

Προσέγγιση των κοινωνικών και περιφερειακών ανισοτήτων της υγείας στην Ελλάδα

Κυριάκος ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ

1. Εισαγωγή

Το φαινόμενο των υγειονομικών ανισοτήτων, έχει επισημανθεί πολλές φορές τόσο στη διεθνή όσο και στην ελληνική βιβλιογραφία, και η αντιμετώπισή του, έχει αναχθεί σε κύρια προτεραιότητα κατά τον σχεδιασμό όλων των μορφών των υγειονομικών συστημάτων. Η παρουσία μάλιστα του φαινομένου στις περισσότερες βιομηχανικές και αναπτυσσόμενες χώρες, οδήγησε τη διεθνή κοινότητα στην υιοθέτηση μιας παγκόσμιας στρατηγικής, με σκοπό τη μείωση των ανισοτήτων που παρατηρούνται, είτε μεταξύ διαφορετικών κοινωνικών ομάδων, είτε μεταξύ διαφορετικών χωρών.

Στο παρόν άρθρο, εξετάζεται το πρόβλημα τόσο στην κοινωνικοοικονομική, όσο και στην περιφερειακή του διάσταση. Αρχικά επιχειρείται η εννοιολογική προσέγγιση των ανισοτήτων στην υγεία μέσα από επισκόπηση δευτερογενών πηγών της ελληνικής και της διεθνούς βιβλιογραφίας, ενώ στη συνέχεια η μελέτη αποσκοπεί στην αποτύπωση της περιφερειακής διάστασης του προβλήματος στη χώρα μας, με τη συσχέτιση των δεικτών υγείας με δείκτες που συνδέονται με το επίπεδο ανάπτυξης των περιφερειών.

Επιπλέον, οι δείκτες υγείας που εξετάζονται (θνησιμότητα και νοσηρότητα), συσχετίζονται με δείκτες που αφορούν στην περιφερειακή κατανομή των πόρων

Κυριάκος ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ, Δρ. Παντείου Πανεπιστημίου (Οικονομικών της Υγείας)

υγείας στην Ελλάδα, ώστε να εκτιμηθεί ο βαθμός επιρροής της περιφερειακής συγκρότησης των υπηρεσιών υγείας, στις υγειονομικές ανισότητες.

Το υλικό του εμπειρικού μέρους της μελέτης, προέρχεται για τους μεν δείκτες υγείας από στοιχεία της ΕΣΥΕ και επεξεργασία του Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, ενώ τα στοιχεία που αφορούν στην κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη της χώρας, από το Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας, τον ΟΑΕΔ και την ΕΣΥΕ, έπειτα από ειδική μελέτη των "Νομών της Ελλάδος" σε συνεργασία με το Ινστιτούτο Περιφερειακής Ανάπτυξης του Παντείου Πανεπιστημίου. Τέλος, σε δεδομένα της ΕΣΥΕ και ειδικότερα της "Στατιστικής Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής", βασίζονται οι υπολογισμοί των μεγεθών που αφορούν στην περιφερειακή κατανομή των πόρων υγείας.

2. Εννοιολογικός προσδιορισμός των ανισοτήτων στην υγεία

Η εννοιολογική προσέγγιση των υγειονομικών ανισοτήτων, αποτελεί ένα ζήτημα που άλλοτε έχει σαν πεδίο αναφοράς το επίπεδο και την υγειονομική κατάσταση των πληθυσμών και άλλοτε, τον τρόπο παροχής και χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τα άτομα. Αλλιώς, οι υγειονομικές ανισότητες διακρίνονται σε ανισότητες ως προς τη νόσο και το θάνατο και σε ανισότητες ως προς τις δαπάνες και τις παροχές, με τις πρώτες να αντανakλούν την επίδραση των κοινωνικο-οικονομικών, πολιτικών και πολιτιστικών δομών στο επίπεδο υγείας και τις δεύτερες να αποτελούν έκφραση των διαφοροποιήσεων στην κατανάλωση και προσφορά των υπηρεσιών υγείας.

Σχετικά με την παραπάνω διάκριση των υγειονομικών ανισοτήτων και σε σχέση με τις απαιτούμενες

στρατηγικές για την αντιμετώπισή τους, θα χρησιμοποιήσουμε σαν κριτήριο τον αναπόφευκτο ή όχι χαρακτήρα τους και θα επικεντρωθούμε στις περιπτώσεις εκείνες, όπου το φαινόμενο των ανισοτήτων είναι αναστρέψιμο. Έτσι, μελετώντας τους παράγοντες που συνδράμουν στην διαμόρφωση της υγειονομικής ταυτότητας του κάθε ατόμου, διαπιστώνουμε πως η τελευταία καθορίζεται από μια σειρά από παράγοντες και συγκεκριμένα :

- την κοινωνικοοικονομική δομή της κοινωνίας (σχέσεις και τρόπος παραγωγής, κοινωνική διαστρωμάτωση),
- πολιτικοοικονομικούς παράγοντες (επίπεδο ανάπτυξης – προγραμματισμός του τομέα της υγείας),
- κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες (τρόπος ζωής, συνθήκες στέγασης και εργασίας, κοινωνικές ανισότητες),
- μορφωτικούς – ψυχολογικούς παράγοντες (επίπεδο εκπαίδευσης, ήθη και έθιμα, συμπεριφορές απέναντι στην υγεία),
- οικολογικούς παράγοντες (επίπεδο μόλυνσης του περιβάλλοντος, βαθμός προστασίας οικοσυστήματος),
- γεωγραφικούς παράγοντες (κλιματολογικές συνθήκες, φυσικός πλούτος και παραγωγικότητα της γης, επικοινωνιακό δίκτυο),
- δημογραφικούς παράγοντες (εξέλιξη του πληθυσμού, φυσική κίνηση του πληθυσμού, μετανάστευση, οικογενειακός προγραμματισμός),
- υγειονομικούς παράγοντες (επίπεδο υγειονομικών,

επιδημιολογικών, ιατρικών γνώσεων, διατροφή, κληρονομικές καταβολές).

Αντίστοιχα, σύμφωνα με την Whitehead, μπορούμε να προσδιορίσουμε τους παρακάτω καθοριστικούς παράγοντες των διαφοροποιήσεων και των ανισοτήτων στην υγεία :

1. Φυσική, βιολογική διαφοροποίηση.
2. Συμπεριφορά που χαρακτηρίζεται ως επιβλαβής για την υγεία, ελεύθερα επιλεγμένη.
3. Παροδικό πλεονέκτημα υγείας ομάδων που υιοθετούν νωρίτερα συμπεριφορά προαγωγής της υγείας (με την προϋπόθεση ότι και οι άλλες ομάδες μπορούν να υιοθετήσουν αντίστοιχες συμπεριφορές).
4. Επιβλαβής για την υγεία συμπεριφορά, με τον βαθμό επιλογής του τρόπου ζωής να είναι περιορισμένος (λόγω της ύπαρξης διαφόρων κοινωνικοοικονομικών παραγόντων).
5. Έκθεση σε ανθυγιεινό τρόπο ζωής και συνθήκες εργασίας.
6. Ανεπαρκής πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες υγείας και άλλες δημόσιες υπηρεσίες.
7. Αρνητική κοινωνική κινητικότητα σχετική με την υγεία (οι ασθενείς υποβαθμίζονται στην κοινωνική κλίμακα).

Έχοντας υπόψη μας τα παραπάνω, εντοπίζουμε διαφοροποιήσεις που θεωρούνται αναπόφευκτες και ανάγονται στις φυσικές - βιολογικές διαφορές που υπάρχουν από άτομο σε άτομο και διαφοροποιήσεις που δεν μπορούν να αποδοθούν σε τέτοιους παράγοντες και θεωρούνται περιττές και άδικες.

Πιο συγκεκριμένα, είναι ευνόητο πως δεν είναι δυνατή η επίτευξη μιας κατάστασης όπου όλοι σε έναν πληθυσμό θα έχουν το ίδιο επίπεδο υγείας, θα αντιμετωπίζουν στην ζωή τους τις ίδιες ασθένειες και θα έχουν την ίδια διάρκεια ζωής. Κάτι τέτοιο, αφενός δεν είναι επιθυμητό και αφετέρου δεν είναι επιτεύξιμο, λόγω των διαφορών στην λειτουργία των οργανισμών των ατόμων, από την επίδραση της ηλικίας, του φύλου και γενικά των βιολογικών τους διαφοροποιήσεων. Στην περίπτωση λοιπόν αυτή, οι διαφοροποιήσεις είναι αναπόφευκτες και δεν κατατάσσονται στις ανισότητες στην υγεία, ενώ αντίστοιχα, δεν θεωρούνται άδικες οι διαφορές που οφείλονται σε προσωπικές στάσεις και συμπεριφορές των ατόμων, οι οποίες όμως αποτελούν συνειδητές επιλογές τους και δεν είναι επιβεβλημένες από κοινωνικούς ή οικονομικούς παράγοντες.

Στην τελευταία περίπτωση, το ερώτημα που τίθεται αφορά στο κατά πόσο οι προσωπικές επιλογές συμπεριφοράς υγείας ελέγχονται από τα ίδια τα άτομα και δεν αποδίδονται στην επίδραση άλλων παραγόντων, οι οποίοι μάλιστα λειτουργούν ενισχύοντας ο ένας τον άλλον, με αποτέλεσμα ορισμένες ομάδες να είναι περισσότερο ευάλωτες στην κακή υγεία. Έτσι, ενώ οι διαφοροποιήσεις στο επίπεδο υγείας, οι οποίες πηγάζουν από ελεύθερες επιλογές καλά πληροφορημένων ατόμων που έχουν ίδιες δυνατότητες επιλογής δεν είναι άδικες και δεν αποτελούν στόχο της πολιτικής για την άρση των υγειονομικών ανισοτήτων, δεν συμβαίνει το ίδιο με τις επιλογές που συσχετίζονται με το κοινωνικό περιβάλλον.

Οι τελευταίες, θεωρούνται άδικες, αθέμιτες και περιττές και η άρση τους περιλαμβάνεται στην στρατηγική της Π.Ο.Υ. για την ισότητα στην υγεία, όπως συμβαί-

νει και με τις διαφορές που προκύπτουν από την έκθεση σε ανθυγιεινό τρόπο ζωής και εργασίας, την ανεπαρκή πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και την αρνητική κοινωνική κινητικότητα των ασθενών.

3. Βασικές παράμετροι των ανισοτήτων στην υγεία.

Επανερχόμενοι στην πρώτη διάκριση που κάναμε ανάμεσα σε ανισότητες ως προς τη νόσο και το θάνατο και σε ανισότητες ως προς τις δαπάνες και τις παροχές, εντοπίζουμε τους προσανατολισμούς που πρέπει να έχει μια πολιτική προώθησης της ισότητας στην υγεία, οι οποίοι είναι :

α)προς την επίτευξη της ισότητας στο τελικό αποτέλεσμα, με την έννοια της άρσης των υγειονομικών ανισοτήτων σε επίπεδο πληθυσμιακών ομάδων (με γεωγραφικά και κοινωνικά κριτήρια) και

β)προς την επίτευξη της ισότητας στην πρόσβαση και στην προσπέλαση στις προσφερόμενες υπηρεσίες (είτε ανάμεσα σε γεωγραφικές περιφέρειες είτε ανάμεσα σε κοινωνικά στρώματα και τάξεις).

Τόσο όμως από την προηγούμενη αναφορά μας όσο και από άλλες μελέτες, προκύπτει μια άμεση σχέση μεταξύ του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου των ατόμων και της υγειονομικής τους κατάστασης, με τις κοινωνικοοικονομικές μάλιστα ανισότητες να εκφράζονται τόσο σε σχέση με τη νόσο και το θάνατο, όσο και σε σχέση με την πρόσβαση και κατανάλωση των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Εξαιρετικά εντυπωσιακά στοιχεία για την συσχέτιση της κοινωνικής θέσης των ατόμων με τις υγειονομικές ανισότητες και τα οξυμένα προβλήματα που οφείλο-

νται σε αυτές, προκύπτουν από την έρευνα των Townsend και Davidson, γνωστή ως «Black Report» η οποία αφορά στην παρουσία του εν λόγω προβλήματος στη Βρετανία. Σύμφωνα λοιπόν με την παραπάνω έρευνα, παρατηρείται μια ιδιαίτερη συσχέτιση μεταξύ θνησιμότητας και επαγγελματικής τάξης, με τα ποσοστά θνησιμότητας της κατηγορίας των μερικά εκπαιδευμένων χειρωνακτών, να είναι διόμισυ φορές μεγαλύτερα από τα αντίστοιχα της κατηγορίας των επαγγελματιών.

