

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Παρότι κατά τις τελευταίες δεκαετίες έχει σημειωθεί διεθνώς σημαντική βελτίωση σε βασικούς δείκτες της υγείας, όπως το προσδόκιμο επιβίωσης, ωστόσο οι ανισοτιμίες αναφορικά με το επίπεδο υγείας ανάμεσα τόσο σε χώρες όσο και σε πληθυσμιακές ομάδες στο εσωτερικό των χωρών αυτών εξακολουθούν να υφίστανται. Ειδικότερα στην Ευρώπη, όπως επισημαίνεται σε εκθέσεις του Γραφείου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) για την Περιοχή της Ευρώπης¹, του ΟΟΣΑ² και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής³, ενώ η υγεία των πολιτών σε συνολικό επίπεδο έχει διαχρονικά σημειώσει πρόοδο, με αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης κατά έξι έτη από το 1980 έως σήμερα και δραστική μείωση της πρόωρης θνησιμότητας, οι ανισοτιμίες μεταξύ ευρωπαϊκών χωρών αλλά και μεταξύ κοινωνικοοικονομικών ομάδων και περιφερειών εντός των χωρών αυτών παραμένουν, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις έχουν μάλιστα διευρυνθεί.

Η ύπαρξη ανισοτιμιών στην υγεία θεωρείται από όλες τις χώρες μη αποδεκτή κατάσταση. Αυτό εκφράζεται, για παράδειγμα, στη στρατηγική «Υγεία 21» του Γραφείου του ΠΟΥ για την Περιοχή της Ευρώπης. Με τους 2 πρώτους από τους 21 στόχους της εν λόγω στρατηγικής επιδιώκεται μέχρι το 2020 η μείωση του τωρινού χάσματος στην υγεία, πρώτον, τουλάχιστον κατά το ένα τρίτο μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών και, δεύτερον, τουλάχιστον κατά το ένα

1. World Health Organization (WHO)/Regional Office for Europe (2009), *The European Health Report 2009: Health and Health Systems*, WHO/EURO, Κοπεγχάγη.

2. Organisation for Economic Co-operation and Development/OECD (2010), *Health at a Glance. Europe 2010*, Παρίσι.

3. Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2010), *Η μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση*, Λουξεμβούργο.

τέταρτο μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων στο εσωτερικό των χωρών αυτών, με ουσιαστική βελτίωση του επιπέδου υγείας των ομάδων που μειονεκτούν.⁴ Εκφράζεται επίσης στους Αναπτυξιακούς Στόχους της Χιλιετίας, που συμφωνήθηκαν από 189 χώρες στην Παγκόσμια Διάσκεψη των Ηνωμένων Εθνών για τη Χιλιετία τον Σεπτέμβριο του 2000, σύμφωνα με τους οποίους η υγεία γίνεται αντιληπτή στο ευρύτερο πλαίσιο της στρατηγικής καταπολέμησης της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού.⁵

Ωστόσο, παρά τις διακηρύξεις αυτές, όπως φαίνεται από εκθέσεις και μελέτες διεθνών οργανισμών⁶ και επιμέρους χωρών⁷, οι πολιτικές που έχουν εφαρμοστεί μέχρι σήμερα δεν έχουν αποδώσει τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Τα άτομα που ανήκουν σε χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες εμφανίζουν υψηλότερους δείκτες νοσηρότητας, θνησιμότητας και αναπηρίας, χρησιμοποιούν σε μικρότερο βαθμό τις υπηρεσίες υγείας από ό,τι θα ήταν αναμενόμενο με βάση τις ανάγκες τους και πολλές φορές αναγκάζονται να συμμετέχουν στο κόστος παροχής ορισμένων υπηρεσιών υγείας, δαπανώντας γι' αυτό μεγάλο ποσοστό του εισοδήματός τους.⁸

Στο πλαίσιο της σφαιρικής εικόνας που σκιαγραφήθηκε παραπάνω, φιλοδοξία μας στον τόμο αυτό δεν είναι η κάλυψη όλων των πλευρών ενός πολυδιάστατου και πολυσύνθετου κοινωνικού φαινομένου όπως είναι οι ανισοτιμίες στην υγεία. Σκοπός μας είναι να συνοψίσουμε τη βασική συζήτηση που λαμβάνει χώρα διεθνώς και να σκιαγραφήσουμε την υφιστάμενη κατάσταση στην Ελλάδα.

4. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ)/Γραφείο Περιοχής Ευρώπης (2002), *Υγεία 21: Υγεία για όλους τον 21ο αιώνα*, Τυπωθήτω, Αθήνα.

5. United Nations (UN)/General Assembly (2000), *United Nations Millennium Declaration*, United Nations, A/RES/55/2 (<http://www.un-ngls.org/MDG/A-RES-55-2.pdf>, πρόσβαση: 15/1/2012).

