

Σχολή Κοινωνικών Επιστημών
Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών
Διοίκηση Μονάδων Υγείας

Πτυχιακή / Διπλωματική Εργασία

«Η αναγκαιότητα της Κοινωνικής Δικαιοσύνης και Ισότητας στις υπηρεσίες υγείας σε άτομα χαμηλού εισοδήματος και με ελλείψεις απαιτούμενων δεξιοτήτων πρόσβασης στην ψηφιακή υγεία»

Καραμπούλα Ευαγγελή

Επιβλέπων Καθηγητής : Μπογιατζίδης Παναγιώτης

Τρίκαλα, Ιούνιος 2026

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της φοιτήτριας Καραμπούλα Ευαγγελής που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.



«Η αναγκαιότητα της Κοινωνικής Δικαιοσύνης και Ισότητας στις υπηρεσίες υγείας σε άτομα χαμηλού εισοδήματος και με ελλείψεις απαιτούμενων δεξιοτήτων πρόσβασης στην ψηφιακή υγεία»

Καραμούλα Ευαγγελή

Επιτροπή Επίβλεψης Πτυχιακής / Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής:

Συν-Επιβλέπων Καθηγητής:

Μπογιατζίδης Παναγιώτης

Βλάσσης Ιωάννης

Καθηγητής-Σύμβουλος ΕΑΠ

Καθηγητής-Σύμβουλος ΕΑΠ

Τρίκαλα, Ιούνιος 2026

Περίληψη

Εισαγωγή: Η κοινωνική δικαιοσύνη στη δημόσια υγεία, αποτελεί τη βασική αρχή διασφάλισης ίσων ευκαιριών και ισότιμης πρόσβασης για όλες τις υγειονομικές υπηρεσίες, χωρίς να λαμβάνεται υπόψιν το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο των πολιτών. Με την ύπαρξη ανισοτήτων όπως κοινωνικές και υγειονομικές, περιορίζεται το δικαίωμα των ατόμων στην υγειονομική περίθαλψη, με αποτέλεσμα να υποβαθμίζεται το βιοτικό τους επίπεδο λόγω των προβλημάτων υγείας. Οι κοινωνικο-οικονομικοί προσδιοριστές της υγείας όπως το εισόδημα, η εργασία, η εκπαίδευση, οι συνθήκες διαβίωσης καθώς και η κοινωνική ένταξη, διαμόρφωσαν και εδραίωσαν τις υγειονομικές ανισότητες. Επιπλέον, τα τελευταία χρόνια δημιουργούνται νέες προκλήσεις για την κοινωνική δικαιοσύνη με την αυξανόμενη ψηφιοποίηση στο περιβάλλον των υγειονομικών υπηρεσιών.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας εργασίας, είναι η ανάλυση των επιπτώσεων όταν η κοινωνική δικαιοσύνη δεν συσχετίζεται με την ισότιμη πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες. Η ανάλυση αφορά παράγοντες, οι οποίοι παρακάμπτουν την εφαρμογή της κοινωνικής δικαιοσύνης και επιδρούν αρνητικά στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Επίσης, επιχειρήθηκε και η ανάδειξη της σημασίας του ρόλου των προσδιοριστών υγείας όπως φτώχεια, οι οποίοι ευθύνονται για τις ανισότητες στις υγειονομικές υπηρεσίες. Η επίτευξη της ισότιμης πρόσβασης και της κοινωνικής δικαιοσύνης στις υπηρεσίες υγείας, προϋποθέτουν ένα πρόγραμμα δράσης και κατάλληλων μέτρων πολιτικής και κρατικής μέριμνας.

Μεθοδολογία και Υλικό: Η παρούσα εργασία βασίστηκε στην άντληση πληροφοριακού υλικού βιβλιογραφικών ανασκοπήσεων, ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας επιστημονικού επιπέδου. Στην διαδικασία συλλογής δεδομένων επιλέχθηκαν και χρησιμοποιήθηκαν βάσεις δεδομένων, ακαδημαϊκές πηγές όπως ScienceDirect, PubMed, The Lancet, Springer Nature, Journal of Medical Internet Research (JMIR), Sage Journals και παγκόσμιες εκδόσεις εκθέσεων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Επιπλέον, συμπεριλήφθηκε και θεωρητικό υλικό σχετικό με τα οικονομικά της υγείας και της κοινωνικής δικαιοσύνης που πρέπει να εφαρμόζεται.

Αποτελέσματα: Στα αποτελέσματα της μελέτης, αναδείχθηκε ότι η κοινωνική δικαιοσύνη είναι ο καθοριστικός παράγοντας για την ισότιμη πρόσβαση στην υγεία. Η ανασκόπηση έδειξε ότι οι κοινωνικοί προσδιοριστές όπως εισόδημα, βιοτικό επίπεδο συμβάλουν στην δημιουργία των ανισοτήτων στα συστήματα υγείας. Επίσης με την ανάπτυξη των ψηφιακών συστημάτων υγείας, το ψηφιακό χάσμα διευρύνθηκε ενισχύοντας επιπλέον τις κοινωνικές διακρίσεις. Η διεθνή βιβλιογραφία υπογραμμίζει, τη λήψη μέτρων για τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, τα οποία θα συμβάλουν στην ψηφιακή τους ένταξη. Τα μέτρα αυτά θα αποτελέσουν τα θεμέλια για την εφαρμογή της κοινωνικής δικαιοσύνης και ισότιμης πρόσβασης στις μονάδες υγείας.

Λέξεις Κλειδιά: ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, κοινωνικο-οικονομικοί προσδιοριστές υγείας, υγειονομικές ανισότητες, κοινωνική δικαιοσύνη, ισότιμη πρόσβαση

«The necessity of Social Justice and Equality in health services for people with low income and lacking the required skills to access digital health»

Karampoula Evangelī

Abstract

Introduction: Social justice in public health is the basic principle of ensuring equal opportunities and equal access to all health services, regardless of the socio-economic level of citizens. With the existence of inequalities such as social and health, the right of individuals to health care is limited, resulting in a deterioration in their standard of living due to health problems. Socio-economic determinants of health such as income, employment, education, living conditions as well as social inclusion, have shaped and consolidated health inequalities. Furthermore, in recent years, new challenges for social justice have been created with the increasing digitalization of the health services environment.

Purpose: The purpose of this paper is to analyze the effects when social justice is not associated with equal access to health services. The analysis concerns factors that circumvent the implementation of social justice and negatively affect vulnerable social groups. An attempt was also made to highlight the importance of the role of health determinants such as poverty, which are responsible for inequalities in health services. Achieving equal access and social justice in health services requires an action program and appropriate political and state care measures.

Methodology and materials: This work was based on the collection of information material from literature reviews, Greek and foreign scientific literature. In the data collection process, databases, academic sources such as ScienceDirect,

vi

PubMed, The Lancet, Springer Nature, Journal of Medical Internet Research (JMIR), Sage journals and global editions of reports of the World Health Organization were selected and used. In addition, theoretical material related to the economics of health and social justice that must be applied was also included.

Results: The results of the study showed that social justice is the determining factor for equal access to health. The review showed that social determinants such as income, living standards contribute to the creation of inequalities in health systems. Also, with the development of digital health systems, the digital divided has widened, further reinforcing social discrimination. International literature emphasizes the adoption of measures for vulnerable social groups, which will contribute to their digital inclusion. These measures will form the foundation for the implementation of social justice and equal access to health facilities.

Key words: Equal access, health inequalities, socio-economic determinants of health, social justice, vulnerable social groups

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	iv
Abstract.....	vi
Περιεχόμενα.....	vii
Συνοτομογραφίες & Ακρωνύμια.....	ix
Εισαγωγή.....	1
1. Η θεωρητική προσέγγιση της κοινωνικής δικαιοσύνης.....	3
1.1 Η έννοια της κοινωνικής δικαιοσύνης στην υγεία.....	3
1.2 Η κοινωνική δικαιοσύνη και οι θεωρητικές της διαστάσεις.....	4
1.3 Οι κοινωνικές και υγειονομικές ανισότητες.....	6
1.4 Οι κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας.....	7
1.5 Επιπτώσεις της έλλειψης κοινωνικής δικαιοσύνης στην πρόσβαση υγείας.....	9
1.6 Επιπτώσεις της έλλειψης κοινωνικής δικαιοσύνης στις ευάλωτες ομάδες.....	11
1.7 Η κοινωνική δικαιοσύνη στη διαμόρφωση αποτελεσματικών συστημάτων υγείας.....	14
1.8 Δεδομένα και τάσεις ανισοτήτων στην υγειονομική περίθαλψη.....	15
2. Οι επιπτώσεις της άνισης πρόσβασης στις υπηρεσίες φροντίδας.....	17
2.1 Η έννοια της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.....	17
2.2 Σύνδεση κοινωνικών προσδιοριστών και υγειονομικών ανισοτήτων.....	19
2.3 Τα οικονομικά εμπόδια στην πρόσβαση υγειονομικής φροντίδας.....	24
2.4 Ο υγειονομικός αποκλεισμός των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων.....	26
2.5 Οι γεωγραφικές και κοινωνικές ανισότητες στην πρόσβαση υγείας.....	27
2.6 Οι επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής και στη δημόσια υγεία.....	30
3. Οι ανισότητες πρόσβασης σε ομάδες χαμηλού εισοδήματος.....	33
3.1 Η φτώχεια ως σημαντικός προσδιοριστής της υγείας.....	33
3.2 Η κοινωνική πρόνοια και κοινωνική δικαιοσύνη στην υγεία.....	35
3.3 Οι οικονομικές ανισότητες και ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας.....	37
3.4 Η οικονομική ανασφάλεια και οι επιπτώσεις στην ψυχική υγεία.....	39
3.5 Το αντίκτυπο της φτώχειας στην ανθρώπινη υγεία.....	40

4. Η ψηφιακή υγειονομική εγγραμματοσύνη και οι ανισότητες στην υγεία.....	43
4.1 Η ψηφιακή υγειονομική εγγραμματοσύνη και εκπαίδευση.....	43
4.2 Ο ψηφιακός αναλφαριθμητισμός και οι υγειονομικές ανισότητες.....	44
4.3 Οι ψηφιακές ανισότητες και ο κοινωνικός αποκλεισμός ευάλωτων ομάδων.....	45
5. Πολιτικές παρέμβασης στην ενίσχυση της ισότιμης πρόσβασης.....	46
5.1 Πολιτικές ενίσχυσης για ισότιμη πρόσβαση στην υγεία.....	46
6. Συζήτηση.....	47
7. Συμπεράσματα.....	48
Βιβλιογραφικές Αναφορές.....	50

Συντομογραφίες & Ακρωνύμια

ΑΕΠ-Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν

ΠΟΥ-Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΟΟΣΑ- Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

CHR-County Health Rankings-Κατάταξη Υγείας των Κομητειών

OECD-Organization for Economic Co-operation and Development

WHO-World Health Organization-Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

IAPASIS- Informal Administration Practices and Shifting Immigrant Strategies

Εισαγωγή

Στον τομέα της δημόσιας υγείας και των κοινωνικών πολιτικών που εφαρμόζονται, η κοινωνική δικαιοσύνη έχει άμεση σύνδεση με την δίκαιη κατανομή των πόρων, τις ευκαιρίες πρόσβασης στις υπηρεσίες και την ικανότητα διαμόρφωσης ενός δικαιότερου συστήματος υγείας. Οι ανισότητες στον τομέα υγείας, αποτελούν κοινωνικό, ιατρικό και ηθικό ζήτημα και ο λόγος είναι ότι δέχονται επιρροές από κοινωνικούς, οικονομικούς και ηθικούς παράγοντες. Οι πολιτικές που μειώνουν τις κοινωνικές ανισότητες, προάγουν την υγεία και την ισότιμη πρόσβαση και φροντίδα στα συστήματα υγείας. Παράλληλα, η υγεία αντιμετωπίζεται ως θυελλώδες ανθρώπινο δικαίωμα και σημαντικότερο στοιχείο για την κοινωνική ευημερία (Ruger, 2004).

Σύμφωνα με τους Yuguero et al., (2025) η διασφάλιση της χρήσης των υγειονομικών υπηρεσιών και πρόνοιας, θα βοηθήσει τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες ενός πληθυσμού όπως άτομα χαμηλού εισοδήματος, περιορισμένων ψηφιακών δεξιοτήτων, καθώς και ηλικιωμένους, να αποκτήσουν καλύτερη ποιότητα και προσδόκιμο ζωής. Ο κίνδυνος που ελλοχεύει μεγάλος, διότι με τη ραγδαία εφαρμογή ψηφιακών τεχνολογιών στα συστήματα υγείας, οι κοινωνικές αδικίες πιθανότατα θα αυξηθούν και θα προστεθούν στις ήδη υπάρχουσες. Συγγραφείς διεθνούς βιβλιογραφίας υπογραμμίζουν ότι: η δικαιοσύνη στις υπηρεσίες υγείας δεν αφορά μόνο την ισότιμη πρόσβαση, αλλά και την παροχή υπηρεσιών για την κάλυψη πραγματικών αναγκών των χρηστών συστημάτων υγείας (Yuguero et al., 2025).

Επιπλέον, τα άτομα με ελλείψεις στις ψηφιακές δεξιότητες, παρουσιάζουν πολλές δυσκολίες στην τηλεϊατρική, την ψηφιακή ενημέρωση και επίσης στην εγκατάσταση των σύγχρονων ηλεκτρονικών εφαρμογών υγείας. Μεγάλη και αρνητική επιρροή υπάρχει στις προαναφερόμενες ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, καθώς αυξάνεται το ψηφιακό χάσμα και οι υγειονομικές ανισότητες. Ως αποτέλεσμα, οι εν λόγω ομάδες αποκλείονται από την έγκυρη πρόσβαση και ενημέρωση στις υπηρεσίες υγείας, με κύριο αντίκτυπο την επιδείνωση της ποιότητας ζωής και της κοινωνικής συμμετοχής τους (Hadjiat, 2023).

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η διερεύνηση του ρόλου της κοινωνικής δικαιοσύνης για την διασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας σε όλους, καθώς και οι συνέπειες που εμφανίζονται κατά την απουσία της. Ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται σε άτομα χαμηλού εισοδήματος και με ελλείψεις απαραίτητων δεξιοτήτων για την άμεση πρόσβαση στην υγεία, καθώς και στις κοινωνικά ευάλωτες ομάδες οι οποίες καλούνται κάθε

φορά να αντιμετωπίσουν εμπόδια και φραγμούς όταν επιχειρούν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Επιπλέον, εξετάζεται η επιρροή της εκπαίδευσης, της εγγραμματοσύνης και οι δυσκολίες που πρέπει να ξεπεραστούν από άτομα με ελλείψεις δεξιοτήτων στη χρήση των ψηφιακών υπηρεσιών υγείας. Τέλος γίνεται ανάλυση πολιτικών παρεμβάσεων για την συμβολή τους στην μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων με βασική προτεραιότητα την ενίσχυση και προώθηση της κοινωνικής δικαιοσύνης στις υγειονομικές υπηρεσίες υγείας.

1. Η θεωρητική Προσέγγιση της Κοινωνικής Δικαιοσύνης

Υπάρχουν πολλές θεωρητικές προσεγγίσεις σχετικά με την Κοινωνική Δικαιοσύνη στην υγεία, οι οποίες πρέπει να κατανοηθούν. Η ερμηνεία αυτών των θεωριών αφορά τις κοινωνικές και υγειονομικές ανισότητες, οι οποίες παρουσιάζονται στις κοινωνίες. Η ύπαρξη της, κρίνεται ως η μόνη διέξοδο για την ενίσχυση και προώθηση της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Παράλληλα, μεγάλη είναι η επίδραση των κοινωνικών προσδιοριστών στον τομέα της υγείας και οι δημόσιες πολιτικές που εφαρμόζονται για τη μείωση του φαινομένου των ανισοτήτων μεταξύ των πολιτών (Marmot, 2017).

1.1 Η έννοια της κοινωνικής δικαιοσύνης στην υγεία

Σύμφωνα με τον Rice (2006), οι μηχανισμοί αγοράς δεν μπορούν να αποδώσουν από μόνοι τους δίκαιη κατανομή υπηρεσιών στο χώρο της υγείας. Υποστηρίζει ότι, η υγεία των ανθρώπων διαφέρει συγκριτικά από τα άλλα αγαθά, διότι έχει σχέση με την ανθρώπινη ανάγκη και την άμεση πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας. Σε κάθε περίπτωση, δεν θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν η οικονομική κατάσταση των ατόμων και ειδικά των ευάλωτων ομάδων, επειδή υπάρχει μεγάλος κίνδυνος αύξησης των ανισοτήτων στις υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας. Γι' αυτό το λόγο ο Rice υπογραμμίζει ότι, για να υπάρχει κοινωνική δικαιοσύνη στην υγεία, θα πρέπει να αναλάβει το κράτος πολιτικές δράσεις οι οποίες θα ρυθμίσουν και θα αναπτύξουν πολιτικές παρέχοντας προστασία στις οικονομικά ασθενέστερες κοινωνικές ομάδες. Η προσέγγιση του συσχετίζει ότι, τα ζητήματα ισότητας συνδέονται άμεσα με τη κοινωνική προστασία και την καθολική πρόσβαση στις υγειονομικές μονάδες (Rice, 2006).

Σύμφωνα με τον World Health Organization (2008), η δικαιοσύνη αποτελεί μια σημαντική έννοια στο χώρο της δημόσιας υγείας και της πολιτικής και συνδέεται άμεσα με την ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών. Οι υγειονομικές υπηρεσίες παρέχουν πρόληψη, θεραπεία και φροντίδα σύμφωνα πάντα με τις ανάγκες του κάθε ατόμου και βασίζονται στην αρχή της δίκαιης παροχής υπηρεσιών. Αυτό σημαίνει ότι κάθε άτομο πρέπει να λαμβάνει ίσες ευκαιρίες στην επίτευξη και διατήρηση καλής υγείας, μη υπολογίζοντας τους κοινωνικο-οικονομικούς

καθώς και πολιτισμικούς παράγοντες. Οι κοινωνικές ανισότητες όπως η φτώχεια, ελλειψείς ψηφιακές δεξιότητες, ανεργία, οδηγούν με ακρίβεια σε κοινωνικό αποκλεισμό επηρεάζοντας αρνητικά την κατάσταση υγείας των ατόμων και περιορίζοντας την πρόσβαση όταν υπάρχει πραγματική υγειονομική ανάγκη (WHO, 2008).

Επίσης, οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία, δεν αποτελούν μια τυχαία κατάσταση υγείας μεταξύ των πληθυσμών, αλλά ένα αποτέλεσμα που προέκυψε σε βάθος χρόνου μέσα στις κοινωνίες, όπου οι οικονομίες και οι κοινωνικές διακρίσεις αποτέλεσαν την αίτια της αδυναμίας πρόσβασης των πολιτών στα συστήματα υγείας. Όσον αφορά την ποιότητα ζωής, από ανέκαθεν σχετίζεται με τους κοινωνικούς προσδιοριστές υγείας, καθώς εξαρτάται από τις συνθήκες διαβίωσης, εργασίας, εισοδήματος, εκπαίδευσης, επηρεάζοντας την ψυχική και σωματική υγεία των ατόμων. Γι' αυτό τον λόγο, θα πρέπει να ληφθούν πολιτικές πρωτοβουλίες εφαρμογής της κοινωνικής δικαιοσύνης και ισότιμης πρόσβασης στην υγεία. Αναμφίβολα, θα αποτελέσει σημαντικό στόχο, για την δραστηριοποίηση της κοινωνικής προστασίας προς τις ευάλωτες ομάδες και τη διασφάλιση δίκαιης και ισότιμης χρήσης του συστήματος υγείας από όλους τους πολίτες παρακάμπτοντας έτσι τις ανισότητες (WHO, 2008).

1.2 Η κοινωνική δικαιοσύνη και οι θεωρητικές της διαστάσεις

Η κοινωνική δικαιοσύνη στην δημόσια υγεία καθώς και τις κοινωνικές επιστήμες είναι η θεμελιώδης έννοια που συνδέεται με την ισότιμη παροχή των κοινωνικών αγαθών όπως και με τις υπηρεσίες υγείας. Οι θεωρητικές της διαστάσεις εστιάζουν στις ανάγκες εύρεσης τρόπων περιορισμού των κοινωνικών ανισοτήτων και ίσες ευκαιρίες στους πολίτες για υγειονομική κάλυψη χωρίς να επηρεάζεται από την κοινωνικο-οικονομική τους κατάσταση. Συνεπώς, η προώθηση της ισότιμης πρόσβασης στην υγεία είναι ζήτημα των κρατικών υπηρεσιών οι οποίες έχουν σε μεγάλο βαθμό ηθική και κοινωνική ευθύνη (Braveman & Gruskin, 2003).