Η ταξική μάλιστα κατηγοριοποίηση της θνησιμότητας διαφαίνεται από τα πρώτα κιόλας χρόνια της ζωής των ατόμων, με τα παιδιά των οικογενειών της πρώτης κατηγορίας (μερικώς ειδικευμένοι χειρωνακτές), να διατρέχουν διπλάσιο κίνδυνο θανάτου απ' ότι τα παιδιά της δεύτερης (επαγγελματίες) κατά το διάστημα από την γέννηση, μέχρι την συμπλήρωση του πρώτου μήνα της ζωής τους. Οι ανισότητες βέβαια επεκτείνονται και στη συνέχεια, με αποτέλεσμα μέχρι τη συμπλήρωση ενός έτους ζωής, να παρουσιάζονται δύο θάνατοι βρεφών σε οικογένειες ειδικευμένων και τρεις σε οικογένειες ανειδίκευτων χειρωνακτών, έναντι ενός θανάτου βρέφους, σε οικογένειες επαγγελματιών.

Σχετικά με τις αιτίες θανάτου, από τα στοιχεία που αφορούν τόσο στα παιδιά όσο και στους ηλικιωμένους, προκύπτει μια έκδηλη σύνδεση των αιτιών της θνησιμότητας, αρχικά με το περιβάλλον ανάπτυξης των παιδιών, τις προϋποθέσεις ασφάλειας και την παροχή της απαιτούμενης φροντίδας και στη συνέχεια, με το μορφωτικό επίπεδο, το εισόδημα, τις συνθήκες στέγασης και εργασίας και τον τρόπο ζωής.

Σε παρόμοια συμπεράσματα καταλήγουν οι περισ-

σότερες μελέτες, οι οποίες συσχετίζουν τον κοινωνικό προσδιορισμό των ατόμων με τις διαφοροποιήσεις στην νοσηρότητα και τη θνησιμότητα, με ιδιαίτερη έμφαση στην συνάφεια του εργασιακού περιβάλλοντος, με την πρόκληση συγκεκριμένων ασθενειών και ατυχημάτων (Cullen & Siegrist 1984, Theorell & Floderus-Myrhed 1977, Friedman et 1958, H.M.S.O 1978).

Αντίστοιχες μελέτες έχουν γίνει και στη χώρα μας (Μπαμπανάσης 1981, Καραγιωργας κ.α. 1990), με κύριο προσανατολισμό την σχέση μεταξύ φτώχειας και υγείας και την διαμόρφωση και εξέλιξη του νοσολογικού φάσματος ανάμεσα σε διαφορετικές επαγγελματικές και εισοδηματικές κατηγορίες πληθυσμού. Σύμφωνα λοιπόν με τη μελέτη του Μπαμπανάση, το χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης, η υψηλή θνησιμότητα και η έξαρση των θανάτων από ασθένειες όπως η ελονοσία και η φυματίωση, που παρουσιάζονταν στην χώρα μας κατά το πρώτο μισό του 20ου αιώνα, οφείλονταν κυρίως στις άσχημες συνθήκες διατροφής, κατοικίας, υγιεινής στους χώρους εργασίας και διαβίωσης γενικότερα. Σημειώνει επίσης, ότι τα παραπάνω φαινόμενα χαρακτήριζαν τα φτωχά στρώματα, των οποίων μάλιστα η κατάσταση δεν βελτιώθηκε αισθητά, παρά τις βελτιώσεις που συντελέστηκαν γενικότερα στο επίπεδο υγείας στη χώρα μας μεταπολεμικά.

Ιδιαίτερα εμπεριστατωμένη, θεωρείται και η μελέτη των Καραγιωργα κ.α., στην οποία επιδιώκεται η αποτύπωση του νοσολογικού φάσματος των ασθενών ανά επαγγελματική κατηγορία και από την οποία προέκυψαν ιδιαίτερα ενδιαφέροντα στοιχεία, όπως :

- Οι εργαζόμενοι σε χειρωνακτική εργασία (γεωργοί

- κτηνοτρόφοι και τεχνίτες -εργάτες), εμφανίζουν σε μεγαλύτερη συχνότητα προβλήματα από λοιμώξεις, κακώσεις και ασθένειες του μυοσκελετικού συστήματος, ενώ είναι περισσότερο επιρρεπείς σε ατυχήματα.

- Για τους διευθυντές, τα ανώτερα στελέχη, τους επιστήμονες και τους ελεύθερους επαγγελματίες που συνήθως ζουν κάτω από τον αστικό τρόπο διαβίωσης και το έντονο stress, οι συχνότερες ασθένειες είναι οι καρδιοπάθειες, τα νεοπλάσματα, οι νόσοι του πεπτικού συστήματος και τα τροχαία ατυχήματα.
- Οι υπάλληλοι γραφείου, οι έμποροι και οι εργαζόμενοι στην παροχή υπηρεσιών, παρουσιάζουν συχνότερα προβλήματα από νόσους του πεπτικού συστήματος, κυκλοφοριακά, τροχαία ατυχήματά και αναπνευστικά.

Μεταφέροντας την ανάλυσή μας στο ζήτημα της πρόσβασης και χρησιμοποίησης των υπηρεσιών από τα άτομα με κριτήριο τα κοινωνικοοικονομικά τους χαρακτηριστικά, διαπιστώνουμε και εκεί έναν μεγάλο βαθμό συσχέτισης. Συγκεκριμένα, διάφορες μελέτες Tilmuss (1968) έχουν αποδείξει πως οι ανώτερες εισοδηματικές ομάδες του πληθυσμού, μπορούν και έχουν την γνώση ώστε να αξιοποιούν με καλύτερο τρόπο τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας. Επιπρόσθετα, πολλές φορές παρατηρούνται φαινόμενα υπερχρησιμοποίησης μερικών υπηρεσιών (κυρίως προληπτικής ιατρικής) από τις περισσότερο προνομιούχες ομάδες, τη στιγμή που τα φτωχότερα στρώματα, χρησιμοποιούν πολύ λιγότερο τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τις ανάγκες τους.

Οι παράγοντες που συντελούν στην ύπαρξη διαφοροποιήσεων και ανισοτήτων ως προς την πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες, είναι κυρίως το εισόδημα και το μορφωτικό επίπεδο, ενώ σημαντική επίσης είναι η επίδραση της μορφής του συστήματος υγείας, αλλά και του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας του ασφαλιστικού συστήματος.

Για παράδειγμα, το κόστος μετακίνησης επηρεάζει περισσότερο τα χαμηλά εισοδήματα, ενώ η έλλειψη πληροφόρησης σε άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, στερεί την δυνατότητα εκτίμησης της κατάστασης της υγείας τους, με αποτέλεσμα πολλές φορές να γίνονται αντικείμενο εκμετάλλευσης ή στην καλύτερη περίπτωση, να μην αξιοποιούν τον χρόνο της ιατρικής επίσκεψης, στον βαθμό που θα την αξιοποιούσε ένας ενημερωμένος ασθενής.

Εκτός όμως από την ποιοτική αυτή διάσταση των ανισοτήτων στην πρόσβαση και κατανάλωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ουσιαστικά προβλήματα αποκλεισμού αντιμετωπίζουν συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες, όπως οι εθνικές μειονότητες - που πέραν των άλλων έχουν να αντιμετωπίσουν και τους γλωσσικούς και πολιτιστικούς περιορισμούς κατά την πρόσβαση - οι μετανάστες και το ξένο εργατικό δυναμικό, οι ηλικιωμένοι με πρόβλημα μετακίνησης, τα άτομα με ειδικές ανάγκες και οι χρονίως πάσχοντες κλπ.

Ειδικά για τους τελευταίους, έχει γίνει αναφορά σε πολλές μελέτες σχετικά με την υποβάθμιση των ασθενών και την γενικότερη τάση των αρρώστων να γίνονται φτωχοί, ακριβώς λόγω της στέρησης που προκαλεί η ασθένεια στο εισόδημα, την εργασία, την εκπαίδευση, αλλά και τις αναγκαίες υπηρεσίες υγεί-

ας. Με δεδομένη λοιπόν την επίδραση της οικονομικής κατάστασης των ατόμων: α) στους δείκτες θνησιμότητας και θνητότητας, β) στο δείκτη νοσηρότητας, γ) στο προσδόκιμο επιβίωσης, δ) στην πρόσβαση στις διαθέσιμες υπηρεσίες και ε) στους δείκτες επίπτωσης, διαπιστώνουμε πως μεταξύ φτώχειας και υγείας υφίσταται μια αλληλοτροφοδοτούμενη σχέση, που οδηγεί αφενός στην οικονομική και κοινωνική καθήλωση των αρρώστων και αφετέρου στην στασιμότητα ή και επιδείνωση της υγειονομικής τους κατάστασης, λόγω της μη δυνατότητας εξασφάλισης της απαραίτητης φροντίδας και βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης.

Από την οπτική της δομής και της οργάνωσης των συστημάτων υγείας, προκύπτουν στοιχεία τόσο για το πεδίο και τη φύση των ανισοτήτων, όσο και για την αντιμετώπισή τους, με δεδομένο όμως το ότι μια τέτοια προσπάθεια, υπόκειται σε περιορισμούς που υπερβαίνουν το σύστημα υγείας, αλλά συνδέονται με το γενικότερο πολιτικό, οικονομικό, κοινωνικό και πολιτιστικό πλαίσιο. Θεωρείται λοιπόν, πως στα δημόσια συστήματα, ευδοκιμούν περισσότερο οι εξισωτικές απόψεις και μεταφράζονται σε πολιτικές εξασφάλισης ίσων ευκαιριών στην πρόσβαση. Αντίθετα, στα φιλελεύθερα συστήματα, που διέπονται από τους κανόνες της αγοράς, αποκλείονται όσοι αδυνατούν να πληρώσουν, με αποτέλεσμα να δημιουργείται ζήτημα ανισότητας στην πρόσβαση και χρησιμοποίηση των υπηρεσιών, εξ' αιτίας των εισοδηματικών διαφοροποιήσεων των ατόμων.

Τέλος, σχετικά με τον ρόλο της ανάπτυξης του κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος στην διαμόρφωση των υγειονομικών ανισοτήτων, το παράδειγμα της χώρας μας όπως αναφέρεται στην μελέτη των Καράγιωργα

κ.α. με τίτλο «Διαστάσεις της φτώχειας στην Ελλάδα» (1990), δείχνει υψηλότερους δείκτες νοσηρότητας σε ασθενείς που υπάγονται σε ασφαλιστικά ταμεία με χαμηλές παροχές. Το γεγονός αυτό, εντάσσεται στα πλαίσια των γενικότερων ανισοτήτων που παρατηρούνται μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων του πληθυσμού της χώρας μας. Λόγω της αποσπασματικής ανάπτυξης του ασφαλιστικού συστήματος και των υφιστάμενων διαφοροποιήσεων στον βαθμό της ασφαλιστικής κάλυψης.

4. Περιφερειακή διάσταση των ανισοτήτων της υγείας στην Ελλάδα

Όπως προαναφέραμε, το πρόβλημα των υγειονομικών ανισοτήτων δεν περιορίζεται στα πλαίσια των κοινωνικοοικονομικών διαφοροποιήσεων των ατόμων, αλλά σε μεγάλο βαθμό εκδηλώνεται και σε γεωγραφικό επίπεδο, με την εμφάνιση περιφερειακών ανισοτήτων τόσο ως προς τους δείκτες υγείας, όσο και ως προς την ποσότητα και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Το πρόβλημα βέβαια αυτό, στην γεωγραφική-περιφερειακή του διάσταση, συνδέεται με τα γενικότερα προβλήματα και τις διακυμάνσεις στους ρυθμούς ανάπτυξης των περιφερειών, όπου παρατηρούνται με τη σειρά τους έντονες διαφοροποιήσεις.

Το φαινόμενο μάλιστα αυτό, απαντάται σε μόνιμη βάση στις περισσότερες χώρες και αποτελεί παράμετρο των προβλημάτων που προέκυψαν από την ανασύσταση της σχέσης κεντρικού και τοπικού, την μείωση των κρατικών επιχορηγήσεων προς το τοπικό επίπεδο και την μείωση των δαπανών του κοινωνικού κράτους από τα μέσα της δεκαετίας του '70, δημιουρ-

γώντας συνθήκες υποβάθμισης στον κοινωνικό - και όχι μόνο - χαρακτήρα της τοπικής ανάπτυξης

Έτσι, από διάφορες μελέτες έχει διαπιστωθεί πως οι κάτοικοι περιφερειών με υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης βρίσκονται σε καλύτερο υγειονομικό επίπεδο -όπως εκφράζεται από τους δείκτες θνησιμότητας, νοσηρότητας και προσδοκώμενης ζωής - από τους κατοίκους περιφερειών που βρίσκονται σε οικονομική στασιμότητα και παρακμή. Ενδεικτικά αναφέρουμε την μελέτη των Townsend, Phillimore & Beattie όπου μεταξύ άλλων, διαπιστώθηκε η ύπαρξη έντονων διαφοροποιήσεων στους δείκτες θνησιμότητας μεταξύ των περιφερειών της βόρειας και νοτιοανατολικής Βρετανίας, οι οποίοι συνδυάζονταν με αντίστοιχες διαφοροποιήσεις στους κοινωνικοοικονομικούς δείκτες.

