

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΣΤΟΝ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΗΣ ΠΑΤΡΑΣ

Α. Σισσούρας, Καθηγητής Παν/μίου Πατρών
Α. Καρόκης, Ερευνητής Παν/μίου Πατρών
Κ. Καλομενίδης, Ερευνητής Παν/μίου Πατρών
Ι. Μητρόπουλος, Ερευνητής Παν/μίου Πατρών

1. Εισαγωγή

Το πρόβλημα των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας απασχολεί σημαντικά την ερευνητική κοινότητα και το χώρο της πολιτικής για την υγεία καθώς πληθαίνουν τα ευρήματα που αποτυπώνουν τη σταθερή και συνεχή ύπαρξη των ανισοτήτων στην υγεία και τη χρήση των σχετικών υπηρεσιών παρά την αλματώδη αύξηση των υγειονομικών πόρων και την καθολική ασφαλιστική κάλυψη στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης και του ΟΟΣΑ.

Η σημερινή δημοσιονομική κρίση επιβάλλει στην πολιτική για την υγεία τον έλεγχο και εξορθολογισμό των δαπανών και τη μεταρρύθμιση των συστημάτων υγείας ώστε να επιτευχθούν καλύτερα αποτελέσματα στους δείκτες της δημόσιας υγείας και στην προώθηση της ισότητας στην παροχή των σχετικών υπηρεσιών. Στο πλαίσιο αυτό η διερεύνηση του προβλήματος των ανισοτήτων είναι επιβεβλημένη καθώς οι περισσότεροι αναλυτές συμφωνούν ότι η σημερινή οικονομική συγκυρία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την έξαρση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων που με την σειρά της συνεπάγεται την όξυνση των ανισοτήτων στην υγεία και την παροχή των υπηρεσιών υγείας εις βάρος των ασθενών ομάδων του πληθυσμού (Abel Smith 1995).

Για τη χώρα μας η διερεύνηση του προβλήματος έχει ιδιαίτερη σημασία καθώς το θεωρητικό πλαίσιο της προσέγγισης, η μεθοδολογία και η εμπειρική έρευνα βρίσκονται ακόμη σε εμβρυακό στάδιο και η πολιτική υγείας δεν έχει σαφείς στόχους και προτεραιότητες για την υγεία του πληθυσμού και την παροχή υπηρεσιών υγείας.

2. Θεωρητική προσέγγιση

Η προσέγγιση στο πρόβλημα των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού και στη χρήση των υπηρεσιών υγείας καθορίζεται από την

ύπαρξη του θεωρητικού πλαισίου αρχών και στόχων της ισότητας. Ο προσδιορισμός αυτού του θεωρητικού πλαισίου επιβάλλει δυο καίριες επισημάνσεις:

Η πρώτη επισημάνση αφορά τη *διάκριση* ανάμεσα στις ανισότητες στο επίπεδο υγείας και στις ανισότητες στη φροντίδα υγείας, δηλαδή την παροχή των υπηρεσιών υγείας, και αναφέρεται στην αποσαφήνιση της έννοιας της ισότητας στην υγεία. Σύμφωνα με αυτήν τη διάκριση, ανισότητες ορίζονται εκείνες οι διαφορές στην υγεία που είναι άδικες και μπορούν να αποφευχθούν. Κατ' αυτό τον τρόπο η ισότητα υποδηλώνει τη δημιουργία ίσων ευκαιριών στην υγεία και την κατά το δυνατόν ελαχιστοποίηση των διαφοροποιήσεων (Whitehead 1990). Συνεπώς, η ισότητα στην υγεία έχει μια ευρεία έννοια που αναφέρεται στους πολλαπλούς αιτιολογικούς παράγοντες καθορισμού του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, μεταξύ των οποίων ένας σημαντικός, αλλά όχι ο μοναδικός (Mc Keown 1976), είναι οι υπηρεσίες υγείας.

Η δεύτερη επισημάνση αφορά τη *δυσκολία* επιλογής του κατάλληλου ορισμού της ισότητας στην παροχή των υπηρεσιών υγείας. Η επιλογή του ορισμού εξαρτάται τόσο από τη θεωρία της κοινωνικής δικαιοσύνης που ο κάθε αναλυτής υιοθετεί όσο και από τον περαιτέρω λειτουργικό προσδιορισμό της (Le Grand 1991). Η πιο διαδεδομένη και θεωρητικά επαρκής προσέγγιση στη βιβλιογραφία είναι η αποδοχή της ισότητας ως *κατανομητικής δικαιοσύνης* και συνεπάγεται όχι απλώς τη διανομή σε ίσα μέρη, αλλά τη δίκαιη διανομή. Η αποδοχή αυτή στην παροχή των υπηρεσιών υγείας συνεπάγεται ότι οι άνθρωποι με ίδια ή κοινά χαρακτηριστικά θα πρέπει να τύχουν ίσων παροχών από τις υπηρεσίες υγείας. Ένα τέτοιο χαρακτηριστικό είναι η ανάγκη υγείας. Συνεπώς *δύο άνθρωποι με την ίδια ανάγκη υγείας θα πρέπει να τύχουν ίσων παροχών από τις υπηρεσίες υγείας*.

Για το *λειτουργικό προσδιορισμό* της ισότητας στις υπηρεσίες υγείας οι Le Grand (1982) και Mooney (1983) έχουν προσφέρει μια ευρεία γκάμα πιθανών ορισμών. Οι κυριότεροι ορισμοί που υιοθετούνται στη θεωρία και στην πράξη και συστήνονται επίσης από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Whitehead 1990) είναι οι παρακάτω¹.

Ισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για ίση ανάγκη (equality of access for equal need): Ο ορισμός αυτός συνεπάγεται ότι δυο άνθρωποι με την ίδια ανάγκη θα πρέπει να έχουν την ίδια δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας (Mooney 1983). Με βάση αυτό τον ορισμό θα πρέπει να καταργηθούν όλα τα εμπόδια στην πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας (π.χ. που προέρχονται από την κοινωνικοοικονομική θέση) και στην πράξη προωθείται με γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών καθώς και με μοντέλα περίθαλψης που είναι προσιτά σε όλο τον πληθυσμό (Μητρόπουλος κ.α. 1994).

Ισότητα στην χρήση των υπηρεσιών υγείας για ίση ανάγκη (equality of utilisation for equal need): Στο ορισμό αυτό, εκτός από την πρόσβαση ενδιαφέρει η έρευνα

1. Η συζήτηση αναφορικά με την επιλογή των καταλληλότερων λειτουργικών ορισμών είναι έντονη και ανοικτή στην ερευνητική κοινότητα αλλά η παρουσίασή της ξεφεύγει από τους σκοπούς του παρόντος κειμένου.

των παραγόντων που επηρεάζουν τη χρήση ώστε με αλλαγές στα χαρακτηριστικά είτε της προσφοράς των υπηρεσιών είτε της ζήτησης (Pereirra 1990) να μειωθούν οι διαφοροποιήσεις στη χρήση και ιδιαίτερα αυτές που παρουσιάζονται σε βάρος των χαμηλών κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων του πληθυσμού.

Ισότητα στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας με όρους βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού (equality of health): Ο ορισμός αυτός επικεντρώνει στις τελικές εκροές, τα αποτελέσματα των υπηρεσιών υγείας και είναι ιδιαίτερα χρήσιμος στην αξιολόγηση της ποιότητας του παραγόμενου προϊόντος των υπηρεσιών. Όμως επιδέχεται και ειδικές ερμηνείες (όπως η προσέγγιση της φημισμένης σχολής των Οικονομικών της Υγείας του York) που συνεπάγεται ότι δεν απαιτείται οι άνθρωποι να έχουν ίση πρόσβαση ή ίση χρήση αλλά κάθε άτομο να προσλαμβάνει εκείνη την ποσότητα θεραπείας για την επίτευξη του ανώτερου δυνατού επιπέδου της υγείας του ανεξαρτήτως των κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών του.

3. Αναδρομή στην έρευνα

Για τον προσδιορισμό του θεωρητικού πλαισίου και τη στροφή της έρευνας στις ανισότητες καθοριστική συμβολή είχε η δεκαετία του 1980 (Σισσούρας και Καρόκης 1992). Στα πλαίσια αυτής της δεκαετίας με πληθώρα ερευνητικών προσπαθειών τεκμηριώθηκε επιστημονικά ότι υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στις ανισότητες στην υγεία και στις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες μεταξύ των διαφόρων ομάδων του πληθυσμού. Εξίσου άρχισε να αποτυπώνεται η ύπαρξη και η έκταση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στη χρήση των υπηρεσιών υγείας παρά το γεγονός της επέκτασης της ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού, της εντυπωσιακής αύξησης των δαπανών υγείας και της ανάπτυξης των συστημάτων υγείας διεθνώς.