Επιπλέον, οι Braveman και Gruskin (2003) εστιάζουν στην κοινωνική δικαιοσύνη, η οποία πρέπει να προβαίνει σε μείωση των συστηματικών διαφορών που υπάρχουν μεταξύ των πληθυσμιακών ομάδων. Οπότε, η ισότιμη πρόσβαση στην υγεία, δεν ταυτίζεται μόνο με την

ίση κατανομή υπηρεσιών και πόρων, αλλά σχετίζεται και με τις δίκαιες δυνατότητες μεταξύ των ατόμων για την επίτευξη καλύτερου επιπέδου υγείας πέραν των κοινωνικοοικονομικών περιορισμών. Γι' αυτόν τον λόγο, η άνιση πρόσβαση στην υγεία προκύπτει από κοινωνικές συνθήκες, οι οποίες είναι άδικες και μπορούν να εξαλειφθούν ή να τροποποιηθούν όπως λόγω χάριν η απουσία επαγγέλματος και η περιορισμένη παιδεία. Για τη βαθύτερη προέλευση της ύπαρξης αυτών των συνθηκών, οι συγγραφείς θεωρούν ότι είναι οι οικονομικές και κοινωνικές δομές μιας χώρας (Braveman & Gruskin, 2003).

Όσον αφορά την ισοτιμία στον τομέα της υγείας, δεν αρκείται μόνο στην τυπική ισότητα. Καταλυτικό ρόλο διαδραματίζει και η πραγματική δυνατότητα όλων να επωφελούνται από ένα επαρκές επίπεδο στην υγεία και στη φροντίδα που αρμόζει σε όλους. Η Margaret Whitehead (1992), αναλύει την έννοια της ισότητας στην υγεία και τις συνδέει επίσης με τις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης. Οι ανισότητες στην υγεία δεν χαρακτηρίζονται όλες μοιραίες ή φυσικές. Υπάρχουν κάποιες διαφορές, οι οποίες είναι ιδιαίτερα μη αποδεκτές από το κοινωνικό σύνολο και αντιπροσωπεύουν την αδικία που επικρατεί στα κοινωνικά στρώματα. Ειδικά όταν οι υγειονομικές ανισότητες προκύπτουν από κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες για τους οποίους υπάρχει δυνατότητα πρόβλεψης και τροποποίησης τους (Whitehead, 1992).

Ιδιαίτερη επισήμανση γίνεται στο γεγονός, ότι οι άνθρωποι με ίσες ανάγκες δικαιούνται ισότιμη πρόσβαση στην υγεία, με ίση χρήση υπηρεσιών και ποιότητα φροντίδας. Πρακτικά όμως αυτό δεν προσφέρεται από τις υγειονομικές υπηρεσίες, έχοντας ως συνέπεια οι ευαίσθητες ομάδες να βρίσκονται αντιμέτωπες με μεγάλη ποικιλία εμποδίων στη πρόσβαση και στη παροχή αναγκαίας φροντίδας. Συνεπώς, η κοινωνική δικαιοσύνη πρέπει να αναδυθεί και προωθηθεί στις υπηρεσίες υγείας με πολιτικές και κοινωνικές παρεμβάσεις, για να διασφαλιστεί η ταξινόμηση ίδιων ευκαιριών σ' όλους τους πολίτες (Whitehead, 1992).

Σύμφωνα με τον Sen (2002), η κοινωνική δικαιοσύνη κατέχει υψηλή θέση στην υγεία, με τις δυνατότητες των ατόμων να ζουν πραγματικά μια υγιή και αξιόλογη ζωή. Βέβαια, αυτή η θεωρία επισημαίνει πως η υγεία δεν πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν ως ατομική ευθύνη αλλά ως κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες που επηρεάζουν την ίση κατανομή ευκαιριών στους

πολίτες. Η ανάλυση της έννοιας της ισότητας στην υγεία ολοκληρώνεται μέσα από το γενικότερο περιβάλλον της κοινωνικής δικαιοσύνης. Ο κεντρικός ισχυρισμός είναι ότι η υγεία δεν μπορεί να εξετάζεται ξεχωριστά από τις συνθήκες που επικρατούν στις κοινωνίες και στους θεσμούς, διότι μέσα από εκεί γίνεται η διαμόρφωση της. Γι' αυτό άλλωστε, η υγεία αποτελεί το κύριο στοιχείο για την ανθρώπινη ευζωία αφού έχει άμεση σύνδεση με τις εναλλακτικές των ατόμων να ζουν μια πραγματικά ικανοποιητική ζωή (Sen, 2002).

Εντούτοις, οι κοινωνικές δομές είναι ο λόγος ύπαρξης των κοινωνικών ανισοτήτων καθώς επηρεάζουν άμεσα τη δικαιοσύνη στις υπηρεσίες υγείας. Σαν καίριο χαρακτηριστικό της ανάλυσης του Sen (2002) είναι η θεωρία των "ικανοτήτων" (capabilities), όπου δεν γίνεται ταύτιση της δικαιοσύνης με την ισότιμη κατανομή υγειονομικών υπηρεσιών, αλλά με τις δυνατότητες των ανθρώπων να έχουν καλή υγεία. Ειδικά, η άνιση κατανομή των ευκαιριών προς τους ανθρώπους, μειώνει την ελευθερία τους και γιγαντώνονται οι κοινωνικές ανισότητες. Γενικά, η υγεία αποτελεί ένα πεδίο στο οποίο η κοινωνική δικαιοσύνη πρέπει να εξαλείψει τις ανισότητες, γιατί αυτές εκφράζονται και ως κοινωνικές αδικίες. Η αντιμετώπιση τους απαιτεί τη συμμετοχή των θεσμών και πολιτικών παρεμβάσεων (Sen, 2002). Παράλληλα υποστηρίζεται από τον Daniels (2001), ότι η διασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης πρέπει να εκπληρώνεται από τη δίκαιη κοινωνία, επειδή η υγεία ευθύνεται για την συμμετοχή των πολιτών στον κοινωνικο-οικονομικό βίο. Είναι βασική προϋπόθεση για να διατηρηθούν οι ίσες ευκαιρίες ανάμεσα στους πολίτες, να υπάρχει δίκαιη οργάνωση στα συστήματα υγείας, δίκαιη κατανομή των υγειονομικών πόρων, έτσι ώστε να μειωθούν οι κοινωνικές ανισότητες και να προστατευτούν οι ευάλωτες ομάδες του κοινωνικού συνόλου (Daniels, 2001).

1.3 Οι κοινωνικές και υγειονομικές ανισότητες

Σύμφωνα με τον WHO (2023), οι κοινωνικές, οικονομικές και υγειονομικές ανισότητες θεωρούνται άδικες, επειδή δεν υπάρχουν μεγάλες διαφορές στην κατάσταση υγείας μεταξύ των ατόμων και οι οποίες διαφορές θα μπορούσαν να αποτραπούν. Αυτές οι ανισότητες δεν αφορούν αποκλειστικά βιολογικούς παράγοντες αλλά ούτε προκύπτουν τυχαία. Υπάρχει στενή σχέση με τις κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές συνθήκες μέσα από τις οποίες οι άνθρωποι

γεννιούνται, μεγαλώνουν, ζουν, εργάζονται και γερνούν. Παράγοντες όπως το εισόδημα, οι συνθήκες εργασίας, η μόρφωση, η ποιότητα κατοικίας, η κοινωνική προστασία και η άμεση πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες, μπορούν να επηρεάζουν σημαντικά τις δυνατότητες και τις ευκαιρίες των ατόμων να διατηρούν την καλή υγεία και ευεξία τους, έχοντας πρόσβαση στις υγειονομικές μονάδες φροντίδες. Ο WHO (2023) επισημαίνει ότι η υγεία ακολουθεί μια κοινωνικής φύσεως κλίμακα (social gradient) με την οποία όσο χαμηλότερη μπορεί να είναι η κοινωνικοοικονομική κατάσταση ενός ατόμου, τόσο δυσμενέστερα αποτελέσματα υγείας προσκομίζει. Αποκαλύπτονται ομάδες πληθυσμών, οι οποίες βιώνουν τη φτώχεια, τον κοινωνικό αποκλεισμό, την άνιση πρόσβαση σε εκπαίδευση και συνήθως εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά νοσηρότητας και πρόωρης θνησιμότητας. Αυτές οι ανισότητες δεν εντοπίζονται μόνο μεταξύ διαφορετικών χωρών, αλλά και στο εσωτερικό των ίδιων κοινωνιών. Γι' αυτό το λόγο, η αντιμετώπιση των κοινωνικών και υγειονομικών ανισοτήτων, κρίνεται απαραίτητη προϋπόθεση για να πραγματοποιηθούν διατομεακές πολιτικές, οι οποίες θα δραστηριοποιηθούν προς την κατεύθυνση βελτίωσης των κοινωνικών προσδιοριστών υγείας. Κρίσιμη επίσης θεωρείται η επικέντρωση στην δίκαιη κατανομή πόρων, με απώτερο σκοπό την προαγωγή της κοινωνικής δικαιοσύνης, προσδίδοντας την ισότητα και ευημερία σε μια ομάδα πληθυσμού με στόχο την καταπολέμηση των υγειονομικών ανισοτήτων (WHO, 2023).

1.4 Ο κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας

Σύμφωνα με τον Marmot (2005), η υγεία των ατόμων δεν διαμορφώνεται αναγκαστικά από βιολογικούς παράγοντες ή από την δυνατότητα πρόσβασης στις υγειονομικές υπηρεσίες, αλλά επηρεάζεται ιδιαίτερα από συνθήκες όπως κοινωνικές, οικονομικές και περιβαλλοντικές, στις οποίες οι άνθρωποι γεννιούνται, μεγαλώνουν, ζουν, εργάζονται και γερνούν. Αυτοί οι παράγοντες αναφέρονται ως προσδιοριστές της υγείας και θεωρούνται οι βασικότερες αιτίες της αναπαραγωγής ανισοτήτων στην υγεία. Επειδή έχουν σοβαρό αντίκτυπο στην ανθρώπινη υγεία, είναι απαραίτητο να μελετηθούν και να σχεδιαστούν κρατικές παρεμβάσεις εντός των συστημάτων υγείας, καθώς και πολιτικές που θα αφορούν την εκπαίδευση, την απασχόληση, τη στέγαση και την μείωση της φτώχειας. Δεν πρέπει όμως να παραληφθεί, ότι οι θεωρίες της

κοινωνικής δικαιοσύνης έχουν στενή σύνδεση με τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας και τις κοινωνικές ανισότητες. Οι αποκλίσεις όπως στο μισθό, στην επιμόρφωση και στις συνθήκες διαβίωσης, διαμορφώνουν σε σημαντικό βαθμό την κατάσταση υγείας του πληθυσμού, οδηγώντας σε άνιση διανομή των κινδύνων νοσηρότητας και ακολούθως της θνησιμότητας (Marmot, 2005).

Οι Moscelli et al. (2018) εξετάζουν την ανισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, η οποία αποτελεί ένα σοβαρότατο ζήτημα που σχετίζεται με την κοινωνικοοικονομική διάρθρωση και υποδεικνύουν ότι η ισότητα στην πρόσβαση δεν είναι αυτονόητη στα συστήματα υγείας. Η μελέτη εστιάζει σε μη επείγουσες στεφανιαίες επεμβάσεις στο εθνικό σύστημα υγείας της Αγγλίας. Ασθενείς από διαφορετικά κοινωνικά στρώματα αντιμετωπίζουν διαφορετικές ώρες αναμονής στα ίδια νοσοκομεία, δηλαδή η διαφορά στους χρόνους αναμονής έφτασε στο 95% και αντιστοιχούσε σε 3 ημέρες, δηλαδή οι 43 ημέρες ήταν η διαφορά μεταξύ της υψηλότερης και χαμηλότερης ομάδας σε κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Αυτό το εύρημα είναι ιδιαίτερα σπουδαίο και δεν εξαρτάται μόνο από τους μηχανισμούς αλλά και από επιλογή και αυτοεπιλογή των ασθενών (Moscelli et al., 2018).

Οι συγγραφείς υπογραμμίζουν ότι μόνο το 12% της συνολικής ανισότητας στο χρόνο αναμονής μπορεί να αποδοθεί στην επιλογή του νοσοκομείου ή στον τύπο της θεραπείας και ότι το μεγαλύτερο μέρος της ανισότητας αδυνατεί να εξηγηθεί από τις ατομικές επιλογές, αφού αντικατοπτρίζει βαθύτερα κοινωνικούς και συστηματικούς μηχανισμούς. Επιπλέον, η μελέτη παρουσιάζει πως οι ομάδες με υψηλότερα εισοδήματα απολαμβάνουν όχι μόνο ταχύτερη πρόσβαση αλλά και υψηλότερη ποιότητα φροντίδας με ένα οικονομικό όφελος το οποίο υπολογίστηκε έως και σε £850 λίρες ανά άτομο. Συνεπώς, η έλλειψη κοινωνικής δικαιοσύνης στην πρόσβαση οδηγεί σε μετρήσιμες ανισότητες στη φροντίδα που λαμβάνουν. Αυτό υποδηλώνει ότι η ανισότητα επηρεάζει τόσο τη χρονική διαθεσιμότητα της θεραπείας όσο και τα τελικά υγειονομικά αποτελέσματα, επιβεβαιώνοντας ότι η ισότητα στην υγεία χρειάζεται ενεργή θεσμική παρέμβαση και όχι μια απλή τυπική ισονομία (Moscelli et al., 2018).

1.5 Επιπτώσεις της έλλειψης κοινωνικής δικαιοσύνης στην πρόσβαση υγείας

Σύμφωνα με την έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που αφορά τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας, αναφέρεται ότι οι υγειονομικές ανισότητες δεν υφίστανται ως φυσικό φαινόμενο ή αναπόφευκτη κατάσταση. Αντιθέτως είναι ένα αποτέλεσμα των κοινωνικοοικονομικών και πολιτικών συνθηκών που επηρεάζουν άμεσα τους ανθρώπους να επωφελούνται των ευκαιριών για μια καλύτερη και υγιή ζωή των ατόμων. Με τη απουσία της κοινωνικής δικαιοσύνης, κυριαρχεί η άνιση κατανομή των πόρων, της εκπαίδευσης, του επαρκούς εισοδήματος και των υπηρεσιών υγείας, προκαλώντας σε ορισμένες κοινωνικές ομάδες ανυπέρβλητα εμπόδια στην πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες φροντίδας. Σημαντική επισήμανση αποτελεί ότι, η υγεία και το προσδόκιμο επιβίωσης επηρεάζονται σημαντικά από τις κοινωνικές συνθήκες διαβίωσης στις οποίες οι άνθρωποι γεννιούνται, αναπτύσσονται, εργάζονται και γερνούν (Marmot et al., 2008).

Η έκθεση παρουσιάζει ευρήματα, σύμφωνα με τα οποία οι ανισότητες στην υγεία ευδοκιμούν σε όλες τις χώρες ακολουθώντας μια κοινωνική κλίση. Τα άτομα με χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο εκδηλώνουν χειρότερους δείκτες και μικρότερο προσδόκιμο ζωής εν συγκρίσει με τις πιο προνομιούχες τάξεις. Αναφορά χαρακτηριστικού παραδείγματος αποτελεί το Ηνωμένο Βασίλειο με την διαφορά που εντοπίζεται στο προσδόκιμο ζωής ανάμεσα στους κοινωνικά ευνοούμενους και μη, όπου αυτή η διαφορά μπορεί να υπερβαίνει τα επτά χρόνια στο προσδόκιμο ζωής και ακόμη μεγαλύτερη όταν επρόκειτο στο προσδόκιμο υγιούς ζωής. Άρα, η κοινωνική αδικία μετριέται σε ανισότητες στην υγεία και στην πρόσβαση στις προσφερόμενες υπηρεσίες της, όπου συχνά λόγω έλλειψης προληπτικών υπηρεσιών, έγκαιρης διάγνωσης και αποτελεσματικής θεραπείας, ο κίνδυνος είναι μεγάλος για ασθένεια και πρόωρη θνησιμότητα. Επίσης, η πλήρης αξιοποίηση των διαθέσιμων συστημάτων υγείας περιορίζεται, λόγω της επιρροής των κοινωνικών ανισοτήτων ως προς την ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών. Ως λύση στα παραπάνω προβλήματα η επιτροπή προτείνει βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, δικαιότερη κατανομή πόρων και εξουσίας και την ενίσχυση της παρακολούθησης κοινωνικών ανισοτήτων. Γι' αυτό το λόγο λοιπόν, η κοινωνική δικαιοσύνη

θεωρείται η βασική προϋπόθεση για την επίτευξη της ισότιμης πρόσβασης στην υγεία και την μείωση των ανισοτήτων σε παγκόσμια κλίμακα (Marmot et al., 2008).

Οι Anderson et al. (2009), οι οποίοι βασίζονται στο θεωρητικό πλαίσιο της κριτικής κοινωνικής δικαιοσύνης, αναφέρουν ότι οι διαφορές και οι υγειονομικές ανισότητες που εντοπίζονται στην υγεία δεν αφορούν και δεν περιορίζονται μόνο στο ατομικό ή βιολογικό ζήτημα, αλλά και σε ευρύτερες ανισότητες. Η φτώχεια, οι διακρίσεις μεταξύ κοινωνικών τάξεων, ο κοινωνικός αποκλεισμός και οι σχέσεις με την εξουσία επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την πρόσβαση στην υγεία. Η υγεία από ανέκαθεν θεωρούνταν και αντιμετωπιζόταν ως το ύψιστο κοινωνικό αγαθό του ανθρώπου όπου η πρόσβαση επιβάλλεται να διασφαλίζεται ανεξάρτητα από τα κοινωνικά κριτήρια όπως κοινωνική τάξη, εισόδημα, εθνικότητα και φύλο. Παρόλα αυτά όμως, στην πράξη οι κοινωνικά ευάλωτες ομάδες, πολύ συχνά αντιμετωπίζουν πολλά εμπόδια κατά τη διαδικασία αναζήτησης φροντίδας υγείας τα οποία δεν αφορούν μόνο το οικονομικό κόστος, αλλά και τους πολιτισμικούς, κοινωνικούς και θεσμικούς παράγοντες που λειτουργούν ανασταλτικά στη δίκαιη και ισότιμη πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες (Anderson et al., 2009).

Επίσης, η άνιση κατανομή των κοινωνικών πόρων επιδρά στην δυνατότητα των ατόμων να διατηρήσουν καλή υγεία επωφελούμενοι από τις διαθέσιμες υγειονομικές δομές περίθαλψης. Τονίζεται ιδιαίτερα ο ρόλος των κοινωνικών δομών καθώς και των πολιτικών δράσεων στη διαμόρφωση των κοινωνικών ανισοτήτων, διότι υπάρχουν συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες οι οποίες υφίστανται δυσμενέστερα αποτελέσματα υγείας. Αυτή η κατάσταση συντηρείται και εκδηλώνεται με την μορφή κοινωνικής αδικίας και αφορά τις διακρίσεις στην υγεία, τις άνισες δυνατότητες αντιμετώπισης ζητημάτων υγείας των ατόμων καθώς και την αξιοποίηση των υπηρεσιών υγείας όταν κρίνεται αναγκαία. Τελικά, για την αποτελεσματική λειτουργία της κοινωνικής δικαιοσύνης για μία ακόμη φορά τονίζεται η σημαντικότητα των πολιτικών ενεργειών για την μείωση των ανισοτήτων, την ενδυνάμωση της κοινωνικής συμμετοχής και την παροχή ίσων ευκαιριών σε κοινωνικούς και υγειονομικούς πόρους. Το συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι για την βελτίωση της υγείας απαιτείται η ενίσχυση της κοινωνικής δικαιοσύνης (Anderson et al., 2009).

1.6 Επιπτώσεις της έλλειψης κοινωνικής δικαιοσύνης στις ευάλωτες ομάδες

Σύμφωνα με τους Anderson et al. (2009) η κοινωνική δικαιοσύνη είναι απαραίτητη καθώς επιδρά στον τρόπο ζωής των ατόμων, την μελλοντική πιθανότητα ασθένειας και τον κίνδυνο ενός πρόωρου θανάτου. Θεωρείται ζήτημα ζωής και θανάτου και είναι αξιοσημείωτη η βελτίωση υγείας πληθυσμών και η αύξηση του προσδόκιμου ζωής σε κάποιες χώρες, ενώ σε άλλες έχει λάβει ανησυχητικές διαστάσεις καθώς δεν υπάρχει η αναμενόμενη αυτή αλλαγή. Η χρήση του πλαισίου της πρωτοβουλίας Healthy People 2010 αποτέλεσε μεσολάβηση για την έναρξη συζητήσεων με κεντρικό θέμα την κοινωνική δικαιοσύνη από το τοπικό πλαίσιο στο εθνικό και τέλος στο παγκόσμιο. Έτσι, η υλοποίηση του ιδανικού της κοινωνικής δικαιοσύνης μπορεί να επέλθει μόνο με την προώθηση της κοινωνικής δικαιοσύνης στην υγεία σε κάθε επίπεδο από τις προηγούμενες αναφορές (Anderson et al., 2009).

