



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

**Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών**

Σχολή Οικονομικών και Πολιτικών Επιστημών
Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης & Δημόσιας Διοίκησης
Τομέας Διοικητικής Επιστήμης & Δημοσίου Δικαίου

Διδακτορική διατριβή

**Κοινωνικοοικονομικές διαστάσεις των ανισοτήτων υγείας
στην Ελλάδα: οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης**

Χαντζάρας Αθανάσιος

Τριμελής Επιτροπή

Υφαντόπουλος Ιωάννης, Ομότιμος Καθηγητής ΕΚΠΑ (επιβλέπων)

Μακρυδημήτρης Αντώνης, Καθηγητής ΕΚΠΑ (μέλος)

Γείτονα-Κοντούλη Μαρία, Καθηγήτρια Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου (μέλος)

Αθήνα, Φεβρουάριος 2021

Equity, like beauty, is in the mind of the beholder.

MacLachlan και Maynard

So distribution should undo excess

And each man have enough.

Shakespeare, King Lear, 4.1.66

*The law, in its majestic equality, forbids the rich as well as the poor
from sleeping under bridges.*

Anatole France

Περίληψη

Εισαγωγή

Αν και πολλές μελέτες έχουν τεκμηριώσει τις αρνητικές συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην υγεία του ελληνικού πληθυσμού, δεν έχει διερευνηθεί στον ίδιο βαθμό και ο αντίκτυπός της στις ανισότητες υγείας.

Σκοπός και στόχοι

Πρωταρχικός σκοπός της παρούσας διατριβής ήταν η διερεύνηση της επίπτωσης της οικονομικής κρίσης στις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην κατάσταση υγείας του πληθυσμού στην Ελλάδα και ειδικότερα ως προς: 1) την εξέλιξη των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας, 2) τους παράγοντες των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας και 3) τους παράγοντες των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας.

Μεθοδολογία

Η ερευνητική προσέγγιση της διατριβής ήταν διεπιστημονική. Πιο συγκεκριμένα, η διατριβή εκκίνησε από το πεδίο α) της ηθικής και της πολιτικής φιλοσοφίας και τη διερεύνηση των θεωριών δικαιοσύνης στην υγεία, συνέχισε σε εκείνο β) της κοινωνικής επιδημιολογίας και την εξέταση των μηχανισμών που συνδέουν την κρίση με την υγεία και κατέληξε στην αξιολόγηση της εξέλιξης των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας και των παραγόντων τους μέσα από τον επιστημονικό κλάδο γ) των οικονομικών της υγείας.

Για το εμπειρικό μέρος, αξιοποιήθηκαν τα μικροδεδομένα των ερευνών EU-SILC για την Ελλάδα για το χρονικό διάστημα 2003-2017, δηλαδή στοιχεία για συνολικά 281.514 άτομα και τα νοικοκυριά τους. Για την ανάλυση της εξέλιξης των ανισοτήτων υγείας χρησιμοποιήθηκαν πολλαπλές εκβάσεις υγείας, κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές και δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας. Οι παράγοντες των μεταβολών των εισοδηματικών και των εκπαιδευτικών ανισοτήτων υγείας διερευνήθηκαν μέσω μιας Oaxaca τύπου ανάλυσης παραγόντων των δεικτών συγκέντρωσης χωριστά για τις περιόδους 2005-2008, 2008-2012 και 2012-2015. Ως προς τις ερμηνευτικές μεταβλητές, χρησιμοποιήθηκε ένα ευρύ φάσμα μεταβλητών, οι οποίες επηρεάζουν την υγεία με διαφορετικούς τρόπους και σε διαφορετικά επίπεδα ανάλυσης.

Αποτελέσματα

Θεωρίες κοινωνικής δικαιοσύνης στην υγεία

Κατά τη διερεύνηση των θεωριών δικαιοσύνης στην υγεία, κατασκευάστηκε ένα ολοκληρωμένο αναλυτικό πλαίσιο ταξινόμησής τους, το

Περίληψη

οποίο τις συνέδεε με τον τρόπο αξιολόγησης των κατανομών της υγείας και τα οικονομικά της υγείας. Κεντρική επιλογή υπήρξε ο διαχωρισμός του αντικειμένου της δικαιοσύνης (π.χ. κατάσταση υγείας, ευκαιρίες ή δυνατότητες για υγεία) από τις διανεμητικές αρχές (π.χ. εξισωτισμός, μεγιστοποιητική αρχή). Οι θεωρίες δικαιοσύνης απαιτούνται για τη δικαιολόγηση της ανάγκης υιοθέτησης πολιτικών για την άμβλυνση ή και την εξάλειψη των ανισοτήτων υγείας που προσδιορίζονται ως ανισότητες, ενώ θέτουν και τα κανονιστικά κριτήρια για την επιλογή μεταξύ εναλλακτικών παρεμβάσεων.

Οικονομική κρίση και κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας

Η εξέταση των θεωριών και των μηχανισμών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας οδήγησε στην κατασκευή ενός ενιαίου υποδείγματος για τους μηχανισμούς επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την κατανομή της στον πληθυσμό. Γενικότερα, ο υγειονομικός αντίκτυπος της κρίσης μπορεί να αποδοθεί: α) στην οικονομική ύφεση και β) τα μέτρα λιτότητας. Βασική επιλογή του υποδείγματος αυτού ήταν ο διαχωρισμός των μηχανισμών που εντοπίζονται στο ευρύτερο (μακρο- και μεσο-) επίπεδο, όπως είναι ο περιορισμός της κοινωνικής προστασίας, από εκείνους που επενεργούν στο ατομικό (μικρο-) επίπεδο, όπως είναι η απώλεια της εργασίας. Αυτές οι κοινωνικοοικονομικές μεταβολές και εμπειρίες επηρεάζουν μέσω κάποιων ενδιάμεσων μηχανισμών, όπως είναι η κατανομή του χρόνου, συγκεκριμένους εγγύς παράγοντες κινδύνου και ανθεκτικότητας, οι οποίοι με τη σειρά τους επιδρούν με διαφοροποιημένο τρόπο στην υγεία των ατόμων. Στο πλαίσιο κάθε μηχανισμού συμπεριλαμβάνονται πολλαπλές αιτιώδεις διαδρομές με την υγεία, που μπορεί να έχουν είτε θετικές είτε και αρνητικές υγειονομικές επιπτώσεις. Οι συγκεκριμένες συνέπειες υγείας εξαρτώνται από κάποιους κοινωνικούς και βιολογικούς παράγοντες που τροποποιούν τις σχετικές αιτιώδεις διαδρομές.

Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

Η επισκόπηση των μεθόδων μέτρησης των ανισοτήτων στις εκβάσεις υγείας έδειξε ότι η επιλογή ενός δείκτη ανισότητας συνεπάγεται την αποδοχή συγκεκριμένων σιωπηρών ή ρητών αξιολογικών θέσεων, οι οποίες επηρεάζουν τα συμπεράσματά μας ως προς το μέγεθος της ανισότητας και την κατάταξη των κατανομών. Επίσης, είναι ενδιαφέρον πως τα κανονιστικά ζητήματα διαπλέκονται σημαντικά με τα μεθοδολογικά κατά τη διαδικασία της μέτρησης.