6. WHO (2005), *Health and the Millennium Development Goals*, WHO, Γενεύη.

7. Mackenbach, J. – Bakker, M. (επιμ.), (2002), *Reducing Inequalities in Health. A European Perspective*, Routledge, Λονδίνο.

8. WHO (2002), *The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*, WHO, Γενεύη.

Η συμπερίληψη στον τόμο ενός κειμένου με αναφορά στην Κύπρο κρίθηκε σημαντική γιατί, πρώτον, αποτελεί μια από τις ελάχιστες ερευνητικές προσπάθειες καταγραφής της έκτασης των ανισοτιμιών όσον αφορά την υγεία στη χώρα αυτή και, δεύτερον, διερευνά τις δυσκολίες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας μιας ιδιαίτερα αποκλεισμένης κοινωνικής ομάδας όπως είναι οι μετανάστες. Έτσι, δεδομένου του μεγάλου αριθμού μεταναστών και στη χώρα μας, από τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής μπορούμε και εμείς να αντλήσουμε χρήσιμα συμπεράσματα.

Υπό αυτό το πρίσμα, ο Χαράλαμπος Οικονόμου, επιμελητής επίσης του τόμου, στο άρθρο του «Ανισοτιμίες στην υγεία: Θεωρητικές προσεγγίσεις και η κατάσταση στην Ελλάδα», έχει διπλό στόχο. Πρώτον, επιδιώκει τη συνοπτική παρουσίαση των θέσεων των κύριων σχολών που επιχειρούν τη θεωρητική προσέγγιση των ζητημάτων σχετικά με τις ανισοτιμίες στον τομέα της υγείας και τους παράγοντες που τις προσδιορίζουν. Ειδικότερα, αναλύει κριτικά τα τρία κύρια ερμηνευτικά παραδείγματα που έχουν αναπτυχθεί, της «κοινωνικής επιλογής», της «κοινωνικής αιτιότητας» και του «κύκλου ζωής», καθώς και τις επιμέρους εκδοχές τους. Δεύτερον, αποτυπώνει την υφιστάμενη κατάσταση στην Ελλάδα, συνοψίζοντας τα ευρήματα ορισμένων βασικών ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί.

Ο Γιάννης Υφαντόπουλος, στο κείμενό του «Κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες όσον αφορά την υγεία στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης: Ιστορική αναδρομή και η σημασία των οικονομικών παραγόντων και της οργάνωσης των συστημάτων υγείας», εξετάζει αρχικά το ιστορικό πλαίσιο των κοινωνικών και των υγειονομικών ανισοτήτων στις αρχές του 19ου αιώνα. Στη συνέχεια, επικεντρώνεται στην Ευρωπαϊκή Ένωση και διερευνά τις γεωγραφικές ανισότητες στο χώρο της υγείας σε σχέση με τις αντίστοιχες στο χώρο της οικονομίας. Ακολούθως, συγκρίνει τις ανισότητες σε δημόσια και ιδιωτικά συστήματα υγείας εξετάζοντας ενδεικτικά την περίπτωση των ΗΠΑ σε σχέση με αυτή της Μεγάλης Βρετανίας, ενώ μελετά επίσης τη σχέση φτώχειας και υγείας μεταξύ των χω-

ρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ). Τέλος, συμπεραίνει ότι οι προληπτικές πολιτικές για την καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού συμβάλλουν ουσιαστικά στη δημιουργία του κοινωνικού και του υγειονομικού κεφαλαίου μια χώρας.

Στο κείμενό τους «Κοινωνικές ανισότητες όσον αφορά την υγεία στη σημερινή Ευρώπη: Πηγές δεδομένων, αποτελέσματα της ερευνητικής δραστηριότητας και προτεραιότητες της πολιτικής», οι Χριστίνα Δημητρακάκη και Γιάννης Τούντας αποτυπώνουν την υφιστάμενη ερευνητική δραστηριότητα για τις ανισότητες όσον αφορά την υγεία στην ΕΕ. Περιγράφουν το προφίλ αυτών των ανισοτήτων και τονίζουν ότι τα ποσοστά της πρόωρης θνησιμότητας είναι υψηλότερα ανάμεσα στους πληθυσμούς με χαμηλότερο εκπαιδευτικό, επαγγελματικό ή εισοδηματικό επίπεδο. Αναφέρουν επίσης ότι, αν και στην Ελλάδα παρατηρούνται σημαντικές κοινωνικές ανισότητες όσον αφορά την κατάσταση της σωματικής υγείας και τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας, ωστόσο αυτές δεν έχουν τεθεί ακόμα σε προτεραιότητα από τη δημόσια πολιτική. Η καθυστέρηση οφείλεται κυρίως στην έλλειψη έρευνας και στατιστικών δεδομένων, αλλά και στην αποδυνάμωση των τομέων της κοινωνικής ιατρικής στα πανεπιστήμια, όπως και στην εστίασή τους στην παραδοσιακή υγιεινή και επιδημιολογία.