Καταλύτης στον επιστημονικό διάλογο γύρω από το πρόβλημα των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας αποτέλεσε η έκθεση Black (βλέπε Townsend et al. 1988) που δημοσιεύτηκε στη Μ. Βρετανία το 1980 και παρουσίασε τις πιθανές εξηγήσεις ύπαρξης ανισοτήτων στην υγεία καθώς και τις προτεραιότητες που πρέπει να θέσει η πολιτική υγείας για τη μείωσή τους. Η έκθεση πιστοποίησε σημαντικές διαφορές στους δείκτες θνησιμότητας μεταξύ των κοινωνικών τάξεων για όλες τις ηλικίες, μεγαλύτερη θνησιμότητα στις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις, συσχετίσεις μεταξύ κατώτερης κοινωνικής τάξης και εμφάνισης χρόνιων ασθενειών και επίσης διαπίστωσε ότι οι διαφορές στο επίπεδο υγείας μεταξύ των κοινωνικών 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 χρησιμοποιούν περισσότερο τις εξωτερικές υπηρεσίες των νοσοκομείων και τις μονάδες επείγουσας θεραπείας.

Το εισόδημα φαίνεται πως είναι η παράμετρος κλειδί (Abel Smith 1994) για την εξήγηση της ύπαρξης και της έκτασης των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Εκτός από την έκθεση Black, που θεωρείται μελέτη αναφοράς στην βιβλιογραφία, πληθώρα εμπειρικών ερευνών επιβεβαιώνει τις διαφοροποιήσεις στη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα σε βάρος των ασθενών κοινωνικοοικονομικών ομάδων αλλά και τις αντίστοιχες διαφοροποιήσεις μεταξύ διαφόρων ευρωπαϊκών χωρών και περιφερειών (βλέπε Philimore et al. 1994, Whitehead 1992, Blaxter 1989, Wilkinson 1989, Le Grand 1989, Carstairs and Morris 1989, Illsley and Le Grand 1987, Puffer 1986, Le Grand 1978 κ.ά.). Επίσης έντονες διαφοροποιήσεις στη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα παρουσιάζονται σύμφωνα με το καθεστώς απασχόλησης και ειδικότερα σε βάρος των ανέργων (Arber 1989, Moser et al. 1984). Από την άλλη πλευρά, η σχέση του επιπέδου εκπαίδευσης με την υγεία και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας άρχισε να τεκμηριώνεται με εμπειρικές αναλύσεις ήδη από τη δεκαετία του 1970, αν και πολλές εμπειρικές μελέτες καταδεικνύουν αντιφατικές επιδράσεις της εκπαίδευσης. Ο Grossmann (1972) κατά την κατασκευή μοντέλου ζήτησης υγείας κατέδειξε ότι το επίπεδο εκπαίδευσης είναι ένας από τους καθοριστικούς παράγοντες επηρεασμού του επιπέδου υγείας και το μοντέλο του αναπτύχθηκε και από άλλους ερευνητές (Wagstaff 1986, Muurinen 1982). Παράλληλα, μια σειρά από μελέτες, κυρίως στις ΗΠΑ, αναλύοντας τις αλλαγές στο επίπεδο θνησιμότητας κατέδειξαν ότι η αύξηση του επιπέδου εκπαίδευσης έχει μεγαλύτερη επίδραση στη μείωση της θνησιμότητας από ότι η αύξηση των δαπανών υγείας (Culyer 1976, Auster et al. 1972). Ενώ πολλές εμπειρικές μελέτες κατέδειξαν ότι υψηλότερο επίπεδο εισοδήματος και εκπαίδευσης έχει μια τόσο θετική επίδραση στο επίπεδο υγείας, όσο και η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Grossman 1975, Corman and Grossman 1985).

Σε ό,τι αφορά τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στη χρήση των υπηρεσιών υγείας τα ευρήματα επίσης είναι αποκαλυπτικά. Μελέτες στις ΗΠΑ κατέδειξαν ότι οι φτωχοί επισκέπτονται τους γιατρούς πολύ λιγότερο ανάλογα με τις ανάγκες τους έναντι των άλλων ομάδων του πληθυσμού. Γενικά τα ευρήματα καταδεικνύουν ότι οι μεσαίες και υψηλές εισοδηματικές ομάδες είναι συχνότεροι χρήστες των υπηρεσιών υγείας από τις χαμηλές εισοδηματικές ομάδες σε σχέση με την ανάγκη τους (Davis 1991, Aday et al. 1984, 1980 κ.ά.). Ανάλογες μελέτες στο χώρο των δημόσιων συστημάτων υγείας της Ευρώπης δίνουν αντίστοιχα ευρήματα. Μελέτες στο βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) που προσπάθησαν να αξιολογήσουν την επίτευξη ισότητας δαπανών σύμφωνα με την ανάγκη στα πλαίσιά του (O'Donnel and Propper 1991, Propper and Upward 1992) αποτύπωσαν την ύπαρξη κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στη χρήση και επιβεβαίωσαν ως ένα βαθμό τις εμπειρικές αναλύσεις του Le Grand (1978) που το σημαντικότερο εύρημά του ήταν ότι τα υψηλά εισοδηματικά στρώματα πήραν 40% περισσότερες δαπάνες ανά άτομο από τα χαμηλότερα και διαπίστωσε ότι στο βρετανικό NHS δεν επετεύχθη η ισότητα στη χρήση για ίση ανάγκη. Όμως η πιο εμπεριστατωμένη έρευνα και μελέτη αναφοράς σε αυτό το πεδίο θεωρείται το πρόγραμμα της Ευρωπαϊκής Κοινότητας για την "Ισότητα στη

Χρηματοδότηση και την Παροχή της φροντίδας υγείας" (Doorslaer et al. 1993). Στο πρόγραμμα εργάστηκαν ερευνητές από δέκα χώρες και τις ΗΠΑ. Η έρευνα αποτύπωσε τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στη χρήση και την έκτασή τους στις διάφορες χώρες. Επεσήμανε επίσης τη σημασία των εισοδηματικών ανισοτήτων στις διαφορές των επιπέδων νοσηρότητας μεταξύ των διαφόρων χωρών. Παράλληλα κατέδειξε ότι η έκταση των ανισοτήτων στη χρήση έναντι της ανάγκης ανάμεσα στις διάφορες εισοδηματικές ομάδες δεν εξαρτάται από τη μορφή του συστήματος υγείας.

Στην χώρα μας, δυστυχώς, τόσο το θεωρητικό πλαίσιο της προσέγγισης των ανισοτήτων στην υγεία και τις υπηρεσίες υγείας όσο και η ανάλογη εμπειρική έρευνα βρίσκονται σε εμβρυακό στάδιο (Abel Smith κ.ά. 1994, Καρόκης κ.ά. 1994). Αξιοσημείωτες ερευνητικές προσπάθειες αποτελούν οι μελέτες του Υφαντόπουλου που φαίνεται να επιβεβαιώνουν τα ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας (βλ. Υφαντόπουλος 1988, Καράγιωργας κ.ά. 1990).

4. Υλικό και μέθοδοι

Η ανάλυση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού και στη χρήση των υπηρεσιών υγείας βασίστηκε στο υλικό που συνελέγη στην πόλη της Πάτρας κατά το χρονικό διάστημα Μαΐου-Ιουνίου 1994².

4.1. Η ταυτότητα της έρευνας

Το υλικό της ανάλυσης συνελέγη με τη μέθοδο των συνεντεύξεων μέσω ερωτηματολογίου από το γενικό πληθυσμό της Πάτρας και του νομού Αχαΐας (Health Interview and Health Care Utilisation Surveys). Το δείγμα καθορίστηκε σε συνεργασία με την ΕΣΥΕ και η μέθοδος δειγματοληψίας ήταν η τυχαία συστηματική δειγματοληψία. Το μέγεθος του δείγματος ήταν 2.000 άτομα και συγκεκριμένα 1.350 άτομα από την Πάτρα και 650 από τις γύρω αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές. Το ποσοστό απαντήσεων ήταν απόλυτα ικανοποιητικό και συγκεκριμένα συνελέγησαν 989 ερωτηματολόγια στην Πάτρα και 568 στις υπόλοιπες περιοχές. Συνεντευκτές απετέλεσαν επί πτυχίω φοιτητές του Πανεπιστημίου Πατρών, οι οποίοι εκπαιδεύτηκαν από την ερευνητική ομάδα σε τεχνικές συνέντευξης, δειγματοληψίας και για τους σκοπούς της μελέτης. Πριν από την έρευνα υπήρξε προέρευνα (pilot study), στην οποία δοκιμάστηκε το ερωτηματολόγιο και εκπαιδεύτηκαν στην πράξη οι συνεντευκτές.

