

ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ (ΧΑΡΑΞΗ) ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ : ΑΝΟΙΚΤΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

Αρης Σισσούρας, Καθηγητής Πανεπιστημίου Πατρών

Περίληψη

Για πάρα πολλά χρόνια τώρα ερευνάται και τεκμηριώνεται επιστημονικά, ο θετικός συσχετισμός που υπάρχει ανάμεσα στις ανισότητες στην υγεία (όπως μετρώνται με τους διάφορους εν χρήσει δείκτες) και τις κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες που παρατηρούνται στις διάφορες ομάδες του πληθυσμού. Δηλαδή, όσο προχωρούμε στις χαμηλότερες κοινωνικο-οικονομικά τάξεις (ακολουθώντας π.χ. το σύστημα ταξινόμησης που έχει καθιερωθεί στη Μ. Βρετανία και που χρησιμοποιούν στις έρευνές τους η πλειονότητα των αναλυτών της κοινωνικής πολιτικής και σχεδιασμού) τόσο οι δείκτες της υγείας "χειροτερεύουν" (π.χ. θνησιμότητα, προσδόκιμο ηλικίας, νοσηρότητα σε ορισμένες ασθένειες κ.λπ.). Βεβαίως δεν λείπουν οι ατέλειες σε αυτές τις έρευνες και ο διάλογος για τα μεθοδολογικά ζητήματα είναι πάντοτε ανοικτός.

Το θέμα όμως αυτό των ανισοτήτων στην υγεία γίνεται κεντρικό όταν από την άλλη μεριά, προσπαθούμε να δούμε αν και πως αυτές οι διαπιστώσεις αντανακλούν στο σχεδιασμό και τη χάραξη πολιτικής υγείας. Εκεί διαπιστώνουμε ένα κενό, όχι μόνο στην πραγματική ανταπόκριση για τον ορισμό μιας πολιτικής υγείας η οποία ξεκινάει από τις διαπιστώσεις των ανισοτήτων, αλλά και στο να προσδιορισθούν ποιές πολιτικές (στρατηγικού και τακτικού χαρακτήρα) πρέπει να εφαρμοσθούν. Η ανακοίνωσή μας θα επικεντρωθεί σε αυτό ακριβώς το θέμα, προσπαθώντας να αποδείξει ότι αποτελεί σήμερα το βασικό σημείο αναφοράς για τη διατύπωση μιας ενιαίας αντίληψης για την υγεία και βέβαια για τη χάραξη μιας εθνικής στρατηγικής για την υγεία.

1. Εισαγωγή

Η δεκαετία του 1980 θα μπορούσε να ονομαστεί η δεκαετία της εφαρμογής πολιτικών ελέγχου του κόστους των υπηρεσιών υγείας (cost-containment). Η δεκαετία του 1990 πιθανώς να είναι η δεκαετία του "ανταγωνισμού" (competition) και της εισαγωγής στοιχείων αγοράς και management στα συστήματα υγείας. Και οι δύο αυτές δεκαετίες είδαν την πολιτική υγείας να ρίχνει το βάρος στην αύξηση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας.

Όμως, στόχος της πολιτικής υγείας δεν είναι μόνο η αποδοτικότερη οργάνωση και παραγωγή υπηρεσιών υγείας αλλά και η εξασφάλιση της ισοτιμίας (equity) στην όλη διαδικασία της "παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας και φροντίδας" και ειδικότερα της ισοτιμίας στους όρους κατανομής της χρηματοδότησης και στην ίδια την παροχή (και διανομή) των υπηρεσιών υγείας. Θα επανέλθουμε στον όρο της "ισοτιμίας" (που σίγουρα αντιδιαστέλλεται με τον όρο ισότητα) προσδιορίζοντας και τις δύο εκφάνσεις και δυνατές να μετρηθούν παραδοχές του όρου: την ισοτιμία, βλέποντάς την μέσα από τους δείκτες της

"κατάστασης υγείας" (health status) και την ισοτιμία στην πρόσβαση (access) στις υπηρεσίες υγείας.

