

ΦΤΩΧΕΙΑ, ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

ΓΙΑΝΝΗΣ ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ

ΦΤΩΧΕΙΑ, ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

ΓΙΑΝΝΗΣ ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ

Εισαγωγή

Οι Κοινωνικές ανισότητες ως προς την θνησιμότητα και την νοσηρότητα αποτέλεσαν το ενδιαφέρον πολλών ερευνητών ήδη από τον 18ον αιώνα. Από τις πρώτες μελέτες που παρουσιάζουν μια ανάγλυφη εικόνα των ανισοτήτων αυτών είναι του Γάλλου Vauban ο οποίος στη μελέτη του «Η επίδραση της Πενίας επί της Θνησιμότητας» περιγράφει τις κοινωνικές μεταβολές που διαμορφώνονται στις αστικές πόλεις κατά την πρώτη περίοδο της Βιομηχανικής Επανάστασης στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης. Αναφέρεται στην αστυφιλία στις οικτρές συνθήκες στέγασης και διαβίωσης των φτωχών, στις άθλιες συνθήκες εργασίας, στην εργασία των ανηλίκων, στα χαμηλά ημερομίσθια και στα επιδημικά νοσήματα που μάστιζαν τις χαμηλότερες κοινωνικο-οικονομικές κατηγορίες. Στη Γαλλία συνεχίζονται οι μελέτες στον τομέα αυτόν και μεταξύ των άλλων αξίζει να αναφερθούν οι μελέτες του Villetmé: «Η Θνησιμότης στις τάξεις των ενδών (1828) και «Η εικόνα της φυσικής και ηθικής κατάστασης των εργατών» στα 1840. Πέρα όμως από τις περιγραφικές προσεγγίσεις υπήρξαν και ποσοτικές αναλύσεις οι οποίες παρουσίασαν ακόμη περισσότερο την οξύτητα του προβλήματος. Εξετάζοντας την Θνησιμότητα στην πόλη των Παρισιών για τα έτη 1817 και 1850 και για τρεις διαφορετικές οικονομικές τάξεις (βλ. πίνακα 1) βρέθηκε ότι στα 1817 η θνησιμότητα των μεσαίων τάξεων σε σύγκριση με τους ευπόρους ήταν 10% παραπάνω ενώ η θνησιμότητα των χαμηλών τάξεων σε σύγκριση με τους ευπόρους ήταν 47% παραπάνω. Οι ανισότητες αυτές οξύνθηκαν ακόμη περισσότερο στα 1850, όπου η θνησιμότητα των μεσαίων τάξεων ήταν 38% υψηλότερη από τους ευπόρους ενώ η θνησιμότητα των χαμηλών τάξεων ήταν 85% υψηλότερη. Εξετάζοντας αναλυτικότερα τις διαφορές στη θνησιμότητα μεταξύ των μεσαίων και χαμηλών τάξεων πρέπει να σημειωθεί ότι την περίοδο του 1817 και 1850 δεν υπήρξε καμιά διαφορά στην θνησιμότητα μεταξύ τους. Το 1817 η διαφορά ήταν 34% και στο ίδιο ποσοστό παρέμεινε και το 1850. Έτσι φαίνεται ότι ουσιαστική βελτίωση παρατηρήθηκε μόνο στην τάξη των ευπόρων. Ανεξάρτητα από την αξιοπιστία των στατιστικών πηγών και την συγκρισιμότητα των

ΠΙΝΑΚΑΣ 1
ΔΕΙΚΤΕΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗ ΠΟΛΗ ΤΩΝ ΠΑΡΙΣΙΩΝ ΤΟ 1817 και 1850

ΠΕΡΙΟΧΕΣ	ΔΙΟΡΘΩΜΕΝΑ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΠΟΣΟΣΤΑ ΘΑΝΑΤΩΝ ΑΝΑ 1000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ		% ΜΕΤΑΒΟΛΗ
	1817	1850	
ΕΥΠΟΡΕΣ	24.9	18.2	-27
ΜΕΣΩΝ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΩΝ	27.3	25.1	- 8
ΧΑΜΗΛΩΝ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΩΝ	36.5	33.7	- 8
A. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΣΩΝ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΙΚΩΝ ΤΑΞΕΩΝ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΕΥΠΟΡΕΣ	10%	38%	
B. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΧΑΜΗΛΩΝ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΙΚΩΝ ΤΑΞΕΩΝ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΕΥΠΟΡΕΣ	47%	85%	

ΠΗΓΗ VEDRENNE-VILLENEUVÉ 1961 «L'inégalité sociale devant la mort dans la première moitié du XIX^e siècle» Population 1961 vol. 4.

αποτελεσμάτων μεταξύ των περιόδων 1817 και 1850 καθώς και την δομή, την αντιπροσωπευτικότητα και την συγκρισιμότητα των στοιχείων των κοινωνικοοικονομικών τάξεων από πολλές άλλες κοινωνικές και ιστορικές μελέτες προκύπτει ότι οι σημαντικές βελτιώσεις στο επίπεδο διατροφής και διαβίωσης που έγιναν κατά το πρώτο ήμισυ του 19ου αιώνα βοήθησαν κυρίως τις οικονομικά προνομιούχες τάξεις. Οι εργατικές τάξεις διαβίωσαν σε πλήρη αθλιότητα. Επίσης οι εύπορες τάξεις επωφελήθηκαν άμεσα από τις επιστημονικές ανακαλύψεις της ιατρικής γιατί είχαν την δυνατότητα να καταβάλλουν την «υψηλή Ιατρική αμοιβή» για υγειονομική περίθαλψη και φροντίδα στο σπίτι τους. Αντίθετα οι φτωχοί «διαβιούντες» σε ανθυγιεινές συνθήκες κατέφευγαν σε «Τσαρλατάνους» ή εκλείνοντο στα ονομαζόμενα «Πτωχοκομεία» ή άλλα ιδρύματα όπου εμαστιζοντο από τις επιδημίες. Abel Smith (1964, 1967) Timmuss (1976).

Χαρακτηριστική είναι η περιγραφή του Φρειδερίκου Ένγκελς στο έργο του "The condition of the working class in England" (1845) όπου στο κεφάλαιο: «Health 1844» αναφέρει:

«Η εργατική τάξη σε περίπτωση ασθένειας δεν είναι δυνατόν να καλέσει τους ειδικευμένους γιατρούς γιατί ζητούν υψηλές αμοιβές που δεν είναι δυνατόν να πληρωθούν από τους εργάτες. Έτσι δεν μπορούν να κάνουν τίποτα άλλο από το να καταφύγουν στους «φτηνούς τσαρλατάνους» και

να χρησιμοποιήσουν «κομπογιανίτικες» συνταγές που περισσότερο βλάπτουν παρά ωφελούν».

Συνδυάζοντας τον τρόπο παροχής υπηρεσιών με τις άσχημες συνθήκες διαβίωσης υποστηρίζει ότι η εργατική τάξη δεν μπορεί να «αμυνθεί στις ασθένειες γιαυτό γηράσκει και πεθαίνει ενωρίτερα». «Στο σημείο αυτό οι στατιστικές θνησιμότητας προσφέρουν μια μαρτυρία που είναι πέρα από κάθε αμφιβολία». Χρησιμοποιώντας στατιστικά στοιχεία θνησιμότητας των διαφόρων βιομηχανικών και μη περιοχών της Αγγλίας δείχνει τις υπάρχουσες διαφορές και στην συνέχεια παρουσιάζει τα αποτελέσματα μιας ειδικής επιδημιολογικής μελέτης που έγινε από τον Dr. P.H. Holland στο προάστιο του Chorlton-on-Medlock του Μάντσεστερ το 1844. Επειδή η περιοχή που διαμένει ένα άτομο και η κατοικία του αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του ο Holland εξήτασε την θνησιμότητα σε τρεις διαφορετικούς δρόμους που αποτελούσαν πρώτης, δεύτερης και τρίτης τάξεως περιοχές και στη συνέχεια εξήτασε την θνησιμότητα των ατόμων που διέμεναν σε σπίτια πρώτης, δεύτερης και τρίτης κατηγορίας.

Εξετάζοντας αρχικά τις διαφορές στη θνησιμότητα μεταξύ των περιοχών, βρήκε ότι αυτοί που έμεναν στις πιο υποβαθμισμένες περιοχές (τρίτης τάξεως δρόμους), είχαν 68% υψηλότερη θνησιμότητα από αυτούς που έμεναν στις πιο αναπτυγμένες περιοχές (πρώτης τάξεως δρόμους).

Οι ανισότητες ως προς την θνησιμότητα ήταν ακόμα εντονότερες σε σχέση με την κατοικία, δεδομένου ότι στις τρίτης τάξεως κατοικίες ή θνησιμότητα ήταν 78% υψηλότερη από τις πρώτης τάξεως κατοικίες.

Σε μια προσπάθεια ανάλυσης της ανά ηλικία θνησιμότητας και ειδικότερα της παιδικής θνησιμότητας (μέχρι 5 χρόνων), ο Ένγκελς υποστηρίζει:

«Δεν υπάρχει φυσικά ανάγκη να διερωτάται κανείς γιατί στο Μάντσεστερ περισσότερο από το 57% των παιδιών των εργατικών τάξεων πεθαίνουν πριν κλείσουν τα πέντε τους χρόνια ενώ μόνο το 20% των παιδιών των υψηλών τάξεων και περίπου το 32% των παιδιών όλων των τάξεων της χώρας αυτής πεθαίνουν πριν τα πέντε τους χρόνια. Αυτά τα δυστυχισμένα παιδιά που πεθαίνουν με αυτό το φοβερό τρόπο είναι τα θύματα της κοινωνικής μας ακαταστασίας (Social disorder)».

Οι κοινωνικές ανακατατάξεις και κοινωνικές ανισότητες που διεισφόωθηκαν τον 19ον αιώνα προσέδωσαν ένα στοιχείο διερεύνησης της θνησιμότητας και της νοσηρότητας. Η υγεία δεν είναι πια υγειονομικό μόνο φαινόμενο αλλά και κοινωνικό. Η περιγραφή των κοινωνικών συνθηκών απασχόλησης και διαβίωσης των διαφόρων κοινωνικο-επαγγελματικών ομάδων και η μελέτη της διαφορικής θνησιμότητας και νοσηρότητας των ομάδων αυτών έθεσε τις βάσεις για μια νέα σχολή η οποία βαθμιαία ανέπτυξε τα κατάλληλα «μέτρα» για να αποτυπώσει τις ανισότητες.

Η νέα προσέγγιση

Από το 1950 και μετέπειτα παρουσιάζεται στην διεθνή βιβλιογραφία μια αξιοσημείωτη σειρά μελετών που αποβλέπουν στην μέτρηση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας ανα κοινωνικο-επαγγελματικές κατηγορίες. Αντί να εξετάσουμε διεξοδικά τις επί μέρους μελέτες και τα προβλήματά τους είναι καλλίτερα να εξετάσουμε τρεις διαφορετικές χώρες με διαφορετικά κοινωνικά συστήματα και να διερευνήσουμε την διαχρονική εξέλιξη των ανισοτήτων ως προς την νόσο και τον θάνατο.

Α' Γαλλία

Αναφερόμενοι αρχικά στην διαχρονική εξέλιξη των ανισοτήτων, μια από τις πιο ενδιαφέρουσες ιστορικές μελέτες είναι των Hersch και Sauvy οι οποίοι μελετώντας την διαφορική θνησιμότητα για τις χαμηλές και εύπορες εισοδηματικές περιοχές βρήκαν ότι η διαφορική θνησιμότητα ενώ το 1820 αυξήθηκε στο 85% το 1890 μειώθηκε στο 42% και τέλος το 1946 έφθασε στο 26%.

Οι σύγχρονες όμως προσεγγίσεις ασχολήθηκαν περισσότερο με την μελέτη του φάσματος θνησιμότητας και εξήτασαν μεμονωμένα την θνησιμότητα ανά αιτία θανάτου, ανά φύλο, ηλικία και επαγγελματική κατηγορία. Έτσι οι G. Galot και M. Flebvy (1965) εξετάζοντας την θνησιμότητα 500.000 περίπου απασχολούμενων ατόμων στην Γαλλία μεταξύ των ετών 1955 και 1960 βρήκαν ότι (βλ. πίνακα 2) υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην προσδοκώμενη ζωή μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων. Διακρίνοντας δώδεκα κοινωνικο-επαγγελματικές κατηγορίες βρήκαν ότι η πιθανότητα ενός 35ους δασκάλου να επιζήσει μέχρι τα 70 του χρόνια είναι 73% περίπου, ενώ η αντίστοιχη πιθανότητα ενός 35ους ανειδίκευτου εργάτη να επιζήσει μέχρι τα 70 είναι μόνο 50%.

Η διαφορά στη πιθανότητα επιβίωσης των κοινωνικο-επαγγελματικών ομάδων αποδίδεται κυρίως στον διαφορετικό τρόπο διαβίωσης, στο κοινωνικο-πολιτικό επίπεδο κάθε κατηγορίας, καθώς και τον διαφορετικό τρόπο και χώρο απασχόλησης. Ορισμένες ασθένειες είναι συχνότερες στους ανειδίκευτους εργάτες όπως η φυματίωση και το εργατικό ατύχημα, ενώ άλλες προσβάλλουν όλα τα επαγγέλματα χωρίς ουσιώδεις διαφορές.

Η διαφορετική όμως θνησιμότητα μεταξύ των κοινωνικο-επαγγελματικών κατηγοριών δεν περιορίζεται μόνο στα άτομα που απασχολούνται σε ένα τομέα της οικονομίας αλλά επεκτείνεται με μεγαλύτερη ένταση και στους απογόνους τους. Έτσι το παιδί ενός ανειδίκευτου εργάτη έχει πολύ μεγαλύτερη πιθανότητα να πεθάνει μέσα στον πρώτο χρόνο από τη γέννησή του από ότι το παιδί ενός ανωτάτου στελέχους διοίκησης. Σε κάθε 1000 γεννηθέντα βρέφη που οι γονείς τους ήταν ανειδίκευτοι εργάτες τα 40 πέθαναν από λοιμώδεις κυρίως ασθένειες που είχαν άμεση σχέση με το περιβάλλον. Η θνησιμότητα αυτή ήταν το 1960 τρεις φορές υψηλότερη από την αντίστοιχη θνησιμότητα

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΕΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΑΝΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ
Διδάσκαλοι (δημόσια Εκπαίδευση)	73.2
Ελευθέρια Επαγγέλματα (ανώτερα επίπεδα)	71.9
Τεχνική (ιδιωτικός τομέας)	70.0
Καθολικοί κληρικοί	69.2
Υπάλληλοι μέσης βαθμίδας (δημόσιος τομέας)	66.4
Υπάλληλοι μέσης βαθμίδας (ιδιωτικός τομέας)	66.1
Επόπτες και Ειδικευμένοι εργάτες (δημόσιος τομέας)	65.3
Αγρότες	65.3
Υπάλληλοι γραφείου (δημόσιος τομέας)	63.3
Εργοδότες (βιομηχανία-Εμπόριο)	63.1
Υπάλληλοι Γραφείου (ιδιωτικός τομέας)	62.3
Ημι-ειδικευμένοι εργάτες (δημόσιος τομέας)	59.0
Επόπτες και ειδικευμένοι εργάτες (ιδιωτικός τομέας)	58.5
Ημι-ειδικευμένοι εργάτες (Ιδιωτικός τομέας)	57.6
Γεωργικοί εργάτες	56.5
Ανειδίκευτοι εργάτες	49.8

των βρεφών που γεννιόντουσαν από γονείς που ασχολούντο ως ελεύθεροι επαγγελματίες ή ως ανώτατα στελέχη διοικήσεως.