2. Η έρευνα σκοπό είχε την αποτύπωση της Ταυτότητας Υγείας της πόλης (Patras Health Profile) και τη δημιουργία Σχεδίου Δράσης για την Υγεία (Patras Health Plan) από το Δήμο της πόλης και είναι υποχρέωση της Πάτρας λόγω της συμμετοχής της στο Πρόγραμμα "Υγιείς Πόλεις" της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας. Η χρηματοδότηση της έρευνας έγινε από το ευρωπαϊκό πρόγραμμα RECITE-ENVIRONET.

Δείκτες υγειονομικής ανάγκης

Για την εκτίμηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και την έκταση των αναγκών υγείας ακολουθήθηκε μια ευρεία προσέγγιση στο πεδίο της νοσηρότητας και της κατάστασης υγείας με τη χρήση πολλαπλών δεικτών. Η προσέγγιση αυτή βασίζεται στις βιβλιογραφικές αναφορές που καταδεικνύουν ότι ο ορισμός και η μέτρηση της νοσηρότητας είναι ένα δύσκολο εγχείρημα και ότι συχνά η γνώμη των πολιτών διαφέρει από τη σχετική κλινική κρίση. Για την υπέρβαση αυτών των εμποδίων η Blaxter (1989) μετά από επισκόπηση της βιβλιογραφίας έχει προτείνει τρία υποδείγματα μέτρησης της νοσηρότητας για μια όσο το δυνατό ευρεία προσέγγιση με χρησιμοποίηση κλινικών στοιχείων ή στοιχείων αυτοαναφερόμενης νοσηρότητας (*self reported morbidity*): α) το *ιατρικό υπόδειγμα* καταγράφει τη νοσηρότητα μόνο σαν ύπαρξη ασθένειας στον πληθυσμό και χρησιμοποιεί σαν δείκτες την ύπαρξη και τον αριθμό χρόνιων και οξέων ασθενειών καθώς και την ύπαρξη συμπτωμάτων που υποδηλώνουν πιθανή ύπαρξη ή εκδήλωση ασθενειών, β) το *λειτουργικό υπόδειγμα* χρησιμοποιεί δείκτες που μελετούν τις επιπτώσεις της ασθένειας στην εκπλήρωση των κοινωνικών και επαγγελματικών ρόλων των ατόμων όπως μέρες στο κρεβάτι λόγω ασθένειας, μέρες νοσηλείας, προβλήματα που περιορίζουν τη λειτουργικότητα στην καθημερινή ζωή, προβλήματα διαταραχών της ψυχικής υγείας, γ) το *υποκειμενικό υπόδειγμα* στηρίζεται σε δείκτες που διερευνούν την υποκειμενική αξιολόγηση της υγείας από τον ίδιο τον πληθυσμό (*perceived health*). Το ερωτηματολόγιο της έρευνας περιείχε δείκτες και από τα τρία υποδείγματα, καθώς επίσης λίστα χρόνιων ασθενειών μέσω της οποίας ο πληθυσμός ανέφερε το είδος της ασθένειας που τον ταλαιπωρεί και δείκτες ανικανότητας και καθημερινής λειτουργικότητας κυρίως για τον ηλικιωμένο πληθυσμό.

Δείκτες χρήσης

Για την εκτίμηση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας ακολουθήθηκε επίσης ευρεία προσέγγιση που βασίστηκε στην ανάλυση της έκτασης και των χαρακτηριστικών της χρήσης καθώς και στην ανάλυση της πρόσβασης του πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας. Η προσέγγιση αυτή βασίζεται στις βιβλιογραφικές αναφορές που καταδεικνύουν την αλληλεπίδραση των ορισμών της ισότητας και ειδικότερα των κριτηρίων πρόσβασης και χρήσης (Le Grand 1982, Καρόκης κ.ά. 1994) ή άλλων παραδοχών όπως στην αμερικανική βιβλιογραφία όπου η πρόσβαση θεωρείται συνώνυμη της χρήσης και οι αναλογίες χρήσης αποτελούν ταυτόχρονα μέτρηση της ισότιμης πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας (Davis 1993, Aday et al. 1984, 1981). Τα ερωτηματολόγια της έρευνας ως προς την *πρόσβαση* περιείχαν παραμέτρους ύπαρξης και είδους ασφαλιστικής κάλυψης, ύπαρξης ιδιωτικής ασφάλισης, ύπαρξης και αριθμού μόνιμων γιατρών που συνήθως συμβουλευέται ο πολίτης, απόστασης από τις υπηρεσίες υγείας και άλλες παραμέτρους χρόνου όπως διάρκεια επίσκεψης και χρόνος από ραντεβού. Παράμετροι *χρήσης* ήταν η ύπαρξη και ο αριθμός επισκέψεων σε γιατρούς ασφαλιστικού οργανισμού, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου, ιδιώτης γιατρός, κατ' οίκον γιατρός, η

ύπαρξη εισαγωγών σε νοσοκομεία και οι μέρες νοσηλείας καθώς και περιγραφές των χαρακτηριστικών όλων των επισκέψεων.

Κοινωνικοοικονομικοί δείκτες

Επίσης υπήρχε ευρεία περιγραφή των κοινωνικοοικονομικών δεδομένων του πληθυσμού με παραμέτρους εκπαίδευσης, εισοδήματος, συνθηκών διαβίωσης, απασχόλησης κ.ά.

4.2. Προσδιορισμός των ομάδων αναφοράς

Υλικό της ανάλυσης των κοινωνικοοικονομικών διαφοροποιήσεων απετέλεσαν τα στοιχεία των 989 ερωτηματολογίων που συνελέγησαν από τον πληθυσμό της Πάτρας. Για τον προσδιορισμό των ομάδων αναφοράς της ανάλυσης χρησιμοποιήθηκαν τρία κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά:

- α) η ύπαρξη (ή όχι) ανεργίας στο πληθυσμό που είναι απασχολούμενος
- β) η ύπαρξη (ή όχι) επιπέδου (μηνιαίου ακαθάριστου οικογενειακού) εισοδήματος κάτω των 150.000 δρχ.
- γ) η ύπαρξη επιπέδου εκπαίδευσης δημοτικού σχολείου και καθόλου σχολείου.

Τα χαρακτηριστικά αυτά επελέγησαν για δύο λόγους:

Πρώτον, γιατί η ύπαρξή τους θεωρήθηκε αντιπροσωπευτική της κοινωνικοοικονομικής κατάταξης των ατόμων καθώς, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία και την εμπειρική έρευνα, αποτελούν τις καθοριστικές παραμέτρους κοινωνικοοικονομικής ανισότητας στην υγεία και στη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Δεύτερον, τα παραπάνω χαρακτηριστικά ανεδείχθησαν στην ανάλυση ως σημαντικοί δείκτες που υπονοούν διαφοροποίηση των κοινωνικοοικονομικών δεδομένων του γενικού πληθυσμού της Πάτρας (Δεληγιάννη Υ. κ.ά. 1996). Συγκεκριμένα, άνεργοι δήλωσαν το 16% του οικονομικά ενεργού πληθυσμού της πόλης, το 39% του γενικού πληθυσμού της πόλης ανέφερε ότι έχει επίπεδο εκπαίδευσης έως και δημοτικού σχολείου και το 29% του γενικού πληθυσμού της πόλης δήλωσε ότι έχει επίπεδο εισοδήματος κάτω των 150.000 δρχ.

Για τις ανάγκες της ανάλυσης προσδιορίστηκαν δυο ομάδες του πληθυσμού σύμφωνα με την ύπαρξη (ή όχι) των παραπάνω χαρακτηριστικών. Ειδικότερα στα άτομα του δείγματος βαθμολογήθηκε με μηδέν η ύπαρξη (ανεργίας, εισοδήματος κάτω των 150.000 δρχ., επιπέδου εκπαίδευσης μέχρι δημοτικό σχολείο) και με ένα η απουσία του εκάστοτε χαρακτηριστικού. Το δείγμα που παρουσίασε συνολική βαθμολογία από μηδέν (ύπαρξη όλων των χαρακτηριστικών) έως τρία (απουσία όλων των χαρακτηριστικών) διχοτομήθηκε και με αυτό τον τρόπο προέκυψαν δυο ομάδες του πληθυσμού που για τις ανάγκες της ανάλυσης ορίστηκαν ως:

- α. ομάδα χαμηλών κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών με βαθμολογία 0 έως 1 (ΟΧΧ)

6. ομάδα μεσαίων και υψηλών κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών με βαθμολογία 2 έως 3 (ΟΜΥΧ).