Εκείνο πάντως που θέλουμε να τονίσουμε είναι ότι η δεκαετία του 1980 θα μπορούσε να χαρακτηριστεί σαν μια δεκαετία στην οποία η έρευνα στράφηκε και προς τη μελέτη των ανισοτήτων στην υγειονομική φροντίδα, αλλά και με προεκτάσεις της συζήτησης, για τη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας και του σχεδιασμού του συστήματος παροχής υπηρεσιών για την "ελαχιστοποίηση" αυτών των ανισοτήτων (ή το ίδιο τη "μεγιστοποίηση" της ισοτιμίας στην υγεία).

2. Η Έκθεση Black (Το "Black Report")

Σημαντικό σταθμό αποτελεί η έκδοση του Black Report στις αρχές του 1981 στη Μ. Βρετανία που ενεργοποίησε μια δημιουργική συζήτηση με επιστημονικές και πολιτικές προεκτάσεις (για την καλύτερη αναφορά βλέπε την έκδοση "The Black Report" edited by P. Tawensend and Nick Davidson στο βιβλίο "Inequalities in Health"). Αυτή η έκθεση ήταν το αποτέλεσμα της εργασίας μιας ερευνητικής ομάδας που συστήθηκε στο Υπουργείο Υγείας της Μ. Βρετανίας με στόχο τη μελέτη των ανισοτήτων στην παροχή υπηρεσιών υγείας στο Βρετανικό Σύστημα Υγείας (με υπεύθυνο συντονιστή τον Sir Douglas Black).

Χρησιμοποιώντας την κλίμακα των κοινωνικών τάξεων (social classes), όπως αυτές καθορίζονται από τη Βρετανική Στατιστική Υπηρεσία μελέτησε διαφορές στους δείκτες θνησιμότητας μεταξύ των κοινωνικών τάξεων, τη διαχρονική τάση των δεικτών καθώς και ανισότητες μεταξύ των κοινωνικών τάξεων στη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Η έκθεση πιστοποιεί σημαντικές διαφορές στους δείκτες θνησιμότητας μεταξύ των κοινωνικών τάξεων για όλες τις ηλικίες. Η βρεφική θνησιμότητα ήταν μεγαλύτερη στις χαμηλότερες κοινωνικο-οικονομικά τάξεις και υπήρχε θετική συσχέτιση μεταξύ κατώτερης κοινωνικής τάξης και εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων. Διαπίστωσε ότι οι διαφορές στο επίπεδο υγείας μεταξύ των τάξεων διευρύνονταν με την πάροδο του χρόνου. Ως προς τη χρήση των υπηρεσιών υγείας διαπίστωσε ότι οι υψηλότερες κοινωνικές τάξεις κάνουν μεγαλύτερη χρήση των προληπτικών υπηρεσιών υγείας ενώ οι κατώτερες τάξεις χρησιμοποιούν περισσότερο τις εξωτερικές υπηρεσίες των νοσοκομείων και τις μονάδες επείγουσας θεραπείας.

Το Black Report επικρίθηκε τόσο ως προς τη μεθοδολογία που ακολούθησε όσο και ως προς τις προτεραιότητες που έθεσε στην πολιτική υγείας, που πρέπει να χαραχθεί για την καταπολέμηση των κοινωνικών ανισοτήτων. Αποτέλεσε όμως το έναυσμα για μια εκτεταμένη συζήτηση τόσο στο επίπεδο της έρευνας όσο και στο ζήτημα των προτεραιοτήτων στην πολιτική υγείας. Πράγματι, σήμερα κανείς δεν αρνείται την ύπαρξη των κοινωνικών ανισοτήτων στη χρήση και παροχή των υγειονομικών φροντίδων. Υπάρχει πλούτος ερευνών που επιβεβαιώνουν αυτή την παρατήρηση. Ετσι π.χ.: η Whitehead (1991) αναφέρει:

1. Τα κατώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά επιβίωσης. Στη Βρετανία τα τέκνα, των οποίων οι γονείς ανήκουν στις δύο ανώτερες κοινωνικές τάξεις, έχουν 5 χρόνια μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης από τα τέκνα των οποίων οι γονείς ανήκουν στην τάξη των ανειδίκευτων εργατών. Στη Γαλλία ένας

πανεπιστημιακός λέκτορας 35 ετών έχει 9 χρόνια μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης από έναν ανειδίκευτο εργάτη ίδιας ηλικίας κ.ο.κ.