Το πρόβλημα είναι ιδιαίτερα έντονο και στην χώρα μας, όπου παρατηρούνται σημαντικές διαφοροποιήσεις σε περιφερειακό επίπεδο τόσο στους δείκτες γενικής και βρεφικής θνησιμότητας όσο και στους δείκτες νοσηρότητας (πίνακες 1, 2 και 3 αντίστοιχα).

Όσο αφορά στην θνησιμότητα, τα στοιχεία για τον υπολογισμό της προέρχονται όπως προαναφέραμε από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδας, με τη σχετική επεξεργασία του Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας. Οι δείκτες θνησιμότητας εκφράζονται σε πληθυσμό 100.000 και έχουν προτυπωθεί κατά ηλικία με βάση τον ευρωπαϊκό πληθυσμό ώστε να είναι συγκρίσιμοι και να μην επηρεάζονται από τις διαφορές στην ηλικιακή σύνθεση των πληθυσμών.

Έτσι, όπως φαίνεται στον πίνακα 1, η Θράκη παρουσιάζει τον υψηλότερο δείκτη θνησιμότητας σε σχέση με τις υπόλοιπες περιφέρειες, ενώ ακολουθούν οι

περιφέρειες της Μακεδονίας και της Πρωτεύουσας.

Όσο αφορά στη βρεφική θνησιμότητα (πίνακας 2), περισσότερο επιβαρυνμένες είναι οι περιφέρειες της Θράκης, της Θεσσαλίας και της Κρήτης, ενώ αξίζει να αναφερθεί πως ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας θεωρείται ως ο πλέον αντιπροσωπευτικός της ιατροκοινωνικής ανάπτυξης μιας περιφέρειας.

Τέλος, όσο αφορά στη μελέτη των δεικτών νοσηρότητας (πίνακας 3), σημειώνουμε ότι βασίστηκε επίσης σε στοιχεία της ΕΣΥΕ, τα οποία όμως ελέγχονται ως προς το βαθμό αποτύπωσης της πραγματικότητας, αφού υπολογίζονται κατά έδρα θεραπευτηρίου. Αυτό σημαίνει πως δεν λαμβάνονται υπόψη οι διαπεριφερειακές ροές ασθενών οι οποίες σε ορισμένες περιφέρειες είναι όπως θα δούμε και στη συνέχεια, ιδιαίτερα υψηλές. Πάντως, αναφέρουμε ότι οι περισσότεροι επιβαρυνμένες περιφέρειες (για το σύνολο των νοσημάτων), είναι η Κρήτη, η Μακεδονία, και τα Ιόνια Νησιά, ενώ αξιοσημείωτη είναι η υψηλή νοσηρότητα του πληθυσμού της Κρήτης για νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος και της Θράκης για νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος.

Όσο αφορά στην ερμηνεία του φαινομένου των περιφερειακών υγειονομικών ανισοτήτων, προβάλλονται αντίστοιχες προσεγγίσεις - όπως και στην περίπτωση των κοινωνικών ανισοτήτων - οι κυριότερες από τις οποίες αποδίδουν το πρόβλημα :

- στη διάκριση των υγιών ατόμων μέσα στις περιφέρειες, στα οποία στηρίζεται η ανάπτυξη της περιφέρειάς τους (θεωρία της φυσικής, κοινωνικής και υγειονομικής διάκρισης).
- στις ατομικές επιλογές και στον τρόπο ζωής που

υιοθετούν τα άτομα, κάτω από τις ξεχωριστές βιολογικές, οικολογικές, κοινωνικοοικονομικές συνθήκες που επικρατούν σε κάθε περιφέρεια και που διαμορφώνουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

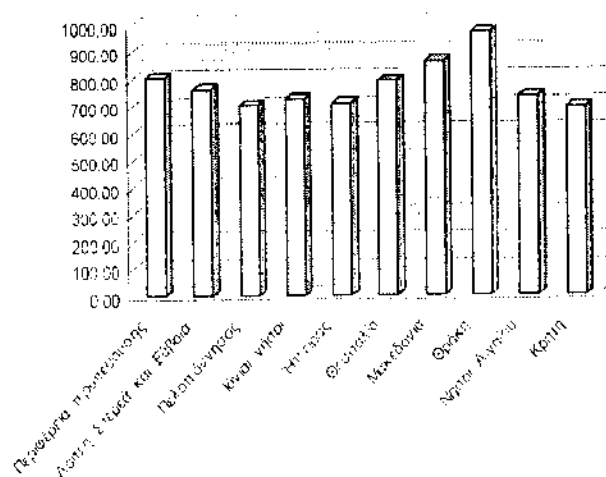
- στις υφιστάμενες κοινωνικοοικονομικές διαφοροποιήσεις των περιφερειών, (στην οικονομική ανάπτυξη, στο εισόδημα, στην απασχόληση, στις συνθήκες διαβίωσης κλπ.), οι οποίες οδηγούν σε υγειονομικές ανισότητες (θεωρία της κοινωνικής αιτιολογίας).
- στην ανορθολογική κατανομή των πόρων υγείας, που οδηγεί στην δημιουργία ανισοτήτων στην πρόσβαση και την χρησιμοποίηση των υπηρεσιών.

Ο ρόλος των δύο τελευταίων παραγόντων στην δημιουργία υγειονομικών ανισοτήτων σε περιφερειακό επίπεδο στην χώρα μας, έχει ήδη τονιστεί στις περισσότερες μελέτες, οι οποίες επισημαίνουν τις ανισότητες ως προς την γενικότερη κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη των περιφερειών, καθώς και τις ανισότητες στην γεωγραφική διάρθρωση των υπηρεσιών υγείας.

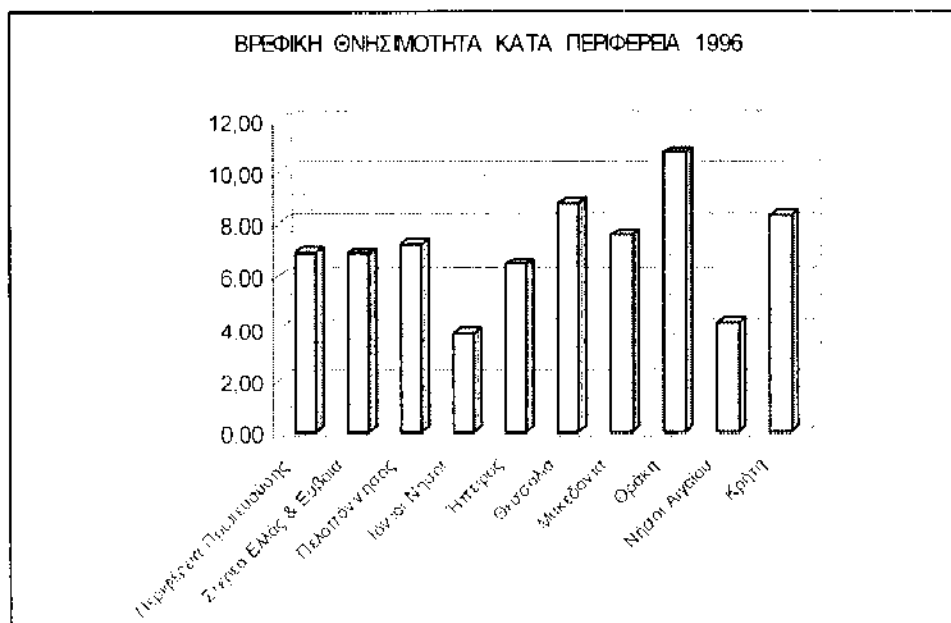
Όπως βλέπουμε και στον πίνακα 4, οι περιφέρειες της χώρας μας χαρακτηρίζονται από έντονες διαφοροποιήσεις τόσο στο ποσοστό ανεργίας, όσο και στο κατά κεφαλήν ΑΕΠ, με αποτέλεσμα να ακολουθούν διαφορετική αναπτυξιακή πορεία. Ειδικότερα, η νησιωτική Ελλάδα βρίσκεται στη δυσμενέστερη θέση από πλευράς ανεργίας με 31.4% για τα νησιά του Ιονίου και 27.1% για τα νησιά του Αιγαίου. Αντίθετα, σε σχέση με το κατά κεφαλήν ΑΕΠ, οι περιφέρειες που βρίσκονται στην χαμηλότερη θέση της σχετικής

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΠΡΟΤΥΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ 1996	
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΠΡΟΤΥΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ 1996
Περιφέρεια Πρωτευούσης	808,2
Στερεά Ελλάς & Εύβοια	761,2
Πελοπόννησος	704,7
Ιόνιοι Νήσοι	726,3
Ήπειρος	712,2
Θεσσαλία	795,1
Μακεδονία	865,4
Θράκη	971,5
Νήσοι Αιγαίου	735,3
Κρήτη	694,9
Πηγή : Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας (2000).	

ΠΡΟΤΥΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ 1996



ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΒΡΕΦΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ 1996	
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΒΡΕΦΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ 1996
Περιφέρεια Πρωτευούσης	6,91
Στερεά Ελλάς & Εύβοια	6,87
Πελοπόννησος	7,22
Ιόνιοι Νήσοι	3,80
Ήπειρος	6,48
Θεσσαλία	8,81
Μακεδονία	7,59
Θράκη	10,76
Νήσοι Αιγαίου	4,21
Κρήτη	8,36
Πηγή : Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας (2000).	



κλίμακας είναι αυτές της Ηπείρου, της Στερεάς Ελλάδας και της Πελοποννήσου.

Στο σημείο αυτό επισημαίνουμε πώς παρά τις διαφοροποιήσεις των περιφερειών ως προς το ποσοστό ανεργίας και το κατά κεφαλήν ΑΕΠ, δεν υπάρχει γενικευμένη συσχέτιση μεταξύ των δύο μεγεθών και μόνο σε ορισμένες περιπτώσεις τα δύο φαινόμενα συνυπάρχουν σε υψηλό βαθμό, όπως π.χ. στην περιφέρεια της Ηπείρου.

Συνεπώς, διαπιστώνουμε ότι οι παραδοσιακοί αυτοί δείκτες ανάπτυξης δεν μπορούν μόνοι τους να εκφράσουν με πληρότητα τις αναπτυξιακές διαφορές στο χώρο. Η ρευστότητα αυτή στη σχέση δεικτών και πραγματικής ανάπτυξης ενισχύεται κι από το ενδεχόμενο να απαιτούνται διαφορετικοί αναπτυξιακοί στόχοι και επιδιώξεις σε διαφορετικές περιοχές ή οι

ίδιοι στόχοι και επιδιώξεις, με διαφορετική έμφαση στα επιμέρους στοιχεία του περιεχομένου τους.

Σε κάθε πάντως περίπτωση, είναι δεδομένη η ανάγκη για εμπλουτισμό της προσέγγισης της ανάπτυξης με επιπρόσθετους "κοινωνικούς δείκτες", που να καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα δημογραφικών, οικονομικών, κοινωνικών, πολιτιστικών και άλλων δεικτών που αφορούν είτε άλλες πλευρές της ανάπτυξης, είτε την ποιότητα ζωής. Για την τελευταία μάλιστα διάσταση, αξίζει να αναφερθεί ότι πολλές φορές προκύπτουν αρνητικές επιπτώσεις από την οικονομική ανάπτυξη στην ποιότητα ζωής, όπως συμβαίνει και στην περίπτωση της χώρας μας με ιδιαίτερη έξαρση στα δύο μεγάλα αστικά κέντρα, καθώς και σε ορισμένες άλλες περιοχές, όπου παρατηρείται υψηλή συγκέντρωση πληθυσμού, λειτουργούν μεγάλες και

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑ ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ (1995)						
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΝΟΣΟΥ (εξεληθόντες ασθενείς ανά 1000 κατοίκους)					
	Λοιμώδη- παρασιτικά νοσήματα	Νεοπλάσματα	Νοσήματα Κυκλοφορικού Συστήματος	Νοσήματα Αναπνευστικού Συστήματος	Καρκίνος του στομάχου	Όλα τα νοσήματα
Πρωτεύουσα	2,9	13,3	19,4	11	0,3	129,1
Α.Στερεά-Ευβοία	3,9	12,7	22,3	12,3	0,3	146,4
Πελοπόννησος	3,1	9,7	17	9,8	0,2	121,5
Ιόνια Νησιά	5,3	11,4	18,8	14,7	0,3	148
Ηπειρος	3,7	9,4	16,6	10,3	0,3	138,6
Θεσσαλία	3,6	12	17,4	9	0,4	114,5
Μακεδονία	4,1	15,9	22,5	10,6	0,6	150,7
Θράκη	4,6	15,6	24,3	10,3	0,5	145,6
Αιγαίο	3,1	11,2	16,9	10,4	0,3	126,3
Κρήτη	5,8	13,3	19,7	21,7	0,2	172,8
ΣΥΝΟΛΟ ΕΛΛΑΔΑΣ	4	12,4	19,4	12	0,3	139,4

Πηγή: α)ΕΣΥΕ, Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγείνης 1995, β)Ιδίοι υπολογισμοί.