Εξέλιξη των ανισοτήτων υγείας

Η εξέλιξη των προτυποποιημένων βάσει φύλου και ηλικίας κατανομών υγείας έδειξε ότι υπήρξε είτε μια ανεξάρτητη επιδείνωση είτε μια ενίσχυση του ρυθμού χειροτέρευσης της μέσης υγείας του πληθυσμού, ιδίως στο χρονικό διάστημα 2012-2014. Επιπλέον, οι συνολικές ανισότητες υγείας, τόσο οι απόλυτες όσο και οι σχετικές, διευρύνονται κατά τη διάρκεια της κρίσης, ιδίως μεταξύ 2012 και 2014, ενώ αποκλιμακώνονται μετά το 2015. Κατά τη διάρκεια της κρίσης, αν και παρατηρούνται σημαντικές διακυμάνσεις, οι περισσότερες κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας κατέγραψαν συνολικά άμβλυνση, ιδίως μάλιστα οι οικονομικές κατά τα έτη της βαθιάς ύφεσης. Εξαιρέση αποτέλεσαν οι ανισότητες υγείας βάσει φύλου, βαθμού αστικοποίησης, εκπαίδευσης και οι σχετιζόμενες με περιβαλλοντικά προβλήματα και σοβαρά προβλήματα στέγασης, οι οποίες είναι περισσότερες ανελαστικές σε σχέση με την επίδραση της αιφνίδιας καθοδικής κινητικότητας. Τέλος, όπως και οι συνολικές, έτσι και οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας τείνουν να μειώνονται για όλες τις εκβάσεις υγείας μετά το 2015.

Παράγοντες των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

Συνολικά, παρατηρήθηκε μια σημαντική ετερογένεια ως προς τα αποτελέσματα για τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας, η οποία οφειλόταν στις διαφορετικές μεταβλητές υγείας και κοινωνικοοικονομικής κατάταξης. Πάντως, επιβεβαιώθηκε η ύπαρξη σταθερά στατιστικά σημαντικών κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας. Οι εισοδηματικές ανισότητες υγείας αμβλύνονταν κατά την περίοδο της βαθιάς ύφεσης, ενισχύοντας την προϋπάρχουσα τάση, ενώ στη δεύτερη περίοδο της κρίσης παρουσίασαν επιδείνωση. Αντίθετα, οι εκπαιδευτικές ανισότητες υγείας επιτείνονταν και στις τρεις περιόδους της ανάλυσης, ιδιαίτερα στη δεύτερη περίοδο της κρίσης.

Σταθερά σημαντικοί παράγοντες δημιουργίας εισοδηματικών ανισοτήτων υγείας ήταν με σειρά βαρύτητας: η εκπαίδευση, η σοβαρή υλική στέρση, το εισόδημα και η κύρια ασχολία, ενώ η ηλικία διεύρυνε τις ανισότητες υγείας πριν την κρίση και στη συνέχεια τις περιορίζε. Επίσης, η χαμηλή ένταση εργασίας στο νοικοκυριό και τα σοβαρά προβλήματα στέγασης οδηγούσαν στην αύξηση των ανισοτήτων και η υπηκοότητα και οι μεταβλητές της περιοχής κατοικίας στη μείωσή τους, αλλά μόνο κατά τη διάρκεια της κρίσης, ιδίως το 2012. Από την

Περίληψη

άλλη πλευρά, η εκπαίδευση, η ηλικία και η κύρια ασχολία ήταν οι σημαντικότεροι παράγοντες ενίσχυσης των εκπαιδευτικών ανισοτήτων υγείας.

Παράγοντες των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

Οι παράγοντες των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας δεν ταυτίζονται με εκείνους των μεταβολών τους κατά τη διάρκεια της κρίσης, καθότι στη δεύτερη περίπτωση μας ενδιαφέρουν οι μεταβολές στην ελαστικότητα υγείας ή την ανισοκατανομή της κάθε μεταβλητής. Η ανάλυση παραγόντων τεκμηρίωσε την παράλληλη λειτουργία πολλαπλών μηχανισμών που επηρεάζουν με διαφορετικό τρόπο τις μεταβολές των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας. Αρχικά, οι σημαντικές οικονομικές ανακατατάξεις και η καθοδική κοινωνική κινητικότητα κατά τη διάρκεια της κρίσης οδήγησαν σε αλλαγές στη σύνθεση κάποιων πληθυσμών και τη συμπίεση των εισοδηματικών ανισοτήτων υγείας. Ειδικότερα, ο οικονομικός αντίκτυπος της κρίσης ήταν μεγαλύτερος για τα άτομα των οποίων το εισόδημα ήταν εκτεθειμένο στις διακυμάνσεις της αγοράς σε σχέση με εκείνα που στηρίζονταν κυρίως σε κοινωνικές μεταβιβάσεις. Αυτό είχε ως συνέπεια να βελτιωθεί η σχετική θέση στην εισοδηματική κατανομή κάποιων ομάδων με περισσότερα προβλήματα υγείας, όπως είναι τα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα, οι συνταξιούχοι και οι ανάπηροι. Επιπλέον, οι αιφνίδιες αρνητικές κοινωνικοοικονομικές μεταβολές, όπως είναι η απώλεια της εργασίας και εισοδήματος, οδήγησαν στην καθοδική κοινωνική κινητικότητα ατόμων με λιγότερα προβλήματα υγείας σε σχέση με εκείνα της κοινωνικοοικονομικής κατηγορίας στην οποία κατέληγαν, με συνέπεια να βελτιώνουν το μέσο επίπεδο υγείας αυτής της χαμηλότερης κατηγορίας. Αν και η εκπαιδευτική κατάταξη είναι λιγότερο ελαστική σε αλλαγές σε σχέση με την εισοδηματική, οι κοινωνικοοικονομικές μεταβολές της κρίσης επηρέασαν τη σύνθεση κάποιων πληθυσμών και ως προς το επίπεδο της εκπαίδευσής τους. Έπειτα, υπήρξαν και κάποιες αλλαγές στην οριακή επίδραση στην υγεία κάποιων παραγόντων, οι οποίες επηρέασαν τις μεταβολές ιδίως στις εκπαιδευτικές ανισότητες υγείας. Τέλος, κάποια ευρήματα υποδείκνυαν την παράλληλη λειτουργία και του μηχανισμού οροφής/βάσης, καθώς σε κάποιες περιπτώσεις παρατηρείται μεγαλύτερη επιδείνωση της υγείας για τα ανώτερα τμήματα της κοινωνικοοικονομικής κατανομής σε σχέση με τα μεσαία.