Η Πατρίνα Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, στο κείμενό της «Κοινωνικές ανισότητες και δικαίωμα στην προστασία της υγείας στην Ελλάδα», εξετάζει από νομικής πλευράς, πρώτον, εάν στην Ελλάδα το σύνολο του πληθυσμού έχει δικαίωμα σε υπηρεσίες υγείας και, δεύτερον, εάν οι χρήστες των ημεδαπών υπηρεσιών υγείας έχουν ισότιμη μεταχείριση. Σε σχέση με το πρώτο, τονίζει ότι εξαιρούνται του δικαιώματος σε υπηρεσίες υγείας οι μη νόμιμα ενήλικες διαμένοντες στη χώρα αλλοδαποί, εκτός αν συντρέχει περίπτωση επείγουσας ανάγκης για νοσηλεία ή λοιμώδους νοσήματος, ενώ σε σχέση με το δεύτερο, διαπιστώνει ότι παρατηρούνται ανισότητες στην οικονομική κάλυψη της ασθένειας, τη γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών υγείας και τα διαφορετικά όρια

ηλικίας για τη συνταξιοδότηση ανδρών και γυναικών, τα οποία έμμεσα μπορεί να επηρεάζουν τις παροχές ασθενείας.

Στο κείμενό του «Αύξηση των δαπανών υγείας και διεύρυνση των ανισοτήτων: Το ελληνικό “παράδοξο”(;) της πολιτικής υγείας», ο Κυριάκος Σουλιώτης αναλύει τη σχέση ανάμεσα στις δαπάνες για την υγεία και τις ανισότητες σε επίπεδο υγείας στην Ελλάδα, από τη μια, και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, από την άλλη. Αναφέρει ότι η ελληνική πραγματικότητα εμφανίζει δύο ιδιοτυπίες: πρώτον, την «πλάνη» των μετρήσεων και των δεδομένων που αφορούν τη δαπάνη για την υγεία και, δεύτερον, το χρηματοδοτικό «παράδοξο», όπως το μαρτυρούν οι στρεβλώσεις στο μείγμα των δημόσιων πηγών χρηματοδότησης, η υψηλή ιδιωτική δαπάνη και το μεγάλο μερίδιο των ιδίων πληρωμών για υπηρεσίες υγείας. Ιδιαίτερη έμφαση δίνει ο συγγραφέας στις διαπεριφερειακές, τις εισοδηματικές και τις κοινωνικοασφαλιστικές παραμέτρους των ανισοτήτων αυτών στην Ελλάδα. Στη βάση των παραπάνω, προτείνει τη ριζική ανατροπή του υποδείγματος χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας προς την κατεύθυνση τόσο του εξορθολογισμού στη διαχείριση των πόρων όσο και της διαμόρφωσης συνθηκών ισότιμης πρόσβασης των πολιτών σε αυτές τις υπηρεσίες.

Ο Μάμας Θεοδώρου, στο κείμενό του «Ανισότητες στην πρόσβαση και τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες στην Κύπρο», παραθέτει τα ευρήματα ποιοτικής έρευνας με αντικείμενο τις δυσκολίες πρόσβασης και χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας από αλλοδαπούς, υπηκόους τρίτων χωρών, που ζουν και εργάζονται νόμιμα στην Κύπρο. Διαπιστώνει ότι οι ανεπάρκειες του θεσμικού πλαισίου έχουν ως συνέπεια την εκχώρηση από το κράτος της ασφάλισης των μεταναστών σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες με ευθύνη του εργοδότη. Αυτό οδηγεί έτσι σε εκ προοιμίου συνθήκες άνισης μεταχείρισης των μεταναστών και επιτείνει τα προβλήματα των υγειονομικών ανισοτήτων. Από τα αποτελέσματα της έρευνας προκύπτει ότι τα εμπόδια της γλώσσας και της φτωχής επικοινωνίας, της άγνοιας του συστήματος και

της διαφορετικής κουλτούρας και θρησκείας είναι παράγοντες ανισότιμης πρόσβασης των μεταναστών. Το κόστος και η εξάρτηση του μετανάστη από τον εργοδότη αποτελούν πρόσθετα εμπόδια, εξαιτίας της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας και των προβλημάτων που αυτή προκαλεί.