Στην ομάδα χαμηλών χαρακτηριστικών κατετάγησαν 115 άτομα (12%) του γενικού πληθυσμού της πόλης, ενώ στην ομάδα μεσαίων και υψηλών χαρακτηριστικών κατετάγησαν 306 άτομα (31%) του γενικού πληθυσμού της πόλης. Η κατά φύλο σύνθεση παρουσιάζει τους άνδρες σε αναλογία 61,7% έναντι 38,3% των γυναικών, ενώ ο πίνακας 1 παρουσιάζει την ηλικιακή σύνθεση των δυο πληθυσμιακών ομάδων.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 1

Ηλικιακή σύνθεση των ομάδων

Ηλικ. κατηγορίες	Ποσοστ. κατανομή (%)	Αθροιστ. κατανομή (%)
έως 25	20,8	20,8
26 - 35	21,9	42,7
36 - 45	27,8	70,5
46 - 55	20	90,5
56 - 65	7,8	98,3
66 και άνω	1,7	100

Οι δυο πληθυσμιακές ομάδες σχεδόν ταυτίζονται με τον οικονομικά ενεργό πληθυσμό του δείγματος (εξαιρούνται συνταξιούχοι, νοικοκυρές και μαθητές-φοιτητές) και αποτελούνται από 421 άτομα ηλικίας κυρίως 14-64 ετών. Εξαίρεση από αυτή την ηλικιακή σύνθεση αποτελούν 2 άτομα που ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία των 6-15 ετών και άλλα 2 άτομα που ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία των 66-75 (1,7% αντίστοιχα του πληθυσμού των δυο ομάδων), τα οποία επίσης είναι οικονομικά ενεργοί. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι η δημογραφική σύνθεση των ομάδων ελέγχθηκε στατιστικά και διαπιστώθηκε η ταυτόσημη σύνθεσή τους. Η ομοιόμορφη ηλικιακή και κατά φύλο σύνθεση απετέλεσε καθοριστικό παράγοντα στην επιλογή των δυο ομάδων ανάλυσης αφού η έρευνα στο γενικό πληθυσμό έδειξε ότι η ηλικιακή (κυρίως) και η κατά φύλο σύνθεση του πληθυσμού αποτελούν ισχυρούς παράγοντες διαφοροποιήσεων σε όλα τα επίπεδα. Όπως είναι κατανοητό, η τυχόν συμμετοχή συνταξιούχων-ηλικιωμένων στον πληθυσμό των δυο ομάδων θα προκαλούσε αύξηση των διαφοροποιήσεων καθώς συνεπάγεται αύξηση των επιπέδων χαμηλού εισοδήματος, χαμηλής εκπαίδευσης, χαμηλού επιπέδου υγείας και αυξημένης χρήσης των υπηρεσιών υγείας.

Η στατιστική ανάλυση που ακολουθήθηκε εντάσσεται στην κατηγορία διμεταβλητής ανάλυσης και συγκεκριμένα στην εξέταση στατιστικά σημαντικών διαφοροποιήσεων μεταξύ δυο ομάδων αναφορικά πάντοτε με τα επιμέρους χαρακτηριστικά τους. Εφαρμόστηκαν εναλλακτικά πίνακες διασταυρώσεων με παράλληλα τεστ ανεξαρτησίας και η διαφοροποίηση των μέσων τιμών μεταξύ των δυο ομάδων ελέγχθηκε

με συγκρίσεις μέσων ή με εφαρμογή αντίστοιχων μη παραμετρικών τεχνικών. Σε τελευταίο στάδιο η εφαρμογή του συντελεστή σχετικού κινδύνου (Odds Ratio) αποσκοπεί στην ανάδειξη του βαθμού και της έντασης σχετικής συσχέτισης στα εξεταζόμενα χαρακτηριστικά των δυο ομάδων. Ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας των διαφοροποιήσεων θεωρήθηκε το 95% διάστημα εμπιστοσύνης ($P < 0,05$) και για διαφοροποιήσεις με στατιστική σημαντικότητα σε διάστημα εμπιστοσύνης 85% έως 95% χρησιμοποιείται ο χαρακτηρισμός τάση, σε συμφωνία με τη διεθνή στατιστική πρακτική. Κάθε άλλη διαφοροποίηση θεωρήθηκε στατιστικά μη σημαντική και χαρακτηρίστηκε ασθενής τάση. Η ανάλυση επιτελέστηκε σε Η/Υ με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος S.P.S.S.

5. Αποτελέσματα

5.1. Γενικότερα κοινωνικοοικονομικά δεδομένα των ομάδων αναφοράς

Ως προς τα γενικότερα κοινωνικοοικονομικά δεδομένα εντοπίστηκαν, όπως ήταν αναμενόμενο, έντονες διαφοροποιήσεις. Οι εντονότερες διαφοροποιήσεις μεταξύ των ομάδων παρουσιάζονται στην ύπαρξη πυκνοκατοίκησης (η οποία υπολογίστηκε με τιμές δείκτη άνω του ενός ατόμου ανά δωμάτιο), στην ύπαρξη κεντρικής θέρμανσης στο σπίτι και στην ύπαρξη αυτοκινήτου στην οικογένεια. Συγκεκριμένα:

Ως προς την *ύπαρξη ιδιόκτητου ή ενοικιαζόμενου σπιτιού* δεν παρατηρήθηκαν έντονες διαφοροποιήσεις. Παρά ταύτα υπάρχει μια τάση ύπαρξης ιδιόκτητου σπιτιού στην ομάδα μεσαίων και υψηλών χαρακτηριστικών. Ειδικότερα το ποσοστό ύπαρξης ιδιόκτητου σπιτιού στην ομάδα χαμηλών χαρακτηριστικών είναι 57,4%, ενώ στην άλλη ομάδα ανέρχεται στο 65%.

Ως προς τη διαμονή σε περιοχές που χαρακτηρίζονται από την *ύπαρξη πυκνοκατοίκησης* εμφανίστηκαν εντυπωσιακές διαφοροποιήσεις. Συγκεκριμένα, οι συνθήκες πυκνοκατοίκησης εμφανίζονται σε ποσοστό 96,5% στην ομάδα χαμηλών χαρακτηριστικών, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για την άλλη ομάδα είναι 60,8%. Η ανάλυση κατέδειξε ότι υπάρχει 18 φορές μεγαλύτερος κίνδυνος να ζει σε συνθήκες πυκνοκατοίκησης η χαμηλή ομάδα έναντι της άλλης.

Ως προς την *ύπαρξη κεντρικής θέρμανσης στο σπίτι* εμφανίστηκαν επίσης έντονες διαφοροποιήσεις. Η έλλειψη κεντρικής θέρμανσης εμφανίζεται σε ποσοστό 44,3% στη χαμηλή ομάδα, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην ομάδα μεσαίων και υψηλών χαρακτηριστικών είναι 25,9%. Η ανάλυση έδειξε ότι η πιθανότητα έλλειψης κεντρικής θέρμανσης είναι 2,3 φορές μεγαλύτερη για την ομάδα χαμηλών χαρακτηριστικών.

Η *ύπαρξη τηλεφώνου* και στις δυο ομάδες όπως αναμενόταν δεν έδειξε σχεδόν καθόλου διαφοροποίηση (95,6% για την ΟΧΧ, 91,1% για την ΟΜΥΧ).

Τέλος, και ως προς την *ύπαρξη αυτοκινήτου* στην οικογένεια, οι δυο ομάδες διαφοροποιούνται σημαντικά. Η ομάδα χαμηλών χαρακτηριστικών εμφανίζει έλλειψη αυτοκινήτου σε ποσοστό 38% έναντι 25,2% που παρατηρείται στην άλλη ομάδα. Η

ανάλυση κατέδειξε ότι η ομάδα χαμηλών χαρακτηριστικών εμφανίζει 1,8 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να μη διαθέτει αυτοκίνητο. Η διαφοροποίηση αυτή έχει επιπτώσεις στο κόστος χρόνου για τη μετάβαση στις υπηρεσίες υγείας που αναλύεται παρακάτω.

5.2. Κοινωνικοοικονομικές διαφοροποιήσεις στο επίπεδο υγείας

Η ανάλυση στράφηκε στην εκτίμηση του επιπέδου υγείας (που αποτελεί παράλληλα και μια εκτίμηση της ανάγκης υγείας) με παραμέτρους την ύπαρξη και τον αριθμό των χρόνιων ασθενειών (καθώς και το είδος των χρόνιων ασθενειών), την ύπαρξη οξείας ασθένειας και τις ημέρες περιορισμού της δραστηριότητας λόγω αυτής, την εκδήλωση συμπτωμάτων που πιθανώς υποδηλώνουν διαταραχές της σωματικής και ψυχικής υγείας και την υποκειμενική εκτίμηση της υγείας.