ρυπογόνες βιομηχανίες ή υπάρχει έντονη τουριστική δραστηριότητα.

Οι ιδιαιτερότητες αυτές, σε συνδυασμό με την έλλειψη αξιόπιστων στοιχείων για την αποτύπωση της αναπτυξιακής φυσιογνωμίας των περιφερειών της χώρας μας, επέβαλαν εκτός από την χρησιμοποίηση της ανεργίας και του κατά κεφαλήν ΑΕΠ και την αναφορά σε δευτερογενείς πηγές για την αποτύπωση της έκτασης της ανισότητας στις περιφέρειες της χώρας. Συγκεκριμένα, αν λάβουμε υπόψη μας και μια σειρά από άλλους συμπληρωματικούς δείκτες που αποτυπώνουν το επίπεδο ζωής και ανάπτυξης όπως οι γεννήσεις, η καλλιεργήσιμη έκταση, ο αριθμός των αυτοκινήτων, ο αριθμός των μαθητών κλπ, διαπιστώνουμε σημαντικές - και μεθοδολογικά πιο έγκυρες - διαφοροποιήσεις στην αναπτυξιακή πορεία των περιφερειών της χώρας μας.

Ειδικότερα, πρόσφατη μελέτη (Γιαννιάς, Λιαργκόβας, Μανωλάς, 1998), βασισμένη εκτός από την ανάλυση

του κατά κεφαλήν εισοδήματος και σε συμπληρωματικούς δείκτες που εκφράζουν τα δημογραφικά, χωροταξικά, εκπαιδευτικά και καταναλωτικά χαρακτηριστικά της χώρας, ταξινομεί τις περιφέρειες της Αθήνας, της Κρήτης, της Μακεδονίας και της Θεσσαλίας στις υψηλότερες θέσεις με βάση τα προαναφερθέντα περιφερειακά και κοινωνικά χαρακτηριστικά ενώ στις δυσμενέστερες θέσεις βρίσκονται οι περιφέρειες της Ηπείρου, των Ιονίων Νήσων, της Στερεάς Ελλάδας και Ευβοίας, της Πελοποννήσου και της Θράκης.

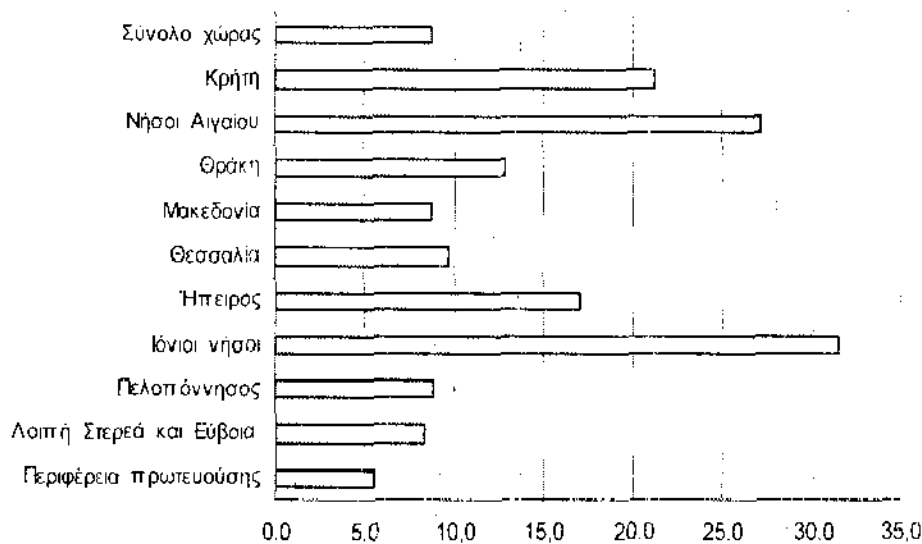
Αντίστοιχες επίσης διαφοροποιήσεις παρουσιάζουν σε επίπεδο περιφερειών και οι δείκτες παροχής υπηρεσιών υγείας (θεραπευτήρια, κλίνες, ιατροί ανά 10.000 κατοίκους κλπ), οι οποίες διαμορφώνουν μια σημαντική ανισότητα ως προς την πρόσβαση και τον βαθμό επάρκειας των υπηρεσιών, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει πως οδηγούν και σε αντίστοιχες ανισότητες στο επίπεδο υγείας. Είναι πάντως σίγουρο πως

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (1996)

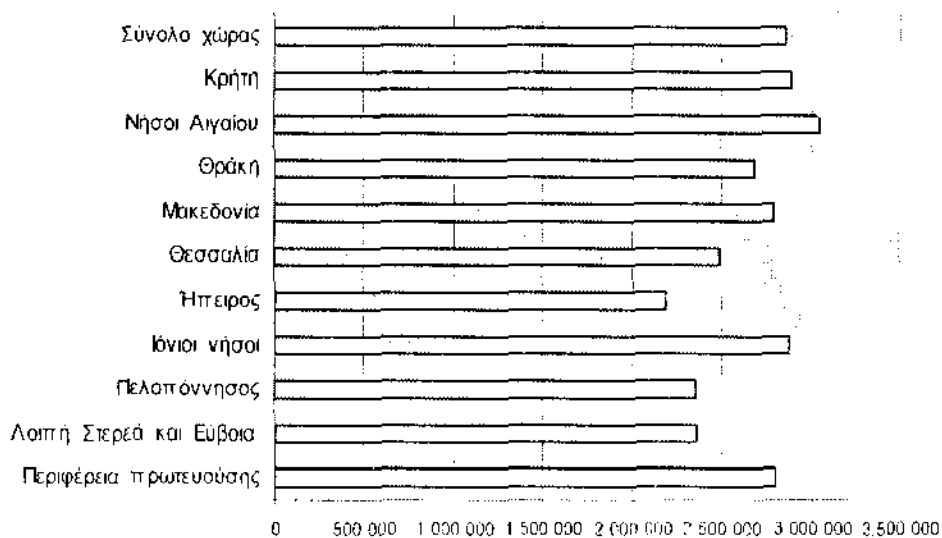
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΕΡΓΙΑΣ	ΑΕΠ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗ
Περιφέρεια πρωτεύουσας	5,5	2.800.165
Λοιπή Στερεά και Εύβοια	8,3	2.353.745
Πελοπόννησος	8,8	2.357.255
Ιόνιοι νήσοι	31,4	2.874.441
Ηπειρος	17	2.185.115
Θεσσαλία	9,7	2.484.542
Μακεδονία	8,7	2.787.378
Θράκη	12,8	2.679.568
Νήσοι Αιγαίου	27,1	3.046.254
Κρήτη	21,2	2.890.281

Πηγή: α) Νομεί της Ελλάδας 2000, β) ΓΠΕ, γ) Ιδίοι υπολογισμοί

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ 1996



ΑΕΠ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ 1996



οι διαφοροποιήσεις στην κατανομή των πόρων υγείας, οι οποίες όπως προκύπτει και από τον παρακάτω πίνακα (πίνακας 5) φθάνουν για κάποιες περιφέρειες σε απόκλιση της τάξης του -20% για τους ιατρούς και του -28% για τις κλίνες από τον μέσο όρο της χώρας, λειτουργούν ενάντια στον επιδιωκόμενο στόχο της ισοστήμης παροχής υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες και σίγουρα επηρεάζουν αρνητικά το επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

Οι ανισότητες σχετικά με την επάρκεια των υπηρεσιών υγείας σε περιφερειακό επίπεδο αποτυπώνονται κατά την μελέτη των διαπεριφερειακών ροών (πίνακας 6), απ' όπου προκύπτει ότι οι μοναδικές αυτοδύναμες υγειονομικά περιφέρειες της χώρας είναι αυτές της Πρωτεύουσας, της Μακεδονίας (Θεσσαλονίκη) και της Ηπείρου.

Συνοψίζοντας, από τη διασταύρωση των πορισμάτων της ανάλυσης σχετικά με τους δείκτες ανάπτυξης, τους δείκτες υγείας και την περιφερειακή κατανομή των πόρων υγείας, παράγεται το παρακάτω διάγραμμα:

5. Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, όπως προκύπτει από τα παραπάνω στοιχεία, διαφαίνεται στην χώρα μας μια ισχυρή αλληλεξάρτηση μεταξύ κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης και ανισοτήτων στις υπηρεσίες υγείας, ενώ η αντίστοιχη συσχέτιση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού των περιφερειών με τους παραπάνω παράγοντες, εμφανίζεται σε ορισμένες μόνο περιφέρειες. Για παράδειγμα, στις περιφέρειες της Θράκης και της Α. Στερεάς και Ευβοίας, το χαμηλό επίπεδο ανάπτυξης, συνδέεται με το πρόβλημα επάρκειας των υπηρεσιών υγείας και παράλληλα με τους υψηλούς

σχετικά δείκτες θνησιμότητας.

Αξιοσημείωτες βέβαια είναι και οι εξαιρέσεις που προκύπτουν από τη διασταύρωση των δεδομένων, όπου για παράδειγμα η περιφέρεια της Θεσσαλίας βρίσκεται σε ικανοποιητικά επίπεδα ανάπτυξης, αντιμετωπίζει όμως προβλήματα επάρκειας σε υπηρεσίες υγείας και επιπλέον εμφανίζει υψηλούς δείκτες θνησιμότητας. Αντίστοιχα συμπεράσματα προκύπτουν και για τις περιφέρειες της Αττικής και της Μακεδονίας, όπου δεν προκύπτει εξάρτηση της θνησιμότητας από τα υψηλά επίπεδα παραγωγικότητας και ανάπτυξης. Η απουσία συσχέτισης στις περιπτώσεις αυτές, οφείλεται όπως προαναφέραμε στην επίδραση κι άλλων παραγόντων όπως το φυσικό περιβάλλον - του οποίου οι επιδράσεις στην υγεία είναι δύσκολο να απομονωθούν - η διαφοροποίηση των καταναλωτικών προτύπων, η ποιότητα της διατροφής, οι συνθήκες υγιεινής στους χώρους εργασίας, η συγκέντρωση πληθυσμού από άλλες περιφέρειες και η μεταφορά των υγειονομικών προτύπων κλπ.

Έτσι η ερμηνεία των γεωγραφικών ανισοτήτων στην υγεία, απαιτεί μια πιο σύνθετη προσέγγιση η οποία θα μπορέσει να εκτιμήσει την ένταση και τον βαθμό με τον οποίο μια σειρά από παράγοντες - τόσο μεμονωμένα όσο και στο σύνολό τους - επηρεάζουν το υγειονομικό προφίλ του ελληνικού πληθυσμού. Ανεξάρτητα πάντως από τις απόψεις που προβάλλονται για την εξήγηση των περιφερειακών υγειονομικών ανισοτήτων, αποτελεί κοινή θέση το γεγονός ότι το κλειδί για την άρση των ανισοτήτων αυτών, βρίσκεται στην προσπάθεια για ισόρροπη ανάπτυξη των περιφερειών σε όλους τους τομείς (οικονομικό, κοινωνικό, πολιτιστικό). Η διαδικασία αυτή της περιφερειακής

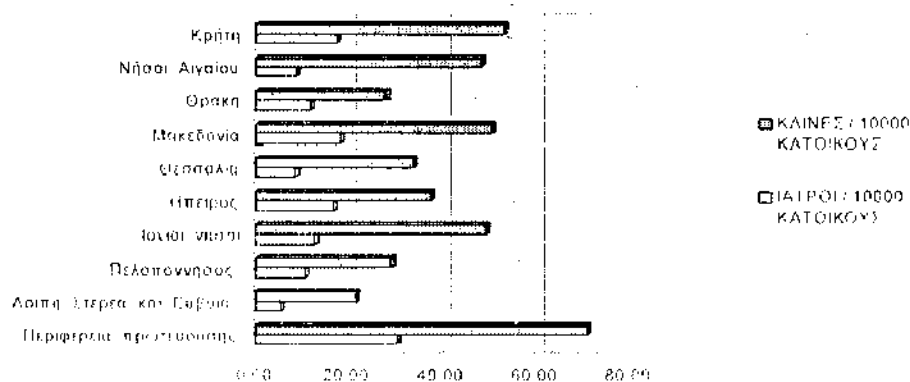
ανάπτυξης, λόγω της σχέσης αιτιότητας της οργάνωσης και λειτουργίας του ευρύτερου περιβάλλοντος με το επίπεδο υγείας, θα βοηθήσει παράλληλα τόσο στην οικονομική ενδυνάμωση των περιφερειών, όσο

και στην επίτευξη καλύτερων υγειονομικών αποτελεσμάτων. Μια τέτοια προοπτική, στηρίζεται σε επιλογές που αφορούν στους παρακάτω στόχους :

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. ΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΚΛΙΝΕΣ ΑΝΑ 10000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (1995)		
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΙΑΤΡΟΙ / 10000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ *	ΚΛΙΝΕΣ / 10000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ *
Περιφέρεια πρωτεύουσας	30,25	70,76
Λοιπή Στερεά και Εύβοια	5,33	21,52
Πελοπόννησος	10,44	28,83
Ιόνιοι νήσοι	12,59	49,21
Ηπείρος	16,67	37,31
Θεσσαλία	8,43	33,61
Μακεδονία	18,00	50,34
Θράκη	11,49	27,73
Νήσοι Αιγαίου	8,58	47,95
Κρήτη	17,20	52,75

Πηγή : ΕΣΥΕ, Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγείνης, 1995.