Η κοινωνική αδικία δεν εκδηλώνεται μόνο με τις διαφορές στην υγεία, αλλά και από τις δυνατότητες που διαθέτουν τα άτομα στην αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας και αξιοποίησης των υπηρεσιών φροντίδας όταν είναι αναγκαίες. Μέσα από προηγούμενη μελέτη για γυναίκες μετανάστριες στον Καναδά, παρουσιάστηκαν ερευνητικά δεδομένα με σκοπό να αναδείξουν τον τρόπο επιρροής της κοινωνικής αδικίας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας. Οι γυναίκες αυτές περιέγραψαν τις ατομικές τους εμπειρίες σε χρόνιες ασθένειες που βίωναν στην καθημερινότητα τους και στις δυσκολίες που αντιμετώπιζαν στην πρόσβαση και στην πλοήγηση στην υγειονομική περίθαλψη, όπου και απευθύνονταν στην πλειοψηφία αγγλοκαναδικής μεσαίας τάξης. Οι αδικίες πολλές για τις εν λόγω μετανάστριες, όπως πολύωρη εργασία εκτός σπιτιού, χαμηλές αποδοχές, χωρίς επιλογή θέσης εργασίας και άδεια διαχείρισης ασθένειας, με αποκαρδιωτικές συνθήκες διαβίωσης και φτώχειας. Οι γυναίκες αυτές επίσης, περιέγραψαν εμπειρίες κοινωνικού αποκλεισμού, γλωσσικές δυσκολίες στην χώρα υποδοχής όπου πολλές από αυτές ανέφεραν ότι η προσαρμογή τους στο νέο περιβάλλον συνοδευόταν από πολλές ανασφάλειες, άγχη και δυσκολίες στην αναζήτηση κατάλληλης ιατρικής φροντίδας, ειδικά τα πρώτα χρόνια εγκατάστασης στην χώρα υποδοχής (Anderson et al., 2009).

Οι συμμετέχουσες στην έρευνα περιέγραψαν περιστατικά διακρίσεων, περιθωριοποίησης, δυσκολία επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας, περιορισμένη οικονομική δυνατότητα και έλλειψη κοινωνικών δικτύων υποστήριξης. Όλα αυτά, λειτουργούσαν ως επιπλέον εμπόδια στην πρόσβαση και αξιοποίηση των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας, έχοντας ως αποτέλεσμα την αρνητική επιρροή στην σωματική και ψυχική τους υγεία και ειδικότερα με την εκδήλωση του πόνου. Γι' αυτό το λόγο, το βλέμμα των ερευνητών μετατοπίστηκε από τον πολιτισμικό ουσιοκρατισμό, στην αντιμετώπιση όλων αυτών των ζητημάτων που απορρέουν από τη μετανάστευση. Με βάση όλη αυτή τη γνώση, προτείνεται οι υπεύθυνοι πολιτικής χάραξης να εξετάσουν, να μελετήσουν και να σχεδιάσουν εφαρμογή προσβάσιμης υγειονομικής περίθαλψης για τις γυναίκες, με διαθέσιμες υπηρεσίες διερμηνείας και πιο ευέλικτα ωράρια υγειονομικής περίθαλψης ειδικότερα για τις εργαζόμενες γυναίκες. Συνεπώς, οι εμπειρίες αυτές, είναι ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα της μετατροπής των κοινωνικών ανισοτήτων σε υγειονομικές. Συνάμα με βάση την κοινωνική θέση, την εθνική καταγωγή, και το φύλο, υπάρχει αλληλεπίδραση με τις κρατικές εξουσίες, δημιουργώντας πολλούς αποκλεισμούς και περιορίζοντας την πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας. Για τον λόγο αυτό, κρίνεται απαραίτητη η βελτίωση της υγείας των γυναικών που ανήκουν στις κοινωνικά ευάλωτες ομάδες, απαιτώντας πολιτικές αντιμετώπισης στα ιατρικά προβλήματα καθώς και στις κοινωνικές αιτίες που τα παράγουν (Anderson et al., 2009).

Οι Dixon-Wood et al. (2006) αναφέρουν ότι, με βάση τη χρήση των υπηρεσιών δεν είναι εφικτή η αξιολόγηση της πρόσβασης, επειδή με την απλή καταγραφή των επισκέψεων και των νοσηλειών δεν αντιπροσωπεύεται ο πραγματικός βαθμός δυσκολίας που υφίστανται τα κοινωνικά μειονεκτούντα άτομα. Ομάδες πληθυσμών όπως κοινωνικά αποκλεισμένοι, άνεργοι, φτωχοί, συνήθως εκδηλώνουν αυξημένες ανάγκες υγείας χωρίς την βέβαιη λήψη της απαιτούμενης φροντίδας. Γι' αυτό το λόγο ασκείται κριτική στην χρήση της αξιοποίησης των υπηρεσιών ως τον μοναδικό δείκτη πρόσβασης καθώς η πραγματική πρόσβαση δέχεται επιρροές από σύνθετους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Η κεντρική έννοια της μελέτης είναι η «υποψηφιότητα» (candidacy), η οποία είναι η διαδικασία αναγνώρισης της ανάγκης αν ένα άτομο δικαιούται και χρειάζεται υγειονομικές υπηρεσίες και δυστυχώς δεν είναι ίδια για όλους τους ανθρώπους. Αυτό σημαίνει ότι πολίτες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο

υπόκεινται σε δυσκολίες έγκαιρης αναγνώρισης προβλημάτων υγείας και θεώρησης του δικαιώματος φροντίδας, με αποτέλεσμα την καθυστέρηση στην αναζήτηση ιατρικής φροντίδας. Επιπλέον, επισημάνση γίνεται στην επιρροή που ασκεί η κοινωνική θέση στην ικανότητα διεκδίκησης υπηρεσιών υγείας και κινητοποίησης προς το υγειονομικό σύστημα περίθαλψης (Dixon-Woods et al., 2006).

Επίσης, η δυνατότητα «πλοήγησης» (navigation) διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο σύστημα υγείας, όπου οι ευάλωτες κοινωνικές ομάδες παρουσιάζουν δυσκολίες στην κατανόηση των διαδικασιών, συμπλήρωση των απαιτούμενων εγγράφων στον προγραμματισμό ιατρικού ραντεβού και στην πρόσβαση για άντληση χρήσιμων πληροφοριών. Παράλληλα, με την ύπαρξη της «διαπερατότητας» των υπηρεσιών (permeability of services) επηρεάζεται ο βαθμός δυσκολίας ή ευκολίας κατά την είσοδο στο σύστημα υγείας. Από την άλλη πλευρά, αποτροπή στους πολίτες με περιορισμένους κοινωνικοοικονομικούς πόρους αποτελούν οι διάφορες πολύπλοκες διαδικασίες, διοικητικά εμπόδια και αυξημένες απαιτήσεις κατά την χρήση του συστήματος υγείας από τις ευάλωτες ομάδες. Τέλος, γίνεται περιγραφή της διαδικασίας της «κρίσης» ή αξιολόγησης (adjudication), μέσω της οποίας κοινοποιείται στον πολίτη από τους επαγγελματίες υγείας, αν οι ανάγκες του δικαιολογούν την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών. Είναι ένα στάδιο όπου πολλές φορές η απόφαση επηρεάζεται από κοινωνικά στερεότυπα και αντιλήψεις, σχέσεις εξουσίας και δυστυχώς εμφανίζεται ως πηγή παραγωγής και ενίσχυσης κοινωνικών ανισοτήτων. Συνεπώς, διαπιστώνεται ότι η ύπαρξη οικονομικών δυσκολιών δεν συνεπάγεται μόνο κοινωνικό αποκλεισμό, αλλά επεκτείνεται και κατά μήκος της όλης διαδικασίας πρόσβασης και αξιοποίησης των υπηρεσιών, από την αναγνώριση της ανάγκης ενός ατόμου έως την τελική έγκριση της απόφασης για παροχή φροντίδας (Dixon-Woods et al., 2006).

1.7 Η κοινωνική δικαιοσύνη στην διαμόρφωση αποτελεσματικών συστημάτων υγείας

Διεθνώς καταδεικνύεται ότι τα υψηλότερα επίπεδα σε ισότιμη πρόσβαση και καλύτερους δείκτες υγείας των ατόμων μιας κοινωνίας, βασίζονται στην αρχή της καθολικής κάλυψης και της κοινωνικής αλληλεγγύης. Παράδειγμα αποτελεί το εθνικό σύστημα υγείας της Βρετανίας και της Σουηδίας, τα οποία βασίζονται στην κρατική χρηματοδότηση και στην εξασφάλιση της καθολικής πρόσβασης στην υγεία για όλους ανεξάρτητα από το ατομικό εισόδημα. Σύμφωνα με τον Νικολόπουλο (2015) για να επιτευχθεί η μείωση των ανισοτήτων θα πρέπει να υπάρχει η κρατική παρέμβαση, όπως εξίσου και αναδιανομή των πόρων και προώθηση της κοινωνικής δικαιοσύνης. Η κρατική παρέμβαση ενισχύει και την εκπλήρωση των κοινωνικών στόχων, μέσω της δίκαιης κατανομής των πόρων και της προστασίας των πολιτών από τις υγειονομικές ανισότητες στο περιβάλλον της υγείας. Γι' αυτό το λόγο η ύπαρξη αποτελεσματικών συστημάτων υγείας έχει άμεση σχέση με τις ικανότητες του κρατικού μηχανισμού να αναδιανέμει τους πόρους, να στηρίζει τις συνθήκες κοινωνικής συνοχής και τέλος να εξασφαλίζει στα άτομα την δυνατότητα αποδοχής βασικών υπηρεσιών υγείας (Νικολακόπουλος, 2015).

Αναμφίβολα, η υγεία δεν αποτελεί το οικονομικό αγαθό της κάθε κοινωνίας διότι βρίσκεται σε άρρηκτη σύνδεση με τα θεμελιώδη κοινωνικά δικαιώματα όπως και την κοινωνική ευημερία. Παράλληλα, τονίζεται ότι για την ύπαρξη ενός αποτελεσματικού και βιώσιμου συστήματος υγείας θα πρέπει η κοινωνική δικαιοσύνη να κατέχει τον πρώτο ρόλο. Έργο της είναι να διασφαλίζεται η ίσα κατανομή των υπηρεσιών υγείας με γνώμονα τις ανάγκες των ατόμων μη λαμβάνοντας υπόψιν την οικονομική τους ευχέρεια. Ουσιαστικά, μόνο με την αναδιανομή του εισοδήματος, την πρόσβαση σε δημόσια αγαθά και την μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων θα επιτύχουν την βέλτιστη υγεία ενός πληθυσμού, και την βιωσιμότητα των συστημάτων μακροχρόνια, έχοντας την ενίσχυση της κοινωνικής δικαιοσύνης ως ηθική αρχή και παράγοντα αποδοτικότητας (Νικολακόπουλος, 2015).

1.8 Δεδομένα και τάσεις ανισοτήτων στην υγειονομική περίθαλψη

Περνώντας στην ελληνική πραγματικότητα, συναντώνται επίσης κοινωνικο-οικονομικές διακρίσεις στην πρόσβαση υγείας, ειδικά μετά στην κρίση των τελευταίων ετών. Σε μια υπολογίσιμη μερίδα του ελληνικού πληθυσμού, η οικονομική ανέχεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός δεν συνέβαλλαν στην άμεση πρόσβαση υγειονομικών υπηρεσιών. Ως επακόλουθο, αυξήθηκαν οι δυσκολίες πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας σε ένα μεγάλο τμήμα της ελληνικής κοινωνίας. Η προϋπόθεση που απαιτείται για την καταπολέμηση των κοινωνικών ανισοτήτων είναι η εξ' ολοκλήρου εφαρμογή της κοινωνικής δικαιοσύνης. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τον σχεδιασμό και ανάπτυξη πολιτικής και κοινωνικής προστασίας και ενίσχυση πρόσβασης στις μονάδες υγείας για όλους (Ελληνική Στατιστική Αρχή [ΕΛ.ΣΤΑΤ] 2021).

Στο πλαίσιο των κοινωνικών ανισοτήτων στο τομέα της υγείας, περιλαμβάνονται συνθήκες όπως περιβαλλοντικές, κοινωνικές και οικονομικές οι οποίες διαμορφώνουν τα επίπεδα υγείας των ατόμων. Οι διαφοροποιήσεις που συμβαίνουν είναι σημαντικές και ικανές να μεταβάλλουν τα επίπεδα υγείας στους πληθυσμούς καθώς και ανά άτομο, στερώντας ένα καλό προσδόκιμο ζωής. Με τις κοινωνικές ανισότητες αυξάνεται η απειλή της νοσηρότητας όπως και η μη πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας. Ιδιαίτερα για τις ομάδες χαμηλού εισοδήματος (Marmot et al. (2012).

Η οικονομική κρίση των τελευταίων ετών καθώς και η αύξηση των επιπέδων της φτώχειας, σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας, εμφανίστηκε επιδείνωση των κοινωνικών ανισοτήτων. Πολίτες με χαμηλή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, παρουσιάζουν περισσότερα και συχνότερα προβλήματα υγείας, ελάχιστη πρόσβαση στις υπηρεσίες πρόληψης και ιδιαίτερα αυξημένες δυσκολίες στην ανταπόκριση των αναγκών υγειονομικής φροντίδας (Braveman & Gottlieb, 2014). Ταυτόχρονα, οι κοινωνικοί προσδιοριστές υγείας που σχετίζονται στενά με την κοινωνική δικαιοσύνη και οι άνισες κοινωνικές συνθήκες, στερούν τις ευκαιρίες στα άτομα για καλύτερη ζωή και κοινωνική ευημερία (WHO, 2023).

Μέσα από την ανάδειξη των θεωρητικών προσεγγίσεων της κοινωνικής δικαιοσύνης στην υγεία, αναδείχθηκε ότι οι οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες δρουν καταλυτικά και ουσιαστικά στην πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες φροντίδας. Επί πολλά έτη, οι κοινωνικές ανισότητες υγείας έχουν δημιουργήσει και ενισχύσει ένα σύνθετο κοινωνικό φαινόμενο. Η σύνδεση αυτού του φαινομένου είναι άμεση με την φτώχεια, τον κοινωνικό αποκλεισμό και τις άνισες ευκαιρίες πρόσβασης στην ψηφιακή υγεία και εξίσου με άτομα περιορισμένων ψηφιακών δεξιοτήτων στην υγειονομική περίθαλψη (Moscelli, Siciliani, Gutacker, & Cookson, (2018).

Οι Moscelli et al. (2018) εξετάζουν την ανισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας η οποία αποτελεί ένα σοβαρότατο ζήτημα, το οποίο σχετίζεται με την κοινωνικο-οικονομική διάρθρωση και υποδεικνύουν ότι η ισότητα στην πρόσβαση δεν είναι αυτονόητη στα συστήματα υγείας. Η μελέτη εστιάζει σε μη επείγουσες στεφανιαίες επεμβάσεις στο εθνικό σύστημα της Αγγλίας. Ασθενείς από διαφορετικά κοινωνικά στρώματα αντιμετωπίζουν διαφορετικές ώρες αναμονής στα ίδια νοσοκομεία, δηλαδή η διαφορά στους χρόνους αναμονής έφτασε στο 95% και αντιστοιχούσε σε 3 μέρες, δηλαδή οι 43 ημέρες ήταν η διαφορά μεταξύ της υψηλότερης και χαμηλότερης ομάδας σε κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο. Αυτό το εύρημα είναι ιδιαίτερα σπουδαίο και δεν εξαρτάται μόνο από τη δομή του συστήματος, αλλά σημαίνει ότι η πρόσβαση δεν εξαρτάται μόνο από τους μηχανισμούς αλλά και από επιλογή και αυτοεπιλογή των ασθενών (Moscelli et al., 2018). Οι συγγραφείς υπογραμμίζουν ότι μόνο το 12% της συνολικής ανισότητας στο χρόνο αναμονής μπορεί να αποδοθεί στην επιλογή του νοσοκομείου ή στον τύπο της θεραπείας και ότι το μεγαλύτερο μέρος της ανισότητας αδυνατεί να εξηγηθεί από τις ατομικές επιλογές, αφού αντικατοπτρίζει βαθύτερα κοινωνικούς και συστηματικούς μηχανισμούς. Επιπλέον, η μελέτη παρουσιάζει πως οι ομάδες με υψηλότερα εισοδήματα απολαμβάνουν όχι μόνο ταχύτερη πρόσβαση αλλά και υψηλότερη ποιότητα φροντίδας, με ένα οικονομικό όφελος το οποίο υπολογίστηκε έως και σε £850 λίρες ανά άτομο. Συνεπώς, η έλλειψη κοινωνικής δικαιοσύνης στην πρόσβαση οδηγεί σε μετρήσιμες ανισότητες στη φροντίδα που λαμβάνουν (Moscelli et al., 2018).

2. Οι επιπτώσεις της άνισης πρόσβασης στις υπηρεσίες φροντίδας

Η πρόσβαση περιγράφεται ως μια δυνατότητα του κάθε ατόμου να αναγνωρίσει μια ανάγκη υγείας που θα προκύψει, κατόπιν να αναζητήσει ιατρική φροντίδα, να καταλήξει στις υπηρεσίες υγείας και τελικά να τις αξιοποιήσει ουσιαστικά. Υπάρχουν βασικές διαστάσεις οι οποίες μετρούνται στις πέντε και είναι η προσέγγιση της υπηρεσίας, η διαθεσιμότητα, η προσαρμογή, η αποδοχή, οικονομική ευχέρεια και την καταλληλότητα της παροχής υγειονομικής φροντίδας. Αυτό το μοντέλο, μπορεί να δείξει ότι η ανισότητα δεν προέρχεται μόνο από την απουσία παροχής υπηρεσιών αλλά και από τις κοινωνικές, οικονομικές και γνωστικές δυσκολίες που εμποδίζουν την κατάλληλη χρήση τους. Επομένως, για την εξάλειψη της άνισης πρόσβασης στις υπηρεσίες φροντίδας, η κοινωνική δικαιοσύνη αποτελεί το βασικό συστατικό για τη ομαλή λειτουργία των υπηρεσιών με πραγματικά προσιτές και λειτουργικές υπηρεσίες για όλους (Levesque et al., 2013)

2.1 Η έννοια της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας

Για τη διασφάλιση της κοινωνικής δικαιοσύνης, η ισότιμη πρόσβαση για όλους στα σύγχρονα συστήματα υγείας αποτελεί βασική προϋπόθεση καθώς και σημαντικό παράγοντα. Σύμφωνα με τους Levesque, Harris και Russell (2013), η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αφορά την δυνατότητα των ατόμων στην αναγνώριση των αναγκών για υγειονομική περίθαλψη, της αναζήτησης και προσέγγισης των υπηρεσιών υγείας, της πρόσβασης στους πόρους, της απόκτησης και η χρήσης τους, έτσι ώστε να λαμβάνονται οι κατάλληλες υπηρεσίες φροντίδας βάση των αναγκών τους. Αναπτύχθηκε ένα αναθεωρημένο εννοιολογικό πλαίσιο βασιζόμενο στη διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με την έννοια της πρόσβασης στην υγεία. Συγκεκριμένα, συνδυάζει τις πέντε διαστάσεις προσβασιμότητας των υπηρεσιών υγείας με τις αντίστοιχες πέντε διαστάσεις των ικανοτήτων των ατόμων (Levesque et al., 2013).

Οι επιπλέον πέντε ικανότητες των ατόμων παρουσιάζουν αλληλεπιδράσεις με τις παραπάνω διαστάσεις της πρόσβασης, και οι οποίες αντιστοιχίζονται οι εξής:

Προσβασιμότητα-Αποδοχή-Διαθεσιμότητα & Προσαρμογή-Προσιτότητα-Καταλληλότητα

Approachability- Acceptability - Availability and Accommodation- Affordability - Acceptability

Ικανότητα

Αντίληψης Αναζήτησης Προσέγγισης Πληρωμής Συμμετοχής

Ability

to perceive - to seek - to reach - to pay - to engage

Αξίζει να σημειωθεί ότι, η ικανότητα αναζήτησης υγειονομικής φροντίδας, σχετίζεται με την αυτονομία και το δικαίωμα επιλογής και πρόθεσης λήψης φροντίδας, όπου δυστυχώς παρατηρούνται διακρίσεις στο γυναικείο φύλο λόγω πολιτισμικών και κοινωνικών παραγόντων. Παράδειγμα που μπορεί να αναφερθεί είναι η έναρξη της υγειονομικής φροντίδας, καθώς και η κακοποίηση και παραμέλεια των γυναικών που δεν ενθαρρύνονται προς αναζήτηση βοήθειας. Συνεπώς, αυτό αποτελεί σοβαρό ζήτημα διασφάλισης παροχής φροντίδας, οπότε θα πρέπει να παρέχεται εξίσου σε ανάγκες ευάλωτων ομάδων και μειονοτήτων σε πολιτισμικό και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Μέσα από το εννοιολογικό πλαίσιο αναδεικνύεται ότι η πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες είναι το αποτέλεσμα των αλληλεπιδράσεων που συμβαίνουν μεταξύ παραγόντων όπως οργανωτικοί, οικονομικοί και κοινωνικοί. Επιπλέον, σημαντική επιρροή στην πρόσβαση υπάρχει και από παράγοντες όπως μορφωτικό επίπεδο, γεωγραφική τοποθεσία, εισόδημα και κοινωνική θέση. Τέλος, η παρούσα μελέτη είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς παρουσιάζει την ύπαρξη των υπηρεσιών υγείας και την δυνατότητα των πολιτών να πραγματοποιούν αποτελεσματική χρήση αυτών, ενώ για την ισότιμη πρόσβαση εξαρτάται και από την ικανότητα των ατόμων να τις χρησιμοποιούν προς όφελος τους (Levesque et al., 2013).