Περίληψη

Συνολικά, κατά την περίοδο της βαθιάς ύφεσης, η κύρια ασχολία, το εισόδημα, η ηλικία και η περιφέρεια της κατοικίας συνέβαλαν στην άμβλυνση και η σοβαρή υλική στέρση και η χαμηλή ένταση εργασίας στην επιδείνωση των εισοδηματικών ανισοτήτων υγείας. Για την ίδια περίοδο, το εισόδημα, η κύρια ασχολία και η περιφέρεια της κατοικίας συνεισέφεραν στη μείωση και η εκπαίδευση, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση και τα προβλήματα μόλυνσης στην αύξηση των εκπαιδευτικών ανισοτήτων υγείας. Έπειτα, κατά τη δεύτερη περίοδο της κρίσης, η χαμηλή ένταση εργασίας, η κύρια ασχολία, η ηλικία, τα σοβαρά προβλήματα στέγασσης και τα προβλήματα μόλυνσης οδηγούσαν στην ελάττωση και το εισόδημα, η υπηκοότητα, η σοβαρή υλική στέρση, η περιφέρεια της κατοικίας και η πληθυσμιακή πυκνότητα στην ενίσχυση των εισοδηματικών ανισοτήτων υγείας. Για την ίδια περίοδο, τα προβλήματα μόλυνσης συνεπάγονταν τον μετριασμό και η κύρια ασχολία, η εκπαίδευση, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το εισόδημα και η περιφέρεια της κατοικίας την επίταση των εκπαιδευτικών ανισοτήτων υγείας.

Συμπεράσματα – Συνέπειες πολιτικής

Εν κατακλείδι, διαπιστώθηκε μια σημαντική αλληλεξάρτηση μεταξύ της ηθικής και της εμπειρικής διάστασης στην έρευνα των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας, η οποία επηρεάζει τόσο τη διαδικασία της μέτρησης όσο και την ερμηνεία των αποτελεσμάτων της και τις συνέπειες πολιτικής. Η αντιμετώπιση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας στην Ελλάδα απαιτεί μια διεπιστημονική και διατομεακή προσέγγιση και μια εθνική στρατηγική για την υγεία, η οποία θα υπερβαίνει τα στεγανά μεταξύ των παραδοσιακών κύκλων αρμοδιοτήτων. Έπειτα, οι πολιτικές κοινωνικής προστασίας είναι πολύ σημαντικές όχι μόνο για την προφύλαξη του πληθυσμού από τις υγειονομικές επιπτώσεις της κρίσης, αλλά και για τη συγκράτηση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας. Τέλος, απαιτούνται και στοχευμένες πολιτικές για τις περισσότερο ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, ιδίως εκείνες που υφίστανται σοβαρά ή πολλαπλά κοινωνικά μειονεκτήματα, όπως είναι τα άτομα που βρίσκονται σε καθεστώς ακραίας φτώχειας ή/και είναι χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου και κατάρτισης.

Λέξεις-κλειδιά: *κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας, οικονομική κρίση, δείκτες ανισότητας, ανάλυση παραγόντων, θεωρίες κοινωνικής δικαιοσύνης*

Abstract

Introduction

Although many studies have documented the detrimental health impact of the economic crisis in Greece, the relevant changes in the pattern of health inequalities have not been investigated to the same degree.

Purpose and objectives

The primary purpose of this dissertation was to assess the impact of the economic crisis on socioeconomic inequalities in health status in Greece, and, in particular, to investigate: 1) the evolution of socio-economic health inequalities, 2) the determinants of socioeconomic health inequalities and 3) the determinants of changes in socioeconomic health inequalities.

Methodology

The research approach of the dissertation was interdisciplinary. More specifically, the thesis began its research journey from the field of a) ethics and political philosophy to investigate the application of theories of justice in the domain of health, it continued with the discipline of b) social epidemiology and the examination of the mechanisms linking health status with the crisis and concluded with the assessment of the evolution of socioeconomic health inequalities and their factors through the scientific field of c) health economics.

For the empirical part, the microdata of the databases of the EU-SILC surveys in Greece for the period 2003-2017, i.e. data for a total of 281,514 individuals and their households, were employed. Multiple health outcomes, socioeconomic variables and health inequality indicators were used to analyze the evolution of health inequalities. The determinants of changes in income-related and education-related health inequalities were investigated with an Oaxaca type decomposition analysis of the respective concentration indicators separately for the periods 2005-2008, 2008-2012 and 2012-2015. As for the independent factors, a wide range of variables was used, which affect health in different ways and at different levels of analysis.

Results

Theories of social justice in health

A comprehensive conceptual framework was constructed for the classification of theories of justice in health with respect to the judgement of

Abstract

health distributions and the field of health economics. A central choice was the separation of the currency of justice (e.g. health status, opportunities or capabilities for health) from the distributive principles (e.g. egalitarianism, maximization). These theories are required to justify the need of adopting policies to mitigate or eliminate health inequalities defined as inequities, while they also define the normative criteria for choosing between alternative policy scenarios.

Economic crisis and socioeconomic health inequalities

The examination of the theories and mechanisms of socioeconomic health inequalities led to the construction of a unified model describing the mechanisms through which the economic crisis affects health and its distribution in the population. More generally, the health impact of the crisis can be attributed to: a) the recession and b) the austerity measures. The central choice of this model was to separate the mechanisms found in the broader (macro- and mid-) level, such as the curtailment of social protection, from those that operate at the individual (micro-) level, such as the job loss. These socioeconomic changes and experiences influence through some intermediate mechanisms, such as the distribution of time, specific immediate risk and resilience factors, which in turn affect individuals' health in a differentiated way. Each mechanism encompasses multiple causal linkages between socioeconomic changes and individual health, which may have positive or negative health effects, depending on some social and biological factors that modify the relevant causal routes.

Health inequalities indicators

A review of the methods for the measurement of health inequalities demonstrated that the choice of the inequality index implies the acceptance of specific implicit or explicit value judgements, which influence our conclusions regarding the magnitude of the inequality and the ordering of health distributions. It is also interesting that the normative issues are quite intertwined with the methodological ones during the measurement process.

Evolution of health inequalities

The evolution of the standardized by sex and age health distributions showed that there was trend of either an independent deterioration or an

Abstract

intensification of the preexisting deterioration rate of the average population health, especially in the period 2012-2014. In addition, total health inequalities, both absolute and relative, mostly widened during the crisis, especially between 2012 and 2014, while they appear to deescalate after 2015. During the overall period of the crisis, although large fluctuations were observed, most socioeconomic health inequalities decreased, especially the economic-related ones in the years of the deep recession. Exceptions were found with respect to gender, degree of urbanization, education, environmental problems and severe housing deprivation, which are variables inelastic to the effect of downward socioeconomic mobility. Finally, socioeconomic health inequalities tend to decrease for all health outcomes after 2015.

Determinants of socioeconomic health inequalities

Overall, a significant heterogeneity was found in the results for the socioeconomic health inequalities due to the different health outcomes and socioeconomic classification variables that were used. However, the presence of consistent and statistically significant socioeconomic health inequalities was established. Income-related health inequalities were decreasing during the period of the deep recession, extending the preexisting trend, while in the second period of the crisis they were increasing. In contrast, education-related health inequalities were widening in all three periods of the analysis, especially in the last one.