Η.Π.Α.

Αν και υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός μελετών στις ΗΠΑ που εξετάζει την διαφορετική θνησιμότητα μεταξύ των δύο φύλων και των διαφόρων Εθνικοτήτων (κυρίως λευκοί και μη λευκοί) (βλ. παράδειγμα Silver (1972), Fuchs (1974, 1980) ωστόσο δεν έχουν εξετασθεί με την ίδια έμφαση η διαφορετική

θνησιμότητα και νοσηρότητα μεταξύ των κοινωνικο-επαγγελματικών ομάδων. Από πολλές οικονομικές μελέτες έχει προκύψει ότι το μέσο κατά κεφαλή εισόδημα των λευκών είναι υψηλότερο από το αντίστοιχο εισόδημα των άλλων έγχρωμων εθνικοτήτων. Προκειμένου να προσεγγίσουμε την σχέση που υπάρχει μεταξύ φτώχειας και υγείας στις ΗΠΑ θα αναφερθούμε αρχικά σε μελέτες που δείχνουν το μέγεθος της διαφορικής θνησιμότητας μεταξύ λευκών και εγχρώμων εθνικοτήτων, και στην συνέχεια θα διερευνήσουμε την κατανάλωση υπηρεσιών από τις εθνικότητες αυτές.

Α' Διαφορική Θνησιμότητα

Επειδή η πιθανότητα θανάτου διαφοροποιείται ανά ηλικία, φύλο, εθνικότητα και αιτία θανάτου στην παρακάτω ανάλυση θα εξετάσουμε τα αποτελέσματα ειδικών ερευνών (βλ. Fuchs 1974) που έγιναν στις ΗΠΑ. Εάν για λόγους ανάλυσης θεωρήσουμε την θνησιμότητα των ανδρών ανά 100.000 κατοίκους τότε παρατηρούμε (βλ. πίνακας 3) ότι στις ηλικίες 15 έως 24 χρονών οι προσδοκώμενοι θάνατοι των έγχρωμων νέων είναι 64% παραπάνω από τους θανάτους των αντίστοιχων λευκών. Εάν εξετάσουμε αναλυτικότερα την διαφορική θνησιμότητα για ορισμένες επίλεκτες κατηγορίες θανάτων τότε θα δούμε ότι οι θάνατοι από ανθρωποκτονίες (Homicide) είναι 928% φορές παραπάνω από ότι οι αντίστοιχοι θάνατοι των λευκών. Επίσης ο αριθμός των θανάτων στις ίδιες ηλικίες από πνευμονία και άλλα ατυχήματα (εκτός από τα τροχαία) είναι διπλάσιος στους έγχρωμους νέους απ' ότι στους λευκούς.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3
ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟΙ ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΝΑ 100.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΣΤΙΣ ΗΠΑ

	ΗΛΙΚΙΕΣ 15-24		ΗΛΙΚΙΕΣ 35-44		ΗΛΙΚΙΕΣ 55-64	
	ΛΕΥΚΟΙ	ΕΓΧΡΩΜΟΙ	ΛΕΥΚΟΙ	ΕΓΧΡΩΜΟΙ	ΛΕΥΚΟΙ	ΕΓΧΡΩΜΟΙ
1) ΠΝΕΥΜΟΝΙΕΣ	29	58	79	422	505	1210
2) ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ	28	69	999	1831	9.940	11.679
3) ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ	103	82	507	803	4.679	6.484
4) ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ	—	—	—	—	1.196	3.519
5) ΚΙΡΡΩΣΗ ΗΠΑΤΟΣ	—	—	188	557	645	677
6) ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ	807	661	351	596	382	628
7) ΆΛΛΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ	310	545	321	787	508	945
8) ΑΝΘΡΩΠΟΚΤΟΝΙΕΣ	75	771	98	1.146	62	508
9) ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΕΣ	113	82	232	126	348	120
10) ΟΛΕΣ ΟΙ ΑΙΤΙΕΣ	1.690	2.777	3.458	9.203	21.902	32.607
ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΛΕΥΚΩΝ/ΕΓΧΡΩΜΩΝ	64.3%		231.4%		49.0%	

ΠΗΓΗ (Fuchs 1974) Who shall live.

Εξετάζοντας την διαφορική θνησιμότητα για την ηλικία των 35 έως 44 χρονών τότε παρατηρούμε ότι οι προσδοκώμενοι θάνατοι των έγχρωμων στις ΗΠΑ είναι 166% παραπάνω από τους αντίστοιχους θανάτους των λευκών. Η διαφορική θνησιμότητα στις ηλικίες αυτές είναι 1070% παραπάνω στους έγχρωμους από ότι είναι στους λευκούς. Οι θάνατοι από πνευμονία είναι 6 φορές πάνω στους έγχρωμους από ότι στους λευκούς καθώς επίσης και οι θάνατοι που συνδέονται με τον αλκοολισμό όπως η Κίρρωση του Ήπατος είναι διπλάσιοι στους έγχρωμους από ότι στους λευκούς.

Τέλος η διαφορική θνησιμότητα μειώνεται με την γήρανση του πληθυσμού δεδομένου ότι στη ομάδα των ηλικιών 55-64 χρονών η υπεροχή των θανάτων των έγχρωμων σε σχέση με τους λευκούς ανέρχεται σε 49% περίπου. Αντίστοιχες μειώσεις στην διαφορική θνησιμότητα παρατηρούνται και για τις άλλες αιτίες θανάτων όπως ανθρωποκτονιών όπου η διαφορά είναι 719%.

Δείκτης Κατανάλωσης Υπηρεσιών Υγείας

Διαφορικοί δείκτες της κατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας έχουν χρησιμοποιηθεί στην βιβλιογραφία των ΗΠΑ και της Βρετανίας. Πολλές φορές οι δείκτες αυτοί παρουσιάζουν την συχνότητα των επισκέψεων ενός πληθυσμού προς τις νοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες. Υψηλή συχνότητα επισκέψεων στα κέντρα υγείας ή στις εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες ενός πληθυσμού ή μιας ομάδας πληθυσμού δεν σημαίνει και αναγκαστικά υψηλή νοσηρότητα. Γιατί η συχνότητα των επισκέψεων επηρεάζεται από την προσφορά των υγειονομικών υπηρεσιών από την διαθεσιμότητα του ιατρικού προσωπικού από τον χρόνο αναμονής καθώς και από την πληροφόρηση των ατόμων για τις υπηρεσίες υγείας και από την μορφή της ασθένειάς των.

Από μελέτες που έγιναν στις ΗΠΑ για την περίοδο 1963-1976 (βλ. διάγραμμα 1) προέκυψε ότι η διαφορά στην κατανάλωση των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών (Ιατρικές Επισκέψεις) μεταξύ φτωχών και μη φτωχών ή μεταξύ λευκών και μη λευκών (νέγρων) μειώθηκε σημαντικά.

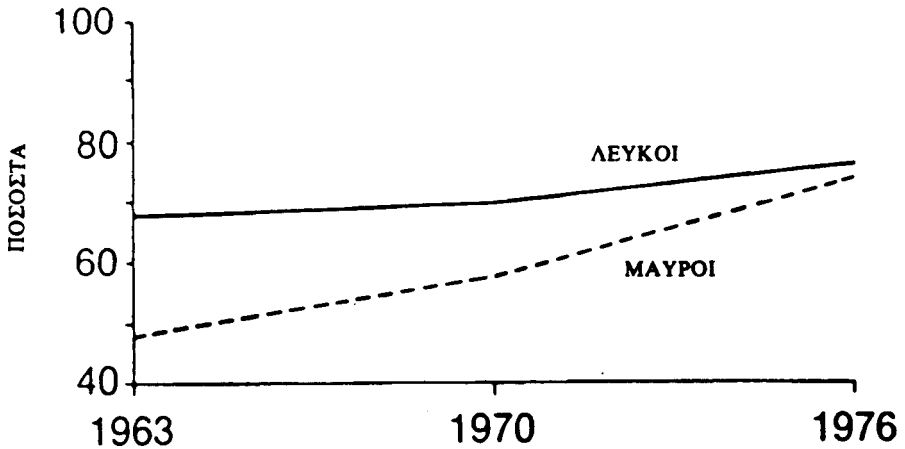
Το 1964 ο μέσος ετήσιος αριθμός των Ιατρικών επισκέψεων των μη φτωχών ήταν 4.7 ενώ των φτωχών ήταν 3.8. Στα 1978 η τάση αυτή αντιστράφηκε, με αποτέλεσμα οι επισκέψεις των φτωχών να είναι 6.2 ενώ των μη φτωχών να είναι 5.0. Παρόμοιες τάσεις παρουσιάζονται και στις συγκρίσεις μεταξύ των λευκών και των μαύρων.

Το 1964 ο μέσος ετήσιος αριθμός των Ιατρικών επισκέψεων των λευκών ήταν 4.7 έναντι 3.3. των μαύρων. Στα 1978 η διαφορά σχεδόν εξαλείφθηκε, φθάνοντας στο 4.9 των λευκών έναντι 4.8 των μαύρων (Διάγραμμα 1).

Αν και οι ιατρικές επισκέψεις και κατά επέκταση η κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας αυξήθηκε σημαντικά τα τελευταία χρόνια από τους φτωχούς και από τους μαύρους ωστόσο η ανάλυση παραμένει ελλειπής στο σημείο αυτό αν δεν ληφθούν υπόψη οι υγειονομικές ανάγκες και γενικότερα οι κοινωνικές ανάγκες (Social needs) των ομάδων αυτών. Αν οι ανάγκες για περίθαλψη

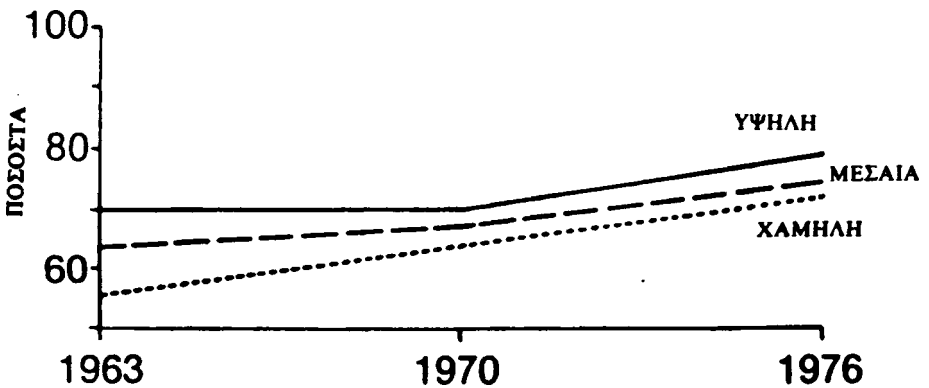
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ Ι

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΙΑ. ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΛΕΥΚΩΝ ΚΑΙ ΝΕΓΡΩΝ ΣΤΙΣ ΗΠΑ



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΙΒ.

ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΑΝΑ ΤΑΞΗ



ΠΗΓΗ: America's Health System: A Portrait, special report. The Robert Wood Johnson Foundation, no. 1, 8, p. 8.

των φτωχών και των μαύρων έχουν αυξηθεί πολύ περισσότερο από την αντίστοιχη κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας τότε οι προαναφερθέντες δείκτες δείχνουν μια λαθεμένη εικόνα η οποία αναφέρεται μόνο στην μια πλευρά, την κατανάλωση και αγνοεί ίσως την σημαντικότερη διάσταση η οποία είναι η υγειονομική ανάγκη. Ένας δείκτης προσέγγισης των υγειονομικών αναγκών βλ. Culyer A.J. (1976) Υfantopoulos J. (1979) που έχει χρησιμοποιηθεί στην βιβλιογραφία είναι «το επίπεδο υγείας» του πληθυσμού ή της κοινωνικής ομάδας.

Σε δυο μελέτες των Aday A και συν. (1980) και του Kleinman (1980) χρησιμοποιήθηκαν διαφορετικοί δείκτες επιπέδων υγείας των φτωχών και μη φτωχών οι οποίοι συσχετίστηκαν με την αντίστοιχη συχνότητα των ιατρικών επισκέψεων κάθε ομάδας. Έτσι «σταθμίστηκε» η κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας κάθε ομάδας με τις αντίστοιχες ανάγκες της.

Οι Aday A και συν. χρησιμοποίησαν τις «ημέρες ασθένειας» ως δείκτη για τον προσδιορισμό των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού. Έτσι εκτίμησαν δείκτες (βλ. πίνακα 4) της συχνότητας των ιατρικών επισκέψεων του πληθυσμού των υψηλών, μεσαίων και χαμηλών εισοδηματικών κλιμακίων ανά 100 ημέρες ασθένειας. Βέβαια υπάρχουν ορισμένα προβλήματα ορισμού δηλ. τι νοούμε ημέρες ασθένειας και κατά πόσο οι ημέρες αυτές απεικονίζουν τις «πραγματικές» ανάγκες, γιατί σε ορισμένες επαγγελματικές κατηγορίες όπως οι οικοδόμοι, χειρωνακτές και ανειδίκευτοι εργάτες κάθε μέρα ασθένειας ίσως αντιπροσωπεύει και «χαμένα μεροκάματα», γιατί η ασφαλιστική κάλυψη ή αποζημίωση ίσως είναι πολύ χαμηλή. Με τον τρόπο αυτό ένας φτωχός αναγκάζεται να μειώσει σημαντικά τις ημέρες ασθένειας οι οποίες σε προέκταση δείχνουν ένα χαμηλότερο δείκτη υγειονομικών αναγκών. Αντίθετα ένας δημόσιος υπάλληλος ο οποίος έχει πλήρη κάλυψη και πλήρη αποζημίωση ίσως έχει και ένα κίνητρο να επεκτείνει τις ημέρες ασθένειας υπερεκτιμώντας έτσι τις υγειονομικές του ανάγκες. Παρά τις αδυναμίες αυτές οι (Aday και συν 1980) βρήκαν (βλ. πίνακα 4) ότι εάν δεν σταθεροποιήσουν τις Ιατρικές επισκέψεις με τον δείκτη αναγκών του κάθε πληθυσμού τότε παρουσιάζεται ότι οι χαμηλές εισοδηματικές τάξεις έχουν υψηλότερο δείκτη ιατρικών επισκέψεων (4.6) από ότι οι υψηλές εισοδηματικές τάξεις (3.8). Αντίθετα εάν ληφθούν υπόψη οι υγειονομικές ανάγκες κάθε κατηγορίας τότε παρουσιάζεται το αντίθετο, δηλαδή περισσότερες είναι οι ιατρικές επισκέψεις (ανά 100 ημέρες ασθένειας) των υψηλών εισοδηματικών τάξεων.

