



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Ανισότητες στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα

Γαλάνη Βασιλική

**Επιβλέπων Καθηγητής
Μαριάννα Χαραλάμπους**

Μάιος, 2019

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Ανισότητες στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα

Γαλάνη Βασιλική

Επιβλέπων Καθηγητής
Μαριάννα Χαραλάμπους

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα την καθηγήτρια κ. Χαραλάμπους Μαριάννα για την καθοδήγηση, την επίβλεψη και την πολύτιμη βοήθεια της στην ολοκλήρωση αυτής της διατριβής.

Επίσης, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όλους τους καθηγητές του Μεταπτυχιακού Προγράμματος της Διοίκησης Μονάδων Υγείας του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου για τις γνώσεις, τις συμβουλές και την υποστήριξη που μου προσέφεραν σε όλη τη διάρκεια των σπουδών.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την οικογένεια μου για την αμέριστη ηθική συμπαράσταση και την υπομονή που έδειξαν κατά το χρονικό διάστημα της συγγραφής της παρούσας διατριβής.

Περίληψη

Εισαγωγή: Οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία είναι ένα διαχρονικό φαινόμενο που παρατηρείται σε όλες τις χώρες. Παρά την αξιοσημείωτη πρόοδο που έχει σημειωθεί στο επίπεδο της υγείας του πληθυσμού παγκοσμίως, μεγάλες ανισότητες στην υγεία εξακολουθούν να υπάρχουν, όχι μόνο ανάμεσα στις χώρες, αλλά και μεταξύ κοινωνικών ομάδων στο εσωτερικό των χωρών.

Σκοπός: Η θεωρητική προσέγγιση του ζητήματος των ανισοτήτων της υγείας στην Ελλάδα, μέσω του προσδιορισμού και της ανάλυσης των αιτιών και των παραγόντων που συμβάλλουν στη διαμόρφωση των κοινωνικών ανισοτήτων, τόσο στο επίπεδο της υγείας του πληθυσμού, όσο και στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Μεθοδολογία: Βιβλιογραφική ανασκόπηση με αναζήτηση πηγών από την ελληνική και ξενόγλωσση βιβλιογραφία, άρθρα επιστημονικών περιοδικών, εκθέσεις εθνικών και διεθνών οργανισμών και μελέτη της ισχύουσας νομοθεσίας.

Αποτελέσματα: Στην Ελλάδα, οι ανισότητες στην υγεία έχουν διευρυνθεί τα τελευταία χρόνια, λόγω των κοινωνικών συνθηκών, της οικονομικής κρίσης και της λιτότητας. Οι ομάδες του πληθυσμού με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο παρουσιάζουν μικρότερο προσδόκιμο επιβίωσης, αυξημένους δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας και μειωμένη πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Συμπεράσματα: Η διεύρυνση των ανισοτήτων της υγείας είναι ένα κρίσιμο ζήτημα που απαιτεί άμεση δράση. Η Ελλάδα, σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Ένωση, θα πρέπει να λάβει πιο δραστικά και αποτελεσματικά μέτρα, έτσι ώστε να μειωθούν ή και να εξαλειφθούν οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία.

Λέξεις-κλειδιά: Υγεία, ανισότητες στην υγεία, κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, Ελλάδα.

Abstract

Background: Social inequalities in health are a lasting phenomenon which is observed in all countries. Despite the remarkable progress made in health status of population worldwide, large health inequalities still exist, not only among countries, but also between social groups within countries.

Aim: The theoretical approach to the issue of health inequalities in Greece, by identifying and analyzing the causes and factors which influence social inequalities, both on health status of population and on access to health services.

Methods: Literature review with search of sources from the Greek and foreign language bibliography, articles of scientific journals, reports of national and international organizations and study of the existing legislation.

Results: In Greece, health inequalities have been widened, due to social conditions, economic crisis and austerity. Population groups with low socioeconomic status have lower life expectancy, increased mortality and morbidity rates and reduced access and use of health services.

Conclusions: The widening of inequalities in health is a crucial issue which requires immediate action. Greece, in cooperation with the European Union, should take more drastic and effective measures, in order to reduce or even eliminate social inequalities in health.

Key-words: Health, health inequalities, social determinants of health, socioeconomic status, Greece.

Πίνακας Περιεχομένων

Ευχαριστίες	iii
Περίληψη	iv
Abstract	v
Πίνακας Περιεχομένων	vi
Κατάλογος Εικόνων και Γραφημάτων	x
Κατάλογος Πινάκων	xi
Συνοπμογραφίες	xii
Εισαγωγή	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	3
Εννοιολογική προσέγγιση της ισότητας και της ανισότητας στην υγεία	3
1.1 Εισαγωγικά στοιχεία	3
1.2 Η υγεία ως ανθρώπινο δικαίωμα	4
1.3 Η υγεία ως κοινωνικό αγαθό	5
1.4 Η έννοια της ανισότητας στην υγεία	6
1.5 Η έννοια της ισότητας στην υγεία	8
1.5.1 Οριζόντια και κάθετη ισότητα	8
1.5.2 Ισότητα και ισοτιμία	9
1.5.3 Ισότητα στην παρεχόμενη φροντίδα υγείας	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	11
Ιστορικά στοιχεία και ερμηνευτικές θεωρίες για τις ανισότητες στην υγεία	11
2.1 Οι πρώτες επιστημονικές έρευνες	11
2.2 Έρευνες για τις ανισότητες τον 20ο αιώνα	12
2.3 Η έκθεση «Black Report»	13
2.3.1 Τα συμπεράσματα της έκθεσης «Black Report»	14

2.4 Θεωρίες για την ύπαρξη ανισοτήτων στην υγεία	16
2.4.1 Η θεωρία της τεχνητής ερμηνείας	16
2.4.2 Η θεωρία της φυσικής ή κοινωνικής επιλογής	17
2.4.3 Η θεωρία της πολιτιστικής ή συμπεριφορικής ερμηνείας	18
2.4.4 Η θεωρία της υλιστικής ή δομικής ερμηνείας	20
2.4.5 Η συμβολή των θεωριών στις κοινωνικές ανισότητες	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	22
Προσδιοριστικοί παράγοντες των ανισοτήτων στην υγεία.....	22
3.1 Οι κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας	22
3.2 Το μοντέλο Dahlgren-Whitehead	23
3.3 Παράγοντες κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία	25
3.3.1 Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο	25
3.3.2 Η έκθεση σε ανθυγιεινούς παράγοντες.....	26
3.3.3 Το κοινωνικό υπόβαθρο	26
3.3.4 Οι κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις της ασθένειας	27
3.4 Είδη ανισοτήτων στην υγεία	27
3.4.1 Φύλο και ανισότητες	27
3.4.2 Εκπαίδευση και ανισότητες	28
3.4.3 Επαγγελματική κατάσταση και ανισότητες.....	29
3.4.4 Εισόδημα και ανισότητες	31
3.4.5 Φυλετικές και εθνικές ανισότητες	32
3.4.6 Γεωγραφικές ανισότητες	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	34
Οι ανισότητες της υγείας στην Ευρώπη.....	34
4.1 Ανισότητες στο προσδόκιμο επιβίωσης.....	34
4.2 Ανισότητες στους δείκτες θνησιμότητας	37

4.3	Ανισότητες στους δείκτες βρεφικής θνησιμότητας	41
4.4	Ανισότητες στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας	42
4.4.1	Η ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού	42
4.4.2	Οι μη ικανοποιούμενες ανάγκες για υγειονομική περίθαλψη	43
4.4.3	Οι άμεσες πληρωμές από τα νοικοκυριά	44
4.4.4	Η άνιση κατανομή των πόρων της υγείας	45
4.4.5	Ο χρόνος αναμονής για τις υπηρεσίες υγείας	47
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	49
	Οι ανισότητες της υγείας στην Ελλάδα	49
5.1	Ανισότητες στο προσδόκιμο επιβίωσης	49
5.2	Ανισότητες στους δείκτες θνησιμότητας	51
5.3	Ανισότητες στους δείκτες βρεφικής θνησιμότητας	53
5.4	Ανισότητες στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας	55
5.4.1	Η ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού	55
5.4.2	Οι μη ικανοποιούμενες ανάγκες για υγειονομική περίθαλψη	56
5.4.3	Οι άμεσες πληρωμές από τα νοικοκυριά	57
5.4.4	Η άνιση κατανομή των πόρων της υγείας	58
5.4.5	Ο χρόνος αναμονής για τις υπηρεσίες υγείας	60
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	62
	Πολιτικές για άρση των ανισοτήτων της υγείας	62
6.1	Δράσεις για τη μείωση ανισοτήτων στην Ευρώπη	62
6.1.1	Βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης του πληθυσμού	63
6.1.2	Αντιμετώπιση των ανθυγιεινών συμπεριφορών	64
6.1.3	Βελτίωση του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου του πληθυσμού	65
6.1.4	Αναβάθμιση των συστημάτων υγείας	66
6.1.5	Αναβάθμιση των συστημάτων παρακολούθησης ανισοτήτων	67

6.2 Δράσεις για τη μείωση ανισοτήτων στην Ελλάδα	67
Επίλογος.....	71
Ξενόγλωσση βιβλιογραφία	73
Ελληνική βιβλιογραφία.....	79

Κατάλογος Εικόνων και Γραφημάτων

Εικόνα 1: Το μοντέλο Dahlgren-Whitehead	24
Γράφημα 1: Προσδόκιμο επιβίωσης κατά φύλο στην Ευρώπη για το 2016	35
Γράφημα 2: Διαφορές στο προσδόκιμο επιβίωσης για την ηλικία των 30 ανάμεσα σε άτομα με χαμηλό και υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο το 2016	36
Γράφημα 3: Κύριες αιτίες θανάτου ανά χώρα στην Ευρώπη για το 2015	37
Γράφημα 4: Αιτίες θανάτου ανά φύλο στην Ευρώπη για το 2015	38
Γράφημα 5: Βρεφική θνησιμότητα ανά χώρα στην Ευρώπη το 2016	42
Γράφημα 6: Ποσοστό των άμεσων πληρωμών στο σύνολο των δαπανών της υγείας ανά χώρα στην Ευρώπη το 2016	44
Γράφημα 7: Αναλογία ιατρών ανά 1.000 κατοίκους στην Ευρώπη το 2000 και 2016	46
Γράφημα 8: Αναλογία νοσηλευτών ανά 1.000 κατοίκους στην Ευρώπη το 2000 και 2016	47
Γράφημα 9: Αιτίες θανάτου στην Ελλάδα για το 2014	52
Γράφημα 10: Δείκτης βρεφικής θνησιμότητας στην Ελλάδα, 1931-2015	53
Γράφημα 11: Ποσοστό των φτωχοποιημένων νοικοκυριών από 2004-2014	58

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Προσδόκιμο επιβίωσης ανά περιφέρεια στην Ελλάδα, 2012-2016	50
Πίνακας 2: Προσδόκιμο επιβίωσης ανδρών ανά περιφέρεια στην Ελλάδα, 2012-2016	50
Πίνακας 3: Προσδόκιμο επιβίωσης γυναικών ανά περιφέρεια στην Ελλάδα, 2012-2016	51
Πίνακας 4: Θάνατοι βρεφών ανά περιφέρεια στην Ελλάδα, 2012-2016	54
Πίνακας 5: Θεραπευτήρια ανά περιφέρεια για τα έτη 2013-2016	59

Συντομογραφίες

Ε.Ε.	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Αρχή
Ε.Σ.Υ.	Εθνικό Σύστημα Υγείας
Ε.Ο.Π.Υ.Υ.	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
Π.Φ.Υ.	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
W.H.O.	World Health Organization

Εισαγωγή

Οι ανισότητες στον τομέα της υγείας αποτελούν ένα διαχρονικό φαινόμενο που εμφανίζεται σε όλες τις χώρες του κόσμου, ακόμα και στις πιο ανεπτυγμένες. Παρά το γεγονός, ότι το επίπεδο της υγείας του πληθυσμού παγκοσμίως έχει παρουσιάσει αξιοσημείωτη βελτίωση τις τελευταίες δεκαετίες, οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία, όχι μόνο δεν έχουν μειωθεί, αλλά σε αρκετές περιπτώσεις έχουν διευρυνθεί. Στην Ελλάδα, όπως και στην υπόλοιπη Ευρώπη, λόγω των σοβαρών κοινωνικών και οικονομικών συνθηκών που επικρατούν τα τελευταία χρόνια, το πρόβλημα των ανισοτήτων στην υγεία παραμένει ιδιαίτερα έντονο.

Σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής είναι η θεωρητική προσέγγιση του φαινομένου των ανισοτήτων της υγείας στην Ελλάδα του σήμερα, καθώς και η συγκριτική παρουσίαση της ελληνικής πραγματικότητας, σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης, με τη χρήση συγκεκριμένων δεικτών υγείας. Βασικό ερευνητικό ζήτημα αποτελεί ο προσδιορισμός και η ανάλυση των αιτιών και των παραγόντων που συντελούν στη δημιουργία των κοινωνικών ανισοτήτων, τόσο στο επίπεδο της υγείας του πληθυσμού, όσο και στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση της παρούσας διατριβής στηρίζεται στην αναζήτηση πηγών από τη σύγχρονη ελληνική και ξενόγλωσση βιβλιογραφία, σε πρόσφατα άρθρα επιστημονικών περιοδικών, σε εκθέσεις για την υγεία διεθνών και ελληνικών επίσημων φορέων, καθώς και στη μελέτη της ισχύουσας νομοθεσίας. Η άντληση των στατιστικών δεδομένων προήλθε, τόσο από αναφορές εγχώριων οργανισμών, όπως είναι η Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ), όσο και από εκθέσεις που δημοσιεύονται από διεθνείς φορείς, όπως είναι ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Επίσης, επικαιροποιημένα στατιστικά στοιχεία για την Ελλάδα, αλλά και τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.), αντλήθηκαν από τη βάση δεδομένων της Eurostat.

Η παρούσα διατριβή απαρτίζεται από έξι βασικά κεφάλαια και τον επίλογο. Στο πρώτο κεφάλαιο διατυπώνεται ο ορισμός της υγείας και αναλύεται η διάσταση του ως ανθρώπινο δικαίωμα και ως κοινωνικό αγαθό. Επιπλέον, προσδιορίζονται εννοιολογικά οι όροι της ισότητας και της ανισότητας στην υγεία.

Στο δεύτερο κεφάλαιο πραγματοποιείται μια ιστορική αναδρομή των πιο σημαντικών επιστημονικών ερευνών και μελετών για την ύπαρξη των ανισοτήτων στην υγεία. Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στην έκθεση «Black Report», που ουσιαστικά τεκμηρίωσε τη συσχέτιση μεταξύ της κοινωνικής θέσης και των ανισοτήτων στην υγεία, καθώς και στις θεωρητικές προσεγγίσεις, οι οποίες προέκυψαν από αυτήν την έκθεση για την ερμηνεία του φαινομένου.

Το τρίτο κεφάλαιο αναλύει ποιό είναι οι προσδιοριστικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και πώς συγκεκριμένες μεταβλητές, όπως το φύλο, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η φυλή ή η εθνικότητα και ο τόπος διαμονής, μπορούν να διαμορφώσουν κοινωνικές ανισότητες στην υγεία.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι ανισότητες, που παρατηρούνται μεταξύ των χωρών της Ευρώπης, ως προς το προσδόκιμο επιβίωσης, τους δείκτες γενικής και βρεφικής θνησιμότητας και την πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας. Ταυτόχρονα, προβάλλεται και η θέση της Ελλάδας σε σχέση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες.

Το πέμπτο κεφάλαιο αναδεικνύει τις ανισότητες στην υγεία που εμφανίζονται εντός της Ελλάδας, με βάση το προσδόκιμο επιβίωσης, τον δείκτη γενικής και βρεφικής θνησιμότητας και την πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι πολιτικές και οι δράσεις που απαιτούνται για τη μείωση ή και την εξάλειψη των κοινωνικών ανισοτήτων της υγείας, τόσο στην Ευρώπη, όσο και στην Ελλάδα.

Τέλος, στον επίλογο τονίζεται ότι η όξυνση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία επιτάσσει την ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση του φαινομένου, γεγονός που θα συμβάλλει στο σχεδιασμό μιας πιο αποτελεσματικής πολιτικής για τον περιορισμό του προβλήματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Εννοιολογική προσέγγιση της ισότητας και της ανισότητας στην υγεία

1.1 Εισαγωγικά στοιχεία

Οι ανισότητες στην υγεία είναι ένα διαχρονικό φαινόμενο που παρατηρείται σε όλα τα κράτη, ακόμα και σε αυτά που χαρακτηρίζονται ως οικονομικά αναπτυγμένα. Οι ανισότητες στον τομέα της υγείας δεν παρατηρούνται μόνο μεταξύ χωρών, αλλά και μεταξύ κοινωνικών ομάδων μέσα στις ίδιες τις χώρες.

Ανισότητες μπορεί να υπάρχουν στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού, αλλά και στη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Οι παράγοντες που καθορίζουν την υγεία και συντελούν στο φαινόμενο των υγειονομικών ανισοτήτων ποικίλουν. Οι υγειονομικές ανισότητες επηρεάζονται από βιολογικούς, οικονομικούς, κοινωνικούς, πολιτιστικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Έχουν άμεση σχέση με το είδος και τη δομή του συστήματος υγείας, τη γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών υγείας, τις συνθήκες διαβίωσης και εργασίας, τον τρόπο ζωής και τις επιλογές των ίδιων των ατόμων (Υφαντόπουλος, 2006).

Από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα μέχρι σήμερα, η πρόοδος που έχει σημειωθεί στον τομέα της δημόσιας υγείας είναι εντυπωσιακή, με αποτέλεσμα το επίπεδο υγείας του πληθυσμού να έχει βελτιωθεί παγκοσμίως. Αυτό αποτυπώνεται από την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και τη μείωση του δείκτη της γενικής και της βρεφικής θνησιμότητας. Στο γεγονός αυτό, συνέβαλε η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης (εγκαταστάσεις υγιεινής, πρόσβαση σε πόσιμο νερό), η βελτίωση των συνθηκών εργασίας, οι εμβολιασμοί για την πρόληψη των μεταδοτικών νοσημάτων, η βελτίωση της διατροφής και η ενημέρωση των ατόμων σε θέματα υγείας και υγιεινής (Κουρέα-Κρεμαστινού, 2007).

Ωστόσο, σε πολλές χώρες, το φαινόμενο των ανισοτήτων στην υγεία μεταξύ κοινωνικών ομάδων έχει οξυνθεί (Lloyd *et al.*, 2004). Οι ομάδες πληθυσμού με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο εμφανίζουν χειρότερο επίπεδο υγείας και αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας και νοσηρότητας (Τούντας, 2000). Αξίζει, βέβαια,

να σημειωθεί, ότι το μέγεθος των ανισοτήτων είναι διαφορετικό σε κάθε χώρα. Κράτη με ισχυρή και οργανωμένη κοινωνική πολιτική παρουσιάζουν πολύ μικρότερες διαφορές στις ανισότητες μεταξύ κοινωνικών ομάδων (Υφαντόπουλος, 2006).

Προτού, όμως, αναλυθούν οι παράγοντες που σχετίζονται με τις ανισότητες στον τομέα της υγείας, καθώς και το μέγεθος που κάθε ένας από αυτούς επηρεάζει το συγκεκριμένο πρόβλημα, χρήσιμο είναι να προσδιοριστούν εννοιολογικά οι όροι της υγείας, της ισότητας και της ανισότητας.

1.2 Η υγεία ως ανθρώπινο δικαίωμα

Σύμφωνα με το καταστατικό του World Health Organization (W.H.O.) το 1946, ο ορισμός που διατυπώθηκε για την υγεία και έχει ισχύ έως και σήμερα είναι ο εξής: «*Η υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας*» (W.H.O., 2014).

Ο ορισμός αυτός αποτυπώνει τη θετική διάσταση της υγείας και εστιάζει στην παρουσία συγκεκριμένων χαρακτηριστικών που καθορίζουν την κατάσταση της πλήρους υγείας. Συνεπώς, η υγεία εκτός από βιολογικές και ψυχικές, έχει και κοινωνικές προεκτάσεις. Ενσωματώνει τις κοινωνικές σχέσεις που διατηρούν οι άνθρωποι μεταξύ τους και αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων, την επιδίωξη και κατάκτηση στόχων και την ικανοποίηση ατομικών προσδοκιών (Lloyd *et al.*, 2004). Η επίτευξη της υγείας προαπαιτεί ειρήνη, τροφή, κατοικία, εισόδημα, εκπαίδευση, σωστή χρήση των πόρων, ισότητα και κοινωνική δικαιοσύνη (W.H.O., 1998).

Η υγεία αποτελεί ένα θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα. Επομένως, κάθε άνθρωπος, ανεξαρτήτως φυλής, θρησκείας, πολιτικών πεποιθήσεων, οικονομικών ή κοινωνικών θέσεων, έχει το δικαίωμα να απολαμβάνει το υψηλότερο εφικτό επίπεδο υγείας (W.H.O., 2014).

Το γεγονός ότι η υγεία συγκαταλέγεται στα ανθρώπινα δικαιώματα επισφραγίζεται με διεθνείς συμβάσεις και συμφωνίες. Το 1966, ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών με το «Διεθνές Σύμφωνο για τα οικονομικά, κοινωνικά και μορφωτικά δικαιώματα» κατοχυρώνει το δικαίωμα του ατόμου στην υγεία και την κοινωνική ασφάλιση. Ειδικότερα, στο άρθρο 12 του συμφώνου αναγνωρίζεται το δικαίωμα κάθε ανθρώπου

να απολαμβάνει το μέγιστο δυνατό επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας. Για τη διασφάλιση του δικαιώματος αυτού, τα συμβαλλόμενα κράτη πρέπει να λαμβάνουν μέτρα σχετικά με τη μείωση της βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας, τη βελτίωση των πτυχών της περιβαλλοντικής υγιεινής, την πρόληψη και θεραπεία ασθενειών και τέλος τη δημιουργία συνθηκών που να εξασφαλίζουν σε όλους την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Περιφερειακό Κέντρο Πληροφόρησης των Ηνωμένων Εθνών, 2018). Στην Ελλάδα, το συγκεκριμένο σύμφωνο επικυρώθηκε με το Ν. 1532/1985.

Στην Ευρώπη, με τον Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Χάρτη, το 1961 κατοχυρώνεται η προστασία της υγείας. Συγκεκριμένα, με το άρθρο 11, τα κράτη-μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης υποχρεούνται να δημιουργούν τις κατάλληλες προϋποθέσεις για την εξασφάλιση του δικαιώματος του ατόμου να απολαμβάνει την καλύτερη δυνατή κατάσταση υγείας (Council of Europe, 1961). Στην Ελλάδα, η συνθήκη αυτή κυρώθηκε με το Ν. 1426/1984.

Επιπλέον, με το Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ο οποίος έχει καταστεί νομικά δεσμευτικός από το Δεκέμβριο του 2009 για όλα τα κράτη-μέλη της Ε.Ε., ενισχύεται το δικαίωμα του ατόμου για την προστασία της υγείας. Ειδικότερα, στο άρθρο 35 αναγνωρίζεται σε κάθε πολίτη ή κάτοικο της Ε.Ε. το δικαίωμα της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και της ιατρικής περίθαλψης. Παράλληλα, καθιερώνεται η υποχρέωση του κάθε κράτους-μέλους της Ε.Ε. να εξασφαλίζει υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας του ανθρώπου (Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2012).

1.3 Η υγεία ως κοινωνικό αγαθό

Η υγεία θεωρείται κοινωνικό αγαθό και έχει τα χαρακτηριστικά των δημόσιων αγαθών. Τα δημόσια αγαθά προσφέρονται σε όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα από την οικονομική τους κατάσταση ή την κοινωνική τους θέση, χωρίς να υπάρχει κάποιο είδος αποκλεισμού. Τα δημόσια αγαθά δεν είναι ανταγωνιστικά και τα οφέλη που προκύπτουν από την κατανάλωσή τους δεν είναι ατομικά, αλλά συλλογικά. Για τους λόγους αυτούς, απαιτείται η παρέμβαση του κράτους για να καθοριστεί η διάθεση και η κατανομή των υπηρεσιών (Δράκος, 1986).

Η αγορά των υπηρεσιών υγείας έχει κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που τη διαφοροποιούν από τις υπόλοιπες αγορές. Ο οικονομολόγος Kenneth Arrow (1963) υποστήριξε πρώτος ότι η ελεύθερη αγορά αδυνατεί να επιφέρει μια κοινωνικά δίκαιη και αποτελεσματική κατανομή των πόρων, με αποτέλεσμα η ύπαρξη κάποιας μορφής κρατικής παρέμβασης να θεωρείται επιβεβλημένη. Επιπλέον, επισήμανε ότι ο τομέας της υγείας μπορεί να προκαλέσει εξωτερικές επιδράσεις. Αυτό σημαίνει ότι η κατανάλωση ή όχι ενός αγαθού από κάποιο άτομο παρέχει όφελος ή κόστος, όχι μόνο στο ίδιο το άτομο αλλά και στο υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα εξωτερικών επιδράσεων αποτελεί ο εμβολιασμός για την πρόληψη των λοιμωδών νοσημάτων. Μια άλλη ιδιαιτερότητα που παρατηρείται στον τομέα της υγείας είναι η ασύμμετρη πληροφόρηση, η άνιση δηλαδή κατανομή γνώσης και πληροφόρησης μεταξύ ιατρού και ασθενή. Ο ασθενής δεν είναι σε θέση να γνωρίζει ούτε την ασθένεια του, ούτε τη θεραπεία της. Ο ιατρός έχει τις απαραίτητες γνώσεις για τη φύση της νόσου, τον ενδεδειγμένο τρόπο αντιμετώπισης της και την αποτελεσματικότητα της αγωγής και θεραπείας (Μαλλιαρού και συν., 2011).

Ωστόσο, υπάρχει και η αντίθετη άποψη που υποστηρίζει ότι η υγεία είναι ιδιωτικό αγαθό. Σύμφωνα με αυτήν, οι δυνάμεις της ελεύθερης αγοράς μπορούν να προσφέρουν μια αποτελεσματική κατανομή των πόρων της υγείας και δεν υπάρχει λόγος κρατικής παρέμβασης. Οι υπηρεσίες υγείας είναι ανταγωνιστικές και τα οφέλη τους ατομικά. Οι ασθενείς έχουν άριστη πληροφόρηση, τόσο για την κατάσταση της υγείας τους και τις ανάγκες τους, όσο και για τις συνθήκες που ισχύουν στην αγορά. Τέλος, όπως και στα υπόλοιπα ιδιωτικά αγαθά, ισχύει η αρχή του αποκλεισμού. Αυτό σημαίνει ότι, όποιος δεν καταβάλλει την τιμή που έχει καθοριστεί από τους νόμους της αγοράς, δε μπορεί να χρησιμοποιήσει τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας (Υφαντόπουλος, 2006).

1.4 Η έννοια της ανισότητας στην υγεία

Η υγεία θεωρείται απαραίτητη για την ευημερία του ατόμου και αποτελεί βασική προϋπόθεση για την κατάκτηση στόχων και την υπερπήδηση εμποδίων στη ζωή. Μια κοινωνία θα πρέπει να διαθέτει και να κατανέμει τους πόρους για την υγεία δίκαια, έτσι ώστε όλοι οι άνθρωποι να έχουν πρόσβαση σε αυτούς (Whitehead & Dahlgren, 2006). Παρά το γεγονός ότι, όλοι θα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να απολαμβάνουν το καλύτερο δυνατό επίπεδο υγείας, χωρίς κανένας να βρίσκεται σε

μειονεκτική θέση λόγω κοινωνικών ή άλλων συνθηκών, υπάρχουν διαφορές στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού (Whitehead, 1992).

Με τον όρο υγειονομικές ανισότητες εννοούνται οι διαφοροποιήσεις στην υγεία ομάδων πληθυσμού, που όχι μόνο θα μπορούσαν να αποφευχθούν, αλλά ταυτόχρονα θεωρούνται άδικες και αθέμιτες. Ποιές διαφορές όμως μπορούν να αποφευχθούν και ποιές θεωρούνται άδικες; Οι διαφοροποιήσεις στην υγεία που οφείλονται σε βιολογικούς παράγοντες είναι αναπόφευκτες και δε μπορούν, συνεπώς, να χαρακτηριστούν ως ανισότητες. Επίσης, οι διαφορές που προκύπτουν από συνειδητές επιλογές του ατόμου για τον τρόπο ζωής και συμπεριφοράς του δε θεωρούνται άδικες και δεν κατατάσσονται στις ανισότητες.

Αντίθετα, οι διαφοροποιήσεις στην υγεία που σχετίζονται με κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες ή με περιορισμένη ατομική επιλογή όχι μόνο είναι άδικες, αλλά θα μπορούσαν να αποφευχθούν και, επομένως, συνιστούν ανισότητες. Η έκθεση σε ανθυγιεινές συνθήκες διαβίωσης και εργασίας, η ανεπαρκής πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και η επιβλαβής στάση και συμπεριφορά για την υγεία, όταν ο βαθμός επιλογής του ατόμου για τον τρόπο ζωής του είναι περιορισμένος, λόγω κοινωνικοοικονομικών συνθηκών, αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες δημιουργίας ανισοτήτων (Whitehead, 1992).

Από τα παραπάνω, γίνεται αντιληπτό ότι βασικό κριτήριο, για το αν οι διαφοροποιήσεις στην υγεία είναι άδικες ή όχι, αποτελεί ο βαθμός επιλογής του ατόμου. Διαφορές που απορρέουν από ελεύθερες και ευσυνείδητες επιλογές σωστά πληροφορημένων ατόμων δεν αποτελούν αδικίες. Αντίθετα, διαφοροποιήσεις που προέρχονται από στάσεις και συμπεριφορές ατόμων επιβεβλημένες από κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες είναι πολύ πιο πιθανό να θεωρηθούν άδικες και αθέμιτες (Σουλιώτης, 2001).

Ανισότητες στην υγεία παρατηρούνται, τόσο στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού, όσο και στην κατανάλωση και προσφορά των υπηρεσιών υγείας. Οι ανισότητες στην κατάσταση και στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού αξιολογούνται με δείκτες υγείας, όπως είναι το προσδόκιμο επιβίωσης και οι δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας. Οι ανισότητες στην παροχή και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας εκφράζονται με δείκτες που αντανakλούν τις διαφοροποιήσεις που εμφανίζονται στην κατανομή και τη χρήση των πόρων υγείας. Τέτοιοι δείκτες είναι η αναλογία ιατρών ανά κάτοικο, η

αναλογία νοσοκομειακών κλινών ανά κάτοικο, οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας, ο αριθμός ιατρικών επισκέψεων ανά άτομο (Χατζηπουλίδης, 2006).