Consistently important factors in generating income-related health inequalities were (in order of magnitude): education, severe material deprivation, income and employment status. Furthermore, age increased income-related health inequalities in the period of 2005-2008, while it contributed to their reduction during the crisis. Also, low household work intensity and severe housing deprivation led to the increase of inequalities and citizenship, region of residence and population density to their decrease, but only during the crisis and especially in 2012. On the other hand, education, age and employment status were the most important factors generating education-related health inequalities.

Determinants of changes in socioeconomic health inequalities

Abstract

The determinants of socioeconomic health inequalities are not identical with those of their changes during the crisis, as in the second case we are interested in the changes in the elasticity of health or the unequal distribution of each variable. The decomposition analysis revealed the concurrent operation of multiple mechanisms that affect the changes of socioeconomic health inequalities in opposite ways. To start with, a significant economic re-ranking and downward social mobility during the crisis led to changes in the composition of some populations and the narrowing of income-related health inequalities. In particular, the economic impact of the crisis was greater for those whose income was exposed to market fluctuations than for those who relied mostly on social transfers. As a result, some groups of people with more health problems, such as the elderly, the pensioners and the disabled, improved their relative position in the income distribution. In addition, negative socioeconomic changes, such as job loss and income reduction, led to a downward social mobility of people with fewer health problems than those in the socioeconomic category in which they ended up, thereby improving the average health level of this lower category. Although the education distribution is less flexible to changes than the income one, the socioeconomic mobility during the crisis affected the composition of some populations with respect to their level of education as well. Also, there were some changes in the marginal health effect of some factors, which affected the changes particularly in education-related health inequalities. Finally, some results indicated the parallel operation of the ceiling/floor mechanism, as in some cases a greater health deterioration was found in the upper end of the socioeconomic distribution than in the middle parts.

Overall, during the period of deep recession, employment status, income, age and region of residence contributed to the mitigation and severe material deprivation and low work intensity to the aggravation of income-related inequalities. For the same period, income, employment status and region of residence contributed to the reduction and education, age, marital status and pollution problems to the increase of education-related health inequalities. During the second period of the crisis, low work intensity, employment status, age, severe housing deprivation and pollution problems led to the decrease and

Abstract

income, citizenship, severe material deprivation, region of residence and population density to the widening of income-related health inequalities. For the same period, pollution problems reduced and employment status, education, age, marital status, income and region of residence exacerbated education-related health inequalities.

Conclusions - Policy implications

In conclusion, there is an important interdependence between the ethical and the empirical dimensions in the research of socioeconomic health inequalities, which affects both the measurement process and the interpretation of its results as well as policy implications. Addressing socioeconomic health inequalities in Greece requires an interdisciplinary approach and a national health strategy breaking down the traditional government “silos” and promoting intersectoral collaboration between the different lines of administrative accountability. Furthermore, social protection policies are crucial not only for protecting the population from the health effects of the crisis, but also for curbing socioeconomic health inequalities. Lastly, policies targeting specifically the most vulnerable population groups are essential, especially for those individuals with severe or multiple social disadvantages, such as those in extreme poverty or/and with a low level of education and training.

Keywords: *socioeconomic health inequalities, economic crisis, inequality indices, decomposition analysis, social justice theories*

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	3
Abstract.....	8
Περιεχόμενα.....	13
Ευρετήριο Πινάκων.....	20
Ευρετήριο Γραφημάτων.....	52
Συντομογραφίες.....	55
1. Εισαγωγή.....	56
1.1. Αφετηρία της διατριβής.....	56
1.2. Σκεπτικό της διατριβής.....	61
1.3. Κύρια ερευνητικά ζητήματα και ερευνητική προσέγγιση της διατριβής.....	63
1.4. Δομή της διατριβής.....	67
2. Η υγεία στο όνομα της δικαιοσύνης.....	71
2.1. Εισαγωγή.....	71
2.2. Οι έννοιες της ανισότητας και της ανισοτιμίας στην υγεία στο κυρίαρχο υπόδειγμα της κοινωνικής επιδημιολογίας.....	78
2.3. Θεωρίες κοινωνικής δικαιοσύνης στην υγεία.....	82
2.3.1. Θεωρίες δικαιοσύνης άνευ συγκεκριμένης διανεμητικής αρχής.....	88
2.3.1.1. Κοινοτισμός (communitarianism).....	88
2.3.1.2. Διαβουλευτικές δημοκρατικές διαδικασίες (deliberative democratic procedures).....	92
2.3.1.3. Ελευθεριακή προσέγγιση (libertarian approach).....	95
2.3.1.4. Φεμινιστικές προσεγγίσεις (feminist approaches).....	98
2.3.1.5. Συσχετιστική ισότητα (relational equality).....	103
2.3.2. Ωφελιμισμός (utilitarianism) και οικονομικά της ευημερίας (welfare economics).....	112
2.3.2.1. Η προσέγγιση του welfarism.....	112
2.3.2.2. Η προσέγγιση του extra-welfarism και η υγεία.....	122
2.3.2.3. Η οικονομική προσέγγιση των κοινωνικοοικονομικών προσδιοριστών της υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης.....	135
2.3.2.3.1. Οικονομική προσέγγιση των κοινωνικοοικονομικών προσδιοριστών της υγείας.....	137
2.3.2.3.2. Οικονομική προσέγγιση της υγειονομικής περίθαλψης.....	142
2.3.3. Διανεμητική δικαιοσύνη ως ισότητα.....	147
2.3.3.1. Αυστηρός εξισωτισμός (strict egalitarianism).....	148
2.3.3.1.1. Μαρξιστικές αρχές διανεμητικής δικαιοσύνης.....	160
2.3.3.2. Εξισωτισμός των πρωταρχικών αγαθών του Rawls και προσαρμογή του στην υγεία από Daniels.....	162
2.3.3.3. Προσεγγίσεις ισότητας των ευκαιριών (equality of opportunity), εξισωτισμού των πόρων (resource egalitarianism) και εξισωτισμού της τύχης (luck egalitarianism).....	178
2.3.3.3.1. Ισότητα των ευκαιριών.....	178
2.3.3.3.2. Εξισωτισμός των πόρων (resource egalitarianism) του Dworkin.....	184
2.3.3.3.3. Εξισωτισμός της τύχης.....	193