Ο Kleinman 1980 σε μια προσπάθεια βελτίωσης του δείκτη των Aday και συν 1980 αντί του αριθμού των ημερών ασθένειας έλαβε τον δείκτη των ημερών που παρέμεινε ο ασθενής στο κρεβάτι. Παρόλες τις πιθανές δυσκολίες στατιστικής προσέγγισης και μέτρησης των «κλινονημερών» ωστόσο ο Kleinman έδειξε αντιπροσωπευτικότερα τις κοινωνικές διαφορές μεταξύ φτωχών και μη φτωχών γιατί αφ' ενός όρισε ένα οικονομικό κριτήριο φτώχειας αφ' ετέρου προσέγγισε με ένα καλλίτερο δείκτη τις κοινωνικές ανάγκες κάθε τάξης. Όπως στους Aday και συν (1980) έτσι και ο Kleinman βρήκε ότι εάν

χρησιμοποιηθούν οι ιατρικές επισκέψεις αστάθμιστες από τον αριθμό των ημερών νοσηλείας ανά κρεβάτι τότε οι φτωχοί επισκέπτονται κατά 5.1 φορές κατά μέσο όρο τους γιατρούς, ενώ οι μη φτωχοί τους επισκέπτονται κατά 4.9. Εάν όμως ληφθεί υπ' όψη και ο δείκτης των κοινωνικών αναγκών της κάθε ομάδας δηλαδή εάν σταθμίσουμε την χρησιμοποίηση των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών κάθε ομάδας σύμφωνα με τις ανάγκες τους (κλινοημέρες), τότε τα αποτελέσματα είναι εντελώς διαφορετικά (βλ. πίνακα 4). Αυτοί που βρίσκονται κάτω από το όριο φτώχειας χρησιμοποιούν πολύ λιγότερο τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τις ανάγκες τους, από αυτούς που βρίσκονται 10%-20% πάνω από το όριο φτώχειας καθώς και από αυτούς που βρίσκονται πάνω από το 200% του ορίου φτώχειας (υψηλοί εισοδηματίες). Οι ιατρικές επισκέψεις των υψηλών εισοδηματικών τάξεων σε σχέση με τους φτωχούς είναι 173% περισσότερες.

Επίσης ο σταθμισμένος (με τις υγειονομικές ανάγκες) αριθμός επισκέψεων των ευπόρων είναι σχεδόν διπλάσιος από ότι των φτωχών (64 των πλουσίων έναντι 37 των φτωχών).

Από διάφορες επιδημιολογικές έρευνες έχει προκύψει Υφαντόπουλος Γ. (1984, 1985) ότι η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας είναι εντονότερη στις μικρές

ΠΙΝΑΚΑΣ 4 ΔΕΙΚΤΕΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΑΝΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΙΚΗ ΤΑΞΗ ΗΠΑ

	ΑΠΟ ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ADAY*		ΑΠΟ ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ KLEINMAN*	
	ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΙΚΕΣ ΤΑΞΕΙΣ	ΑΣΤΑΘΜΗΤΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ	ΑΣΤΑΘΜΗΤΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ	ΣΤΑΘΜΙΣΜΕΝΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ
ΧΑΜΗΛΕΣ		4.6	44	5.1
ΜΕΣΑΙΕΣ		4.0	44	4.9
ΥΨΗΛΕΣ		3.8	45	4.9
ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΥΨΗΛΩΝ ΤΑΞΕΩΝ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΧΑΜΗΛΕΣ*		0.83	1.02	0.92
				1.73

ΣΗΜΕΙΩΣΗ * Οι Aday (και συν) ορίζουν τις χαμηλές τάξεις ως \$8.000<, τις μεσαίες ως \$8.000-14.999, και τις υψηλές ως \$>15.000.

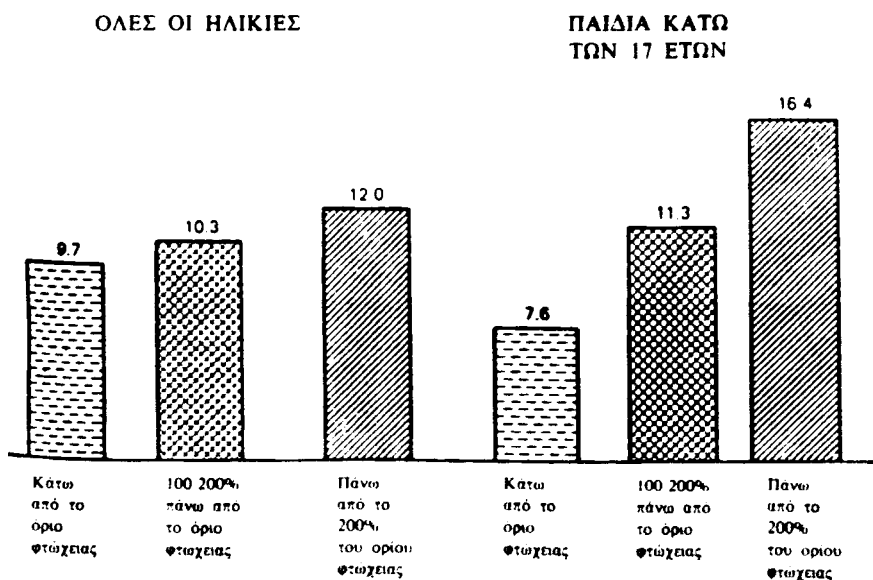
** Ο Kleinman ορίζει τις χαμηλές τάξεις ως τα άτομα που βρίσκονται κάτω από το όριο φτώχειας σταθμισμένα με τα μέλη της οικογένειας. Οι μεσαίες τάξεις συμπεριλαμβάνουν τα άτομα που έχουν εισόδημα υψηλότερο από το όριο φτώχειας μέχρι και το διπλάσιο επίπεδο εισοδήματος από το όριο αυτό και τέλος οι υψηλές τάξεις συμπεριλαμβάνουν άτομα με εισοδήματα παραπάνω από το διπλάσιο όριο φτώχειας.

και στις μεγάλες ηλικίες γιατί οι κίνδυνοι (πιθανότητα) για ασθένεια και θάνατο είναι υψηλότερη στις ηλικίες αυτές. Από εμπειρικές εκτιμήσεις έχει προκύψει ότι υπάρχει μια U τύπου σχέση μεταξύ ζήτησης για υπηρεσίες υγείας και ηλικίας. Ο Kleinman έχοντας υπόψη του την σχέση αυτή περιορίστηκε στο ένα τμήμα της καμπύλης. Ίσως ο Kleinman είχε υπόψη του τα πορίσματα άλλων ερευνών που δείχνουν (βλ. Pressat R. 1975) ότι η διαφορική κοινωνική ανισότητα ως προς τον θάνατο είναι ιδιαίτερα εμφανής στις νέες ηλικίες και εξαφανίζεται στις μεγάλες και γι αυτό εκτίμησε τον αριθμό των ιατρικών επισκέψεων για φτωχούς και μη φτωχούς ηλικίας κάτω των 17 ετών. Τα αποτελέσματά του είναι αποκαλυπτικά (βλ. διάγραμμα 2). Οι νέοι φτωχοί (ηλικίας 0-17 ετών) επισκέπτονται ετησίως τους γιατρούς κατά 7.6 φορές ενώ οι αντίστοιχοι εύποροι νέοι (με εισόδημα άνω των 200% του ορίου φτώχειας) επισκέπτονται τους γιατρούς κατά 16.4 φορές.

Εξετάζοντας την διαχρονική εξέλιξη των κοινωνικών ανισοτήτων στις ΗΠΑ μεταξύ λευκών και έγχρωμων καθώς και μεταξύ φτωχών και μη φτω-

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2

ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΕΤΗΣΙΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΑΝΑ ΕΠΙΠΕΔΟ ΦΤΩΧΕΙΑΣ



ΠΗΓΗ: Kleinman J.: National Health Interview Survey results. Hyattsville, Md. Department of Health and Human Services, National Center for Health Statistics, 1980.

χών παρατηρούμε ότι εάν δεν λάβουμε υπόψη τις κοινωνικές ανάγκες κάθε κατηγορίας τότε παρουσιάζεται μια «πλασματική μείωση» στις ανισότητες αυτές. Εάν όμως, όπως είδαμε παραπάνω σταθμίσουμε τον αριθμό των ιατρικών επισκέψεων των φτωχών και μη φτωχών με ορισμένους δείκτες υγειονομικών αναγκών κάθε κατηγορίας τότε οι κοινωνικές ανισότητες μεταξύ φτωχών και μη φτωχών φαίνεται ότι **δεν μειώθηκαν**. Πρέπει βέβαια να είμαστε επιφυλακτικοί ως προς την αντιπροσωπευτικότητα και την συγκρισιμότητα των δεικτών. Ιδιαίτερα όταν αναφερόμεθα σε διαφορετικές χρονικές στιγμές καθώς και σε διαφορετικές μελέτες οι οποίες χρησιμοποιούν διαφορετικές μεθόδους σύγκρισης και αξιολόγησης. Αναφερόμενοι όμως στα πορίσματα των παραπάνω μελετών, διατηρώντας όλες τις μεθοδολογικές επιφυλάξεις και συγκρίνοντας την ανά χρονικές περιόδους μεταβολή των κοινωνικών ανισοτήτων ως προς την οικονομική ανάπτυξη που παρατηρήθηκε στις περιόδους αυτές τότε παρατηρούμε:

α) Την περίοδο 1960-1968 όπου σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ (βλ. O.E.C.D. Historical Statistics) ο μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής του ΑΕΠ στις ΗΠΑ ήταν 4.5, είχε σαν συνέχεια την σχετική μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων στις ιατρικές επισκέψεις μεταξύ υψηλών, μεσαίων και χαμηλών εισοδηματικών κλιμακίων.

β) Η περίοδος μετά το 1968 όπου οι ρυθμοί οικονομικής ανάπτυξης μειώνονται (δηλαδή στο 3.3. για την περίοδο 1968-1973, και 2.6 για την περίοδο 73-79 για να φθάσουν τέλος στο 0.1 την περίοδο 1979-1982), έχει σαν συνέπεια την σταθεροποίηση και βαθμιαία αύξηση των κοινωνικών ανισοτήτων μεταξύ υψηλών και χαμηλών εισοδηματικών κλιμακίων.

Αν τα πορίσματα των μελετών των Aday και συν 1980 και των Kleinman 1980 είναι αντιπροσωπευτικά για τον πληθυσμό των ΗΠΑ τότε οι κοινωνικές ανισότητες όχι μόνο δεν μειώθηκαν ή σταθεροποιήθηκαν αλλά αυξήθηκαν ακόμη περισσότερο.

Απ' ότι θα μπορούσε κανείς να υποστηρίξει οι πρόσφατες τάσεις ιδιωτικοποίησης «Privatisation» των Υγειονομικών Συστημάτων συνδυασμένη με τους φθίνοντες ρυθμούς οικονομικής ανάπτυξης και τον περιορισμό των Δημοσίων Δαπανών Υγείας, θα έχει ίσως σαν συνέπεια την περαιτέρω διατήρηση ή ακόμα και αύξηση των κοινωνικών ανισοτήτων.

Βρετανία

Η Βρετανία αποτελεί διεθνώς την πιο χαρακτηριστική χώρα η οποία έχει να επιδείξει τον μεγαλύτερο αριθμό μελετών που αναφέρονται στα θέματα των κοινωνικών ανισοτήτων ως προς την θνησιμότητα την νοσηρότητα και την χρησιμοποίηση των πόρων υγείας.

Οι πρώτες προσεγγίσεις ήταν κυρίως ιστορικές (βλ. Sigismund Teller 1965) και εξέτασαν την διαχρονική εξέλιξη της θνησιμότητας των αριστοκρατικών οικογενειών της Βρετανίας σε σύγκριση με τις αντίστοιχες αριστοκρα-

τικές οικογένειες της Ευρώπης. Η πρώτη όμως ουσιαστική μελέτη η οποία παρουσιάζει την φτώχεια σαν κοινωνικό φαινόμενο και αναλύει τις διαφορετικές διαστάσεις της φτώχειας και προσεγγίζει με αρκετή τεκμηρίωση (δεδομένων των στατιστικών πηγών) την σχέση μεταξύ φτώχειας και υγείας είναι η μελέτη του Rowntree (1941). Στην μελέτη αυτή διενεργείται μια διαχρονική σύγκριση των υγειονομικών συνθηκών της περιόδου 1899 με τις συνθήκες του 1938. Εκτιμώνται διάφοροι δείκτες θνησιμότητας ανά αιτία θανάτου για τις περιόδους αυτές και ιδιαίτερη αναφορά γίνεται (βλ. σελ. 296, 297, 298) στους δείκτες της ολικής και της βρεφικής θνησιμότητας (θάνατος βρεφών μέσα στον πρώτο χρόνο από την γέννησή τους) για 4 διαφορετικές τάξεις.

Μεταξύ των άλλων προσεγγίσεων για το επίπεδο υγείας των φτωχών και μη φτωχών ο Rowntree διενέργησε και τις πρώτες σωματομετρικές έρευνες σε αγόρια και κορίτσια ηλικίας 5-13 ετών.

Τέλος ο Rowntree παρατηρεί ότι οι υγειονομικές συνθήκες, της εργατικής τάξης των κατοίκων του York που έκανε και την πρώτη μελέτη το 1899 βελτιώθηκαν σημαντικά. Υποστηρίζει ότι η μελλοντική βελτίωσή του εισοδήματος των φτωχών και η περαιτέρω ανάπτυξη των υγειονομικών υπηρεσιών οι οποίες πρέπει να λάβουν κυρίως προληπτικό και όχι θεραπευτικό χαρακτήρα θα συντείνουν στη βελτίωση του επιπέδου υγείας των φτωχών.

Η ερώτηση που προκύπτει όμως είναι τι συνέβη μετέπειτα στην Αγγλία ύστερα από την θεμελιωμένη έρευνα του Rowntree.

Ήδη από τις αρχές του 16ου αιώνα υπήρχαν τα φιλανθρωπικά νοσοκομεία που πρόσφεραν υπηρεσίες στους φτωχούς και οικονομικά αδυνάτους. Στα 1907 ψηφίστηκε ο νόμος για την βελτίωση της νοσοκομειακής περίθαλψης των φτωχών και στα 1911 δημιουργείται το Εθνικό σύστημα ασφάλισης υγείας το οποίο απετέλεσε και τη βάση για την δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Αγγλίας που έγινε το 1948.