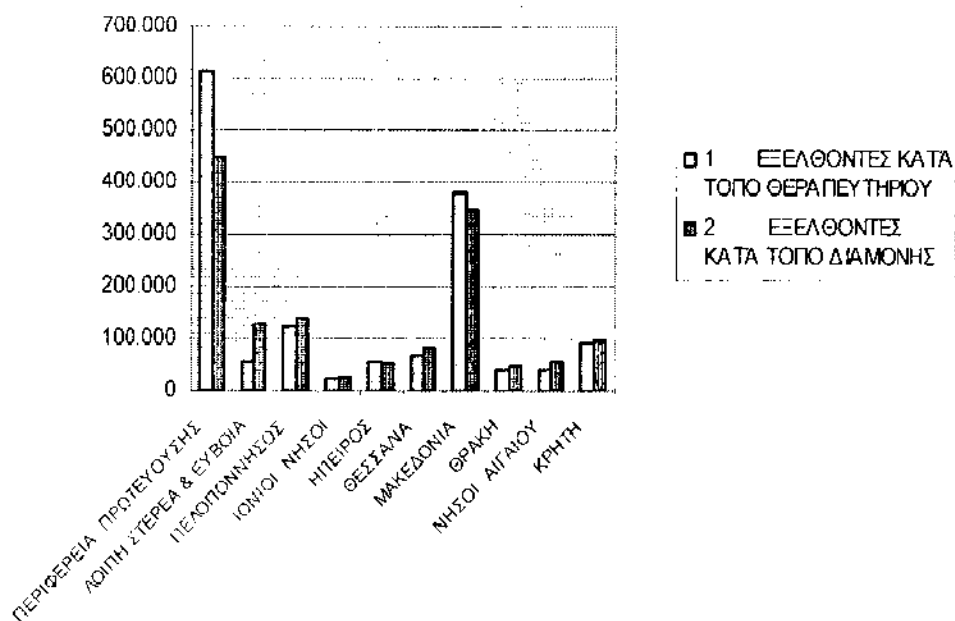
ΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΚΛΙΝΕΣ ΑΝΑ 10.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (1995)



ΠΙΝΑΚΑΣ 6. ΔΙΑΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΕΣ ΡΟΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ (1995)				
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	1 ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ ΚΑΤΑ ΤΟΠΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ	2 ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ ΚΑΤΑ ΤΟΠΟ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	ΔΙΑΦΟΡΑ 1-2	ΡΟΕΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΡΩΤΕΥΟΥΣΗΣ	613.045	447.302	165.743	37,05
ΛΟΙΠΗ ΣΤΕΡΕΑ & ΕΥΒΟΙΑ	54.775	129.828	-75.053	-57,81
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	125.991	140.936	-14.945	-10,60
ΙΟΝΙΟΙ ΝΗΣΟΙ	23.997	29.309	-5.312	-18,12
ΗΠΕΙΡΟΣ	55.787	50.551	5.236	10,36
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	69.002	84.947	-15.945	-18,77
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	378.383	347.849	30.534	8,78
ΘΡΑΚΗ	40.975	46.995	-6.020	-12,81
ΝΗΣΟΙ ΑΙΓΑΙΟΥ	41.686	56.993	-15.307	-26,86
ΚΡΗΤΗ	93.518	96.024	-2.506	-2,61

Πηγή: α) ΕΣΥΥΕ (1995) "Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής", β) δική υπολογισμοί.

ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΟΠΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ ΚΑΙ ΔΙΑΜΟΝΗΣ (1995)



1. βελτίωση του βιοτικού επιπέδου
2. δίκαιη κατανομή των κοινωνικών παροχών
3. εξασφάλιση ενός επιπέδου διαβίωσης, εκπαίδευσης κλπ
4. εξασφάλιση απασχόλησης
5. ανάπτυξη τοπικού κράτους με αποκεντρωτικό χαρακτήρα
6. συγκράτηση του πληθυσμού
7. προστασία του περιβάλλοντος
8. κοινωνικές παροχές δίκαια κατανεμημένες και ποιοτικά αναβαθμισμένες.

Στο σημείο αυτό, αξίζει να αναφέρουμε πως η άνιση περιφερειακή ανάπτυξη δεν οδηγεί απλά ορισμένες περιφέρειες σε οικονομικό μαρασμό και κατ' επέκταση στην εμφάνιση υγειονομικών προβλημάτων λόγω των άσχημων συνθηκών διαβίωσης και της ανεπάρκειας των υπηρεσιών υγείας. Ταυτόχρονα, η εντατική οικονομική ανάπτυξη ορισμένων περιφερειών και κυρίως των αστικών κέντρων, όπου παρατηρείται έντονη πληθυσμιακή συγκέντρωση, ρύπανση, καταστροφή του περιβάλλοντος, έντονοι ρυθμοί και χαμηλή ποιότητα ζωής, οδηγεί στην εμφάνιση νέων ασθενειών και υγειονομικών προβλημάτων, προσδίδοντας έναν διττό χαρακτήρα στο πρόβλημα, που επιβεβαιώνεται τόσο από τη βιβλιογραφία όσο και από τα αποτελέ-

Διασταύρωση των ταξινομήσεων της ανάπτυξης και της υγείας

		Περιφέρειες με πρόβλημα επάρκειας υπηρεσιών υγείας	Περιφέρειες με υψηλή θνησιμότητα	Περιφέρειες με υψηλή βρεφική θνησιμότητα
Περιφέρειες με υψηλή παραγωγικότητα και ευημερία	ΑΤΤΙΚΗ ΚΡΗΤΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑ	ΘΕΣΣΑΛΙΑ	ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ ΑΤΤΙΚΗ ΘΕΣΣΑΛΙΑ	ΘΕΣΣΑΛΙΑ ΚΡΗΤΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ
Περιφέρειες με χαμηλή παραγωγικότητα και ευημερία	ΗΠΕΙΡΟΣ ΝΗΣΙΑ ΙΟΝΙΟΥ Λ. ΣΤΕΡΕΑ & ΕΥΒΟΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝ/ΣΟΣ ΘΡΑΚΗ ΝΗΣΙΑ ΑΙΓΑΙΟΥ	Λ. ΣΤΕΡΕΑ & ΕΥΒΟΙΑ ΘΡΑΚΗ ΠΕΛΟΠΟΝ/ΣΟΣ ΘΕΣΣΑΛΙΑ ΝΗΣΙΑ ΑΙΓΑΙΟΥ ΝΗΣΙΑ ΙΟΝΙΟΥ	ΘΡΑΚΗ Λ. ΣΤΕΡΕΑ & ΕΥΒΟΙΑ ΝΗΣΙΑ ΑΙΓΑΙΟΥ	ΘΡΑΚΗ ΠΕΛΟΠΟΝ/ΣΟΣ

ματα της παρούσας μελέτης με ενδεικτική τη θνησιμότητα στην περιφέρεια της πρωτεύουσας.

Σε κάθε περίπτωση πάντως, η περιφερειακή ανάπτυξη, φαίνεται σαν αναγκαία προϋπόθεση για την άρση των υγειονομικών ανισοτήτων, που αντανakλούν μια σειρά από ανισότητες που αλυσιδωτά σχετίζονται με την κατανομή του πληθυσμού και των παραγωγικών μέσων, την κατανομή των οικονομικών δραστηριοτήτων, την εκπαίδευση και την απασχόληση, τις συνθήκες διαβίωσης και την κατανομή των υγειονομικών υπηρεσιών.

Συνοψίζοντας την αναφορά μας στις κοινωνικές και περιφερειακές ανισότητες στην υγεία, καταλήγουμε στα παρακάτω συμπεράσματα :

1. Οι κατώτερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά επιβίωσης και δυσμενέστερους δείκτες θνησιμότητας.
2. Οι κατώτερες τάξεις είναι περισσότερο ευάλωτες σε χρόνιες ασθένειες και αναπηρίες, οι οποίες τους στερούν τη δυνατότητα και τις προϋποθέσεις για ανοδική κοινωνική κινητικότητα.
3. Τα κατώτερα κοινωνικά στρώματα, αντιμετωπίζουν δυσχέρειες στην πρόσβαση στις διαθέσιμες υπηρεσίες και χρησιμοποιούν κυρίως τις εξωτερικές υπηρεσίες των νοσοκομείων και τις μονάδες επείγουσας θεραπείας, ενώ κάνουν λιγότερη χρήση των προληπτικών υπηρεσιών.
4. Μεγάλες τέλος ανισότητες τόσο στα υγειονομικά αποτελέσματα, όσο και στην προσφορά και κατανάλωση των υγειονομικών υπηρεσιών, εμφανίζονται σε γεωγραφικό επίπεδο - ειδικότερα μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών - σαν

συνέπεια της άνισης και άναρχης ανάπτυξης των περιφερειών.

Η κατάσταση αυτή, καθιστά αναγκαία την οριοθέτηση μιας στρατηγικής, που θα οδηγήσει στη μείωση των γεωγραφικών και κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία και σύμφωνα με τις αρχές της «κοινωνικής δικαιοσύνης» και του «δικαιώματος για προστασία της υγείας» θα εξασφαλίζει ισότιμες κατανομές και ίση πρόσβαση. Η επιστημονική συζήτηση μάλιστα γύρω από το θέμα της εξασφάλισης της «ίσης κάλυψης για ίση ανάγκη» σε περιφερειακό επίπεδο, έχει αναζωπυρωθεί στις μέρες μας στα πλαίσια της επικείμενης μεταρρύθμισης στο σύστημα υγείας.

Αυτή προβλέπει μεταξύ άλλων τη συγκρότηση σε κάθε περιφέρεια Περιφερειακού Συστήματος Υγείας (Πε.Σ.Υ.) ως Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) στο οποίο θα υπάγονται όλες οι μονάδες του ΕΣΥ κάθε Περιφέρειας (Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, κ.ά.). Μερικές από τις αρμοδιότητες του Πε.Σ.Υ. είναι :

- Συντονισμός και άσκηση της πολιτικής υγείας στην Περιφέρεια.
- Εκπόνηση Επιχειρησιακού Σχεδίου Δράσης Υγείας στην Περιφέρεια.
- Έγκριση και έλεγχος της εκτέλεσης των προϋπολογισμών των μονάδων υγείας (Νοσοκομείων και Κ.Υ.)
- Παρακολούθηση της λειτουργίας και αξιολόγηση του παραγόμενου έργου των μονάδων υγείας.
- Διαχείριση των ανθρώπινων πόρων των μονάδων υγείας, σύμφωνα με τις πραγματικές ανάγκες.

- Έγκριση και παρακολούθηση της υλοποίησης των εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

Παράλληλα, στα μέτρα που αφορούν στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών και ενόψει της δημιουργίας του Οργανισμού Διαχείρισης Πόρων Υγείας (Ο.Δι.Π.Υ.), προβλέπεται χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας σε περιφερειακή βάση και συγκεκριμένα από τα Περιφερειακά Τμήματα του Ο.Δι.Π.Υ. Το μέτρο αυτό, αποσκοπεί στην αποκέντρωση του συστήματος, στον έλεγχο των δαπανών και στη συγκράτηση των ασθενών στις περιφέρειές τους. Επιπλέον, η κατανομή των πόρων υγείας από τον Ο.Δι.Π.Υ. στα Περιφερειακά του Τμήματα - η οποία σύμφωνα με τους σχεδιασμούς του Υπουργείου θα γίνεται σύμφωνα με δημογραφικά, επιδημιολογικά, κοινωνικά κλπ. χαρακτηριστικά - θεωρείται πως θα συνδράμει στην άσκηση ουσιαστικής περιφερειακής πολιτικής υγείας, λόγω της καλύτερης γνώσης τους γύρω από τις ανάγκες υγείας του τοπικού πληθυσμού και της ευελιξίας τους στη διαχείριση των πόρων υγείας.