2. Μεγάλες διαφορές στη θνησιμότητα παρουσιάζονται μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών και μεταξύ διαφορετικών περιοχών στην ίδια χώρα. Στη Σοβιετική Ένωση το 1987 οι δείκτες βρεφικής θνησιμότητας ήταν 21‰ στις αστικές περιοχές και 31‰ στις αγροτικές περιοχές. Υπολογίσθηκε στη Βρετανία ότι αν οι χειρωνακτές και οι οικογένειές τους είχαν ίδιους δείκτες θνησιμότητας με τους μη χειρωνακτές, το 1981 θα υπήρχαν 42.000 λιγότεροι θάνατοι.

3. Τα κατώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα υποφέρουν από χρόνιες παθήσεις και αναπηρίες σε μεγαλύτερο βαθμό και σε μικρότερη ηλικία. Στη Φιλανδία π.χ. το 42% αυτών που είχαν χαμηλό εισόδημα υποφέρουν από χρόνιες παθήσεις, ενώ το ποσοστό αυτό είναι 18% για το υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό στρώμα.

Μπαινει λοιπόν σαν ζήτημα υψηλής προτεραιότητας η ανάγκη εφαρμογής πολιτικής καταπολέμησης των ανισοτήτων στο χώρο της υγείας. Η έκταση και η ένταση αυτών των μέτρων είναι βέβαια ζήτημα πολιτικό. Όπως πολιτικό ζήτημα παραμένει ο εννοιολογικός προσδιορισμός της ισότητας των υπηρεσιών υγείας (ζήτημα που επίσης σχετίζεται με τεχνικά-μεθοδολογικά προβλήματα). Τέλος, πολιτικό ζήτημα παραμένει ο προσδιορισμός των αιτιών των κοινωνικών ανισοτήτων, οι οποίες θα προσδιορίζουν το είδος των απαντήσεων που θα πρέπει να δοθούν.

Θα πρέπει εδώ να παρατηρήσουμε ότι στη χώρα μας τα ερείσματα για την εφαρμογή μιας συνεπούς πολιτικής καταπολέμησης των ανισοτήτων στο χώρο της υγείας υπάρχουν τόσο στο νόμο του ΕΣΥ όσο και στο Σύνταγμά μας. Συνεπώς υπάρχει ρητά καταχωρημένο δικαίωμα στην ισότιμη παροχή υγειονομικών φροντίδων.

3. Αρχές "Κοινωνικής Δικαιοσύνης"

Οι συνέπειες της καταχώρησης για την καταπολέμηση των ανισοτήτων στην πολιτική υγείας είναι σημαντικές. Ας πάρουμε όμως το ζήτημα αυτό από την αρχή. Πρώτα, εξισωτικές και αναδιανεμητικές πολιτικές σε μια κοινωνία μπορούν να εφαρμοσθούν είτε για λόγους αλτρουισμού, είτε για λόγους κοινωνικής δικαιοσύνης (Culyer, 1980). Είναι χρήσιμο εδώ να κάνουμε μια διάκριση. Οι πολιτικές μείωσης των ανισοτήτων που πηγάζουν από αισθήματα αλληλεγγύης και φροντίδας αποτελούν προσωπικές-ατομικές επιλογές των πολιτών. Το άτομο αποκτά ευχαρίστηση-ωφελιμότητα (utility) είτε επειδή γνωρίζει ότι κάποιος άλλος στο κοινωνικό σύνολο είναι δέκτης υγειονομικών φροντίδων, είτε επειδή το ίδιο παρέχει υγειονομικές φροντίδες σε άλλους. Η έκταση βέβαια της ατομικής του συνεισφοράς προσδιορίζεται και από την εκτίμηση του οριακού κόστους και οφέλους στην παροχή φροντίδας και επομένως, η επιλογή του για τη συνεισφορά εξαρτάται από το επίπεδο του εισοδήματος. Κατά συνέπεια, η πολιτική υγείας που στηρίζεται σε αισθήματα φιλανθρωπίας και αλτρουισμού είναι πολιτική που στηρίζεται και στις αρχές της αποδοτικότητας (Wagstaff et al, 1989).