1.5 Η έννοια της ισότητας στην υγεία

Η ισότητα εμπεριέχει την έννοια της κοινωνικής δικαιοσύνης και είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τις αρχές των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Αυτό συνεπάγεται, ότι όλοι οι άνθρωποι, ανεξαρτήτως κοινωνικών, οικονομικών, δημογραφικών, γεωγραφικών ή άλλων χαρακτηριστικών, θα πρέπει να έχουν ίσες ευκαιρίες στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας, για να έχουν τη δυνατότητα να διατηρούν και να βελτιώνουν το επίπεδο της υγείας τους (W.H.O., 1998).

Επομένως, ως ισότητα μπορεί να οριστεί η απουσία συστηματικών διαφορών στην υγεία ή στους βασικούς κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας (συνθήκες διαβίωσης και εργασίας, κοινωνικό περιβάλλον, υγειονομική περίθαλψη) μεταξύ κοινωνικών ομάδων που θεωρούνται λιγότερο ή περισσότερο ευνοημένες και κατέχουν διαφορετικές θέσεις στην κοινωνική ιεραρχία. Ο διαχωρισμός των ευνοημένων ή μη κοινωνικών ομάδων γίνεται με βάση το φύλο, την ηλικία, το έθνος, τη φυλή, τη θρησκεία, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Οι υγειονομικές ανισότητες οδηγούν τις λιγότερο ευνοημένες κοινωνικές ομάδες, όπως για παράδειγμα τους φτωχούς και τους ανέργους, σε ακόμα δυσχερέστερη θέση σχετικά με το επίπεδο της υγείας τους (Braveman & Gruskin, 2003).

1.5.1 Οριζόντια και κάθετη ισότητα

Η ισότητα στην υγεία έχει δύο διαστάσεις, την οριζόντια και την κάθετη. Η οριζόντια ισότητα αναφέρεται στην ίση μεταχείριση των ατόμων με ίσες ανάγκες (Raine *et al.*, 2016). Η οριζόντια ισότητα εξασφαλίζεται, όχι μόνο με την ίση κατανομή των πόρων και των υπηρεσιών υγείας, αλλά και με την ίση πρόσβαση και χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών από όλα τα άτομα. Στόχος της αποτελεί η άμβλυνση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας (Τούντας & Οικονόμου, 2007).

Αντίθετα, η κάθετη ισότητα αναφέρεται στην άνιση μεταχείριση των ατόμων με άνισες ανάγκες. Αυτό συνεπάγεται, ότι οι διαφορετικές ανάγκες θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με διαφορετικό τρόπο (Raine *et al.*, 2016). Σε αυτού του είδους την ισότητα, η κατανάλωση και η χρήση των προϊόντων και των υπηρεσιών υγείας είναι βασισμένη στις ιδιαίτερες ανάγκες που παρουσιάζουν τα άτομα. Επομένως, ομάδες

πληθυσμού που έχουν υψηλότερες πιθανότητες να νοσήσουν, θα πρέπει να έχουν μεγαλύτερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Παράλληλα, στην κάθετη ισότητα προβλέπεται η προοδευτική χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας ανάλογα με την οικονομική δυνατότητα του κάθε ατόμου (Τούντας & Οικονόμου, 2007).

1.5.2 Ισότητα και ισοτιμία

Πολλές φορές στη βιβλιογραφία οι όροι ισότητα και ισοτιμία θεωρούνται συνώνυμοι και χρησιμοποιούνται εναλλακτικά. Αξίζει, όμως, να επισημανθεί ότι η ισότητα και η ισοτιμία είναι δυο έννοιες εντελώς διαφορετικές. Η ισοτιμία σχετίζεται με την ίση κατανομή των πόρων της υγείας σε όλους. Το κάθε άτομο, δηλαδή, λαμβάνει την ίδια παρεχόμενη ποσότητα με τα υπόλοιπα, ανεξάρτητα από τις ανάγκες του (Raine *et al.*, 2016). Αντίθετα, η ισότητα στηρίζεται στις ηθικές αξίες της κοινωνικής δικαιοσύνης και σχετίζεται με τη δίκαιη κατανομή των πόρων της υγείας. Οι πόροι θα πρέπει να κατανέμονται δίκαια, ανάλογα με τις ανάγκες των ατόμων. Η ισότητα εστιάζει στη δημιουργία ίσων ευκαιριών για όλους και στοχεύει στη μείωση του φαινομένου των υγειονομικών ανισοτήτων (Chang, 2002).

1.5.3 Ισότητα στην παρεχόμενη φροντίδα υγείας

Για να επιτευχθεί η ισότητα στην παρεχόμενη φροντίδα υγείας σε όλο τον πληθυσμό θα πρέπει να δημιουργηθούν οι κατάλληλες προϋποθέσεις που θα συμβάλουν στη μείωση και τον περιορισμό των εμποδίων στην παροχή των υπηρεσιών υγείας. Οι προϋποθέσεις αυτές περιλαμβάνουν: α) τη δίκαιη πρόσβαση στις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας, β) την ίση χρήση των υπηρεσιών υγείας και γ) την ίση ποιότητα στην παρεχόμενη φροντίδα για όλους (Whitehead & Dahlgren, 2006).

Η πρώτη από τις παραπάνω προϋποθέσεις αναφέρεται στα ίσα δικαιώματα που έχουν όλοι οι άνθρωποι στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Ο καταμερισμός των πόρων θα πρέπει να γίνεται δίκαια σε οποιοδήποτε τμήμα της χώρας, με γνώμονα τις ανάγκες υγείας. Η πρόσβαση στις διαθέσιμες υγειονομικές υπηρεσίες θα πρέπει να είναι εύκολη σε κάθε γεωγραφική περιοχή από όλα τα μέλη του πληθυσμού. Εμπόδια που δυσχεραίνουν την πρόσβαση σε ομάδες ατόμων με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο θα πρέπει να καταργηθούν. Ανισότητες στην πρόσβαση προκύπτουν όταν οι πόροι κατανέμονται άνισα και συγκεντρώνονται σε συγκεκριμένες τοποθεσίες, όπως είναι οι αστικές περιοχές. Αντίθετα, σε αγροτικές και υποβαθμισμένες περιοχές, όπου το επίπεδο υγείας του πληθυσμού είναι χαμηλό, οι πόροι και οι εγκαταστάσεις υγείας

σπανίζουν. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, οι υπηρεσίες υγείας να είναι λιγότερο διαθέσιμες, εκεί που είναι περισσότερο απαραίτητες (Whitehead, 1992).

Η ίση χρησιμοποίηση των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας αφορά στις αποκλίσεις που παρουσιάζονται ανάμεσα στις διάφορες κοινωνικές ομάδες σχετικά με το βαθμό χρήσης των συγκεκριμένων υπηρεσιών. Αξίζει όμως να σημειωθεί, ότι οι διαφορές στη χρήση των υπηρεσιών υγείας δε συνιστούν οπωσδήποτε ανισότητες, αλλά μπορεί πολλές φορές να αποτελούν επιλογές των ίδιων των ατόμων (Χατζηπουλίδης, 2006). Ωστόσο, ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται όταν οι διαφοροποιήσεις στη χρήση των υπηρεσιών υγείας συνδέονται με κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Ομάδες πληθυσμού με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο παρουσιάζουν χαμηλά ποσοστά χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας. Σε αυτήν την περίπτωση, αφού διερευνηθούν περαιτέρω οι παράγοντες που επηρεάζουν τη χρήση, θα πρέπει να γίνουν οι απαραίτητες παρεμβάσεις, έτσι ώστε να αμβλυνθούν αυτές οι αποκλίσεις μεταξύ των κοινωνικών ομάδων (Σισσούρας και συν., 1996).

Τέλος, η ίση ποιότητα στην παρεχόμενη φροντίδα για όλους αναφέρεται στο δικαίωμα που έχει κάθε άνθρωπος να απολαμβάνει υψηλής ποιότητας φροντίδα υγείας, με μοναδικό κριτήριο τις ανάγκες του και όχι την κοινωνική του θέση. Είναι εξαιρετικά άδικο, όταν μια ευνοημένη ομάδα έχει συνεχώς προνομιακή μεταχείριση έναντι μιας άλλης, όχι τόσο ευνοημένης, ιδιαίτερα όταν οι πόροι υγείας είναι σπάνιοι ή ανεπαρκείς (Whitehead, 1992).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Ιστορικά στοιχεία και ερμηνευτικές θεωρίες για τις ανισότητες στην υγεία

2.1 Οι πρώτες επιστημονικές έρευνες

Οι ανισότητες στον τομέα της υγείας, που παρατηρούνται στις περισσότερες χώρες του κόσμου, δεν αποτελούν τωρινό φαινόμενο. Ωστόσο, επιστημονικές έρευνες και ιστορικά στοιχεία για την ύπαρξη των υγειονομικών ανισοτήτων και για τη συσχέτιση τους με κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες έχουν καταγραφεί, μόλις, από τον 19 αιώνα και μετά (Mackenbach, 2006).

Ο Γάλλος οικονομολόγος και ιατρός Louis-Rene Villerme υπήρξε από τους πρώτους που συνέδεσαν το εισόδημα με τους δείκτες θνησιμότητας και το προσδόκιμο επιβίωσης. Σε μελέτες του υποστήριξε ότι υπάρχουν υγειονομικές ανισότητες μεταξύ των κοινωνικών τάξεων και έχουν άμεση σχέση με τις συνθήκες διαβίωσης και το εισόδημα. Το διάστημα 1817-1826, διεξήγαγε μια έρευνα σε δώδεκα γεωγραφικά διαμερίσματα του Παρισιού και μελέτησε τα ποσοστά θνησιμότητας. Το αποτέλεσμα της έρευνας έδειξε ότι σε περιοχές όπου ζούσαν άτομα με χαμηλό εισόδημα, ο δείκτης θνησιμότητας ήταν υψηλότερος (Julia & Valleron, 2011).

Το 1842, δημοσιεύτηκε η έκθεση του Άγγλου μεταρρυθμιστή Edwin Chadwick «The Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain», που ανέδειξε ότι η έλλειψη εγκαταστάσεων υγιεινής συνδέεται με αυξημένα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας. Η σημαντική καινοτομία της έκθεσης ήταν η χρήση στατιστικών στοιχείων που υπογράμμιζαν τις διακυμάνσεις του προσδόκιμου επιβίωσης των ατόμων σε συνάρτηση με την κοινωνική τάξη ή τον τόπο διαμονής τους (U.K. Parliament, 2018).

Λίγα χρόνια αργότερα, ο Γερμανός φιλόσοφος Friedrich Engels παρουσίασε μια μελέτη σχετικά με τα ποσοστά θνησιμότητας και τις συνθήκες διαβίωσης της εργατικής τάξης στις μεγάλες βιομηχανικές πόλεις της Αγγλίας. Ο Engels κατέδειξε ότι η μαζική συγκέντρωση των εργατών στις μεγάλες πόλεις επηρέασε την ποιότητα ζωής τους, με αποτέλεσμα να επιδεινωθεί το επίπεδο της υγείας τους και να μειωθεί

το προσδόκιμο επιβίωσης τους. Από την έρευνα προκύπτει ότι το ποσοστό θνησιμότητας των εργατών που κατοικούσαν στις πόλεις αυξήθηκε σε σχέση με το αντίστοιχο ποσοστό των εργατών που ζούσαν στην ύπαιθρο και τις αγροτικές περιοχές. Επίσης, λόγω της αστικοποίησης και του συνωστισμού, αυξήθηκε η παιδική θνησιμότητα, καθώς και ο αριθμός των ανθρώπων που πέθαιναν προτού να συμπληρώσουν το τριακοστό ένατο έτος της ηλικίας τους (Engels, 1845).

Στη Γερμανία, ο ιατρός Rudolf Virchow ασχολήθηκε ιδιαίτερα με τη δημόσια υγεία και με τους κοινωνικούς παράγοντες που προκαλούν και επηρεάζουν τις ανισότητες στην υγεία. Στα έργα του περιλαμβάνονται παρατηρήσεις και προτάσεις για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας των ανθρώπων με την καλυτέρευση των κοινωνικών και οικονομικών συνθηκών που τους περιβάλλουν (Silver, 1987).

2.2 Έρευνες για τις ανισότητες τον 20ο αιώνα

Κατά τη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα, έχουν γίνει πολλές επιστημονικές έρευνες για τη συσχέτιση των ανισοτήτων στο χώρο της υγείας με τις κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες. Ιδιαίτερα σημαντικές ήταν οι τρεις προοπτικές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν το 1946, το 1958 και το 1970 στη Βρετανία. Η κάθε μια από αυτές παρακολουθούσε 17.000 άτομα καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους από την ημέρα της γέννηση τους. Οι μελέτες αυτές έδωσαν τη δυνατότητα στους ερευνητές να συγκεντρώσουν στοιχεία σχετικά με το οικογενειακό ιστορικό, τη γονική μέριμνα, τη σωματική και ψυχική υγεία, τις ατομικές συμπεριφορές, την εκπαίδευση, την απασχόληση και το εισόδημα των ατόμων. Από τις αναλύσεις των δεδομένων που έγιναν, διαπιστώθηκαν ισχυροί συσχετισμοί μεταξύ του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου του ατόμου και της κατάστασης της υγείας του ως ενήλικας (Elliott & Shepherd, 2006· Power & Elliott, 2006· Wadsworth *et al.*, 2006).

Επίσης, σπουδαίες μελέτες που συσχετίζουν την υγεία με κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες είναι οι Whitehall Study I και II. Η Whitehall Study I δημοσιεύτηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1970. Διήρκησε πάνω από επτά χρόνια και συμμετείχαν 17.530 δημόσιοι υπάλληλοι του Λονδίνου. Η έρευνα μελετούσε τη σχέση μεταξύ της θέσης στην εργασιακή ιεραρχία και τη θνησιμότητα. Τα αποτελέσματα της έδειξαν ότι οι υπάλληλοι σε κατώτερες θέσεις της εργασιακής κλίμακας είχαν υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας, κυρίως λόγω στεφανιαίας νόσου, συγκριτικά με τους ανωτέρους τους. Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι παρουσίαζαν περισσότερους

παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου. Ήταν παχύτεροι για το ύψος τους, με υψηλότερες τιμές αρτηριακής πίεσης και σακχάρου, κάπνιζαν περισσότερο και ασκούσαν λιγότερο από τους εργαζόμενους στις ανώτερες βαθμίδες εργασίας (Marmot *et al.*, 1978).

Η Whitehall Study II πραγματοποιήθηκε από το 1985-1988 με τη συμμετοχή 10.314 δημοσίων υπαλλήλων, ηλικίας 35-55 ετών και μελετούσε τη νοσηρότητα σε σχέση με τη θέση εργασίας. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι υπήρχε αυξημένος επιπολασμός καρδιακών παθήσεων και αναπνευστικών νοσημάτων σε άτομα που απασχολούνταν σε χαμηλές θέσεις εργασίας. Επίσης, οι εργαζόμενοι αυτοί υιοθετούσαν περισσότερες ανθυγιεινές στάσεις και συμπεριφορές από ότι οι ανώτεροι τους και δεν έβρισκαν αρκετή ικανοποίηση στη δουλειά τους (Marmot *et al.*, 1991).

Αντίστοιχες έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί και στην Ελλάδα, με χαρακτηριστικό παράδειγμα τη σημαντική μελέτη του Μπαμπανάση (1981), που ανέλυε, από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα, τη σχέση μεταξύ της φτώχειας και της υγείας. Σύμφωνα με τη μελέτη αυτή, το χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης, τα αυξημένα ποσοστά γενικής και βρεφικής θνησιμότητας και η έξαρση ασθενειών, όπως η φυματίωση και η ελονοσία, που χαρακτήριζαν τη χώρα το πρώτο μισό του αιώνα, ήταν αποτέλεσμα κυρίως των δυσμενών συνθηκών διαβίωσης και εργασίας, του υποσιτισμού και της πλημμελούς υγιεινής. Τα φαινόμενα αυτά ήταν εντονότερα στα κατώτερα κοινωνικά στρώματα, στα στρώματα δηλαδή που ζούσαν κάτω από το κοινωνικά ή βιολογικά αναγκαίο ελάχιστο όριο διαβίωσης. Σε αυτά περιλαμβάνονταν οι άποροι, οι άνεργοι, οι άστεγοι, οι πρόσφυγες, οι χαμηλόμισθοι και οι χαμηλοσυνταξιούχοι. Αξίζει να σημειωθεί ότι, παρά τη γενικότερη βελτίωση που σημειώθηκε στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού μεταπολεμικά, η κατάσταση των χαμηλών κοινωνικά τάξεων δεν παρουσίασε ιδιαίτερα θεαματική αλλαγή.

2.3 Η έκθεση «Black Report»

Οι αλματώδεις εξελίξεις που σημειώθηκαν στη δημόσια υγεία κατά τη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα και η βελτίωση του βιοτικού επιπέδου του πληθυσμού είχαν ως αποτέλεσμα τη μείωση της απόλυτης διαφοράς στα ποσοστά της θνησιμότητας και του προσδόκιμου επιβίωσης ανάμεσα στα άτομα των ανώτερων κοινωνικών στρωμάτων και τα άτομα των κατωτέρων τάξεων. Όμως, δεν είναι ξεκάθαρο αν οι ανισότητες στη θνησιμότητα είχαν μειωθεί και σε σχετικούς όρους. Παρατηρήθηκε,

λοιπόν, πως οι σχετικοί κίνδυνοι θανάτου για άτομα χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, σε σύγκριση με άτομα υψηλής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, όχι μόνο παρέμεναν σταθεροί, αλλά αυξήθηκαν τις τελευταίες δεκαετίες του 20^{ου} αιώνα σε πολλές χώρες της Ευρώπης (Mackenbach, 2006).

Αυτό επιβεβαιώθηκε και από την έκθεση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης του Ηνωμένου Βασιλείου, που δημοσιεύτηκε το 1980 και έμεινε γνωστή ως «Black Report». Η έκθεση «Black Report» ήταν η πρώτη που τεκμηρίωσε ότι, παρά την εγκαθίδρυση και ανάπτυξη του εθνικού συστήματος υγείας στη χώρα από το 1948, οι ήδη υπάρχουσες ανισότητες ως προς την κατάσταση της υγείας και τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας μεταξύ των κοινωνικών τάξεων αντί να μειωθούν, διευρύνθηκαν. Υπογράμμισε, επίσης, ότι οι ανισότητες αυτές δεν οφείλονται τόσο σε ελλείψεις του συστήματος υγείας, όσο σε κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία, όπως το εισόδημα, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα, η διατροφή και οι συνθήκες διαβίωσης και εργασίας (Gray, 1982).

Η έκθεση χρησιμοποίησε ένα σύστημα ταξινόμησης που διέκρινε τον πληθυσμό σε πέντε κοινωνικές τάξεις. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν οι ελεύθεροι επαγγελματίες (δικηγόροι, ιατροί, λογιστές), στη δεύτερη οι μεσαίοι επαγγελματίες (δάσκαλοι, νοσηλευτές) και στην τρίτη οι εκπαιδευμένοι μη χειρώνακτες (γραμματείς, διοικητικοί υπάλληλοι, εμποροϋπάλληλοι) και οι εκπαιδευμένοι χειρώνακτες (οδηγοί λεωφορείων, ξυλουργοί). Στην τέταρτη κατηγορία ανήκουν οι μερικώς εκπαιδευμένοι (ταχυδρόμοι, αγρότες, ελεγκτές λεωφορείων) και στην τελευταία οι μη εκπαιδευμένοι (εργάτες, λιμενεργάτες, καθαριστές). Οι άνδρες κατατάσσονται με βάση το επάγγελμά τους, οι γυναίκες με βάση το επάγγελμα του συζύγου τους, τα παιδιά με βάση το επάγγελμα του πατέρα τους και οι συνταξιούχοι με βάση το προηγούμενο επάγγελμά τους (Μάντη & Τσελέπη, 2000).

2.3.1 Τα συμπεράσματα της έκθεσης «Black Report»

Αφού συλλέχθηκαν δεδομένα για τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού του Ηνωμένου Βασιλείου και αναλύθηκαν οι σχέσεις ανάμεσα στους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες και την κατάσταση της υγείας, η συγκεκριμένη έκθεση πιστοποίησε μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των δεικτών θνησιμότητας και της επαγγελματικής τάξης. Διαπιστώθηκε, λοιπόν, ότι υπήρχαν σημαντικές διαφορές στους δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας μεταξύ των κοινωνικών και

επαγγελματικών κατηγοριών σε όλες τις ηλικίες και στα δύο φύλα (Σαρρής και συν., 2002).

Ειδικότερα, τα ποσοστά θνησιμότητας των ατόμων που προέρχονται από χαμηλές επαγγελματικές τάξεις, που κυρίως αντιπροσωπεύονται από τους ανειδίκευτους εργάτες, είναι δύομιση φορές μεγαλύτερα από τα αντίστοιχα ποσοστά των ελευθέρων επαγγελματιών, όπως είναι οι ιατροί, οι δικηγόροι και οι οικονομολόγοι. Ανάλογες ανισότητες παρουσιάζονται και στη βρεφική και παιδική θνησιμότητα. Τα βρέφη των κατωτέρων κοινωνικοοικονομικών τάξεων διατρέχουν διπλάσιο κίνδυνο θανάτου από αυτά των ανωτέρων τάξεων (Υφαντόπουλος, 2006).

Σχετικά με όλες τις αίτιες θανάτου, όπως είναι τα νοσήματα του κυκλοφορικού, οι παθήσεις του αναπνευστικού, τα νεοπλάσματα και τα ατυχήματα, η κατηγορία των ανειδίκευτων εργατών παρουσιάζει τους υψηλότερους δείκτες θνησιμότητας (Μάντη & Τσελέπη, 2000). Ταυτόχρονα, τόσο στα παιδιά, όσο και τους ενήλικες, διαπιστώνεται μια σύνδεση των αιτιών της θνησιμότητας, αρχικά με το κοινωνικό περιβάλλον ανάπτυξης του παιδιού και την παροχή της κατάλληλης φροντίδας και στη συνέχεια με το εισόδημα, το μορφωτικό επίπεδο, τις συνθήκες διαβίωσης και εργασίας του ατόμου (Σουλιώτης, 2001).

Επιπλέον, προκύπτει ότι τα άτομα των χαμηλών κοινωνικών και επαγγελματικών κατηγοριών παρουσιάζουν αυξημένους δείκτες νοσηρότητας και χειρότερο επίπεδο υγείας συγκριτικά με τα άτομα των υψηλότερων τάξεων. Επισημαίνεται δε, ότι τα ανώτερα κοινωνικά στρώματα κάνουν μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας, ιδίως στον τομέα της πρόληψης, σε αντίθεση με τις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις που χρησιμοποιούν περισσότερο τα επείγοντα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων (Σαρρής και συν., 2002).

Τέλος, η έκθεση υπογραμμίζει, ότι οι ανισότητες στην υγεία μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων τις τελευταίες δεκαετίες, όχι μόνο δε βελτιώθηκαν, αλλά διευρύνθηκαν. Η έκθεση «Black Report» αποτέλεσε ένα έγγραφο ορόσημο και συνέβαλε στον προβληματισμό και την ευαισθητοποίηση της αντιμετώπισης του ζητήματος των υγειονομικών ανισοτήτων.

2.4 Θεωρίες για την ύπαρξη ανισοτήτων στην υγεία

Τα αποτελέσματα της έκθεσης «Black Report», που καταδεικνύουν την ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της κοινωνικής τάξης και των ανισοτήτων που παρατηρούνται στην κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, οδήγησαν στην ανάπτυξη διαφόρων θεωρητικών προσεγγίσεων για την εξήγηση του συγκεκριμένου φαινομένου. Οι βασικές ερμηνευτικές θεωρίες είναι οι εξής: α) η θεωρία της τεχνητής ερμηνείας, β) η θεωρία της φυσικής ή κοινωνικής επιλογής, γ) η θεωρία της πολιτιστικής ή συμπεριφορικής ερμηνείας και δ) η θεωρία της υλιστικής ή δομικής ερμηνείας (McCartney *et al.*, 2013). Αξίζει να αναφερθεί ότι για κάθε θεωρητική προσέγγιση ακολουθούνται δύο διαφορετικές εκδοχές, η απόλυτη και η σχετική (Σαρρής και συν., 2002).

2.4.1 Η θεωρία της τεχνητής ερμηνείας

Η συγκεκριμένη θεωρία, στην απόλυτη εκδοχή της, υποστηρίζει ότι δεν υπάρχει καμία απολύτως πραγματική σχέση μεταξύ της κοινωνικής θέσης και της υγείας (Μάντη & Τσελέπη, 2000). Ουσιαστικά πρόκειται για μια κατασκευασμένη σχέση, στην οποία η κοινωνική τάξη και η υγεία αποτελούν τις τεχνητές μεταβλητές. Μεταξύ των δύο μεταβλητών αυτών δεν υφίσταται καμία αξιόλογη αιτιώδης σχέση. Συνεπώς, οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία είναι τεχνητά κατασκευασμένες και δεν αποτυπώνουν αντικειμενική πραγματικότητα (Σαρρής και συν., 2002).

Σύμφωνα με τη σχετική εκδοχή της θεωρίας της τεχνητής ερμηνείας, η εγκυρότητα και η αξιοπιστία των μετρήσεων για τις μεταβλητές που εξετάζονται, επηρεάζει σημαντικά το μέγεθος των ανισοτήτων. Τα εργαλεία μέτρησης και η μεθοδολογία συλλογής των στοιχείων της υγείας και της κοινωνικής τάξης παρουσιάζουν προβλήματα και δε χαρακτηρίζονται από ακρίβεια (Μάντη & Τσελέπη, 2000). Ο τρόπος καταγραφής και ταξινόμησης των δεδομένων που σχετίζονται, τόσο με την υγεία (θνησιμότητα, νοσηρότητα), όσο και την κοινωνική τάξη (επάγγελμα, εισόδημα, εκπαίδευση) και η μεθοδολογία μέτρησης και ανάλυσης των στοιχείων είναι πιθανό να επηρεάσουν το μέγεθος της συσχέτισης μεταξύ των δύο μεταβλητών και να μειώσουν την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων. Επομένως, οι διαφοροποιήσεις στο επίπεδο της υγείας του πληθυσμού δεν αποτελούν κοινωνικές ανισότητες, αλλά προέρχονται ουσιαστικά από προβλήματα μέτρησης των συγκεκριμένων μεταβλητών (Σαρρής και συν., 2002).

Επίσης, οι υποστηρικτές της θεωρίας αυτής ισχυρίζονται ότι δεν είναι δυνατόν να μελετάται και να συγκρίνεται διαχρονικά η εξέλιξη του φαινόμενου των κοινωνικών ανισοτήτων. Τόσο το μέγεθος και η ταξινόμηση των κοινωνικό-επαγγελματικών κατηγοριών, όσο και οι διαδικασίες διάγνωσης, πιστοποίησης και κωδικοποίησης της ασθένειας τροποποιούνται με την πάροδο του χρόνου. Συνεπώς, ο προσδιορισμός των παραμέτρων και των παραγόντων, που επηρεάζουν τις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία, μεταβάλλονται κατά πολύ, με αποτέλεσμα να καθίσταται σχεδόν αδύνατη η συγκρισιμότητα των δεδομένων διαχρονικά (Μάντη & Τσελέπη, 2000).

Ωστόσο, σύμφωνα με τους McCartney *et al.*, (2013) μια θεωρία που υποστηρίζει ότι, η κοινωνική κατάσταση και η υγεία δεν έχουν συσχέτιση, είναι πολύ δύσκολο να διατηρηθεί. Η επιβεβαίωση της ύπαρξης των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία, ακόμα και όταν χρησιμοποιούνται διαφορετικά στατιστικά μέτρα για την κοινωνική κατάσταση, όπως για παράδειγμα το εισόδημα, η περιοχή κατοικίας, η κοινωνική θέση και η επαγγελματική κατηγορία, «υπονομεύει» ουσιαστικά τη θεωρία της τεχνητής ερμηνείας και αποδεικνύει την αδυναμία της.

2.4.2 Η θεωρία της φυσικής ή κοινωνικής επιλογής

Σύμφωνα με τη θεωρία της φυσικής ή κοινωνικής επιλογής, το επίπεδο και η κατάσταση της υγείας του ατόμου παίζει πρωτεύοντα ρόλο στην κοινωνική κινητικότητα και στη θέση που αυτό κατέχει στην κοινωνική ιεραρχία. Στην απόλυτη εκδοχή της, η θεωρία διατείνεται, ότι η υγεία αποκλειστικά είναι αυτή που καθορίζει την κοινωνική τάξη και, ως εκ τούτου, οι κοινωνικές ανισότητες είναι ουδέτερες. Στη σχετική εκδοχή της, υποστηρίζει ότι η υγεία του ατόμου είναι πιθανό να συμβάλλει στην εξασφάλιση μιας ορισμένης κοινωνικής θέσης και, συνεπώς, υπό αυτό το πρίσμα, να νοείται η ύπαρξη κάποιας μορφής κοινωνικής ανισότητας (Σαρρής και συν., 2002).

Τα υγιή άτομα έχουν περισσότερες πιθανότητες εύρεσης μιας καλής εργασίας, θέτουν υψηλούς στόχους και παρουσιάζουν ανοδική εξέλιξη στον επαγγελματικό τομέα, γεγονός που τους δίνει τη δυνατότητα να αναβαθμίζουν και την κοινωνική τους θέση. Αντίθετα, όσα άτομα παρουσιάζουν προβλήματα υγείας μειονεκτούν σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό, είναι λιγότερο παραγωγικά και κατατάσσονται συνήθως στα χαμηλότερα στρώματα της κοινωνικής ιεραρχίας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, οι υψηλότερες κοινωνικές τάξεις να συγκεντρώνουν τα περισσότερα υγιή άτομα, ενώ οι

χαμηλότερες κοινωνικά βαθμίδες τα λιγότερο υγιή (Μάντη & Τσελέπη, 2000· Σαρρής και συν., 2002).

Η συγκεκριμένη θεωρία υποστηρίζει ότι η υγεία αποτελεί κυρίαρχο παράγοντα διαμόρφωσης της κοινωνικό-επαγγελματικής ιεράρχησης και της κοινωνικής κινητικότητας, χωρίς όμως να δίνει βαρύτητα σε άλλους σημαντικότερους παράγοντες, όπως είναι η εκπαίδευση του ατόμου και οι εξελίξεις στην αγορά εργασίας.