Παράλληλα, ο μονοψωνιακός χαρακτήρας του νέου φορέα, αναμένεται να εντείνει τον ανταγωνισμό μεταξύ των τοπικών προμηθευτών, με σκοπό την βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Στα πλεονεκτήματα τέλος του ενιαίου φορέα, περιλαμβάνεται και η "υπαγωγή" της ιδιωτικής υποδομής στον επικείμενο ανταγωνισμό μεταξύ των προμηθευτών, η οποία είναι σίγουρα προς όφελος των χρηστών των υπηρεσιών υγείας.

Τα παραπάνω μέτρα, αποσκοπούν στη «διοικητική αποκέντρωση του ΕΣΥ και στη συγκρότηση Ολοκληρωμένων Συστημάτων Υγείας στο επίπεδο της Περιφέρειας» και επιπλέον «στην Ορθολογική Κατα-

νομή και Αποτελεσματική Διαχείριση των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων του συστήματος». Επισημαίνεται ότι η περιφερειακή διάσταση της συγκρότησης του συστήματος και η σύσταση ενιαίου χρηματοδοτικού φορέα, αποτελούν επιλογές που έχει εφαρμοστεί από προηγμένες χώρες και ως εκ τούτου κρίνονται ως αναγκαίες και προς τη σωστή κατεύθυνση.

Για την επίτευξη όμως των προαναφερθέντων στόχων, είναι αναγκαίο να σχεδιαστούν μέτρα τα οποία θα αποσαφηνίζουν επιμέρους σημεία της μεταρρύθμισης, όπως ο ρόλος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στο Πε.Σ.Υ., η ανεύρεση ικανών στελεχών για την υλοποίηση της μεταρρύθμισης σε περιφερειακό επίπεδο, η ιεράρχηση των τοπικών αναγκών υγείας, ο σχεδιασμός μιας αντικειμενικής "φόρμουλας" για την κατανομή των πόρων μεταξύ των περιφερειών κλπ.

Αυτό πάντως που είναι σίγουρο, είναι ότι η αποκέντρωση του συστήματος υγείας στη χώρα μας αποτελεί ένα καθολικό αίτημα το οποίο κυριαρχεί στην επιστημονική συζήτηση για τον υγειονομικό τομέα εδώ και πολλές δεκαετίες και επιπλέον ότι η επιτυχία της σχεδιαζόμενης μεταρρύθμισης, προϋποθέτει ευρεία συναίνεση, συμμετοχή και στήριξη.

Σημειώσεις

1. Ο πρώτος στόχος της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας για την «Υγεία για όλους έως το 2000» αφορά στην ισότητα και πιο συγκεκριμένα αναφέρει ότι «μέχρι το έτος 2000, οι υπάρχουσες διαφορές στην κατάσταση υγείας μεταξύ χωρών και μεταξύ κοινωνικών ομάδων στις ίδιες τις χώρες, θα πρέπει να μειωθούν τουλάχιστον κατά 25%, με τη βελτίωση του επιπέδου υγείας των

- υποβαθμισμένων χωρών και πληθυσμιακών ομάδων» Βλ. WHO (1985) «*Targets for Health for All*» p. 11, WHO Regional Office for Europe, European Health for All series, No 1, Copenhagen.
2. Σουλιώτης Κ. (1999) «Οι Υγειονομικές Ανισότητες στην Ελλάδα και ο Ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα» Εισήγηση στο Ελληνικό Παράρτημα του European Institute of Social Security, Αθήνα, 11 Ιανουαρίου 1999.
 3. Σούλης Σ. (1994) «Οικονομική της Υγείας» σελ. 27-28, Σημειώσεις, ΤΕΙ Αθηνών, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας.
 4. Σούλης Σ. (1994) βλ. υποσημ. 3, σελ. 26-27.
 5. Whitehead M. (1990) «*The concepts and principles of equity and health*» p. 4, (discussion paper EYR/ICP/RPD 414), WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
 6. Whitehead M. (1990) βλ. υποσ. 5, σελ. 6-7.
 7. Για παράδειγμα, είναι αναπόφευκτες οι διαφοροποιήσεις στην υγεία ατόμων διαφορετικής ηλικίας, όπου παρατηρείται μια επιβάρυνση της υγείας των ηλικιωμένων, η οποία όμως είναι απόρροια της λειτουργίας του οργανισμού και της φυσικής διαδικασίας των γηρατειών και δεν δημιουργεί αίσθημα αδικίας. Αντίστοιχα, διαφοροποιήσεις που είναι αναπόφευκτες μια και υπάγονται στην κατηγορία των βιολογικών παραλλαγών, είναι αυτές που αφορούν σε νόσους και συγκεκριμένα υγειονομικά προβλήματα των δύο φύλων, όπου κι εκεί υπερισχύει η μοναδικότητα της βιολογικής λειτουργίας των ατόμων.
 8. Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (1996) «*Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*» σελ. 54-55, Αθήνα και Whitehead M. (1990) «*The concepts and principles of equity and health*» p. 7-9, (discussion paper EYR/ICP/RPD 414), WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
 9. Ένα αντιπροσωπευτικό παράδειγμα απόλυτα ελεγχόμενων συμπεριφορών από τα άτομα, σχετίζεται με κάποιες καταστάσεις και δραστηριότητες που επιλέγονται παρά τον γενικά αποδεκτό επικίνδυνο χαρακτήρα τους (π.χ. ριψοκίνδυνα σπορ). Από την άλλη μεριά, επιλογές όπως το κάπνισμα, η κακή διατροφή, η απουσία σωματικής άσκησης ή ακόμη και η αποφυγή της χρησιμοποίησης συγκεκριμένων υγειονομικών υπηρεσιών λόγω θρησκευτικών δοξασιών και πεποιθήσεων, δεν είναι σαφές το κατά πόσο είναι ανεπηρέαστες από το οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο των ατόμων. Βλ. Whitehead M. (1990) βλ. υποσ. 8, σελ. 8.
 10. Le Grand J. (1987) «*Three essays on equity*» p. 21, London School of Economics, October 1987.
 11. Dahlgren G., Whitehead M. (1992) «Πολιτικές και Στρατηγικές της Ισότητας στην Υγεία» σελ. 5, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen (μετάφραση του discussion paper EYR/ICP/RPD 414-2, Επιστημονική επιμέλεια – μετάφραση: Γείτονα Μ., Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων).
 12. Στο σημείο αυτό αναφέρουμε ότι η κοινωνική θέση, οριοθετείται από μια σειρά από παράγοντες εσωτερικής κοινωνικής διαφοροποίησης, όπως η σχέση με τα μέσα παραγωγής, το εισόδημα, το επάγγελμα και η επαγγελματική κατάσταση, η μόρφωση, η γεωγραφική περιοχή εγκατάστασης, η ένταξη σε οργανώσεις και θεσμούς κλπ. και συνεπώς τα όρια των κοινωνικών ομάδων, διαφοροποιούνται μεταξύ διαφορετικών κοινωνιών. Χτούρης Σ. (1999) «*Κοινωνική Διαφοροποίηση, Κοινωνικές Ομάδες και Κοινωνική Πολιτική*» σελ. 183-247 στο Σακελλαρόπουλος Θ. (1999) «*Η Μεταρρύθμιση του Κοινωνικού Κράτους*». Τόμ. Α', Κριτική, Αθήνα.
 13. Βλ. Townsend P., Davidson N. (1982) «*Inequalities in Health*» Penguin, Great Britain.
 14. Σημειώνουμε, πως η θνησιμότητα υπόκειται και σε ταξική κατηγοριοποίηση και ως προς τις αιτίες θανάτου, οι οποίες σχετίζονται με το κοινωνικό περιβάλλον. Έτσι, οι κυριότερες αιτίες θανάτου για τα βρέφη μέχρι ενός έτους είναι οι αναπνευστικές ασθένειες και τα ατυχήματα, τα οποία αποτελούν τον κυρίαρχο παράγοντα θνησιμότητας για τα παιδιά από 1 έως 14 ετών. Είναι βέβαια ιδιαίτερα εντυπωσιακό το γεγονός ότι τα παιδιά της τάξης των ανειδίκευτων και μερικώς ειδικευμένων χειρωνακτών, έχουν δεκαπλάσια πιθανότητα να πεθάνουν από κάποιο ατύχημα, σε σχέση με τα παιδιά της τάξης των επαγγελματιών. Βλ. Townsend P., Davidson N. (1982) «*Inequalities in Health*» Penguin, Great Britain.
 15. Από την ίδια έρευνα, διακρίνουμε την «προτίμηση» κάποιων επαγγελματικών ομάδων σε συγκεκριμένες ασθένειες όπως ο καρκίνος του πνεύμονα ή το έλκος δωδεκαδακτύλου, οι οποίες προκαλούν μεγαλύτερη θνησιμότητα στις χαμηλότερες επαγγελματικές κατηγορίες, σε σχέση με τις κατηγορίες των λεγόμενων

«ευγενών» επαγγελματιών.

16. Για παράδειγμα βλ. την ανάλυση των δεικτών υγείας των χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών τάξεων στην Μ. Βρετανία στο Σιασούρας Α., Καρόκης Α. (1992) «Στρατηγικές προσέγγισης για την (χάρση) Πολιτικής Υγείας. Το ζήτημα της ισότητας (equity) και των κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων στην Υγεία» σελ. 51-61, Κοινωνία - Οικονομία - Υγεία, τ.1, Ιανουάριος-Μάρτιος 1992, Αθήνα.
17. Οι Cullen J. & Siegrist J. στο «Breakdown in human adaptation to "stress". Toward a multidisciplinary approach» vol. 1, Martinus Nijhoff Publishers, Boston (1984), πραγματεύονται την συσχέτιση της εκπαίδευσης, της επαγγελματικής θέσης και του εισοδήματος, με την θνησιμότητα από στεφανιαίο νόσημα ή ισχαιμική καρδιακή ασθένεια. Οι Theorell T. & Floderus-Myrhed B. στο «"Workload" and risk of myocardial infarction: a prospective psycho-social analysis» p. 17-21, International Journal of Epidemiology, No 6 (1977), ασχολούνται με την σχέση των συνθηκών της χειρωνακτικής εργασίας (π.χ. έκθεση σε θόρυβο, όρση βαρέων φορτίων κλπ) με την εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων. Ακόμη βλ. Friedman M., Rosenman R.H., Carol V. (1958) «Changes in serum cholesterol and blood clotting time in bed subjected to cyclic variation of occupational stress» Circulation, No 17, σχετικά με την αύξηση της χοληστερόλης του αίματος σε μη χειρωνακτες λόγω της έντασης και του άγχους της εργασίας και HMSO (1978) «Office of population censuses and surveys: occupational mortality 1970-72» για τις έντονες διαφοροποιήσεις μεταξύ εργατών και επαγγελματιών σχετικά με τις αιτίες θανάτου στην Βρετανία. Βλ. Ραβάνης Χ. (1995) «Κοινωνία και Υγεία» σελ. 198-205, στο Ποταμιανός Α. κ.α. «Δοκίμια στην Ψυχολογία της Υγείας», Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
18. Μπαμπινάσης Σ. (1981) «Η διαμόρφωση της φτώχειας στην Ελλάδα του 20ου αιώνα, 1900-1981» στην Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, Β' - Γ' 4μηνο, τεύχος 42-43.
19. Μπαμπινάσης Σ. (1981) βλ. υποσ. 18.
20. Καραγιώργας Σ. κ.α. (1990) «Διαστάσεις της φτώχειας στην Ελλάδα». ΕΚΚΕ, Αθήνα.
21. Καραγιώργας Σ. κ.α. (1990) «Διαστάσεις της φτώχειας στην Ελλάδα», σελ. 765-785, ΕΚΚΕ, Αθήνα.
22. Για αναλυτική παρουσίαση των παραμέτρων που διαμορφώνουν την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας, βλ. Titmuss R.M. (1968) «Commitment to welfare» Allen & Unwin, London.
23. Βλ. Martini C. J. M. et al (1977) «Health indices sensitive to medical care variation» p. 293 International Journal of Health Services, No 7. Ακόμη, για την εκτίμηση των διαφορών στην συχνότητα των ιατρικών επισκέψεων μεταξύ φτωχών και μη φτωχών στις ΗΠΑ (σαν δείκτη χρησιμοποίησης των διαθέσιμων υπηρεσιών), βλ. Kleinman et al (1981) «Use of ambulatory Medical Care by the poor. Another look at equity» p. 1011-1029, Medical Care, v. 19.
24. Για την επίδραση του μορφωτικού επιπέδου και του εισοδήματος στο επίπεδο υγείας, βλ. Corman H., Grossmann M. (1985) «Determinants of neonatal morbidity rates in the USA: a reduced form model» p. 213-236, Journal of Health Economics, No 4.
25. Whitehead M. (1990) «The concepts and principles of equity and health» p. 11, (discussion paper EYR/ICP/RPD 414), WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
26. Η εκμετάλλευση νοείται κυρίως ως προς την χαμηλή ποιότητα της φροντίδας από τους επαγγελματίες της υγείας - για την οποία βέβαια μπορεί να ευθύνεται και η χαμηλή ποιότητα των εγκαταστάσεων ή η ανεπάρκεια του εξοπλισμού που παρατηρείται σε υποβαθμισμένες περιοχές - . Ο μικρός όμως σχετικά αριθμός των παραπόμπων των ασθενών από χαμηλά κοινωνικά στρώματα σε υπηρεσίες ιατρών ειδικότητων, που έχει παρατηρηθεί στην Αγγλία, προσδίδει και ποσοτική διάσταση στο φαινόμενο της εκμετάλλευσης, με απρόβλεπτες συνέπειες. Βλ. Blaxter M. (1984) «Equity and consultation rates in general practice» p. 1963-1967, British Medical Journal, No 288.
27. Ραβάνης Χ. (1995) «Κοινωνία και Υγεία» σελ. 202, στο Ποταμιανός Α. κ.α. «Δοκίμια στην Ψυχολογία της Υγείας», Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
28. Για τα προβλήματα αποκλεισμού από τις υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας και για τις όψεις του φαινομένου σε ειδικές κατηγορίες πληθυσμού, βλ. ΕΚΚΕ (1996) «Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα. Κύρια θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής» σελ. 251-270 και 275-520, Έκθεση για το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, τόμος Α', Αθήνα.
29. Για τα προβλήματα των χρονίως πασχόντων σε σχέση με την οικονομική τους κατάσταση, την