α) Νοσηρότητα

Ως προς την ύπαρξη χρόνιων ασθενειών παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των δυο ομάδων. Τα επίπεδα ύπαρξης χρόνιας νοσηρότητας παρατηρήθηκαν αυξημένα στην ομάδα χαμηλών χαρακτηριστικών. Η ομάδα αυτή εμφανίζει 1,6 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης τουλάχιστον μιας χρόνιας ασθένειας από την άλλη ομάδα. Επίσης, η ανάλυση έδειξε ότι υπάρχει διαφοροποίηση μεταξύ των δυο ομάδων ως προς τον αριθμό των χρόνιων ασθενειών. Η μεγαλύτερη διαφορά εμφανίζεται στην επίπτωση σε δυο χρόνιες ασθένειες όπου η ομάδα χαμηλών χαρακτηριστικών εμφανίζει διπλάσια ποσοστά (15,7% έναντι 8,5% της άλλης ομάδας). Ως προς το είδος των χρόνιων ασθενειών που ταλαιπωρεί και τις δυο ομάδες δεν υπήρξαν διαφοροποιήσεις. Η κυριότερη χρόνια ασθένεια που ταλαιπωρεί και τις δύο ομάδες είναι οι αλλεργίες κάθε είδους με τη χαμηλή ομάδα να εμφανίζει κατά τι μεγαλύτερα ποσοστά.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 2
Ύπαρξη και αριθμός χρόνιων ασθενειών

Αρ. περιπτώσεων Ποσοστά Στήλης	Ομάδα Χαμηλών Χαρακτηριστικών	Ομάδα Μεσαίων & Υψηλών Χαρακτηριστικών
ανυπαρξία χρόν. ασθένειας	43,5%	55,9%
ύπαρξη 1 χρόν. ασθένειας	33,9%	29,4%
ύπαρξη 2 χρόν. ασθενειών	15,7%	8,5%
ύπαρξη 3 και πλέον ασθενειών	6,9%	6,2%
Cells with Expected Frequency < 5 = 0%		Chi-square $p < 0.10$ N=421

Η εκδήλωση *ξαφνικών προβλημάτων υγείας (οξείες ασθένειες)* δεν παρουσίασε ιδιαίτερες διαφοροποιήσεις για τις δυο ομάδες (Ο.Χ.Χ. 6.1%, Ο.Μ.Υ.Χ. 5.6%). Επίσης διαφοροποιήσεις δεν παρατηρήθηκαν ούτε ως προς τον αριθμό των ημερών περιορισμένης δραστηριότητας λόγω οξείας ασθένειας.

Αντίθετα, στην εμφάνιση *συμπτωμάτων* που υποδηλώνουν ύπαρξη ή πιθανή εκδήλωση διαταραχών της σωματικής και ψυχικής υγείας εμφανίστηκαν έντονες διαφοροποιήσεις μεταξύ των δυο ομάδων. Μεγάλες πιθανότητες εκδήλωσης κάθε συμπτώματος εμφανίζονται σε βάρος της ομάδας χαμηλών χαρακτηριστικών. Ο μέσος αριθμός συμπτωμάτων που εμφανίζει αυτή η ομάδα είναι 2,1 έναντι 1,4 συμπτωμάτων στην ομάδα των μεσαίων και υψηλών χαρακτηριστικών. Συγκεκριμένα η εμφάνιση συμπτωμάτων σε κάθε ομάδα φαίνεται στον Πίνακα 3, όπου καταδεικνύονται οι διαφορές μεταξύ των δυο ομάδων ως προς την εμφάνιση του κάθε συμπτώματος. Τα τρία συχνότερα συμπτώματα που εμφανίζει η χαμηλή ομάδα είναι η συχνή αίσθηση *άγχους*, *πόνου* ή *ανακατώματος στο στομάχι* και *αναίτιας κούρασης*.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 3

Ύπαρξη συμπτωμάτων

Σύμπτωμα	Ομάδα Χαμηλών Χαρακτηριστικών	Ομάδα Μεσαίων & Υψηλών Χαρακτηριστικών
1	28,2%	18,3%
2	26,5%	18,4%
3	35,5%	24,8%
4	40,9 %	21,4%
5	21,8 %	14,2%
6	31,8%	32,2%
7	26,4%	15,3%
8	25,5%	14,9%
9	8,2%	3,8%
10	11,8%	4,8%
11	49,1%	39,7%

Σημ.: 1 - Πόνος στους μύς, 2 - Βάρος στο στήθος, 3 - Αναίτια κούραση, 4 - Στομάχι, 5 - Ζάλη, 6 - Μέση, 7 - Μούδιασμα άκρων, 8 - Αϋπνία, 9 - Μοναξιά, 10 - Μελαγχολία, 11 - Άγχος

Η εκτίμηση των διαφοροποιήσεων μεταξύ των δυο ομάδων στην εμφάνιση του καθενός συμπτώματος έδωσε σημαντικά ευρήματα. Εντυπωσιακό είναι ότι τα δύο από τα τρία κυριότερα συμπτώματα στην εμφάνιση των οποίων διαφοροποιούνται οι δυο ομάδες αφορούν στην ψυχική υγεία και πρωτεύοντως στη συχνή έως πολύ συχνή αίσθηση μελαγχολίας. Η ομάδα χαμηλών χαρακτηριστικών εμφανίζει σχεδόν τριπλάσια πιθανότητα να εκδηλώσει συμπτώματα μελαγχολίας απ' ό,τι η άλλη ομάδα.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 4

Σχετική πιθανότητα αυξημένου κινδύνου εμφάνισης κάθε συμπτώματος στην ΟΧΧ έναντι της ΟΜΥΧ

Αιτίες	Odds Ratio	95 % Conf. Bounds
1	1,75	1,10 - 2,91
2	1,51	0,98 - 2,55
3	1,67	1,03 - 2,67
4	2,54	1,58 - 4,07
5	1,68	1,02 - 2,94
6	ns	-
7	1,99	1,17 - 3,38
8	1,95	1,14 - 3,33
9	2,28	1,01 - 5,67
10	2,68	1,22 - 5,90
11	1,46	1,2 - 2,27

Σημ: 1 - Πόνος στους μυς, 2 - Βάρος στο στήθος, 3 - Αναίτια κόπωση, 4 - Στομάχι, 5 - Ζάλη, 6 - Μέση, 7 - Μούδιασμα άκρων, 8 - Αιπνία, 9 - Μοναξιά, 10 - Μελαγχολία, 11 - Άγχος

β) Κατάσταση υγείας

Οι δυο ομάδες *αξιολογούν διαφορετικά* την κατάσταση της υγείας τους και οι διαφοροποιήσεις στη μεταξύ τους αξιολόγηση είναι έντονες. Ειδικότερα, διαπιστώνεται

μια σαφής σχέση διαφορετικής αξιολόγησης ως προς την "όχι τόσο καλή έως κακή" εκτίμηση της υγείας, όπου το ποσοστό αυτής της αξιολόγησης είναι 18,2% στην ομάδα χαμηλών χαρακτηριστικών, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για την άλλη ομάδα είναι μόλις 5,4%. Ως προς την εκδήλωση των διαφοροποιήσεων παρατηρήθηκε ότι η ομάδα χαμηλών χαρακτηριστικών εμφανίζει σχεδόν τετραπλάσια πιθανότητα διαφορετικής αξιολόγησης από την άλλη ομάδα.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 5

Υποκειμενική εκτίμηση υγείας (απόλυτη)

Αρ. Περιπτώσεων Ποσοστά Στήλης	Ομάδα Χαμηλών Χαρακτηριστικών	Ομάδα Μεσαίων & Υψηλών Χαρακτηριστικών
κακή	18,2%	5,4%
καλή	81,8%	94,6%
Cells with Expected Frequency < 5 = 0%		Chi-square $p < 0.05$ N=406

Διαφοροποιήσεις επίσης παρατηρούνται και ως προς τη συγκριτική υποκειμενική αξιολόγηση της κατάστασης υγείας σε σχέση με το προηγούμενο έτος. Οι διαφοροποιήσεις κυρίως εντοπίζονται στην *επιδείνωση* της κατάστασης υγείας. Ειδικότερα, το 17,3% της ομάδας χαμηλών χαρακτηριστικών εκτιμά ότι η κατάσταση της υγείας του χειρότερεψε, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για την άλλη ομάδα είναι μόλις 5,1%.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 6

Υποκειμενική εκτίμηση υγείας (συγκριτική)

Αρ. Περιπτώσεων Ποσοστά Στήλης	Ομάδα Χαμηλών Χαρακτηριστικών	Ομάδα Μεσαίων & Υψηλών Χαρακτηριστικών
καλύτερη	13,6%	15,2%
ίδια	69,1%	79,7%
χειρότερη	17,3%	5,1%
Cells with Expected Frequency < 5 = 0%		Chi-square $p < 0.05$ N=406

5.3. Κοινωνικοοικονομικές διαφοροποιήσεις στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας

Ως προς τους περισσότερους παράγοντες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας υπήρξαν έντονες διαφοροποιήσεις μεταξύ των δυο ομάδων.