Επίσης, ένα άλλο σημείο για το οποίο έχει δεχθεί κριτική αυτή η θεωρία είναι η δυσκολία ερμηνείας των κοινωνικών ανισοτήτων και των διαφοροποιήσεων στο επίπεδο υγείας που παρατηρούνται μεταξύ των κοινωνικό-επαγγελματικών κατηγοριών. Άτομα που απασχολούνται σε επαγγέλματα με αυξημένα ποσοστά έκθεσης σε παράγοντες κινδύνου κατατάσσονται στις χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις, όχι γιατί είχαν προϋπάρχοντα προβλήματα υγείας, αλλά γιατί απέκτησαν λόγω των δυσμενών συνθηκών εργασίας (Σαρρής και συν., 2002). Άλλωστε, συμπεράσματα ερευνών έχουν δείξει, ότι τα αυξημένα ποσοστά νοσηρότητας στα χαμηλά κοινωνικά στρώματα οφείλονται στην ίδια την κατάταξη των ατόμων στις χαμηλότερες τάξεις της κοινωνικής ιεραρχίας και όχι σε οποιαδήποτε μορφή κοινωνικής ολίσθησης (McCartney *et al.*, 2013).

2.4.3 Η θεωρία της πολιτιστικής ή συμπεριφορικής ερμηνείας

Η θεωρία της πολιτιστικής ή συμπεριφορικής ερμηνείας, στην απόλυτη εκδοχή της, διατείνεται ότι τα άτομα επιλέγουν ελεύθερα τις στάσεις και τις συμπεριφορές της υγείας τους. Στη σχετική εκδοχή της, υποστηρίζει ότι οι συμπεριφορές της υγείας των ατόμων κατανέμονται ανάλογα με την κοινωνική τους τάξη, γεγονός που συμβάλλει στη δημιουργία και τη διαμόρφωση των υγειονομικών ανισοτήτων (Σαρρής και συν., 2002).

Η συγκεκριμένη θεωρία επικεντρώνεται στις διαφορές που παρατηρούνται μεταξύ των κοινωνικών ομάδων, τόσο στις πεποιθήσεις και τις αντιλήψεις για την υγεία, όσο και στον τρόπο ζωής και τις συνακόλουθες συμπεριφορές που υιοθετούν. Σύμφωνα με τη προσέγγιση αυτή, οι διαφορές στον επιπολασμό συμπεριφορών, όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η κακή διατροφή και η μειωμένη σωματική

άσκηση αποτελούν τις θεμελιώδεις αιτίες για την δημιουργία των ανισοτήτων στην υγεία (McCartney *et al.*, 2013).

Είναι ξεκάθαρο, ότι οι χαμηλότερες κοινωνικά τάξεις υιοθετούν συχνότερα ανθυγιεινές συμπεριφορές, με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν δυσμενέστερους δείκτες υγείας. Αντιθέτως, τα υψηλότερα κοινωνικά στρώματα ακολουθούν συνήθως έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής και κατά συνέπεια απολαμβάνουν καλύτερο επίπεδο υγείας (Μάντη & Τσελέπη, 2000).

Πολλές αναλύσεις έχουν υποδείξει, ότι οι ανθυγιεινές συμπεριφορές, όπως το κάπνισμα, εξηγούν σε μεγάλο βαθμό τις ανισότητες στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού (Grueir *et al.*, 2009). Ωστόσο, η προσέγγιση της πολιτιστικής ή συμπεριφορικής ερμηνείας, που υποδηλώνει, ότι οι συμπεριφορές υγείας θεωρούνται ως οι βασικές αιτίες για τη διαμόρφωση των κοινωνικών ανισοτήτων, παρουσιάζει αρκετά σημαντικά προβλήματα.

Πρώτον, όταν συγκρίνονται πληθυσμοί από διαφορετικές κοινωνικές ομάδες, αλλά με ίσο βαθμό έκθεσης σε παράγοντες ανθυγιεινής συμπεριφοράς, οι δείκτες θνησιμότητας είναι υψηλότεροι στις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Επιπλέον, η απλή εστίαση στις συμπεριφορές υγείας δεν εξηγεί τον τρόπο και τις αιτίες που άτομα από συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες υιοθετούν ανθυγιεινές συμπεριφορές (McCartney *et al.*, 2013). Μελέτες έχουν διαπιστώσει, ότι πολλές από τις ανθυγιεινές συμπεριφορές των ενηλίκων σχετίζονται με δυσμενείς κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες κατά τη διάρκεια της παιδικής τους ηλικίας (Lynch *et al.*, 1997).

Επίσης, τον 19^ο αιώνα οι κυριότερες αιτίες θανάτου για τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα ήταν οι μολυσματικές ασθένειες. Τον 20^ο αιώνα οι βασικότερες αιτίες θανάτου είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα κακοήθη νεοπλάσματα και οι αναπνευστικές παθήσεις (Κουρέα-Κρεμαστινού, 2007). Παρά το γεγονός, λοιπόν, ότι οι αιτίες θανάτου έχουν διαφοροποιηθεί με την πάροδο του χρόνου για τις χαμηλές κοινωνικές τάξεις, τα ποσοστά θνησιμότητας, όμως, παραμένουν σταθερά πιο υψηλά σε σύγκριση με αυτά των ανώτερων κοινωνικών ομάδων. Η θεωρία της πολιτιστικής ή συμπεριφορικής ερμηνείας αδυνατεί να δώσει μια έγκυρη εξήγηση για το πώς μια σειρά από επιζήμιες, αλλά ιδιαίτερα διαφορετικές, συμπεριφορές υγείας εμφανίζονται

συνεχώς στις συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού, χωρίς να γίνει καμία αναφορά στις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες (McCartney *et al.*, 2013).

2.4.4 Η θεωρία της υλιστικής ή δομικής ερμηνείας

Σύμφωνα με τους ερευνητές της έκθεσης «Black Report», η θεωρία της υλιστικής ή δομικής ερμηνείας αποτελεί ίσως την πιο κατάλληλη προσέγγιση για την ερμηνεία των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία. Η συγκεκριμένη θεωρία, στην απόλυτη εκδοχή της, υποστηρίζει ότι οι κοινωνικές ανισότητες προκαλούνται από τις διαφορές στις υλικές συνθήκες που παρατηρούνται μεταξύ των κοινωνικών τάξεων. Στη σχετική εκδοχή της ισχυρίζεται ότι τα σωματικά και ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τις κοινωνικές τάξεις επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας των ατόμων και προκαλούν τις κοινωνικές ανισότητες (Σαρρής και συν., 2002).

Η θεωρία αυτή ουσιαστικά υποστηρίζει ότι η κοινωνική τάξη είναι αυτή που διαμορφώνει το επίπεδο της υγείας του πληθυσμού και ότι οι ανισότητες στην υγεία είναι αποτέλεσμα των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων (Μάντη & Τσελέπη, 2000). Οι διαφοροποιήσεις μεταξύ των κοινωνικών τάξεων στις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, όπως είναι το εισόδημα, η εκπαίδευση, η απασχόληση, η κατοικία και το εργασιακό περιβάλλον του ατόμου αποτελούν τους προσδιοριστικούς παράγοντες για τη δημιουργία υγειονομικών ανισοτήτων (McCartney *et al.*, 2013).

Οι υποστηρικτές αυτής της προσέγγισης ισχυρίζονται ότι οι άλλες θεωρίες είναι υποδεέστερες και δευτερεύουσας σημασίας, καθώς αδυνατούν να εντοπίσουν τις ρίζες και τις αιτιώδεις σχέσεις των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας (Macintyre, 1997). Το φαινόμενο των υγειονομικών ανισοτήτων έχει περιοριστεί σε περιόδους που οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες έχουν μειωθεί. Η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και εργασίας, σε συνδυασμό με τη λήψη μέτρων δημόσιας υγείας οδήγησε στην αναβάθμιση του βιοτικού επιπέδου των λαών και στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης παγκοσμίως (Κουρέα-Κρεμαστινού, 2007).

Αποτελέσματα πολλών ερευνών έχουν δείξει ότι η φτώχεια αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας (Σαρρής και συν., 2002). Η φτώχεια συνδέεται με χαμηλό επίπεδο υγείας και αυξημένους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας (Τούντας, 2000· Wilkinson & Marmot 2003). Αντίθετα, έχει παρατηρηθεί ότι, σε όλες τις κοινωνίες, τα άτομα που διαθέτουν περισσότερους

οικονομικούς πόρους παρουσιάζουν συνήθως καλύτερο επίπεδο υγείας και χρησιμοποιούν περισσότερο τις υγειονομικές υπηρεσίες (Mackenbach, 2006).

Επιπλέον, οι συνθήκες που επικρατούν στο εργασιακό περιβάλλον αποτελούν σημαντική απειλή για τη σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου. Μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι οι δυσμενείς εργασιακές συνθήκες συνδέονται με αυξημένα ποσοστά νοσηρότητας στους εργαζομένους (Λάσκαρη και συν., 2000). Εργατικά ατυχήματα, δηλητηριάσεις, αναπηρίες, αναπνευστικές παθήσεις, άγχος, κατάθλιψη, σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης είναι μόνο μερικά παραδείγματα επιπτώσεων από τις αρνητικές συνθήκες εργασίας (Σαρρής και συν., 2002). Ειδικότερα, οι εργαζόμενοι σε χειρωνακτικά επαγγέλματα παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά εργατικών ατυχημάτων και μεγαλύτερο κίνδυνο έκθεσης σε βλαπτικούς παράγοντες. Επίσης, τα υψηλά επίπεδα συγκέντρωσης καπνού και διοξειδίου του άνθρακα στην ατμόσφαιρα βιομηχανικών περιοχών είναι υπεύθυνα για τα αυξημένα ποσοστά αναπνευστικών παθήσεων που παρατηρούνται σε παιδιά εργατών (Μάντη & Τσελέπη, 2000).

2.4.5 Η συμβολή των θεωριών στις κοινωνικές ανισότητες

Οι παραπάνω θεωρητικές προσεγγίσεις είναι πολύ σημαντικές για την ερμηνεία του φαινομένου των κοινωνικών ανισοτήτων. Η συσχέτιση του επιπέδου υγείας και της κοινωνικής τάξης είναι σύνθετη και πολύπλευρη. Η εξήγηση των αιτών που προκαλούν τις κοινωνικές ανισότητες στον τομέα της υγείας απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή και δεν θα ήταν σωστό να υιοθετηθεί μία και μόνο θεωρητική προσέγγιση. Κάθε μια από τις παραπάνω θεωρίες έχει την αξία της και δε θα πρέπει να θεωρούνται ανταγωνιστικές μεταξύ τους.

Οι θεωρίες αυτές είναι ζωτικής σημασίας για τον επιτυχή προσδιορισμό των αιτιών και τη χάραξη των κατάλληλων πολιτικών, έτσι ώστε να περιοριστούν οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία και κατ' επέκταση να βελτιωθεί το επίπεδο υγείας του πληθυσμού (Μάντη & Τσελέπη, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Προσδιοριστικοί παράγοντες των ανισοτήτων στην υγεία

3.1 Οι κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας

Η υγεία ενός ατόμου καθορίζεται από πολλούς και διαφορετικούς παράγοντες, οι οποίοι αλληλεπιδρούν και ασκούν θετική ή αρνητική επιρροή στο επίπεδο της υγείας του. Διεθνώς, οι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία ορίζονται ως «κοινωνικοί προσδιοριστές ή καθοριστές της υγείας» (social determinants of health) (Μαλάμου, 2015). Στατιστικά, η υγεία ενός ατόμου εξαρτάται κατά 40-50% από την ανθρώπινη συμπεριφορά, 20-30% από το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον, 20% από βιολογικούς παράγοντες και 10-20% από τις υπηρεσίες υγείας (Κουρέα-Κρεμαστινού, 2007).

Γενικά, οι παράγοντες που επιδρούν στην υγεία μπορεί να ταξινομηθούν σε πέντε κατηγορίες, τους βιολογικούς, τους κοινωνικοοικονομικούς, τους περιβαλλοντικούς, τους πολιτικούς και τους πολιτισμικούς (Χλέτσος, 2015).

Οι βιολογικοί παράγοντες έχουν σχέση όχι μόνο με το ίδιο το άτομο, αλλά και με τον τρόπο ζωής και συμπεριφοράς του. Το κάπνισμα, η κακή διατροφή, η κατανάλωση οινοπνεύματος, η έλλειψη σωματικής άσκησης, οι υψηλές τιμές χοληστερίνης και η αυξημένη αρτηριακή πίεση αποτελούν παράγοντες κινδύνου για πολλές ασθένειες (Πετρέλης & Δομάγερ, 2016). Επίσης, οι βιολογικοί παράγοντες σχετίζονται με το φύλο και την ηλικία του ατόμου, την κληρονομικότητα και τη γενετική του προδιάθεση για συγκεκριμένες ασθένειες.

Οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες παίζουν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στο επίπεδο υγείας του ατόμου. Το βιοτικό επίπεδο, το εισόδημα, η εκπαίδευση και η εργασία καθορίζουν και επηρεάζουν άμεσα την υγεία του ανθρώπου. Άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ή εισόδημα έχουν μικρότερο προσδόκιμο επιβίωσης και χειρότερο επίπεδο υγείας συγκριτικά με άτομα υψηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Επιπλέον, άνεργοι, άστεγοι και άτομα που ζουν σε φτωχές περιοχές ή σε

φτώχεια παρουσιάζουν αυξημένους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2010).

Το φυσικό περιβάλλον έχει άμεση επίδραση στην κατάσταση της υγείας του ατόμου. Οι προσπάθειες που γίνονται σε παγκόσμιο επίπεδο για την προστασία του περιβάλλοντος και τη διατήρηση του οικοσυστήματος δεν είναι επαρκείς και δεν έχουν επιφέρει τα προσδοκώμενα αποτελέσματα. Η αύξηση των ατμοσφαιρικών ρύπων, το φαινόμενο του θερμοκηπίου και η ρύπανση του περιβάλλοντος έχουν οδηγήσει στην αλλαγή των κλιματικών συνθηκών, με αποτέλεσμα να επιδρούν αρνητικά και να επιβαρύνεται η υγεία του πληθυσμού.

Οι πολιτικοί παράγοντες έχουν άμεση σχέση με τις αποφάσεις που ρυθμίζουν, όχι μόνο τη μορφή της ασφαλιστικής κάλυψης που παρέχεται στον πληθυσμό, αλλά και το είδος και τη δομή του συστήματος υγείας που ισχύει σε ένα κράτος. Επιπρόσθετα, το πολιτικό περιβάλλον επηρεάζει την υγεία του κοινωνικού συνόλου μέσα από ποικίλες νομοθετικές ρυθμίσεις, όπως για παράδειγμα η απαγόρευση κατανάλωσης αλκοόλ από ανήλικους, η απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, καθώς επίσης και η απαγόρευση διαφήμισης προϊόντων καπνού στα ηλεκτρονικά και έντυπα μέσα ενημέρωσης (Χλέτσος, 2015).

Τέλος, οι πολιτιστικές διαφορές, που παρατηρούνται ανάμεσα στους πληθυσμούς, διαμορφώνουν τον τρόπο που οι άνθρωποι κατανοούν και αντιλαμβάνονται την υγεία και την ασθένεια. Ο σακχαρώδης διαβήτης και η υπέρταση είναι ασθένειες που οφείλονται στις διατροφικές συνήθειες και τον τρόπο ζωής των λαών του δυτικού πολιτισμού. Επίσης, πολλοί άνθρωποι δε δέχονται τη μετάγγιση αίματος ή είναι αρνητικά προσκείμενοι στην αντισύλληψη λόγω θρησκευτικών πεποιθήσεων (Μάντη & Τσελέπη, 2000).

3.2 Το μοντέλο Dahlgren-Whitehead

Υπάρχουν διάφορα μοντέλα που επιχειρούν να σκιαγραφήσουν τη σχέση της υγείας με τις μεταβλητές που την καθορίζουν. Το πιο διαδεδομένο μοντέλο είναι αυτό των Dahlgren-Whitehead, που αποτυπώνει τους συντελεστές που επηρεάζουν την υγεία και κατ' επέκταση τις υγειονομικές ανισότητες, με τη μορφή στρώσεων του ουράνιου τόξου (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2010).

Εικόνα 1: Το μοντέλο Dahlgren-Whitehead



Πηγή: Economic and Social Research Council, (2019). The Dahlgren-Whitehead rainbow

Σύμφωνα με το συγκεκριμένο μοντέλο, στο κέντρο είναι τοποθετημένα τα άτομα με τα προσωπικά τους χαρακτηριστικά, όπως το φύλο, η ηλικία και η γενετική προδιάθεση, τα οποία επηρεάζουν την υγεία, αλλά είναι σε μεγάλο βαθμό σταθερά (Εικόνα 1). Τα άτομα γύρω τους περιβάλλονται από τους παράγοντες επιρροής της υγείας, οι οποίοι βρίσκονται σε μια συνεχή αλληλεπίδραση και θεωρητικά μπορούν να τροποποιηθούν από την πολιτεία. Στο πρώτο επίπεδο βρίσκονται οι ατομικές συνήθειες και συμπεριφορές που μπορούν να ωφελήσουν ή να βλάψουν την υγεία, όπως η σωματική άσκηση και το κάπνισμα. Στο δεύτερο στρώμα υπάρχουν οι επιρροές της κοινότητας και οι σχέσεις των ατόμων με το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο. Στο επόμενο επίπεδο τοποθετούνται οι συνθήκες διαβίωσης και εργασίας, και η πρόσβαση σε βασικά αγαθά και υπηρεσίες που έχουν άμεση επίδραση στην κατάσταση της υγείας των ατόμων. Στο τελευταίο στρώμα επικρατούν οι γενικότερες κοινωνικοοικονομικές, πολιτιστικές και περιβαλλοντικές συνθήκες που επηρεάζουν το επίπεδο της υγείας του συνόλου του πληθυσμού.

Οι παράγοντες επιρροής διακρίνονται σε αυτούς που ασκούν θετική επίδραση στην υγεία, όπως η στέγαση και η παροχή τροφής, σε αυτούς που δρουν προστατευτικά, όπως οι εμβολιασμοί κατά των λοιμωδών νοσημάτων και σε αυτούς που αποτελούν παράγοντες κίνδυνου για την εμφάνιση ασθενειών και προβλημάτων υγείας, όπως η μόλυνση της ατμόσφαιρας και οι ανθυγιεινές συμπεριφορές (Dahlgren & Whitehead, 2006).

Το μοντέλο των Dahlgren-Whitehead θεωρείται μια από τις πιο αποτελεσματικές απεικονίσεις των προσδιοριστικών παραγόντων για την υγεία και έχει ευρύ αντίκτυπο στην έρευνα του προβλήματος των υγειονομικών ανισοτήτων (Economic and Social Research Council, 2019).

3.3 Παράγοντες κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία

Η γνώση των προσδιοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία είναι απαραίτητη, αλλά όχι επαρκής, για τον εντοπισμό και την ανάλυση των παραγόντων που προκαλούν τις κοινωνικές ανισότητες. Αξίζει να σημειωθεί, ότι οι καθοριστικοί παράγοντες των ανισοτήτων στην υγεία για διάφορες κοινωνικοοικονομικές ομάδες μπορεί να διαφέρουν από τους παράγοντες που προσδιορίζουν την υγεία του συνολικού πληθυσμού. Υπάρχουν συγκεκριμένοι μηχανισμοί μέσα από τους οποίους, μεταβλητές που έχουν άμεση επίδραση στην υγεία μπορεί να γίνουν αιτίες κοινωνικών ανισοτήτων (Dahlgren & Whitehead, 2006).

3.3.1 Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο

Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, που προσδιορίζεται με βάση την εκπαίδευση, την εργασία και το εισόδημα, αποτελεί καθοριστικό παράγοντα κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία. Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο επηρεάζει άμεσα το είδος, το μέγεθος, και την κατανομή των παραγόντων κινδύνου που αντιμετωπίζουν οι διάφορες κοινωνικές ομάδες.

Οι ομάδες πληθυσμού με υψηλή κοινωνική θέση έχουν περισσότερες ευκαιρίες να ζήσουν έναν πιο υγιή τρόπο ζωής και να αποφύγουν ανθυγιεινές συνθήκες διαβίωσης και εργασίας. Το μορφωτικό επίπεδο τους προσφέρει τη δυνατότητα να αξιολογούν καλύτερα τα προβλήματα υγείας, ενώ η οικονομική ευχέρεια τους επιτρέπει να χρησιμοποιούν περισσότερο τις υπηρεσίες υγείας συγκριτικά με τις κατώτερες κοινωνικές τάξεις (Dahlgren & Whitehead, 2006). Αντίθετα, οι ομάδες με χαμηλό κοινωνικό επίπεδο αντιμετωπίζουν συχνά οικονομικά προβλήματα. Η οικονομική δυσπραγία προκαλεί αυξημένο ψυχολογικό άγχος, υιοθέτηση ανθυγιεινών στάσεων και συμπεριφορών (κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ) και μειωμένη πρόσβαση σε αγαθά (ισορροπημένη διατροφή) και υπηρεσίες (προληπτικός ιατρικός έλεγχος) που προάγουν την υγεία (Mackenbach, 2006).

3.3.2 Η έκθεση σε ανθυγιεινούς παράγοντες

Το επίπεδο έκθεσης σε ανθυγιεινές συνθήκες και σε παράγοντες που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση ασθενειών είναι διαφορετικό ανάμεσα στις κοινωνικοοικονομικές ομάδες και αποτελεί σημαντική αιτία κοινωνικών ανισοτήτων. Η έκθεση σε παράγοντες κινδύνου είναι αντιστρόφως ανάλογη με την κοινωνική θέση. Αυτό σημαίνει ότι, όσο χαμηλότερη είναι η κοινωνική θέση, τόσο μεγαλύτερη είναι η έκθεση σε κινδύνους επιβλαβείς για την υγεία (Dahlgren & Whitehead, 2006).

Τα χαμηλά κοινωνικά στρώματα εκτίθενται ταυτόχρονα σε διάφορους παράγοντες κινδύνου, είτε στην κατοικία τους (συνωστισμός, υγρασία, κίνδυνοι ατυχημάτων), είτε στο χώρο εργασίας τους (έκθεση σε χημικές ή τοξικές ουσίες, αλλεργιογόνα, εργασιακό άγχος) (Mackenbach, 2006). Αντιθέτως, άτομα με υψηλή κοινωνική και οικονομική επιφάνεια έχουν μεγαλύτερη πρόσβαση σε πόρους και είναι πιο πιθανό να αποφύγουν τους παράγοντες κινδύνου και τις αρνητικές επιπτώσεις που προκαλούν στην υγεία (Link & Phelan, 1995).

Η αντιστρόφως ανάλογη σχέση των παραγόντων κινδύνου με την κοινωνική τάξη ισχύει για όλους σχεδόν τους επικίνδυνους για την υγεία παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων και των ατομικών ανθυγιεινών συμπεριφορών. Απεναντίας, οι υγιείς συμπεριφορές, όπως ο θηλασμός, τείνουν να μειώνονται, όσο μειώνεται το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (Dahlgren & Whitehead, 2006).

3.3.3 Το κοινωνικό υπόβαθρο

Το οικογενειακό κοινωνικό υπόβαθρο και οι συνθήκες μέσα στις οποίες αναπτύσσεται και μεγαλώνει ένα παιδί αποτελούν ισχυρούς παράγοντες προδιάθεσης για τη μετέπειτα κατάσταση της υγείας του ατόμου. Δυσμενείς συνθήκες, όπως η φτώχεια, η στέρηση, η κακή διατροφή, η ανεργία των γονέων, η κοινωνική απομόνωση και η ανεπαρκής υγειονομική περίθαλψη μπορούν να παρεμποδίσουν τη φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού και να αυξήσουν τις πιθανότητες εμφάνισης προβλημάτων υγείας στο μέλλον (Lloyd *et al.*, 2004). Η κοινωνική θέση των γονέων είναι πολύ πιθανό να επηρεάσει τα εκπαιδευτικά προσόντα των παιδιών, τα οποία με τη σειρά τους θα καθορίσουν το είδος του επαγγέλματος που θα ασκήσει στη ζωή του, τις συνθήκες εργασίας και τις οικονομικές απολαβές. Έρευνες έχουν δείξει ότι πολλές συμπεριφορές των ενηλίκων, που είναι επιβλαβείς για την υγεία, συνδέονται

στενά με δυσμενείς συνθήκες που αντιμετώπισαν κατά τη διάρκεια της παιδικής τους ηλικίας (Lynch *et al.*, 1997).

3.3.4 Οι κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις της ασθένειας

Η χρόνια ασθένεια ή η αναπηρία μπορεί να προκαλέσει πολλές αρνητικές συνέπειες στη ζωή ενός ατόμου. Η απώλεια εισοδήματος, η απώλεια εργασίας, η ανεργία, ο κοινωνικός αποκλεισμός λόγω περιορισμού των δραστηριοτήτων και η επιπλέον οικονομική επιβάρυνση λόγω φαρμάκων και θεραπειών είναι μερικές από τις σημαντικότερες κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις, που μπορεί να οδηγήσουν σε περαιτέρω επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του ατόμου (Dahlgren & Whitehead, 2006).

Έρευνες έχουν δείξει ότι οι αρνητικές αυτές συνέπειες είναι πιο έντονες στα χαμηλά κοινωνικά στρώματα, γεγονός που συμβάλει στην ενίσχυση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία. Οι πιθανότητες να βρουν εργασία άτομα με χρόνια προβλήματα υγείας μειώνονται, όσο πιο χαμηλή είναι η κοινωνική τάξη στην οποία ανήκουν. Αντίθετα, άτομα των υψηλότερων κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων, που αντιμετωπίζουν χρόνια προβλήματα υγείας, έχουν περισσότερες πιθανότητες να διατηρήσουν την εργασία τους, συγκριτικά με τα άτομα των χαμηλότερων τάξεων (Lindholm *et al.*, 2002).

3.4 Είδη ανισοτήτων στην υγεία

Οι υγειονομικές ανισότητες ως προς την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού και ως προς την πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας, εκτιμώνται και αξιολογούνται σε συνάρτηση με μεταβλητές, όπως είναι το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, η επαγγελματική κατάσταση, το εισόδημα, η φυλή ή η εθνικότητα και η γεωγραφική περιοχή διαμονής του ατόμου.

3.4.1 Φύλο και ανισότητες

Οι διαφορές στο επίπεδο υγείας μεταξύ των δύο φύλων αποτυπώνονται στο προσδόκιμο επιβίωσης και στους δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας. Οι γυναίκες ζουν περισσότερο και παρουσιάζουν μικρότερα ποσοστά θνησιμότητας, σε σχέση με τους άνδρες. Το 2016, το προσδόκιμο επιβίωσης παγκοσμίως ήταν 74,2 έτη για τις γυναίκες και 69,8 για τους άνδρες (W.H.O., 2019). Στην Ελλάδα, ο αντίστοιχος μέσος

όρος ανέρχεται σε 84 έτη για τις γυναίκες και 78,9 έτη για τους άνδρες (ΕΛΣΤΑΤ, 2018-α).

Όμως, παρά το γεγονός ότι οι γυναίκες ζουν περισσότερο από τους άνδρες, εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά νοσηρότητας και έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν οποιασδήποτε μορφή αναπηρίας. Οι άνδρες παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά θανατηφόρων νοσημάτων, όπως είναι οι καρδιολογικές παθήσεις και ο καρκίνος. Αντίθετα, οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερα ποσοστά επιπολασμού χρόνιων παθήσεων που δεν είναι θανατηφόρες, όπως οι αρθρίτιδες και η οστεοπόρωση, με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν κάποια μορφή αναπηρίας για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (Doblhammer *et al.*, 2009).

Συμπεράσματα μελετών έχουν δείξει ότι οι γυναίκες χρησιμοποιούν περισσότερο τις υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) και των διαγνωστικών εξετάσεων από ότι οι άνδρες. Επίσης, έχουν την τάση να αυτό-αξιολογούν την κατάσταση της υγείας τους σε χαμηλότερο επίπεδο από τους άνδρες (Bertakis *et al.*, 2000). Οι αιτίες των ανισοτήτων που παρατηρούνται στην υγεία των δύο φύλων, θα πρέπει να συνδέονται και να αναζητούνται, όχι μόνο στις βιολογικές διαφορές, αλλά και στις επικρατούσες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες (Dahlgren & Whitehead, 2006).

3.4.2 Εκπαίδευση και ανισότητες

Η εκπαίδευση, που αποτελεί ίσως τον καθοριστικότερο παράγοντα διαμόρφωσης του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου του ατόμου, επιδρά με πολλούς και διάφορους τρόπους στην κατάσταση της υγείας του. Η εκπαίδευση συμβάλει στην απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων που οδηγούν στην υιοθέτηση υγιεινών στάσεων και συμπεριφορών (σωστή διατροφή, φυσική άσκηση, σεξουαλική διαπαιδαγώγηση) και στην αποφυγή έκθεσης σε επιβλαβείς παράγοντες (κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ). Παράλληλα, καθορίζει το είδος του επαγγέλματος, τις συνθήκες εργασίας και το εισόδημα του ατόμου (Doblhammer *et al.*, 2009).

Έχει διαπιστωθεί ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της εκπαίδευσης και της κατάστασης της υγείας. Άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου παρουσιάζουν χειρότερο επίπεδο υγείας και δυσμενέστερους δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας (Τούντας, 2000). Ταυτόχρονα, εμφανίζουν μεγαλύτερη έκθεση σε διάφορους

παράγοντες που είναι επικίνδυνοι για την υγεία και πραγματοποιούν μειωμένους προληπτικούς ελέγχους, σε σχέση με άτομα ανώτερου επιπέδου εκπαίδευσης (Mackenbach, 2006). Αντίθετα άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο είναι περισσότερο ευαισθητοποιημένα πάνω στα θέματα υγείας και διαχειρίζονται πιο αποτελεσματικά τα προβλήματα υγείας που προκύπτουν.

Στην Ευρώπη, τα άτομα με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης εκτιμάται ότι ζουν έξι χρόνια λιγότερο από τα άτομα ανώτερου εκπαιδευτικού επιπέδου. Η συγκεκριμένη διαφορά στο προσδόκιμο επιβίωσης επιβεβαιώνεται με τα αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας που παρουσιάζουν τα άτομα αυτά, λόγω καρδιαγγειακών νοσημάτων και καρκίνου. Σημαντικές αιτίες για το γεγονός αυτό αποτελούν τα υψηλότερα ποσοστά έκθεσης σε παράγοντες κινδύνου, όπως το κάπνισμα, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και το αυξημένο σωματικό βάρος, που παρατηρούνται στα άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου (OECD/EU, 2018).