Οι Δημήτρης Ζάβρας και Μαρία Κοντούλη-Γείτονα, στο κείμενό τους «Κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας: Μεθοδολογικά ζητήματα και τεχνικές μέτρησης», επιχειρούν την παρουσίαση των κυριότερων εννοιολογικών και μεθοδολογικών ζητημάτων που ανακύπτουν κατά τη διαδικασία ανεύρεσης των πιο αξιόπιστων τεχνικών μέτρησης των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία. Διαπιστώνουν ότι η μέτρηση των ανισοτήτων στην υγεία συνδέεται με πληθώρα μεθοδολογικών προβλημάτων που προκύπτουν από τον τρόπο ορισμού εννοιών, όπως η ανάγκη υγείας, η χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας και η πρόσβαση σε αυτές, καθώς και το διαθέσιμο εισόδημα. Ιδιαίτερη έμφαση δίνουν οι συγγραφείς στην οριζόντια ισότητα και στις τεχνικές που σχετίζονται με τη μέτρηση των ανισοτήτων κατά τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας. Συμπεραίνουν ότι, αφενός, η μέτρηση των ανισοτήτων εξαρτάται σημαντικά από τον τρόπο προσέγγισης της έννοιας της ανάγκης υγείας και, αφετέρου, η μέτρηση της χρησιμοποίησης πρέπει να ενσωματώνει το κριτήριο της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.

Τέλος, ο Γεράσιμος Ρηγάτος, στο κείμενό του «Κοινωνικές ανισότητες μεταξύ ασθενών με καρκίνο», θέτει το ζήτημα των σημαντικών αδυναμιών που παρατηρούνται στη θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου όσον αφορά άτομα που ανήκουν σε κοινωνικά και οικονομικά μειονεκτούσες ομάδες του πληθυσμού, όχι μόνο σε χώρες του Τρίτου Κόσμου, αλλά ακόμη και σε οικονομικά και τεχνολογικά αναπτυγμένες χώρες. Χρησιμοποιεί ως παράδειγμα τις φυλετικές και εθνικές μειονότητες στις ΗΠΑ, προκειμένου να αναδείξει τους κοινωνικούς, οικονομικούς και πολιτισμικούς συντελεστές που επιδρούν τόσο στην παθογένεια των νεοπλασμάτων, όσο και στην έγκαιρη ή καθυστερημένη διάγνωση, τις δυνα-

τότητες θεραπείας και τη συνολική επιβίωση. Αναφερόμενος στην Ελλάδα, εντοπίζει σημαντικές ανισοτιμίες στην εμφάνιση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση των νεοπλασιών σε κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες όπως οι ρομά, οι μετανάστες, οι παλιννοστούντες από τις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ, οι φτωχοί και οι ηλικιωμένοι.

Κλείνοντας το προλογικό αυτό σημείωμα, θα θέλαμε να επισημάνουμε τις νέες προκλήσεις που τίθενται στην επιστημονική κοινότητα για τη διερεύνηση της έκτασης και του εύρους των ανισοτιμιών στην υγεία κατά την παρούσα χρονική συγκυρία. Οι πολιτικές σκληρής λιτότητας που εφαρμόζονται σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, με την υιοθέτηση περιοριστικών εισοδηματικών μέτρων, την αύξηση των άμεσων και έμμεσων φόρων, τη θέσπιση μέτρων ενίσχυσης της ευελιξίας στην αγορά εργασίας και την περικοπή των δημόσιων δαπανών, αναμένεται να επιδράσουν αρνητικά στους προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας, επιδεινώνοντας το χάσμα μεταξύ των κοινωνικών ομάδων.⁹ Επιπροσθέτως, υγειονομικές μεταρρυθμίσεις όπως αυτές που επιχειρούνται σήμερα στην Ελλάδα και δίνουν έμφαση τόσο στην αποδοτικότητα όσο, εν μέρει, και στην αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας, με πρωταρχικό όμως στόχο την περικοπή των δαπανών υγείας, παραβλέπουν παντελώς τη διάσταση της ισοτιμίας στην πρόσβαση, τη χρησιμοποίηση και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.¹⁰ Η μελέτη των επιπτώσεων της συνδυαστικής επίδρασης των παραπάνω εξελίξεων στην υγεία του ελληνικού πληθυσμού θα πρέπει να αποτελέσει άμεση προτεραιότητα, δεδομένης της περιορισμένης σχετικής ερευνητικής δραστηριότητας.

Αθήνα, Απρίλιος 2012
Χαράλαμπος Οικονόμου

9. Stuckler D. – Basu, S. – Suhrcke, M. – Coutts, A. – McKee, M. (2009), «The Public Health Effect of Economic Crises and Alternative Policy Responses in Europe: An Empirical Analysis», *The Lancet*, τόμ. 374, τχ. 9686, σ. 315-323.

10. Ch. Economou (2012), «The Performance of the Greek Healthcare System and the Economic Adjustment Programme: “Economic Crisis” Versus “System-Specific Deficits” Driven Reform», *Social Theory*, τχ. 2, σ. 33-69.