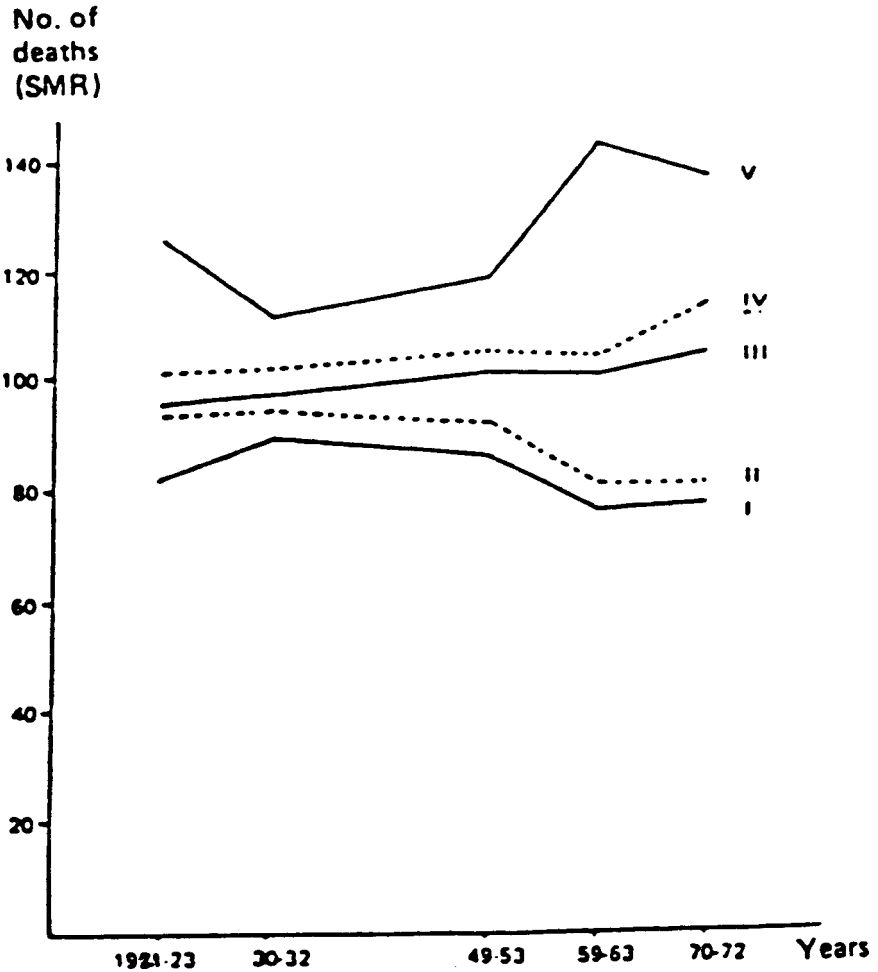
Ένας από τους κύριους στόχους του συστήματος υγείας της Βρετανίας ήταν η προσφορά υπηρεσιών υγείας προς όλους τους πολίτες ανεξάρτητα από ηλικία, κοινωνική τάξη, φύλο, εθνικότητα ή θρησκεία.

Ύστερα από τρεις περίπου δεκαετίες μακράς παράδοσης στην οργάνωση και διοίκηση του κοινωνικοποιημένου συστήματος υγείας ύστερα από τις επεκτάσεις της νοσοκομειακής περίθαλψης που έγιναν κυρίως τα πρώτα έτη της δεκαετίας του 1960 όπου ο μέσος ετήσιος αριθμός αύξησης του ΑΕΠ ήταν 6% (βλ. μελέτες ΟΟΣΑ-Εθνικοί λογαριασμοί), παρόλα αυτά από διάφορες μελέτες προέκυψε ότι οι κοινωνικές ανισότητες ως προς την θνησιμότητα μεταξύ των κοινωνικών τάξεων Ι έως V όχι μόνο δεν μειώθηκαν αλλά αυξήθηκαν (βλ. διάγραμμα 3). Η αύξηση αυτή έδωσε το έναυσμα για μια σειρά επιδημιολογικών και κοινωνικών μελετών οι οποίες εξέτασαν την διαφορική θνησιμότητα από οικονομική και κοινωνική άποψη.

Τον Απρίλιο του 1977 από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων της Βρετανίας δόθηκε η έγκριση για ένα ερευνητικό πρόγραμμα για το οποίο κανείς μέχρι τότε δεν είχε αντιληφθεί τις πολιτικές και κοινωνικές συνέπειες καθώς και τις ατελείωτες αντικρουόμενες συζητήσεις που θα γίνοντο

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3

ΔΕΙΚΤΕΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΑΝΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΤΑΞΗ ΣΤΗ ΒΡΕΤΑΝΙΑ 1921-1972



ΠΗΓΗ: Occupational Mortality (1970).

Κοινωνικο-επαγγελματικές τάξεις στη Βρετανία.

I: Επαγγελματίες (Λογιστές, Γιατροί, Δικηγόροι)

II: Διευθυντές, Καθηγητές Μ.Ε., Νοσοκόμες

III: Υπάλληλοι Γραφείου και Ειδικευμένο Εργατικό δυναμικό

IV: Αγρότες

V: Ανεπίδεκτοι Εργάτες.

στη Βρετανική Κυβέρνηση λόγο του προγράμματος αυτού. Η μελέτη αυτή ήταν το ονομαζόμενο από τον καθηγητή Black, «THE BLACK REPORT». Inequalities in Health, η οποία έχει αποτελέσει μέχρι σήμερα την πιο αντιπροσωπευτική και την πιο μεθοδολογικά ολοκληρωμένη έρευνα των κοινωνικών ανισοτήτων υγείας.

The Black report

Ο Sir Douglas Black ανέλαβε ως υπεύθυνος της έρευνας για τις ανισότητες υγείας και σε συνεργασία με το ερευνητικό του προσωπικό καθόρισαν τους εξής στόχους:

1. Να εξετάσουν όλες τις σχετικές πηγές πληροφοριών που δίνουν στοιχεία για τις ανισότητες στην κατάσταση υγείας μεταξύ των κοινωνικών ομάδων.
2. Να εξετάσουν τις πιθανές αιτιώδεις σχέσεις.
3. Να εξετάσουν την σημαντικότητα ορισμένων υποθέσεων.
4. Να διαμορφώσουν προτάσεις για την πολιτική υγείας.
5. Να προτείνουν νέες ερευνητικές διαστάσεις.

Η λεπτομερής ανάλυση και παρουσίαση της μεθοδολογίας που ακολουθήθηκε από την ερευνητική ομάδα δεν μπορεί φυσικά να αναφερθεί εδώ. Ωστόσο ορισμένες αναφορές θα γίνουν στην γενικότερη φιλοσοφική προσέγγιση καθώς και στην επιλεκτική παρουσίαση ορισμένων αποτελεσμάτων.

Το Black Report χρησιμοποίησε τα στατιστικά στοιχεία που εκδίδοντο από το γραφείο του πληθυσμού και απογραφών καθώς και στοιχεία από τους οικογενειακούς προϋπολογισμούς. Η χρησιμοποίηση διαφορετικών στατιστικών πηγών έδωσε την δυνατότητα μέτρησης των κοινωνικών ανισοτήτων όχι μόνο μονοδιάστατα, δηλαδή ανισότητες ως προς τον θάνατο, αλλά πολυδιάστατα. Έτσι μετρήθηκαν οι ανισότητες ως προς τον θάνατο, ως προς την νοσηρότητα, ως προς την διαθεσιμότητα και χρησιμοποίηση των πόρων υγείας, ως προς την εθνικότητα, ως προς το φύλο, την ηλικία και την επαγγελματική κατηγορία.

Για τον προσδιορισμό των ανισοτήτων μεταξύ των κοινωνικών τάξεων χρησιμοποιήθηκε η κατάταξη των επαγγελμάτων που γίνεται από το γραφείο του πληθυσμού και απογραφών και η οποία αφορά πέντε κατηγορίες επαγγελμάτων.

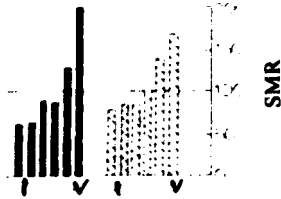
Έτσι λοιπόν οι επαγγελματικές κατηγορίες αποτέλεσαν την βάση για την διερεύνηση των κοινωνικών ανισοτήτων.

Ανισότητες ως προς την θνησιμότητα

Επειδή η πιθανότητα θανάτου διαφοροποιείται σημαντικά μεταξύ των ανδρών και γυναικών και επειδή οι επαγγελματικές (κοινωνικές) τάξεις λόγω του τρόπου ζωής και του περιβάλλοντος εργασίας εκτίθεται σε διαφορετικούς κινδύνους εκτιμήθηκαν (βλ. διάγραμμα 4) για 13 κατηγορίες θανάτων οι αντι-

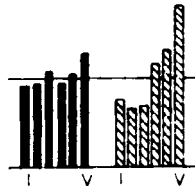
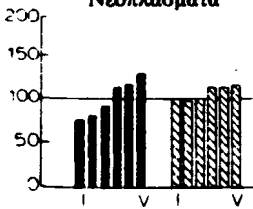
ΔΕΙΚΤΕΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΑΝΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ

Θάνατοι

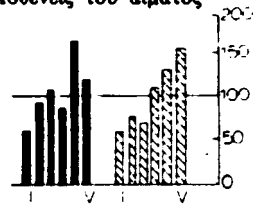


SMR

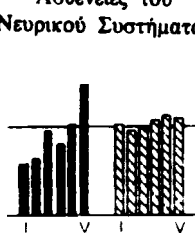
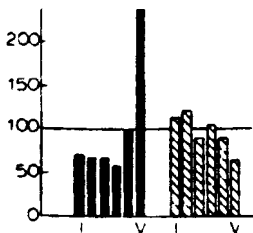
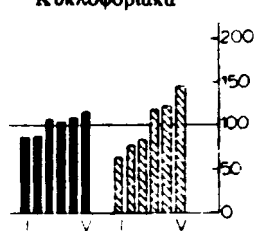
**Ενδοκρινικές και
μεταβολικές ασθένειες**



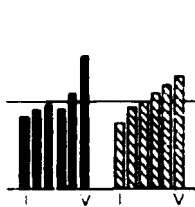
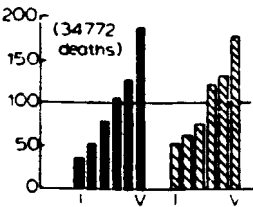
SMR



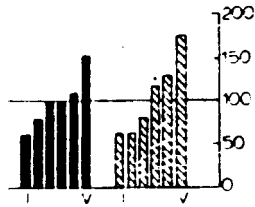
Ασθένειες του Νευρικού Συστήματος

**SMR**

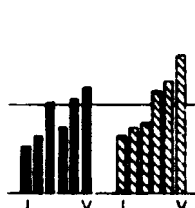
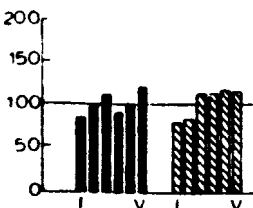
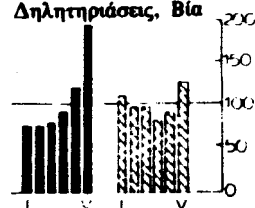
Πεπτικού Συστήματος



SMR



Συγγενείς Ανωμαλίες

**SMR**

Κοινωνικές τάξεις

Κοινωνικές τάξεις

στοιχοι δείκτες θνησιμότητας. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε βασίζεται στον τύπο της Σταθεράς Σχέσης Θνησιμότητας (S.M.R.) που εκφράζεται από το πηλίκο.

$$S.M.R. = \frac{\text{Πραγματικοί θάνατοι}}{\text{Αναμενόμενοι θάνατοι}} \times 100$$

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν, από την εφαρμογή του παραπάνω τύπου έδειξαν ότι:

- 1) Ο κίνδυνος θανάτου (Risk of death) των φτωχότερων κοινωνικών τάξεων (ανεπίδευτοι εργάτες τάξης ν) είναι δύομιση φορές μεγαλύτερος από τον κίνδυνο θανάτου των επαγγελματιών (κοινωνική τάξη Ι). (Δικηγόροι, γιατροί, Λογιστές, (5% του ενεργού πληθυσμού).
- 2) Παρόμοιες διαφορές παρουσιάζονται όχι μόνο μεταξύ των κοινωνικών τάξεων ηλικίας (15-64 ετών) (βλ. διάγραμμα 4) αλλά σε όλες τις ηλικίες.
- 3) Η βρεφική θνησιμότητα των παιδιών που προέρχονται από γονείς που είναι ανεπίδευτοι εργάτες είναι διπλάσια από την θνησιμότητα των παιδιών που προέρχονται από επαγγελματίες (κατηγορία Ι).
- 4) Όπως βρέθηκε στην Γαλλία και στις ΗΠΑ, έτσι και στη Βρετανία η διαφορική θνησιμότητα μεταξύ των κοινωνικών τάξεων μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας.
- 5) Ένα από τα πιο ενδιαφέροντα αποτελέσματα του Black Report ήταν η διαχρονική διερεύνηση των Κοινωνικών ανισοτήτων μεταξύ των επαγγελματικών τάξεων. Την περίοδο του 1970-72 οι ανισότητες μεταξύ της Ι και V επαγγελματικής τάξεως ήταν κατά πολύ μεγαλύτερες από ότι την περίοδο του 1949-53.
- 6) Αν και η βρεφική θνησιμότητα μειώθηκε σημαντικά στην Αγγλία, Σκωτία και Ουαλία, ωστόσο παρατηρήθηκε μια διαχρονική αύξηση στην βρεφική θνησιμότητα των τάξεων IV και V που έγινε ιδιαίτερα αισθητή την περίοδο 1970-1972.

Εκτός από τις Κοινωνικές ανισότητες μεταξύ των επαγγελματικών τάξεων το Black Report διερεύνησε περαιτέρω τις διαφορικές ανισότητες μεταξύ των δύο φύλων, μεταξύ των διαφόρων περιφερειών, μεταξύ των διαφόρων εθνικοτήτων και φυλών (Ινδών, Πακιστανών, Ευρωπαίων) που διαμένουν στην Βρετανία.

Νοσηρότητα

Χρησιμοποιώντας τα στοιχεία των οικογενειακών προϋπολογισμών εκτιμήθηκε η νοσηρότητα για έξη, αντί για πέντε που είδαμε παραπάνω επαγγελματικές κατηγορίες. Οι κοινωνικές ανισότητες ως προς την νοσηρότητα παρουσιάζουν τις ίδιες περίπου διαφορές ως και στην περίπτωση της θνησιμότη-

τας. Σύμφωνα με τα στοιχεία του 1972 (βλ. πίνακα 11 σελ. 72) ο μέσος αριθμός ημερών απουσίας από την εργασία λόγω ασθένειας των επαγγελματιών ήταν 31 περίπου μέρες. Ο αντίστοιχος δείκτης των ανειδίκευτων εργατών ήταν 176 ημέρες.