Περιεχόμενα

2.3.3.4.	Προσεγγίσεις «περί δυνατοτήτων» (capability approaches)	214
2.3.3.5.	Περαιτέρω διανεμητικά ζητήματα του εξισωτισμού: Ισότητα μεταξύ ποιών και πότε;	227
2.3.4.	Εναλλακτικές του εξισωτισμού διανεμητικές αρχές.....	232
2.3.4.1.	Δικαιοσύνη ως προτεραιότητα (prioritarianism).....	233
2.3.4.2.	Δικαιοσύνη ως η επίτευξη ενός επαρκούς επιπέδου (sufficientarianism)	246
2.3.4.3.	Δικαιοσύνη ως αξιοσύνη ή επάξια ανταμοιβή (desert)	266
2.3.5.	Δικαιοσύνη ως ανθρώπινο δικαίωμα (human rights-based approach).....	278
2.4.	Η βιοηθική και οι ανισότητες στην υγεία	285
2.5.	Αρχές διανομής των περιορισμένων υγειονομικών πόρων	292
2.6.	Διανεμητικές αρχές και κατάσταση υγείας	300
2.7.	Συμπεράσματα και περαιτέρω σκέψεις	309
2.7.1.	Θεωρίες επιβολής ηθικών περιορισμών	316
2.7.2.	Welfarism και extra-welfarism.....	322
2.7.3.	Αυστηρός εξισωτισμός.....	327
2.7.4.	Απόλυτη προτεραιότητα στη βελτίωση της κατάστασης των περισσότερο μειονεκτουσών ομάδων.....	329
2.7.5.	Ίση αφετηρία εκκίνησης και εξισωτισμός βάσει της ευθύνης	331
2.7.6.	Αρχή της αξιοσύνης.....	341
2.7.7.	Σχετική προτεραιότητα βάσει ανάγκης	343
2.7.8.	Επαρκές επίπεδο, ίσες δυνατότητες και ανθρώπινα δικαιώματα	346
3.	Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας	363
3.1.	Εισαγωγή.....	363
3.2.	Η έννοια της υγείας στην εμπειρική έρευνα	364
3.2.1.	Προσεγγίσεις της υγείας	364
3.2.2.	Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής	369
3.2.3.	Μέτρηση της υγείας και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής	373
3.3.	Οι περίοδοι της εμπειρικής έρευνας στις ανισότητες υγείας	376
3.3.1.	Η πρώτη περίοδος μελέτης της σχέσης της ακραίας υλικής στέρησης με ασθένειες.....	376
3.3.2.	Η έκθεση Black και πέρα από αυτήν	378
3.3.3.	Κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση της υγείας	381
3.3.4.	Οι μηχανισμοί ανάμεσα στο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και την υγεία .	382
3.3.5.	Επιδράσεις πολλαπλών επιπέδων	384
3.3.6.	Διαδράσεις και συνδυασμοί μεταξύ των παραγόντων	385
3.3.7.	Δομικές αιτίες των ανισοτήτων υγείας	386
3.4.	Βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας	388
3.4.1.	Βασικό επιδημιολογικό υπόδειγμα των πολλαπλών ατομικών παραγόντων κινδύνου.....	389
3.4.2.	Γενετικό υπόδειγμα και επιγενετική	391

Περιεχόμενα

3.4.3.	Υποδείγματα κοινωνικής επιδημιολογίας.....	395
3.4.3.1.	Κοινωνικοπολιτικά υποδείγματα.....	396
3.4.3.2.	Κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας.....	400
3.4.3.3.	Ψυχοκοινωνικό υπόδειγμα.....	401
3.4.3.4.	Θεμελιώδεις αιτίες.....	404
3.4.3.4.1.	Διάχυση της τεχνολογίας/καινοτομίας υγείας.....	410
3.4.3.5.	Πολυεπίπεδα υποδείγματα.....	412
3.4.3.5.1.	Η κοινωνική παραγωγή των ανισοτήτων στην υγεία – υπόδειγμα Diderichsen.....	413
3.4.3.5.2.	Το ενιαίο θεωρητικό πλαίσιο του Π.Ο.Υ.	418
3.4.3.6.	Οικοκοινωνικό υπόδειγμα.....	421
3.5.	Μηχανισμοί επίδρασης των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων στην υγεία.	423
3.5.1.	Στατιστικό κατασκεύασμα.....	423
3.5.2.	Φυσική ή κοινωνική επιλογή.....	425
3.5.2.1.	Κοινωνική επιλογή.....	425
3.5.2.2.	Προσωπικά χαρακτηριστικά – Φυσική επιλογή.....	429
3.5.3.	Κοινωνική αιτιότητα.....	434
3.5.3.1.	Υλική προσέγγιση.....	435
3.5.3.2.	Ψυχοκοινωνική (psychosocial) προσέγγιση.....	436
3.5.3.2.1.	Ο ρόλος του στρες.....	436
3.5.3.2.2.	Το κοινωνικό κεφάλαιο.....	441
3.5.3.3.	Νεο-υλιστική (neo-materialistic) προσέγγιση και οι θεσμικές επιδράσεις.....	449
3.5.3.4.	Συμπεριφορική προσέγγιση.....	454
3.5.3.5.	Προσέγγιση του «κύκλου ζωής» (life course approach).....	465
3.6.	Συμπεράσματα και περαιτέρω σκέψεις.....	473
4.	Η κοινωνικοοικονομική βάση της υγείας και της ασθένειας.....	481
4.1.	Εισαγωγή.....	481
4.2.	Η έννοια της κοινωνικοοικονομικής θέσης.....	482
4.3.	Κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση και υγεία.....	484
4.3.1.	Εισόδημα.....	485
4.3.1.1.	Υπόθεση του απόλυτου εισοδήματος.....	488
4.3.1.2.	Υπόθεση της οικονομικής ανισότητας.....	490
4.3.2.	Περιουσία/πλούτος και ποιότητα στέγασης.....	499
4.3.3.	Εκπαίδευση.....	503
4.3.4.	Επάγγελμα.....	508
4.3.5.	Παράγοντες περιοχής ή πλαισίου.....	516
4.3.6.	Υποκειμενικό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο.....	522
4.4.	Σχέσεις μεταξύ κοινωνικών ομάδων/τάξεων και υγεία.....	525
4.4.1.	Νεο-βεμπεριανές προσεγγίσεις κοινωνικής περιχαράκωσης.....	526
4.4.2.	Νεο-μαρξιστικές προσεγγίσεις κοινωνικής τάξης.....	531
4.4.3.	Φυλή/εθνότητα, φύλο και άλλες κοινωνικά κατασκευασμένες ομαδοποιήσεις.....	533
4.4.3.1.	Φυλή/εθνότητα.....	533