Η κοινωνική δικαιοσύνη, όμως, δεν είναι ζήτημα ατομικής επιλογής. Αφορά ένα πλαίσιο αρχών που καθορίζουν το τί οφείλει το άτομο να λαμβάνει σαν δικαίωμά του. Η αποδοχή της αρχής αυτής έχει δύο σημαντικές επιπτώσεις στην πολιτική υγείας:

Πρώτον: πολιτικές μείωσης των κοινωνικών ανισοτήτων μπορούν να αποφασίζονται και εφαρμόζονται ανεξαρτήτως του κόστους τους και,

Δεύτερον: είναι δυνατόν να υπάρξει σύγκρουση μεταξύ των αρχών της αποδοτικότητας και της ισοτιμίας στην πολιτική υγείας. Μπορεί κάλλιστα ένα αποδοτικό διανεμητικά πρόγραμμα υπηρεσιών υγείας να μην είναι πλήρως ισοτίμο και το αντίθετο (Culyer, 1980).

4. Αρχές και "Θεωρίες" Πολιτικής Υγείας

Όσα προαναφέρθηκαν μας εισάγουν στη συζήτηση για τις αρχές στις οποίες πρέπει να στηρίζεται μια πολιτική ελέγχου των υγειονομικών ανισοτήτων. Και εδώ μπορεί κανείς να διακρίνει διαφορετικές απόψεις για το τί μπορεί να αποτελέσει τη βάση μιας πολιτικής που να προωθεί την ισότητα στις υπηρεσίες υγείας (Pereira, 1989).

Ο Nojick (1974) υποστηρίζει ότι καθένας δικαιούται να κατέχει ό,τι αποκτά με νόμιμο τρόπο, δηλαδή είτε μέσω των κερδών του, είτε μέσω κληρονομιάς, είτε δια μέσου αναδιανομής από την κυβέρνηση αξιών που αποκτήθηκαν παράνομα. Αρα είναι μια "διαδικαστική" θεωρία. Για το αν μια συγκεκριμένη κατανομή αγαθών είναι ισοτίμη ερευνώνται μόνο οι διαδικασίες που ακολουθήθηκαν για την επίτευξη αυτής της κατανομής.

Ως προς τις ανισότητες στην παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών ο Nojick δέχεται ως ισοτίμη μόνο την κατανομή των φροντίδων μέσω της αγοράς. Αρα δεν είναι "δικαίες" οι προσπάθειες επιδότησης των υγειονομικών υπηρεσιών, ούτε ακόμα και αν πηγάζουν από αισθήματα φιλανθρωπίας.

Οι ακραίες επιπτώσεις της θεωρίας του Nojick οδήγησαν άλλους να προτείνουν την ύπαρξη ενός ορίου ασφάλειας (safety net), το οποίο να αποτελεί ένα αξιοπρεπές ελάχιστο (decent minimum) κάτω από το οποίο κανείς πολίτης δεν πρέπει να βρίσκεται! Ενώ η ιδέα αυτή θα έπρεπε να προσδιορίζει αυτό το ελάχιστο όριο *επιπέδου υγείας* κάτω από το οποίο κανείς δεν θα έπρεπε να βρίσκεται, συνήθως προκρίνεται η παροχή ενός ελάχιστου υγειονομικών φροντίδων μέσω του δημόσιου τομέα, με τις υπόλοιπες φροντίδες όμως να παρέχονται από τον ιδιωτικό τομέα (Enthoven, 1980).