Επίσης οι Aday και Andersen (1974), επιχείρησαν με τη σειρά τους να δώσουν τον ορισμό της έννοιας της πρόσβασης δημιουργώντας ένα πλαίσιο το οποίο συνδέει τα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας και του πληθυσμού που διατρέχει κίνδυνο, παρουσιάζοντας κατόπιν τα αποτελέσματα από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι η

πρόσβαση δεν σχετίζεται μόνο με τις διαθέσιμες υπηρεσίες, αλλά και την δυνατότητα των ατόμων στην αποτελεσματική χρήση όταν υπάρχει ανάγκη. Μέσα από το πλαίσιο αυτό υποστηρίζεται ότι η χρήση των υπηρεσιών υγείας μπορεί να επηρεαστεί από τρεις κατηγορίες παραγόντων οι οποίες αναφέρονται στους προδιαθεσικούς, διευκόλυνσης και ανάγκης. Χαρακτηριστικά όπως εκπαίδευση, φύλο, ηλικία και αντιλήψεις για την υγεία περιλαμβάνονται στους προδιαθεσικούς παράγοντες. Επίσης, χαρακτηριστικά όπως διαθέσιμοι οικονομικοί πόροι και κοινωνικοί όπως το εισόδημα, η ασφάλεια υγείας και οι υγειονομικές μονάδες συμπεριλαμβάνονται στους παράγοντες διευκόλυνσης. Τέλος, η αντιλαμβανόμενη κατάσταση υγείας από το κάθε άτομο ή η πραγματική υπάρχουσα κατάσταση αφορούν τους παράγοντες ανάγκης (Aday & Andersen, 1974).

Συνεπώς, με βάση τα δεδομένα που υπάρχουν, οι πολιτικές υγείας μπορούν να διαμορφώσουν τα χαρακτηριστικά ενός πληθυσμού και συστήματος υγείας επιδιώκοντας στην βέλτιστη χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών και ικανοποίηση των ατόμων. Η πρόταση που γίνεται, αφορά την αξιολόγηση της πρόσβασης με δείκτες, οι οποίοι σχετίζονται με τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, την λειτουργία και οργάνωση τους, τη χρήση των ατόμων και τον βαθμό ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας. Το συγκεκριμένο πλαίσιο συνέβαλε καθοριστικά στην έρευνα της δημόσιας υγείας. Έτσι, πολλές σύγχρονες μελέτες που διεξήχθησαν για την ισότιμη πρόσβαση, υγειονομικές ανισότητες και της κοινωνικής δικαιοσύνης, οι συγγραφείς διατύπωσαν το πλαίσιο βασιζόμενοι σε αυτές τις αρχές. Επί προσθέτως, μέσα από το πλαίσιο αυτό έγινε ανάδειξη ότι η πρόσβαση στην υγεία αποτελεί μια πολύπλοκη διαδικασία, επηρεασμένη από κοινωνικοοικονομικούς και οργανωτικούς παράγοντες. Με αυτή την προσέγγιση, η οποία ακόμη και σήμερα λαμβάνεται υπόψη να συνεχίζονται οι συζητήσεις για την μείωση των ανισοτήτων στα συστήματα υγείας και την ενδυνάμωση της καθολικής πρόσβασης στην υγεία (Aday & Andersen, 1974).

2.2 Σύνδεση κοινωνικών προσδιοριστών και υγειονομικών ανισοτήτων

Η ιδιαίτερη έννοια του έργου των συγγραφέων είναι η αρχή του «leveling up», δηλαδή η βελτίωση και ανάταση του επιπέδου της υγείας των ασθενέστερων κοινωνικών ομάδων.

Ταυτόχρονα όμως, είναι αναγκαίο να μην μειώνεται το επίπεδο υγείας άλλων ομάδων του πληθυσμού. Στην μελέτη αυτή, παρουσιάζονται δέκα βασικές αρχές, με τις οποίες πρέπει αναληφθούν πολιτικές παρεμβάσεις. Σε πολλά εκατομμύρια ανθρώπους ανά τον κόσμο, ακόμη και σε πλούσιες ηπείρους όπως η Ευρώπη, η πρόσβαση είναι ανέφικτη για τις ανάγκες κάποιων ομάδων. Δυστυχώς, όσοι βρίσκονται σε θέση για επείγουσα υγειονομική υποστήριξη και φροντίδα, συνήθως έχουν δυσκολότερη πρόσβαση στις μονάδες υγείας για ιατρική περίθαλψη. Αυτό αποτελεί ένα παράδειγμα για την αδικία που επικρατεί στα συστήματα υγείας. Επιπλέον, η οικονομική και πολιτιστική πρόσβαση είναι εξίσου σημαντικοί τύποι πρόσβασης διότι, όπως αποδεικνύεται μέσα από την κατάσταση των ευάλωτων ομάδων, δεν υπάρχει χρησιμότητα της παρουσίας αξιόλογων μονάδων υγείας σε μια κοντινή περιοχή, αν δεν μπορούν οι πολίτες να ωφεληθούν. Γι' αυτό το λόγο, το πρόβλημα της οικονομικής πρόσβασης, πρέπει να πάψει να υφίσταται, διότι καθημερινά απορρίπτονται άτομα που χρήζουν επείγουσα ιατρική περίθαλψη και μοιραία καταλήγουν στο θάνατο. Επίσης, λόγω του υψηλού κόστους των υγειονομικών υπηρεσιών, πολύ συχνά παρατηρείται να αναγκάζονται να ξοδεύουν ένα μεγάλο ποσό από το εισοδήματός τους. Αυτή η οικονομική κατάσταση που περιέρχονται έχει ονομαστεί ως «παγίδα ιατρικής φτώχειας», η οποία συναντάται σε αναπτυγμένες χώρες παγκοσμίως και κυρίως στην Αμερική (Dahlgren & Whitehead, 2006).

Η «παγίδα ιατρικής φτώχειας» τα τελευταία χρόνια διαδόθηκε και στην ανατολική Ευρώπη. Ως συνέπεια αυτού του φαινομένου, το κόστος πληρωμής βασικών υπηρεσιών φροντίδας και φαρμάκων, να υπολογίζεται εκ των προτέρων, έτσι ώστε να αποφεύγουν οι άνθρωποι την οικονομική εξαθλίωση. Ο δεύτερος τύπος πρόσβασης αναφέρεται ως πολιτισμική πρόσβαση, σχετιζόμενη άμεσα με την αποδοχή και τον σεβασμό των ατόμων. Σε περιθωριοποιημένες ομάδες, όπως άστεγοι και φτωχοί ασθενείς, η έλλειψη σεβασμού προς αυτούς είναι απαράδεκτη. Δυστυχώς, αυτές οι ομάδες τελικά καταλήγουν να υφίστανται πολιτισμικά εμπόδια από τις υπηρεσίες υγείας, στιγματίζοντας τες ως «μη αποδεκτές». Επιπρόσθετα εμπόδια αποτελούν και τα γλωσσικά, τα οποία επηρεάζουν τους πρόσφατους μετανάστες, οι οποίοι αρνούνται την προληπτική και ψυχιατρική φροντίδα έστω και αν παρέχεται δωρεάν. Εμπόδιο επίσης, χαρακτηρίστηκε και η επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών εργαζόμενων στον τομέα υγείας, με τους «λιγότερο μορφωμένους ασθενείς». Αυτό συμβαίνει, γιατί οι

επαγγελματίες υγείας αδυνατούν να αντιληφθούν τις καθημερινές δυσκολίες αυτών των ασθενών. Αυτό συνεπάγεται μια εντελώς διαφορετική αντιμετώπιση, λόγω της κοινωνικο-οικονομικής ομάδας που βρίσκονται. Δεν είναι τυχαίο για τους φτωχούς η ανάρρωση μετά από μια επέμβαση να καθυστερεί περισσότερο ή και ακόμη μια αγωγή χρόνιας ασθένειας να είναι λιγότερο αποτελεσματική σε άτομα με ελλιπής στέγαση. Άρα η αντιμετώπιση των παραπάνω ανισοτήτων απαιτεί διατομεακές πολιτικές, ενδυνάμωση των κοινωνικών προσδιοριστών και απαραίτητως κοινωνική δικαιοσύνη. Οι πολιτικές δημόσιας υγείας, σύμφωνα με τα παραπάνω, κρίνεται αναγκαίο να στοχεύουν στην υγειονομική περίθαλψη και ειδικότερα στην βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και ευημερίας ενός πληθυσμού. Οι ανισότητες, όπως πρόσβασης στην υγεία, οικονομικές και πολιτισμικές πρέπει να εξαλειφθούν με μελέτη και σχεδιασμό των αρμόδιων πολιτικών φορέων (Dahlgren et al., 2006).

Σύμφωνα με τους Hood et al. (2016), η κατάσταση υγείας των ατόμων, δεν βασίζεται εξ ολοκλήρου στις υγειονομικές υπηρεσίες, αλλά διαμορφώνεται ευρύτατα και από παράγοντες οικονομικής και κοινωνικής φύσεως. Αυτοί οι παράγοντες αντιπροσωπεύουν το ατομικό ή οικογενειακό εισόδημα, την εργασία, την εκπαίδευση και τις κοινωνικές συνθήκες διαβίωσης. Για την τεκμηρίωση αυτής της σχέσης, μεταξύ των προαναφερθέντων παραγόντων και της διαμόρφωσης της υγείας των ατόμων, διεξήχθη μελέτη, η οποία αφορούσε τον πληθυσμό των αμερικανικών κομητειών. Συγκεκριμένα, η διεξαγωγή της μελέτης πραγματοποιήθηκε με την εφαρμογή του μοντέλου “County Health Rankings” (CHR). Με το συγκεκριμένο μοντέλο, πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση της υγείας στις αμερικανικές κομητείες, κάνοντας χρήση τεσσάρων παραγόντων οι οποίοι αφορούσαν το φυσικό περιβάλλον, την κλινική φροντίδα, τις συμπεριφορές υγείας και τις κοινωνικό-οικονομικές συνθήκες. Στόχος αυτής της έρευνας, ήταν η εμπειρική εκτίμηση του βαθμού επιρροής των παραγόντων προς τα αποτελέσματα υγείας, τα οποία, αφορούν την ποιότητα και το προσδόκιμο ζωής του κάθε ατόμου (Hood et al., 2016).

Το αποτέλεσμα της ανάλυσης ανέδειξε, ότι ο σημαντικότερος προσδιοριστής της υγείας είναι οι κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες, επηρεάζοντας περίπου στο 47% αποτελεσμάτων υγείας. Οι υπόλοιποι ακολουθούν ως εξής: 34% για τις συμπεριφορές υγείας, 16% για την κλινική φροντίδα και 3% για το φυσικό περιβάλλον. Τέλος, μέσα από αυτή τη μελέτη, υποστηρίζεται

ότι, για να βελτιωθεί η δημόσια υγεία, θα πρέπει να πραγματοποιηθούν επενδύσεις στο σύστημα υγείας καθώς και στην αντιμετώπιση των κοινωνικών ανισοτήτων. Επίσης τονίζεται, ότι για την βελτίωση της δημόσιας υγείας, ο σχεδιασμός και η εφαρμογή πολιτικών υγείας, θα δυναμώσουν τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας. Το αποτέλεσμα θα είναι, η μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων και η αύξηση του επιπέδου διαβίωσης του πληθυσμού, παρέχοντας έτσι ομαλή πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Hood et al., 2016).

Η καλή υγεία των ανθρώπων θεωρείται το απαραίτητο συστατικό στην καθημερινότητα τους, στην ευημερία και την κοινωνική ευελιξία τους. Από μόνη της, αποτελεί μια ισχυρή αξία και ασκεί επιρροή στις κοινωνικές, εργασιακές και εκπαιδευτικές επιδόσεις των ανθρώπων. Όταν υπάρχει η καλή υγεία, οι πιθανότητες ικανοποιητικής και παραγωγικής διαβίωσης των ανθρώπων αυξάνονται, ενώ όταν υπάρχει η κακή υγεία, οι πιθανότητες μειώνονται κατά πολύ. Παρόλα αυτά, ακόμη και στις χώρες του ΟΟΣΑ, οι ανισότητες στον τομέα υγείας συνεχίζουν να αποτελούν πρόβλημα, το οποίο είναι η αιτία της καθυστέρησης στην ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας για όλους. Σύμφωνα με την έκθεση του OECD (2019), σε ένα μεγάλο σύνολο χωρών του ΟΟΣΑ και της Ευρωπαϊκή Ένωσης (ΕΕ), η καταγραφή των διαφόρων ανισοτήτων στην υγεία, καθώς επίσης και στα συστήματα υπηρεσιών υγείας, λειτουργούν κατά των ευάλωτων ομάδων (OECD, 2019).

Επιπλέον, σύμφωνα με τα στοιχεία της έκθεσης, πολίτες με χαμηλότερο μορφωτικό και εισοδηματικό επίπεδο, εκδηλώνουν με μεγαλύτερη συχνότητα προβλήματα υγείας και μείωση της χρήσης πρόσβασης στις ηλεκτρονικές υπηρεσίες υγείας. Συγκεκριμένα, άτομα υψηλής μόρφωσης, παρουσιάζουν μικρότερα ποσοστά καπνίσματος και παχυσαρκίας, ενώ το αντίθετο συμβαίνει με τα άτομα χαμηλότερης μόρφωσης. Τα στοιχεία αυτά τεκμηριώνονται με ποσοστά, όπου για παράδειγμα στην κατηγορία ατόμων ανώτατης εκπαίδευσης με κακή υγεία κυμαίνονται στο 23%, ενώ στην κατηγορία ατόμων χαμηλής μόρφωσης με κακή υγεία, αγγίζει το 44%, δηλαδή σχεδόν το διπλάσιο. Παράλληλα, οι ανισότητες στην πρόσβαση υγείας για προληπτικές εξετάσεις πρόληψης και φροντίδας είναι ιδιαίτερος εμφανής. Αναφορικά, για τις εξετάσεις πρόληψης για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, η διαφορά στα ποσοστά του προ-συμπτωματικού ελέγχου ανέρχεται στις 17 ποσοστιαίες μονάδες μεταξύ των διαφορετικών εισοδηματικών ομάδων (OECD, 2019).

Ταυτόχρονα, σε ποσοστό του 26%, τα άτομα χαμηλών εισοδηματικών ομάδων στην ΕΕ, δήλωσαν ότι δεν κατέστη δυνατό να δεχθούν την απαραίτητη υγειονομική φροντίδα σε ζητήματα υγείας, λόγω της αδυναμίας να καλύψουν το οικονομικό κόστος των υπηρεσιών. Σε άτομα όμως, υψηλότερης οικονομικής ευχέρειας ανήλθε αντίστοιχα στο 8%. Πρόβλημα επίσης αποτελούν τα νοικοκυριά που είναι κάτω του ορίου της φτώχειας σε ποσοστό 30%, δεν μπορούν να καλύψουν τα έξοδα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Με βάση αυτά τα στοιχεία φαίνεται η σύνδεση που υπάρχει ανάμεσα στην οικονομική ευχέρεια του κάθε ατόμου και τη δυνατότητα ισότιμης πρόσβασης στα συστήματα υγείας (OECD, 2019).

Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, επήλθαν μετά τις πολιτικές λιτότητας που εφαρμόστηκαν και επηρέασαν τις κοινωνικές ανισότητες στον ελληνικό τομέα υγείας. Με την οικονομική ύφεση που περιήλθε η Ελλάδα, το αποτέλεσμα ήταν, να αυξηθούν τα ποσοστά ανεργίας, ενώ ταυτόχρονα μειώθηκαν οι δημόσιες δαπάνες. Επίσης, περικοπές πραγματοποιήθηκαν στην υγεία και στην κοινωνική πρόνοια, μειώνοντας περισσότερο την δυνατότητα πρόσβασης στην υγεία των ασθενέστερων ομάδων. Συγκεκριμένα, μέσα από τη μελέτη, αποκαλύφθηκε ότι τα άνεργα άτομα με τα οικογενειακά τους μέλη έμειναν χωρίς ολοκληρωμένη ιατρική ασφάλεια. Αυτό ήταν το αποτέλεσμα από την έλλειψη εργασίας, καθώς η υγειονομική περίθαλψη εξαρτάται κυρίως από αυτή. Μεταρρυθμίσεις που έχουν εφαρμοστεί για την πρόσβαση σε υπηρεσίες μονάδων υγείας, περιλάμβαναν τέλη χρήσης, αύξηση της οικονομικής συμμετοχής για φάρμακα και άλλα προϊόντα, διακοπή προγραμμάτων που παρασχέθηκαν σε ευάλωτες ομάδες συν την εμφάνιση μεγαλύτερων λιστών αναμονής στις νοσοκομειακές υπηρεσίες (Karanikolos & Kentekelis, 2016).

Αξίζει επίσης να αναφερθούν τα αποτελέσματα αυτής της κρίσης, όπως η αύξηση της θνησιμότητας, η βαρύτερη ψυχική και η σωματική καταπόνηση και επιπλέον η έκθεση σε επικίνδυνους παράγοντες κακής υγείας. Τα τελευταία σύγχρονα δεδομένα που αξιοποιήθηκαν στην μελέτη ήταν από μια έρευνα που αντιπροσώπευε έναν πληθυσμό. Η στατιστική της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η οποία και διέθεσε πρόσφατα δεδομένα ενός αντιπροσωπευτικού πληθυσμού, έδειξε πως η κατάρρευση των οικονομικών στην Ελλάδα εμπόδισε την πρόσβαση στην υγεία και ειδικότερα τις ευάλωτες ομάδες. Τα άτομα χαμηλού εισοδήματος, τα οποία ανέφεραν ανεκπλήρωτες ανάγκες σε ζητήματα ιατρικής υποστήριξης, εξαιτίας υψηλού

κόστους, κυμάνθηκαν από το 7% το 2008 στο 13,8% το 2013. Για τις ομάδες υψηλότερων εισοδημάτων δεν ίσχυσε το ίδιο, καθώς κυμαίνονταν σε συγκριτικά χαμηλότερα επίπεδα πριν και μετά την κρίση και εν τέλει παρέμειναν εκεί. Οπότε, παρατηρήθηκε ένας διπλασιασμός στο χάσμα, μεταξύ φτωχότερων και πλουσιότερων κοινωνικών ομάδων το χρονικό διάστημα μεταξύ του 2008-2013. Συνάμα, άτομα όπως οι χρήστες ουσιών και οι μετανάστες, επιβαρύνθηκαν περισσότερο από την περικοπή των κοινωνικών υπηρεσιών και προγραμμάτων πρόληψης. Συνεπώς, η οικονομική κρίση στην Ελλάδα, διεύρυνε τις κοινωνικές ανισότητες και ανέδειξε την επείγουσα ανάγκη για σχεδιασμό και εφαρμογή πολιτικών δράσεων στην κοινωνική προστασία και στην πρόσβαση για όλους στις υπηρεσίες υγείας. Μέτρα τα οποία πάρθηκαν για τον μετριασμό των συνεπειών, κατά της κρίσης και της λιτότητας ήταν πολύ λίγα και με καθυστέρηση στην εφαρμογή τους. Τελικά το ελληνικό κράτος υγείας και πρόνοιας δεν κατάφερε έως το έτος 2016 να επιφέρει την καθολική κάλυψη υγείας και ιδιαίτερα των ευάλωτων ομάδων όπως είχε υποσχεθεί (Karanikolos et al., 2016).

2.3 Τα οικονομικά εμπόδια στην πρόσβαση υγειονομικής φροντίδας

Όταν υπάρχει μεγάλη εξάρτηση των μονάδων υγειονομικής περίθαλψης προς τη αγορά, αυτό μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες στην πρόσβαση καθώς και στη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης διότι μπορεί να δημιουργήσει μεγαλύτερες ανισότητες. Οι άνθρωποι όταν βρίσκονται σε οικονομική δυσχέρεια, δεν έχουν την δυνατότητα να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια εγκαίρως ή να κατευθυνθούν προς διαγνωστικές εξετάσεις καθώς και στις απαραίτητες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Το πρόβλημα που επικρατεί στις κοινωνικά ευάλωτες ομάδες, είναι ότι επωμίζονται το κόστος των υπηρεσιών με πιθανότητα να αντιμετωπίσουν οικονομική απόκλιση και αποκλεισμό από βασικές υπηρεσίες υγείας. Τονίζεται ότι η ισότιμη πρόσβαση δεν μπορεί να στηριχτεί αποκλειστικά στους μηχανισμούς της αγοράς γιατί σύμφωνα με τη οικονομική ευχέρεια των ατόμων, θα μπορέσουν να προσφερθούν η απαραίτητες υπηρεσίες υγείας. Το αποτέλεσμα είναι οι κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες να αναπαραχθούν εκ νέου και στον τομέα υγείας, με αποτέλεσμα οι ευάλωτες ομάδες να

επιβαρυνθούν περισσότερο οικονομικά και περιορίζοντας την ύπαρξη της κοινωνικής δικαιοσύνης (Rice, 2006).