Χρησιμοποίηση των πόρων Υγείας

Το Black Report αναγνωρίζοντας τις ιδιαιτερότητες που υπάρχουν στην κατανάλωση των διαφορετικών μορφών περίθαλψης, (εξω-νοσοκομειακής, και νοσοκομειακής) από τις επαγγελματικές τάξεις κάνει τις διακρίσεις αυτές και εκτιμά την χρησιμοποίηση των πόρων υγείας ανά κοινωνική τάξη.

α) Ιατρικές Επισκέψεις

Μελετώντας τα στοιχεία των οικογενειακών προϋπολογισμών για μια μακρά χρονική περίοδο βρέθηκε ότι ο απόλυτος αριθμός των ιατρικών επισκέψεων των χαμηλών κοινωνικοοικονομικών τάξεων (τάξεις III, IV και V) είναι σχετικά μεγαλύτερος από τον αριθμό των Ιατρικών Επισκέψεων, των υψηλών τάξεων I και II, ωστόσο για ορισμένα χρόνια τα στατιστικά στοιχεία έδειξαν μια αντίθετη εικόνα, δηλαδή οι Ιατρικές επισκέψεις των υψηλών τάξεων ήταν κατά πολύ υψηλότερες από τις χαμηλές τάξεις. Έτσι μελετώντας τα στοιχεία των Ιατρικών επισκέψεων *αστάθμητα* ως προς τις επί μέρους *υγειονομικές ανάγκες* κάθε τάξης δεν μπορούσαν οι ερευνητές του Black Report να καταλήξουν σε ένα συγκεκριμένο συμπέρασμα. Οδηγήθηκαν λοιπόν αναγκαστικά να χρησιμοποιήσουν «σταθμισμένους» δείκτες κατανάλωσης των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών λαμβάνοντας αναλογικούς δείκτες. Όπως στις μελέτες των A-day και συν (1980) και Kleinman (1980) που έγιναν για τις ΗΠΑ, οι ερευνητές του Black Report για να δείξουν τις κοινωνικές ανισότητες στην χρησιμοποίηση των πόρων υγείας από τις διάφορες κοινωνικές τάξεις χρησιμοποίησαν τα ευρήματα από ένα μεγάλο αριθμό μελετών (Broiberston 1976) που όλες κατέληγαν προς την ίδια κατεύθυνση: Ότι η χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας των εξωνοσοκομειακών γιατρών (G.P. SERVICES) όταν σταθμισθεί με τις υγειονομικές ανάγκες κάθε τάξης (βλ. πίνακα 5) (use need ratios) τότε φαίνεται πλέον ευκρινώς ότι οι υψηλές κοινωνικο-οικονομικές τάξεις χρησιμοποιούν κατά πολύ περισσότερο τις υπηρεσίες των G.P. από ότι οι χαμηλές τάξεις V. Ως αναλογικός-σταθμικός δείκτης της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών των Γενικών Γιατρών (G.P.) που χρησιμοποιήθηκε στην μελέτη ήταν ο λόγος των Ιατρικών Επισκέψεων ως προς τον αριθμό των ημερών νοσηλείας. Ορισμένα προβλήματα αντιπροσωπευτικότητας των υγειονομικών αναγκών κάθε τάξης από την χρησιμοποίηση του δείκτη αυτού καθώς οι δυνατότητες χρησιμοποίησης άλλων δεικτών όπως κλινσημερών συζητήθηκαν παραπάνω. Εκτός από τα προβλήματα αυτά θα πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρ-

χουν και άλλα ποσοτικά προβλήματα όπως για παράδειγμα ένας αριθμός ασθενών ίσως να χρησιμοποιεί αντί των υπηρεσιών των γενικών γιατρών τις εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες των νοσοκομείων (Out patient departments) ή των Κέντρων Υγείας. Εδώ υπάρχει ένα σημαντικό *Κοινωνιολογικό* στοιχείο που συνδέεται περισσότερο με ποιοτικές ερμηνείες. Η μελέτη του (Cartwright 1964) έδειξε ότι οι ασθενείς των μεσαίων τάξεων που νοσηλεύονται σε νοσοκομεία έχουν πολύ μεγαλύτερη πιθανότητα να τους επισκεφθούν οι εξωνοσοκομειακοί γιατροί (G.P.) που τους παρέπεμψαν από ότι οι ασθενείς των χαμηλών τάξεων. Επίσης ένας μεγάλος αριθμός μελετών έχει δείξει ότι οι γενικοί γιατροί προτιμούν να εγκαθίστανται σε αστικές περιοχές και ιδιαίτερα σε πόλεις όπου υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός ατόμων μεσαίων τάξεων. Ο Cartwright συνεχίζοντας τις έρευνές του για τις κοινωνικές ανισότητες 12 χρόνια αργότερα σε μία μελέτη του με τον Ο' Brien (Cartwright και Ο' Brien 1976) βρήκαν ότι οι ασθενείς των μεσαίων οικονομικών τάξεων δεν κάνουν μόνο *μεγαλύτερη* (ποσοτικές διαστάσεις) χρήση των υπηρεσιών υγείας αλλά και *ποιοτικά* καλύτερη. Οι ποιοτικές διαστάσεις προσεγγίστηκαν με τον αριθμό των πληροφοριών καθώς και με τον αριθμό των ερωτήσεων που διατύπωναν οι ασθενείς των μεσαίων τάξεων σε σχέση με τους ασθενείς των χαμηλών κοινωνικοοικονομικών τάξεων. Από τις έρευνες αυτές προκύπτει η ανάγκη για μεγαλύτερη διερεύνηση όχι μόνο των ποσοτικών αλλά και των ποιοτικών διαστάσεων χρησιμοποίησης των πόρων υγείας και των εν γένει Κοινωνικών παροχών και κοινωνικών υπηρεσιών από τις διάφορες κοινωνικοοικονομικές τάξεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5 **ΔΕΙΚΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΑΝΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΤΑΞΗ** **ΒΡΕΤΤΑΝΙΑ 1974-1976**

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΤΑΞΗ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
1) Επαγγελματίες	0.23	0.23
2) Διευθυντές	0.21	0.24
3) Μη χειρώνακτες εργάτες	0.20	0.22
4) Εξειδικευμένοι χειρωνακτικοί	0.18	0.22
5) Ημι-εξειδικευμένοι χειρωνακτικοί	0.20	0.20
6) Ανεπίδικευτοι Εργάτες	0.17	0.19
ΣΥΝΟΛΟ	0.19	0.22

ΠΗΓΗ: THE BLACK REPORT: INEQUALITIES IN HEALTH (1982).

Νοσοκομειακές Υπηρεσίες

Αν και στους οικογενειακούς προϋπολογισμούς υπάρχουν ερωτήσεις για την χρησιμοποίηση των νοσοκομειακών υπηρεσιών ωστόσο οι απαντήσεις

που συλλέχθηκαν στις κατά καιρούς γεγόμενες έρευνες αντιπροσωπεύουν ένα πολύ χαμηλό ποσοστό (περίπου 2%) το οποίο δεν μπορεί να δώσει στατιστικά σημαντικά συμπεράσματα. Από τις υπάρχουσες στατιστικές πηγές στην Βρετανία μόνο αυτές που αναφέρονται για τους Νοσηλευθέντες στα Νοσοκομεία της Σκωτίας (Scottish Hospitals in Patient Survey) δίνουν μια εντυπωσιακή εικόνα των κοινωνικών ανισοτήτων που προκύπτουν από την χρησιμοποίηση των νοσοκομειακών υπηρεσιών (βλ. πίνακα 6). Ο αριθμός των νοσηλευθέντων των χαμηλών κοινωνικο-οικονομικών τάξεων (τάξεις V) είναι σχετικά μεγαλύτερος από τον αριθμό των νοσηλευθέντων των υψηλών κοινωνικοοικονομικών τάξεων (Τάξη I). Μελετώντας αναλυτικότερα τα Σκωτζέζικα στατιστικά στοιχεία προέκυψε ότι ο δείκτης (SDR Hospital Standardised Discharge ratio) των νοσηλευθέντων της V κοινωνικοοικονομικής τάξης είναι δύο φορές περίπου μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο δείκτη των ασθενών της I τάξεως. Οι διαφορές αυτές είναι εντονώτερες στις νεώτερες ηλικίες και όπως είδαμε προηγουμένως όταν συζητούσαμε τις ανά ηλικία κοινωνικές ανισότητες μεταξύ των τάξεων ως προς την θνησιμότητα, και την νοσηρότητα έτσι και στην χρησιμοποίηση των νοσοκομειακών υπηρεσιών, από πολλές μελέτες προέκυψε, ότι οι διαφορές μειώνονται με την ηλικία των ασθενών και καθίστανται σχεδόν ασήμαντες για τους ασθενείς ηλικίας 65 χρονών και άνω.

Το Black Report ή «Ανισότητες Υγείας» άρχισε να γράφεται τον Απρίλιο του 1977 και δημοσιεύθηκε τον Αύγουστο του 1980 από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών (Department of Health and Social Security) σε ένα πολύ μικρό και περιορισμένο αριθμό (μόνο 300) εντύπων. Από την πρώτη στιγμή της ημι-δημοσίευσης του (γιατί το 1982 δημοσιεύτηκε ευρέως από τις εκδόσεις PELICAN) προκάλεσε πολλές συζητήσεις και συνεχείς διαφωνίες όχι μόνο σε πολιτικό επίπεδο στο Βρετανικό Κοινοβούλιο αλλά και

ΠΙΝΑΚΑΣ 6
ΔΕΙΚΤΕΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΣΤΗ ΣΚΩΤΙΑ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΕΣ ΤΑΞΕΙΣ	ΣΤΑΘΜΙΣΜΕΝΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ		ΣΤΑΘΜΙΣΜΕΝΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΗΜΕΡΩΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	
	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
I	79.5	95.9	63.7	92.5
II	80.9	98.0	73.3	93.6
III	94.0	90.4	93.9	91.0
IV	115.1	107.4	116.4	106.7
V	141.4	161.1	151.7	153.9

ΠΗΓΗ: Scottish Hospitals In Patient Survey.

σε επιστημονικό επίπεδο όπου σε μια σειρά άρθρων στο Βρετανικό Ιατρικό περιοδικό (British Medical Journal) διατυπώθηκαν πολλές αμφιλεγόμενες απόψεις για τα αποτελέσματα του Black Report.

Συνοψίζοντας αξίζει να αναφέρουμε ενδεικτικά ορισμένα από τα συμπεράσματα του Black Report και στη συνέχεια να παρουσιάσουμε τις διαφορετικές απόψεις: «Extracts from the Summary of the Black report». «Δεν πιστεύουμε ότι υπάρχει μία και μοναδική ή μία απλή εξήγηση των σύνθετων στοιχείων που επεξεργαστήκαμε. Κατά την γνώμη μας η μεγαλύτερη απόδειξη για τις κοινωνικές ανισότητες υγείας μπορούν επαρκώς να αποδοθούν στα ειδικά χαρακτηριστικά του κοινωνικο-οικονομικού περιβάλλοντος».

«Προτάσεις Κοινωνικής Πολιτικής»

«Προτείνουμε την υιοθέτηση τριών τουλάχιστον προτάσεων από τον Υπουργό Υγείας:

- Να δώσει στα παιδιά ένα καλλίτερο ξεκίνημα στη ζωή τους.
- Να δοθούν κίνητρα για καλλίτερη υγεία στο μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού υιοθετώντας προληπτικές και εκπαιδευτικές ενέργειες.
- Να μειωθεί ο κίνδυνος των πρόωγων θανάτων και να βελτιωθεί η ποιότητα της ζωής των αναπήρων που διαβιούν στην κοινότητα ή σε Ινστιτούτα και όσο το δυνατόν να μειωθεί η ανάγκη για την ύπαρξη των Ινστιτούτων».

Η απάντηση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών Patric Jenkin ήταν:

«Είναι απογοητευτικό για πολλούς από μας να διαπιστώσουμε ότι για μια μακρά περίοδο από την δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι οι ανισότητες υγείας θα μειωθούν στην Βρετανία. Σε μερικές μάλιστα περιπτώσεις θα αυξηθούν...

Θα πρέπει να γίνει κατανοητό από όλους ότι οι επιπλέον δαπάνες που απαιτούνται για την πραγματοποίηση των προτάσεων του Report (για μείωση των ανισοτήτων) ανέρχονται στη κλίμακα των 2 περίπου δισεκατομμυρίων λιρών τον χρόνο ένα ποσό που είναι εκτός κάθε πραγματικότητας όχι μόνο για το παρόν αλλά για οποιασδήποτε μελλοντικές οικονομικές καταστάσεις.».

Αύγουστος 1980

Patric Jenkin

Υπουργός Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Στον επιστημονικό τομέα ορισμένοι ερευνητές (B.M.J. Vol 281, 20 Sept 1980) υποστήριξαν ότι «μερικές από τις προτάσεις φαίνονται να είναι λίγο απλουστευτικές και... αρκετά ασαφείς». Η απάντηση του καθηγητή Morris που ήταν ένας από τους 4 κύριους ερευνητές του Black Report ήταν: «Πόσο ο φτωχός μπορεί να γίνει φτωχότερος...»

«Οι κοινωνικές ανισότητες υγείας προέρχονται κυρίως από την

Κοινωνικο-οικονομική δομή. Ένας από τους κύριους παράγοντες της φτωχικής υγείας που εκτιμήσαμε για τις χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις αποδίδεται κυρίως στη φτώχεια και στα πολλαπλά μειονεκτήματά της»...

.....«Στο τέλος του 20ου αιώνα είμαστε ακόμα περικυκλωμένοι με τα ίδια προβλήματα απομόνωσης που προϋπάρχουν από τον 19ο αιώνα».

Παρά τις αμφιλεγόμενες απόψεις το Black Report αποτέλεσε τον πυρήνα πολλών μεταγενέστερων ερευνών που εμπλούτισαν με περισσότερες πρωτογενείς πληροφορίες τα ευρήματά του και έδωσε το έναυσμα για την επιστημονική τεκμηρίωση των Κοινωνικών Ανισοτήτων.

Ελλάδα

Από την εξέταση των διαφόρων ερευνητικών πηγών προκύπτει ότι οι μελέτες που ασχολήθηκαν με την σχέση φτώχειας και υγείας καθώς και των κοινωνικών ανισοτήτων στον τομέα υγείας στην Ελλάδα είναι μάλλον περιορισμένες.

Η πρώτη ίσως ιστορική προσέγγιση στο θέμα αυτό θα μπορούσε να αποδοθεί στον γιατρό Π. Ηπίτη που ανακοίνωσε στη συνεδρία της 20-2-1836 στην Ιατρική Εταιρεία Αθηνών την εργασία με θέμα «Περί της Αρχής των Νοσοκομείων και της Ζητιανοσύνης».