Περιεχόμενα

4.4.3.2.	Φύλο.....	534
4.4.3.3.	Ο μηχανισμός των διακρίσεων (discrimination).....	537
4.5.	Συμπεράσματα και περαιτέρω σκέψεις	539
5.	Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία	545
5.1.	Εισαγωγή.....	545
5.2.	Κοινωνικοοικονομικές συνέπειες της κρίσης	547
5.3.	Μέτρα διαρθρωτικής προσαρμογής	553
5.3.1.	Μεταρρυθμίσεις στην κοινωνική προστασία και τις μακροοικονομικές πολιτικές.....	554
5.3.2.	Μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας.....	566
5.4.	Υγειονομικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης.....	576
5.4.1.	Μηχανισμοί επίδρασης των οικονομικών κρίσεων στην υγεία.....	581
5.4.1.1.	Μηχανισμοί επίδρασης στο ευρύτερο/συγκεντρωτικό επίπεδο ...	583
5.4.1.2.	Μηχανισμοί επίδρασης στο ατομικό επίπεδο και ανισότητες υγείας	598
5.4.1.3.	Μηχανισμοί επίδρασης στις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας	623
5.4.2.	Ολοκληρωμένο εννοιολογικό υπόδειγμα των μηχανισμών των υγειονομικών επιπτώσεων της κρίσης	631
5.4.2.1.	Διαφοροποιημένες κοινωνικοοικονομικές μεταβολές	632
5.4.2.2.	Διαφοροποιημένες μεταβολές στην έκθεση σε εγγύς παράγοντες κινδύνου και ανθεκτικότητα.....	636
5.4.2.3.	Διαφοροποιημένη βιολογική ενσωμάτωση των παραγόντων κινδύνου και ανθεκτικότητας μέσω της διαφοροποιημένης ευπάθειας.....	639
5.4.2.4.	Διαφοροποιημένες υγειονομικές και κοινωνικοοικονομικές συνέπειες της ασθένειας.....	642
5.4.3.	Υγειονομικές μεταβολές στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης ...	644
5.4.3.1.	Θνησιμότητα.....	644
5.4.3.2.	Αυτοκινητιστικά ατυχήματα.....	651
5.4.3.3.	Ατμοσφαιρική ρύπανση	651
5.4.3.4.	Εγκληματικότητα και βίαια εγκλήματα	652
5.4.3.5.	Μεταδιδόμενα νοσήματα	653
5.4.3.6.	Αυτοαξιολογούμενη γενική υγεία	654
5.4.3.7.	Ψυχική υγεία, αυτοκτονικός ιδεατισμός και αυτοκτονίες	654
5.4.3.8.	Συμπεριφορά που σχετίζεται με την υγεία.....	657
5.4.3.9.	Ανισότητες υγείας	661
5.5.	Συμπεράσματα και περαιτέρω σκέψεις	662
6.	Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας.....	667
6.1.	Εισαγωγή.....	667
6.2.	Κανονιστικά και μεθοδολογικά ζητήματα της μέτρησης των ανισοτήτων υγείας	669
6.2.1.	Συνολική (ή αμιγής) ή κοινωνικοοικονομική ανισότητα	670
6.2.2.	Απόλυτη ή σχετική ανισότητα	676
6.2.3.	Θετικές (attainment) και αρνητικές (shortfall) εκβάσεις υγείας και το κριτήριο της ισοδυναμίας της ανισότητας (inequality equivalence criterion)	680
6.2.4.	Ομάδα ή μέτρο αναφοράς ή σύγκρισης.....	684

Περιεχόμενα

6.2.5.	Κοινωνικές ομάδες και κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση	687
6.2.5.1.	Αριθμός των κοινωνικών ομάδων	688
6.2.5.2.	Κλίμακα μέτρησης των κοινωνικών ομάδων	689
6.2.5.3.	Κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση	690
6.2.5.4.	Συνέπεια ως προς τις ανισότητες εντός των υποομάδων (subgroup consistency)	691
6.2.6.	Πληθυσμιακό μέγεθος	692
6.2.7.	Αποστροφή για την ανισότητα και ευαισθησία ως προς το τμήμα της κατανομής (distributional sensitivity)	693
6.2.8.	Διαχωρισσιμότητα (decomposability).....	699
6.2.9.	Επίπεδο και χρονική διάσταση της ανάλυσης	700
6.3.	Συνολική ή αμιγής ανισότητα υγείας στον πληθυσμό	702
6.3.1.	Μέτρα συγκρίσεων των ακραίων σημείων της κατανομής της υγείας	702
6.3.2.	Μέτρα ατομικών διαφορών από τον μέσο όρο	704
6.3.3.	Μέτρα διατομικών διαφορών και ο συντελεστής Gini	708
6.3.4.	Μέτρα γενικευμένης εντροπίας	715
6.3.5.	Μέτρα Atkinson.....	718
6.3.6.	Μέτρα Kolm-Pollak	721
6.4.	Ανισότητες υγείας μεταξύ κοινωνικών ομάδων	722
6.4.1.	Μέτρα συγκρίσεων ομάδων κατά ζεύγη	722
6.4.2.	Μέτρα μέσης διαφοράς μεταξύ ομάδων	726
6.4.3.	Index of Dissimilarity.....	728
6.4.4.	Μέτρα (αστάθμητα) βασιζόμενα σε ανάλυση παλινδρόμησης.....	729
6.4.5.	Μέτρα εξαρτώμενα από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση	731
6.4.5.1.	Slope και Relative Index of Inequality	731
6.4.5.2.	Concentration indices.....	734
6.4.5.3.	Health Achievement Index	747
6.4.6.	Μέτρα βασιζόμενα στη συνιστώσα της μεταξύ των ομάδων ανισότητας	748
6.5.	Συμπεράσματα και περαιτέρω σκέψεις	751
7.	Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης	759
7.1.	Εισαγωγή.....	759
7.2.	Μεθοδολογία	760
7.2.1.	Στατιστικό υλικό	760
7.2.1.1.	Βάση δεδομένων	760
7.2.1.2.	Εκβάσεις υγείας.....	764
7.2.1.2.1.	Μετασχηματισμός της ιεραρχικής έκβασης υγείας σε ποσοτική κλίμακα μέτρησης.....	766
7.2.2.	Στατιστική ανάλυση	774
7.3.	Αποτελέσματα	785
7.3.1.	Εκτίμηση της λανθάνουσας συνεχούς μεταβλητής υγείας	785
7.3.1.	Περιγραφικά στατιστικά	787
7.3.1.1.	Κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές	787
7.3.1.2.	Εκβάσεις υγείας.....	813