Η οικονομική κρίση που είχε περιέλθει η Ελλάδα επιδείνωσε σε σημαντικό βαθμό την πρόσβαση των ευάλωτων ομάδων στις υπηρεσίες υγείας, λόγω της μείωσης των κρατικών δαπανών στον τομέα της υγείας και του χαμηλότερου ΑΕΠ με αποτέλεσμα να μην υπάρχει ανταπόκριση του κρατικού συστήματος στις αυξημένες ανάγκες των πολιτών για υγειονομική φροντίδα. Σύμφωνα με τον Economidou (2015), με τον περιορισμό των οικονομικών τα νοικοκυριά χαμηλού εισοδήματος αδυνατούσαν να ανταπεξέλθουν στα έξοδα κάλυψης για ιδιωτικές υγειονομικές υπηρεσίες. Το αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης ήταν η συσσώρευση ανεκπλήρωτων αναγκών για ιατρικές εξετάσεις, μεγάλες λίστες αναμονής και η μεγάλη γεωγραφική απόσταση από τις δομές ιατρικών υπηρεσιών. Στην έκθεση του Economidou (2015), παρουσιάζονται στοιχεία τα οποία δείχνουν ότι ένα ποσοστό του συνολικού πληθυσμού με ανεκπλήρωτες ανάγκες για διεξαγωγή ιατρικών εξετάσεων εμφάνισε αύξηση από 5,4% όπου κυμαίνονταν το 2008 σε 9% το 2013. Για άτομα του χαμηλότερου εισοδηματικού πεντημορίου το ποσοστό αυξήθηκε από 8,7 σε 14,9% , ενώ για το υψηλότερο εισοδηματικό πεντημόριο κυμάνθηκε χαμηλότερα από 1,8% το 2008 σε 1,1% το 2013. Με βάση αυτά τα δεδομένα αποδεικνύεται ότι η διαφορά ανάμεσα στις οικονομικά ασθενέστερες ομάδες και τις οικονομικά ισχυρότερες αυξήθηκε κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης (Economidou, 2015).

Επίσης παρόμοιες ανισότητες καταγράφηκαν και στην εργασιακή κατάσταση, διότι παρατηρήθηκε ότι οι άνεργοι παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά σε ανεκπλήρωτες ανάγκες τους συγκριτικά με τους εργαζόμενους, αγγίζοντας το 11,7% το 2013 έναντι του 6,1% των εργαζομένων. Επιπλέον αυξημένα ποσοστά καταγράφηκαν και στους συνταξιούχους στο 11,3% και στα μη ενεργά άτομα 9,6%. Λαμβάνοντας υπόψιν τα συγκεκριμένα δεδομένα, ο Economidou (2015) υπογραμμίζει ότι η ανεργία είναι παράγοντας ο οποίος συμβάλει στον υγειονομικό αποκλεισμό, καθώς οι άνεργοι έχουν περισσότερα προβλήματα πρόσβασης από ότι οι εργαζόμενοι. Επιπροσθέτως, η έκθεση αναφέρει ότι οι πολίτες που στερούνται την ασφαλιστική κάλυψη υγείας είναι περίπου 2,5 εκατομμύρια και γι' αυτό το λόγο μειώθηκε επιπλέον η χρήση των υπηρεσιών υγείας. Βέβαια, αν και το 2014 πραγματοποιήθηκαν

νομοθετικές παρεμβάσεις για την επέκταση της κάλυψης των ανασφάλιστων πολιτών, υπήρχαν εμπόδια όπως διοικητικά, πολύπλοκες διαδικασίες πρόσβασης, υποχρεωτικές εγκρίσεις για νοσηλεία και οικονομική συμμετοχή στα φαρμακευτικά έξοδα. Έτσι, αυτοί οι περιορισμοί δυσκόλευαν ολοένα και περισσότερο την ισότιμη πρόσβαση στην υγεία και ειδικά τις οικονομικά και κοινωνικά ευάλωτες ομάδες (Economou, 2015).

2.4 Ο υγειονομικός αποκλεισμός των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων

Ο υγειονομικός αποκλεισμός αποτελεί απόρροια των κοινωνικών ανισοτήτων καθώς κάποιες κοινωνικές ομάδες αντιμετωπίζουν συνεχόμενα εμπόδια στην προσπάθεια πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Σύμφωνα με τους Peters et al. (2008), τα άτομα που διαθέτουν χαμηλό εισόδημα, δυσκολεύονται πολύ στην αναζήτηση και αξιοποίηση των υπηρεσιών φροντίδας, γεγονός που οδηγεί σε ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας, με αποτέλεσμα την επιδείνωση της γενικής κατάστασης της υγείας τους. Παράγοντες όπως οικονομική αδυναμία, γεωγραφική απόσταση που καταλήγει σε απομόνωση, δυσεύρετες διαθέσιμες υπηρεσίες και διοικητικοί περιορισμοί πρόσβασης συνδέονται αποκλειστικά μεταξύ τους. Υπάρχουν κοινωνικές ομάδες ενός κατώτερου οικονομικού εισοδήματος οι οποίες δεν χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες πρόληψης υγείας. Αυτό συμβαίνει διότι οι συγκεκριμένες ομάδες αδυνατούν να καλύψουν το κόστος μετακινήσεων για την αναζήτηση ιατρικής φροντίδας, όπως και τις πληρωμές διάφορων εξόδων που πρέπει να πραγματοποιηθούν (Peters et al., 2008).

Το αποτέλεσμα είναι, όταν εκδηλωθεί κάποιο πρόβλημα υγείας, δεν απευθύνονται εγκαίρως στις υπηρεσίες υγείας για να μην υπάρξει απουσία από την εργασία και απώλεια εισοδήματος. Γι' αυτό το λόγο οι ευάλωτες ομάδες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για κοινωνικό αποκλεισμό και νοσηρότητα. Επίσης, με την παρουσία του υγειονομικού αποκλεισμού η φτώχεια και η ασθένεια διαιωνίζονται, η παραγωγικότητα και εργασιακή απασχόληση των ατόμων μειώνεται και τελικά η πρόσβαση στην κατάλληλη φροντίδα περιορίζεται λόγω της οικονομικής δυσχέρειας. Σύμφωνα με όλα τα παραπάνω, τονίζεται ως μόνη λύση για την αντιμετώπιση τους είναι η εφαρμογή πολιτικών για καθολική κάλυψη υγειονομικής φροντίδας, οικονομική φροντίδα για τις ασθενέστερες οικονομικά ομάδες και περισσότερες διαθέσιμες

υπηρεσίες. Με αυτή την κρατική παρέμβαση θα μειωθούν οι κοινωνικές και υγειονομικές ανισότητες, έχοντας ως στόχο την διασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης όλων των πολιτών στις υγειονομικές υπηρεσίες. Εν κατακλείδι, οι Peters et al. (2008) αναφέρουν ότι σε αναπτυσσόμενες χώρες όπου υπάρχουν χαμηλού εισοδήματος πληθυσμοί, η χρήση των υπηρεσιών υγείας είναι περιορισμένη ακόμη και όταν οι ανάγκες υγείας είναι περισσότερες συγκριτικά με υψηλότερου εισοδήματος πληθυσμούς. Βάση έρευνας αποκαλύπτεται ότι το άμεσο κόστος των μετακινήσεων και της απαιτούμενης φροντίδας καθώς και η απώλεια των ενσήμων εργασίας, είναι αποτρεπτικοί παράγοντες ως προς την αναζήτηση υγειονομικής βοήθειας. Αυτό συνεπάγεται εξέλιξη νόσου σε προχωρημένο στάδιο με επακόλουθο κόστος σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο (Peters et al., 2008).

Κατά την άποψη του Ψημένου (2006) οι κοινωνικός αποκλεισμός θεωρείται η διαδικασία η οποία έχει περιοριστική επίδραση στην δυνατότητα ισότιμης συμμετοχής σε βασικούς κοινωνικούς θεσμούς και απόκτηση κοινωνικών αγαθών. Μέσω του ερευνητικού προγράμματος IAPASIS, ο συγγραφέας Ψημένος (2006) αναδεικνύει ότι κοινωνικές ομάδες όπως μετανάστες, υφίστανται σοβαρά εμπόδια στην πρόσβαση τους σε κοινωνικές υπηρεσίες με κύριες αιτίες τους θεσμικούς, διοικητικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Οι εν λόγω παράγοντες μειώνουν τις ευκαιρίες αυτών των ομάδων για κοινωνική ένταξη και ωφέλεια από τους διαθέσιμους μηχανισμούς υποστήριξης. Υπογραμμίζεται ιδιαίτερα η πιθανότητα περιθωριοποίησης των ευάλωτων ομάδων εξαιτίας της άνισης πρόσβασης στις κοινωνικές υπηρεσίες, με συνέπεια την συσσώρευση προβλημάτων στην καθημερινότητα τους. Μέσα από αυτά τα ευρήματα διαφαίνεται ιδιαίτερα η σημαντικότητα της κατανόησης του υγειονομικού αποκλεισμού, καθώς, όταν εμφανίζονται περιορισμοί πρόσβασης στις κοινωνικές δομές αυτοί μεταφέρονται και στις υγειονομικές υπηρεσίες, διαμορφώνοντας έτσι την μη ισότιμη φροντίδα υγείας των πολιτών (Ψημένος, 2006).

2.5 Οι γεωγραφικές και κοινωνικές ανισότητες στην πρόσβαση υγείας

Η γεωγραφική πρόσβαση, σχετίζεται άμεσα με την ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας καθώς η κατανομή των επαγγελματιών υγείας στις δομές της Ελλάδας επηρεάζει σε μεγάλο

βαθμό τη λήψη έγκαιρης και στοχευμένης φροντίδας στους πολίτες. Παρά την λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα, οι γεωγραφικές υγειονομικές ανισότητες συνεχίζουν να υπάρχουν και συνδέονται άμεσα με την άνιση κατανομή υπηρεσιών υγείας μεταξύ των αστικών, αγροτικών, ορεινών και νησιώτικων περιοχών. Η δυσχέρεια που προκαλείται από τις ανισότητες μεγάλη, τα προβλήματα πρόσβασης δημιουργούν εμπόδια με αποτέλεσμα οι πολίτες απομακρυσμένων περιοχών να αναγκάζονται σε μετακινήσεις προς εξειδικευμένες δομές υγείας μεγάλων αστικών κέντρων, ακόμη και για την κάλυψη τυπικών αναγκών υγείας. Αυτό αποκαλύπτεται με βάση στοιχεία που δημοσιεύονται στην έκθεση και κατατάσσουν την Ελλάδα στις υψηλότερες θέσεις μεταξύ ευρωπαϊκών χωρών ως προς την ευκολία γεωγραφικής πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας με ένα ποσοστό της τάξης του 97,2% του πληθυσμού να δηλώνει ότι δεν αποτελούν εμπόδιο η απόσταση και τα προβλήματα μετακίνησης στην αναζήτηση ιατρικής φροντίδας (Παπαθεοδώρου & Μουσιδου, 2011).

Παρόλα αυτά όμως, υπάρχει και ένα ποσοστό της τάξης του 2,8% των κατοίκων οι οποίοι δηλώνουν ότι η γεωγραφική απόσταση αποτελεί σημαντικό εμπόδιο, το οποίο βρίσκεται στο υψηλότερο ποσοστό για πολίτες των απομακρυσμένων και μειονεκτικών περιοχών. Βέβαια, αν και τα στοιχεία φανερώνουν μια σχετικά καλή εικόνα της Ελλάδας, οι τοπικές ανισότητες στην πρόσβαση εντοπίζονται εκεί, με την διαφορά όμως ότι δεν αποτυπώνονται πλήρως στους μέσους όρους σε εθνικό επίπεδο. Σύμφωνα με την έκθεση, επισημαίνεται ότι οι γεωγραφικές ανισότητες δεν εξαρτώνται μόνο από την απόσταση που πρέπει να διανυθεί αλλά και από την άνιση κατανομή των υγειονομικών πόρων και την τοποθέτηση των επαγγελματιών υγείας σε δομές υγειονομικής περίθαλψης. Με την υπάρχουσα μακροχρόνια συγκέντρωση των μονάδων υγείας στα μεγάλα αστικά κέντρα με τις εξειδικευμένες υπηρεσίες και μεθόδους ιατρικών παρεμβάσεων, έχει οδηγηθεί η ισότιμη πρόσβαση των πολιτών της περιφέρειας σε περιορισμό, οι οποίοι αναλαμβάνουν να επωμιστούν το κόστος των μετακινήσεων σε χρόνο, χρήμα και ιατροφαρμακευτικά έξοδα. Προτάσεις που μπορούν να δώσουν λύσεις με την μορφή παρεμβάσεων για την μείωση των γεωγραφικών ανισοτήτων είναι η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η καλύτερη κατανομή υπηρεσιών και η μεταφορά υγειονομικών πόρων προς την περιφέρεια (Παπαθεοδώρου κ.ά., 2011).

Οι αγροτικοί πληθυσμοί στη Ευρώπη αντιμετωπίζουν γεωγραφικές ανισότητες οι οποίες είναι από τους σημαντικότερους παράγοντες που επιδρούν στην ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, ειδικότερα για τους πληθυσμούς των απομακρυσμένων και αγροτικών περιοχών. Σύμφωνα με τους Dolan et al. (2025), οι εν λόγω πληθυσμοί εμφανίζουν μεγαλύτερη καταπόνηση από χρόνια νοσήματα καθώς και πολυνοσηρότητα, με ιδιαίτερες δυσκολίες πρόσβασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στην εξειδικευμένη υγειονομική περίθαλψη. Αυτό οφείλεται στη σύνδεση των δυσκολιών με την χαμηλή πυκνότητα υγειονομικών δομών, τις ελλείψεις επαγγελματιών υγείας και τις καθυστερημένες μετακινήσεις προς νοσοκομειακές δομές για την διάγνωση και θεραπεία των ασθενειών. Επίσης τονίζεται ότι, οι αγροτικές περιοχές της Ευρώπης, εμφανίζουν γηράσκοντα πληθυσμό με αυξημένες ανάγκες για ιατρική περίθαλψη, ενώ ταυτόχρονα προσπαθούν να επιλύσουν το πρόβλημα της στελέχωσης και διατήρησης επαρκούς ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Έτσι, με αυτή την άνιση κατανομή των επαγγελματιών υγείας συντηρούνται οι γεωγραφικές ανισότητες περιορίζοντας την πρόσβαση σε ποιοτικές, έγκυρες και αποτελεσματικές υπηρεσίες φροντίδας (Dolan et al., 2025).

Συγχρόνως με την έλλειψη των συγκοινωνιακών υποδομών, την μεγάλη απόσταση από εξειδικευμένες μονάδες υγείας, επηρεάζονται πολύ ηλικιωμένοι και άτομα με χρόνιες παθήσεις. Τα στοιχεία που διέθεσε η Eurostat για το 2020, αποκάλυψαν ότι το ποσοστό θνησιμότητας και ατυχημάτων στη γεωργία έχει υψηλότερο μέσο όρο από άλλες περιοχές. Είναι αναπόφευκτο οι γεωργοί να βιώνουν περισσότερη ψυχολογική πίεση και άγχος λόγω των αγροτικών εργασιών τους και αυτό συντελεί στα αυξημένα ποσοστά αυτοκτονιών. Δυστυχώς, υπάρχουν χώρες όπου τα ποσοστά αυτά αγγίζουν το 20% και είναι υψηλότερα του εθνικού μέσου όρου. Επίσης, τα υψηλά ποσοστά νοσηρότητας μεταξύ των αγροτών δεν αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά από υπηρεσίες γενικής και επαγγελματικής υγείας. Οι Dolan et al. (2025) ισχυρίζονται ότι η αντιμετώπιση των γεωγραφικών ανισοτήτων χρειάζεται πολιτικές ενίσχυσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας, αξιοποίηση της τηλεϊατρικής και της ψηφιακής υγείας, βελτίωση των υποδομών μεταφοράς και προσφορά κινήτρων προς τους επαγγελματίες υγείας για την αποδοχή και κάλυψη υγειονομικών θέσεων σε νοσοκομειακές μονάδες. Στόχος αυτών των παρεμβάσεων είναι η μείωση των γεωγραφικών ανισοτήτων, η

πρόσβαση στην καθολική πρόσβαση στην υγεία και η προώθηση της κοινωνικής δικαιοσύνης στις αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές της Ευρώπης (Dolan et al., 2025).

2.6 Οι επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής και στη δημόσια υγεία

Οι υγειονομικές ανισότητες έχουν την τάση να συνδέονται με τις διαφορές στο επίπεδο υγείας και ομοίως με τις διαφορές στην φροντίδα υγείας. Σύμφωνα με τους Σπαπή, Αποστολάκη και Σαράφη (2024) για να υπάρξει ισότητα στη φροντίδα πρέπει να υπάρξει μέριμνα για ίση ενημέρωση, ίση ποιότητα φροντίδας, ίσες επιλογές και με ισότιμη πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών για ίση ανάγκη. Όσον αφορά τα άτομα με αναπηρία συναντούν περισσότερες υγειονομικές ανισότητες σχετικά με τον γενικό πληθυσμό και αποτυπώνονται σε δείκτες νοσηρότητας, θνησιμότητας καθώς και λειτουργικότητας. Οι δημιουργία και η διαμόρφωση αυτών των ανισοτήτων γίνεται μέσα από δομικούς κοινωνικούς παράγοντες, κοινωνικούς προσδιοριστές υγείας, παράγοντες κινδύνου και φραγμούς που βρίσκονται στο ίδιο σύστημα υγείας. Όμως το δικαίωμα στην υγεία διασφαλίζεται με την εξάλειψη των υγειονομικών ανισοτήτων καθώς και την καταπολέμηση των φραγμών στην πρόσβαση για την σωστή λειτουργία των συστημάτων υγείας (Σπαπή, Αποστολάκης & Σαράφης, 2024).

Συγκεκριμένα οι φραγμοί σχετίζονται με την εφαρμοζόμενη κρατική πολιτική και την νομοθεσία, την οικονομική ενίσχυση των υπηρεσιών υγείας, την έλλειψη συντονισμού μεταξύ των υγειονομικών δομών και την κατάρτιση του ανθρώπινου δυναμικού μειώνοντας έτσι την ποιοτική παροχή φροντίδας. Αυτό συνεπάγεται, μείωση της εμπιστοσύνης των πολιτών στις υπηρεσίες εγκαταλείποντας την προσπάθεια αναζήτησης για έγκαιρη και αποτελεσματική φροντίδα. Συγκεκριμένα, όταν υπάρχουν οικονομικοί περιορισμοί και ελλιπής χρηματοδότηση μπορεί να συμβεί αποκλεισμός στην πρόσβαση για πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία, ιδιαίτερα για τις ευάλωτες ομάδες. Παράλληλα με την απουσία συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και τις διαφορετικές βαθμίδες περίθαλψης μπορεί να προκληθούν καθυστερήσεις στην αντιμετώπιση περιστατικών υγείας και αύξηση του κόστους στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Συνεπώς, για να γίνει σωστή αντιμετώπιση όλων των παραπάνω, πρέπει να ενισχυθεί η καθολική προσβασιμότητα, ο αποτελεσματικός σχεδιασμός υπηρεσιών, η

αξιοποίηση της τηλεϊατρικής και των ψηφιακών τεχνολογιών, η εφαρμογή των μέσων επικοινωνίας στις ανάγκες των πολιτών και συνεχόμενη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας. Με την εφαρμογή αυτών των παρεμβάσεων μπορεί να επιτευχθεί η μείωση των ανισοτήτων και η διασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης για όλους τους πολίτες (Σπαπή κ.ά., 2024).

Σε έρευνα που διεξήχθη από τους Xu et al, 2003, πραγματοποιήθηκε ανάλυση στοιχείων από 59 χώρες για την διερεύνηση της οικονομικής επιβάρυνσης που υφίσταντο τα νοικοκυριά από τις ιατροφαρμακευτικές δαπάνες. Ορίστηκε ως «καταστροφική δαπάνη υγείας» η κατάσταση των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών παροχής υγειονομικών υπηρεσιών υπερβαίνοντας το 40% της οικονομικής ευχέρειας πληρωμής ενός νοικοκυριού, με προτεραιότητα πάντα την κάλυψη των αναγκών διαβίωσης. Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, γίνεται αντιληπτή η δυσμενής οικονομική θέση που μπορούν να περιέλθουν τα νοικοκυριά, όταν οι δαπάνες υγείας είναι υψηλές και ο κίνδυνος αντιμετώπισης φτώχειας που μπορεί να αντιμετωπίσουν (Xu et al., 2003). Επιπλέον, η ανάλυση έδειξε ότι οι άμεσες πληρωμές των ατόμων μπορούν να οδηγήσουν σε καταστροφικές δαπάνες υγείας, όπου μια αύξηση κατά 1% του ποσοστού των ιδιωτικών πληρωμών σχετίζεται με 2.2% περίπου αύξηση του ποσοστού των νοικοκυριών που επιβαρύνθηκαν από τις καταστροφικές δαπάνες υγείας (Xu et al., 2003).