Ανάλογα είναι και τα συμπεράσματα για την κατάσταση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Τα άτομα που κατέχουν πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης αναμένεται να ζήσουν, κατά μέσο, όρο τέσσερα έτη περισσότερο από τα άτομα πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Επιπλέον, μεγάλες ανισότητες παρατηρούνται και στον επιπολασμό χρόνιων νοσημάτων ανάλογα με το ατομικό επίπεδο μόρφωσης. Άτομα με κατώτερο επίπεδο εκπαίδευσης είναι πολύ πιο πιθανό να πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια, όπως είναι ο διαβήτης, η υπέρταση, η χρόνια κατάθλιψη και το άσθμα, συγκριτικά με άτομα υψηλού εκπαιδευτικού επιπέδου. Τέλος, τα άτομα πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης έχουν σχεδόν διπλάσιες πιθανότητες να είναι παχύσαρκα σε σχέση με τα άτομα πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (ΟΟΣΑ, 2017).

3.4.3 Επαγγελματική κατάσταση και ανισότητες

Οι ανισότητες στον τομέα της υγείας συνδέονται με το είδος του επαγγέλματος και την εργασιακή κατάσταση του ανθρώπου (εργαζόμενος ή άνεργος). Το επάγγελμα αποτελεί έναν από τους βασικότερους παράγοντες που διαμορφώνουν το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και επηρεάζει με πολλούς τρόπους την υγεία του ατόμου.

Το επάγγελμα εξασφαλίζει την απόκτηση εισοδήματος και προσδιορίζει σε σημαντικό βαθμό τις οικονομικές απολαβές του ατόμου. Επιπλέον, σε πολλές χώρες του κόσμου, ανάμεσα τους και η Ελλάδα, η εργασία συνδέεται με την κοινωνική ασφάλιση και την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Ταυτόχρονα, η απασχόληση προσφέρει ηθική ικανοποίηση και ψυχική πληρότητα στο ίδιο το άτομο, αυξάνει την κοινωνική αποδοχή, προσθέτει κύρος και συμβάλλει στην κοινωνικοποίηση του (Dahlgren & Whitehead, 2006).

Ωστόσο, και η εργασία συνδέεται με αρνητικές συνέπειες και προβλήματα στην υγεία του ατόμου. Το είδος του επαγγέλματος (χειρωνακτικό ή μη), η θέση στην εργασιακή ιεραρχία και οι συνθήκες εργασίας (ωράριο, έκθεση σε σωματικούς ή ψυχικούς κινδύνους) είναι παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας του εργαζομένου. Αποτελέσματα ερευνών έχουν δείξει ότι το αυξημένο άγχος και το αίσθημα της ανασφάλειας που βιώνει ο εργαζόμενος στην εργασία του αυξάνει τα ποσοστά εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων, κατάθλιψης και μυοσκελετικών δυσλειτουργιών (Wilkinson & Marmot 2003). Παράλληλα, μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι υπάρχει ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ των αρνητικών συνθηκών που επικρατούν στους χώρους εργασίας και των αυξημένων ποσοστών νοσηρότητας στους εργαζομένους (Λάσκαρη και συν., 2000).

Η ανεργία έχει σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις, τόσο στη σωματική, όσο και στη ψυχική υγεία του ανθρώπου. Η ανεργία μπορεί να προκαλέσει μείωση του εισοδήματος, φτώχεια, κατάθλιψη, άγχος, κοινωνικό αποκλεισμό, ψυχικές διαταραχές και πολλές φορές αυτοκτονικές συμπεριφορές (Bartley, 1994). Οι άνεργοι παρουσιάζουν αυξημένους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας και έχουν περισσότερες πιθανότητες να υιοθετήσουν ανθυγιεινές συνήθειες, όπως κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ, μειωμένη σωματική άσκηση. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι άνεργοι και οι οικογένειες τους αντιμετωπίζουν έως και 20% αυξημένο κίνδυνο πρόωρου θανάτου σε σχέση με τους εργαζόμενους (Lloyd *et al.*, 2004). Ειδικότερα, οι άνδρες παρουσιάζουν ιδιαίτερα αυξημένα ποσοστά αυτοκτονιών, όταν διανύουν μεγάλες χρονικές περιόδους ανεργίας (Morrell *et al.*, 1993). Η ανεργία πλήττει περισσότερο ομάδες πληθυσμού που βρίσκονται ήδη σε δυσμενή θέση, όπως οι ανειδίκευτοι εργάτες, τα άτομα με φτωχό μορφωτικό επίπεδο, οι οικογένειες με χαμηλό εισόδημα, οι ανύπαντρες μητέρες και οι μετανάστες (Dahlgren & Whitehead, 2006).

3.4.4 Εισόδημα και ανισότητες

Το εισόδημα επηρεάζει άμεσα την υγεία και αποτελεί καθοριστικό παράγοντα υγειονομικών ανισοτήτων. Το εισόδημα θεωρείται απαραίτητο για την κάλυψη των βασικών αναγκών του ανθρώπου, όπως είναι η τροφή, η κατοικία και η ένδυση. Η οικονομική κατάσταση ενός ατόμου συνήθως προσδιορίζεται από το συνολικό εισόδημα του ατόμου ή του νοικοκυριού (Μαλάμου, 2015).

Το εισόδημα καθορίζεται κυρίως από τις οικονομικές απολαβές που προέρχονται από την εργασία, από μισθώσεις ή και από άλλες εισοδηματικές πηγές. Σε αντίθεση με το εισόδημα, το οποίο αποτελεί εισροή οικονομικών πόρων για μια καθορισμένη χρονική περίοδο, ο πλούτος περιλαμβάνει το συνολικό απόθεμα των περιουσιακών στοιχείων σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή (Duncan *et al.*, 2002). Το επίπεδο της υγείας του πληθυσμού εξαρτάται από την κατανομή του εισοδήματος και του πλούτου. Έχει παρατηρηθεί, ότι οι άνθρωποι ζουν περισσότερο και έχουν καλύτερο επίπεδο υγείας, όχι στις πιο πλούσιες χώρες, αλλά σε αυτές που η εισοδηματική ανισότητα είναι μικρότερη και η κατανομή του πλούτου είναι δίκαιη (Lloyd *et al.*, 2004).

Η μείωση ή και η απουσία εισοδήματος ελαττώνει την ευημερία του ατόμου και το ωθεί στην ανέχεια και τη φτώχεια (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2010). Η φτώχεια αποτελεί ένα διαχρονικό, πολυδιάστατο φαινόμενο και αναφέρεται στην έλλειψη επαρκών πόρων για την ικανοποίηση βασικών ανθρώπινων αναγκών. Η έννοια της φτώχειας προσεγγίζεται και αξιολογείται μέσα από δύο μεταβλητές, την απόλυτη φτώχεια και τη σχετική φτώχεια (Μπαλούρδος, 1991).

Η απόλυτη φτώχεια στηρίζεται στον προσδιορισμό του ελάχιστου επιπέδου διαβίωσης των ατόμων. Ως απόλυτη φτώχεια χαρακτηρίζεται η κατάσταση κατά την οποία, τα άτομα στερούνται είδη πρώτης ανάγκης, όπως είναι η τροφή, η πρόσβαση σε πόσιμο νερό, η στέγη, η ένδυση και η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και σε βασική εκπαίδευση (Πεσμαζόγλου, 2015). Στις οικονομικές επιστήμες, η απόλυτη φτώχεια καθορίζεται από ένα συγκεκριμένο συμβατικό ποσό, που υπολογίζεται ως ημερήσιο εισόδημα σε δολάρια. Παλαιότερα το εισοδηματικό όριο είχε υπολογιστεί σε 1,25\$ ημερησίως, από τον Οκτώβριο του 2015, όμως, έχει αναθεωρηθεί σε 1,90\$ ημερησίως (The World Bank, 2019-α). Επομένως, όποιο άτομο βρίσκεται κάτω από το συγκεκριμένο όριο, θεωρείται ότι διαβιεί σε κατάσταση απόλυτης φτώχειας.

Ως σχετική φτώχεια ορίζεται η κατάσταση των ατόμων, που το εισόδημα τους υστερεί κατά πολύ από το αντίστοιχο διάμεσο εισόδημα των υπολοίπων κατοίκων της χώρας που διαμένουν. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τον αποκλεισμό του ατόμου από ένα αξιοπρεπές επίπεδο διαβίωσης και την αδυναμία συμμετοχής του στα κοινωνικά δρώμενα (Μπαλούρδος, 1991). Τα άτομα ή τα νοικοκυριά που το συνολικό εισόδημα τους είναι κατώτερο του 60% του διάμεσου ετήσιου εισοδήματος της χώρας, ζουν κάτω από το όριο της σχετικής φτώχειας. Οι άνθρωποι που βρίσκονται στο κατώτατο όριο της σχετικής φτώχειας ενδέχεται να ζουν και σε συνθήκες απόλυτης φτώχειας. Επομένως, η σχετική φτώχεια στηρίζεται στη σύγκριση των φτωχών ατόμων με τα υπόλοιπα μέλη της κοινωνίας. Αξίζει να σημειωθεί, ότι το όριο της σχετικής φτώχειας είναι διαφορετικό για κάθε χώρα. Άρα, ένας άνθρωπος που στη χώρα του ζει κάτω από το όριο της φτώχειας, εάν ζούσε σε άλλη χώρα υπήρχε πιθανότητα να βρισκόταν πάνω από αυτό το όριο (Πεσμαζόγλου, 2015).

Γενικά, οι ομάδες πληθυσμού που έχουν χαμηλό εισόδημα ή ζουν στη φτώχεια παρουσιάζουν χειρότερο επίπεδο υγείας. Έχουν αυξημένα ποσοστά πρόωρης θνησιμότητας και αυξημένους δείκτες νοσηρότητας και βρεφικής θνησιμότητας, συγκριτικά με τις ομάδες υψηλού εισοδήματος (Wilkinson & Marmot 2003). Διαφοροποίηση, επίσης, παρατηρείται και στην κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας, με τις ομάδες αυτές να χρησιμοποιούν λιγότερο τις υγειονομικές υπηρεσίες. Στην Ευρώπη, νοικοκυριά με χαμηλό εισόδημα είναι πέντε φορές πιο πιθανό να μη μπορούν να ανταποκριθούν σε ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης, λόγω οικονομικής δυσχέρειας, από ότι τα νοικοκυριά με υψηλό εισόδημα (OECD/EU, 2018). Στην Ελλάδα, τα ποσοστά αναφοράς μη ικανοποιούμενης ανάγκης για ιατρική περίθαλψη, λόγω κόστους είναι πολύ υψηλά (τουλάχιστον το 10% του πληθυσμού) και αφορούν κυρίως τις χαμηλές εισοδηματικές ομάδες (ΟΟΣΑ, 2017).

3.4.5 Φυλετικές και εθνικές ανισότητες

Οι υγειονομικές ανισότητες ομάδων πληθυσμού, που ανήκουν σε διαφορετική φυλή ή εθνικότητα, αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα που καλείται να αντιμετωπίσει μία χώρα. Σύμφωνα με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, τόσο στις Ηνωμένες Πολιτείες, όσο και στη Μεγάλη Βρετανία, έχει διαπιστωθεί, ότι οι μειονοτικές ομάδες παρουσιάζουν χειρότερο επίπεδο υγείας, συγκριτικά με αυτό του συνολικού πληθυσμού της χώρας στην οποία ζουν, χωρίς όμως να έχει διευκρινιστεί σε ποιο βαθμό οι

κοινωνικοοικονομικές ανισότητες και οι γενετικοί ή πολιτιστικοί παράγοντες επηρεάζουν αυτή τη διαφορά (Nazroo, 2003).

Οι ασθενείς φυλετικών ή εθνικών μειονοτήτων αντιμετωπίζουν περισσότερα εμπόδια στην πρόσβαση, τη χρήση και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η δυσκολία στην επικοινωνία, λόγω διαφορετικής γλώσσας, η έλλειψη οικονομικών πόρων, οι διαφορές στις πολιτιστικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις, η έλλειψη κατανόησης της διαφορετικότητας από τους εργαζομένους στον τομέα της υγείας και η διάθρωση του συστήματος υγείας είναι μερικοί μόνο από τους δυνητικά ανασταλτικούς παράγοντες (Scheppers *et al.*, 2006). Επειδή οι ασθενείς των μειονοτήτων συχνά δε γνωρίζουν ικανοποιητικά τη γλώσσα της χώρας που διαμένουν και αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο να κατανοήσουν επαρκώς το πρόβλημα της υγείας τους, είναι πιο πιθανό να επιλέξουν επαγγελματίες υγείας που ανήκουν και αυτοί σε μειονότητες (Ferguson & Candib, 2002).

3.4.6 Γεωγραφικές ανισότητες

Οι ανισότητες στον τομέα της υγείας δεν περιορίζονται μόνο μεταξύ φύλου και κοινωνικοοικονομικής τάξης, αλλά εντοπίζονται και σε γεωγραφικό επίπεδο. Οι γεωγραφικές ανισότητες παρουσιάζονται σε διάφορες περιοχές στο εσωτερικό μίας χώρας και αποτυπώνονται με τη διαφοροποίηση των δεικτών υγείας του πληθυσμού και της προσφοράς των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι συγκεκριμένες ανισότητες συνδέονται στενά με τις διακυμάνσεις στο ρυθμό και την έκταση της κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης που συντελούνται στις διάφορες περιοχές (Μάντη & Τσελέπη, 2000).

Έχει διαπιστωθεί, ότι το μέγεθος της οικονομικής ανάπτυξης μιας περιοχής, σε συνδυασμό με την άνιση κατανομή των πόρων υγείας, συμβάλει στη δημιουργία του φαινομένου των ανισοτήτων στην υγεία. Οι περιοχές υψηλής οικονομικής ανάπτυξης και τα μεγάλα αστικά κέντρα παρουσιάζουν μεγαλύτερη συγκέντρωση μονάδων υγείας, γεγονός που διευκολύνει την πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Οι κάτοικοι των περιοχών αυτών παρουσιάζουν καλύτερο επίπεδο υγείας συγκριτικά με τους κατοίκους που ζουν σε αγροτικές ή υποβαθμισμένες περιοχές (Σουλιώτης, 2001). Επίσης, οι κάτοικοι των περιοχών, που χαρακτηρίζονται ως «περιοχές φτώχειας», με υψηλά ποσοστά ανεργίας και υποαπασχόλησης, εμφανίζουν αυξημένους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας (Μάντη & Τσελέπη, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Οι ανισότητες της υγείας στην Ευρώπη

Η κατάσταση της υγείας του πληθυσμού στα κράτη-μέλη της Ε.Ε. έχει παρουσιάσει αξιοσημείωτη βελτίωση τις τελευταίες δεκαετίες. Οι κάτοικοι της Ευρώπης, συγκριτικά με τις προηγούμενες γενιές, ζουν κατά μέσο όρο περισσότερο και έχουν καλύτερη υγεία. Ωστόσο, οι ανισότητες που παρατηρούνται στον τομέα της υγείας είναι έντονες και με αυξανόμενη τάση, τόσο μεταξύ των χωρών της Ε.Ε., όσο και μέσα στις ίδιες τις χώρες, ανάμεσα στις διάφορες κοινωνικές ομάδες (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2010).

Σε όλες τις χώρες της Ευρώπης, έχουν διαπιστωθεί ανισότητες στην υγεία των ατόμων με διαφορετικό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, ανεξάρτητα αν αυτό εκτιμάται με βάση την εκπαίδευση, το εισόδημα ή την επαγγελματική κατάσταση (Mackenbach, 2006). Οι ανισότητες στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού εμφανίζονται όχι μόνο στους δείκτες υγείας, όπως είναι το προσδόκιμο επιβίωσης και οι δείκτες γενικής και βρεφικής θνησιμότητας, αλλά και στην πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας.

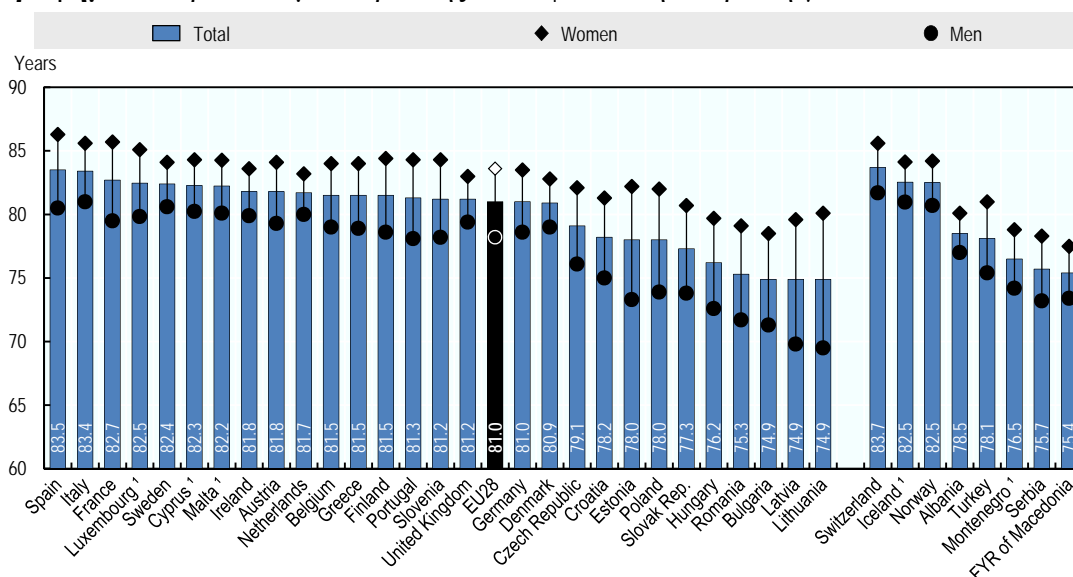
4.1 Ανισότητες στο προσδόκιμο επιβίωσης

Το προσδόκιμο επιβίωσης εκφράζει τον αριθμό των ετών που ένα άτομο αναμένεται να ζήσει με βάση τα τρέχοντα ποσοστά θνησιμότητας (W.H.O., 2019). Το προσδόκιμο επιβίωσης είναι ένας από τους πιο διαδεδομένους δείκτες και αποτελεί σημαντική ένδειξη του επιπέδου της υγείας του συνολικού πληθυσμού. Η πρόοδος της δημόσιας υγείας, σε συνδυασμό με τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και εργασίας και την καλύτερη διατροφή, συνέβαλαν στην αναβάθμιση του βιοτικού επιπέδου των λαών της Ευρώπης και την καλύτερευση της κατάστασης της υγείας τους (Κουρέα-Κρεμαστινού, 2007). Η βελτίωση στο επίπεδο της υγείας των κατοίκων της Ευρώπης αποτυπώνεται από την θεαματική αλλαγή που παρουσιάζουν οι δείκτες υγείας τους. Έτσι, τα τελευταία χρόνια, οι δείκτες θνησιμότητας έχουν μειωθεί αισθητά και το προσδόκιμο επιβίωσης του πληθυσμού έχει αυξηθεί εντυπωσιακά (Spinakis *et al.*, 2011).

Συγκεκριμένα, το 1970 το προσδόκιμο επιβίωσης ήταν 71 έτη, το 1985 έφτασε τα 74 έτη, ενώ το 2000 είχε ξεπεράσει τα 77 έτη. Το 2016, το προσδόκιμο επιβίωσης για τα κράτη-μέλη της Ε.Ε. αγγίζει τα 81 έτη (The World Bank, 2019-β).

Ωστόσο, ανάμεσα στις χώρες της Ευρώπης, υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις στο προσδόκιμο επιβίωσης, όπως φαίνεται και στο Γράφημα 1. Μεταξύ των κρατών-μελών της Ε.Ε., η Ισπανία και η Ιταλία έχουν το υψηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης, που ξεπερνάει τα 83 έτη, ενώ η Βουλγαρία, η Λετονία και η Λιθουανία έχουν το χαμηλότερο που δε φτάνει τα 75 έτη. Η Ελλάδα βρίσκεται λίγο πιο πάνω από το μέσο όρο των χωρών της Ε.Ε. με προσδόκιμο επιβίωσης που ανέρχεται τα 81,5 έτη.

Γράφημα 1: Προσδόκιμο επιβίωσης κατά φύλο στην Ευρώπη για το 2016



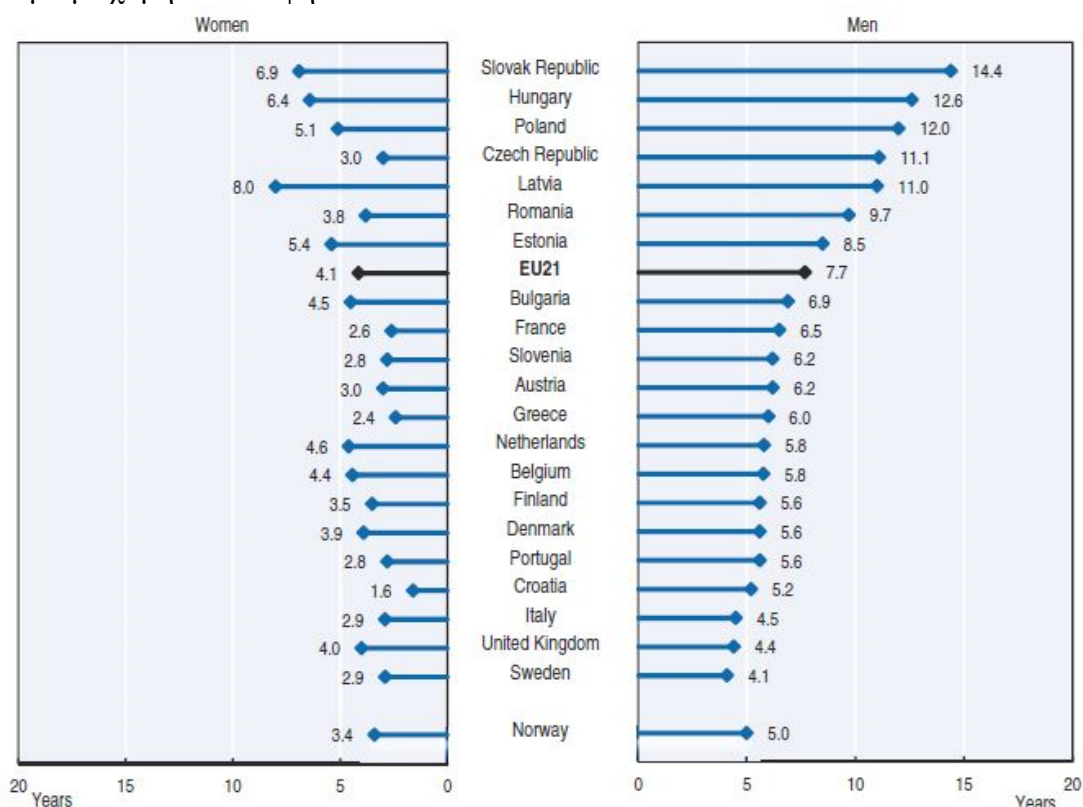
Πηγή: OECD/EU, (2018). Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle

Ανισότητες στο προσδόκιμο επιβίωσης παρατηρούνται και μεταξύ των δύο φύλων. Στην Ευρώπη, οι γυναίκες ζουν, κατά μέσο, πεντέμισι χρόνια περισσότερο από τους άνδρες (Γράφημα 1). Οι μεγαλύτερες διαφορές παρουσιάζονται στη Λιθουανία και τη Λετονία. Στις συγκεκριμένες χώρες, οι γυναίκες ζουν, κατά μέσο όρο, δέκα χρόνια περισσότερο από τους άνδρες. Επίσης, μεγάλες διαφορές παρατηρούνται και σε άλλες χώρες, όπως είναι η Εσθονία, η Πολωνία και η Ρουμανία. Στην Ελλάδα, οι γυναίκες ζουν περίπου πέντε έτη περισσότερο από τους άνδρες. Οι μικρότερες διαφορές στο προσδόκιμο επιβίωσης υπάρχουν στην Ολλανδία, τη Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Στις χώρες αυτές, οι γυναίκες ζουν περίπου τρεισήμισι χρόνια περισσότερο από τους άνδρες.

Οι διαφορές αυτές στο προσδόκιμο επιβίωσης οφείλονται κατά κύριο λόγο στα διαφορετικά επίπεδα έκθεσης σε παράγοντες κινδύνου. Οι άνδρες καπνίζουν περισσότερο, καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες αλκοόλ και ακολουθούν λιγότερο υγιεινή διατροφή από ότι οι γυναίκες, με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα και κακοήθη νεοπλασμάτα (OECD/EU, 2018).

Ανισότητες στο προσδόκιμο επιβίωσης παρατηρούνται και μεταξύ ομάδων με διαφορετικό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Το προσδόκιμο επιβίωσης παρουσιάζει σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο του ατόμου. Γενικά, οι διαφορές είναι μεγαλύτερες στους άνδρες από ότι στις γυναίκες και εντοπίζονται κυρίως στην κεντρική και την ανατολική Ευρώπη, όπως φαίνεται και στο Γράφημα 2.

Γράφημα 2: Διαφορές στο προσδόκιμο επιβίωσης για την ηλικία των 30 ανάμεσα σε άτομα με χαμηλό και υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο το 2016



Πηγή: OECD/EU, (2018). Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle

Σε όλες τις χώρες της Ευρώπης, οι άνδρες ηλικίας 30 ετών, που δεν έχουν ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, αναμένεται να ζήσουν, κατά μέσο όρο, 8 χρόνια λιγότερο, συγκριτικά με αυτούς που έχουν πανεπιστημιακή εκπαίδευση. Στις γυναίκες η συγκεκριμένη διαφορά είναι μικρότερη και κυμαίνεται στα 4 χρόνια. Σε

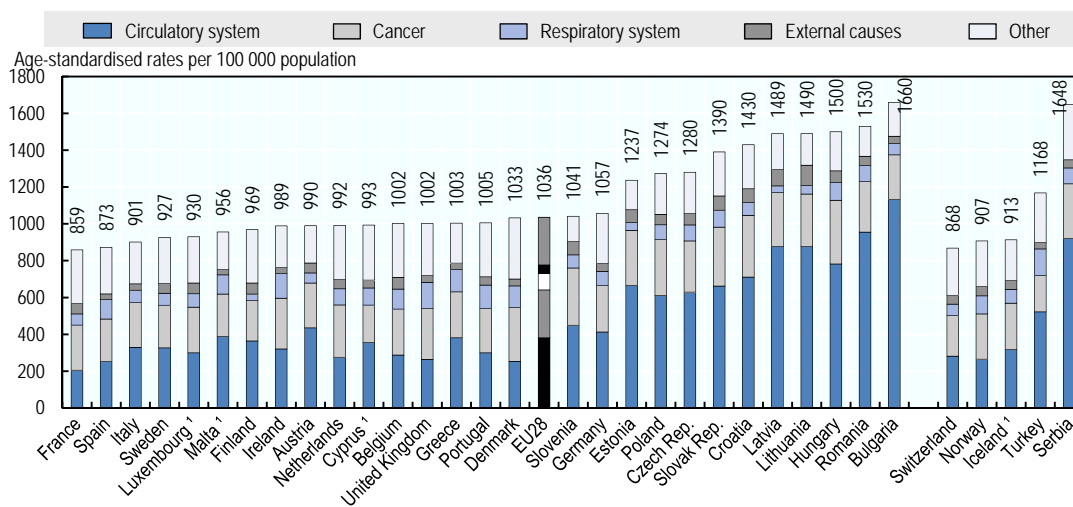
κάποιες χώρες, όπως η Σλοβακία, η Ουγγαρία, η Πολωνία, η Τσεχία και η Λετονία, η διαφορά για τους άνδρες με διαφορετικό επίπεδο μόρφωσης είναι ακόμα πιο έντονη και ξεπερνάει τα 10 έτη. Οι ανισότητες στο προσδόκιμο επιβίωσης οφείλονται στους ψηλούς δείκτες θνησιμότητας που παρατηρούνται στα άτομα με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, λόγω ανθυγιεινών συμπεριφορών και μειωμένης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας (OECD/EU, 2018).

Ανισότητες στο προσδόκιμο επιβίωσης παρατηρούνται και ανάλογα με το εισόδημα ή την επαγγελματική κατάσταση του ατόμου. Σε όλες τις χώρες της Ευρώπης, έχει διαπιστωθεί ότι τα άτομα χαμηλών επαγγελματικών κατηγοριών ή χαμηλού εισοδήματος παρουσιάζουν χειρότερο επίπεδο υγείας και μειωμένο προσδόκιμο επιβίωσης. Ειδικότερα, τα άτομα που ζουν σε κατάσταση φτώχειας, οι άστεγοι, οι άνεργοι αλλά και οι εργαζόμενοι σε άτυπες μορφές απασχόλησης έχουν υψηλούς δείκτες νοσηρότητας και αυξημένα ποσοστά πρόωρου θανάτου (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2010).

4.2 Ανισότητες στους δείκτες θνησιμότητας

Σύμφωνα με τα στοιχεία του OECD/EU (2018), οι κυριότερες αιτίες θανάτου του πληθυσμού για τις χώρες της Ευρώπης, με φθίνουσα σειρά, είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα (37%), τα κακοήθη νεοπλασμάτα (25%), οι παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος (8%) και οι βίαιοι θάνατοι (Γράφημα 3).

Γράφημα 3: Κύριες αιτίες θανάτου ανά χώρα στην Ευρώπη για το 2015



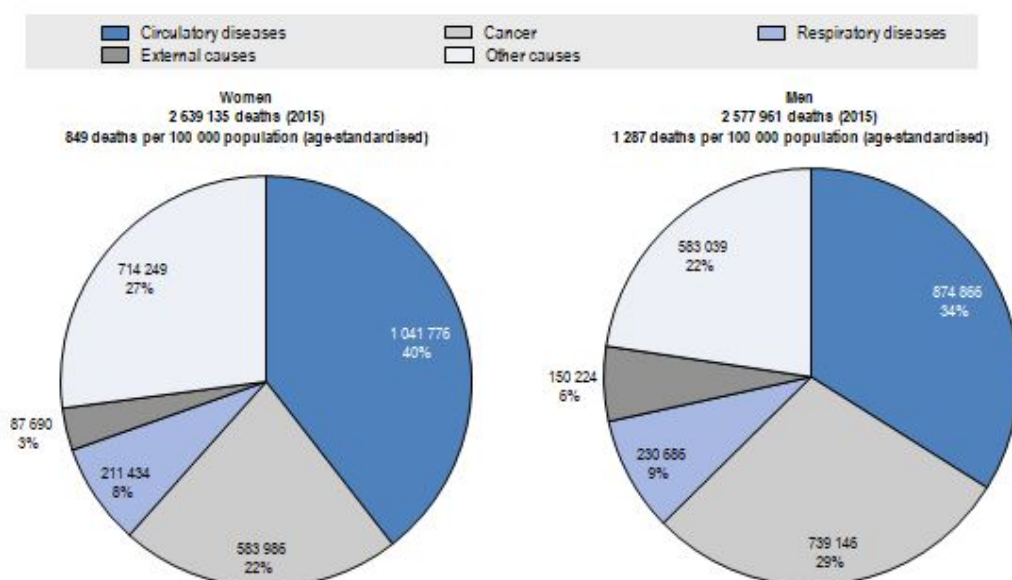
Πηγή: OECD/EU, (2018). Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle

Ανάμεσα στις χώρες της Ε.Ε. οι δείκτες θνησιμότητας ποικίλουν σε σημαντικό βαθμό. Οι χαμηλότεροι δείκτες θνησιμότητας εμφανίζονται στη Γαλλία, την Ισπανία και την Ιταλία. Αυτό οφείλεται κυρίως στα σχετικά χαμηλά ποσοστά θνησιμότητας από νοσήματα του καρδιαγγειακού συστήματος, που παρατηρούνται σε αυτές τις χώρες. Η Ελλάδα παρουσιάζει χαμηλότερους δείκτες θνησιμότητας σε σχέση με το μέσο όρο των κρατών-μελών της Ε.Ε. Αντίθετα, τους υψηλότερους δείκτες θνησιμότητας κατέχουν η Βουλγαρία και η Ρουμανία, με εντυπωσιακά υψηλά ποσοστά θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα. Στη συνέχεια, ακολουθεί η Ουγγαρία που παρουσιάζει αυξημένους δείκτες θνησιμότητας από κακοήθη νεοπλασμάτα (Γράφημα 3).