Περιεχόμενα

7.3.1.2.1.	Μη προτυποποιημένες κατανομές των εκβάσεων υγείας	813
7.3.1.2.2.	Προτυποποιημένες ως προς την ηλικία και το φύλο κατανομές των εκβάσεων υγείας	821
7.3.2.	Εξέλιξη των δεικτών ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας	828
7.3.2.1.	Συνολική ανισότητα στην κατάσταση υγείας	828
7.3.2.1.1.	Μη προτυποποιημένες κατανομές των εκβάσεων υγείας	828
7.3.2.1.2.	Προτυποποιημένες κατανομές των εκβάσεων υγείας	837
7.3.2.2.	Κοινωνικοοικονομική ανισότητα στην κατάσταση υγείας.....	844
7.3.2.2.1.	Εκτιμημένη κατάσταση υγείας	844
7.3.2.2.2.	Πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας	903
7.3.2.2.3.	Πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας....	960
7.3.2.2.4.	Χρόνιο πρόβλημα υγείας	1017
7.3.2.2.5.	Σοβαρός περιορισμός στις καθημερινές δραστηριότητες λόγω προβλημάτων υγείας.....	1072
7.3.2.2.6.	Τουλάχιστον κάποιος περιορισμός στις καθημερινές δραστηριότητες λόγω προβλημάτων υγείας.....	1128
7.4.	Συζήτηση και συμπεράσματα	1182
8.	Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης	1201
8.1.	Εισαγωγή.....	1201
8.2.	Μεθοδολογία	1203
8.2.1.	Στατιστικό υλικό	1203
8.2.2.	Στατιστική ανάλυση	1203
8.3.	Αποτελέσματα	1211
8.3.1.	Περιγραφικά στατιστικά	1211
8.3.1.	Εξέλιξη των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας	1212
8.3.2.	Εξέλιξη των παραγόντων των εκβάσεων υγείας	1215
8.3.3.	Εισοδηματικές ανισότητες υγείας.....	1231
8.3.3.1.	Παράγοντες των εισοδηματικών ανισοτήτων υγείας.....	1231
8.3.3.2.	Παράγοντες των μεταβολών των εισοδηματικών ανισοτήτων υγείας	1251
8.3.4.	Εκπαιδευτικές ανισότητες υγείας	1287
8.3.4.1.	Παράγοντες των εκπαιδευτικών ανισοτήτων υγείας	1287
8.3.4.2.	Παράγοντες των μεταβολών των εκπαιδευτικών ανισοτήτων υγείας	1304
8.4.	Συζήτηση και συμπεράσματα	1337
9.	Συμπεράσματα και συνέπειες πολιτικής.....	1365
9.1.	Σύνοψη και σύνδεση θεωρητικού και εμπειρικού μέρους.....	1365
9.1.1.	Θεωρίες κοινωνικής δικαιοσύνης στην υγεία	1365
9.1.2.	Θεωρίες και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας ..	1367
9.1.3.	Κοινωνικοοικονομική θέση και υγεία.....	1369
9.1.4.	Υπόδειγμα υγειονομικών επιπτώσεων της κρίσης	1371
9.1.5.	Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας.....	1375
9.1.6.	Εξέλιξη των ανισοτήτων υγείας	1376
9.1.7.	Παράγοντες των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας.....	1378

Περιεχόμενα

9.1.8. Παράγοντες των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας	1379
9.2. Συνέπειες πολιτικής.....	1383
9.2.1. Διαρκείς πολιτικές για την αντιμετώπιση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας.....	1384
9.2.1.1. Αλληλεξάρτηση της ηθικής και της εμπειρικής διάστασης με τις επιλογές πολιτικής.....	1384
9.2.1.2. Υγεία σε όλες τις πολιτικές και αξιολόγηση του υγειονομικού αντικτύπου των δημοσίων πολιτικών	1392
9.2.2. Πολιτικές για τη διαχείριση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας	1398
Βιβλιογραφικές αναφορές	1404
Παράρτημα.....	1455
Αποτελέσματα δειγματοληψίας έρευνας πεδίου ΕΚΠΑ, 2014-15.....	1455

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 2-1 Προσεγγίσεις διανεμητικής δικαιοσύνης στην υγεία και κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας	356
Πίνακας 3-1 Μηχανισμοί επίδρασης του κοινωνικού πλαισίου στην υγεία και παραγωγής των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας.....	477
Πίνακας 4-1 Σύνοψη των χαρακτηριστικών των κυριότερων κοινωνιολογικών προσεγγίσεων της σχέσης της κοινωνικοοικονομικής θέσης με την υγεία.....	541
Πίνακας 5-1 Εξέλιξη των βασικών κοινωνικοοικονομικών δεικτών στην Ελλάδα, 2004-2017	552
Πίνακας 5-2 Κυριότερες διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις και κοινωνικοοικονομικοί προσδιοριστές της υγείας.....	564
Πίνακας 5-3 Εξέλιξη των ανεκπλήρωτων ιατρικών αναγκών λόγω οικονομικών φραγμών ή χρόνων αναμονής ή μεγάλης απόστασης στην Ελλάδα, 2008-2017 (% πληθυσμού 16 ετών και άνω)	570
Πίνακας 5-4 Κύριες επιπτώσεις των μεταρρυθμίσεων στο σύστημα υγείας σε σχέση με τις διαστάσεις της πρόσβασης των χρηστών στις υπηρεσίες	575
Πίνακας 5-5 Παράγοντες κινδύνου της θνησιμότητας και των χαμένων ετών ζωής από πρόωρο θάνατο από όλες τις αιτίες στην Ελλάδα (2000, 2005, 2010, 2017)	648
Πίνακας 5-6 Μεταβολές σε δείκτες παραγόντων κινδύνου στην Ελλάδα ανά επίπεδο εκπαίδευσης (2009, 2014)	660
Πίνακας 6-1 Ιδιότητες των δεικτών ανισότητας της οικογένειας των concentration indices.....	741
Πίνακας 6-2 Καταλληλότητα των δεικτών ανισότητας της οικογένειας των concentration indices σε σχέση με τις μετρικές ιδιότητες της έκβασης υγείας	744
Πίνακας 6-3 Σύνοψη και βασικά χαρακτηριστικά των κυριότερων δεικτών μέτρησης των ανισοτήτων υγείας.....	756
Πίνακας 7-1 Μέγεθος δείγματος (αριθμών ατόμων) ανά έτος της βάσης δεδομένων	763
Πίνακας 7-2 Βασικά περιγραφικά στατιστικά της βάσης δεδομένων από την ειδική έρευνα στην Περιφέρεια Αττικής μεταξύ 2014-15.....	768
Πίνακας 7-3 Συσχέτιση (Spearman) μεταξύ των ποσοτικών μεταβλητών και της ιεραρχικής έκβασης υγείας.....	769
Πίνακας 7-4 Όρια της παλινδρόμησης διαστημάτων.....	769
Πίνακας 7-5 Ανεξάρτητες μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν στο πλαίσιο της παλινδρόμησης διαστημάτων για την εκτίμηση της λανθάνουσας συνεχούς μεταβλητής υγείας	771
Πίνακας 7-6 Εκβάσεις υγείας που χρησιμοποιήθηκαν για τη μέτρηση των ανισοτήτων υγείας	773
Πίνακας 7-7 Σύνοψη των δεικτών μέτρησης των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας που χρησιμοποιούνται στο παρόν κεφάλαιο	776
Πίνακας 7-8 Μεταβλητές κοινωνικοοικονομικής κατηγοριοποίησης του πληθυσμού για τη μέτρηση της κοινωνικοοικονομικής ανισότητας στην κατάσταση υγείας.....	777
Πίνακας 7-9 Δείκτες ανισότητας στην κατάσταση υγείας ανά μεταβλητή υγείας	783
Πίνακας 7-10 Δείκτες ανισότητας στην κατάσταση υγείας ανά κοινωνικοοικονομική μεταβλητή.....	783
Πίνακας 7-11 Αποτελέσματα της παλινδρόμησης διαστημάτων για την εκτίμηση της λανθάνουσας συνεχούς μεταβλητής υγείας	785
Πίνακας 7-12 Κατανομή ως προς το φύλο, 2003-2017.....	788