Επίσης, με ποσοστό 1% αύξησης της φτώχειας συσχετίστηκε ποσοστό 0,2% αύξηση των καταστροφικών δαπανών. Εντωμεταξύ, αντίστοιχη αύξηση σημειώθηκε σε ποσοστό 1% των ολικών δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ όπου συνδέθηκε με αύξηση ποσοστού 1.6% περίπου του ιδίου φαινομένου. Με την βοήθεια του στατιστικού μοντέλου ερμηνεύτηκε το 77.2% της διακύμανσης που παρουσιάζεται μεταξύ των χωρών, δίνοντας το συμπέρασμα της σημαντικότητας των επιδράσεων που ασκούνται από τους προαναφερόμενους παράγοντες. Υποστηρίζεται ότι, ο μόνος τρόπος προστασίας των νοικοκυριών από τις καταστροφικές δαπάνες υγείας είναι η μείωση των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών, με την εφαρμογή των μηχανισμών προπληρωμής, όπως η κοινωνική ασφάλιση και η φορολογική χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Επιπρόσθετα, οι συγγραφείς τονίζουν ότι με την μείωση των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών τουλάχιστον σε ποσοστό 15% των ολικών δαπανών υγείας, μειώνεται και η πιθανότητα επιβάρυνσης καταστροφικών δαπανών στα νοικοκυριά. Και σε αυτήν την

περίπτωση, παρατηρείται η σημαντικότητα της ενίσχυσης της καθολικής χρηματοοικονομικής προστασίας ως προϋπόθεση της μείωσης των υγειονομικών και κοινωνικών ανισοτήτων για την καθολική πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες (Xu et al., 2003).

3. Οι ανισότητες πρόσβασης σε ομάδες χαμηλού εισοδήματος

Η φτώχεια συγκαταλέγεται σε έναν από τους σημαντικότερους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας, διότι η διαμόρφωση των συνθηκών διαβίωσης, της πρόσβασης σε απαραίτητους πόρους και των ευκαιριών διατήρησης και προαγωγής της υγείας, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από αυτή. Γνωρίζοντας ότι οι κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες δεν υπάρχουν τυχαία ως ένα φαινόμενο, η διαμόρφωση τους εξαρτάται από τις πολιτικές και οικονομικές επιλογές, επηρεάζοντας την απασχόληση, το εισόδημα και την κοινωνική προστασία. Η οικονομική ανασφάλεια και η μειωμένη πρόσβαση σε κοινωνικούς πόρους συνδέονται και επιφέρουν αρνητικά αποτελέσματα στην ψυχική και σωματική υγεία, γιγαντώνοντας έτσι τις ανισότητες μεταξύ των κοινωνικών ομάδων. Επομένως, για την προώθηση της κοινωνικής δικαιοσύνης κρίνεται απαραίτητη προϋπόθεση η αντιμετώπιση της φτώχειας και επίσης των κοινωνικών ανισοτήτων (Crawshaw, Gray, Haighton, & Lloyd, 2024).

3.1 Η φτώχεια ως σημαντικός κοινωνικός προσδιοριστής της υγείας

Οι κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες μπορούν να επιβαρύνουν τα άτομα στη διατήρηση ενός καλού επιπέδου υγείας και να τα επηρεάζουν στην αποτελεσματική αξιοποίηση των διαθέσιμων υγειονομικών υπηρεσιών. Σύμφωνα με την οικονομική κατάσταση των ατόμων, θα υπάρχει πρόσβαση σε πόρους, υπηρεσίες, ευκαιρίες που μπορούν να βλάψουν την υγεία τους. Ομάδες χαμηλού κοινωνικού και οικονομικού επιπέδου, συνήθως βρίσκονται αντιμέτωποι με μεγάλο κίνδυνο αποκλεισμού επειδή η πρόσβαση τους στις υγειονομικές υπηρεσίες εξαρτάται από την οικονομική ευχέρεια τους. Όταν γίνεται αναφορά στη φτώχεια, δεν είναι μόνο για χαμηλό εισόδημα, αλλά και στην συνολική επίδραση των συνθηκών διαβίωσης, της πρόληψης και της έγκαιρης αναζήτησης φροντίδας και ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης. Γι' αυτό το λόγο, ο Rice θεωρεί ότι οι μηχανισμοί της αγοράς εναρμονίζονται και λειτουργούν για την αναπαραγωγή ανισοτήτων στον τομέα υγείας. Συνεπώς, κρίνεται αναγκαίο να αναπτυχθούν πολιτικές που θα ενισχύσουν τη κοινωνική προστασία των ατόμων και την ισότιμη πρόσβαση τις υπηρεσίες υγείας (Rice, 2006).

Οι κοινωνικοί παράγοντες όταν εμπλέκονται στη διαμόρφωση της κοινωνικο-οικονομικής διαβάθμισης, παίζουν σημαντικό ρόλο στη ευημερία και τις ικανότητες των ατόμων. Συγκεκριμένες στρατηγικές μπορούν να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση αυτών των κοινωνικών παραγόντων με σκοπό την ψυχική ευρωστία ενός πληθυσμού και τη μείωση των ανισοτήτων. Στρατηγικές αυτού είδους, εστιάζουν στην καλυτέρευση των ανθρώπινων συνθηκών διαβίωσης, υπό τις οποίες τα άτομα βρίσκονται από τη στιγμή της γέννησης τους, την ανάπτυξη τους, της καθημερινής επιβίωσης τους, της ενασχόλησης με την εργασία τους και το γήρας. Γι' άλλη μια φορά, οι οικονομικοί παράγοντες επεμβαίνουν στον άνθρωπο, αλλά σε άλλο τύπο υγείας, την ψυχική υγεία η οποία κλονίζεται (WHO, 2014).

Βάση ισχυρών ενδείξεων, συνήθεις ψυχικές διαταραχές όπως άγχος και κατάθλιψη, κατανέμονται σύμφωνα με το εισόδημα. Οι πληθυσμοί, οι οποίοι παρουσιάζουν οικονομική διαβάθμιση σε οικονομικό μειονέκτημα, έχουν τις κοινές ψυχικές διαταραχές. Οι φτωχοί άνθρωποι είναι αυτοί που υποφέρουν περισσότερο και δυσανάλογα από τις αρνητικές συνέπειες της φτώχειας από ότι οι πλουσιότεροι. Από επιδημιολογική βιβλιογραφία παρουσιάστηκε συστηματική ανασκόπηση για τις ψυχικές διαταραχές και τη φτώχεια, σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα. Διαπιστώθηκε ότι από τις 115 μελέτες που εξετάστηκαν άνω του 70% αυτών ανέφερε συσχετίσεις μεταξύ της φτώχειας και των ψυχικών διαταραχών. Κάποιες μελέτες αναφέρουν ότι το οικονομικό χρέος των ανθρώπων χαμηλού εισοδήματος παρουσιάζει έντονη συσχέτιση με ψυχικές διαταραχές. Επιπλέον μελέτη πληθυσμού σε Αγγλία, Ουαλία και Σκωτία διαπίστωσε ότι όσο μεγαλύτερο οικονομικό χρέος είχαν οι άνθρωποι, τόσο μεγαλύτερη ήταν η πιθανότητα εκδήλωσης ψυχικής διαταραχής (WHO, 2014).

Παράλληλα, η Ευρωπαϊκή ανασκόπηση δημογραφικών ερευνών, διαπίστωσε επίσης ότι οι κοινές ψυχικές ασθένειες συνδέονται με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, υλική μειονεξία καθώς και ανεργία. Ενώ για τους ηλικιωμένους διαπίστωσε ότι συνδέονται με την κοινωνική απομόνωση. Τέλος θα μπορούσαμε να πούμε ότι η σχέση μεταξύ ψυχικών διαταραχών και κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης λειτουργεί αμφίδρομα. Δηλαδή οι ψυχικές διαταραχές, οδηγούν στη μείωση της εργασίας και του εισοδήματος και εδραιώνεται κατά αυτόν τον τρόπο η φτώχεια, με συνέπεια την πιθανότητα ψυχικής διαταραχής. Σύμφωνα με την έκθεση, ευάλωτες ομάδες πληθυσμού όπως ηλικιωμένοι, άνεργοι, παιδιά και μετανάστες, πολύ συχνά

βιώνουν έντονα την αυξημένη ψυχολογική πίεση, καθώς και την μειωμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής φροντίδας. Επίσης, η έκθεση υπογραμμίζει πως για την προαγωγή της ανθρώπινης ψυχικής υγείας, απαιτούνται ενέργειες από την πολιτεία για την ενίσχυση της ισότητας και πρόσβασης σε υποστηρικτικές μονάδες υγείας. Από τα παραπάνω λοιπόν προκύπτει ότι η πρόληψη των κοινωνικών ανισοτήτων θεωρείται αναγκαία, προκειμένου να βελτιωθεί η ψυχική υγεία των ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων (WHO, 2014).

3.2 Η κοινωνική πρόνοια και η κοινωνική δικαιοσύνη στην υγεία

Η σχέση που υπάρχει μεταξύ των κρατών κοινωνικής πρόνοιας και των κοινωνικών ανισοτήτων δείχνει ότι με την κατανόηση των ανθρώπινων αναγκών από τους αρμόδιους των κρατικών φορέων, οι πολίτες μπορούν να έχουν ίσα δικαιώματα πρόσβασης υγείας. Τα Σκανδιναβικά κράτη κοινωνικής πρόνοιας διαθέτουν υψηλή κοινωνική προστασία προς το κοινωνικό σύνολο και γι' αυτό το λόγο χαρακτηρίζονται κράτη πρόνοιας. Η κατανομή των κοινωνικών παροχών είναι καθολικοί προς όλες τους πολίτες και αυτό το λόγο γενικά παρουσιάζουν καλύτερους δείκτες δημόσιες υγείας. Ωστόσο, στην δημόσια υγείας τους επικρατεί και ένα παράδοξο, καθώς δεν είναι πάντοτε μικρότερες οι κοινωνικές ανισότητες στα συστήματα υγείας τους συγκριτικά με άλλες ευρωπαϊκές χώρες (Bambra, 2011).

Για τη ερμηνεία αυτού του παράδοξου φαινομένου, αξιοποιήθηκαν διάφορες θεωρίες ανισοτήτων στην υγεία. Αναφορικά αυτές που αξιοποιήθηκαν ήταν η υλιστική, η ψυχοκοινωνική, η πολιτισμική-συμπεριφορική και η θεωρία της πορείας ζωής. Σημαντικό σημείο της μελέτης αποτελεί ότι οι ανισότητες στην υγεία επηρεάζονται και από άλλους παράγοντες πέραν της κοινωνικής πρόνοιας όπως πολιτισμούς και κοινωνικούς παράγοντες. Ταυτόχρονα ταυτίζεται ότι οι ανισότητες έχουν την ικανότητα να παραμένουν υψηλές έστω και αν το επίπεδο υγείας των κοινωνικών ομάδων βελτιώνεται. Όμως η απαίτηση βαθύτερης κατανόησης του τρόπου λειτουργίας των κοινωνικών και πολιτικών μηχανισμών που διαμορφώνουν τις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία επηρεάζοντας την υγεία στις σύγχρονες κοινωνίες (Bambra, 2011).

Σύμφωνα με το άρθρο του περιοδικού Το Βήμα του Ασκληπιού (2006), οι ανισότητες στην υγεία αποτελούν ένα πολύπλοκο κοινωνικό φαινόμενο το οποίο είναι αλληλένδετο με την καθημερινότητα και τις συνήθειες των ατόμων. Η πολυπλοκότητα και ο αριθμός των παραγόντων που προκαλούν ανισότητες στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης δεν μπορούν να υπερνικηθούν. Σημαντικός παράγοντας που πρέπει να μελετηθεί είναι η επίδραση των πολιτικών αξιών όπως και τη θρησκείας. Μέσα από τις πολιτισμικές αξίες, διαπλάθεται η μορφή της οργάνωσης της κοινωνίας στην ανθρώπινη συμπεριφορά σε θέματα υγείας καθώς και η αντίληψη και αντιμετώπιση σε ζητήματα υγείας και ασθένειας. Γι' αυτό το λόγο, παγκόσμια οργάνωση υγείας στη Διακήρυξη του 1998 με θέμα «Υγεία για όλους στο 21^ο αιώνα» ο πρώτος στόχος που έθεσε, ήταν η αντιμετώπιση των ανισοτήτων μέσω του κοινωνικού ιστού και της κοινωνικής αλληλεγγύης. Είναι αναφαίρετο δικαίωμα του καθενός για επαρκή υγιεινή διατροφή, κατοικία, εργασία, υγειονομική κάλυψη. Στις εκθέσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας τονίζεται, ότι η καλή υγεία προϋποθέτει την ύπαρξη κοινωνικής δικαιοσύνης, ισοτιμίας, ίση ποιότητα φροντίδας για όλους και ίση χρήση για τις ίδιες ανάγκες. Ωστόσο, παράγοντες όπως το φύλο, γεωγραφική περιοχή κατοικίας, πολιτισμικές διαφορές. Παράλληλα, ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο ρόλος των νοσοκομείων, καθώς μέσα του εξειδικευμένου προσωπικού και των τεχνολογικών εξοπλισμών που διαθέτουν, πετυχαίνουν να συμβάλλουν ουσιαστικά στη βελτίωση της πρόσβασης και της φροντίδας των χρηστών (Χατζηπουλίδης, 2006).

Τονίζεται όμως ότι για την σωστή αντιμετώπιση των ανισοτήτων απαιτείται συνεργασία μεταξύ κράτους, υπηρεσιών υγείας και κοινωνίας. Έννοιες όπως κοινωνική αλληλεγγύη, ισότιμη κατανομή πόρων και ανάπτυξη ανθρωποκεντρικών πολιτικών, αποτελούν τους βασικούς άξονες για την προαγωγή της δημόσιας υγείας και διασφάλισης ίσων ευκαιριών φροντίδας. Άρα, η δράση για τον περιορισμό των ανισοτήτων αδυνατεί να υπάρξει μόνο από τον κρατικό μηχανισμό ενός κράτους. Είναι αναγκαίο να κινητοποιηθεί και η κοινωνία με την έκφραση της κοινωνικής αλληλεγγύης και αλληλοβοήθειας μεταξύ των πολιτών. Για τη καταπολέμηση των ανισοτήτων χρειάζονται πολλές δράσεις στην πολιτική, την στέγαση, το κάπνισμα, την νομοθεσία, τα οικονομικά μέτρα αλλά στην οργάνωση του τομέα υγείας (Χατζηπουλίδης, 2006).

3.3 Οι οικονομικές ανισότητες και ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας

Οι οικονομικές ανισότητες επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών, καθώς πληθυσμοί χαμηλής οικονομικής τάξης βρίσκονται σε δυσμενέστερη θέση πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Οι ανάγκες υγείας συμπεριλαμβάνονται στο γενικό κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον και δίνεται να ικανοποιηθούν μέσα από τη συνεργασία του τομέα υγείας και των πολιτικών στρατηγικών του κράτους. Οι ανάγκες για φροντίδα όμως πραγματοποιούνται εξολοκλήρου από το σύστημα υγείας. Συνεπώς ως μη ικανοποιημένες ανάγκες φροντίδας υγείας ορίζονται οι διαστάσεις που υπάρχουν μεταξύ των απαιτούμενων υπηρεσιών που πρέπει να παρέχονται σε ένα πρόβλημα υγείας και των λαμβανόμενων παροχών με συνέπεια την επιδείνωση της κατάστασης υγείας του ασθενούς και τελικά την αύξηση της θνησιμότητας. Σύμφωνα με τους Μπουραζάνη και Κωνσταντινίδη (2022), οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας σχετίζονται πρωτίστως με το οικονομικό κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών, την απόσταση του τόπου κατοικίας από τις νοσοκομειακές δομές και τον χρόνο αναμονής για την λήψη ιατρικών υπηρεσιών. Μεγαλύτερη επιβάρυνση υπάρχει στα χαμηλόμισθα άτομα, χωρίς ασφαλιστική κάλυψη και μορφωτικό επίπεδο. Αξιοσημείωτο είναι ότι τα άτομα που δεν έχουν ολοκληρώσει την δευτεροβάθμια εκπαίδευση, παρουσιάζουν προσδόκιμο ζωής μικρότερο κατά έξι έτη και με περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες πρόληψης και εξειδικευμένης υγειονομικής παρακολούθησης και φροντίδας. Σύμφωνα με στοιχεία, οι χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις εμφανίζουν μειωμένη πρόσβαση σε εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας και υπηρεσίες σε σύγκριση με γενικό-οικογενειακό γιατρό (Μπουραζάνη & Κωνσταντινίδη, 2022).

Σύμφωνα με έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ποσοστό άνω του 25% των ενηλίκων αναφέρει την παρουσία εμποδίων στην πρόσβαση υγείας, με ένα ποσοστό στο 28% αυτών να το αποδίδει στο οικονομικό κόστος, στην γεωγραφική θέση και απόσταση του τόπου κατοικίας και στον χρόνο αναμονής μέχρι την ολοκλήρωση των ιατρικών εξετάσεων. Με ποσοστό χαμηλότερο του 5% δίνεται η πιθανότητα να επιδιώξουν επίσκεψη σε γενικό ιατρό άτομα χαμηλότερου οικονομικού επιπέδου, σε σύγκριση με άτομα υψηλότερου, δηλαδή 67% έναντι 72%. Παράλληλα διαφορά εντοπίζεται και στην επιδίωξη επίσκεψης σε εξειδικευμένο ιατρό με αυξημένο ποσοστό διαφοράς στο 12% δηλαδή 39% έναντι 51%. Σε

ποσοστό 6% βρίσκονται τα άτομα ασθενέστερων οικονομικών ομάδων που δεν λαμβάνουν εγκαίρως ιατρικά φροντίδα έναντι του 2% των ισχυρότερων οικονομικά ομάδων. Τέλος, όσον αφορά τις ανεκπλήρωτες ανάγκες με αιτία το χρόνο αναμονής, αυτές κυμαίνονται στο 18% των ενηλίκων στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης όπου και αναδεικνύεται ότι οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες ενοχοποιούνται για την ύπαρξη και συντήρηση των εμποδίων στην πρόσβαση υπηρεσιών υγείας (Μπουραζάνη κ.ά., 2022).

Τα αυτοαναφερόμενα δεδομένα που αφορούν τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας, τα χρησιμοποιούν ευρέως στην διεθνή βιβλιογραφία, διότι δεν βασίζονται μόνο στην χρήση των υπηρεσιών υγείας, αλλά αποτυπώνουν την ατομική εκτίμηση του καθενός για την κατάσταση υγείας του, και τις ανάγκες για ιατρική φροντίδα που εκκρεμούν. Είναι μια ιδιαίτερη χρήσιμη προσέγγιση, λόγω του ότι τα δεδομένα συλλέγονται με ευκολία μέσω ερευνών και επιτρέπουν την καλύτερη κατανόηση των εμποδίων που έχουν να ξεπεράσουν οι πολίτες κατά την πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες. Η μεγαλύτερη πραγματοποίηση των ερευνών έχει λάβει μέρος σε χώρες υψηλού ή μεσαίου οικονομικού επιπέδου και διερευνήθηκε η σύνδεση μεταξύ των αναγκών υγείας, των κοινωνικοοικονομικών ή δημογραφικών χαρακτηριστικών (Maslyankov, 2024).

Με βάση τα ευρήματα που προέκυψαν, μεγαλύτερη πιθανότητα για εκδήλωση ανεκπλήρωτων αναγκών παρουσιάζεται σε άτομα με κατώτερη αυτοαντιλαμβανόμενη κατάσταση υγείας όπως άνεργοι, γυναίκες, μετανάστες καθώς και άτομα με αναπηρία ή χρόνια νοσήματα, χαμηλή εκπαίδευση και αγρότες απομακρυσμένων περιοχών. Συνάμα, μέσα από διακρατικές συγκρίσεις αποκαλύπτεται ότι οι ανεκπλήρωτες ανάγκες τείνουν να είναι συχνότερες σε χώρες όπου υπάρχουν χαμηλά εισοδήματα, όπως και σε συστήματα υγείας όπου οι άμεσες ιδιωτικές πληρωμές αποτελούν το υψηλότερο ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία. Ταυτόχρονα επισημαίνεται ότι, η Νοτιοανατολική Ευρώπη είναι μια περιοχή με περιορισμένες έρευνες και παρόλες τις μεταρρυθμίσεις των τελευταίων δεκαετιών, εξακολουθούν να εμφανίζουν αποκλίσεις σχετικά με τις χώρες της Δυτικής Ευρώπης στην ισότιμη πρόσβαση και τα αποτελέσματα υγείας (Maslyankov, 2024).