Στην Ευρώπη, πάνω από το 80% από το σύνολο των θανάτων συμβαίνει σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών, με πρώτη αιτία θανάτου τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Στις ηλικίες, όμως, κάτω των 65 ετών και ιδιαίτερα στις γυναίκες, η κύρια αιτία θανάτου είναι τα κακοήθη νεοπλασμάτα, (OECD/EU, 2018).

Το 2015, ο συνολικός αριθμός των θανάτων που σημειώθηκε για τις γυναίκες ήταν λίγο μεγαλύτερος από αυτόν των ανδρών (Γράφημα 4). Αυτό πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός, ότι οι γυναίκες είναι περισσότερες από τους άνδρες.

Γράφημα 4: Αιτίες θανάτου ανά φύλο στην Ευρώπη για το 2015



Πηγή: OECD/EU, (2018). Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν τη βασικότερη αιτία θανάτου σε όλες σχεδόν τις χώρες της Ευρώπης και για τα δύο φύλα. Περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα διαταραχών, που προσβάλλει την καρδιά και τα αιμοφόρα αγγεία, και οι πιο συχνές μορφές τους είναι η στεφανιαία νόσος (κυρίως τα εμφράγματα) και τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (Υπουργείο Υγείας, 2019-α). Τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι υπεύθυνα για το 40% των συνολικών θανάτων στις γυναίκες και για το 34% στους άνδρες (Γράφημα 4).

Οι χώρες που παρουσιάζουν τους υψηλότερους δείκτες θνησιμότητας για τη στεφανιαία νόσο είναι η Λιθουανία, η Λετονία, η Σλοβακία και η Ουγγαρία, με ποσοστά θνησιμότητας τριπλάσια από το μέσο όρο των κρατών-μελών της Ε.Ε. Αντίθετα, οι χώρες με τους χαμηλότερους δείκτες θνησιμότητας είναι η Γαλλία, η Ολλανδία, η Πορτογαλία και η Ισπανία με ποσοστά δυο φορές μικρότερα από το μέσο όρο. Ωστόσο, οι δείκτες θνησιμότητας για τη στεφανιαία νόσο, σε όλες τις χώρες της Ευρώπης, είναι 80% υψηλότεροι στους άνδρες, σε σχέση με τις γυναίκες. Η διάφορα αυτή οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι οι άνδρες παρουσιάζουν περισσότερους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της νόσου, όπως είναι το κάπνισμα, η υπέρταση και η υψηλή χοληστερόλη.

Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια δεν αποτελούν μόνο σημαντική αιτία θανάτου, αλλά προκαλούν μόνιμες και σοβαρές αναπηρίες. Οι δείκτες θνησιμότητας για τα εγκεφαλικά επεισόδια παρουσιάζουν μεγάλες διακυμάνσεις μεταξύ των κρατών-μελών της Ε.Ε. Οι χώρες με τους υψηλότερους δείκτες είναι η Βουλγαρία, η Λετονία και η Ρουμανία, ενώ αυτές με τους χαμηλότερους είναι η Γαλλία, η Ισπανία και το Λουξεμβούργο. Η διαφορά στους δείκτες θνησιμότητας μεταξύ των δύο φύλων, που δεν είναι τόσο έντονη, όσο στη στεφανιαία νόσο, κυμαίνεται στο 20% (OECD/EU, 2018).

Τα κακοήθη νεοπλασμάτα αποτελούν τη δεύτερη αιτία θανάτου στην Ευρώπη. Τα διάφορα είδη καρκίνου αντιπροσωπεύουν το 22% των συνολικών θανάτων για τις γυναίκες και το 29% για τους άνδρες (Γράφημα 4). Οι χώρες που παρουσιάζουν τους υψηλότερους δείκτες θνησιμότητας είναι η Ουγγαρία, η Κροατία και η Σλοβακία, ενώ αυτές που εμφανίζουν τους χαμηλότερους δείκτες είναι η Κύπρος, η Φιλανδία και η Μάλτα.

Μεταξύ των δύο φύλων υπάρχουν αρκετές διαφοροποιήσεις, όχι μόνο στους δείκτες θνησιμότητας, αλλά και στα είδη καρκίνου που αποτελούν την αιτία θανάτου. Σε όλες τις χώρες της Ευρώπης, τα ποσοστά θνησιμότητας από καρκίνο είναι μεγαλύτερα στους άνδρες, από ότι στις γυναίκες. Αυτό πιθανόν να οφείλεται, τόσο στη μεγαλύτερη έκθεση σε παράγοντες κινδύνου από τους άνδρες, όπως το κάπνισμα και το αλκοόλ, όσο και στην περιορισμένη διαθεσιμότητα ή χρήση των προγραμμάτων προσυμπτωματικού έλεγχου για καρκίνο, με αποτέλεσμα τα χαμηλότερα ποσοστά επιβίωσης μετά τη διάγνωση (OECD/EU, 2018). Τα τελευταία δέκα χρόνια, ο δείκτης θνησιμότητας για τον καρκίνο του πνεύμονα αυξήθηκε κατά 20% στις χώρες της Ε.Ε., κυρίως λόγω της μεγάλης αύξησης του αριθμού των θανάτων των γυναικών σε πολλές χώρες. Αυτό αντικατοπτρίζει το γεγονός, ότι οι γυναίκες άρχισαν να καπνίζουν αρκετές δεκαετίες αργότερα από τους άνδρες (Torre *et al.*, 2014).

Για τις γυναίκες, οι πιο συχνές αιτίες θανάτου από καρκίνο είναι, κατά φθίνουσα σειρά, ο καρκίνος του μαστού, ο καρκίνος του πνεύμονα και ο καρκίνος του παχέος εντέρου, ενώ για τους άνδρες είναι ο καρκίνος του πνεύμονα, ο καρκίνος του παχέος εντέρου και ο καρκίνος του προστάτη (OECD/EU, 2018).

Τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος, όπως είναι η χρόνια αναπνευστική πνευμονοπάθεια, η πνευμονία, το άσθμα και η γρίπη αποτελούν την τρίτη αιτία θανάτου στην Ευρώπη και είναι υπεύθυνα για το 8% των συνολικών θανάτων στις γυναίκες και για το 9% στους άνδρες (Γράφημα 4). Η συντριπτική πλειοψηφία (90%) από τους θανάτους αυτούς συνέβη σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών (Eurostat, 2018).

Οι χώρες που παρουσιάζουν τους υψηλότερους δείκτες θνησιμότητας για τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος για το 2015 είναι το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ιρλανδία, ενώ αυτές με τους χαμηλότερους είναι η Φιλανδία, η Λετονία και η Εσθονία. Σε όλες τις χώρες της Ε.Ε. τα ποσοστά θνησιμότητας από τις παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος είναι κατά μέσο όρο 85% υψηλότερα στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες. Αυτό πιθανόν οφείλεται στο γεγονός ότι οι άνδρες καπνίζουν περισσότερο από τις γυναίκες (OECD/EU, 2018).

Οι βίαιοι θάνατοι συμπεριλαμβάνουν τα ατυχήματα από μεταφορικά μέσα, τα ατυχήματα από άλλες αιτίες, τις αυτοκτονίες και τις ανθρωποκτονίες (ΕΛΣΤΑΤ, 2016-α). Οι βίαιοι θάνατοι ευθύνονται για το 3% των συνολικών θανάτων στις

γυναίκες και για το 6% στους άνδρες (Γράφημα 4). Σύμφωνα με τα στοιχεία του OECD/EU (2018), τα τροχαία ατυχήματα αποτελούν τη σημαντικότερη αιτία θανάτου στους νέους ηλικίας 18 έως 25 ετών. Τέλος, τα ποσοστά θνησιμότητας από αυτοκτονίες είναι πολύ μεγαλύτερα στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες. Τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών σημειώθηκαν στη Λιθουανία, ενώ τα χαμηλότερα στην Κύπρο και την Ελλάδα (Eurostat, 2018).

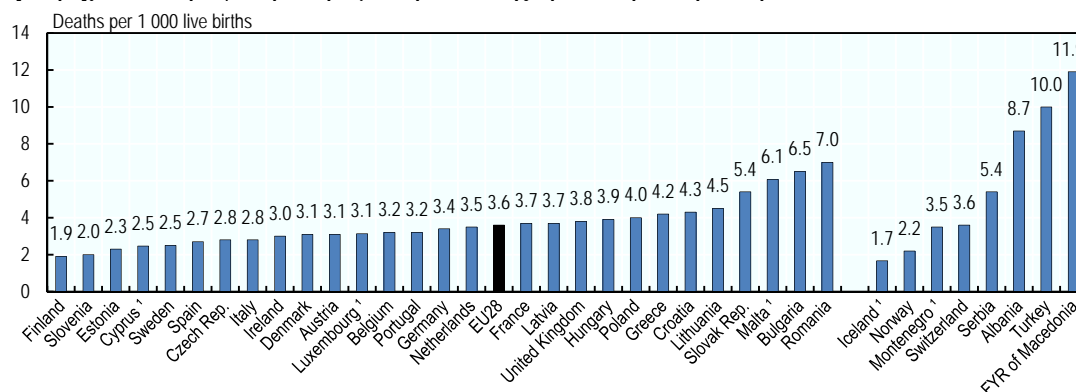
4.3 Ανισότητες στους δείκτες βρεφικής θνησιμότητας

Ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας εκφράζει τον αριθμό των θανάτων των βρεφών κάτω του ενός έτους, που σημειώθηκαν στη διάρκεια ενός ημερολογιακού έτους, ανά 1.000 γεννήσεις ζωντανών. Ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας είναι ιδιαίτερα σημαντικός γιατί αντικατοπτρίζει, όχι μόνο την επίδραση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών στην υγεία του πληθυσμού, αλλά και την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας της χώρας (Δρόσου-Αγακίδου, 2005).

Ο μέσος όρος της βρεφικής θνησιμότητας για τις χώρες της Ε.Ε. είναι 3,6 θάνατοι βρεφών ανά 1.000 γεννήσεις ζωντανών (Γράφημα 5). Αυτό συνεπάγεται, ότι 1 βρέφος στα 278 πεθαίνει, πριν να συμπληρωθεί το πρώτο έτος της ηλικίας του. Οι υψηλότερες τιμές στη βρεφική θνησιμότητα εμφανίζονται στη Ρουμανία με 7,0 θανάτους βρεφών ανά 1.000 γεννήσεις ζωντανών, δηλαδή 1 στα 143 βρέφη. Επίσης, υψηλούς δείκτες βρεφικής θνησιμότητας παρουσιάζουν η Βουλγαρία, η Μάλτα και η Σλοβακία. Παρά το γεγονός, ότι αυτές οι χώρες εξακολουθούν να έχουν υψηλή βρεφική θνησιμότητα (πάνω από 5,0 θανάτους ανά 1.000 γεννήσεις ζωντανών), τα τελευταία εικοσιπέντε χρόνια τα ποσοστά μειώνονται και οι δείκτες παρουσιάζουν σταθερή βελτίωση.

Ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας για την Ελλάδα είναι πιο υψηλός από το μέσο όρο των κρατών-μελών της Ε.Ε. και ανέρχεται σε 4,2 θανάτους ανά 1.000 γεννήσεις ζωντανών. Αντίθετα, οι χαμηλότερες τιμές στο δείκτη βρεφικής θνησιμότητας παρατηρούνται στη Φιλανδία και τη Σλοβενία με 1,9 και 2,0 αντίστοιχα. Γενικά πάντως, στις περισσότερες χώρες της Ε.Ε. τα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας είναι χαμηλά, με μέσο όρο λιγότερο από 4 θανάτους ανά 1.000 γεννήσεις ζωντανών (OECD/EU, 2018).

Γράφημα 5: Βρεφική θνησιμότητα ανά χώρα στην Ευρώπη το 2016



Πηγή: OECD/EU, (2018). Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle

4.4 Ανισότητες στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας

Η προσβασιμότητα του πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί έναν από τους πρωταρχικούς στόχους των συστημάτων υγείας. Η περιορισμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ομάδων πληθυσμού ή ορισμένων κοινωνικών ομάδων μπορεί να επιφέρει αρνητικές επιπτώσεις στο επίπεδο της υγείας του πληθυσμού και να εντείνει το φαινόμενο των ανισοτήτων στην υγεία. Οι αιτίες που δυσχεραίνουν την πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας ποικίλουν και σχετίζονται με το οικονομικό κόστος, την ασφαλιστική κάλυψη, το χρόνο αναμονής, τη γεωγραφική απόσταση των δομών υγείας και την άνιση κατανομή των πόρων (Υφαντόπουλος, 2006).

4.4.1 Η ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού

Η ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού ορίζεται ως το μερίδιο του πληθυσμού που ασφαρίζεται για ένα καθορισμένο σύνολο αγαθών και υπηρεσιών υγείας και επιτυγχάνεται μέσω του συστήματος υγείας που εφαρμόζει κάθε χώρα και μέσω των προγραμμάτων ιδιωτικής ασφάλισης. Το μερίδιο του πληθυσμού που έχει ασφαλιστική κάλυψη παρέχει στοιχεία για τον αριθμό των ατόμων που διαθέτουν οικονομική εξασφάλιση ενάντια στις δαπάνες της υγειονομικής περίθαλψης. Δεν αποτελεί, όμως, έναν ολοκληρωμένο δείκτη της προσβασιμότητας, καθώς το εύρος των καλυπτόμενων υπηρεσιών και ο βαθμός συμμετοχής του ασφαλισμένου στο κόστος ποικίλουν και, κατά συνέπεια, επηρεάζουν την πρόσβαση.

Η πλειονότητα των χωρών της Ευρώπης, ανάμεσα τους και η Ελλάδα, έχει επιτύχει καθολική κάλυψη του πληθυσμού για ένα βασικό σύνολο υπηρεσιών, το οποίο συνήθως περιλαμβάνει ιατρικές επισκέψεις, διαγνωστικές εξετάσεις και

νοσοκομειακή περίθαλψη. Η κάλυψη για τις οδοντιατρικές υπηρεσίες και τα φάρμακα είναι μερική στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης (OECD, 2017).

Ωστόσο, στην Κύπρο, τη Βουλγαρία και τη Ρουμανία το ποσοστό του πληθυσμού που δεν έχει συστηματική κάλυψη των δαπανών για υγειονομική περίθαλψη υπερβαίνει το 10%. Ειδικότερα στη Ρουμανία, αν και η ασφάλιση υγείας είναι υποχρεωτική, μόνο το 89% του πληθυσμού έχει ασφαλιστική κάλυψη. Ο ανασφάλιστος πληθυσμός περιλαμβάνει αγρότες, αυτοαπασχολούμενους, ανέργους και Ρομά, οι οποίοι έχουν πρόσβαση στο ελάχιστο πακέτο παροχών, που περιλαμβάνει την επείγουσα περίθαλψη, τη θεραπεία μεταδοτικών ασθενειών και τη φροντίδα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (OECD/EU, 2018).

4.4.2 Οι μη ικανοποιούμενες ανάγκες για υγειονομική περίθαλψη

Οι μη ικανοποιούμενες ανάγκες για υγειονομική περίθαλψη αποτελούν σημαντικό δείκτη για την προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας. Το 2016, στις περισσότερες χώρες της Ε.Ε., το μερίδιο του πληθυσμού που αναφέρει μη ικανοποιούμενες ανάγκες για ιατρική περίθαλψη, εξ αιτίας οικονομικών λόγων, γεωγραφικής απόστασης ή χρόνου αναμονής είναι γενικά χαμηλό. Τα νοικοκυριά με χαμηλό εισόδημα, πάντως, έχουν πενταπλάσιες πιθανότητες να αναφέρουν μη ικανοποιούμενες ανάγκες για υγειονομική περίθαλψη, από ότι τα νοικοκυριά με υψηλό εισόδημα, με κυρίαρχη αιτία την οικονομική δυσπραγία.

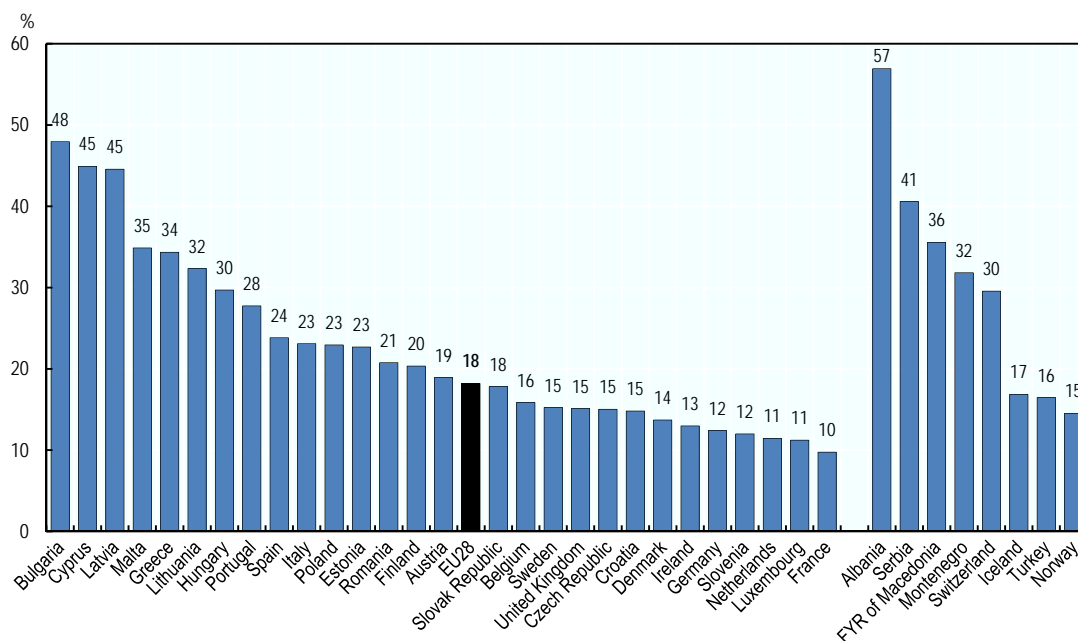
Ωστόσο, υπάρχουν χώρες στην Ευρώπη που το ποσοστό του πληθυσμού που αναφέρει μη ικανοποιούμενες ανάγκες για υγειονομική περίθαλψη είναι πολύ υψηλό. Συγκεκριμένα, στην Εσθονία και την Ελλάδα το ποσοστό υπολογίζεται ότι ξεπερνάει το 10% του συνόλου του πληθυσμού και αφορά ιδιαίτερα τις ομάδες χαμηλού εισοδήματος. Ειδικότερα, σχεδόν ένας στους πέντε Έλληνες με χαμηλό εισόδημα αναφέρει ότι δεν είχε υγειονομική περίθαλψη, όταν την χρειαζόταν, κυρίως λόγω οικονομικής δυσχέρειας. Στην Εσθονία, ο κυριότερος λόγος αναφοράς σχετίζεται με τους αυξημένους χρόνους αναμονής, ειδικά σε υπηρεσίες που καλύπτονται πλήρως από το σύστημα υγείας. Αντίθετα, οι χώρες που παρουσιάζουν τα χαμηλότερα ποσοστά αναφοράς μη ικανοποιούμενων αναγκών είναι η Αυστρία και η Ολλανδία (OECD/EU, 2018).

4.4.3 Οι άμεσες πληρωμές από τα νοικοκυριά

Οι άμεσες πληρωμές είναι δαπάνες που βαρύνουν και καταβάλλονται απευθείας από τα νοικοκυριά, όταν το κόστος ενός αγαθού ή των υπηρεσιών υγείας δεν καλύπτεται πλήρως, ούτε από τη δημόσια, ούτε από την ιδιωτική ασφάλιση. Ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, όπως είναι οι φτωχοί, οι ηλικιωμένοι, τα άτομα με χρόνια νοσήματα ή αναπηρίες μπορεί να μην έχουν την οικονομική δυνατότητα να ανταποκριθούν στις δαπάνες αυτές. Το γεγονός αυτό μπορεί να μειώσει την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, να επιδεινώσει το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, να ενισχύσει τη φτώχεια και να εντείνει τις κοινωνικές ανισότητες (OECD, 2017).

Το επίπεδο των άμεσων πληρωμών από τα νοικοκυριά είναι διαφορετικό σε κάθε χώρα, ανάλογα με το σύστημα υγείας. Γενικά, το ποσοστό των άμεσων πληρωμών είναι υψηλότερο σε χώρες, όπου μεγάλο μερίδιο του πληθυσμού έχει αποκλειστεί από την ασφαλιστική κάλυψη, σημαντικές υπηρεσίες υγείας δεν περιλαμβάνονται στο πακέτο παροχών και η συμμετοχή του δημοσίου στο κόστος για συγκεκριμένες υπηρεσίες είναι περιορισμένη.

Γράφημα 6: Ποσοστό των άμεσων πληρωμών στο σύνολο των δαπανών της υγείας ανά χώρα στην Ευρώπη το 2016



Πηγή: OECD/EU, (2018). Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle

Σε ολόκληρη την Ε.Ε., περίπου το ένα πέμπτο του συνόλου των δαπανών για την υγεία βαρύνει άμεσα τα νοικοκυριά. Όπως φαίνεται στο Γράφημα 6, οι χώρες με τα

υψηλότερα ποσοστά άμεσων πληρωμών είναι η Βουλγαρία, η Κύπρος, η Λετονία, η Μάλτα και η Ελλάδα, ενώ αυτές που παρουσιάζουν τα χαμηλότερα είναι η Γαλλία, το Λουξεμβούργο και η Ολλανδία (OECD/EU, 2018).

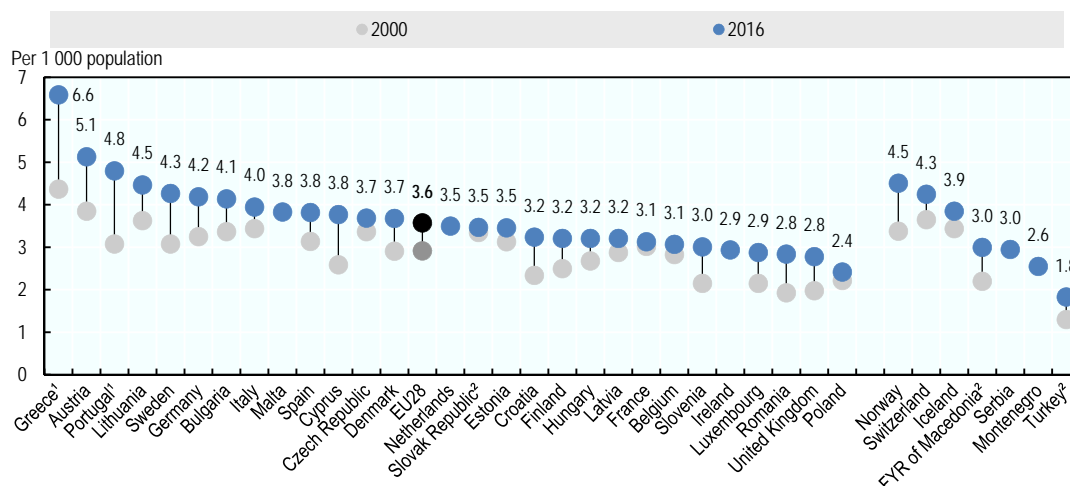
Ο πιο ευρέως διαδεδομένος δείκτης για τις άμεσες πληρωμές είναι η επίπτωση των καταστροφικών δαπανών για την υγεία στα νοικοκυριά. Ως καταστροφική δαπάνη ορίζεται η άμεση δαπάνη του νοικοκυριού για την υγεία, που υπερβαίνει το 40% των συνολικών δαπανών, εξαιρουμένων των βασικών δαπανών διαβίωσης, όπως είναι η τροφή, η στέγαση και οι υπηρεσίες κοινής ωφέλειας (ΟΟΣΑ, 2017). Το ποσοστό των καταστροφικών δαπανών για την υγεία ποικίλλει σημαντικά στις χώρες της Ευρώπης. Στα νοικοκυριά της Γαλλίας, της Ιρλανδίας, της Σλοβενίας, της Σουηδίας και του Ηνωμένου Βασιλείου το ποσοστό είναι λιγότερο από 2%, ενώ στα νοικοκυριά της Ελλάδας, της Ουγγαρίας, της Λετονίας, της Λιθουανίας, της Πολωνίας και της Πορτογαλίας υπερβαίνει το 8%. Γενικά, οι χώρες που έχουν υψηλό ποσοστό άμεσων πληρωμών, παρουσιάζουν και υψηλό ποσοστό καταστροφικών δαπανών (OECD/EU, 2018).

4.4.4 Η άνιση κατανομή των πόρων της υγείας

Η άνιση κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού και των υπηρεσιών υγείας έχει ως αποτέλεσμα την ενίσχυση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία. Παρά το γεγονός, ότι ο αριθμός των ιατρών και των νοσηλευτών έχει αυξηθεί σε όλες σχεδόν τις χώρες της Ε.Ε. την τελευταία δεκαετία, η έλλειψη γενικών ιατρών εξακολουθεί να υφίσταται ιδίως σε αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές.

Για να επιτευχθεί καλύτερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας απαιτείται ένας επαρκής αριθμός ιατρών, με σωστή αναλογία ειδικών και γενικών ιατρών και κατάλληλη κατανομή σε όλα τα σημεία μίας χώρας. Η αναλογία των ιατρών σε σχέση με τον πληθυσμό διαφέρει σημαντικά μεταξύ των χωρών της Ευρώπης, όπως φαίνεται στο Γράφημα 7. Η Ελλάδα παρουσιάζει την υψηλότερη αναλογία ιατρών (6,6 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους). Ο μεγάλος αυτός αριθμός των ιατρών ίσως είναι υπερτιμημένος, καθώς περιλαμβάνει όλους τους ιατρούς που έχουν άδεια άσκησης επαγγέλματος, ακόμα και αυτούς που έχουν συνταξιοδοτηθεί ή έχουν μεταναστεύσει. Οι χαμηλότερες αναλογίες παρατηρούνται στην Πολωνία, το Ηνωμένο Βασίλειο και τη Ρουμανία.

Γράφημα 7: Αναλογία ιατρών ανά 1.000 κατοίκους στην Ευρώπη το 2000 και 2016



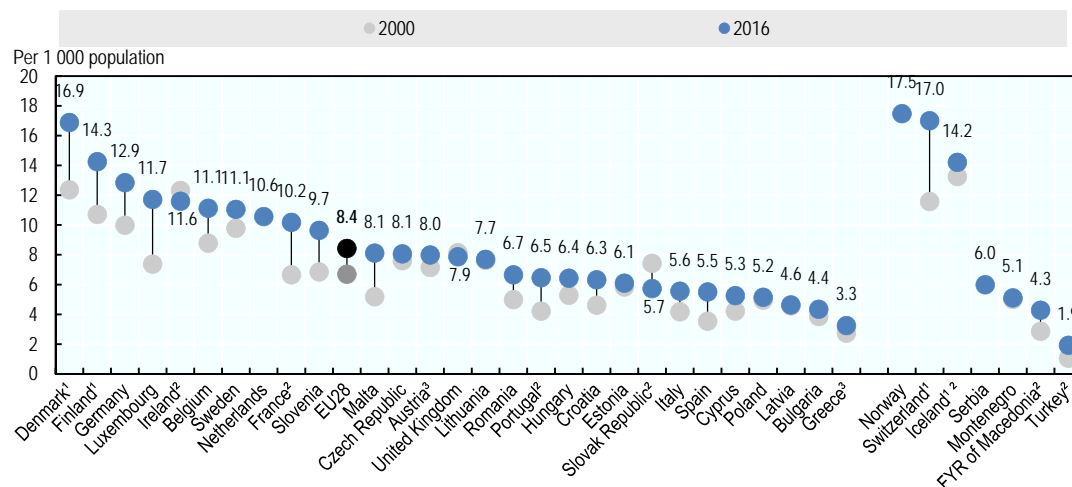
Πηγή: OECD/EU, (2018). Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle

Στην Ευρώπη, κατά μέσο όρο, οι γενικοί ιατροί αντιστοιχούν σε ποσοστό μικρότερο του 25% από το σύνολο των ιατρών. Οι χώρες που παρουσιάζουν τα χαμηλότερα ποσοστά είναι η Ελλάδα (5%) και η Πολωνία (9%), ενώ αυτές με τα υψηλότερα είναι η Πορτογαλία και η Γαλλία με 46% και 38% αντίστοιχα (OECD/EU, 2018). Επιπλέον, σε πολλές χώρες παρατηρείται υψηλή συγκέντρωση ιατρών στις αστικές περιοχές και ελλείψεις σε αγροτικές και γεωγραφικά απομακρυσμένες περιοχές. Οι διαφορές αυτές στην κατανομή των ιατρών ανάμεσα στις αστικές και τις αγροτικές περιοχές είναι ιδιαίτερα έντονες στη Σλοβακία, τη Τσεχία και την Ελλάδα (OECD, 2017).

Σε πολλές χώρες, οι νοσηλευτές υπερτερούν αριθμητικά των ιατρών, με αναλογία δύο έως τεσσάρων νοσηλευτών ανά ιατρό. Η αναλογία των νοσηλευτών σε σχέση με τον πληθυσμό διαφοροποιείται ανάμεσα στα κράτη-μέλη της Ε.Ε. Για το 2016, κατά μέσο όρο αντιστοιχούν 8,4 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους, όπως απεικονίζεται στο Γράφημα 8.

Οι χώρες που παρουσιάζουν την υψηλότερη αναλογία είναι η Δανία με 16,9 νοσηλευτές ανά 1,000 κατοίκους και η Φιλανδία με 14,3 νοσηλευτές ανά 1,000 κατοίκους. Η Ελλάδα κατέχει την τελευταία θέση ανάμεσα στα κράτη-μέλη της Ε.Ε., παρουσιάζοντας τη χαμηλότερη αναλογία με 3,3 νοσηλευτές ανά 1,000 κατοίκους. Θα πρέπει όμως να σημειωθεί ότι στα δεδομένα αυτά έχουν συμπεριληφθεί μόνο οι νοσηλευτές που εργάζονται σε νοσοκομεία OECD/EU, (2018).