Το μεγάλο πρόβλημα εδώ βρίσκεται στον προσδιορισμό αυτού του *minimum*. Ποιά θα είναι εκείνο το *minimum* των υπηρεσιών υγείας που θα πρέπει να παρέχονται ώστε να εξασφαλίζεται ένα ικανοποιητικό επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Και όπως η θεωρία παρουσιάζεται δίνει μεγάλη έμφαση στην πλευρά της προσφοράς υπηρεσιών υγείας. Επηρεάζοντας την προσφορά (μέσω αύξησης ή μείωσης) των παρεχόμενων υπηρεσιών πιστεύεται ότι θα φτάσουμε στο κατάλληλο όριο ασφάλειας. Ετσι η θεωρία αυτή παραγνωρίζει την πλευρά της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας. Είναι πολύ πιθανόν, αλλαγή στα χαρακτηριστικά της ζήτησης, όπως το εισόδημα και η εκπαίδευση των χρηστών, να οδηγήσουν σε καλύτερα αποτελέσματα από μόνη την αλλαγή της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας (Pereira, 1990).

Η θεωρία του ωφελισμού (utilitarianism) υποστηρίζει ότι η κατανομή των υγειονομικών υπηρεσιών θα πρέπει να γίνεται έτσι ώστε να μεγιστοποιείται η συνολική ωφελιμότητα. Δεν είναι όμως βέβαιο ότι η αύξηση της συνολικής ωφελιμότητας θα μπορεί να οδηγήσει σε πιο ισοτίμη διανομή της ωφελιμότητας. Δηλαδή, η αύξηση της συνολικής ωφελιμότητας μέσω της διανομής και παροχής υγειονομικών φροντίδων θα ήταν ισοτίμη μόνο εάν η οριακή ωφελιμότητα του καθενός αύξανε κατά τον ίδιο βαθμό (Culyer, 1980). Ετσι, αν κάποιος με μεγαλύτερο εισόδημα και με υψηλότερο βαθμό εκπαίδευσης δέχεται μεγαλύτερη ωφελιμότητα από την παροχή υγειονομικών φροντίδων, από κάποιον ο οποίος με κατώτερο εισόδημα αποκτά μικρότερη οριακή ωφελιμότητα από τη χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών, τότε

περισσότεροι πόροι θα έπρεπε να αποδοθούν στον πρώτο. Είναι δύσκολο να αποδεχτούμε τη θεωρία αυτή ως βάση ισότητας στις υπηρεσίες υγείας.

5. Ισοτιμία - Ισότητα στην Υγεία και Πολιτική Υγείας

Σε αντίθεση με τις παραπάνω θεωρίες μια σειρά μελετητών υποστηρίζουν ότι η αναδιανεμητική πολιτική έχει σαν στόχο την εξίσωση του επιπέδου υγείας των πολιτών ή την εξίσωση των ευκαιριών για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας.

Ο Mooney (1983) και ο Le Grand (1982) είχαν προσπαθήσει να προσδιορίσουν εννοιολογικά την έννοια της ισότητας των υπηρεσιών υγείας. Οι ορισμοί τους μπορούν να διακριθούν κάτω από τις ακόλουθες κατηγορίες (Pereira, 1989). Αυτούς που αφορούν υποθετικά ομοιογενείς πληθυσμούς χωρίς διάκριση των υγειονομικών αναγκών ή του επιπέδου υγείας (π.χ. ίση δημόσια δαπάνη ανά κεφαλή), αυτούς που σχετίζονται με την έννοια της υγειονομικής ανάγκης (π.χ. ίση περιθαλψη για ίση ανάγκη) και αυτούς που αφορούν την εισροή των υγειονομικών υπηρεσιών (π.χ. ισότητα στο επίπεδο υγείας).