3.4 Η οικονομική ανασφάλεια και οι επιπτώσεις στην ψυχική υγεία

Οι κοινωνικοί προσδιοριστές της ψυχικής υγείας είναι ένα σύστημα ποικίλων διαστάσεων στο οποίο συμμετέχουν παράγοντες αλληλεπιδρώντας μεταξύ τους και αυτό αναδεικνύεται μέσα από το εννοιολογικό πλαίσιο το οποίο προτάθηκε από τους Lud et al (2018). Οι σημαντικότεροι κοινωνικοί προσδιοριστές οργανώνονται από τους συγγραφείς σε πέντε βασικούς τομείς οι οποίοι είναι οι εξής: Οι δημογραφικοί παράγοντες, οι οικονομικές συνθήκες, τα χαρακτηριστικά της γειτονιάς, πολιτισμικοί ή κοινωνικοί παράγοντες και τα περιβαλλοντικά γεγονότα. Το συγκεκριμένο εννοιολογικό πλαίσιο αναπτύχθηκε βασιζόμενο σε επιδημιολογικά δεδομένα και χαρτογραφήθηκε σε σχέση με τους Στόχους Βιώσιμης Ανάπτυξης (ΣΔΓς). Σκοπός ήταν η αποτύπωση της συμβολής των κοινωνικών συνθηκών στην εμφάνιση και την πρόληψη των διαφόρων ψυχικών διαταραχών. Η άποψη των συγγραφέων είναι ότι οι κοινωνικοί προσδιοριστές επηρεάζουν την ανθρώπινη ψυχική υγεία έμμεσα και άμεσα. Οι πλησιέστεροι (proximal) παράγοντες που αφορούν τις καθημερινές ενέργειες και αλληλεπιδράσεις του ατόμου με το άμεσο περιβάλλον έχοντας την δυνατότητα να αυξήσουν ή να μειώσουν την τάση εκδήλωσης ψυχικών διαταραχών (Lud et al., 2018).

Αντιθέτως, οι απομακρυσμένοι (distal) παράγοντες θεωρούνται ότι έχουν σχέση με τις ποικίλες κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές δομές, μέσα από τις οποίες διαμορφώνονται οι συνθήκες διαβίωσης όπου και επηρεάζουν άμεσα την ψυχική υγεία μέσω πλησιέστερων παραγόντων. Λαμβάνοντας υπόψιν αυτή την προσέγγιση αποδεικνύεται ότι οι ψυχικές διαταραχές δεν υπάρχουν ως αποτέλεσμα μόνο των χαρακτηριστικών του κάθε ατόμου, αλλά επηρεάζονται και από το ευρύτερο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον. Βάσεις που χρησιμοποιήθηκαν για την ανάπτυξη του πλαισίου μέσω συστηματικής ανασκόπησης της βιβλιογραφίας είναι οι PubMed, PsycINFO και scopus. Οι στρατηγικές αναζήτησης σχεδιάστηκαν με τέτοιο τρόπο, ώστε να μπορούν να καλύψουν το σύνολο των κοινωνικών προσδιοριστών ψυχικής υγείας. Τέλος, υπογραμμίζεται ο ρόλος που παίζουν οι κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες στην προστασία, πρόληψη και προαγωγή της ψυχικής υγείας και επίσης στην κατανόηση της επίδρασης των κοινωνικών προσδιοριστών στην ψυχική υγεία (Lud et al., 2018).

Με την πανδημία COVID-19 αναδείχθηκαν και ενισχύθηκαν οι κοινωνικές και υγειονομικές ανισότητες που πάντα προϋπήρχαν. Τα χαμηλόμισθα άτομα και με περιορισμένο μορφωτικό επίπεδο, βρέθηκαν αντιμέτωποι με πολλές δυσκολίες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Όσον αφορά την εφαρμογή των μέτρων της δημόσιας υγείας δεν επηρέασε κατά τον ίδιο τρόπο όλες τις κοινωνικές ομάδες. Ευάλωτοι πληθυσμοί όπως οι μειονότητες και οι μετανάστες, βρέθηκαν αντιμέτωποι με φαινόμενα περιθωριοποίησης, κοινωνικού αποκλεισμού και πολλές δυσκολίες κάλυψης βασικών καθημερινών αναγκών. Επιπλέον, λόγω της αυξανόμενης προσέλευσης ασθενών στις υγειονομικές μονάδες περίθαλψης, υπήρξε υπερφόρτωση των συστημάτων υγείας και αυτό είχε ως αποτέλεσμα την καθυστέρηση φροντίδας σε άτομα με χρόνια νοσήματα. Η ψυχική υγεία των πληθυσμών επιβαρύνθηκε περαιτέρω με την αύξηση της ανεργίας, της άτυπης απασχόλησης και της αβεβαιότητας σε οικονομικό επίπεδο. Επίσης, λόγω της πανδημίας, η κοινωνική απομόνωση ώθησε σε πολλές ψυχικές διαταραχές, ενδοοικογενειακής βίας, διατροφικά προβλήματα και μειωμένη πρόσβαση των ηλικιωμένων σε υπηρεσίες όπως η τηλεϊατρική. Γι' αυτό το λόγο, με την εκδήλωση των επιπτώσεων, εφαρμόστηκαν μέτρα κοινωνικής προστασίας που αφορούσαν την εργασιακή απασχόληση την οικονομική ενίσχυση των ευάλωτων ομάδων, την στήριξη ανέργων και των οικογενειών τους, τη στέγαση, την υγεία και την πρόνοια. Αυτά τα μέτρα στόχευαν στον περιορισμό των ανισοτήτων και στη διασφάλιση πρόσβασης των πολιτών κατά τη διάρκεια της πανδημίας (Γάτου, Αποστολάκης & Σαράφης, 2023).

3.5 Το αντίκτυπο της φτώχειας στην ανθρώπινη υγεία

Η φτώχεια θεωρείται ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες επιρροής στην υγεία των πολιτών και επιπλέον από τους βασικότερους κοινωνικούς προσδιοριστές υγείας. Ο ρόλος της είναι καταλυτικός καθώς συνδέεται άμεσα με δυσμενείς επιπτώσεις στην σωματική και ψυχική υγεία. Η επιβάρυνση της υγείας προέρχεται συνήθως από το έντονο στρες μέσα από συνθήκες οι οποίες δημιουργούνται από την αύξηση της ανεργίας, την εργασιακή και εισοδηματική ανασφάλεια, οι οποίες επηρεάζουν αρνητικά την υγεία με εκδήλωση επιβαρυντικών συμπεριφορών όπως υιοθέτηση του καπνίσματος, κατανάλωση αλκοόλ και χρήση

εξαρτησιογόνων ουσιών. Με την ύπαρξη της οικονομικής δυσχέρειας στα νοικοκυριά, υπάρχει άμεση σύνδεση με την αυξημένη συχνότητα καρδιαγγειακών νοσημάτων και με αυξημένα επίσης ποσοστά θνησιμότητας. Παράγοντες όπως ανεργία και οικονομικές κρίσεις βρέθηκαν σε συσχέτιση με την αύξηση καρδιαγγειακών επεισοδίων, με κύρια αιτία το χρόνιο άγχος και τις δυσμενείς συνθήκες διαβίωσης. Επίσης, με την απώλεια εργασίας και την οικονομική ανασφάλεια ελλοχεύει ο κίνδυνος εμφάνισης ψυχικών διαταραχών όπως η κατάθλιψη και το άγχος που σχετίζονται με μειωμένη αυτοεκτίμηση, λιγότερη ικανοποίηση στη ζωή, και πολλές αντικοινωνικές συμπεριφορές (Χρυσανθόπουλος, Νάτσικα, & Κουρκούτα, 2016).

Στην περίπτωση των οικονομικών μεταναστών και των ατόμων που εγκλωβίζονται στον κοινωνικό αποκλεισμό, η κατάσταση παρουσιάζεται ιδιαίτερα ανησυχητική διότι η φτώχεια συνήθως συνδυάζεται από περιορισμένη μόρφωση, ανασφάλεια και μειωμένη πρόσβαση σε κοινωνικούς και οικονομικούς πόρους. Παρατηρείται ότι, όπου υπάρχει έλλειψη σταθερής εργασιακής απασχόλησης και σταθερού εισοδήματος, δημιουργείται ένας κύκλος με πρωταγωνιστή τη φτώχεια ως επιβαρυντικό παράγοντα στην ψυχική υγεία, με εκδήλωση ψυχικών νοσημάτων, όπου είναι δύσκολο να υπάρξει επιστροφή του ατόμου στην εργασία του και στην κοινωνική του ζωή. Συμπερασματικά, η μόνη λύση για την αντιμετώπιση της φτώχειας είναι η βελτίωση της υγείας και η μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων (Χρυσανθόπουλος κ.ά., 2016).

Η κοινωνικοοικονομική στέρηση και οι φτώχεια αναμφίβολα αποτελούν θεμελιώδεις κοινωνικούς προσδιοριστές οι οποίοι επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την ψυχική και σωματική ευεξία των ατόμων. Μεγάλο ρόλο στην διαμόρφωση της υγείας διαδραματίζουν οι συνθήκες στις οποίες γεννιούνται, μεγαλώνουν, εργάζονται και γερνούν οι οποίες όταν είναι ευνοϊκές η συνολική υγεία βρίσκεται σε υψηλό επίπεδο, ενώ όταν είναι δυσμενείς επιβαρύνεται με χρόνιες παθήσεις. Οπότε η οικονομική στέρηση συνδέεται άμεσα με τα μειωμένα επίπεδα ευημερίας και ψυχικής νοσηρότητας. Βασιζόμενοι σε διαθέσιμα στοιχεία, αποκαλύπτεται ότι άτομα τα οποία διαμένουν σε υποβαθμισμένες περιοχές, παρουσιάζουν συχνότερη εμφάνιση συμπτωμάτων ψυχικής δυσφορίας, με υψηλό ρίσκο εμφάνισης ψυχικών διαταραχών εν συγκρίσει με όσους ζούνε σε περισσότερο αναβαθμισμένες και ευνοϊκότερες κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες. Συνήθως, όλες αυτές οι ανισότητες που εμφανίζονται, εκδηλώνονται

από την παιδική ηλικία των ατόμων, καθώς ως παιδιά μεγάλωναν σε συνθήκες φτώχειας με δυσκολίες συναισθηματικές και συμπεριφορικές οι οποίες αυξάνονταν με την πάροδο του χρόνου. Μέσα από αυτές τις διαφορές καθρεφτίζονται ευρύτερες κοινωνικοοικονομικές ανισότητες, οι οποίες προκαλούν φραγμούς στην πρόσβαση σε οικονομικούς, κοινωνικούς καθώς και πολιτικούς πόρους. Η επιρροή όλων αυτών έχει αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία μέσω των περιβαλλοντικών, ψυχολογικών και συμπεριφορικών μηχανισμών. Επίσης στις ομάδες χαμηλού εισοδήματος εμφανίζονται συχνότερα το αίσθημα περιορισμένου ελέγχου της ζωής, το κάπνισμα και η ελλιπής σωματική δραστηριότητα, ενισχύοντας και παρατείνοντας τον φαύλο κύκλο της φτώχειας και της κακής υγείας (Knifton & Inglis, 2020).

4. Η ψηφιακή υγειονομική εγγραμματοσύνη και οι ανισότητες στην υγεία

Η υγειονομική και ψηφιακή εγγραμματοσύνη, είναι παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στην αποτελεσματική πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας καθώς και στην λήψη αποφάσεων όσον αφορά την υγεία τους. Η έννοια βέβαια, της υγειονομικής εγγραμματοσύνης, δεν απευθύνεται μόνο στην ικανότητα του κάθε ατόμου να αναγνώσει πληροφορίες, αλλά όμως περιλαμβάνει και την αναζήτηση αυτών, κατανόηση, αξιολόγηση και αξιοποίηση τους για την υγεία του στην καθημερινότητα. Με την ανάπτυξη των ψηφιακών τεχνολογιών τα τελευταία χρόνια, τονίζεται η αναγκαιότητα για την ύπαρξη και απόκτηση ψηφιακών δεξιοτήτων, έτσι ώστε οι πολίτες να μπορούν να πραγματοποιούν αποτελεσματική χρήση των ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγείας. Όταν η εγγραμματοσύνη ενός ατόμου βρίσκεται σε επίπεδο επάρκειας, αυτό συμβάλλει θετικά στην προαγωγή της υγείας του, στην πρόληψη νοσημάτων, στην ορθή χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών και τέλος στην μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων. Πλέον, η υγειονομική και ψηφιακή εγγραμματοσύνη θεωρείται απαραίτητη διότι είναι κομβικής σημασίας η συμμετοχή των ατόμων στην φροντίδα της υγείας τους (Ευθυμίου, Μενούκου, Μίτλεττον, Κονδύλη, & Παπασταύρου, 2021).

4.1 Η ψηφιακή υγειονομική εγγραμματοσύνη και εκπαίδευση

Η ευρείας κλίμακας χρήσης ψηφιακών μέσων έχει αλλάξει σημαντικά τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι προβαίνουν προς αναζήτηση, αξιολόγηση και αξιοποίηση των πληροφοριών που συλλέγουν. Όμως, η ολοένα και μεγαλύτερη παροχή πληροφοριών στο διαδίκτυο εγκυμονεί κινδύνους να συλλεχθούν ανακρίβειες και αναληθείς πληροφορίες. Αυτό το γεγονός, λόγω της σοβαρότητας του, καθιστά αναγκαία την εκπαίδευση και ανάπτυξη δεξιοτήτων της ψηφιακής υγειονομικής εγγραμματοσύνης. Γι' αυτό τον λόγο η ψηφιακή εγγραμματοσύνη απευθύνεται στην ικανότητα του ατόμου να χρησιμοποιεί αποτελεσματικά τις τεχνολογίες παροχής πληροφοριών και επικοινωνίας. Αντίστοιχα, όσον αφορά την υγειονομική εγγραμματοσύνη, η ικανότητα της πρόσβασης, κατανόησης, αξιολόγησης και αξιοποίησης απαραίτητων

πληροφοριών υγείας, σκοπεύοντας στην λήψη σωστών αποφάσεων για τη διατήρηση της υγείας. Οι δύο αυτές έννοιες της ψηφιακής και υγειονομικής εγγραμματοσύνης αποτελούν ένα συνδυασμό, περιλαμβάνοντας απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες για την ασφαλή και αποτελεσματική χρήση των ψηφιακών υγειονομικών υπηρεσιών. Σημαντικοί παράγοντες που συμβάλλουν και επηρεάζουν στην απόκτηση της είναι η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση όπως επίσης και η πρόσβαση στις ψηφιακές τεχνολογίες. Η εκπαίδευση θεωρείται πολύ αναγκαία, επειδή είναι ο μόνος τρόπος να αποκτηθούν και ενισχυθούν οι εν λόγω δεξιότητες. Αναμφίβολα, η συμβολή της εκπαίδευσης μπορεί να βελτιώσει το επίπεδο λήψης αποφάσεων και αποτελεσματικότερης αξιοποίησης των ψηφιακών υγειονομικών υπηρεσιών (van Kessel, Wong, Clemens, & Brand, 2022).

4.2 Ο ψηφιακός αναλφαριθμητισμός και οι υγειονομικές ανισότητες

Η ψηφιακή εγγραμματοσύνη υγείας είναι καθοριστική για τον περιορισμό του ψηφιακού αναλφαριθμητισμού και την αποφυγή των υγειονομικών ανισοτήτων στις υπηρεσίες υγείας. Είναι η βασική προϋπόθεση για την άμεση προώθηση και αξιοποίηση των ψηφιακών υπηρεσιών υγείας δίνοντας το δικαίωμα στους πολίτες για ισότιμη πρόσβαση στις υγειονομικές πληροφορίες. Με τον όρο ψηφιακή εγγραμματοσύνη εννοείται η ικανότητα των ατόμων να αναζητούν, να εντοπίζουν, να αντιλαμβάνονται και να αξιολογούν την κάθε πληροφορία που προέρχεται από τις ηλεκτρονικές πηγές. Με την απόκτηση αυτών των δεξιοτήτων δε σημαίνει ότι θα παραμείνουν στάσιμα τα άτομα σε συγκεκριμένη εκπαίδευση γιατί η τεχνολογία εξελίσσεται προκαλώντας τεχνολογικές αλλαγές όπως και στο κοινωνικό περιβάλλον. Επιπλέον, με την έλλειψη ψηφιακών δεξιοτήτων, δυσχεραίνεται η πρόσβαση σε αξιόπιστες πληροφορίες, την επικοινωνία με τον επαγγελματία υγείας και στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την πρόληψη και θεραπεία. Αντιθέτως όμως, με την ενίσχυση της ψηφιακής εγγραμματοσύνης επιτυγχάνεται η ενεργή συμμετοχή των πολιτών στην φροντίδα υγείας τους. Επίσης, μεγάλη διευκόλυνση υπάρχει με την χρήση των διαδικτυακών εφαρμογών υγείας, προάγοντας έτσι περισσότερο την ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, περιορίζοντας

σταδιακά τις υγειονομικές ανισότητες (Ζησοπούλου, Πλακάς, Μαστρογιάννης, Αδαμακίδου, & Ματζώρου, 2020).

4.3 Ψηφιακές ανισότητες και κοινωνικός αποκλεισμός ευάλωτων ομάδων

Οι ψηφιακές ανισότητες είναι παράγοντες που βρίσκονται υπο διερεύνηση για τις κοινωνικές και υγειονομικές ανισότητες. Οι συγκεκριμένοι παράγοντες επηρεάζουν την πρόσβαση των πολιτών στις ψηφιακές υπηρεσίες υγείας όπως επίσης και στις διαθέσιμες πληροφορίες που δίνονται προς τους χρήστες. Όπου συναντώνται, η έλλειψη πρόσβασης σε ψηφιακές τεχνολογίες, περιορισμένες ψηφιακές δεξιότητες καθώς και δυσκολίες στην χρήση των ηλεκτρονικών εφαρμογών επέρχεται η άνιση συμμετοχή στο ψηφιακό σύστημα υγείας. Περισσότερες επιπτώσεις εντοπίζονται στις ευάλωτες ομάδες ενός πληθυσμού όπως οι ηλικιωμένοι, τα άτομα χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, άτομα με ελλείψεις εκπαίδευση καθώς επίσης και πολίτες με περιορισμένη ψηφιακή εγγραμματοσύνη. Ειδικά οι ηλικιωμένοι, αντιμετωπίζουν το μεγαλύτερο πρόβλημα λόγω της προχωρημένης ηλικίας τους, χωρίς να μπορεί να επιτευχθεί με ευκολία οι εκπαίδευση τους. Δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι εν λόγω ομάδες βρίσκονται τόσο στην αναζήτηση και στην αξιολόγηση αξιόπιστων πληροφοριών υγείας όσο και στη χρήση των ηλεκτρονικών πλατφόρμων, τηλεϊατρικές εφαρμογές και ηλεκτρονικές υπηρεσίες περίθαλψης. Το αποτέλεσμα είναι, ο περιορισμός της δυνατότητας να λαμβάνονται τεκμηριωμένες αποφάσεις σε θέματα υγείας, καθώς και να ωφελούνται ισότιμα από τις σύγχρονες υπηρεσίες υγείας. Για τον λόγο αυτό, η αντιμετώπιση των ψηφιακών ανισοτήτων στις κοινωνικά ευάλωτες ομάδες, χρειάζεται να εφαρμοστούν πολιτικές ενίσχυσης της ψηφιακής εγγραμματοσύνης και να σχεδιαστούν φιλικές υπηρεσίες υγείας προς τις ανάγκες των ευαίσθητων ομάδων (Western et al, 2025).

5. Οι πολιτικές ενίσχυσης για ισότιμη πρόσβαση στην υγεία

Ο Rice (2006) αναδεικνύει το σημαντικό ρόλο των δημόσιων πολιτικών δράσεων για το περιορισμό των ανισοτήτων, οι οποίες διαμορφώνονται λόγω της εμπλοκής της αγοράς στα συστήματα υγείας. Για να διασφαλιστεί η ίση και δίκαιη κατανομή των υγειονομικών υπηρεσιών, των οικονομικών πόρων καθώς και της στήριξη των ευάλωτων ομάδων, θα πρέπει να υπάρχει κρατική παρέμβαση. Βασική προϋπόθεση για τη προαγωγή της κοινωνικής δικαιοσύνης είναι η καθολική κάλυψη των ασθενών, μείωση του οικονομικού κόστους των ιατροφαρμακευτικών εξόδων τους και ενδυνάμωση των δημόσιων μονάδων υγείας (Rice, 2006).

5.1 Λήψη μέτρων στήριξης των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων

Η αντιμετώπιση των ψηφιακών ανισοτήτων καθώς και του κοινωνικού αποκλεισμού των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, απαιτεί προϋποθέσεις για πολιτικές που διασφαλίζουν την ισότιμη πρόσβαση σε όλες τις υπηρεσίες υγείας και να εξαλείφουν τα κοινωνικά και οικονομικά εμπόδια. Σύμφωνα με τον Rice (2006), η καθολική κάλυψη των υπηρεσιών υγείας, αποτελεί τη βασική λύση για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, τη μείωση των ανισοτήτων, καθώς και την ελαχιστοποίηση του συνολικού κόστους περίθαλψης. Παρόλα αυτά όμως, υπάρχει και ο κίνδυνος υπέρ-κατανάλωσης υπηρεσιών, ο οποίος βέβαια μπορεί να αντιμετωπιστεί με κατάλληλους μηχανισμούς ελέγχου. Παράδειγμα αναφοράς ελέγχου θα μπορούσε να αποτελέσει ο εξ ορθολογισμός των πληρωμών, η εφαρμογή προϋπολογισμών, η αξιολόγηση των ιατρικών τεχνολογιών, καθώς επίσης και ο αποτελεσματικός σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας (Rice, 2006).