Η σημαντικότερη όμως Κοινωνικο-Ανθρωπολογική μελέτη η οποία αποτελεί πραγματική συμβολή στα θέματα αυτά είναι η έρευνα του Α.Γ. Πασπάτη που δημοσιεύτηκε το 1862 με τίτλο το «Γραικικό Νοσοκομείο των Επτά Πύργων». Από τις πιο πρόσφατες μελέτες που αξίζει να αναφερθούν είναι του Σ. Μπαμπανάση που δημοσιεύτηκε το 1981 στην Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών καθώς και της Ερευνητικής Ομάδας του ΕΚΚΕ που έγινε από τους Σ. Καράγιωργα και Συν. 1987.

Στην παρακάτω ανάλυση θα διενεργηθεί μια σύντομη αναφορά στις μελέτες των Α. Πασπάτη, Σ. Μπαμπανάση και Σ. Καράγιωργα και συν.

Η έρευνα του Πασπάτη

Ο Πασπάτης διακρίνει στην έρευνα του 45 συντεχνίες (βλ. πίνακας 7) όπου μεταξύ αυτών συμπεριλαμβάνει και τους φτωχούς άνδρες και γυναίκες. Η έρευνα του δημοσιεύτηκε το 1862 και εξέτασε για κάθε συντεχνία μεμονωμένα τον αριθμό των ατόμων που εισήλθαν, εξήλθαν και απέθαναν στο «Γραικικό Νοσοκομείο» των «ΕΠΤΑ ΠΥΡΓΩΝ». Επίσης περιγράφει αναλυτικά τις υγιεινές συνθήκες διαβίωσης και απασχόλησης των διαφόρων συντεχνιών καθώς και την εθνικότητά τους (Ρουμελιώτες, Ανατολίτες, Νησιώτες, Έλληνες, Επτανήσιοι. Χαρακτηριστικά αναφέρει:

«Προς επωφελή μελέτην του βίου και του θανάτου των συντεχνιτών, ανάγκη να γνωρίζωμεν όχι μόνον το επιτήδευμα, αλλά την πατρίδα, βίον.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7
ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΣΥΝΤΕΧΝΙΩΝ (ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ)
ΣΤΗΝ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥΠΟΛΗ (1862)

Α' ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΜΙΚΤΩΝ ΣΥΝΤΕΧΝΙΩΝ

ΣΥΝΤΕΧΝΙΕΣ (ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ)	ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΕΞΑΓΩΓΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΘΑΝΑΤΟΙ	ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΝ. ΕΛ.
Ιππηλάτες	115	87	24	4
Καφεπώλες	615	487	119	9
Μυλωνάδες	652	420	206	26
Ναύτες	4097	3122	869	106
Πετροκόποι	487	371	105	11
Πραγματευτές	893	703	171	19
Πωλητές	110	82	28	—
Σιδηρουργοί	110	80	29	1
Υδροφόροι	135	98	30	7
Υπηρέτιδες	683	488	178	17
Υπηρετών	1246	1026	202	18
Υποδηματοποιών	1180	938	222	20
ΟΛΟΙ	10323	7902	2183	238

Β' ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΡΟΥΜΕΛΙΚΩΝ ΣΥΝΤΕΧΝΙΩΝ

Αλιείς	395	273	104	18
Αμαξηλάτες	111	75	30	6
Αμπαδορράφοι	2028	1534	443	51
Αρτοποιοί	2652	1909	658	85
Ασβεστοποιοί	160	84	70	6
Βαρελοποιοί	120	92	25	3
Βαφείς	141	108	33	—
Γαλακτοπώλες	590	405	165	20
Γεωργοί	3491	2488	824	119
Γουνιράδες	242	162	74	6
Ιερωμένοι	154	109	38	7
Ιπποκόμοι	1096	772	299	25
Καπνοπώλες	348	261	74	13
Κηπουροί	1696	1122	492	82
Κρεοπώλες	982	744	219	24
Κτίστες	657	376	245	36
Λαχανοπώλες	640	463	161	16
Λεπτοουργοί	897	688	202	27
Μάγειροι	627	460	154	13
Ποιμένες	653	445	184	24
Πτωχοί Άνδρες	514	336	143	35
Πτωχές Γυναίκες	298	177	108	13
Ράπτες	887	678	196	13
Σαλεποπώλες	98	74	21	3
Χαλβαδοπώλες	229	181	44	3
ΟΛΟΙ	19646	13996	5001	649

συνέχεια στην επόμενη σελίδα

ΣΥΝΤΕΧΝΙΕΣ (ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ)	ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΕΞΑΓΩΓΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΘΑΝΑΤΟΙ	ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΝ. ΕΛ.
Γ' ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΝΑΤΟΛΙΚΩΝ ΣΥΝΤΕΧΝΙΩΝ				
Ελαιοπώλες	269	217	49	3
Θυροποιοί	97	77	17	3
Καπῆλοι	674	497	158	19
Κονιάτες	127	102	20	5
Κωπηλάτες	278	218	55	5
Παλιορράφοι	204	137	54	13
Παντοπώλες	2250	1788	417	45
Στρωματοποιοί	270	218	42	10
Χαλκείς	489	382	99	8
ΟΛΟΙ	4658	3636	911	111

δίαταν, ωφέλειαν και ζημίαν του επιτηδεύματος. Άλλως συγκριτικοί πίνακες είναι ανωφελείς.

Περιγράφοντας τα περί «ευημερίας» και υγείας των εργατών αναφέρει:

Γεωργοί: «Ως προς την ευημερίαν και υγείαν των εργατών αυτήν αμεριμνησίαν απαντώνμεν οποίαν βλέπομεν εις τα νοσερά βουστάσια... Δεν είναι αι καταχρήσεις των διεπόντων τα αγροκήπια αι οποίαι αφανίζουν τους κυρίους. Δεν είναι ευτελέστερα εργαλεία από την Ευρώπην κομιζόμενα... Είναι οι νεκρώσιμοι αυτοί εργάτες, τους οποίους αποκάμνει ο πρώτος κτύπος της σκαπάνης.

Εις τα αγροκήπια ταύτα επιπολάζουν διαλείποντες πυρετοί, και αι συνέπειαι αυτών οι ιδρωτες τους οποίους ουδείς θεραπεύει... Πολλοί απέθαναν εις τον νοσοκομείον, τους οποίους επιστήμων θεραπεία ηδύνατο να σώση...

Σήμερον η φρικαλέα των ανθρώπων τούτων θνησιμότης είναι φανερά συνέπεια της αργίας και πενίας αυτών».

Πετροκόποι «Εις μικρά δωμάτια ρυπαρά και πνιγηρά υπεράνω του εργοστασίου καταλύουν οι τεχνίται ούτοι.

Αμπαδορράφοι Αναφερόμενοι στους Αμπαδορράφους υποστηρίζει: «Ελπίζω προσέτι να πληροφορήσω τους αναγνώστας ότι όσην πλειοτέραν εργασίαν και επομένως πλειότερον κέρδος έχουν οι τεχνίται (αμπαδορραφοι) τόσοσν είναι ελεύθεροι ασθένειας και θανάτου».

Γαλακτοπώλες «Τον χειμώνα μάλιστα, λυπείται τις βλέπων τοιούτους τεχνίτας ακινήτους υπό ραγδαίαν βροχήν τους πόδας εις την λάσπην, ριγώντας και φυσώντας τας παλάμας των, περιμένοντας ν' αποπωλήσωσι και τα άσπρα πινάκια του οξυγάλακτος».

Για τους φτωχούς ο Πασπάτης υποστηρίζει (βλ. πίνακα 8). «Περί των ανθρώπων τούτων, σημειουμένων ως πτωχών εις τα κατάστιχα ανάγκη να είπω, ότι οι πλειότεροι δεν είναι από την πολυάριθμον τάξιν των *επαιτών*. Ούτοι δε,

ΠΙΝΑΚΑΣ 8
ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΕΣ ΠΤΩΧΟΙ ΣΤΗΝ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥΠΟΛΗ

Α' ΠΤΩΧΟΙ ΑΝΔΡΕΣ				
	ΕΙΣΗΛΘΑΝ	ΕΞΗΛΘΑΝ	ΑΠΕΘΑΝΑΝ	ΑΠΕΘ. ΑΝΕΥ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ
Ρουμελιώτες	307	198	88	21
Ανατολίτες	81	59	15	7
Νησιώτες	66	36	25	5
Έλληνες	45	3	11	1
Επτανήσιοι	15	10	4	1
ΟΛΟΙ	514	336	143	35

Β' ΠΤΩΧΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ				
Ρουμελιώτισσες	214	127	76	11
Ανατολίτισσες	38	25	11	2
Νησιώτισσες	24	12	12	—
Ελληνίδες	18	11	7	
Επτανήσιες	4	2	2	
ΟΛΕΣ	298	177	108 *	13

πάμπολλοι εκ της Χίου και Μυτιλήνης τυφλοί και χωλοί είναι συντεχνία τακτική.

— Πολλοί πτωχοί φθειριώντες, ελαφαντιώντες, ακρωτηριασμένοι κάθονται εις τα αγνιά της πόλεως...

— Πολλοί άλλοτε φιλόπονοι εργάται, ανίκανοι εις εργασίαν ένεκα γήρατος ή ασθένειας καταγράφονται ως πτωχοί εις τα κατάστιχα των νοσοκομείων. Πολλοί πάσχοντες πολυχρόνια δυσίατα έλκη των κνημών άποροι και πενέστατοι καταφεύγουν εις το νοσοκομείον χάριν νοσηλείας, όπου μένουν θεραπευόμενοι μέχρι τέλους ζωής.

Για την σχετικά υψηλότερη θνησιμότητα των πτωχών γυναικών ο Πασπάτης γράφει: «Τις είναι η αιτία της τόσης θνησιμότητας γυναικών και εις τους δύο πίνακας υπηρετίδων και πτωχών γυναικών; Είναι η κοινή ημών αμεριμνησία εις την εκπαίδευσιν των γυναικών, αι οποίαι μη λαμβάνουσι μηδεμίαν διδασκαλίαν ή τέχνην αι πλειότεραι, πίπτουν εις αεργίαν και αθυμίαν ασθενούν και θνήσκουν πλειότερον των ανδρών».

Τέλος, ο Πασπάτης παραθέτει δύο πίνακες που παρουσιάζουν χωριστά την νοσηρότητα και την θνησιμότητα των πτωχών ανδρών και γυναικών (σελ. 254) (Βλ. πίνακα 8). Πρέπει δε να σημειωθεί ότι λόγω της υψηλής διαφορετικής νοσηρότητας και θνησιμότητας μεταξύ των δύο φύλων μόνο στην «συντεχνία» των πτωχών ο Πασπάτης κάνει την διάκριση αυτή. Για όλες τις άλλες

συντεχνίες δεν υπάρχει διάκριση μεταξύ ανδρών και γυναικών ούτε για τους νοσηλευθέντες ούτε για τους θανόντες ασθενείς στα νοσοκομεία.

Η εντυπωσιακή προσέγγιση του Πασπάτη και ο τρόπος περιγραφής και αποτύπωσης των Κοινωνικών Ανισοτήτων των διαφόρων λαών που διαβιούσαν στην Κωνσταντινούπολη στα 1862 αποτελεί μια τεκμηριωμένη εργασία η οποία καθορίζει όχι μόνο την υπάρχουσα σχέση μεταξύ φτώχειας και υγείας αλλά επεκτείνεται και σε άλλους κοινωνικούς, εργασιακούς, εθνικούς, πολιτιστικούς παράγοντες οι οποίοι είναι αλληλένδετοι.

Η μελέτη του Μπαμπανάση

Στην επιθεώρηση των Κοινωνικών Ερευνών δημοσιεύτηκε το 1981 η μελέτη του καθηγητή Σ. Μπαμπανάση «Η Διαμόρφωση της φτώχειας στην Ελλάδα του 20ου αιώνα» η οποία αναφέρεται σε μια πολυδιάστατη διερεύνηση των διαφορετικών μορφών φτώχειας όπως χαμηλά ημερομίσθια, υποσιτισμός, ανεργία, αγραμματοσύνη κ.λ.π.

Στο κεφάλαιο 2.3 εξετάζεται «Η Διαμόρφωση των ασθενειών που σχετίζονται με την φτώχεια και τις άθλιες συνθήκες εργασίας» και έμφαση δίδεται στις υγειονομικές συνθήκες των εργοστασίων, μεταλλείων, ορυχείων, βυρσοδεψείων και άλλων χώρων εργασίας, κατά το πρώτο τέταρτο του 20ού αιώνα.

Αναζητώντας τη σχέση μεταξύ «φτώχειας, ασθένειας και αιτιών θανάτου ο κ. Μπαμπανάσης υποστηρίζει ότι «μπορούμε να βγάλουμε έμμεσα» συμπεράσματα. Μελετώντας τα στοιχεία της θνησιμότητας για διαφορετικές χρονικές περιόδους 1938, 1951, 1955, 1971, 1977 υποστηρίζει ότι η διάδοση της φυματίωσης και της ελονοσίας που σχετίζονται με την φτώχεια, την κακή διατροφή, τις άθλιες συνθήκες διαβίωσης, κατοικία,..... μαστίζουν πρώτα απ' όλα τα φτωχά στρώματα.

Εξετάζοντας την διαχρονική εξέλιξη διαφόρων δεικτών υγείας όπως προσδοκώμενης ζωής και συχνότητας ασθενειών υποστηρίζει ότι επήλθε διαχρονικά μια «βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης» που είχαν σαν αποτέλεσμα την υποχώρηση της φτώχειας. Το προσδόκιμο επιβίωσης των ανδρών ανήλθε από 58.7 που ήταν το 1930 στο 72.2 το 1970, επίσης η βρεφική θνησιμότητα μειώθηκε σημαντικά, από 118.2‰ που ήταν το 1939, έφτασε στο 20.36 το 1977.

Αντίστοιχες μειώσεις παρατηρούνται σε ορισμένες ασθένειες όπως φυματίωση, ελονοσία, πεπτικές ασθένειες ενώ ορισμένες άλλες όπως τα καρδιακά νοσήματα, η υπέρταση, τα αυτοκινητιστικά ατυχήματα, τα εργατικά ατυχήματα παρουσιάζουν αυξήσεις. Δίνονται αναφορές σε κλινικές μελέτες όπως η έκθεση Μπλανσάρ όπου εξετάζονται οι υγειονομικές συνθήκες απασχόλησης των εργατών και διερευνάται η σύνθεση και η συχνότητα των εργατικών ατυχημάτων.

Εξετάζοντας την μελέτη του καθηγητή Μπαμπανάση θα πρέπει να σημειωθεί ότι παρουσιάζει όπως ο ίδιος εξ' άλλου υποστηρίζει μια έμμεση προσέγγιση της σχέσης μεταξύ φτώχειας και υγείας. Παρουσιάζονται συνολικές χρονο-

λογικές σειρές στοιχείων χωρίς να υπάρχει σαφής διάκριση μεταξύ της νοσηρότητας και θνησιμότητας των φτωχών, και των μη φτωχών στρωμάτων, του Ελληνικού πληθυσμού. Η έλλειψη στατιστικών στοιχείων θνησιμότητας ανά επαγγελματική κατηγορία καθώς και η έλλειψη ειδικών μελετών στον τομέα αυτό ίσως αποτελούν εξηγήσεις για την γενική και έμμεση προσέγγιση της σχέσης φτώχειας και υγείας.