Οι προσπάθειες αυτές πηγάζουν από την υιοθέτηση αρχών κοινωνικής δικαιοσύνης στην πολιτική υγείας. Εδώ είναι χρήσιμο να διακρίνουμε μεταξύ των εννοιών της ισοτιμίας (equality) και της ισότητας (equity). Ισοτιμία σημαίνει ότι η διανομή ενός αγαθού γίνεται σε ίσα μέρη. Μια ισότιμη διανομή των δημόσιων δαπανών για την υγεία σημαίνει ότι η ανά κεφαλή δαπάνη είναι ίση. Η ισότητα έχει την έννοια του αν αυτή η κατανομή είναι δίκαιη. Για πολλούς υποστηρικτές της θεωρίας της κοινωνικής δικαιοσύνης κάθε διανομή που δεν είναι ισότιμη, δεν είναι και ίση. Ο Le Grand (1989) όμως υποστηρίζει ότι αυτό δεν είναι σωστό. Πολλές φορές ανισότητες στο επίπεδο υγείας ή στη χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών μπορούν να προέλθουν από ατομικές επιλογές. Ετσι, όποιος με το κάπνισμα ή την κατανάλωση αλκοόλ επιβαρύνει το επίπεδο υγείας του δεν μπορεί να αποτελέσει στόχο της πολιτικής υγείας εάν αυτό αποτελεί επιλογή του, η οποία είναι συνειδητή ή υπόκειται στον έλεγχό του. Ετσι, ενώ εδώ δεν θα έχουμε ισότιμη κατανομή του επιπέδου υγείας δεν έχουμε πρόβλημα ισότητας. Το δύσκολο μέρος αυτής της προσέγγισης είναι το να ορίσουμε ποιές ανισότητες κατανομές προέρχονται από την ελεύθερη επιλογή των χρηστών. Ετσι, υποστηρίζεται ότι συνθήκες διαβίωσης και εισοδήματος επηρεάζουν π.χ. την κατανάλωση του καπνού ή του αλκοόλ και ότι δεν αποτελούν μόνο ατομικές επιλογές. Επίσης η επιλογή μη χρήσης των υπηρεσιών υγείας μπορεί να οφείλεται στο ότι οι υπηρεσίες υγείας βρίσκονται πολύ μακριά, με συνέπεια το κόστος χρόνου και η σχετιζόμενη απώλεια εισοδήματος να μην ισοφαρίζουν την οριακή ικανοποίηση από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Παρά τις δυσκολίες αυτές, η προσέγγιση αυτή φαίνεται να γίνεται δεκτή από την Π.Ο.Υ. σε πρόσφατη δημοσίευση. (Whitehead, 1991).

Ετσι η ανισότητα στις υπηρεσίες υγείας ορίζεται ως "οι διαφορές στην υγεία που δεν είναι μόνο μη αναγκαίες ή δυνατόν να αποφευχθούν, αλλά επιπροσθέτως θεωρούνται μη δίκαιες". Ως κριτήριο της δίκαιας ή μη κατάστασης θεωρείται ο σχετικός βαθμός επιλογής του ατόμου. Στόχος της πολιτικής υγείας είναι όχι να ελαφρύνει όλες τις διαφορές στην υγεία έτσι ώστε όλοι να έχουν την ίδια ποιότητα και επίπεδο υγείας, αλλά να ελαττώνει εκείνες που προέρχονται από παράγοντες που θεωρούνται αποφευκτέοι και μη δίκαιοι :

Συνεπώς προκύπτει η ακόλουθη πρόταση εργασίας.

"Ισότητα στην υγεία σημαίνει ότι σε ιδανικό επίπεδο ο καθένας θα πρέπει να έχει ίσες ευκαιρίες για την επίτευξη του πλήρους δυναμικού της υγείας του και πιο emphaticά, ότι

καθένας δεν θα πρέπει να εμποδίζεται από την επίτευξη αυτού του δυναμικού-αν αυτό μπορεί να αποφευχθεί".

Μένει τώρα να δούμε πώς θα μπορέσουμε να προσδιορίσουμε τον ορισμό αυτό σε στόχους, που να είναι πραγματοποιήσιμοι και να μπορούν να αποτελέσουν επιχειρησιακή βάση για την εφαρμογή της πολιτικής υγείας.

6. Πολιτική Υγείας για τις Κοινωνικοοικονομικές Αισιότητες: Μέσα από το Σύστημα Φροντίδας

Ιδεατό στόχο στην πολιτική υγείας θα μπορούσε να αποτελέσει η επίτευξη της ισότητας στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Η προσέγγιση αυτή όμως παρουσιάζει μεγάλα προβλήματα. Είναι δύσκολο να προσδιορισθεί η έννοια του επιπέδου υγείας, να ποσοτικοποιηθεί και να αποτελέσει κριτήριο κατανομής των πόρων (Drummond, 1969). Επίσης είναι δύσκολο να δεχτεί κανείς ότι οι υπηρεσίες υγείας είναι οι μόνες που καθορίζουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού (McKeown, 1976). Συνεπώς μια συνολικότερη επέμβαση χρειάζεται για την εξίσωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

Όσον αφορά τους ρόλους που οι υπηρεσίες υγείας μπορούν να παίξουν, οι ακόλουθοι φαίνονται χρήσιμοι (Whitehead 1991).