Επιπλέον πολιτικές όπως, η χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης με την συνδρομή δημοσίων πόρων, θα μπορούσε να ενισχύσει την κοινωνική δικαιοσύνη. Η κύρια ωφέλεια που θα μπορούσε να δοθεί προς τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, όπως ατόμων χαμηλού εισοδήματος και ηλικιωμένους με αυξημένες ανάγκες υγείας, είναι η προστασία τους από το βάρος των οικονομικών πληρωμών. Γενικά οι ευάλωτες κοινωνικά ομάδες δεν θα πρέπει να

απομονώνονται από τις υπηρεσίες υγείας για οικονομικού και ψηφιακού λόγους, αλλά να υποστηρίζονται από πολιτικές που εξασφαλίζουν ίσες ευκαιρίες για όλους (Rice, 2006).

Επίσης, με την καθολική κάλυψη η οποία θα συνδέεται με δημόσιες επενδύσεις στην ψηφιακή εκπαίδευση, θα είναι εφικτή η παροχή προγραμμάτων ανάπτυξης δεξιοτήτων. Υπάρχουν ηλικιωμένοι και άτομα χαμηλού εισοδήματος καθώς και άλλων κατηγοριών, όπου θα πρέπει το κράτος να μεριμνήσει και να παρέμβει, για την ελάχιστη συμμετοχή στο κόστος των υγειονομικών υπηρεσιών και περίθαλψης, αγορά φαρμάκων και γενικά ιατροφαρμακευτικών προϊόντων που χρήζουν ανάγκης για θεραπεία νοσημάτων. Με αυτή την εφαρμογή μέτρων τα οικονομικά πλήγματα που επιβαρύνουν τα νοικοκυριά για δαπάνες υγείας, θα μειωθούν προσφέροντας καλύτερες δυνατότητες στον οικογενειακό προϋπολογισμό (Rice, 2006).

6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από τα ευρήματα της παρούσας εργασίας, αναδείχθηκαν οι ανισότητες υγείας και η ψηφιοποίηση των υγειονομικών συστημάτων. Υπάρχει στενή σχέση με το επίπεδο των ατόμων στην κοινωνική και οικονομική θέση και τις ψηφιακές του δεξιότητες. Συνολικά, προκύπτει ότι η διαθεσιμότητα των υγειονομικών υπηρεσιών δεν ευθύνεται αποκλειστικά για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η ικανότητα των χρηστών υπηρεσιών υγείας να κατανοούν και να επεξεργάζονται τις πληροφορίες που λαμβάνουν με αποτελεσματικότητα. Η ισότητα στην υγεία πλέον επηρεάζεται και από την ψηφιακή εγγραμματοσύνη, η οποία μπορεί να ενδυναμώσει τους χρήστες ή να τους αποκλείσει από την πρόσβαση στην υγεία.

Σύμφωνα με τα ευρήματα των κεφαλαίων, παράγοντες όπως οικονομικοί, κοινωνικοί, μορφωτικό επίπεδο, εισόδημα και ηλικία συνεχίζουν να έχουν πρωταγωνιστικό ρόλο στην διαμόρφωση και ύπαρξη των ανισοτήτων στην υγεία. Σαφέστερα, οι ευάλωτες ομάδες εμφανίζουν μειωμένη πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες περίθαλψης και δυσκολότερη χρήση των ψηφιακών συστημάτων υγείας. Με την μετάβαση των συστημάτων υγείας στην ψηφιακή τεχνολογία, πιθανότητα να δημιουργηθεί μεγαλύτερο ψηφιακό χάσμα, αν και μπορεί να συνεισφέρει στην καλύτερη απόδοση και πρόσβαση. Για να μην ενταθεί το ψηφιακό χάσμα,

θα πρέπει η ψηφιακή μετάβαση να συνοδεύεται από τις απαραίτητες πολιτικές δράσεις βελτίωσης ψηφιακών δεξιοτήτων.

Όσον αφορά την ψηφιακή υγειονομική εγγραμματοσύνη, δεν περιορίζεται μόνο στις δεξιότητες χρήσης των ηλεκτρονικών υπηρεσιών αλλά περικλείει και ικανότητες αξιολόγησης καθώς και αξιοποίησης πληροφοριών της ψηφιακής υγείας. Με την έλλειψη των συγκεκριμένων δεξιοτήτων, παρατηρείτε μειωμένη απόδοση στις υπηρεσίες υγείας, κίνδυνος παραπληροφόρησης και μικρότερη ικανότητα στην λήψη σωστών αποφάσεων για την υγεία

Άρα, για να αντιμετωπιστούν οι υγειονομικές ανισότητες απαιτείται μια ολιστική προσέγγιση σε συνδυασμό με κοινωνικές παρεμβάσεις, πολιτικές δράσεις, εκπαιδευτικές και παράλληλα άμεση εκσυγχρόνιση των ψηφιακών υποδομών. Επίσης, σ' έναν πληθυσμό που θα ενισχυθεί στην ψηφιακή εγγραμματοσύνη, το αποτέλεσμα θα είναι η επίτευξη της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, ενώ συγχρόνως θα υπάρξει περιορισμός των κοινωνικών ανισοτήτων στο εξελιγμένο περιβάλλον υγείας. Επιπλέον, η ενίσχυση της ψηφιακής εγγραμματοσύνης του πληθυσμού θα συμβάλλει στην κατοχύρωση ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, ενώ ταυτόχρονα θα αμβλύνει τις κοινωνικές ανισότητες στο διαρκώς εξελισσόμενο περιβάλλον υγείας.

7.Συμπεράσματα

Από την παρούσα εργασία αναδείχθηκε η σύνδεση που υπάρχει μεταξύ των παραγόντων της ισότιμης πρόσβασης, των κοινωνικο-οικονομικών προσδιοριστών και της ψηφιακής εγγραμματοσύνης. Επιπλέον, οι υγειονομικές και κοινωνικές ανισότητες συνεχίζουν να αποτελούν ένα πολύπλοκο φαινόμενο. Η επιρροή που ασκούν στο εισόδημα και στην πρόσβαση υγείας πλέον εμφανίζεται και στην ικανότητα χρήσης των ψηφιακών δεξιοτήτων των ανθρώπων.

Ένα βασικό συμπέρασμα που προκύπτει από τα μελέτη είναι ότι η ψηφιοποίηση των υγειονομικών υπηρεσιών μπορεί να συνδράμει στην καλύτερη πρόσβαση και απόδοση των συστημάτων υγείας. Στον αντίποδα όμως, μπορεί να επιφέρει αρνητικά αποτελέσματα

δημιουργώντας ταυτόχρονα νέες μορφές υγειονομικού αποκλεισμού. Κοινωνικές ομάδες με περιορισμένη μόρφωση, χαμηλό εισόδημα και οι ηλικιωμένοι, παρουσιάζουν μεγαλύτερες δυσκολίες προσαρμογής και χρήσης στις ψηφιακές υπηρεσίες υγείας, γεγονός το οποίο αυξάνει το ήδη υπάρχον ψηφιακό χάσμα. Παράλληλα, ένας καθοριστικός παράγοντας που έχει αναδειχθεί είναι η ψηφιακή εγγραμματοσύνη η οποία μπορεί να διασφαλίσει την ισότιμη πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες. Με την πρόσβαση στο ψηφιακό περιβάλλον υγείας, το κάθε άτομο θα πρέπει να έχει την ικανότητα να αναζητεί πληροφορίες, να τις κατανοεί και να τις επεξεργάζεται.

Κατά αυτόν τον τρόπο, το ψηφιακό περιβάλλον επηρεάζει άμεσα τα άτομα στη λήψη των αποφάσεων, διαχείρισης της υγείας τους καθώς και την αποτελεσματική χρήση των ψηφιακών υγειονομικών υπηρεσιών. Γι' αυτό το λόγο, τα άτομα που στερούνται ψηφιακών δεξιοτήτων διατρέχουν τον κίνδυνο κοινωνικού αποκλεισμού και χαμηλότερη ποιότητα υγειονομικής φροντίδας. Επιπρόσθετα, μέσα από τα ευρήματα της εργασίας, αναδείχθηκε ότι οι ανισότητες μεταξύ των ατόμων απαιτούν επιπλέον παρεμβάσεις των κοινωνικών πολιτικών. Δεν είναι εφικτό να αντιμετωπιστούν μόνο οι υγειονομικές ανισότητες. Γι' αυτό τον λόγο η παρουσία της κοινωνικής προστασίας, περιορισμός της φτώχειας και η αναβάθμιση του βιοτικού επιπέδου των ανθρώπων, μπορούν να προάγουν την κοινωνική δικαιοσύνη μειώνοντας παράλληλα τις ανισότητες υγειονομικής περίθαλψης.

Ιδιαίτερα σημαντικός είναι και ο ρόλος του κράτους έτσι ώστε να διασφαλίζεται η ισότιμη πρόσβαση στα συστήματα υγείας. Με τη βοήθεια κρατικών οικονομικών ενισχύσεων, με παρεμβάσεις της κοινωνικής πρόνοιας για την υποστήριξη ευάλωτων πληθυσμών, υπάρχει η προοπτική περιορισμού των εμποδίων πρόσβασης με ταυτόχρονη ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής. Τέλος, αναγκαία κρίνεται και η ανάπτυξη ψηφιακών δεξιοτήτων και ψηφιακής εγγραμματοσύνης για τις υπηρεσίες υγείας στους πολίτες ευαίσθητων ομάδων. Με την ενδυνάμωση των απαραίτητων γνώσεων και δεξιοτήτων, θα δοθεί και η λύση στη μείωση του ψηφιακού χάσματος. Μέσα από όλες αυτές τις δράσεις, είναι δυνατόν να προωθεί η κοινωνική δικαιοσύνη για μια δικαιότερη και αποτελεσματικότερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

Ακολουθούν οι βιβλιογραφικές αναφορές (πηγές) της εργασίας:

Ελληνόγλωσσες

Γάτου, Ε., Αποστολάκης, Ε., & Σαράφης, Π. (2023). COVID-19: Υγειονομικές ανισότητες, επιπτώσεις και μέτρα στήριξης κοινωνικής προστασίας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 22(2), 286-299.

Ανακτήθηκε από:

<https://www.vima-asklipiou.gr/images/upload/various/files/8585208084221580237vOqQkwQNwsFvdCxVQqUFpL06I8585141565201528016.pdf>

Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛ.ΣΤΑΤ). (2021). *Κίνδυνος φτώχειας*. Αθήνα: ΕΛ.ΣΤΑΤ.

Ανακτήθηκε από: <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SFA10/2022>

Ευθυμίου, Α., Μενοίκου, Ι., Μίτλεττον, Ν., Κονδύλη, Β., & Παπασταύρου, Ε. (2021).

Εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας: Ομάδα σύγκλισης απόψεων για την ορολογία.

Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 38(6), 833-839.

Ανακτήθηκε από:

<https://www.mednet.gr/archives/2021-6/pdf/833.pdf>

Ζησοπούλου, Σ., Πλακάς, Σ., Μαστρογιάννης, Δ., Αδαμακίδου, Θ., & Ματζώρου, Μ. (2020).

Η επίδραση της ψηφιακής εγγραμματοσύνης στη συμμόρφωση χρονίων πασχόντων με φαρμακευτική αγωγή. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 12(4), 45-55.

Ανακτήθηκε από:

<https://www.researchgate.net/profile/Marianna-Mantzorou/publication/347948579>

Μπουραζάνη, Μ., & Κωνσταντινίδης, Θ. Ι. (2022). Μη ικανοποιημένες υγειονομικές

Ανάγκες και κοινωνικές ανισότητες σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής,

39(2), 264-270.

Ανακτήθηκε από:

<https://www.mednet.gr/archives/2022-2/pdf/264.pdf>

Νικολακόπουλος, Κ. (2015, 2 Φεβρουαρίου). Κρατική παρέμβαση και συστήματα υγείας. Υγειονομικοί.gr

Ανακτήθηκε από:

<https://ygeionomikoi.gr/2015/02/02>

Παπαθεοδώρου, Χ., Μωυσίδου, Α. (2011). Υγειονομική περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα: Η διανεμητική επίδραση του συστήματος υγείας (σσ. 34-36).

Αθήνα: ΙΝΕ ΓΣΕΕ.

Ανακτήθηκε από:

<https://www.inegsee.gr/wp-content/uploads/2014/04/files/study-16.pdf>

Rice, T. (2006). Τα οικονομικά της υγείας σε επανεξέταση.

Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική

Σπαπή, Χ., Αποστολάκης, Ι., & Σαράφης, Π. (2024). Αναπηρία, υγειονομικές ανισότητες και πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 41(6), 826-833.

Ανακτήθηκε από:

<https://www.mednet.gr/archives/2024-6/pdf/826.pdf>

Χατζηπουλίδης, Γ., (2006). Υγειονομικές ανισότητες και ο ρόλος των υπηρεσιών υγείας στην προσπάθεια περιορισμού τους. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 5(1), 235-241.

Ανακτήθηκε από:

<https://www.vima-asklipiou.gr/articles/606/>

Χρυσανθόπουλος, Ν., Νάτσικα, Ε., & Κουρκούτα, Λ. (2016). *Επιπτώσεις της φτώχειας στην υγεία . Επιστημονικά Χρονικά*, 21(1), 26-34.

Ανακτήθηκε από:

<https://www.researchgate.net/publication/327652365>

Ψημένος, Ι. (2006). Κοινωνικός αποκλεισμός και κοινωνικές υπηρεσίες: Το ερευνητικό πρόγραμμα IAPASIS. *Social Cohesion and Development*, 1(1), 99-100.
doi:1012681/scad.9009

Ανακτήθηκε από:

<https://www.researchgate.net/publication/301315364>

Ξενόγλωσσες

Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, 9(3), 208-220.

Ανακτήθηκε από:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1071804/>

Anderson, J. M., Rodney, P., Reimer-Kirkham, S., Browne, A. J., Khan, K. B., & Lynam, M. J. (2009). Inequities in health and healthcare viewed through the ethical lens of critical social justice. *Advances in Nursing Science*, 32(4), 282-294.
doi:10.1097/ANS.0b013e3181bd6955

Ανακτήθηκε από:

<https://www.researchgate.net/publication/40028170/>

Bambra, C. (2011). Health inequalities and welfare state regimes: Theoretical insights on a public health “puzzle”. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65(9), 740-745. Ανακτήθηκε από:

<https://doi.org/10.1136/jech.2011.136333>

Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *National Institute of Health*. 57: 254-258. Ανακτήθηκε από:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/instance/1732430/pdf/v057p00254.pdf>

Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: It's time to consider the causes of the causes. *Public Health Reports*, 129(Suppl 2), 19-31.

Ανακτήθηκε από:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3863696/>

Crawshaw, p., Gray, J., Haighton, C., & Lloyd, S. (2024). Health inequalities and health-related economic inactivity: Why good work needs good health? *Public Health in Practice*, 8, 100555. <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2024.100555>

Ανακτήθηκε από:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666535224000922>

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2006). Concepts and principles for tackling social inequities in health: *Leveling up part 1*. World Health Organization: Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Ανακτήθηκε από:

<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/964f8df6-44f7-4249-b59a-0a602a5bde72/content>

Daniels, N. (2001). Justice, health and healthcare. *The American Journal of Bioethics*, 1(2), 2-16. doi:10.1162/152651601300168834

Ανακτήθηκε από:

https://www.researchgate.net/publication/11414883_Justice_Health_and_Health_Care

Dixon-Woods, M., Cavers, D., Agarwal, S., Annandale, E., Arthur, A., Harvey, J., Hsu, R., Katbamma, S., Olsen, R., Smith, L., Riley, R., & Sutton, A. J. Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Medical Research Methodology*, 6, 35. doi: 10.1186/1471-2288-6-35

Ανακτήθηκε από:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1559637/>

Dolan, M., Petrazzuoli, F., Wynn-Jones, J., Fosse, A., Clark, C. E., Falanga, R., ... Sanders, T.

(2025). Mitigating health inequalities in rural European communities through collaborative primary care research: A position paper of the WONCA Europe network EURIPA. *European Journal of General Practice*, 31(1), 2585560.

Doi: 10.1080/13814788.2025.2585560

Ανακτήθηκε από:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12646093/>

Economou, C., (2015). Problem of access to health-care services for vulnerable groups.

Barriers and Facilitating Factors in Access to Health Services in Greece (pp. 6-7).

Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

Ανακτήθηκε από:

<https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/gender/barriers-and-facilitating-factors-in-access-to-health-services-in-greece-rev1.pdf>

Karanikolos, M., & Kentekelenis, A. (20016). Health inequalities after austerity in Greece.

International Journal for Equity in Health, 15(83).

Ανακτήθηκε από:

<https://link.springer.com/article/10.1186/s12939-016-0374-0/>

Knifton, L., & Inglis, G. (2020). Poverty and mental health: Policy, practice and research implications. *BJPsych Bulletin*, 44(5), 193-196. doi: 10.1192/bjb.2020.78

Ανακτήθηκε από:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7525587/>

Levesque, j. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12, 18.

Ανακτήθηκε από:

<https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>

Lud, C., Brooke-Summer, C., Baingana, F., Baron, E. C., Breuer, E., Chandra, P., Haushofer,

J., Herrman, H., Jordans, M., Kieling, C., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Omigbodun, O., Tol, W., Patel, V., & Saxena, S. (2018). Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: A systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry*, 5(4), 357-369.

doi:10.1016/S2215-0366(18)30060-9

Ανακτήθηκε από:

<https://www.researchgate.net/publication/324056783>

Maslyankov, I. (2024). Unmet healthcare needs in Southeastern Europe: A systematic review. *Journal of Medicine Access*, 8, 1-13. doi:10.1177/27550834241255838

Ανακτήθηκε από:

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/27550834241255838>

Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104. Ανακτήθηκε από:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673605711466>

Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A. J., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661-1669. doi:10.1016/s0140-6736(08)61690-6

Ανακτήθηκε από:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673608616906>

Marmot, M. (2017). Social justice, epidemiology and health inequalities. *European Journal of Epidemiology*, 32(7), 537-546.

Ανακτήθηκε από:

<https://link.springer.com/article/10.1007/s10654-017-0286-3>

Moscelli, G., Siciliani, L., Gutacker, N., & Cookson, R. (2018). Socioeconomic inequality of access to healthcare: Does choice explain the gradient? *Journal of Health Economics*,

57, 290-314. Ανακτήθηκε από:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167629616302545#sec0035>

Hadjiat, Y. (2023). Healthcare inequity and digital health-A bridge for the divide, or further erosion of the chasm? PLOS Digital Health, 2(6), e0000268.

Ανακτήθηκε από:

<https://journals.plos.org/digitalhealth/article?id=10.1371/journal.pdig.0000268>

Hood, C. M., Gennuso, K. P., Swain, G. R., & Catlin, B. B. (2016). County health rankings: Relationships between determinant factors and health outcomes. *American Journal of Preventive Medicine*, 50(2), 129-135. doi:10.1016 /j. amepre.2015.08.024

Ανακτήθηκε από:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0749379715005140>

OECD. (2019). Health for everyone? Social Inequalities in Health Systems. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing.

Ανακτήθηκε από:

https://www.oecd.org/en/publications/health-for-everyone_3c8385d0-en

Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., & Rahman, M. H. (2008). *Poverty and access to health care in developing countries*. Annals of the New York Academy of Sciences, 1136, 161-171.

Ανακτήθηκε από:

<https://nyaspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1196/annals.1425.011>

Ruger, J. P. (2004). Health and social justice. *The Lancet*, 364(9439), 1075-1080.

Ανακτήθηκε από:

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(04\)17064-5](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(04)17064-5)

Sen, A. (2002). Why health equity? *Health economics*, 11(8), 659-666. Ανακτήθηκε από:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.762>

van Kessel, R., Wong, B.L. H., Clemens, T., & Brand, H. (2022). Digital health literacy as a super determinant of health: More than simply the sum of its part.

Internet Interventions, 27,100500. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100500>

Ανακτήθηκε από:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214782922000070?via%3Dihub>

Western, M., Smith, E. S., Gultzow, T., Neter, E., Sniehota, F. F., Malkovski, O., ...

S., Konig, L. M. (2025). Bridging the digital health divide: A narrative review of the causes, implications, and solutions for digital health inequalities.

<https://doi.org/10.1080/21642850.2025.2493139>

Ανακτήθηκε από:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21642850.2025.2493139>

Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429-445.

Ανακτήθηκε από:

<https://journals.sagepub.com/doi/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>

World Health Organization. (2008). Closing a gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health-Final report of the commission on social determinants of health.

Ανακτήθηκε από:

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>

World Health Organization. (2014). Social determinants of mental health. Geneva: World Health Organization.

Ανακτήθηκε από:

<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/539fec7f-eadc-43ea-b12a-8dba1793381b/content>

World Health Organization. (2023). Social determinants of health. Geneva: WHO.

Ανακτήθηκε από:

https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1

Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramardini, R., Clavus, J., & Murray, C. J. L. (2003).

Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis.

The Lancet, 362(9378), 111-117. doi:10.1016/s0140-6736(03)13861-5

Ανακτήθηκε από:

https://www.ds3web.it/NeuroPsychol/HEALTH/health_exp.pdf

Yuguro, O., Ruiz-Trujillo, P., Esquerda, M., Terribas, N., & Aymerich, M. (2025).

Applying the principle of justice in digital health. *npj. Digital Medicine*, 8(1),

Article 467. doi.org/10.1038/s41746-025-01877-8

Ανακτήθηκε από:

<https://www.nature.com/articles/s41746-025-01877-8>

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.