- απασχόληση, τις συνθήκες διαβίωσης και την κοινωνική τους ένταξη, βλ. Αμήρο Α. (1996) «Χρονίως πάσχοντες και κοινωνικός αποκλεισμός» σελ. 55-76 στο ΕΚΚΕ (1996) «Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα. Κύρια θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής», Έκθεση για το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, τόμος Β', Αθήνα.
30. Μάρδης Γ. (1996) «Η Ανισότητα στην Υγεία» σελ. 43, Επιθεώρηση Υγείας, τ. 7, Νο 3, Μάιος-Ιούνιος 1996. Αθήνα.
31. Η αμφίδρομη αυτή σχέση μεταξύ υγειονομικών ανισοτήτων και κοινωνικής τάξης, εκφράζεται σε θεωρητικό επίπεδο με την εμφάνιση δύο θεωριών, οι οποίες έχουν σαν επίκεντρο αντιπαράθεσης την κατεύθυνση της παραπάνω σχέσης, η οποία ερμηνεύεται διαφορετικά στα πλαίσια της κάθε θεωρίας. Συγκεκριμένα, η υλιστική ή δομική (materialist or structuralist) προσέγγιση, θεωρεί πως προσδιοριστικός παράγοντας του επιπέδου υγείας του πληθυσμού είναι η κοινωνική τάξη και κατ' επέκταση οι υγειονομικές ανισότητες, αποτελούν την συνέπεια των ανισοτήτων στο εισόδημα, στην εκπαίδευση, στην απασχόληση, στις συνθήκες διαβίωσης και γενικότερα, σε όλα τα στοιχεία του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου των ατόμων. Βλ. Townsend P., Davidson N. (1982) «Inequalities in Health. The Black Report» p. 114, Pelican Books και Whitehead M. (1988) «The Health Divide» p. 306-315, Penguin Books, London. Αντιθέτως, η δεύτερη προσέγγιση, στηρίζεται στην έννοια της φυσικής, κοινωνικής ή υγειονομικής διάκρισης (natural, social or health selection) και θεωρώντας την υγεία ως στοιχείο κοινωνικής διάκρισης, δέχεται πως τελικά προσδιορίζει και την κοινωνική τάξη του ατόμου, με την έννοια ότι επιτρέπει ή αποκλείει την προσπάθεια για ανοδική κοινωνική κινητικότητα. Βλ. Stern J. (1983) «Social Mobility and the Interpretation of Social Class Mortality Differential» p. 27-49, Journal of Social Policy, No 12 και Illsley R. (1985) «Social Class Selection and Class Differences in Relation to Stillbirths and Infant deaths» p. 1520-1524, British Medical Journal, No 2. Τέλος, το φαινόμενο των κοινωνικών ανισοτήτων, αποδίδεται στα πλαίσια μιας άλλης προσέγγισης που στηρίζεται στην αρχή ότι οι υγειονομικά προβλήματα είναι αποτέλεσμα του τρόπου ζωής, ο οποίος βέβαια καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από το κοινωνικό περιβάλλον. Βλ. Blane D. (1985) «An Assessment of the Black Report's Explanation of Health Inequalities» p. 432-445, Sociology of Health and Illness, No 7. Για μια πλήρη παρουσίαση των προσεγγίσεων για την ερμηνεία των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία, βλ. Νιάκας Δ. (1993) «Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη. Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα» σελ. 58-64, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.
32. Williams A. (1993) «Equity in Health Care: The role of ideology» p. 287-298 in Van Doorslaer E., Wagstaff A., Rutten F. eds (1993) «Equity in the finance and delivery of health care. An international perspective». Oxford University Press 1993.
33. Για μια αναλυτική προσέγγιση των διαφοροποιήσεων στην ασφαλιστική κάλυψη και ειδικότερα στις παροχές συντάξεως μεταξύ των ασφαλιστικών φορέων της χώρας μας, βλ. Υφαντόπουλος Γ. (1990) «Το κράτος πρόνοιας και η συνταξιοδοτική πολιτική στην Ελλάδα, στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α και της Ε.Ο.Κ» σελ. 219-247 στο «Διανομή Εισοδήματος και Οικονομικές Ανισότητες», Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, καλοκαίρι 1990.
34. Καραγιώργας Σ. κ.α. (1990) «Διαστάσεις της φτώχειας στην Ελλάδα» σελ. 731-868, ΕΚΚΕ, Αθήνα.
35. Γετίμης Π. (1993) «Τοπική Ανάπτυξη και η Κρίση του Κοινωνικού Κράτους» σελ. 507-513, στο «Διαστάσεις της Κοινωνικής Πολιτικής Σήμερα», Ίδρυμα Σάκη Καραγιώργα : 30 Συνέδριο, Πάντειο Πανεπιστήμιο, 27-29 Νοεμβρίου 1991, Αθήνα.
36. Συγκεκριμένα, αναφέρουμε πως στην περιφέρεια της βόρειας Βρετανίας που βρίσκονταν στην φάση της ύφεσης, η ανεργία ήταν 18,9%, το κατά κεφαλήν ΑΕΠ ήταν 5154 και η περιγεννητική θνησιμότητα ήταν 11‰, ενώ τα αντίστοιχα μεγέθη στην νοτιοανατολική περιφέρεια η οποία βρισκόταν σε φάση ανόδου ήταν 9,9%, 5402 και 9,3‰. Βλ. Townsend P., Phillimore P., Beattie A. (1988) «Health and Deprivation. Inequality and the North» P. 18-25, Croom Helm. Σημειώνουμε πως η συσχέτιση αυτή μεταξύ ανάπτυξης και επιπέδου υγείας επηρεάζεται από τις ιδιαιτερότητες κάθε χώρας και ακόμη περισσότερο από τα χαρακτηριστικά συγκεκριμένων περιφερειών. Για παράδειγμα στη χώρα μας η υψηλή ανάπτυξη της περιφέρειας της πρωτεύουσας, «ακυρώνεται» ως προς τις θετικές συνέπειές της στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού, από την υψηλή συγκέντρωση του πληθυσμού, την περιβαλλοντική υποβάθμιση, τους έντονους ρυθμούς ζωής, την μετάκίνηση

- πληθυσμών από τις αγροτικές περιοχές και της αντίστοιχης νοσηρότητας και γενικά την υποβάθμιση της ποιότητας ζωής. Αυτό επιβεβαιώνεται και από τη σχετικά υψηλή όπως φαίνεται και στον πίνακα 1 θνησιμότητα στην εν λόγω περιφέρεια.
37. Σημειώνουμε ότι για τη σύγκριση της θνησιμότητας μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη η κατά ηλικία σύνθεση του κάθε πληθυσμού, γιατί υπεισέρχεται στον υπολογισμό των δεικτών και είναι δυνατό να οδηγήσει σε παραπλανήσεις. Για το λόγο αυτό, μέσα από την τεχνική της προτύπωσης, γίνεται η εξαγωγή ενός δείκτη για κάθε πληθυσμό που δεν εξαρτάται από την ηλικιακή του σύνθεση. Τεχνικά, ο δείκτης αυτός προκύπτει από την εφαρμογή των ειδικών κατά ηλικία δεικτών θνησιμότητας σε έναν πρότυπο πληθυσμό (άμεση προτύπωση). Κυριόπουλος Γ. (1982) «*Κοινωνικές και Οικονομικές Παράμετροι της Κατά Αιτίες Θνησιμότητας στην Ελλάδα. Ανάλυση κατά Περιφέρειες*», Διδακτορική Διατριβή, Έδρα Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών.
38. Ειδικότερα αναφέρουμε ότι από αντίστοιχη προηγούμενη μελέτη, προέκυψε μια άμεση εξάρτηση της βρεφικής θνησιμότητας από το ΑΕΠ, καθώς και από παράγοντες που σχετίζονται με τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας. Η ερμηνεία της συσχέτισης ΑΕΠ και βρεφικής θνησιμότητας βασίζεται στο ότι η αύξηση του ΑΕΠ τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας συνοδεύτηκε από αύξηση των δαπανών για τη δημόσια υγεία, καθώς και από βελτίωση της ποιοτικής στάθμης των λειτουργιών υγείας και στη συγκεκριμένη περίπτωση των παιδιάτρων, λόγω της συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης. Επιπλέον, η αύξηση του ΑΕΠ - και κατ' επέκταση των δαπανών υγείας - οδήγησε σε αύξηση των μονάδων εντατικής νοσηλείας βρεφών, οι οποίες έλειπαν από τη χώρα μας τα τελευταία χρόνια. Γεωργακοπούλου Θ., Παπαχρήστου Δ., Καββαδίας Π. (1995) «*Βρεφική Θνησιμότητα. Κοινωνικές, υγειονομικές και οικονομικές παράμετροι του φαινομένου στην Ελλάδα, 1970-1991*», Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ. 4, τεύχ. 1, Ιανουάριος-Μάρτιος 1995, Αθήνα.
39. Για μια πλήρη παρουσίαση των προσεγγίσεων για την ερμηνεία των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία, βλ. Νιάκας Δ. (1993) «*Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη. Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα*» σελ. 68-69, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.
40. Τούντας Γ., Φρισηράς Σ. (1996) «*Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία*», σελ. 273-275, Ιατρική, Νο 69, Αθήνα.
41. Για μια αναλυτική παρουσίαση των διαφοροποιήσεων στους δείκτες υγείας και στους δείκτες προσφοράς υπηρεσιών υγείας, βλ. Σουλιώτης Κ. (2000) «*Η Χρηματοδότηση του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος. Κατανομή των πόρων και ιδιωτικές δαπάνες υγείας*», Διδακτορική διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα.
42. Οικονόμου Δ. (1996) «*Γεωγραφικός Αποκλεισμός*», σελ. 171-196, στο ΕΚΚΕ (1996) «*Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα*», Έκθεση για το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, τόμος Α', Αθήνα.
43. Καββαδίας Π. (1992) «*Δείκτες Περιφερειακής Ανάπτυξης της Ελλάδας*», σελ. 30-32, ΚΕΠΕ, Αθήνα.
44. Καββαδίας Π. (1992). «*Δείκτες Περιφερειακής Ανάπτυξης της Ελλάδας*», σελ. 44-45, ΚΕΠΕ, Αθήνα.
45. Γιαννιάς Δ., Λιαργκόβας Π., Μανωλάς Γ. (1998) «*Αναπτυξιακά Χαρακτηριστικά και Περιφερειακές Ανισότητες στην Ελλάδα*» σελ. 67-82, Τόπος, 15/98.
46. Σουλιώτης Κ. (1997) «*Περιφερειακές Ανισότητες και Πολιτικές Περιφερειακής Ανάπτυξης στην Ελλάδα. Ο Τομέας της Υγείας*», Εισήγηση στο Διεθνές Επιστημονικό Συνέδριο : Η Κοινωνία των 2/3 Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα, 10-12 Νοεμβρίου 1997 και Νιάκας (1993) «*Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη. Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα*», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.
47. Η περιφέρεια της Ηπείρου έγινε αυτοδύναμη μετά την ίδρυση του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου των Ιωαννίνων, στο οποίο καταφεύγουν για νοσηλεία και ασθενείς από τις γύρω περιοχές.
48. Η έννοια της περιφερειακής ανάπτυξης έχει έναν πολυπαραγοντικό χαρακτήρα και συνδέεται με διαδικασίες οικονομικής ανάπτυξης (μείωση ανεργίας, μείωση των ανισοτήτων στην κατανομή του κατά κεφαλήν ΑΕΠ, βελτίωση της παραγωγικότητας, προώθηση της τεχνολογικής προόδου κλπ) που ταυτόχρονα σημαίνει κοινωνική, πολιτιστική και περιβαλλοντική ανάπτυξη. Βλ. Κόνσολας Ν. (1985) «*Περιφερειακή Οικονομική Πολιτική*» σελ. 219, Παπαζήσης, Αθήνα.
49. Νιάκας Δ. (1993) «*Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη. Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα*» σελ. 68-69, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.
50. Καλαποθάκη και συν (1992) «*Η Υγεία του Ελληνικού*