Στην παρακάτω ανάλυση θα προσπαθήσουμε να καλύψουμε αυτό το κενό της Ελληνικής βιβλιογραφίας διερευνώντας με διάφορους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας την σχέση μεταξύ φτώχειας και υγείας. Πριν όμως προχωρήσουμε στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να αναφέρουμε την μεθοδολογία μέτρησης καθώς και τις στατιστικές πηγές που βασίστηκε η μελέτη αυτή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9
ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΕΣ ΑΠΟΡΟΙ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟ-
ΜΕΙΑ 1970-1984

	ΑΠΟΛΥΤΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΡΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ ΑΠΟΡΩΝ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
1970	42.679	4.63
1972	38.260	3.94
1974	28.421	2.96
1976	31.195	3.02
1978	32.730	3.08
1980	33.988	2.99
1982	30.288	2.61
1984	27.842	2.34

Η μελέτη του ΕΚΚΕ

Στην έρευνα του ΕΚΚΕ επισημαίνεται ότι η σχέση μεταξύ φτώχειας και Υγείας είναι δύσκολο να προσδιορισθεί γιατί υπάρχουν πολλοί σύνθετοι και αλληλοεξαρτώμενοι κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες που έχουν σχέση με το εισόδημα, την εκπαίδευση, την κατοικία, τον τρόπο διαβίωσης και χρησιμοποίησης των πόρων υγείας.

Για την προσέγγιση της σχέσης μεταξύ φτώχειας και υγείας υιοθετήθηκε από την ερευνητική ομάδα του ΕΚΚΕ ένας έμμεσος και ένας άμεσος τρόπος. Ο έμμεσος τρόπος βασίστηκε στη μελέτη του φάσματος νοσηρότητας ανά επαγγελματική και ασφαλιστική κατηγορία ενώ ο άμεσος τρόπος βασίστηκε σε μια περισσότερο διχοτομική διάκριση του συνόλου των νοσηλευθέντων ασθενών σε απόρους και μη απόρους. Επισημαίνεται ότι η έλλειψη στατιστικών στοιχείων θνησιμότητας ανά επαγγελματική κατηγορία περιορίζει σημαντικά

τις δυνατότητες διερεύνησης των κοινωνικών ανισοτήτων. Ωστόσο χρησιμοποιούνται διάφοροι άλλοι δείκτες που επισημαίνουν έμμεσα τις κοινωνικές ανισότητες ως προς τον θάνατον.

Ο έμμεσος τρόπος έδειξε ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές στο νοσολογικό φάσμα μεταξύ των Διευθυντών-Ανωτέρων Στελεχών και των Εργατών-Τεχνιτών καθώς και των άλλων επαγγελματικών κατηγοριών.

Οι εργάτες-τεχνίτες καθώς και οι γεωργοί κτηνοτρόφοι λόγω του εργασιακού τους περιβάλλοντος έχουν αυξημένες πιθανότητες για λοιμώξεις, ατυχήματα και νοσήματα του μυοσκελετικού συστήματος. Ειδικότερα οι γεωργοί κτηνοτρόφοι παρουσιάζουν υπερδιπλάσια συχνότητα λοιμώξεων από ότι παρατηρείται στους ελεύθερους επαγγελματίες, στους υπαλλήλους γραφείου και στους Διευθυντές-Ανώτερα στελέχη.

Επίσης οι ασθενείς του μυοσκελετικού συστήματος είναι υπερδιπλάσιες στους τεχνίτες-εργάτες από ότι είναι στους ελεύθερους επαγγελματίες και στους εμπόρους-πωλητές. Παρόμοια συμπεράσματα συνάγονται και για τις κακώσεις ατυχήματα.

Από την άλλη πλευρά όμως οι διευθυντές και τ' ανώτερα στελέχη επιχειρήσεων καθώς και οι έμποροι-πωλητές λόγω του στρες και της ψυχολογικής έντασης της εργασίας τους παρουσιάζουν σχεδόν διπλάσιες συχνότητες ασθενειών από κυκλοφορικά νοσήματα (ισχαιμικές καρδιοπάθειες) από ότι παρουσιάζουν οι τεχνίτες-εργάτες και οι απασχολούμενοι στην παροχή υπηρεσιών.

Όσον αφορά την ασφαλιστική κάλυψη και τις παροχές πιστοποιήθηκαν μεγάλες ανισότητες μεταξύ των ασφαλιστικών φορέων. Οι δαπάνες κατά κεφαλή για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη παρουσιάζουν μεγαλύτερες ανισότητες σε σχέση προς τις κατά κεφαλή δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη (βλ. Γ. Υφαντόπουλος 1985).

Ο συντελεστής μεταβλητότητας που μετρά την ποσοστιαία ανισότητα σε σχέση προς τον μέσο όρο (μαθηματικά ορίζεται με το πηλίκο των μέσων αποκλίσεων τετραγώνου προς τον μέσο όρο) βρέθηκε ότι:

α) Για Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη ήταν 92%

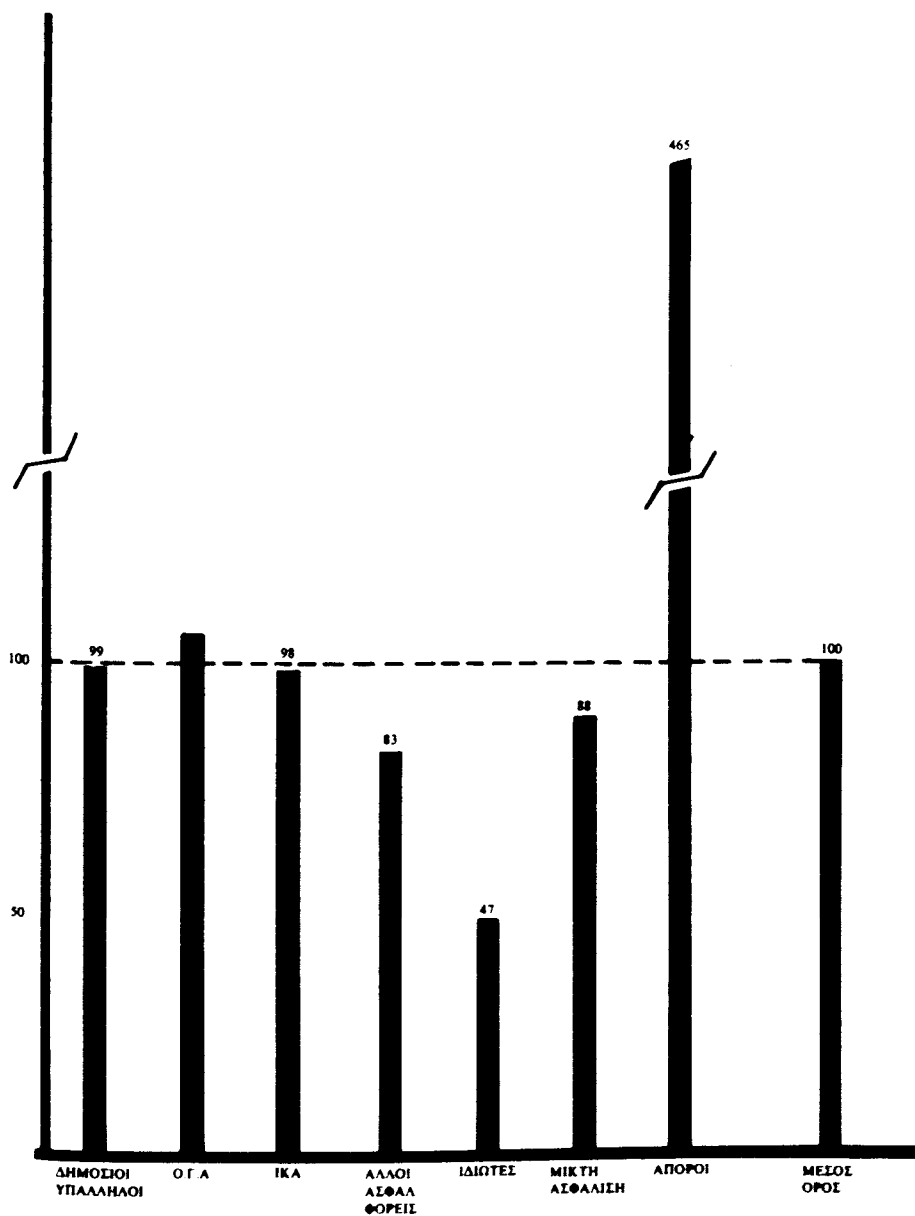
β) Για Νοσοκομειακή περίθαλψη ήταν 35%

γ) Για το σύνολο των δαπανών Υγείας των Ασφαλιστικών φορέων ήταν 75%.

Αναλυτικότερα οι κατά κεφαλή δαπάνες του ΟΓΑ για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη το 1982 ήταν 650 δρχ. ενώ οι αντίστοιχες δαπάνες των ασφαλισμένων στις Τράπεζες ήταν 11.282 δηλαδή ήταν 17.4 φορές επιπλέον. Οι δαπάνες για Νοσοκομειακή περίθαλψη ήταν λιγότερο άνισες γιατί όλοι οι ασφαλισμένοι στον ΟΓΑ νοσηλεύοντο σε Γ' θέση νοσοκομείου. Η κατά κεφαλή δαπάνη του ΟΓΑ για νοσοκομειακή περίθαλψη ήταν 1.815 δρχ. ενώ η αντίστοιχη δαπάνη των Τραπεζιτικών Ασφαλιστικών Οργανισμών ήταν 3.830.

Εξετάζοντας αναλυτικότερα τον αριθμό των νοσηλευθέντων ασθενών και τον αριθμό των ημερών νοσηλείας ανά ασφαλιστικό φορέα βρέθηκαν επίσης μεγάλες διαφορές μεταξύ των νοσηλευθέντων που ήταν ασφαλισμένοι σε διαφορετικούς φορείς.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5
ΔΕΙΚΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΦΟΡΕΑ
ΣΥΝΟΛΟ 1982



Την μεγαλύτερη απόκλιση σε σχέση με τον μέσο όρο παρουσίασαν οι άποροι ασθενείς. Με τον όρο άπορος ασθενής νοείται αυτός που δεν έχει οικονομικούς πόρους για να καλύψει τις δαπάνες νοσηλείας του ούτε είναι ασφαλισμένος σε ένα οποιοδήποτε ταμείο. Στην κατηγορία αυτή υπόκεινται τα άτομα που κατοχυρώνονται από το νομοθετικό διάταγμα 57/173 και φέρουν χαρτί απορίας που είναι εγκεκριμένο από τον Νομάρχη της περιφέρειας που ανήκουν.

Εκτιμώντας δείκτες νοσηλείας που βασίζονται στην παραμονή των ασθενών στα νοσοκομεία βρέθηκε ότι οι άποροι (Βλ. Διάγραμμα 5) παρουσίασαν δείκτες που ήταν 4.7 περίπου φορές υψηλότεροι από τον μέσο όρο των δεικτών νοσηλείας του συνόλου των νοσηλευθέντων. Οι ασφαλισμένοι στον ΟΓΑ παρουσίασαν επίσης ελαφρά υψηλότερους δείκτες από τον μέσο όρο ενώ οι ιδιώτες ασθενείς παρουσίασαν πολύ χαμηλότερους δείκτες νοσηλείας.

Επίσης ένας άλλος σημαντικός δείκτης που μετρά την βαρύτητα της νόσου είναι η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας. Τα περισσότερα περιστατικά παραμένουν για ένα σχετικά μικρό αριθμό ημερών νοσηλείας που φθάνει στις 13 ημέρες. Υψηλότερη μέση διάρκεια νοσηλείας απεικονίζει και την «βαρύτητα» στο περιστατικό που συνέεται με την χρονιότητα του νοσηλευομένου στα νοσηλευτικά Ιδρύματα.

Στη μελέτη του ΕΚΚΕ παρουσιάζονται στοιχεία για την Μέση Διάρκεια Νοσηλείας των ασφαλισμένων σε διάφορους οργανισμούς. Όπως προκύπτει από τα στοιχεία της μελέτης μεταξύ των ετών 1974 και 1982 παρουσιάζονται σημαντικές μειώσεις στην παραμονή των νοσηλευθέντων που είναι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ και του ΟΓΑ κατά 2 ημέρες.

Αντίθετα στους άπορους αντί για μείωση στον Μέσο αριθμό νοσηλείας παρουσιάζεται *Αύξηση* κατά 10 μέρες.

Οι διαφορές αυτές στους άπορους σε σχέση με τους άλλους νοσηλευθέντες των άλλων ασφαλιστικών οργανισμών παρότρυνε την ερευνητική ομάδα του ΕΚΚΕ να διερευνήσει περισσότερο την ανισότητα αυτές. Έτσι υιοθετήθηκε ένας περισσότερο Άμεσος τρόπος διερεύνησης της φτώχειας και υγείας διχοτομώντας τους νοσηλευθέντες ασθενείς σε άπορους (μέγιστη φτώχεια) και σε μη άπορους (όλοι οι άλλοι νοσηλευθέντες ασθενείς).

Ανισότητες στην υγεία μεταξύ των άπορων και των άλλων ομάδων του πληθυσμού

Για την διερεύνηση των Κοινωνικών Ανισοτήτων Υγείας του Ελληνικού πληθυσμού, υιοθετήθηκε μια άμεση προσέγγιση που απέβλεπε στην διχοτόμηση των νοσηλευθέντων ασθενών σε άπορους και μη άπορους. Βέβαια η κατηγορία των μη άπορων συμπεριλαμβάνει και ομάδες νοσηλευθέντων ασθενών που βρίσκονται κάτω από το όριο φτώχειας όπως προσδιορίστηκε από την μελέτη του ΕΚΚΕ. Ωστόσο κρίθηκε σκόπιμο να διερευνηθεί η μέγιστη ένδεια-απορία σε σχέση με όλο τον υπόλοιπο αριθμό των νοσηλευθέντων ατόμων

στα Δημόσια Νοσοκομεία. Ένα σημαντικό πρόβλημα που αντιμετώπισε η ερευνητική ομάδα για την εκτίμηση δεικτών υγείας τόσο απολύτων όσο και συγκριτικών ήταν η έλλειψη του «πραγματικού» αριθμού των απόρων. Δυστυχώς στην Ελλάδα δεν υπάρχουν στατιστικά στοιχεία που να αναφέρουν τον αριθμό των απόρων ανά φύλο, ηλικία και γεωγραφικό διαμέρισμα και έτσι δεν ήταν δυνατό να εκτιμηθούν «σταθεροποιημένοι» δείκτες υγείας. Ούτε καν ο συνολικός αριθμός των απόρων ατόμων της Ελληνικής κοινωνίας δεν είναι διαθέσιμος γιατί δεν έχουν προσδιορισθεί μέχρι σήμερα ούτε όρια φτώχειας ούτε όρια απορίας ώστε να είναι γνωστό ποια άτομα ή οικογένειες εμπίπτουν στις κατηγορίες αυτές. Η παντελής έλλειψη των στοιχείων απεικονίζει αντίστοιχα ότι και η άσκηση της κοινωνικής πολιτικής υπήρξε στην Ελλάδα αποσπασματική και τυχαία χωρίς να έχει σαφώς καθωρισμένους στόχους αντιμετώπισης της πενίας.