- (1) - ίση πρόσβαση σε διαθέσιμη φροντίδα για ίση ανάγκη.
- (2) - ίση χρήση για ίση ανάγκη
- (3) - ίση ποιότητα φροντίδας για όλους.

Η πρώτη αρχή αφορά το δικαίωμα του καθενός σε διαθέσιμες υπηρεσίες, ίση κατανομή στη χώρα βασισμένη στις υγειονομικές ανάγκες και εύκολη πρόσβαση σε κάθε γεωγραφική περιοχή καθώς και την κατάργηση όλων των άλλων παραγόντων (όπως εισόδημα, κοινωνική τάξη, κ.λπ.) πλὴν της υγειονομικής ανάγκης σαν κριτήριο πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Ιδιαίτερη σημασία έχει η ισότιμη γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών υγείας καθώς και η έμφαση σε μοντέλα περιθάλψης που είναι προστά σε όλο τον πληθυσμό.

Η δεύτερη αρχή σημαίνει την έρευνα των παραγόντων που επηρεάζουν τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Στην περίπτωση που κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες επηρεάζουν τη χρήση των υπηρεσιών υγείας από συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού, αυτοί θα πρέπει να αντιμετωπισθούν αποτελεσματικά.

Τέλος, η τρίτη αρχή σημαίνει την ύπαρξη μηχανισμών που να εξασφαλίζουν ίση και υψηλού επιπέδου περίθαλψη από τις υπηρεσίες υγείας για όλο τον πληθυσμό. Θα πρέπει να είναι σαφές ότι η δωρεάν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας δεν εξασφαλίζει από μόνη της ισότητα στην ποιότητα της περίθαλψης, εκτός αν μηχανισμοί αξιολόγησης της ποιότητας ελέγχουν την παρεχόμενη φροντίδα.

7. Πολιτική Υγείας μέσα από τη Διατομεακή Δράση

Η διατομεακή δράση, σαν διαδικασία μείωσης των κοινωνικο-οικονομικών διαφορών στην υγεία, είναι μια πιο πολύπλοκη προσέγγιση από αυτή που προσδιορίζεται μέσα από μια πολιτική υγείας-πάνω στις υπηρεσίες παροχής και στον ευρύτερο χώρο της πρόληψης. Αλλά γιατί στην πολιτική υγείας, πρωταρχικός στόχος, είτε μεγιστοποιώντας την απόδοση της παρεχόμενης

φροντίδας, είτε επιτυγχάνοντας ισότιμες κατανομές και ίση πρόσβαση, είναι το ίδιο το αντικείμενο της υγείας. Ενώ στις άλλες περιοχές πολιτικής έχουμε προφανώς άλλους πρωταρχικούς στόχους, με τις επιδράσεις στην υγεία έμμεσες, αν και αρκετά τεκμηριωμένες. Σίγουρα όμως, όταν έρχεται η στιγμή του σχεδιασμού και της υλοποίησης μιας πολιτικής σε διατομεακούς χώρους η υγεία δεν προβάλλει όσο θα έπρεπε ως καθοριστικός παράγοντας στις κοινωνικο-οικονομικές διαφορές. Για παράδειγμα, η πολιτική κατανομής του εισοδήματος δεν καθορίζεται από τις επιδράσεις που έχει και στην Υγεία. Η πολιτική στην εκπαίδευση και την πρόσβαση στην εκπαίδευση, σπάνια διαβλέπει ότι μπορεί να μειώσει τις κοινωνικο-οικονομικές διαφορές στην υγεία, ή ακόμη, η πολιτική της απασχόλησης, μπορεί να είναι περισσότερο αποτελεσματική για την υγεία από την προσπάθεια που καταβάλλεται να μειωθούν οι κίνδυνοι στο χώρο εργασίας.