Το ποσοστό *ανασφαλιστών* στην ομάδα χαμηλών χαρακτηριστικών είναι 14,8%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην άλλη ομάδα είναι 6,6%. Η ανάλυση έδειξε ότι η ομάδα χαμηλών χαρακτηριστικών εμφανίζει 2,5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να μην έχει ασφαλιστική κάλυψη.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 7
Υπαρξη ασφαλιστικής κάλυψης

Αρ. Περιπτώσεων Ποσοστά Στήλης	Ομάδα Χαμηλών Χαρακτηριστικών	Ομάδα Μεσaiών & Υψηλών Χαρακτηριστικών
όχι	14,8%	6,6%
ναι	85,2%	93,4%
Cells with Expected Frequency < 5 = 0%		Chi-square p < 0.05 N=419

Σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των δυο ομάδων παρατηρήθηκαν ως προς τους μέσους χρόνους *μετάβασης* στις υπηρεσίες υγείας. Ειδικότερα, πάνω από 30 λεπτά για να μεταβεί στις υπηρεσίες υγείας (που θεωρείται παράμετρος μη ευνοϊκής πρόσβασης) χρειάζεται το 18,6% της ομάδας χαμηλών χαρακτηριστικών, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για την άλλη ομάδα είναι μόλις 7,4%. Η ανάλυση έδειξε ότι η ομάδα χαμηλών χαρακτηριστικών εμφανίζει σχεδόν τριπλάσια πιθανότητα να χρειάζεται πάνω από 30 λεπτά χρόνο για να μεταβεί στις υπηρεσίες υγείας.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 8
Χρόνος απόστασης από τις υπηρεσίες υγείας

Αρ. Περιπτώσεων Ποσοστά Στήλης	Ομάδα Χαμηλών Χαρακτηριστικών	Ομάδα Μεσaiών & Υψηλών Χαρακτηριστικών
άνω των 30'	18,6%	7,4%
κάτω των 30'	81,4%	92,6%
Cells with Expected Frequency < 5 = 0%		Chi-square p < 0.05 N=409

Ως προς την *ύπαρξη μόνιμου γιατρού* που συνήθως συμβουλευέται ο πολίτης δεν υπήρξαν διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο κοινωνικοοικονομικών ομάδων (ΟΧΧ 41%, ΟΜΥΧ 46,1%).

Ως προς την *ύπαρξη ιδιωτικής ασφάλισης* παρατηρήθηκαν έντονες διαφοροποιήσεις. Η ομάδα μεσαίων και υψηλών χαρακτηριστικών εμφανίζει 2,3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα ιδιωτικής ασφαλιστικής κάλυψης έναντι της άλλης ομάδας.

5.4. Κοινωνικοοικονομικές διαφοροποιήσεις στη χρήση των υπηρεσιών υγείας

Στη χρήση των υπηρεσιών υγείας δεν παρατηρήθηκαν πάντα στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις αν και πρέπει να σημειωθεί ότι εμφανίζονται ασθενείς τάσεις διαφοροποίησης μεταξύ των δυο ομάδων σχεδόν σε ολόκληρη την έκταση της χρήσης. Οι κυριότερες ισχυρές τάσεις διαφοροποίησης αφορούν τον αριθμό των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και την αιτία της επίσκεψης, καθώς επίσης την επίσκεψη σε ιδιώτη γιατρό. Συγκεκριμένα, ως προς την εκδήλωση επίσκεψης στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων η ομάδα χαμηλών χαρακτηριστικών εμφανίζει μεγαλύτερα ποσοστά (19% για την ομάδα χαμηλών χαρακτηριστικών έναντι 15% που είναι το ποσοστό ύπαρξης επίσκεψης για την άλλη ομάδα). Μεγαλύτερες διαφορές παρατηρούνται στον αριθμό των επισκέψεων, με την ομάδα χαμηλών χαρακτηριστικών να εμφανίζει μια *τάση πολλαπλών επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων*. Συγκεκριμένα, στην ομάδα αυτή το ποσοστό εκδήλωσης τριών ή περισσότερων επισκέψεων είναι 27,3% έναντι 6,5% στην άλλη ομάδα.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 9

Αριθμός επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου

Αρ. Περιπτώσεων Ποσοστά Στήλης	Ομάδα Χαμηλών Χαρακτηριστικών	Ομάδα Μεσαίων & Υψηλών Χαρακτηριστικών
1 επίσκεψη	54,5%	73,9%
2 επισκέψεις	18,2%	19,6%
3 και άνω επισκέψεις	27,3%	6,5%
Cells with Expected Frequency < 5 = 30%		Chi-square p < 0.09 N=68

Επίσης διαφοροποίηση παρουσιάζει και η *αιτία* της επίσκεψης μεταξύ των δυο ομάδων. Αν και η κύρια αιτία της επίσκεψης και για τις δυο ομάδες φαίνεται ότι είναι

η ανάγκη υγείας (ασθένεια), εντούτοις υπάρχουν τάσεις διαφοροποίησης ως προς τις δευτερεύουσες αιτίες. Το εύρημα είναι ενδιαφέρον καθώς οι δευτερεύουσες αιτίες επίσκεψης αφορούν κυρίως τις διαγνωστικές εξετάσεις και την συνταγογράφηση φαρμάκων όπου εμφανίζεται η ομάδα χαμηλών χαρακτηριστικών να εκδηλώνει μικρότερη χρήση για διαγνωστικές εξετάσεις και μεγαλύτερη χρήση για συνταγογράφηση φαρμάκων από την άλλη ομάδα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10

Αιτίες επίσκεψης στα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου

Ποσοστά Στήλης	Ομάδα Χαμηλών Χαρακτηριστικών	Ομάδα Μεσαίων & Υψηλών Χαρακτηριστικών
ασθένεια	66,7%	65,3%
εξετάσεις	9,5%	21,7%
παραπομπή	0,6%	-
αποτελέσματα	0,3%	2,2%
φάρμακα	14,3%	4,3%
γραφειοκρ. λόγοι	0,6%	6,5%
Cells with Expected Frequency < 5 = 25%		Chi-square $p < 0.09$ N=169

Η επίσκεψη σε *ιδιώτη γιατρό* παρουσιάζει επίσης μια φανερή τάση διαφοροποίησης. Η ομάδα μεσαίων και υψηλών χαρακτηριστικών παρουσιάζει μεγαλύτερα ποσοστά επισκέψεων σε ιδιώτη γιατρό (20,5%) έναντι της άλλης ομάδας (15%).

Διαφοροποιήσεις στην κατ' οίκον επίσκεψη γιατρού, στην επίσκεψη σε γιατρό ασφαλιστικού οργανισμού, καθώς και στις νοσηλείες δεν εντοπίζονται μεταξύ των δυο ομάδων. Ειδικότερα, τα ποσοστά επίσκεψης σε γιατρό του ασφαλιστικού οργανισμού είναι 24,8% για την ομάδα χαμηλών χαρακτηριστικών έναντι 19,5% στην άλλη ομάδα. Επίσης στην ύπαρξη νοσηλείας το ποσοστό για τη χαμηλή ομάδα είναι 7,9% έναντι 8,2% της άλλης ομάδας. Στην κατ' οίκον επίσκεψη ιατρού η ομάδα χαμηλών χαρακτηριστικών εμφανίζει μηδενικά ποσοστά έναντι 2% της άλλης ομάδας.

6. Συμπεράσματα

Κάθε προσπάθεια αποτύπωσης κοινωνικοοικονομικών διαφοροποιήσεων στο επίπεδο υγείας και τη χρήση υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας καλείται να απαντήσει σε μια σειρά από σημαντικά προβλήματα.

Αποτύπωση κοινωνικοοικονομικών διαφοροποιήσεων

Το πρώτο πρόβλημα αφορά τη χρησιμοποίηση ενός κατάλληλου δείκτη κοινωνικοοικονομικής διαφοροποίησης. Δυστυχώς στη χώρα μας δεν έχει συνταχθεί και ελεγχθεί ένας αντιπροσωπευτικός δείκτης κοινωνικοοικονομικής διαστρωμάτωσης, κάτι αντίστοιχο, για παράδειγμα, με το δείκτη κατάταξης σε κοινωνικοοικονομικές ομάδες, ο οποίος από παλιά υπάρχει στη Μεγάλη Βρετανία (βλ. την εφαρμογή του για παράδειγμα στην έκθεση Black, Le Grand 1978).