Για να δοθεί όμως μία γενική συγκριτική εικόνα μεταξύ των κοινωνικών ανισοτήτων διερευνήθηκε το νοσολογικό φάσμα των απόρων ασθενών και συγκρίθηκε προς το νοσολογικό φάσμα των υπολοίπων ασθενών δηλαδή των μη απόρων.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της νοσοκομειακής κίνησης των ασθενών για το 1982 προέκυψε ότι από τα 1.161.237 άτομα που νοσηλεύτηκαν τα 30.267 δηλαδή το 2.61% ήταν άποροι. Εξετάζοντας αναλυτικά την ποσοστιαία συμμετοχή των απόρων στις διάφορες κατηγορίες νόσων βρέθηκε ότι ενώ η συμμετοχή των απόρων στο σύνολο των ασθενών ανέρχεται στο 2.61% για ορισμένες κατηγορίες ασθενειών που θα μπορούσαν να χαρακτηρισθούν και ως ασθένειες των απόρων η ποσοστιαία συμμετοχή τους είναι πολύ μεγάλη. Κατά σειρά ιεράρχησης η υψηλότερη συμμετοχή των απόρων είναι στις ψυχικές ασθένειες (8.5%), στις Λοιμώξεις (6.4%), στις νόσους της περιγεννητικής περιόδου (4.6%) και στα αναπνευστικά (3.9%).

Συγκρίνοντας γενικά την συχνότητα των νόσων στους απόρους ασθενείς σε σχέση με τους μη απόρους βρέθηκε ότι οι ψυχασθένειες είναι 3,5 φορές συχνότερες στους απόρους οι δε λοιμώξεις είναι 2,5 φορές συχνότερες στους απόρους από ότι είναι στους μη απόρους.

Για την περαιτέρω διερεύνηση των ανισοτήτων ως προς την νόσο εκτιμήθηκαν ειδικοί δείκτες που αναφέρονται στην έκβαση της νοσηλείας. Οι δείκτες αυτοί εκφράζονται μαθηματικά από το πηλίκο:

$$\frac{\text{ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ} = \text{ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΕΞΗΛΘΑΝ ΜΕ ΠΛΗΡΗ ΙΑΣΗ}}{\text{ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΕΣ ΠΟΥ ΠΕΘΑΝΑΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ}}$$

Οι δείκτες αυτοί εκτιμήθηκαν τόσο για τους απόρους ασθενείς όσο και για τους μη απόρους. Όσο μεγαλύτερος είναι ο δείκτης σημαίνει ότι τόσο περισσότεροι ασθενείς εξήλθαν με πλήρη ίαση άρα τόσο καλύτερο είναι το επίπεδο υγείας και αποτελεσματικότερη η νοσοκομειακή φροντίδα που τους προσφέρθηκε. Αντίθετα όσο μικρότερος, είναι ο δείκτης τόσο μεγαλύτερος είναι ο πα-

ρανομαστής του κλάσματος άρα τόσο μεγαλύτερος ο αριθμός των νοσηλευθέντων που απεβίωσαν στα νοσοκομεία. Εκτιμώντας τους δείκτες έκβασης νοσηλείας για τους απόρους και μη απόρους άνδρες και γυναίκες προέκυψαν τα ακόλουθα αποτελέσματα.

ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
ΑΠΟΡΟΙ	4.01	5.69
ΜΗ ΑΠΟΡΟΙ	9.77	21.84

Συγκρίνοντας τους δείκτες των απόρων προς τους μη απόρους παρατηρούμε ότι στους μεν άντρες οι μη άποροι παρουσιάζουν 2.5 φορές καλλίτερους δείκτες απ' ότι οι άποροι, στις δε γυναίκες οι ανισότητες αυτές είναι ακόμα μεγαλύτερες παρουσιάζοντας 3.8 φορές καλλίτερους δείκτες έκβασης νοσηλείας οι μη άπορες γυναίκες σε σχέση προς τις άπορες.

Οι σημαντικές διαφορές στους δείκτες αυτούς απεικονίζουν τις υψηλές κοινωνικές Ανισότητες που υπάρχουν στην Ελληνική Κοινωνία ως προς την έκβαση νοσηλείας. Φαίνεται ότι οι άποροι είτε λόγω της χρονιότητας της νόσου τους ή λόγω της ελλιπούς προληπτικής φροντίδας εισέρχονται στα νοσοκομεία σε μάλλον προχωρημένο στάδιο της ασθένειας τους με αποτέλεσμα η πιθανότητα θανάτου να είναι πολύ υψηλή. Πολλοί από αυτούς λόγω ελλιπούς υγειονομικής φροντίδας στο σπίτι πεθαίνουν στα νοσοκομεία. Έτσι παρουσιάζεται ένα ακόμη υψηλό κοινωνιολογικό πρόβλημα της Κοινωνικής Απομόνωσης των απόρων και της παράδοσης της τελευταίας πνοής τους όχι σε ένα οικογενειακό περιβάλλον αλλά σ' ένα θάλαμο ή «διάδρομο» νοσοκομείου.

Διαχρονική εξέλιξη των απόρων

Προκειμένου να διερευνηθεί η διαχρονική εξέλιξη των νοσηλευθέντων απόρων ασθενών στα Ελληνικά Νοσοκομεία χρησιμοποιήθηκαν απόλυτοι και σχετικοί δείκτες. Οι απόλυτοι αναφέρονται (βλ. πίνακα 9) στον απόλυτο αριθμό των νοσηλευθέντων απόρων ασθενών οι δε σχετικοί στο ηλικίο των απόρων ασθενών ως προς το σύνολο των νοσηλευθέντων. Διαχρονικά παρατηρείται (βλ. πίνακα 9) μια σημαντική μείωση της απορίας η οποία θα μπορούσε να αποδοθεί στην επέκταση των Κοινωνικών Ασφαλίσεων και των Κοινωνικών Παροχών. Το 1970 από 42.679 που ήταν οι άποροι νοσηλευθέντες ασθενείς μειώθηκαν το 1984 στους 27.842 (δηλαδή μείωση κατά 35%). Ταχύτερη όμως ήταν η μείωση των σχετικών δεικτών απορίας δεδομένου ότι από 4.63% που ήταν το ποσοστό των απόρων στο σύνολο των νοσηλευθέντων το 1970 μειώθηκε στο 2.34 το 1984 (δηλαδή μείωση κατά 50%).

Εξετάζοντας αναλυτικότερα την μέση ετήσια μείωση βρέθηκε ότι ο μεν απόλυτος αριθμός των απόρων μειώνεται κατά 1.92% ετησίως ο δε σχετικός

δείκτης εμειώνετο κατά 3.81% ετησίως. Οι εκτιμήσεις αυτές είναι σημαντικές σε υψηλό επίπεδο σημαντικότητας όπως προκύπτει από τις εκτιμήσεις του κριτηρίου t-student των παρακάτω υποδειγμάτων.

ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΠΟΛΥΤΗΣ ΑΠΟΡΙΑΣ $L_n(A.A.)=10.72 - 0.01919 T$ $R^2=0.45$
 (117.9) (-3.42) $F=11.66$

ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΧΕΤΙΚΗΣ ΑΠΟΡΙΑΣ $L_n(\Sigma.A.)=-2.84 - 0.0381 T$ $R^2=0.81$
 (-35.90) (-7.78) $F=60.53$

t=student σε παρένθεση

ΑΑ=Απόλυτη Απορία

ΣΑ=Σχετική Απορία

Όπως προκύπτει και από τις παραπάνω εκτιμήσεις το ποσοστό των απόρων ασθενών στο σύνολο των νοσηλευθέντων παρουσιάζει διαχρονικά σημαντική μείωση. Η μείωση αυτή θα μπορούσε να αποδοθεί σε διαφόρους παράγοντες όπως είναι η Κοινωνικο-οικονομική ανάπτυξη ή βελτίωση του εκπαιδευτικού επιπέδου και γενικότερα η επέκταση των παροχών και υπηρεσιών του ασφαλιστικού και υγειονομικού συστήματος. Είναι δύσκολο να «απομονωθεί» και να εξετασθεί η επί μέρους επίδραση κάθε ενός από τους παραπάνω παράγοντες. Από ειδικές μελέτες που έχουν γίνει στο εξωτερικό (Cochran 1978) και στην Ελλάδα (Υφαντόπουλος 1985) έχει προκύψει ότι η κοινωνικο-οικονομική ανάπτυξη και η εκπαίδευση συντελούν πολύ περισσότερο στη βελτίωση του επιπέδου υγείας απ' ό,τι το καθ' αυτό υγειονομικό σύστημα.

Οι διαθέσιμες στατιστικές πηγές και οι γνώσεις μας για τους κοινωνικούς νοσογόνους παράγοντες της «φτώχειας» ή της «ευημερίας» είναι περιορισμένες. Τα σύνθετα οικονομετρικά και κοινωνικά υποδείγματα δίδουν μόνο κάποιες προσεγγιστικές ερμηνείες των κοινωνικών ανισοτήτων και οι οποιεσδήποτε πολιτικές που έχουν υιοθετηθεί είτε υπό την μορφή των παροχών είτε υπό την μορφή των απλών νομοθετημάτων δεν έχουν κατορθώσει να εξαλείψουν την κοινωνική αδικία.

Η βαθύτερη μελέτη των «εστίων» και των «μορφών» φτώχειας της ελληνικής κοινωνίας θα δώσει χρήσιμες πληροφορίες για τον προσδιορισμό ενός «ορίου φτώχειας» στην χώρα μας και κατ' επέκταση θα συμβάλει για τον σχεδιασμό ορθολογικής κοινωνικής πολιτικής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abel-Smith B. (1964). The Hospitals 1800-1948 Heinemann London.

Abel-Smith B. (1967). An International study of Health Expenditure and its Relevance for Health Planning. WHO Geneva.

- Aday L.A., Andersen R., Fleming G. (1980). *Health Care in the U.S.: Equitable for whom?* Beverly Hills. Sage California.
- Abel-Smith B. and Townsend P. (1975). *The Poor and the Poorest*. Bell and Sons, London.
- Abel-Smith B. (1981). *Health Care in a Cold Economic Climate*. *Lancet* 1. 373.
- Black D., Morris J., Smith C. and Townsend P. (1980). *The Black Report Department of Health and Social Security*, HMSO London.
- Brotherston J. (1976). "Inequality: Is it Inevitable" on Carter and Peel (eds). *Equalities and Inequalities in Health*. Academic Press.
- Cartwright A. (1964). *Human Relations and Hospital Care* Routledge.
- Cartwright, A. and O'Brien M. (1976). *Social Class Variations in Health Care* in Stacey M. (ed.). *The Sociology of the NHS. Sociological Review Monograph* 22.
- Culyer A.J. (ed.) (1974). *Economic Policies and Social Goals*. Martin Robertson London.
- Culyer A.J. (1976). *Need and the National Health Service Economics and Social Choice*. Martin Robertson, London.
- Cochrane A.L., Legre A., Moore F. (1978). Health Service "input" and mortality "output" in developed countries. *Journal Epidemiology and Community Health*, 32, 200.
- Engels F. (1969). *The condition of the working class in England* Panther Books.
- Fuchs V. (1974). *Who Shall live*. Basic Books New York.
- Fuchs V. (1980).
- Gabot G. and Febvay M. (1965). *La Mortalité différentielle suivant le milieu Social Etudes et Conjecture* no II.
- Kleinman J. (1980). *National Health Interview results*. Hyattsville Md. Department of Health and Human Services. National Center of Health Statistics.
- Μπαμπανάσης Σ. (1981). «Η Διαμόρφωση της φτώχειας στην Ελλάδα τον 20ο αιώνα. Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, ΕΚΚΕ.
- O.E.C.D. (1976). *Measuring Social Well-Being. A Progress Report on the Development of Social Indicators*. Paris.
- O.E.C.D. (1977). *Public Expenditures on Healths*. Paris.
- O.E.C.D. (1984). *Historical Statistics*. Paris.
- O.E.C.D. (1985). *National Accounts*. Paris.
- O'Neil P. (1982). *Health Crisis 2.000*, Heinemann, London.
- Πασπάτης Α. (1862). Υπόμνημα περί του Γραικικού Νοσοκομείου των Επτά Πυργών. Εν Αθήναις εκ του τυπογραφείου Α.Δ. Βιλαρά.
- Pressat R. (1975). *Κοινωνική Δημογραφία* Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα.
- Rowntree S.B. (1901). *Poverty. A study of Town Life*. Macmillan, London.
- Rowntree S.B. (1941). *Poverty and Progress. A Second Social Survey of York*. London.
- Sigismund T. (1965). Birth and Death among Europe's Ruling Families since 1500, in D.V. Glass and D.E.C. Eversley (eds). *Population in History*. Edward Arnold, London.
- Silver M. (1972). *An Econometric Analysis of Spatial Variations in Mortality Rates by Race and Sex* in Fuchs V. (1972). *Essays in Economics of Health and Medical Care* National Bureau of Economic Research, New York.
- Titmuss R.M. (1976). *Essays on the Welfare State* George Allen and Unwin, London.
- Townsend P. (1983). *Poverty in the U.U. A survey of household resources and standards of living*. Penguin Books England.
- Villemé V. (1828). Η θνησιμότης στις τάξεις των ενδών.
- Villemé V. (1840). Η εικόνα της φυσικής και ηθικής κατάστασης των εργατών.
- W.H.O. (1985). *Targets for Health for all 2.000*. Regional office for Europe. Copenhagen.
- Υφαντόπουλος, Γ. (1984). Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα και στις χώρες του ΟΟΣΑ. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής. Τόμος 1, τεύχος 6, σελ. 506-515.
- Υφαντόπουλος Γ. (1984). Η επίδραση των Δημογραφικών Εξελίξεων στις Δαπάνες Υγείας. Στη Δημογραφική Κρίση στην Ελλάδα. Αθήνα.

Υφαντόπουλος Γ. (1985). Ο Προγραμματισμός του Τομέα Υγείας στην Ελλάδα. Οικονομικές και Κοινωνικές Διαστάσεις. Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών. Αθήνα.
Γιάννης Υφαντόπουλος: Επίκουρος καθηγητής στην Οικονομία Υγείας, Πανεπιστήμιο Αθηνών.
Τμήμα Νοσηλευτικής.