears. *Critical Public Health, 26*(5), 477–480.

Simou, E., & Koutsogeorgou, E. (2014). Effects of the economic crisis on health and health care in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review. *Health Policy, 115*, 111–119.

Singh-Manoux, A., & Marmot, M. (2005). Role of socialization in explaining social inequalities in health. *Social science & medicine, 60*(9), 2129-2133.

Smith, H. (2017). 'Patients who should live are dying': Greece's public health meltdown. *The Guardian*. Retrieved May 20, 2018, from <https://www.theguardian.com/world/2017/jan/01/patients-dying-greece-public-health-meltdow>

Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet, 374*(9686), 315-323.

Subramanian, S. V., & Kawachi, I. (2004). Income inequality and health: what have we learned so far?. *Epidemiologic reviews, 26*(1), 78-91.

Titmuss, R. M., & Alcock, P. (2001). *Welfare and wellbeing: Richard Titmuss's contribution to social policy*. Policy Press.

Whitehead, M. (2007). A typology of actions to tackle social inequalities in health. *Journal of Epidemiology & Community Health, 61*(6), 473-478.

World Health Organisation-WHO (2016). *Greece: Highlights of health and well-being*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Williams, F. (1989). *Social policy: a critical introduction: issues of race, gender, and class*. Polity.

Williams, I., & Bryan, S. (2007). Understanding the limited impact of economic evaluation in health care resource allocation: a conceptual framework. *Health policy, 80*(1), 135-143.

WHO (2008). *WHO guide for standardization of economic evaluations of immunization programmes*. WHO/IVB/08.14.

Zavras, D., Zavras, A., Kyriopoulos, I. I., & Kyriopoulos, J. (2016). Economic crisis, austerity and unmet health care needs: The case of Greece. *BMC Health Services Research*, 16, 309.

Παράρτημα

Ερωτηματολόγιο

Δημογραφικά

Φύλο:

Ηλικία:

Οικογενειακή κατάσταση:

Επαγγελματική κατάσταση:

Χώρα καταγωγής:

Ηλικία παιδιού:

Φύλο παιδιού:

Ανισότητες στην Ελλάδα

1. Έχετε βιώσει ανισότητες στην Ελλάδα;

- Ναι
- Όχι
- Μερικές φορές
- Ποτέ

2. Σε ποιες αιτίες θεωρείτε ότι οφείλονται οι ανισότητες που βιώνετε;

- Στην έλλειψη εισοδήματος
- Στην χώρα καταγωγής
- Στην οικονομική κρίση
- Στις πεποιθήσεις του προσωπικού
- Σε καμία από τις παραπάνω

Σε όλες τις παραπάνω

Ανισότητες στον τομέα υγείας στην Ελλάδα

3. Έχετε βιώσει ανισότητες στην πρόσβαση στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα;

Ναι

Όχι

Μερικές φορές

Ποτέ

4. Πως θα χαρακτηρίζατε την ενημέρωση για το πρόγραμμα εθνικού εμβολιασμού;

Καλή

Κακή

Μέτρια

5. Πως θα χαρακτηρίζατε την εξυπηρέτηση στο πρόγραμμα εθνικού εμβολιασμού;

Καλή

Κακή

Μέτρια

6. Θεωρείτε ότι υπήρχε ισότιμη πρόσβαση στο πρόγραμμα εθνικού εμβολιασμού των ανηλίκων μεταναστών και των ανηλίκων Ελλήνων;

Ναι

Όχι

Μερικές φορές

7. Θεωρείτε ότι υπήρχαν ανισότητες στην πρόσβαση στο πρόγραμμα εθνικού εμβολιασμού των ανηλίκων μεταναστών;

- Ναι
- Όχι
- Μερικές φορές

8. Θεωρείτε ότι υπήρχαν ανισότητες στην πρόσβαση στο πρόγραμμα εθνικού εμβολιασμού των ανηλίκων Ελλήνων;

- Ναι
- Όχι
- Μερικές φορές

Ανισότητες στον τομέα πρόνοιας στην Ελλάδα

9. Έχετε βιώσει ανισότητες στην πρόσβαση στον τομέα της πρόνοιας στην Ελλάδα;

- Ναι
- Όχι
- Μερικές φορές
- Ποτέ

10. Αναφέρετε ότι άλλο πιστεύετε για τις κοινωνικές ανισότητες στην πρόσβαση στην υγεία και στην πρόνοια.

.....
.....
.....