- Πληθυσμού», Έκθεση Ομάδας Εργασίας για το ΥΥΠΚΑ, Αθήνα 1992.
51. Whitehead M. (1991) «*The concepts and principles of equity in health*» p. 2-3, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen.
52. Κατά τον Σισσούρα, η αποδοχή της αρχής της κοινωνικής δικαιοσύνης στην υγεία σημαίνει α) πως ανεξάρτητα από το κόστος, θα πρέπει να υιοθετούνται πολιτικές μείωσης των ανισοτήτων και β) πως οι πολιτικές αυτές είναι πιθανό να συγκρούονται με την επιτευξη και τις αρχές της αποδοτικότητας. Βλ. Σισσούρας Α. (1993) «*Ανισότητες στην Υγεία και (χάραξη) Πολιτικής Υγείας : Ανοικτά Ζητήματα*» σελ. 337-338, στο «*Διαστάσεις της Κοινωνικής Πολιτικής Σήμερα*», Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα: 30 Συνέδριο, Πάντειο Πανεπιστήμιο, 27-29 Νοεμβρίου 1991, Αθήνα.
53. Σύμφωνα με τον Κρεμαλή, ως δικαίωμα για προστασία της υγείας, ορίζεται «το θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα κατά του κράτους ή άλλων φορέων δημόσιας διοίκησης να παίρνουν τα κατάλληλα μέτρα ή να απέχουν από δραστηριότητες προς εξασφάλιση σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας των ατόμων» Σχετικά με την ισότιμη παροχή, αυτή νοείται ως «κατανομή των υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού». Βλ. Κρεμαλής Κ. (1987) «*Το Δικαίωμα για Προστασία της Υγείας. Από τις κοινωνικές ασφαλίσεις ασθένειας, στο ενιαίο σύστημα υπηρεσιών υγείας*» σελ. 56-57 και 18-26 αντίστοιχα, Αθήνα.
54. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (2000) «*Σχέδιο Μεταρρύθμισης : Υγεία για τον Πολίτη*», Αθήνα, Ιούλιος 2000.
55. Σουλιώτης Κ. (2000) «*Η Χρηματοδότηση του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος. Κατανομή των πόρων και ιδιωτικές δαπάνες υγείας*» σελ. 442-444, Διδακτορική διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα.
- in general practice», *British Medical Journal*, No 288
- CORMAN H., GROSSMANN M. (1985): «Determinants of neonatal morbidity rates in the USA : a reduced form model», *Journal of Health Economics*, No 4 .
- CULLEN J., SIEGRIST J. (1984): «Breakdown in human adaptation to "stress". Toward a multidisciplinary approach» vol. 1, Martinus Nijhoff Publishers, Boston.
- DAHLGREN G., WHITEHEAD M. (1992): «Πολιτικές και Στρατηγικές της Ισότητας στην Υγεία», WHO Regional Office for Europe, Copenhagen (μετάφραση του discussion paper EYR/ICP/RPD 414-2. Επιστημονική επιμέλεια – μετάφραση : Γείτονα Μ., Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων).
- FRIEDMAN M., ROSENMAN R.H., CAROL V. (1958): «Changes in serum cholesterol and blood clotting time in bed subjected to cyclic variation of occupational stress» *Circulation*, No 17.
- HMSO (1978): «Office of population censuses and surveys : occupational morality 1970-72».
- ILLSLEY R. (1985): «Social Class Selection and Class Differences in Relation to Stillbirths and Infant deaths», *British Medical Journal*, No 2.
- KLEINMAN et al (1981): «Use of ambulatory Medical Care by the poor. Another look at equity», *Medical Care*, v. 19.
- LE GRAND J. (1987): «Three essays on equity», London School of Economics, October 1987.
- MARTINI C.J.M. et al (1977): «Health indices sensitive to medical care variation», *International Journal of Health Services*, No 7.
- STERN J (1983): «Social Mobility and the Interpretation of Social Class Mortality Differential», *Journal of Social Policy*, No 12.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- BLANE D. (1985): «An Assesment of the Black Report's Explanation of Health Inequalities». *Sociology of Health and Illness*, No 7.
- BLAXTER M. (1984): «Equity and consultation rates

THEORELL T., FLODERUS-MYRHED B. (1977): «"Workload" and risk of myocardial infraction : a prospective psycho-social analysis», *International Journal of Epidemiology*, No 6.

TITMUSS R.M. (1968): *Commitment to welfare* Allen & Unwin, London.

TOWNSEND P., DAVIDSON N. (1982): «Inequalities in Health» Penguin, Great Britain.

TOWNSEND P., PHILLIMORE P., BEATTIE A. (1988): *Health and Deprivation. Inequality and the North*, Croom Helm.

WILLIAMS A. (1993): «Equity in Health Care: The role of ideology», in Van Doorslaer E., Wagstaff A., Rutten F. (eds) (1993) *Equity in the finance and delivery of health care. An international perspective*. Oxford University Press, 1993.

WHITEHEAD M. (1988): *The Health Divide*, Penguin Books, London.

WHITEHEAD M. (1990): «The concepts and principles of equity and health» p. 4, (discussion paper EYR/ICP/RPD 414), WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

WHO (1985) «Targets for Health for All» p. 11, WHO Regional Office for Europe, European Health for All series. No 1, Copenhagen.

ΑΜΗΡΑΑ. (1996): «Χρονίως πάσχοντες και κοινωνικός αποκλεισμός», στο ΕΚΚΕ (1996) «Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα. Κύρια θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής», Έκθεση για το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, τόμος Β' Αθήνα.

ΓΕΤΙΜΗΣ Π. (1993): «Τοπική Ανάπτυξη και η Κρίση του Κοινωνικού Κράτους», στο *Διαστάσεις της Κοινωνικής Πολιτικής Σήμερα*, Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα . 3^ο Συνέδριο, Πάντειο Πανεπιστήμιο, 27-29 Νοεμβρίου 1991, Αθήνα.

ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Θ., ΠΑΠΑΧΡΗΣΤΟΥ Δ., ΚΑΒΒΑΔΑΣ Π. (1995): «Βρεφική Θνησιμότητα. Κοινωνικές, υγειονομικές και οικονομικές παράμετροι του φαινομένου στην Ελλάδα, 1970-1991», *Κοινωνία Οικονομία και Υγεία*, τόμ. 4, τεύχ. 1, Ιανουάριος-Μάρτιος 1995, Αθήνα.

ΓΙΑΝΝΙΑΣ Δ., ΛΙΑΡΓΚΟΒΑΣ Π., ΜΑΝΩΛΑΣ Γ. (1998): «Αναπτυξιακά Χαρακτηριστικά και Περιφερειακές Ανισότητες στην Ελλάδα», *Τόπος*, 15/98.

ΕΚΚΕ (1996): «Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα. Κύρια θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής», Έκθεση για το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, τόμος Α', Αθήνα.

ΘΕΟΔΩΡΟΥ Μ., ΣΑΡΡΗΣ Μ., ΣΟΥΛΗΣ Σ. (1996) «Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα», Αθήνα.

ΚΑΛΑΠΟΘΑΚΗ (και συν.) (1992) «Η Υγεία του Ελληνικού Πληθυσμού», Έκθεση Ομάδας Εργασίας για το ΥΥΠΚΑ, Αθήνα 1992.

ΚΑΡΑΓΙΩΡΓΑΣ Σ. κ.α. (1990) *Διαστάσεις της φτώχειας στην Ελλάδα*, ΕΚΚΕ, Αθήνα.

ΚΟΝΣΟΛΑΣ Ν. (1985): *Περιφερειακή Οικονομική Πολιτική* σελ. 219. Παπαζήσης, Αθήνα.

ΚΡΕΜΑΛΗΣ Κ. (1987): *Το Δικαίωμα για Προστασία της Υγείας Από τις κοινωνικές ασφάλισεις ασθενειών, στο ενιαίο σύστημα υπηρεσιών υγείας*, Αθήνα.

ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ. (1982): *Κοινωνικές και Οικονομικές Παράμετροι της Κατά Αιτίες Θνησιμότητας στην Ελλάδα. Ανάλυση κατά Περιφέρειες*, Διδακτορική Διατριβή, Έδρα Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΜΑΡΔΑΣ Γ. (1996): «Η Ανισότητα στην Υγεία», *Επιθεώρηση Υγείας*, τ. 7, Νο 3, Μάιος-Ιούνιος 1996, Αθήνα.

ΜΠΑΜΠΑΝΑΣΗΣ Σ. (1981): «Η διαμόρφωση της φτώχειας στην Ελλάδα του 20ου αιώνα, 1900-1981» στην *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, Β' -Γ' 4μηνο, τεύχος 42-43.

ΝΙΑΚΑΣ Δ. (1993): «Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη. Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Δ. (1996): «Γεωγραφικός Αποκλεισμός», σελ. 171-196, στο ΕΚΚΕ (1996) «Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα», Έκθεση για το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, τόμος Α', Αθήνα

ΡΑΒΑΝΗΣ Χ. (1995): «Κοινωνία και Υγεία», στο Ποταμιανός Α. κ.α. *Δοκίμια στην Ψυχολογία της Υγείας*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

ΣΙΣΣΟΥΡΑΣ Α., ΚΑΡΟΚΗΣ Α. (1992): «Στρατηγικές προσέγγισης για την (χάραξη) Πολιτικής Υγείας. Το ζήτημα της ισότητας (equity) και των κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων στην Υγεία», *Κοινωνία - Οικονομία - Υγεία*, τ.1, Ιανουάριος-Μάρτιος 1992, Αθήνα.

ΣΙΣΣΟΥΡΑΣ Α. (1993): «Ανισότητες στην Υγεία και (χάραξη) Πολιτικής Υγείας: Ανοικτά Ζητήματα», στο *Διαστάσεις της Κοινωνικής Πολιτικής Σήμερα*. Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα : 3^ο Συνέδριο, Πάντειο

Πανεπιστήμιο, 27-29 Νοεμβρίου 1991, Αθήνα.

ΣΟΥΛΗΣ Σ. (1994): «Οικονομική της Υγείας», Σημειώσεις, ΤΕΙ Αθηνών, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας.

ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ. (1997): «Περιφερειακές Ανισότητες και Πολιτικές Περιφερειακής Ανάπτυξης στην Ελλάδα. Ο Τομέας της Υγείας», Εισήγηση στο Διεθνές Επιστημονικό Συνέδριο: Η Κοινωνία των 2/3 Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα, 10-12 Νοεμβρίου 1997.

ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ. (1999): «Οι Υγειονομικές Ανισότητες στην Ελλάδα και ο Ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα» Εισήγηση στο Ελληνικό Παράρτημα του European Institute of Social Security, Αθήνα, 11 Ιανουαρίου 1999.

ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ. (2000): *Η Χρηματοδότηση του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος. Κατανομή των πόρων και ιδιωτικές δαπάνες υγείας*, Διδακτορική διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο.

ΤΟΥΝΤΑΣ Γ., ΦΡΙΣΗΡΑΣ Σ. (1996): «Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία», *Ιατρική*, Νο 69, Αθήνα.

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ (2000) «Σχέδιο Μεταρρύθμισης: Υγεία για τον Πολίτη», Αθήνα, Ιούλιος 2000.

ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ. (1990): «Το κράτος πρόνοιας και η συνταξιοδοτική πολιτική στην Ελλάδα, στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α και της Ε.Ο.Κ», στο *Διανομή Εισοδήματος και Οικονομικές Ανισότητες*, Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, καλοκαίρι 1990.