Γράφημα 8: Αναλογία νοσηλευτών ανά 1.000 κατοίκους στην Ευρώπη το 2000 και 2016



Πηγή: OECD/EU, (2018). Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle

4.4.5 Ο χρόνος αναμονής για τις υπηρεσίες υγείας

Ο χρόνος αναμονής για τις υπηρεσίες υγείας αποτελεί μια από τις πιο βασικές αιτίες που επηρεάζουν την πρόσβαση. Ο αυξημένος χρόνος αναμονής εμποδίζει την έγκαιρη πρόσβαση και δημιουργεί δυσαρέσκεια στους ασθενείς. Οι χρόνοι αναμονής είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ της ζήτησης και της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας.

Για παράδειγμα, η ζήτηση για προγραμματισμένες χειρουργικές επεμβάσεις εξαρτάται από το επίπεδο της υγείας του πληθυσμού, από την πρόοδο της τεχνολογίας, από τις προτιμήσεις των ασθενών και από το βαθμό συμμετοχής στο κόστος. Από την πλευρά της προσφοράς, ο ρυθμός των επεμβάσεων καθορίζεται από τη διαθεσιμότητα των χειρουργών, των αναισθησιολόγων και του υπόλοιπου προσωπικού, καθώς και από την προμήθεια του απαραίτητου εξοπλισμού. Τέλος, η άνιση γεωγραφική κατανομή των πόρων και των υπηρεσιών επηρεάζει σημαντικά τους χρόνους αναμονής (OECD, 2017).

Σε κάποιες χώρες, όπως στην Αυστρία και τη Δανία, υπάρχουν επίσημες λίστες αναμονής για ορισμένες θεραπείες και θέσπιση συγκεκριμένων κριτηρίων για τον καθορισμό της σειράς προτεραιότητας. Αντίθετα, σε άλλες χώρες, όπως στη Τσεχία και τη Ρουμανία, υπάρχει πλήρης έλλειψη διαφάνειας σχετικά με τις λίστες αναμονής και τον καθορισμό των κριτηρίων προτεραιότητας. Ωστόσο, ακόμα και στις χώρες που εφαρμόζονται οι επίσημες λίστες αναμονής, αυτές συχνά παρακάμπτονται.

Ορισμένες χώρες, όπως το Βέλγιο και το Λουξεμβούργο, δε φαίνεται να αντιμετωπίζουν ιδιαίτερο πρόβλημα με τους χρόνους αναμονής. Στην πλειονότητα, όμως, των κρατών-μελών της Ε.Ε. οι αυξημένοι χρόνοι αναμονής αποτελούν ένα ιδιαίτερα σημαντικό ζήτημα. Συγκεκριμένα, στην Κύπρο οι μακροχρόνιες λίστες αναμονής επηρεάζουν την πρόσβαση του πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας και διευρύνουν τις κοινωνικές ανισότητες. Ειδικότερα, κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, όταν ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού στράφηκε στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, το πρόβλημα επιδεινώθηκε και οι λίστες αναμονής αυξήθηκαν ακόμα περισσότερο.

Οι χρόνοι αναμονής διαφοροποιούνται ανάμεσα στα κράτη-μέλη της Ε.Ε. Στη Λετονία, για παράδειγμα, ο χρόνος αναμονής για υπηρεσίες υγείας στους εξωτερικούς ασθενείς κυμαίνεται μεταξύ 20 έως 680 ημερών. Στη Σουηδία, ο χρόνος αναμονής για το 25% των ασθενών, που χρειάζονται φροντίδα από εξειδικευμένο ιατρό, υπερβαίνει τις 90 ημέρες. Το 2015, στην Ιρλανδία το 10% των εξωτερικών ασθενών έπρεπε να περιμένει περισσότερο από ένα χρόνο για υπηρεσίες υγείας στα νοσοκομεία (Baeten *et al.*, 2018)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Οι ανισότητες της υγείας στην Ελλάδα

Είναι γεγονός, ότι η κατάσταση της υγείας του πληθυσμού στην Ελλάδα έχει παρουσιάσει αξιόλογη βελτίωση τις τελευταίες δεκαετίες. Το προσδόκιμο επιβίωσης των Ελλήνων έχει αυξηθεί και οι δείκτες γενικής και βρεφικής θνησιμότητας έχουν μειωθεί σημαντικά, με αποτέλεσμα το επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού να ανέρχεται σε ικανοποιητικά επίπεδα, συγκριτικά με αυτό των υπόλοιπων χωρών της Ευρώπης (Τερζόπουλος & Σαράφης, 2012).

Όμως, η οικονομική κρίση, που πλήττει τη χώρα τα τελευταία χρόνια, επιδρά αρνητικά και έχει προκαλέσει δυσμενείς συνέπειες στη σωματική και ψυχική υγεία του πληθυσμού. Η οικονομική κρίση επηρεάζει ιδιαίτερα τα χαμηλά κοινωνικά στρώματα και τις ευάλωτες ομάδες και οξύνει τις κοινωνικές ανισότητες, τόσο στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού, όσο και στην πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας (διαΝΕΟσις, 2016). Οι ομάδες που έχουν πληγεί κυρίως από την κρίση είναι οι ανασφάλιστοι, οι μακροχρόνια άνεργοι, οι ηλικιωμένοι, τα παιδιά, οι μετανάστες και οι χρόνιοι πάσχοντες (Εconoμou *et al.*, 2014). Ωστόσο, θα περάσουν αρκετά χρόνια ακόμα, μέχρι να εκδηλωθούν πλήρως οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, όχι μόνο στον τομέα της υγείας, αλλά και στην κοινωνία γενικότερα (ΟΟΣΑ, 2017).

5.1 Ανισότητες στο προσδόκιμο επιβίωσης

Το 2016, το προσδόκιμο επιβίωσης για την Ελλάδα ανέρχεται στα 81,5 έτη και βρίσκεται λίγο πιο πάνω από τον μέσο όρο των κρατών-μελών της Ε.Ε., ο οποίος είναι 81 έτη (ΟΟΣΑ, 2017). Από το 2012 έως το 2016, οι Έλληνες έχουν κερδίσει πάνω από μισό χρόνο ζωής, αφού το προσδόκιμο επιβίωσης το 2012 ήταν 80,7 έτη. Ωστόσο, ανισότητες στο προσδόκιμο επιβίωσης παρατηρούνται εντός της χώρας, ανάμεσα στις διάφορες γεωγραφικές περιοχές. Για το έτος 2016, όπως φαίνεται στον Πίνακα 1, η Ήπειρος και η Πελοπόννησος εμφανίζουν τις υψηλότερες τιμές στο προσδόκιμο επιβίωσης με 83,4 έτη και 82,3 έτη αντίστοιχα. Αντίθετα, το χαμηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης παρατηρείται στην περιφέρεια της ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης και την Αττική και φτάνει μόλις τα 81 έτη (Eurostat, 2019).

Πίνακας 1: Προσδόκιμο επιβίωσης ανά περιφέρεια στην Ελλάδα, 2012-2016

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ/ΕΤΟΣ	2012	2013	2014	2015	2016
ΕΛΛΑΔΑ	80.7	81.4	81.5	81.1	81.5
Ανατολική Μακεδονία, Θράκη	79.8	80.0	80.6	80.5	81.0
Κεντρική Μακεδονία	80.4	81.3	81.2	81.0	81.3
Δυτική Μακεδονία	80.9	81.3	82.2	81.5	81.8
Ήπειρος	82.3	82.6	83.5	82.9	83.4
Θεσσαλία	80.8	81.8	81.7	81.7	81.9
Ιόνια Νησιά	81.4	81.6	81.7	80.8	81.4
Δυτική Ελλάδα	80.4	80.9	81.5	80.9	81.2
Στερεά Ελλάδα	81.1	82.2	81.9	81.7	81.8
Πελοπόννησος	80.7	82.0	82.0	81.3	82.3
Αττική	80.6	81.1	81.1	80.7	81.0
Βόρειο Αιγαίο	80.7	81.9	81.9	81.8	82.2
Νότιο Αιγαίο	81.4	82.2	81.6	81.7	81.9
Κρήτη	81.4	82.3	82.0	81.7	82.2

Πηγή: Eurostat, (2019). Database, Data Navigation Tree

Διαφοροποιήσεις στο προσδόκιμο επιβίωσης παρουσιάζονται και ανάμεσα στα δύο φύλα. Στην Ελλάδα, όπως και στις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης, οι γυναίκες ζουν περισσότερο από τους άνδρες. Για το έτος 2016, το προσδόκιμο επιβίωσης για τους άνδρες είναι 78,9 έτη (Πίνακας 2), ενώ για τις γυναίκες 84 έτη (Πίνακας 3), με τη διαφορά μεταξύ των δύο φύλων να κυμαίνεται στα πέντε χρόνια.

Πίνακας 2: Προσδόκιμο επιβίωσης ανδρών ανά περιφέρεια στην Ελλάδα, 2012-2016

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ/ΕΤΟΣ	2012	2013	2014	2015	2016
ΕΛΛΑΔΑ	78.0	78.7	78.8	78.5	78.9
Ανατολική Μακεδονία, Θράκη	77.2	77.7	78.2	77.9	78.6
Κεντρική Μακεδονία	77.8	78.8	78.5	78.5	78.7
Δυτική Μακεδονία	78.6	79.1	79.9	79.5	79.6
Ήπειρος	79.3	79.9	81.0	80.6	80.8
Θεσσαλία	78.1	79.0	78.9	79.2	79.3
Ιόνια Νησιά	78.6	79.1	79.3	78.8	79.3
Δυτική Ελλάδα	77.7	78.2	78.5	78.2	78.6
Στερεά Ελλάδα	78.6	79.8	79.3	79.1	79.4
Πελοπόννησος	78.1	79.6	79.7	79.0	79.8
Αττική	77.7	78.1	78.3	77.7	78.2
Βόρειο Αιγαίο	77.6	78.9	79.4	79.2	79.7
Νότιο Αιγαίο	79.1	79.8	79.2	79.6	79.7
Κρήτη	78.8	79.7	79.2	79.1	79.9

Πηγή: Eurostat, (2019). Database, Data Navigation Tree

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 2, το 2016 το υψηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης για τους άνδρες παρατηρείται στην Ήπειρο και ανέρχεται τα 80,8 έτη, ενώ το χαμηλότερο στην περιφέρεια Αττικής και φτάνει τα 78,2 έτη.

Πίνακας 3: Προσδόκιμο επιβίωσης γυναικών ανά περιφέρεια στην Ελλάδα, 2012-2016

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ/ΕΤΟΣ	2012	2013	2014	2015	2016
ΕΛΛΑΔΑ	83.4	84.0	84.1	83.7	84.0
Ανατολική Μακεδονία, Θράκη	82.4	82.2	83.0	83.2	83.3
Κεντρική Μακεδονία	83.0	83.7	83.9	83.5	83.9
Δυτική Μακεδονία	83.3	83.6	84.7	83.7	84.1
Ήπειρος	85.3	85.4	86.2	85.4	86.0
Θεσσαλία	83.7	84.6	84.5	84.4	84.4
Ιόνια Νησιά	84.3	84.3	84.1	82.9	83.4
Δυτική Ελλάδα	83.3	83.8	84.7	83.8	83.9
Στερεά Ελλάδα	83.6	84.8	84.6	84.6	84.2
Πελοπόννησος	83.6	84.6	84.5	83.8	84.9
Αττική	83.3	83.9	83.8	83.5	83.7
Βόρειο Αιγαίο	84.0	85.0	84.5	84.4	84.8
Νότιο Αιγαίο	83.9	84.7	84.2	84.0	84.4
Κρήτη	84.1	84.9	84.9	84.4	84.5

Πηγή: Eurostat, (2019). Database, Data Navigation Tree

Στις γυναίκες η υψηλότερη τιμή στο προσδόκιμο επιβίωσης εμφανίζεται στην Ήπειρο και είναι 86 έτη, ενώ η χαμηλότερη παρατηρείται στην περιφέρεια της ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης και φτάνει τα 83,3 έτη (Πίνακας 3).

Επιπλέον, ανισότητες στο προσδόκιμο επιβίωσης παρατηρούνται και ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο του πληθυσμού. Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ (2017), στην Ελλάδα τα άτομα που κατέχουν τριτοβάθμια εκπαίδευση ζουν κατά μέσο όρο τέσσερα χρόνια περισσότερο από τα άτομα με πρωτοβάθμια ή δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

5.2 Ανισότητες στους δείκτες θνησιμότητας

Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ (2016-α), οι βασικότερες αιτίες θανάτου κατά φθίνουσα σειρά για τον ελληνικό πληθυσμό το 2014, είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα με ποσοστό 40% επί του συνόλου των θανάτων, τα κακοήθη νεοπλασμάτα με ποσοστό 26%, οι παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος με ποσοστό 11% , οι άλλες αιτίες με ποσοστό 20% και οι βίαιοι θάνατοι με ποσοστό 3% (Γράφημα 9).

Γράφημα 9: Αιτίες θανάτου στην Ελλάδα για το 2014



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, (2016-α)

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου και για τα δύο φύλα στην Ελλάδα. Ευθύνονται για τα δύο πέμπτα όλων των θανάτων στις γυναίκες και για το ένα τρίτο στους άνδρες (ΟΟΣΑ, 2017). Το 80% των καρδιαγγειακών νοσημάτων παρατηρείται στα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Μελέτες έχουν δείξει ότι τα εμφράγματα στην Ελλάδα επηρεάζουν περισσότερο τις ασθενέστερες οικονομικά τάξεις και τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (Υπουργείο Υγείας, 2019-α).

Τα κακοήγη νεοπλάσματα, ως δεύτερη αιτία θανάτου, είναι υπεύθυνα για το 20% των θανάτων στις γυναίκες και για το 30% στους άνδρες. Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί την κυριότερη αιτία θνησιμότητας λόγω καρκίνου στον ελληνικό πληθυσμό, με ποσοστό πενταπλάσιο στους άνδρες συγκριτικά με τις γυναίκες (ΟΟΣΑ, 2017). Οι βασικότερες αιτίες θνησιμότητας λόγω καρκίνου για τις γυναίκες είναι ο καρκίνος μαστού, ο καρκίνος του πνεύμονα και ο καρκίνος του παχέος εντέρου, ενώ για τους άνδρες είναι ο καρκίνος του πνεύμονα, ο καρκίνος του παχέος εντέρου και ο καρκίνος του προστάτη. Η θνησιμότητα από καρκίνο διαφοροποιείται μεταξύ των γεωγραφικών διαμερισμάτων της Ελλάδας. Σύμφωνα με έρευνες, για τα πιο συχνά είδη καρκίνου, μεγαλύτερος επιπολασμός παρατηρείται στις βόρειες περιοχές σε σχέση με τις νότιες (Πατελάρου και συν., 2011).

Τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος αποτελούν την τρίτη αιτία θανάτου και αντιπροσωπεύουν το 11% των θανάτων και για τα δύο φύλα. Τέλος, οι βίαιοι θάνατοι ευθύνονται για το 2% των θανάτων στις γυναίκες και για το 4% στους άνδρες. Αξίζει

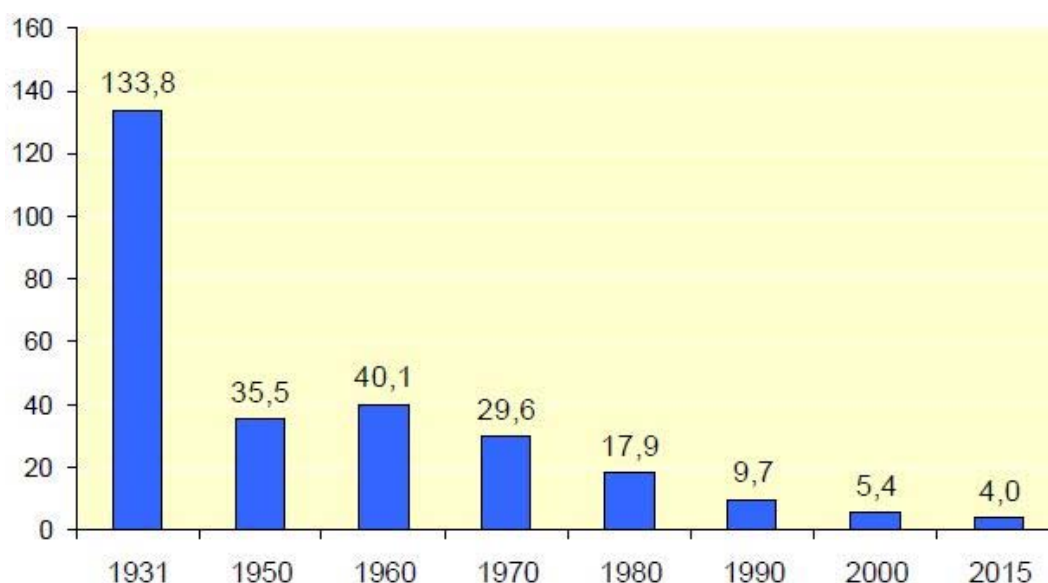
να σημειωθεί, ότι με την οικονομική κρίση υπήρξε μια δραματική αύξηση στους θανάτους από αυτοκτονίες. Το χρονικό διάστημα μεταξύ 2000-2008, ο ετήσιος μέσος όρος του αριθμού των αυτοκτονιών ήταν 362, ενώ το διάστημα 2009-2014 ανήλθε σε 475 (ΟΟΣΑ, 2017).

5.3 Ανισότητες στους δείκτες βρεφικής θνησιμότητας

Στην Ελλάδα, ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας το 1931 άγγιζε τους 134 θανάτους βρεφών ανά 1.000 γεννήσεις ζώντων (ΕΛΣΤΑΤ, 2016-β). Αυτό σήμαινε, ότι 1 βρέφος στα 7 πέθαινε, προτού να συμπληρώσει το πρώτο έτος της ηλικίας του. Ωστόσο, οι εξελίξεις στη δημόσια υγεία, η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και ο έλεγχος των λοιμωδών νοσημάτων, μέσω των εμβολιασμών, είχαν ως αποτέλεσμα τη θεαματική πτώση της βρεφικής θνησιμότητας, τόσο σε παγκόσμιο επίπεδο, όσο και στην Ελλάδα (Δρόσου-Αγακίδου, 2005).

Στο Γράφημα 10 αποτυπώνεται η προοδευτική μείωση του δείκτη της βρεφικής θνησιμότητας, από το 1931 έως το 2015 στην Ελλάδα. Ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας το 1960 ξεπερνούσε το 40, το 1980 μειώθηκε στο 17,9, ενώ το 2000 έφτασε το 5,4 (ΕΛΣΤΑΤ, 2016-β). Το 2016, ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας ήταν 4,2 θάνατοι ανά 1.000 γεννήσεις ζώντων (ΕΛΣΤΑΤ, 2017-α). Αυτό συνεπάγεται, ότι 1 βρέφος στα 238 πέθαινε, πριν να γίνει ενός έτους.

Γράφημα 10: Δείκτης βρεφικής θνησιμότητας στην Ελλάδα, 1931-2015



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, (2016-β)

Διαφοροποιήσεις στη βρεφική θνησιμότητα παρατηρούνται εντός της Ελλάδας, ανάμεσα στις διάφορες περιφέρειες, όπως απεικονίζεται στον Πίνακα 4. Το 2016, ο υψηλότερος αριθμός στη βρεφική θνησιμότητα παρατηρείται στην περιφέρεια της Αττικής με 119 θανάτους βρεφών, που αποτελεί το 31% των συνολικών θανάτων βρεφών που σημειώθηκαν στη χώρα. Στη συνέχεια ακολουθεί η περιφέρεια της κεντρικής Μακεδονίας, με 76 θανάτους βρεφών και ποσοστό 20%, επί των συνολικών θανάτων βρεφών. Αντίθετα, τα χαμηλότερα ποσοστά (2%) εμφανίζουν οι περιφέρειες της Ηπείρου, των Ιονίων νησιών και του βορείου Αιγαίου, με 8, 6 και 7 θανάτους βρεφών αντίστοιχα.

Τα υψηλά ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας που παρουσιάζονται στην Αττική και την ανατολική Μακεδονία σε σχέση με τις υπόλοιπες περιφέρειες της χώρας, θα μπορούσαν ενδεχομένως να δικαιολογηθούν από την αθρόα συγκέντρωση κατοίκων στα μεγάλα αστικά κέντρα της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης (ΕΛΣΤΑΤ, 2014).

Πίνακας 4: Θάνατοι βρεφών ανά περιφέρεια στην Ελλάδα, 2012-2016

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ/ΕΤΟΣ	2012		2013		2014		2015		2016	
		%		%		%		%		%
ΕΛΛΑΔΑ	293	100%	345	100%	345	100%	364	100%	387	100%
Ανατολική Μακεδονία, Θράκη	21	7%	41	12%	20	6%	22	6%	28	7%
Κεντρική Μακεδονία	61	21%	63	18%	70	20%	68	19%	76	20%
Δυτική Μακεδονία	8	3%	9	3%	7	2%	10	3%	20	5%
Ήπειρος	8	3%	9	3%	10	3%	5	1%	8	2%
Θεσσαλία	8	3%	10	3%	19	6%	22	6%	20	5%
Ιόνια Νησιά	4	1%	5	1%	3	1%	8	2%	6	2%
Δυτική Ελλάδα	23	8%	24	7%	19	6%	29	8%	27	7%
Στερεά Ελλάδα	5	2%	6	2%	17	5%	15	4%	25	6%
Πελοπόννησος	27	9%	18	5%	14	4%	14	4%	14	4%
Αττική	102	35%	124	36%	130	38%	131	36%	119	31%
Βόρειο Αιγαίο	9	3%	8	2%	7	2%	7	2%	7	2%
Νότιο Αιγαίο	4	1%	8	2%	9	3%	13	4%	12	3%
Κρήτη	13	4%	20	6%	20	6%	20	5%	25	6%

Πηγή: Eurostat, (2019). Database, Data Navigation Tree

Τέλος, όπως φαίνεται στον Πίνακα 4, οι θάνατοι των βρεφών στην Ελλάδα παρουσιάζουν μια σταδιακή αύξηση τα τελευταία χρόνια. Από 293 που ήταν το 2012, έφτασαν τους 387 το 2016. Η αύξηση του δείκτη της βρεφικής θνησιμότητας πιθανόν να σχετίζεται με την οικονομική κρίση που πλήττει τη χώρα, καθώς επίσης και με τις

δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα στην πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας (Filippidis *et al.*, 2017).

5.4 Ανισότητες στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας

Μια από τις σημαντικότερες προκλήσεις του συστήματος υγείας στην Ελλάδα είναι οι δυσκολίες και τα εμπόδια που αντιμετωπίζει ο πληθυσμός στην πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Η οικονομική κρίση που πλήττει τη χώρα οδήγησε σε πολύ υψηλά επίπεδα ανεργίας, σε περικοπές των κρατικών προϋπολογισμών και σε μείωση του εισοδήματος των νοικοκυριών. Ο τομέας της υγείας υποβλήθηκε σε αυστηρά μέτρα λιτότητας, τα οποία επηρέασαν την παροχή και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και ενίσχυσαν το φαινόμενο των κοινωνικών ανισοτήτων (Karanikolos, & Kentikelenis, 2016).

Η οικονομική κρίση έχει ιδιαίτερο αντίκτυπο σε ομάδες πληθυσμού, όπως είναι οι άνεργοι, οι ανασφάλιστοι, οι ηλικιωμένοι και οι χρόνιοι πάσχοντες (Economou *et al.*, 2014). Οι παράγοντες που δυσχεραίνουν την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας σχετίζονται με την ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού, το οικονομικό κόστος, το χρόνο αναμονής, τη γεωγραφική απόσταση των υπηρεσιών και την κατανομή των ανθρώπινων πόρων και των υγειονομικών εγκαταστάσεων (Economou, 2015).

5.4.1 Η ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού

Στην Ελλάδα, η οικονομική κρίση έχει οδηγήσει στην εκρηκτική αύξηση της ανεργίας. Το 2008 το ποσοστό της ανεργίας ήταν 7,8%, ενώ το 2015 εκτοξεύτηκε στο 25%. Επίσης, χαρακτηριστικό είναι ότι οι μακροχρόνιοι άνεργοι, αυτοί δηλαδή που η διάρκεια της ανεργίας ξεπερνάει τους δώδεκα μήνες, αποτελούν το 67% του συνόλου των ανέργων (ΕΛΣΤΑΤ, 2017-β). Η υγειονομική κάλυψη αυτών που έμεναν άνεργοι ή αυτών που αδυνατούσαν πλέον να καταβάλουν τις εισφορές τους, όπως ήταν οι αυτοαπασχολούμενοι, σταματούσε να ισχύει έπειτα από την παρέλευση δύο ετών. Η απώλεια της υγειονομικής κάλυψης φαίνεται να επηρέασε περίπου 2,5 εκατομμύρια άτομα, σχεδόν δηλαδή το ένα τέταρτο του πληθυσμού, συμπεριλαμβανόμενων και των εξαρτημένων μελών των πρώην ασφαλισμένων (ΟΟΣΑ, 2017).

Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με τον μεγάλο αριθμό προσφύγων και μεταναστών που εισρέουν και φιλοξενούνται τα τελευταία χρόνια στη χώρα, δημιούργησε την ανάγκη για τη θέσπιση ενός νέου νομικού πλαισίου που θα ρυθμίζει την ασφαλιστική

κάλυψη των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων και των ανασφάλιστων. Ως εκ τούτου, από το 2016, με τη ψήφιση του Ν.4368/2016, διασφαλίζεται πλέον η καθολική υγειονομική κάλυψη για το σύνολο του πληθυσμού. Συγκεκριμένα, όλοι οι Έλληνες πολίτες, συμπεριλαμβανομένων των ανασφάλιστων, καθώς επίσης, οι πρόσφυγες και οι μετανάστες έχουν το δικαίωμα της ελεύθερης πρόσβασης στις δημόσιες δομές υγείας και δικαιούνται νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Η υγειονομική κάλυψη, που καθορίζεται από το νόμο, είναι πλήρης και περιλαμβάνει νοσηλεία, διαγνωστικές εξετάσεις και φαρμακευτική περίθαλψη.

5.4.2 Οι μη ικανοποιούμενες ανάγκες για υγειονομική περίθαλψη

Στην Ελλάδα, το μερίδιο του πληθυσμού που αναφέρει μη ικανοποιούμενες ανάγκες για υγειονομική περίθαλψη λόγω οικονομικού κόστους, γεωγραφικής απόστασης ή χρόνου αναμονής έχει αυξηθεί αισθητά την τελευταία δεκαετία (ΟΟΣΑ, 2017). Το γεγονός αυτό είχε ως αποτέλεσμα, το 2016 η χώρα να κατέχει τη δεύτερη υψηλότερη θέση ανάμεσα στα κράτη-μέλη της Ε.Ε., με ποσοστό αναφοράς μη ικανοποιούμενων αναγκών 10%, όταν ο μέσος όρος για την Ε.Ε. είναι 2,5%. Συγκεκριμένα, ένας στους πέντε Έλληνες αναφέρει ότι, παρά την ύπαρξη προβλήματος υγείας, δε μπόρεσε να λάβει ιατρική φροντίδα, κυρίως λόγω αδυναμίας κάλυψης του σχετικού κόστους (διαΝΕΟσις, 2016· OECD/EU, 2018).

Η κυριότερη αιτία μη ικανοποιούμενων αναγκών είναι η οικονομική δυσχέρεια, η οποία συνδέεται, όχι μόνο με το οικονομικό κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά και με τις μεταβολές στο εισόδημα των νοικοκυριών. Το ποσοστό του πληθυσμού που αναφέρει μη ικανοποιούμενες ανάγκες λόγω υψηλού κόστους υπερδιπλασιάστηκε το 2015 και έχει φτάσει στο 10,9%, από 4,2% που ήταν το 2010, και αφορά κυρίως τις ομάδες με χαμηλό εισόδημα (ΟΟΣΑ, 2017).

Οι χαμηλότερες εισοδηματικές ομάδες είναι πολύ πιο πιθανόν να αναφέρουν μη ικανοποιούμενες ανάγκες, από ότι οι ομάδες με υψηλότερα εισοδήματα (Zavras *et al.*, 2016). Ταυτόχρονα, το χάσμα μεταξύ των εισοδηματικών ομάδων έχει διευρυνθεί, με αποτέλεσμα να οξύνεται το φαινόμενο της ανισότητας στην πρόσβαση. Επιπλέον, οι άνεργοι έχουν σχεδόν διπλάσιες πιθανότητες, σε σχέση με τους εργαζόμενους, να αναφέρουν δυσκολίες στην πρόσβαση (Economou, 2015). Αξίζει να σημειωθεί ότι η άνιση κατανομή των υλικών πόρων και του ανθρώπινου δυναμικού, μεταξύ των αστικών και των αγροτικών ή απομακρυσμένων περιοχών, συμβάλλει, επίσης, στο

πολύ υψηλό ποσοστό αναφοράς μη ικανοποιούμενων αναγκών για υγειονομική περίθαλψη (ΟΟΣΑ, 2017).

5.4.3 Οι άμεσες πληρωμές από τα νοικοκυριά

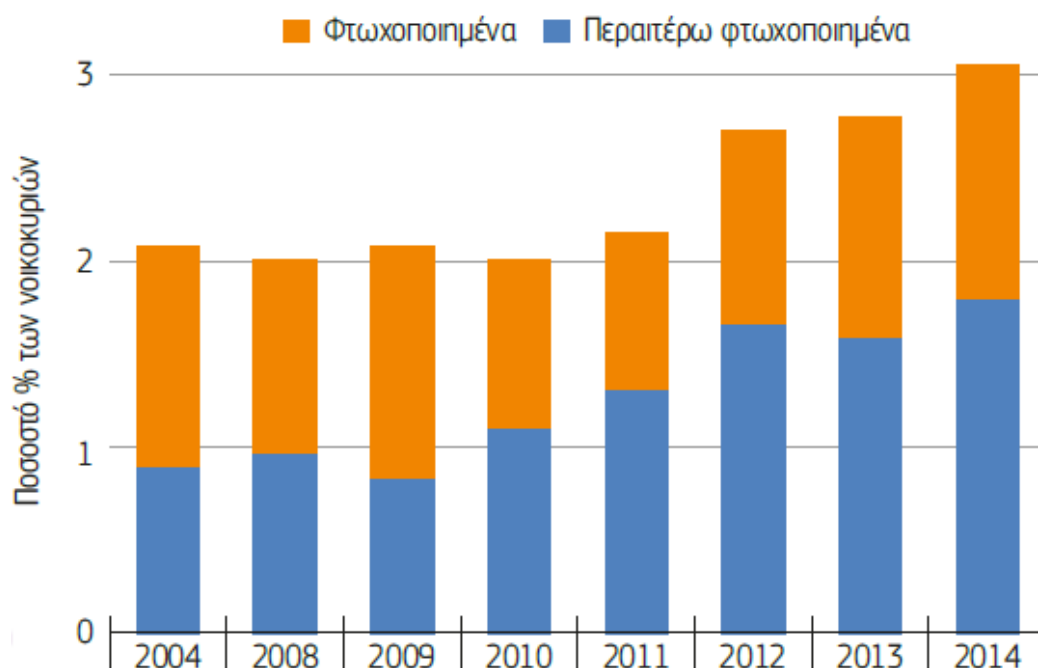
Η Ελλάδα παρουσιάζει ένα από τα ψηλότερα ποσοστά άμεσων πληρωμών από τα νοικοκυριά ανάμεσα στα κράτη-μέλη της Ε.Ε. Το 2016, το ποσοστό των άμεσων πληρωμών ανερχόταν σε 34% επί των συνολικών δαπανών για την υγεία, ποσοστό σχεδόν διπλάσιο του μέσου όρου (18%) της Ε.Ε. (OECD/EU, 2018). Οι υψηλές άμεσες δαπάνες μπορούν να επηρεάσουν την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας των οικονομικά ασθενέστερων ομάδων του πληθυσμού και να ενισχύσουν τις κοινωνικές ανισότητες (Economidou, 2015).

