

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παραδοσιακή αντίληψη θεωρεί την υγεία ως απουσία νόσου ή αναπηρίας, προορισμός επομένως της ιατρικής επιστήμης είναι η διάγνωση και θεραπεία της ασθένειας (Δοξιάδης Σ., 1988). Σύμφωνα με αυτήν την θεώρηση το θέμα της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας εξαντλείται στην μελέτη της νοσηρότητας. Ωστόσο κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές εξελίξεις μετά την λήξη του 2^{ου} παγκόσμιου πολέμου οδήγησαν στην σύγχρονη αντίληψη που θεωρεί την υγεία όχι μονάχα ως απουσία νόσου ή αναπηρίας αλλά ως μια κατάσταση πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας (WHO, 1958). Αυτή η κατάσταση είναι που επιτρέπει στο άτομο να διάγει μια ζωή κοινωνικά και οικονομικά παραγωγική, εξαρτάται δε από ένα πλήθος παραγόντων που έχουν σχέση με το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον και φυσικά από την ιατρική περίθαλψη (WHO, 1978). Η άποψη που είχε διατυπωθεί από τον P.Frank (Turshen M., 1977) στα τέλη του 18^{ου} αιώνα περί συσχετίσεως της ασθένειας με κοινωνικούς παράγοντες όχι μόνο υιοθετήθηκε από τον σύγχρονο κόσμο αλλά επικυρώθηκε από το σύνθημα «υγεία για όλους το 2000» (WHO, 1978) που προέτρεπε τις κεντρικές διοικήσεις των κρατών στην λήψη μέτρων με σκοπό την άρση των ανισοτήτων στην υγεία. Οι ανισότητες στην υγεία διακρίνονται σε ανισότητες ως προς την νόσο και την θνησιμότητα και σε ανισότητες που αφορούν την χρηματοδότηση, πρόσβαση και χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας (Kohler L., Martin J., 1986).

Οι ανισότητες ως προς την νόσο και την θνησιμότητα οφείλονται κυρίως σε κοινωνικοοικονομικούς και πολιτισμικούς παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού (De Graeve D., Duchesne I., 1997). Είναι χαρακτηριστικό πως στις ανώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις η γενική νοσηρότητα και θνησιμότητα είναι μικρότερη από αυτή των κατώτερων τάξεων (Antonovsky A., 1972). Σύμφωνα με έκθεση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τη υγεία στην Ελλάδα (Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας

Εργαστηρίου Υγιεινής & Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Αθηνών, 2000) το επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού βρίσκεται σε μια από τις υψηλότερες θέσεις στον κόσμο. Το προσδόκιμο επιβίωσης ανέρχεται στα 75,3 έτη για τους άντρες και στα 80,6 έτη για τις γυναίκες κατατάσσοντας την χώρα μας 8^η στην Ευρώπη. Κύριες αιτίες θανάτων είναι κατά σειρά τα νοσήματα του κυκλοφοριακού συστήματος, τα κακοήγη νεοπλάσματα, τα ατυχήματα και τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος, ενώ κύριες αιτίες νοσηλείας είναι τα νοσήματα του κυκλοφοριακού και του πεπτικού συστήματος, τα νεοπλάσματα και τα ατυχήματα.

Το γενικό συμπέρασμα της μελέτης ήταν η βελτίωση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού κατά τα τελευταία χρόνια, οι διαφορετικές απόψεις ωστόσο γύρω από τους λόγους που συμβάλλουν στην βελτίωση του επιπέδου υγείας καθιστούν δύσκολη την ιεραρχησή τους.

Η αμφισβήτηση από την μία της συμβολής των υπηρεσιών υγείας (Dubos R., 1987) και η αναγνώρισή της από την άλλη (Morgan et al., 1985), ανάγουν τελικά σε μείζονος σημασίας θέμα τις υπηρεσίες υγείας και τις ανισοτητές τους.

Όσον αφορά την χρηματοδοτησή τους, το βασικό κριτήριο ισότητας είναι όχι η επιθυμία του ατόμου να πληρώνει, αφού αυτή η επιθυμία ταυτίζεται με το εισοδημά του, αλλά ένας συνδυασμός χρηματοδοτικών πόρων (Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ., 2000).

Σχετικά με τη πρόσβαση και χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας, οι ανισότητες εμφανίζονται όπου επικρατούν οι μηχανισμοί της αγοράς και όπου η εξισορρόπηση της ζήτησης και της προσφοράς γίνεται δια μέσου των τιμών (Maynard A.K., 1982). Αυτός άλλωστε είναι και ο λόγος που οι ανεπτυγμένες χώρες έχουν υιοθετήσει δομές κρατικής παρέμβασης στον υγειονομικό τομέα. Δεν είναι περίεργο λοιπόν που στο επίκεντρο της επιστημονικής συζήτησης τίθενται οι παράγοντες που προσδιορίζουν την πρόσβαση και χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας (Kasper J., 2000).