Η κατηγοριοποίηση σε επαγγελματικές κατηγορίες που χρησιμοποιείται από την ΕΣΥΕ δεν απεικονίζει κατηγοριοποίηση ή διαστρωμάτωση η οποία να αντικατοπτρίζει διαφοροποιήσεις κοινωνικοοικονομικού χαρακτήρα. Επί πλέον, δεν υπάρχει ένα οριοθετημένο όριο φτώχειας, το οποίο τουλάχιστον θα παρείχε μια διαχωριστική γραμμή μεταξύ εισοδημάτων η οποία θα ήταν κοινά αποδεκτή.

Το πρόβλημα αυτό είναι έντονο διότι κάθε προσπάθεια κοινωνικοοικονομικών συγκρίσεων είναι αναγκασμένη να καταλήξει σε ενδεικτικά συμπεράσματα που προσδιορίζονται από τη σχετική αυθαιρεσία του δείκτη που χρησιμοποιείται στην ανάλυση.

Στην παρούσα μελέτη επιλέξαμε την κατασκευή ενός δείκτη κοινωνικοοικονομικής διαφοροποίησης, ο οποίος αφ' ενός να αντιστοιχεί στους παράγοντες που από τη διεθνή βιβλιογραφία φαίνονται προσδιοριστικοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία και τη χρήση υπηρεσιών υγείας, αφ' ετέρου να παρέχει ικανά εχέγγυα θεωρητικής αποδοχής του για το συγκεκριμένο πληθυσμό (face validity).

Πραγματικά πιστεύουμε ότι σε δείγμα ενεργού πληθυσμού των αστικών περιοχών, τα κριτήρια του χαμηλού συνολικού οικογενειακού εισοδήματος (κατώτερου των 150.000 δρχ.), της βαθμίδας εκπαίδευσης σαν δείκτη προσδιοριστικού της κινητικότητας στην επαγγελματική ιεραρχία και της ανεργίας ή όχι, μπορούν να αποδώσουν σε σημαντικό βαθμό μια αδρή κοινωνικοοικονομική διαφοροποίηση. Δηλαδή, στο ερώτημα αν κάποιος, ο οποίος έχει χαμηλή βαθμίδα εκπαίδευσης, είναι άνεργος και το συνολικό εισόδημα των μελών του νοικοκυριού δεν ξεπερνά τις 150.000, είναι όντως σε πολύ χειρότερη κατάσταση από τη σκοπιά της κατοχής οικονομικών πόρων από τον απόφοιτο πανεπιστημίου ο οποίος εργάζεται και το συνολικό οικογενειακό του εισόδημα ξεπερνά συνήθως το όριο των 150.000 δρχ., η απάντηση εκ πρώτης όψεως θα πρέπει να είναι θετική. Σε κάθε περίπτωση πάντως πιστεύουμε ότι η κατασκευή ενός δείκτη ο οποίος θα λάβει την κατάλληλη στατιστική τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητάς του στην απεικόνιση της κοινωνικοοικονομικής διαφοροποίησης

μεταξύ διαφόρων ομάδων του πληθυσμού (construct validity and reliability) αποτελεί σημαντική προτεραιότητα για την κοινωνική έρευνα στη χώρα μας.

Κοινωνικοοικονομικές διαφοροποιήσεις στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης επιβεβαιώνουν την υπόθεση, η οποία έχει απόλυτα τεκμηριωθεί στη διεθνή βιβλιογραφία, της θετικής συσχέτισης μεταξύ καλής υγείας και καλής κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης. Στην έρευνά μας η ένταξη σε χαμηλότερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα συνεπάγεται και χειρότερους δείκτες υγείας, δηλαδή αυξημένη πιθανότητα εκδήλωσης χρόνιων ασθενειών, αυξημένου αριθμού χρόνιων ασθενειών, αυξημένης πιθανότητας εκδήλωσης συμπτωμάτων ενδεικτικών κακής σωματικής ή ψυχικής υγείας και κακής συνολικής υποκειμενικής εκτίμησης του πληθυσμού για την υγεία του.

Πρέπει να σημειωθεί ότι οι διαφοροποιήσεις που παρουσιάστηκαν στο δείγμα του ενεργού πληθυσμού θα ήταν ίσως εντονότερες αν η ανάλυση είχε επεκταθεί στο συνολικό δείγμα του πληθυσμού το οποίο θα περιελάμβανε και τους ηλικιωμένους, τις άνεργες μητέρες κ.λπ., καθώς πολλές από τις ομάδες αυτές παρουσιάζουν αυξημένη νοσηρότητα.

Εκ παραλλήλου είναι τεκμηριωμένο ότι η διαμόρφωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού πολύ λίγο επηρεάζεται από τις υπηρεσίες υγείας. Οι παράγοντες που επηρεάζουν σημαντικότερα το επίπεδο υγείας είναι εκείνοι που σχετίζονται με το κοινωνικό, οικονομικό και φυσικό περιβάλλον των ατόμων. Σαν κύριο συμπέρασμα των αποτελεσμάτων σημειώνεται η ανάδειξη της ανάγκης για τη διαμόρφωση μιας εθνικής στρατηγικής για την υγεία, η οποία θα αντιμετωπίζει τα φαινόμενα των κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων στην ποιότητα ζωής και τις επιπτώσεις τους στην υγεία.

Κοινωνικοοικονομικές διαφοροποιήσεις στη χρήση των υπηρεσιών υγείας

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, δεν εμφανίζονται ουσιαστικές διαφοροποιήσεις στη χρήση των υπηρεσιών νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης των υπηρεσιών υγείας μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων που συγκρίνονται.

Θα πρέπει, όμως, να σημειωθεί ότι οι δείκτες χρήσης που εμφανίζονται στην παρούσα εργασία δεν έχουν σταθμισθεί ως προς το δείκτη της υγειονομικής ανάγκης. Συγκεκριμένα, τα ποσοστά χρήσης που παρουσιάζονται στην περιγραφική ανάλυση της μελέτης δεν έχουν προτυποποιηθεί σύμφωνα με τις διαφορές στους δείκτες νοσηρότητας που παρουσιάστηκαν. Το ζητούμενο στη μελέτη των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στη χρήση των υπηρεσιών υγείας είναι αν οι διαφοροποιήσεις που εμφανίζονται στη χρήση των υπηρεσιών υγείας μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων αντιστοιχούν στις διαφορές της υγειονομικής ανάγκης, όπως αυτές μετρήθηκαν με τις διαφορές στους δείκτες νοσηρότητας που ανιχνεύθηκαν στην ανάλυση.

Για την ακριβή μέτρηση των διαφοροποιήσεων στη χρήση σύμφωνα με τα διαφορετικά επίπεδα υγειονομικής ανάγκης απαιτούνται πιο σύνθετες στατιστικές

επεξεργασίας που βασίζονται στην πολυπαραγοντική ανάλυση και σε τεχνικές παλινδρόμησης. Αυτή η στατιστική επεξεργασία βρίσκεται σε εξέλιξη και η ολοκλήρωσή της θα προσφέρει πιο αξιόπιστα συμπεράσματα ως προς την έκταση των κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων σε σχέση με την υγειονομική ανάγκη.

Μπορούν, όμως, και σε αυτό το πρώτο στάδιο της ανάλυσης να εξαχθούν κάποια συμπεράσματα. Οι διαφοροποιήσεις στη χρήση που παρουσιάστηκαν είναι σαφώς στατιστικά λιγότερο σημαντικές από τις διαφορές στη νοσηρότητα. Αν μόνο η τελευταία θα ήταν ο καθοριστικός παράγοντας που θα επηρέαζε την έκταση της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών, θα ανέμενε κανείς μια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της χρήσης υπέρ των ατόμων που ανήκουν στην ομάδα με τα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά καθώς αυτοί παρουσιάζουν αυξημένους δείκτες νοσηρότητας. Κάτι τέτοιο δεν συμβαίνει και η υπόθεση που θα πρέπει βάσιμα να ελεγχθεί από την περαιτέρω στατιστική ανάλυση είναι ότι παρά τη φαινομενικά αυξημένη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας από την ομάδα χαμηλών χαρακτηριστικών σε σχέση με την ομάδα υψηλότερων κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών, η ομάδα των χαμηλών χαρακτηριστικών χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες υγείας λιγότερο από όσο θα έπρεπε σύμφωνα με την υγειονομική της ανάγκη.