8. Αντί Επιλόγου: Επενδύοντας για την Υγεία

Έχοντας αυτά στο μυαλό μας θα πρέπει να αποδεχθούμε μια ξεκάθαρη θέση πλέον για την υγεία και την ανάπτυξη του τομέα της. Δηλαδή ότι μια πολιτική υγείας για ένα (Εθνικό) Σύστημα Ιατρικής Φροντίδας και Υπηρεσιών που είναι οπωσδήποτε αναγκαίο να αναπτυχθεί και να σχεδιαστεί σωστά, δεν είναι το ίδιο με μια *Εθνική Στρατηγική για την Υγεία*. Γιατί μια πραγματικά προωθημένη και σύγχρονη εθνική στρατηγική, ξεφεύγει από τους όρους και τους κανόνες λειτουργίας ενός τυπικού συστήματος ιατρικών υπηρεσιών αφού εμπλέκει και εξαρτάται, όπως είπαμε, από τις κοινωνικο-οικονομικές συνιστώσες, την ανάπτυξη στο περιβάλλον και στο οικονομικο-βιομηχανικό σύμπλεγμα, τους τρόπους ζωής και την κοινωνική συμπεριφορά, την εκπαίδευση του ατόμου, την απασχόληση, τη δόμηση, το σχεδιασμό και τη λειτουργία μιας πόλης, κ.λπ.

Ετσι σήμερα, όταν συζητούμε και προβάλλουμε προτάσεις για το σύστημα υγείας πρέπει να είμαστε προσεκτικοί. Γιατί το πρόβλημα δε βρίσκεται στις λειτουργικές ή άλλου είδους διαρθρωτικές επεμβάσεις ή απλά στις εργασιακές σχέσεις. Οι προτάσεις πρέπει να έχουν την εμβέλεια και να προωθούν την ανάπτυξη και αποτελεσματικότητα μιας ευρύτερης πολιτικής για την υγεία. Παράλληλα μια τέτοια στρατηγική μας οδηγεί στον επανακαθορισμό των μηχανισμών χρηματοδότησης των τομέων υγείας και βέβαια στην ανακατανομή των επενδύσεων που έχουν σχέση με την υγεία (και εννοούμε σε όλο το φάσμα της κοινωνικο-οικονομικής δραστηριότητας). Δηλαδή να ξεκαθαρισθούν οι έννοιες (στο μυαλό κυρίως των πολιτικών που χαράσσουν την πολιτική υγείας), ότι είναι άλλο οι *"δαπάνες για την περίθαλψη και άλλο επενδύοντας για την ΥΓΕΙΑ!"*

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Townsend P., Davidson V., Whitehead M.; *Inequality in health*, London Penguin, 1988.
2. Whitehead M.: *"The concepts and principles of equity in health"*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1991.
3. Culyer A.: *"The economics of Social Policy"*, Oxford: Marting Robertson, 1980.
4. Wagstaff A., Doorslaer G.V. and P. Paci: *"Equity in the Finance and Delivery of Health Care: Some Tentative cross-country comparisons"*, *Oxf.Rev, Econ.*, 1989. pp. 89-111.

5. Pereira, J., *"What does Equity in Health Mean"* 1989, Centre for Health Economics, University of York.
6. Nojck R., *"Anarchy, State and Utopia"*, Basic Books, New York. 1974.
7. Mooney G.: *"What does Equity in Health Mean"*, World Health Statist, quart., 40, 1987, pp. 296-303.
8. Le Grand J., *"The strategy of equality"* Redistribution and the social services. London: George Allen and Unwin, 1982.
9. Le Grand J., *"Equity, health and health care"* In: *"Three Essays on Equity"* STICERD, discussion paper No 23, LSE., 1987.
10. Drummond M., *"Output Measurement for Resource Allocation in Practice"*, Oxf. Rev. Econ. No1. 1989.
11. Mckeown A., *"The modern rise of populations"*. OUP, London 1976.