Στις άμεσες πληρωμές συμπεριλαμβάνονται η συμμετοχή του ασφαλισμένου στο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και η αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών. Η συμμετοχή του ασφαλισμένου στο κόστος αντιστοιχεί μόλις στο 10% των άμεσων πληρωμών. Η συμμετοχή στο κόστος είναι επιβεβλημένη στις ιδιωτικά παρεχόμενες εργαστηριακές και διαγνωστικές εξετάσεις, στις επισκέψεις σε ιδιωτικούς παρόχους που είναι συμβεβλημένοι με τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) και στα φάρμακα που χορηγούνται εκτός νοσοκομείου.

Το μεγαλύτερο μερίδιο των άμεσων πληρωμών (90%) αντιστοιχεί στην αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών. Μερικοί λόγοι που μπορεί να οδηγήσουν τον ασφαλισμένο στην αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών είναι οι μακροχρόνιες λίστες αναμονής για συγκεκριμένες υπηρεσίες, το μηνιαίο όριο στον αριθμό επισκέψεων των ιατρών που είναι συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και η υπερπροσφορά ιδιωτών ιατρών. Χαρακτηριστικά παραδείγματα ιδιωτικών δαπανών είναι οι επισκέψεις στα απογευματινά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων για τις οποίες καταβάλλεται άμεση αμοιβή και οι άτυπες πληρωμές (ΟΟΣΑ, 2017). Οι άτυπες πληρωμές αντιστοιχούν στο ένα τρίτο του συνόλου των ιδιωτικών δαπανών και καταβάλλονται σε ιατρούς, ιδιαίτερα σε χειρουργούς, με σκοπό να παρακαμφθούν οι λίστες αναμονής και να εξασφαλιστεί η καλύτερη δυνατή περίθαλψη (Economidou, 2015).

Στην Ελλάδα το ποσοστό των νοικοκυριών που φτωχοποιούνται λόγω των άμεσων πληρωμών για την υγεία αυξάνεται σταθερά από το 2004 και μετά, όπως απεικονίζεται στο Γράφημα 11.

Γράφημα 11: Ποσοστό των φτωχοποιημένων νοικοκυριών από 2004-2014



Πηγή: ΟΟΣΑ, (2017). Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2017.

Συγκεκριμένα, το 2014 ένα στα δέκα ελληνικά νοικοκυριά αντιμετώπισε καταστροφικές δαπάνες για την υγεία, αναλογία που αντιστοιχεί ένα στα τρία για τα φτωχότερα νοικοκυριά (ΟΟΣΑ, 2017).

5.4.4 Η άνιση κατανομή των πόρων της υγείας

Στην Ελλάδα, οι υγειονομικές εγκαταστάσεις και το ανθρώπινο δυναμικό είναι άνισα κατανεμημένα στη χώρα, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η πρόσβαση του πληθυσμού και να εντείνονται οι ανισότητες στην υγεία. Η μεγαλύτερη συγκέντρωση των υπηρεσιών υγείας και του προσωπικού παρατηρείται στις αστικές περιοχές. Αντίθετα, οι αγροτικές και οι απομακρυσμένες περιοχές χαρακτηρίζονται από περιορισμένη ανάπτυξη δομών υγειονομικής περίθαλψης και μειωμένο εργατικό δυναμικό (Παπαθεοδώρου & Μωυσίδου, 2011)

Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ (2018-β), για την απογραφή των θεραπευτηρίων της χώρας του έτους 2016, το 35% του συνόλου των θεραπευτηρίων βρίσκονταν στην περιφέρεια της Αττικής. Στη συνέχεια ακολουθούσε η περιφέρεια της κεντρικής Μακεδονίας με ποσοστό 16,1% και έπειτα η περιφέρεια της Θεσσαλίας με 11,4%. Το μικρότερο ποσοστό εμφανιζόταν στις περιφέρειες των Ιονίων νησιών (1,8%), της Ηπείρου (2,5%), του βόρειου Αιγαίου (2,5%) και του νοτίου Αιγαίου

(2,9%), όπου το συνολικό ποσοστό στις τέσσερις αυτές τις περιφέρειες αντιστοιχούσε στο 9,7% του συνόλου των θεραπευτηρίων της χώρας (Πίνακας 5).

Πίνακας 5: Θεραπευτήρια ανά περιφέρεια για τα έτη 2013-2016

Περιφέρειες	2013	2014	2015	2016	Σχετική συχνότητα 2016
Σύνολο	290	283	283	280	100,0%
Αττική	102	101	97	98	35,0%
Βόρειο Αιγαίο	7	7	7	7	2,5%
Νότιο Αιγαίο	7	7	7	8	2,9%
Κρήτη	15	15	15	15	5,4%
Ανατολική Μακεδονία και Θράκη	17	17	17	17	6,1%
Κεντρική Μακεδονία	45	42	45	45	16,1%
Δυτική Μακεδονία	11	11	11	9	3,2%
Ήπειρος	7	7	7	7	2,5%
Θεσσαλία	33	33	34	32	11,4%
Στερεά Ελλάδα	12	11	11	10	3,6%
Ιόνιοι Νήσοι	5	5	5	5	1,8%
Δυτική Ελλάδα	18	16	17	17	6,1%
Πελοπόννησος	11	11	10	10	3,6%

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, (2018-β)

Το πάγωμα των προσλήψεων, που εφαρμόζεται από το 2010 σε όλον τον δημόσιο τομέα, έχει οδηγήσει στην ανεπαρκή στελέχωση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και σε μείωση κατά 15% του προσωπικού που εργάζεται στα νοσοκομεία (ΟΟΣΑ, 2017). Ωστόσο, το 2016 η Ελλάδα παρουσίαζε την υψηλότερη αναλογία ιατρών σε σχέση με τον πληθυσμό (6,6 ιατροί ανά 1.000 κατοίκους) ανάμεσα στα κράτη-μέλη της Ε.Ε., όταν ο μέσος όρος είναι 3,6. Θα πρέπει να σημειωθεί, ότι στους καταγεγραμμένους ιατρούς συμπεριλαμβάνονται οι άνεργοι και όσοι έχουν φύγει για το εξωτερικό. Η συντριπτική πλειοψηφία των ιατρών είναι ειδικοί ιατροί και μόλις το 5% είναι γενικοί ή οικογενειακοί ιατροί, ποσοστό που είναι το χαμηλότερο ανάμεσα στα κράτη-μέλη της Ε.Ε. (OECD/EU, 2018).

Επιπλέον, χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι η κατανομή των ιατρών είναι πολύ άνιση στις περιφέρειες της Ελλάδας και κυμαίνεται από 2,9 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους στη δυτική Μακεδονία έως 8,6 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους στην Αττική (ΟΟΣΑ, 2017). Η στελέχωση των υπηρεσιών υγείας από ιατρούς στις

απομακρυσμένες και απομονωμένες περιοχές αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα του συστήματος υγείας. Τα υπάρχοντα θεσμοθετημένα κίνητρα, που κυρίως είναι οικονομικά, δεν αποδεικνύονται επαρκή και αποτελεσματικά για την προσέλωση και την παραμονή του ιατρικού προσωπικού στις υγειονομικές μονάδες των συγκεκριμένων περιοχών (Βαρδιαμπάσης και συν., 2014).

Σε αντίθεση με την υπερπροσφορά ιατρών, το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από σοβαρές ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό (Πολύζος & Υφαντόπουλος, 2000). Η Ελλάδα, μεταξύ των κρατών-μελών της Ε.Ε., κατέχει την τελευταία θέση με τη χαμηλότερη αναλογία νοσηλευτών σε σχέση με τον πληθυσμό (3,3 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους), όταν ο μέσος όρος στην Ευρώπη είναι 8,4 (OECD/EU, 2018). Το πρόβλημα οξύνεται ακόμα περισσότερο, όταν ο ήδη μικρός αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού δεν κατανέμεται με ορθολογικά κριτήρια στα νοσοκομεία και τις υπηρεσίες υγείας της χώρας. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να υπάρχουν περιοχές με αυξημένη ζήτηση για νοσηλευτικές υπηρεσίες και να δημιουργούνται λειτουργικά προβλήματα στις υγειονομικές μονάδες (Σκρουμπέλος και συν., 2012).

5.4.5 Ο χρόνος αναμονής για τις υπηρεσίες υγείας

Ο χρόνος αναμονής αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζουν την πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Οι ελλείψεις ιατρών και νοσηλευτών, σε συνδυασμό με την άνιση κατανομή του προσωπικού στις περιφέρειες της χώρας, έχουν αντίκτυπο στην ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών και αυξάνουν το χρόνο αναμονής για την παροχή φροντίδας (Economou, 2015). Το 2014, οι μέσοι χρόνοι αναμονής που απαιτούνταν για την ιατρική εκτίμηση των ασθενών από παθολόγο και καρδιολόγο στις υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) ήταν 35 και 20 ημέρες αντίστοιχα (Υπουργείο Υγείας, 2019-β).

Οι πάσχοντες από χρόνιες παθήσεις είναι οι ομάδες πληθυσμού που επηρεάζονται περισσότερο από τους αυξημένους χρόνους αναμονής. Οι καρκινοπαθείς αποτελούν μία από τις πιο ευάλωτες ομάδες ασθενών που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα λόγω των μακροχρόνιων λιστών αναμονής. Οι καθυστερήσεις, τόσο στη διενέργεια χειρουργικών επεμβάσεων, όσο και στη λήψη της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής, όπως είναι οι χημειοθεραπείες και οι ακτινοβολίες, μειώνουν κατά πολύ τις πιθανότητες επιβίωσης των ασθενών (Economou *et al.*, 2014). Επίσης, σύμφωνα με

έρευνα σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση, χρόνια αναπνευστική πνευμονοπάθεια και Alzheimer, οι μακροχρόνιες λίστες αναμονής αποτελούν τη δεύτερη σημαντικότερη αιτία, ύστερα από το οικονομικό κόστος, που δυσχεραίνει την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Kygiopoulos *et al.*, 2014).

Οι μακροχρόνιες λίστες αναμονής μπορεί να οδηγήσουν στην αύξηση των άτυπων πληρωμών. Η πιθανότητα για άτυπες πληρωμές είναι 72% υψηλότερη για τους ασθενείς που επιθυμούν να παρακάμψουν τις λίστες αναμονής, σε σχέση με εκείνους που ακολουθούν τις προβλεπόμενες διαδικασίες εισαγωγής. Επίσης, οι ασθενείς που χρειάζονται χειρουργική επέμβαση έχουν 137% περισσότερες πιθανότητες για άτυπες πληρωμές συγκριτικά με τους μη χειρουργικούς ασθενείς (Liaropoulos *et al.*, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Πολιτικές για άρση των ανισοτήτων της υγείας

Η εξάλειψη των υγειονομικών ανισοτήτων αποτελεί σημαντική προτεραιότητα για τους φορείς χάραξης πολιτικής στον τομέα της υγείας, τόσο σε εθνικό, όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο. Οι κοινωνικές ανισότητες αποτελούν πρόκληση, καθώς δεν εναρμονίζονται, ούτε με το πλαίσιο των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, ούτε με τις έννοιες της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2009). Ο σχεδιασμός μιας ολοκληρωμένης πολιτικής για την υγεία θα πρέπει να προσανατολίζεται στην προώθηση της ισότητας. Η επίτευξη της ισότητας επιτυγχάνεται με τη μείωση των υγειονομικών ανισοτήτων, τόσο στο επίπεδο της υγείας των διάφορων κοινωνικών ομάδων, όσο και στο επίπεδο της πρόσβασης των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας, ανεξαρτήτως κοινωνικών, οικονομικών και γεωγραφικών κριτηρίων (Σουλιώτης, 2001).

Οι πολιτικές για την υγεία θα πρέπει να στοχεύουν στη βελτίωση της υγείας ολόκληρου του πληθυσμού και παράλληλα στη μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων. Η αντιμετώπιση των κοινωνικών ανισοτήτων δε θα πρέπει να επικεντρώνεται μόνο στις ομάδες που βρίσκονται σε μειονεκτική θέση, αλλά θα πρέπει να αποσκοπεί στη γεφύρωση του χάσματος που υπάρχει ανάμεσα στις λιγότερο ευνοημένες κοινωνικές ομάδες και στις πιο προνομιούχες. Ο μόνος τρόπος για να επιτευχθεί αυτό είναι να βελτιωθεί η κατάσταση της υγείας των μη ευνοημένων ομάδων με ταχύτερους ρυθμούς, ώστε συγχρόνως να αμβλύνονται οι υφιστάμενες κοινωνικές ανισότητες στην υγεία. Επομένως, η συγκεκριμένη προσέγγιση εστιάζει, όχι μόνο στην εξομάλυνση των ανισοτήτων μεταξύ όλων των κοινωνικών ομάδων, αλλά και στη βελτίωση του επιπέδου της υγείας στο σύνολο του πληθυσμού (Whitehead & Dahlgren 2006).

6.1 Δράσεις για τη μείωση ανισοτήτων στην Ευρώπη

Τα τελευταία χρόνια οι κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες έχουν μεταβληθεί στην Ευρώπη. Η οικονομική κρίση που πλήττει πολλές χώρες, η αυξανόμενη ανεργία, η εργασιακή ανασφάλεια και η φτώχεια έχουν διευρύνει τις κοινωνικές ανισότητες (European Commission, 2013). Η γήρανση του πληθυσμού στην Ευρώπη προκαλεί αύξηση της ζήτησης και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, αφού συνήθως οι

ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν περισσότερα από ένα χρόνια νοσήματα (Πάσχος και συν., 2016). Η σύνθεση του πληθυσμού, λόγω της αθρόας προσέλευσης προσφύγων και μεταναστών έχει διαφοροποιηθεί σε πολλές χώρες της Ευρώπης. Η άρση των εμποδίων στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας για τις συγκεκριμένες ομάδες είναι απαραίτητη για την προστασία της υγείας όλων (Αθανασοπούλου και συν., 2013).

Η όξυνση του φαινομένου των κοινωνικών ανισοτήτων επιτάσσει την ανάγκη για τη λήψη πιο αποτελεσματικών μέτρων. Ο συντονισμός των πολιτικών μεταξύ τομέων, που ασχολούνται με την υγειονομική περίθαλψη, την κοινωνική προστασία, την απασχόληση, την εκπαίδευση, το περιβάλλον και την περιφερειακή ανάπτυξη είναι απαραίτητος για τον σχεδιασμό μιας ολοκληρωμένης στρατηγικής. Αν και τα κράτη-μέλη της Ε.Ε. είναι τα κατεξοχήν αρμόδια για τη χάραξη των δράσεων που θα μειώσουν τις ανισότητες, η Ε.Ε. μπορεί να συμβάλει στην ανταλλαγή πληροφοριών και να διευκολύνει το σχεδιασμό πολιτικών προσαρμοσμένων στις ειδικές ανάγκες της κάθε χώρας (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2009).

Τα μέτρα για την άμβλυνση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας περιλαμβάνουν τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, την αντιμετώπιση των ανθυγιεινών συμπεριφορών, τη βελτίωση του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου του πληθυσμού, την αναβάθμιση των συστημάτων υγείας, καθώς και την αναβάθμιση των συστημάτων παρακολούθησης και αξιολόγησης των ανισοτήτων.

6.1.1 Βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης του πληθυσμού

Οι συνθήκες διαβίωσης επηρεάζουν άμεσα το επίπεδο της υγείας του ατόμου και συμβάλλουν στη διαμόρφωση των κοινωνικών ανισοτήτων. Πολλές αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές της Ε.Ε. εξακολουθούν να μη διαθέτουν βασικές παροχές, όπως δίκτυο ύδρευσης και αποχέτευσης και να αντιμετωπίζουν σοβαρές ελλείψεις σε υπηρεσίες υγείας και εκπαίδευσης. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, το βιοτικό επίπεδο του πληθυσμού των συγκεκριμένων περιοχών να είναι χαμηλό και οι κάτοικοι να στερούνται βασικά αγαθά και να συναντούν σημαντικές δυσκολίες στην πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Οι πολιτικές της υγείας θα πρέπει να στοχεύουν στην αναβάθμιση των περιοχών αυτών με την ανάπτυξη των σχετικών υποδομών και με τη δημιουργία βασικών

υπηρεσιών υγείας, έτσι ώστε να καλυτερεύσουν οι συνθήκες διαβίωσης και να βελτιωθεί το επίπεδο της υγείας των κατοίκων (European Commission, 2013).

6.1.2 Αντιμετώπιση των ανθυγιεινών συμπεριφορών

Οι παρεμβάσεις της πολιτικής για τη δημόσια υγεία θα πρέπει να προσανατολίζονται στην αντιμετώπιση των ανθυγιεινών ατομικών συμπεριφορών και των παραγόντων που επιβαρύνουν την υγεία, όπως είναι το κάπνισμα, το αλκοόλ και η παχυσαρκία. Η υιοθέτηση επιβλαβών συμπεριφορών για την υγεία είναι πιο συχνή σε ομάδες πληθυσμού με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (Mackenbach, 2006).

Ο επιπολασμός του καπνίσματος ποικίλλει ανάμεσα στα κράτη-μέλη της Ε.Ε. Οι χώρες που ακολουθούν αυστηρότερες πολιτικές ελέγχου για τον καπνό, γενικά παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά μείωσης ή και διακοπής του καπνίσματος (OECD/EU, 2018). Οι δράσεις για τον περιορισμό του καπνίσματος θα πρέπει να περιλαμβάνουν κανονισμούς σχετικά με την απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους και κλειστούς χώρους, την αύξηση της φορολόγησης σε προϊόντα καπνού, την απαγόρευση διαφημίσεων καπνού και την παροχή πληροφοριών και εικόνων στις συσκευασίες για τις βλαπτικές συνέπειες του καπνίσματος (European Commission, 2013).

Το αλκοόλ προκαλεί αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία, ενώ η υπερβολική κατανάλωση του αυξάνει τον κίνδυνο θανάτου και αναπηρίας λόγω ατυχημάτων και τραυματισμών. Οι πολιτικές για τη μείωση της κατανάλωσης του αλκοόλ περιλαμβάνουν την απαγόρευση πώλησης και κατανάλωσης αλκοόλ σε ανήλικους, τον περιορισμό των διαφημίσεων, την αύξηση των τιμών στα οινοπνευματώδη ποτά και τη μείωση του επιτρεπτού ορίου συγκέντρωσης αλκοόλ στο αίμα κατά την οδήγηση (OECD/EU, 2018).

Τα παιδιά και τα άτομα με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο αποτελούν τις ομάδες πληθυσμού που είναι πιο ευάλωτες στην παχυσαρκία. Οι δράσεις για την πρόληψη της παχυσαρκίας θα πρέπει να περιλαμβάνουν τον περιορισμό της καθιστικής ζωής και τη μείωση της ανθυγιεινής διατροφής (European Commission, 2013). Η αυξημένη φορολογία στα τρόφιμα με υψηλή περιεκτικότητα σε κορεσμένα λιπαρά, σάκχαρα και αλάτι, η ευκρινής επισήμανση των συστατικών στη συσκευασία των τροφίμων, η προώθηση προγραμμάτων σωματικής άσκησης, οι αυστηρότεροι

περιορισμοί με βάση τα πρότυπα ποιότητας διατροφής στα τρόφιμα που διατίθενται στα σχολεία και η ενημέρωση του πληθυσμού για τα οφέλη της ισορροπημένης διατροφής και της φυσικής άσκησης είναι μερικές από τις δράσεις που στοχεύουν στην πρόληψη της παχυσαρκίας (OECD/EU, 2018).

6.1.3 Βελτίωση του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου του πληθυσμού

Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο που διαμορφώνεται ανάλογα με τη μόρφωση, το επάγγελμα και το εισόδημα επηρεάζουν άμεσα την υγεία του ατόμου και αποτελεί καθοριστικό παράγοντα κοινωνικών ανισοτήτων.

Τα οφέλη που απορρέουν από την εκπαίδευση είναι πολύ σημαντικά για την υγεία. Άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο έχουν καλύτερες ευκαιρίες στην αγορά εργασίας και εκτίθενται σε λιγότερους παράγοντες κινδύνου. Οι πολιτικές των κρατών-μελών της Ε.Ε. θα πρέπει να προσανατολίζονται στη μείωση των εκπαιδευτικών ανισοτήτων και στην άρση των εμποδίων πρόσβασης στην εκπαίδευση (Forster *et al.*, 2018).

Η πρωτοβάθμια και η δευτεροβάθμια εκπαίδευση θα πρέπει να είναι υποχρεωτική για όλους. Οι πόροι για τη δημόσια εκπαίδευση θα πρέπει να χρησιμοποιούνται σωστά και να κατανέμονται αποτελεσματικά (W.H.O., 2008). Ιδιαίτερη μέριμνα πρέπει να δοθεί στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες για την κάλυψη των εκπαιδευτικών αναγκών τους, καθώς και στις απομακρυσμένες περιοχές με την ανάπτυξη εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, όπου υφίσταται ανάγκη. Τέλος, θα πρέπει να χρηματοδοτηθούν προγράμματα για τη μείωση της πρόωρης εγκατάλειψης του σχολείου, την πρόληψη του σχολικού εκφοβισμού και την υποστήριξη της δια βίου μάθησης (European Commission, 2013).

Η ανεργία και η ανασφάλιστη εργασία, που παρατηρείται σε πολλές χώρες της Ευρώπης λόγω της οικονομικής κρίσης, ιδίως στις ομάδες πληθυσμού με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, προκαλεί αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των ατόμων και διευρύνει τις κοινωνικές ανισότητες (Forster *et al.*, 2018). Η εξασφάλιση πλήρους απασχόλησης και αξιοπρεπών συνθηκών εργασίας μπορεί να οδηγήσει στην εξάλειψη της φτώχειας, στη μείωση της έκθεσης σε παράγοντες κινδύνου και στον περιορισμό των κοινωνικών ανισοτήτων.

Η χάραξη της κοινωνικής και οικονομικής πολιτικής και της νομοθεσίας των ευρωπαϊκών χωρών θα πρέπει να περιλαμβάνει παρεμβάσεις που να αποσκοπούν

στην πλήρη και δίκαια αμειβόμενη εργασία. Η επίτευξη ισότητας στην υγεία απαιτεί ασφαλισμένη απασχόληση, ασφαλείς συνθήκες εργασίας και παροχή ευκαιριών για εργασία σε όλους, ανεξάρτητα από το μορφωτικό επίπεδο ή το κοινωνικοοικονομικό τους υπόβαθρο (W.H.O., 2008).

Η οικονομική κρίση έχει προκαλέσει αύξηση της εισοδηματικής ανισότητας σε όλες τις χώρες της Ευρώπης, με αποτέλεσμα πολλά παιδιά πλέον να ζουν σε συνθήκες φτώχειας (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2013). Η φτώχεια προκαλεί κοινωνικό αποκλεισμό και εντείνει τις ανισότητες στον τομέα της υγείας. Οι ομάδες πληθυσμού που ζουν στη φτώχεια ή έχουν χαμηλό εισόδημα παρουσιάζουν χειρότερο επίπεδο υγείας από αυτό του συνολικού πληθυσμού και αδυνατούν να ανταποκριθούν στις δαπάνες υγείας, λόγω οικονομικής δυσπραγίας (OECD/EU, 2018).

Ο βασικότερος στόχος των χωρών της Ε.Ε. για τα επόμενα χρόνια, είναι η μείωση του αριθμού των ατόμων που ζουν στη φτώχεια (European Commission, 2013). Επιπλέον, στο πλαίσιο της κοινωνικής πολιτικής θα πρέπει να διασφαλίσει ιδίως για τις ευπαθείς ομάδες πληθυσμού, ένα επαρκές εισόδημα που να επιτρέπει μια αξιοπρεπή και υγιή διαβίωση (W.H.O., 2008).

6.1.4 Αναβάθμιση των συστημάτων υγείας

Οι μεταρρυθμίσεις στην πολιτική για την υγεία θα πρέπει να προσανατολίζονται στη διασφάλιση της καθολικής κάλυψης του πληθυσμού και στην άρση των κοινωνικών, οικονομικών και γεωγραφικών εμποδίων, που δυσχεραίνουν την πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Τα συστήματα υγείας των χωρών θα πρέπει να βασίζονται στην αρχή της ισότητας, να επικεντρώνονται στην Π.Φ.Υ. και να στοχεύουν στην πρόληψη των ασθενειών και την προαγωγή της δημόσιας υγείας. Η κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού και των δομών υγείας θα πρέπει να ενισχυθεί σε περιφερειακό επίπεδο, έτσι ώστε οι κάτοικοι των αγροτικών και απομακρυσμένων περιοχών να έχουν καλύτερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (W.H.O., 2008).

Οι διαφοροποιήσεις στην ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού, στη χρηματοδότηση και στους διαθέσιμους πόρους στα συστήματα υγείας των χωρών της Ευρώπης επηρεάζουν άμεσα τις κοινωνικές ανισότητες, καθώς ενδέχεται να αποκλείονται ομάδες πληθυσμού. Οι πολιτικές για την υγεία θα πρέπει να μεριμνήσουν ιδιαίτερα για τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, όπως είναι οι μετανάστες, οι πρόσφυγες, οι

άνεργοι, οι ανασφάλιστοι, οι χρόνιοι πάσχοντες και τα άτομα που ζουν στη φτώχεια και οι οποίοι δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να ανταποκριθούν στις δαπάνες για την υγεία. Τα εθνικά συστήματα υγείας που παρέχουν καθολική κάλυψη σε όλον τον πληθυσμό έχουν τη δυνατότητα να μειώσουν τις ανισότητες (Forster *et al.*, 2018).

6.1.5 Αναβάθμιση των συστημάτων παρακολούθησης ανισοτήτων

Τα συστήματα παρακολούθησης και αξιολόγησης των ανισοτήτων στην υγεία θα πρέπει να βελτιωθούν, τόσο σε εθνικό, όσο και σε διεθνές επίπεδο. Η αναβάθμιση της βάσης δεδομένων και των εργαλείων που χρησιμοποιούνται για την καταγραφή, τη μέτρηση και την παρακολούθηση των υγειονομικών ανισοτήτων αποτελεί την αφετηρία για το σχεδιασμό αποτελεσματικών δράσεων που θα συμβάλλουν στον περιορισμό τους (W.H.O., 2008).

Οι χώρες της Ευρώπης θα πρέπει να δημιουργήσουν ένα κοινό σύνολο δεικτών για την παρακολούθηση και την αξιολόγηση των κοινωνικών ανισοτήτων. Υπάρχουν μεγάλες διαφορές μεταξύ των κρατών στο πεδίο εφαρμογής των πληροφοριών για την υγεία. Σε πολλές χώρες, οι βάσεις δεδομένων της υγείας σχετικά με την εκπαίδευση, το επάγγελμα και το εισόδημα παραμένουν ελλιπείς. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, οι συγκρίσιμες πληροφορίες για τις ανισότητες στην υγεία, ευάλωτων κυρίως ομάδων, να είναι ανεπαρκείς, γεγονός που δυσκολεύει την πλήρη κατανόηση του φαινομένου (European Commission, 2013). Τέλος, οι προτεινόμενες πολιτικές δράσεις θα πρέπει να αξιολογούνται πριν από την εφαρμογή τους, προκειμένου να εκτιμηθούν οι συνέπειες που θα έχουν στην υγεία του πληθυσμού (Forster *et al.*, 2018).

6.2 Δράσεις για τη μείωση ανισοτήτων στην Ελλάδα

Οι πολιτικές της Ελλάδας για τη μείωση του φαινομένου των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία καθορίζονται από τις κατευθύνσεις που προωθεί η Ε.Ε., σε συνδυασμό με τις ιδιαίτερα σοβαρές κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες που επικρατούν στη χώρα τα τελευταία χρόνια. Η μακροχρόνια οικονομική ύφεση έχει προκαλέσει περικοπές των κρατικών προϋπολογισμών, συρρίκνωση των δημόσιων υπηρεσιών, εκρηκτική αύξηση της ανεργίας, πάγωμα των προσλήψεων στον δημόσιο τομέα και μείωση του εισοδήματος σε πολλά νοικοκυριά. Τα μέτρα λιτότητας που επιβλήθηκαν στον τομέα της υγείας, επηρέασαν την παροχή και την πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας (Karanikolos, & Kentikelenis, 2016). Μεγάλο μερίδιο του πληθυσμού δεν έχει

πλέον ασφαλιστική κάλυψη, ενώ το ποσοστό του πληθυσμού που είναι αντιμέτωπο με τη φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό παρουσιάζει αύξηση (Υπουργείο Υγείας, 2019-β).

Η υπογεννητικότητα, σε συνδυασμό με την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, έχει ως αποτέλεσμα τη γήρανση του ελληνικού πληθυσμού και την αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας, λόγω των πολλών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι (Πάσχος και συν., 2016). Επιπλέον, η Ελλάδα δέχεται μεγάλο όγκο προσφύγων και μεταναστών και η δημόσια υγεία καλείται να προστατεύσει και να διαφυλάξει την υγεία, τόσο των συγκεκριμένων ομάδων, όσο και του ελληνικού πληθυσμού (Αθανασοπούλου και συν., 2013). Τέλος, οι κάτοικοι δυσπρόσιτων και νησιωτικών περιοχών και ευάλωτες ομάδες, όπως οι μακροχρόνια άνεργοι, οι ανασφάλιστοι, οι φτωχοί, οι χρόνιοι πάσχοντες, οι μετανάστες και οι πρόσφυγες αντιμετωπίζουν σημαντικά εμπόδια στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας.

Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας (2013), η στρατηγική του τομέα της υγείας για την περίοδο 2014-2020, θα πρέπει να στοχεύει στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και στη μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων, εξασφαλίζοντας ταυτόχρονα τη βιωσιμότητα του Ε.Σ.Υ. Οι πολιτικές της υγείας που θα συμβάλλουν στην επίτευξη των συγκεκριμένων στόχων είναι οι ακόλουθες:

Διασφάλιση καθολικής πρόσβασης σε ποιοτική παροχή φροντίδας

Για να επιτευχτεί η καθολική και ισότιμη πρόσβαση όλου του πληθυσμού στην παροχή υγειονομικής φροντίδας απαιτείται:

- Ανάπτυξη σε όλη την επικράτεια ενός σύγχρονου συστήματος Π.Φ.Υ., που θα προσφέρει ποιοτικές υπηρεσίες υγείας σε όλους.
- Ανάπτυξη και στελέχωση δομών υγείας σε απομακρυσμένες και νησιώτικες περιοχές.
- Λήψη μέτρων σε τοπικό και εθνικό επίπεδο για τη μείωση ή την εξάλειψη των εμποδίων στην πρόσβαση.
- Μείωση των ιδιωτικών πληρωμών, ως ποσοστό συνολικής δαπάνης υγείας, κάτω από τον μέσο όρο της Ε.Ε.
- Εξάλειψη των άτυπων πληρωμών μέσω διαφάνειας στις λίστες αναμονής, μηχανισμούς παραπόνων και επιβολής κυρώσεων.

- Προσδιορισμός του ασφαλιζόμενου πληθυσμού και των προσφερόμενων πακέτων κάλυψης.
- Προσδιορισμός του τρόπου και του επιπέδου κάλυψης του ανασφάλιστου πληθυσμού.
- Βελτίωση της περιφερειακής κατανομής του προσωπικού των διαφόρων επαγγελματικών κλάδων και ειδικοτήτων.

Βελτίωση της άμυνας του πληθυσμού στους παράγοντες κινδύνου για την υγεία

Οι δράσεις για την επίτευξη του στόχου περιλαμβάνουν:

- Διεξαγωγή εκστρατειών ενημέρωσης του πληθυσμού για τους σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την υγεία.
- Εφαρμογή μέτρων αποτροπής ανθυγιεινών συμπεριφορών.
- Προώθηση πολιτικών προστασίας της υγείας σε τομείς, όπως η παιδεία και η εργασία.
- Εισαγωγή μέτρων για τη βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος και τον περιορισμό των εργατικών ατυχημάτων.
- Έγκαιρη πρόγνωση των κινδύνων υγείας.
- Εφαρμογή προγραμμάτων προσυμπτωματικού έλεγχου για συγκεκριμένα νοσήματα.

Ανάπτυξη των υποδομών υγείας και άλλων κοινωνικών υποδομών

Ο στόχος αυτός μπορεί να πραγματοποιηθεί με την:

- Ανάπτυξη εξειδικευμένων δομών, όπως είναι οι Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας, οι Μονάδες Τεχνητού Νεφρού, τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, τα Κέντρα αποκατάστασης και αποθεραπείας, σε περιοχές που δεν υπάρχουν.
- Επέκταση και αναβάθμιση των υφιστάμενων δομών.

Αντιμετώπιση των αναγκών υγείας σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες

Οι δράσεις για την επίτευξη του στόχου περιλαμβάνουν:

- Παρεμβάσεις προληπτικής ιατρικής στην παιδική υγεία με ιδιαίτερη έμφαση στα παιδιά των ευπαθών κοινωνικών ομάδων.

- Εφαρμογή προγραμμάτων προαγωγής και αγωγής υγείας, εμβολιασμών, προσυμπτωματικού ελέγχου, διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων και προγεννητικού ελέγχου σε ευπαθείς ομάδες.
- Περαιτέρω ανάπτυξη νέων τρόπων παροχής υπηρεσιών υγείας, όπως η φροντίδα κατ' οίκον, για τη διευκόλυνση της πρόσβασης και την αντιμετώπιση των γλωσσικών και πολιτιστικών ανισοτήτων.
- Διαμόρφωση πακέτου κάλυψης για τις ευπαθείς κοινωνικά ομάδες από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.
- Ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας με στόχο την εξάλειψη των διακρίσεων στην παροχή υπηρεσιών.

Αξιοποίηση των καινοτόμων τεχνολογιών

Η αξιοποίηση των καινοτόμων τεχνολογιών έχει στόχο τη διασφάλιση της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και μπορεί να επιτευχθεί με την:

- Περαιτέρω ανάπτυξη της τηλεϊατρικής.
- Εφαρμογή συστημάτων τηλεφροντίδας.

Η Ελλάδα με τη ψήφιση του Ν. 4368/2016, έχει πραγματοποιήσει ένα σημαντικό βήμα για την προσπάθεια υγειονομικής κάλυψης του συνολικού πληθυσμού. Για τον έλεγχο των δράσεων στον τομέα της υγείας, καθώς και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων τους, χρησιμοποιούνται συγκεκριμένοι δείκτες. Χαρακτηριστικά παραδείγματα δεικτών αποτελούν η ποσοστιαία μείωση των νοικοκυριών που υπέστησαν καταστροφικές δαπάνες υγείας, ο αριθμός του ανασφάλιστου πληθυσμού που καλύπτεται από το Ε.Σ.Υ., καθώς και το ποσοστό των ατόμων που καλύπτεται από νέες και βελτιωμένες παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Υπουργείο Υγείας, 2019-β).

Επίλογος

Η υγεία αποτελεί ένα θεμελιώδες δικαίωμα. Επομένως, όλοι ανεξαιρέτως οι άνθρωποι θα πρέπει μπορούν να απολαμβάνουν το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας και να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Οι εξελίξεις στη δημόσια υγεία οδήγησαν στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού παγκοσμίως, όμως οι ανισότητες στην υγεία, όχι μόνο εξακολουθούν να υφίστανται, αλλά έχουν διευρυνθεί.

Οι ανισότητες στον τομέα της υγείας δεν αποτελούν τωρινό φαινόμενο και παρατηρούνται σε όλα τα κράτη του κόσμου, ακόμα και σε αυτά που χαρακτηρίζονται από οικονομική ανάπτυξη. Οι παράγοντες που επηρεάζουν τις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία ποικίλουν. Το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, το εισόδημα, η επαγγελματική κατάσταση, το έθνος ή η φυλή και ο τόπος διαμονής αποτελούν τους βασικότερους συντελεστές διαμόρφωσης κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία.

Στην Ευρώπη, ανισότητες στην υγεία παρατηρούνται μεταξύ χωρών και μεταξύ κοινωνικών ομάδων μέσα στις ίδιες τις χώρες. Μεγάλες διαφοροποιήσεις εμφανίζονται, τόσο στους δείκτες υγείας του πληθυσμού, όσο και στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας. Ομάδες πληθυσμού με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο έχουν μικρότερο προσδόκιμο επιβίωσης, αυξημένους δείκτες νοσηρότητας και μειωμένη χρήση υπηρεσιών υγείας.

Στην Ελλάδα, το φαινόμενο των κοινωνικών ανισοτήτων είναι ιδιαίτερα έντονο τα τελευταία χρόνια. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, όπως είναι η μείωση του εισοδήματος πολλών νοικοκυριών, η φτώχεια και τα αυξανόμενα ποσοστά ανεργίας, έχουν επηρεάσει κυρίως τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες και τα χαμηλά εισοδηματικά στρώματα και έχουν οξύνει τις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία. Τα άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, οι μακροχρόνια άνεργοι, οι ανασφάλιστοι, οι χρόνιοι πάσχοντες, οι μετανάστες και οι πρόσφυγες παρουσιάζουν χειρότερο επίπεδο υγείας, αυξημένα ποσοστά νοσηρότητας και μειωμένη πρόσβαση στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Η διεύρυνση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία αποτελεί ένα φλέγον ζήτημα που χρειάζεται άμεση αντιμετώπιση. Οι πολιτικές που εφαρμόζονται και τα ήδη ισχύοντα μέτρα δε φαίνονται να είναι επαρκή και αποτελεσματικά για τη μείωση του

φαινομένου. Ο συντονισμός των δράσεων του τομέα της δημόσιας υγείας με μια σειρά άλλων τομέων που επηρεάζουν την υγεία, όπως είναι η κοινωνική προστασία, το περιβάλλον, η εκπαίδευση, η απασχόληση και η περιφερειακή ανάπτυξη είναι αναγκαίος για τη χάραξη μιας ολοκληρωμένης πολιτικής.

Η Ελλάδα, με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ε.Ε., θα πρέπει να λάβει άμεσα και αποτελεσματικότερα μέτρα για την άμβλυνση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία. Οι δράσεις θα πρέπει να προσανατολίζονται στη διασφάλιση της καθολικής πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, στη βελτίωση του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου του πληθυσμού, στη μείωση των ανθυγιεινών συμπεριφορών και στην αντιμετώπιση των αναγκών των ευπαθών κοινωνικών ομάδων.

Συμπερασματικά, οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία χρειάζονται περαιτέρω έρευνα και μελέτη που θα συνεισφέρει, τόσο στην κατανόηση του φαινομένου σε όλη του τη διάσταση, όσο και στον σχεδιασμό πιο ολοκληρωμένων και αποτελεσματικών πολιτικών, οι οποίες θα συμβάλλουν στον περιορισμό ή και την εξάλειψη τους.

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

Arrow, K.J., (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, *The American Economic Review*, 53:941-973.

Baeten, R., Spasova, S., Vanhercke, B., Coster, S., (2018). *Inequalities in access to healthcare. A study of national policies*. European Commission- European Social Policy Network (ESPN), Brussels

Bartley, M., (1994). Unemployment and ill health: understanding the relationship. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 48(4):333-7.

Bertakis, KD., Azari, R., Helms, LJ, Callahan, EJ, Robins,JA., (2000). Gender differences in the utilization of health care services. *The Journal of Family Practice*, 49 (2): 147-52.

Braveman, P., Gruskin, S., (2003). Defining Equity in Health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(4): 254–258.

Chang, WC., (2002). The meaning and goals of equity in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56(7): 488-91.

Council of Europe, (1961). European Social Charter. Διαθέσιμο από: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168006b642> (Τελευταία πρόσβαση 19/11/2018).

Dahlgren, G., Whitehead, M., (2006). *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Doblhammer, G., Hoffmann, R., Muth, E., Westphal, C., Kruse, A., (2009). A systematic literature review of studies analyzing the effect of sex, age, education, marital status, obesity, and smoking on health transitions. *Demographic Research*, 20(5):37-64.

Duncan, G., Daly, M., McDonough, P., Williams, D., (2002). Optimal Indicators of Socioeconomic Status for Health Research. *American Journal of Public Health*, 92(7):1151-1157.

Economic and Social Research Council, (2019). The Dahlgren-Whitehead rainbow. Διαθέσιμο από: <https://esrc.ukri.org/about-us/50-years-of-esrc/50-achievements/the-dahlgren-whitehead-rainbow/> (Τελευταία πρόσβαση 15/01/2019).

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

Economou, C., (2015). *Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Elliott, J., Shepherd, P., (2006). Cohort profile: 1970 British Birth Cohort (BCS70). *International Journal of Epidemiology*, 35(4):836-43.

Engels, F., (1845). Condition of the Working Class in England. Διαθέσιμο από: <https://www.marxists.org/archive/marx/works/download/pdf/condition-working-class-england.pdf> (Τελευταία πρόσβαση 28/12/2018).

European Commission, (2013). Report on health inequalities in the European Union. Διαθέσιμο από: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/report_healthinequalities_sw_d_2013_328_en.pdf (Τελευταία πρόσβαση 21/04/2019).

Eurostat, (2018). Causes of death statistics. Διαθέσιμο από: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Causes_of_death_statistics (Τελευταία πρόσβαση 25/03/2019).

Eurostat, (2019). Database, Data Navigation Tree. Διαθέσιμο από: https://ec.europa.eu/eurostat/data/database?p_p_id=NavTreeportletprod_WAR_NavTreeportletprod_INSTANCE_nPqeVbPXRmWQ&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_pos=1&p_p_col_count=2 (Τελευταία πρόσβαση 28/02/2019).

Ferguson, WJ., Candib, LM., (2002). Culture, language, and the doctor-patient relationship. *Family Medicine*, 34(5):353-61.

Filippidis, FT., Gerovasili, V., Millett, C., Tountas, Y., (2017). Medium-term impact of the economic crisis on mortality, health-related behaviours and access to healthcare in Greece. *Scientific Reports*, 7:46423.

Forster, T., Kentikelenis, A., Bambra, C., (2018). Health Inequalities in Europe: Setting the Stage for Progressive Policy Action. Διαθέσιμο από: <https://www.feps-europe.eu/attachments/publications/1845-6%20health%20inequalities%20inner-hr.pdf> (Τελευταία πρόσβαση 13/04/2019).

Gray, AM., (1982). Inequalities in health. The Black Report: a summary and comment. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 12(3):349-80.

Gruer, L., Hart, CL., Gordon, DS., Watt, GC., (2009). Effect of tobacco smoking on survival of men and women by social position: a 28 year cohort study. *BMJ*, 17;338:b480.

Julia, C., Valleron, AJ., (2011). Louis-Rene Villerme (1782-1863), a pioneer in social epidemiology: re-analysis of his data on comparative mortality in Paris in the early 19th century. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65(8):666-70.

Karanikolos, M., Kentikelenis, A., (2016). Health inequalities after austerity in Greece. *International Journal for Equity in Health*, 15:38.

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

Liaropoulos, L., Siskou, O., Kaitelidou, D., Theodorou, M., Katostaras, T., (2008). Informal payments in public hospitals in Greece. *Health Policy*, 87(1):72–81.

Lindholm, C., Burstrom, B., Diderichsen, F., (2002). Class differences in the social consequences of illness? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56(3):188–192.

Link, BG., Phelan, J., (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, Extra Issue: 80–94.

Lloyd, D., Newell, S., Dietrich, U., (2004). Health Inequity: A Review of the Literature. Health Promotion Unit, Population Health & Planning Directorate, Northern Rivers Area Health Service.

Lynch, JW., Kaplan, GA., Salonen, JT., (1997). Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse. *Social Science and Medicine*, 44(6):809-19.

Macintyre, S., (1997). The Black Report and beyond: what are the issues?. *Social Science and Medicine*, 44(6):723-45.

Mackenbach, J., (2006). Health Inequalities: Europe in Profile. Διαθέσιμο από: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_r d06_en.pdf (Τελευταία πρόσβαση 28/12/2018).

Marmot, MG., Rose, G., Shipley, M., Hamilton, PJ., (1978). Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 32(4):244-9.

Marmot, MG., Smith, GD., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Brunner, E., Feeney, A., (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet*, 337(8754):1387-93.

McCartney, G., Collins, C., Mackenzie, M., (2013). What (or who) causes health inequalities: Theories, evidence and implications?. *Health Policy*, 113(3):221-227.

Morrell, S., Taylor, R., Quine, S., Kerr, C., (1993). Suicide and unemployment in Australia 1907-1990. *Social Science and Medicine*, 36(6):749-56

Nazroo, JY., (2003). The structuring of ethnic inequalities in health: economic position, racial discrimination, and racism. *American Journal of Public Health*, 93(2):277-84.

OECD, (2017). *Health at a Glance: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris.

OECD/EU, (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing, Paris.

Power, C., Elliott, J., (2006). Cohort profile: 1958 British birth cohort (National Child Development Study). *International Journal of Epidemiology*, 35(1):34-41.

Raine, R., Or, Z., Prady, S., Bevan, G., (2016). Evaluating health-care equity. In: Raine, R., Fitzpatrick, R., Barratt, H., Bevan, G., Black, N., Boaden, R., *et al.*, Challenges, solutions and future directions in the evaluation of service innovations in health care and public health. *Health Services and Delivery Research*, 4(16): pp. 69–84.

Scheppers, E., van Dongen, E., Dekker, J., Geertzen, J., Dekker, J., (2006). Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Family Practice*, 23(3):325-48.

Silver, GA., (1987). Virchow, the heroic model in medicine: health policy by accolade. *American Journal of Public Health*, 77(1):82-8.

Spinakis, A., Anastasiou, G., Panousis, V., Spiliopoulos, K., Palaiologou, S., Yfantopoulos, J., (2011). *Expert review and proposals for measurement of health inequalities in the European Union - Full Report*. European Commission & Directorate- General for Health and Consumers, Luxembourg.

The World Bank, (2019-α). FAQs: Global Poverty Line Update. Διαθέσιμο από: <http://www.worldbank.org/en/topic/poverty/brief/global-poverty-line-faq> (Τελευταία πρόσβαση 04/02/2019).

The World Bank, (2019-β). Life expectancy at birth, total (years), European Union. Διαθέσιμο από: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?locations=EU> (Τελευταία πρόσβαση 19/02/2019).

Torre, LA., Siegel, RL., Ward, EM., Jemal, A., (2014). International variation in lung cancer mortality rates and trends among women. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 23(6):1025-36.

U.K. Parliament, (2018). 1842 Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain. Διαθέσιμο από: <https://www.parliament.uk/about/living-heritage/transformingsociety/livinglearning/coll-9-health1/health-02/> (Τελευταία πρόσβαση 28/12/2018).

Wadsworth, M., Kuh, D., Richards, M., Hardy, R., (2006). Cohort Profile: The 1946 National Birth Cohort (MRC National Survey of Health and Development). *International Journal of Epidemiology*, 35(1):49-54.

Whitehead, M., (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22(3):429-45.

Whitehead, M., Dahlgren, G., (2006). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Wilkinson, R., Marmot, M., (2003). *Social determinants of health: the solid facts, Second edition*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

World Health Organization, (1998). Health Promotion Glossary. Διαθέσιμο από: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf> (Τελευταία πρόσβαση 08/11/2018).

World Health Organization, (2008). Health equity through action on the social determinants of health. Διαθέσιμο από: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf?sequence=1 (Τελευταία πρόσβαση 15/04/2019).

World Health Organization, (2014). Basic Documents. Διαθέσιμο από: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=1> (Τελευταία πρόσβαση 25/11/2018).

World Health Organization, (2019). Life expectancy. Διαθέσιμο από: https://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/situation_trends_text/en/ (Τελευταία πρόσβαση 25/01/2019).

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

Ελληνική βιβλιογραφία

Αθανασοπούλου, Μ., Μεχίλι-Ενκελέιντ, Α., Αθανασοπούλου, Α., Διομήδους, Μ., (2013). Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία των μεταναστών και ο αντίκτυπος τους στη Δημόσια Υγεία. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 5(4):162-167.

Βαρδιαμπάσης, Β.Ν., Τσιρώνη, Μ., Νικολέντζος, Α., Μωυσόγλου, Ι., Γαλάνης, Π., Σταυροπούλου, Ε., Αθανασοπούλου, Γ., Πρεζεράκος, Π., (2014). Στελέχωση των απομακρυσμένων και απομονωμένων υπηρεσιών υγείας με ιατρικό προσωπικό. Κίνητρα προσέλκυσης και παραμονής του ιατρικού προσωπικού. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(1):48–54.

διαΝΕΟσις, (2016). Η Υγεία Των Ελλήνων Στην Κρίση. Διαθέσιμο από: https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2016/03/ygeia_singles_complete_ver02.pdf (Τελευταία πρόσβαση 25/02/2019).

Δράκος, Γ.Ε., (1986). *Εισαγωγή στη Δημόσια Οικονομική*. Σταμούλης, Πειραιάς.

Δρόσου-Αγακίδου, Β., (2005). Διαχρονικές τάσεις και αιτίες περιγεννητικής, νεογνικής και βρεφικής θνησιμότητας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 22(5):459–466.

Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, (2012). Χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Διαθέσιμο από: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:12012P/TXT&from=EN> (Τελευταία πρόσβαση 25/11/2018).

ΕΛΣΤΑΤ, (2014). Απογραφή Πληθυσμού-Κατοικιών 2011. Διαθέσιμο από: https://www.statistics.gr/documents/20181/1210503/A1602_SAM01_DT_DC_00_20_11_03_F_GR.pdf/e1ac0b1c-8372-4886-acb8-d00a5a68aabe (Τελευταία πρόσβαση 19/03/2019).

ΕΛΣΤΑΤ, (2016-α). Δελτίο Τύπου: Αιτίες Θανάτων Έτους 2014. Διαθέσιμο από: <http://www.statistics.gr/statistics/-/publication/SPO09/2014> (Τελευταία πρόσβαση 21/03/2019).

ΕΛΣΤΑΤ, (2016-β). Δελτίο Τύπου: Φυσική Κίνηση Πληθυσμού: Έτος 2015. Διαθέσιμο από: <http://www.statistics.gr/documents/20181/3bb31fdb-b28f-4190-be79-daf5e87c54ad> (Τελευταία πρόσβαση 19/03/2019).

ΕΛΣΤΑΤ, (2017-α). Δελτίο Τύπου: Φυσική Κίνηση Πληθυσμού: Έτος 2016. Διαθέσιμο από: <http://www.statistics.gr/documents/20181/e6191d4e-8177-4556-93a8-f93e54ef70bf> (Τελευταία πρόσβαση 19/03/2019).

ΕΛΣΤΑΤ, (2017-β). Δελτίο Τύπου: Έρευνα Εργατικού Δυναμικού: 1981-2015. Διαθέσιμο από: <http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SJO03/2015> (Τελευταία πρόσβαση 25/03/2019).

ΕΛΣΤΑΤ, (2018-α). Οι Νέοι στην Ελλάδα 2018. Διαθέσιμο από: http://www.statistics.gr/documents/20181/12044283/elstat_publication_young_2018_gr.pdf (Τελευταία πρόσβαση 25/01/2019).

ΕΛΣΤΑΤ, (2018-β). Δελτίο Τύπου: Απογραφή θεραπευτηρίων 2016. Διαθέσιμο από: <http://www.statistics.gr/documents/20181/521fb3b2-6820-44bb-afac-1316e23e0c52> (Τελευταία πρόσβαση 05/04/2019).

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, (2009). Αλληλεγγύη στον τομέα της υγείας: Μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας. Διαθέσιμο από: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52009DC0567&from=EN> (Τελευταία πρόσβαση 12/04/2019).

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, (2010). Η μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Διαθέσιμο από: <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/5477617f-045d-46eb-b168-28f31c6f71c8/language-el> (Τελευταία πρόσβαση 15/01/2019).

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, (2013). Θεματικό ενημερωτικό δελτίο για το ευρωπαϊκό εξάμηνο: Αντιμετώπιση ανισοτήτων. Διαθέσιμο από: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/european-semester-thematic-factsheet_addressing-inequalities_el.pdf (Τελευταία πρόσβαση 20/04/2019).

Κουρέα-Κρεμαστινού, Τ., (2007). *Δημόσια Υγεία: Θεωρία - Πράξη – Πολιτικές*. Τεχνόγραμμα, Αθήνα.

Κυριόπουλος, Γ., Τσιάντου, Β., (2010). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(5):834-840.

Λάσκαρη, Χ., Κοτσώνης, Κ., Βελέντζας, Π., Λιακοπούλου, Μ., Τσιτούρα, Σ., (2000). Άγχος, ένταση, κατάθλιψη και εργασιακή ικανοποίηση εργαζομένων στο χώρο των υπηρεσιών υγείας. *Παιδιατρική*, 63(3), 225-230

Μαλάμου, Θ., (2015). Κοινωνικοί Προσδιοριστικοί Παράγοντες της Υγείας. *Νοσηλευτική*, 54(3):231-240

Μαλλιάρου, Μ., Σαράφης, Π., Καραθανάση, Κ., Σωτηριάδου, Κ., (2011). Χαρακτηριστικά αγαθού υγείας και αδυναμία επιβολής κανόνων ελεύθερης ανταγωνιστικής αγοράς. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 3(2):38-43.

Μάντη, Π., Τσελέπη, Χ., (2000). *Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών Υγείας: Κοινωνικές- Πολιτιστικές Πτυχές της Υγείας και της Αρρώστιας Τόμος Α*. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.

Μπαλούρδος, Δ., (1991). Μορφολογία της φτώχειας και κοινωνικός αποκλεισμός: θεωρητικές και μεθοδολογικές περιπλοκές. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 83(83): 100-143

Μπαμπανάσης, Σ., (1981). Η διαμόρφωση της φτώχειας στην Ελλάδα του 20^{ου} αιώνα (1900-1981). *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 42(42-43), 110-144.

Ν.1426/1984. *Για την κύρωση του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη*, (Φ.Ε.Κ. 32 Α'/21-03-1984).

Ν.1532/1985. *Κύρωση του Διεθνούς Συμφώνου για τα οικονομικά, κοινωνικά και μορφωτικά δικαιώματα*, (Φ.Ε.Κ. 45 Α'/19-03-85).

Ν.4368/2016. *Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις*, (Φ.Ε.Κ. 21 Α'/21-02-16).

ΟΟΣΑ, (2017). Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2017. Διαθέσιμο από: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_gr_greece.pdf (Τελευταία πρόσβαση 26/01/2019).

Παπαθεοδώρου, Χ., Μωυσίδου, Α., (2011). *Υγειονομική περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα: Η διανεμητική επίδραση του συστήματος υγείας*. ΙΝΕ ΓΣΕΕ, Αθήνα.

Πάσχος, Κ., Μαλλιαρού, Μ., Μπαμίδης, Π., (2016). Η γήρανση του πληθυσμού πρόκληση για τα συστήματα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας-Μέθοδοι υποστήριξης της ενεργούς γήρανσης. *Επιστημονικά Χρονικά*, 21(1):11–25.

Πατελάρου, Α., Σηφάκη-Πιστόλλα, Δ., Ξυλούρη, Α., Πρινάρη, Α., (2011). Πρόσφατα επιδημιολογικά δεδομένα για την εξάπλωση του καρκίνου στην Ελλάδα και την οργάνωση φορέων πρόληψης σε παγκόσμιο επίπεδο: Μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 4(2):70–77.

Περιφερειακό Κέντρο Πληροφόρησης των Ηνωμένων Εθνών, (2018). Διεθνές Σύμφωνο για τα οικονομικά, κοινωνικά και μορφωτικά δικαιώματα. Διαθέσιμο από: https://www.unric.org/el/index.php?option=com_content&view=article&id=26231&Itemid=33 (Τελευταία πρόσβαση 25/11/2018).

Πεσμαζόγλου, Β., (2015). *Πολιτική οικονομία της ανάπτυξης* [ηλεκτρ. βιβλ.]. Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών, Αθήνα. Διαθέσιμο από: <https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/5862/1/3.pdf> (Τελευταία πρόσβαση 31/01/2019).

Πετρέλης, Μ., Δομάγερ, Φ., Ρ., (2016). Η «ΥΓΕΙΑ 2020» και η Ελλάδα. Η συμβολή του μαζικού προσυμπτωματικού ελέγχου. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 15(3):223–236.

Πολύζος, Ν., Υφαντόπουλος, Ι., (2000). Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 17(6):627–639.

Σαρρής, Μ., Χρυσάκης, Μ., Σούλης, Σ., (2002). Ανισότητες στην υγεία. Μια κριτική προσέγγιση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 19(6):672–687.

Σισσούρας, Α., Καρόκης, Α., Καλομενίδης, Κ., Μητρόπουλος, Ι., (1996). Κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στο επίπεδο της υγείας και στη χρήση των υπηρεσιών υγείας στον ελληνικό πληθυσμό. Αποτελέσματα εμπειρικής έρευνας στον πληθυσμό της Πάτρας. *Κοινωνικές ανισότητες και κοινωνικός αποκλεισμός : 6ο Επιστημονικό Συνέδριο [του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα], Πανεπιστήμιο Μακεδονίας*, (τόμος 1) 690-710, 27-30 Νοεμβρίου (1996).

Σκρουμπέλος, Α., Δάγλας, Α., Σκουτέλης, Δ., Κυριόπουλος, Γ., (2012). Το νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα: Παρούσα κατάσταση και τρέχουσες προκλήσεις. Διαθέσιμο από: http://enne.gr/wp-content/uploads/2012/06/expert_panel.pdf (Τελευταία πρόσβαση 31/01/2019).

Σουλιώτης, Κ., (2001). Προσέγγιση των κοινωνικών και περιφερειακών ανισοτήτων της υγείας στην Ελλάδα. *Τόπος: Επιθεώρηση αστικών και περιφερειακών μελετών*, 17:49-74.

Τερζόπουλος, Β., Σαράφης, Π., (2012). Η γενική κατάσταση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού σήμερα. Δείκτες και παράγοντες επιβάρυνσης της υγείας, δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας. Η συμβολή της πρόληψης, της προαγωγής υγείας και της αγωγής υγείας. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 5(2):15–25.

Τούντας, Γ., (2000). Κοινωνικές ανισότητες στην Υγεία. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 17(4): Άρθρο Σύναξης.

Τούντας, Γ., Οικονόμου, Ν.Α., (2007). Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(1):7–21.

Υπουργείο Υγείας, (2013). Αναπτυξιακή Στρατηγική και Στόχοι του Τομέα Υγείας για την περίοδο 2014-2020. Διαθέσιμο από: <http://www.edespa-ygeia.gr/Uploads/announcements/2013/Keimeno-8eseon.pdf> Τελευταία πρόσβαση 23/04/2019).

Υπουργείο Υγείας, (2019-α). Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Καρδιαγγειακά Νοσήματα. Διαθέσιμο από: <http://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-ygeia/ethnika-sxedia-drashs/95-ethnika-sxedia-drashs> Τελευταία πρόσβαση 23/03/2019).

Υπουργείο Υγείας, (2019-β). Εθνική Στρατηγική Υγείας και δράσεις του Τομέα Υγείας στο ΕΣΠΑ 2014-2020. Διαθέσιμο από: <http://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-ygeia/3948-ethnikh-strathgikh-ygeias-kai-drasesis-toy-tomea-ygeias-sto-espa-2014-2020> (Τελευταία πρόσβαση 07/04/2019).

Υφαντόπουλος, Γ., (2006). *Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και πολιτική*. Τυπωθήτω, Αθήνα.

Χατζηπουλίδης, Γ., (2006). Οι υγειονομικές ανισότητες και ο ρόλος των υπηρεσιών υγείας στην προσπάθεια περιορισμού τους. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 5(1):235–241.

Χλέτσος, Μ., (2015). Κεφάλαιο Δεύτερο: Τι είναι υγεία και υπηρεσίες υγείας. *Εργαστήριο Εφαρμοσμένης Οικονομικής και Κοινωνικής Πολιτικής*. Διαθέσιμο από: http://www.econ.uoi.gr/eeokp/gr/dialekseis_seminaria/seminaria_mathimata/eisagogikes_enies_oikonomika_igias/ili_mathimatos/kefalaio2.pdf (Τελευταία πρόσβαση 15/01/2019).