Βέβαια, είναι επίσης γνωστό ότι η υγειονομική ανάγκη είναι ο κυριότερος αλλά όχι ο μοναδικός παράγοντας που επηρεάζει τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Παράγοντες της ζήτησης όπως τα επίπεδα πρόσβασης και ασφαλιστικής κάλυψης, η τιμή των υπηρεσιών υγείας που περιλαμβάνει το χρηματικό κόστος και το κόστος χρόνου για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, αλλά και παράγοντες που αφορούν την προσφορά, όπως ο αριθμός των γιατρών που υπάρχουν σε μια περιοχή και τα οργανωτικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών περίθαλψης επηρεάζουν το επίπεδο της χρήσης. Η περαιτέρω στατιστική ανάλυση θα προσπαθήσει να ανιχνεύσει την επιρροή των παραγόντων αυτών στη διαμόρφωση των διαφοροποιήσεων στη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Διαφαίνεται επίσης από τα αποτελέσματα μια στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τα ποιοτικά χαρακτηριστικά της χρήσης των υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι τα άτομα της ομάδας των χαμηλών κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών χρησιμοποιούν πιο πολύ τις υπηρεσίες του δημόσιου τομέα και λιγότερο τις υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα. Αντίθετο φαίνεται να είναι το πρότυπο χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τα άτομα με υψηλότερα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά.

Η γενική αίσθηση στον πληθυσμό είναι ότι η υποκειμενική αξιολόγηση των ποιοτικών παραμέτρων των υπηρεσιών του δημόσιου σε σχέση με εκείνες του ιδιωτικού τομέα υγείας διαφέρει προς όφελος του ιδιωτικού τομέα. Συγκεκριμένα, η παροχή υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο τομέα χαρακτηρίζεται συχνά από έλλειψη επαρκούς υποδομής, κακές συνθήκες παροχής περίθαλψης, μεγάλους χρόνους αναμονής και χαμηλή ποιότητα επικοινωνίας μεταξύ γιατρού και ασθενούς. Αν και η επίπτωση των παραμέτρων αυτών στις τελικές εκροές του συστήματος, δηλαδή στη βελτίωση ή μη του επιπέδου υγείας των χρηστών δεν έχει αναμφισβήτητα τεκμηριωθεί, είναι βάσιμο να υποθέσουμε ότι τα άτομα που ανήκουν στα υψηλότερα κοινωνικοοικονομικά

στρώματα χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας πιο αποτελεσματικά και κινούνται λιγότερο μεταξύ των διαφόρων οργανωτικών μορφών περίθαλψης με συνέπεια χαμηλότερο κόστος χρόνου και αυξημένη ποιότητα συνθηκών παροχής περίθαλψης.

Όμως για την εκτίμηση των υποθέσεων αυτών χρειάζεται βαθύτερη ανάλυση των παραμέτρων της χρήσης του πληθυσμού έτσι ώστε να αποτυπωθεί σωστά το προφίλ χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τον πληθυσμό. Τέτοιες αναλύσεις λείπουν από την ελληνική βιβλιογραφία. Είναι, όμως, σημαντικές καθώς θα μας απαντήσουν στο ερώτημα αν η χρήση των υπηρεσιών υγείας επηρεάζεται κυρίως από την υγειονομική ανάγκη ή από την ικανότητα των ασθενών να κινηθούν αποτελεσματικότερα στο σύστημα υγείας και από το κοινωνικοοικονομικό τους επίπεδο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abel Smith, B. (1994), *An Introduction to Health. Policy, planning and financing*, Longman.
- Abel Smith, B. (1995), *Ομιλία στην Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας*, Αθήνα.
- Abel Smith, A. κ.ά. (1994), *Εκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας*, Αθήνα, ΥΠΙΚΑ.
- Aday, L.A., Andersen R. and Flemming P. (1984), *Access to medical care in the U.S. Who has it, Who doesn't*, Chicago, Pluribus Press.
- Aday, L.A. and Andersen R. (1980), *Health Care in the U.S. Equitable for whom?* Beverly Hills Calif., Sage Publications.
- Arber, S. (1987), *Social class, non-employment and chronic illness*, BMJ, 294.
- Auster, R. et al. (1972), "The production of health: an exploratory study", in Fuchs V.R. (ed), *Essays in the Economics of Health and Medical Care*, New York, National Bureau of Economic Research, Columbia University Press.
- Blaxter, M. (1989), "A comparison of measures of inequality in morbidity", in Fox J. (ed), *Health inequalities in the European Countries*, Aldershot, Gower.
- Carstairs, V. and Morris, R. (1989), *Deprivation: explaining differences in mortality between Scotland and England and Wales*, B.M.J., 299:886-889.
- Corman, H. and Grossman, M. (1985), "Determinants of neonatal morbidity rates in the USA: a reduced form model", *Journal of Health Economics*, 4:213-236.
- Culyer, A. J. (1976), *Need and the National Health Service: Economic and Social Choice*, London, Martin Robertson.
- Davis, K. (1991), "Inequality and Access to Health Care", *The Milbank Quarterly*, 69, 2.
- Doorslaer, van E., Wagstaff, A., Rutten, F. (ed) (1993), *Equity in the Finance and Delivery of Health Care. An International Perspective*, Oxford, Oxford University Press.
- Δελγιάννη, Υ., Καλομενίδης, Κ., Καρόκης, Α., Μητρόπουλος, Γ. (1996), *Εκθεση για το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας*, Πανεπιστήμιο Πατρών, Ομάδα Ανάλυσης και Προγραμματισμού Υγείας. Κέντρο Περιβάλλοντος και Υγείας δήμου Πατρέων.
- Grossman, M. (1975), "The correlation between health and schooling", In Terleck NE (ed), *Household Production and Consumption*, National Bureau of Economic Research, New York.
- Grossmann, M. (1972), *The Demand for Health: theoretical and empirical investigation*, National Bureau of Economic Research. Occasional Paper No. 119. New York, Columbia University Press.

- Illsley, R. and Le Grand, J. (1987), "The measurement of inequality in health", In Williams A. (ed), *Economics and Health*, Macmillan, London.
- Καράγιωργας, Σ. κ.ά. (1990), *Διαστάσεις της φτώχειας στην Ελλάδα*, ΕΚΚΕ.
- Καρόκης, Α., Σισσούρας, Α., Μητρόπουλος, Γ. (1994), "Η πρόταση για περιφερειακή κατανομή των υγειονομικών πόρων και η ισότητα", *Επιθεώρηση Υγείας*.
- Le Grand, J. (1978), "The distribution of Public Expenditure: The case of Health Care", *Economica*, 45.
- Le Grand, J. (1989), "An International comparison of distributions of ages-at-death", In Fox J. (ed), *Health Inequalities in European Countries*, Gower, London.
- Le Grand, J. (1991), *Equity and Choice*, London, Harper Collins.
- Mc Keown, A. (1976), *The modern rise of populations*, OUP, London.
- Mooney, G. (1983), "Equity in Health Care: Confronting the confusion", *Effective Health Care*, 1, 179-85.
- Moser, K. A. et al (1984), *Unemployment and mortality in the OPCS longitudinal study*, *Lancet* ii, 1984, σσ. 1324-8.
- Muurinen, J. M. (1982), "The demand for health: a generalised Grossman model", *Journal of Health Economics*, 1:5-28.
- Μητρόπουλος, Γ., Καρόκης, Α., Σισσούρας, Α. (1994), "Θέσπιση κριτηρίων ισότητας στην περιφερειακή κατανομή των πόρων υγείας", *Επιθεώρηση Υγείας*.
- O'Donnell, O. and Propper, C. (1991), "Equity and the distribution of U.K. National Health Service Resources", *Journal of Health Economics*, 10.
- Perreira, J. (1989), *What does Equity in Health Mean?* York, Centre of Health Economics, Discussion paper 51.
- Philimore, P., Beattie, A., Townsend, P. (1994), *Widening inequality of health in Northern England 1981-1991*, *BMJ*, vol. 308.
- Propper, C. and Upward, R. (1992), *Need, Equity and the NHS: The Distribution of Health Care Expenditure 1974-1987*, *Fiscal Studies*, 13, 2.
- Puffer, F. (1986), "Access to primary care. A comparison of the US and UK", *Journal of Social Policy*, 15.
- Σισσούρας, Α. και Καρόκης, Α. (1992), "Στρατηγικές προσεγγίσεις για τη χάραξη πολιτικής υγείας. Το ζήτημα της ισότητας και των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία", *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*.
- Townsend, P., Davidson, V., Whitehead, M. (1988), *Inequality in health*, London, Penguin.
- Wagstaff, A. (1986), "The demand for health: Theory and applications", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 40:1-11.
- Whitehead, M. (1992), *The Health Divide*, Penguin.
- Whitehead, M. (1990), *The concepts and principles of equity and health*, WHO, Copenhagen.
- Wilkinson, R. (1989), "Class mortality differentials, income distribution and trends in poverty 1921-1981", *Journal of Social Policy*, 18.
- Υφαντόπουλος, Γ. (1988), *Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα*, ΕΚΚΕ.