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 7-13 Κατανομή ως προς την ηλικία, 2003-2017	789
Πίνακας 7-14 Κατανομή ως προς την υπηκοότητα, 2003-2017	790
Πίνακας 7-15 Κατανομή ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	792
Πίνακας 7-16 Κατανομή ως προς τα πεμπτημόρια του αποπληθωρισμένου (έτος βάσης το 2017) ισοδύναμου διαθέσιμου εισοδήματος του νοικοκυριού μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις, με βάση την κατανομή του 2008, 2003-2017.....	793
Πίνακας 7-17 Κατανομή ως προς τον κίνδυνο φτώχειας με σταθερό όριο φτώχειας βάσει του έτους 2008, 2003-2017	795
Πίνακας 7-18 Εξέλιξη του δείκτη Gini για την ανισότητα στην κατανομή του εισοδήματος, 2003-2017	796
Πίνακας 7-19 Κατανομή ως προς τον συνολικό αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017.....	797
Πίνακας 7-20 Μέση τιμή του συνολικού αριθμού των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017	800
Πίνακας 7-21 Κατανομή ως προς τη σοβαρή υλική στέρηση, 2003-2017.....	800
Πίνακας 7-22 Κατανομή ως προς τη χαμηλή ένταση εργασίας, 2003-2017.....	801
Πίνακας 7-23 Κατανομή ως προς την υπερπλήρη κατοικία, 2003-2017	802
Πίνακας 7-24 Κατανομή ως προς τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, 2003-2017	803
Πίνακας 7-25 Κατανομή ως προς τη σοβαρή στέρηση στέγασης, 2003-2017.....	804
Πίνακας 7-26 Κατανομή ως προς τη δυσκολία αντιμετώπισης των συνήθων αναγκών, 2003-2017	806
Πίνακας 7-27 Κατανομή ως προς την υποκειμενική φτώχεια, 2003-2017	806
Πίνακας 7-28 Κατανομή ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017.....	807
Πίνακας 7-29 Κατανομή ως προς την κύρια ασχολία, 2003-2017	809
Πίνακας 7-30 Κατανομή ως προς τα προβλήματα θορύβου, 2003-2017.....	811
Πίνακας 7-31 Κατανομή ως προς τα προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης, 2003-2017	812
Πίνακας 7-32 Κατανομή ως προς τα προβλήματα εγκληματικότητας, 2003-2017 ...	813
Πίνακας 7-33 Εξέλιξη της κατανομής (%) των ατόμων ως προς την αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας στην 5-βάθμια κλίμακα, 2003-2017.....	814
Πίνακας 7-34 Εξέλιξη του ποσοστού (%) των ατόμων με πολύ κακή υγεία και με κακή ή πολύ κακή υγεία, 2003-2017	815
Πίνακας 7-35 Εξέλιξη του μέσου επιπέδου της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας, 2003-2017	816
Πίνακας 7-36 Εξέλιξη του ποσοστού (%) των ατόμων με χρόνια πρόβλημα υγείας, 2003-2017	817
Πίνακας 7-37 Εξέλιξη της κατανομής (%) των ατόμων ως προς τους περιορισμούς στις συνήθεις δραστηριότητές τους λόγω προβλήματος υγείας, 2003-2017	819
Πίνακας 7-38 Εξέλιξη του ποσοστού (%) των ατόμων με σοβαρούς περιορισμούς και με τουλάχιστον κάποιους περιορισμούς στις συνήθεις δραστηριότητές τους λόγω προβλήματος υγείας, 2003-2017	820
Πίνακας 7-39 Εξέλιξη της προτυποποιημένης (βάσει του πληθυσμού του 2008) κατανομής (%) των ατόμων ως προς την αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας στην 5-βάθμια κλίμακα, 2003-2017	821

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 7-40 Εξέλιξη του ποσοστού (%) των ατόμων με πολύ κακή υγεία και με κακή ή πολύ κακή υγεία (προτυποποιημένη κατανομή βάσει του πληθυσμού του 2008), 2003-2017	822
Πίνακας 7-41 Εξέλιξη του μέσου επιπέδου της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας (προτυποποιημένη κατανομή βάσει του πληθυσμού του 2008), 2003-2017	823
Πίνακας 7-42 Εξέλιξη του ποσοστού (%) των ατόμων με χρόνια πρόβλημα υγείας (προτυποποιημένη κατανομή βάσει του πληθυσμού του 2008), 2003-2017	824
Πίνακας 7-43 Εξέλιξη της προτυποποιημένης (βάσει του πληθυσμού του 2008) κατανομής (%) των ατόμων ως προς τους περιορισμούς στις συνήθειες δραστηριοτήτες τους λόγω προβλήματος υγείας, 2003-2017	826
Πίνακας 7-44 Εξέλιξη του ποσοστού (%) των ατόμων με σοβαρούς περιορισμούς και με τουλάχιστον κάποιους περιορισμούς στις συνήθειες δραστηριοτήτες τους λόγω προβλήματος υγείας (προτυποποιημένη κατανομή βάσει του πληθυσμού του 2008), 2003-2017	827
Πίνακας 7-45 Εξέλιξη των δεικτών Range (R) και Range Ratio (R_{ratio}) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας, 2003-2017	829
Πίνακας 7-46 Εξέλιξη των δεικτών Quantile Ratio (QR) και Interquartile Range (IQR) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας, 2003-2017	829
Πίνακας 7-47 Εξέλιξη των δεικτών Relative Mean Deviation (RMD), Absolute Mean Deviation (AMD), Variance (V) και Standard Deviation (SD) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας, 2003-2017	830
Πίνακας 7-48 Εξέλιξη των δεικτών Coefficient of Variation (CV), Variance of Logarithms (Vlog) και Standard Deviation of Logarithms (SDlog) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας, 2003-2017	831
Πίνακας 7-49 Εξέλιξη των δεικτών Gini Index (G), Generalized Gini Index (GG), Corrected Gini Index (CG) και S-Gini Index (SG[1,5, 3, 4, 5]) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας, 2003-2017	832
Πίνακας 7-50 Εξέλιξη των δεικτών Theil Index (T), Mean Logarithmic Deviation (MLD) και Squared Coefficient of Variation (CV^2) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας, 2003-2017	833
Πίνακας 7-51 Εξέλιξη των δεικτών Atkinson Index (A[0,5, 1, 2, 5, 10]) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας, 2003-2017	833
Πίνακας 7-52 Εξέλιξη των δεικτών Kolm-Pollak Index (K[0,25, 0,5, 1, 2, 5]) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας, 2003-2017	834
Πίνακας 7-53 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Gini Index (GG) και Corrected Gini Index (CG) για την πολύ κακή και πολύ κακή/κακή αυτοαξιολογούμενη υγεία (διωνυμικές εκβάσεις), 2003-2017	835
Πίνακας 7-54 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Gini Index (GG) και Corrected Gini Index (CG) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας (διωνυμική έκβαση), 2003-2017	836
Πίνακας 7-55 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Gini Index (GG) και Corrected Gini Index (CG) για τον σοβαρό περιορισμό και τον τουλάχιστον κάποιο περιορισμό των καθημερινών δραστηριοτήτων (διωνυμικές εκβάσεις), 2003-2017	837
Πίνακας 7-56 Εξέλιξη των δεικτών Range (R) και Range Ratio (R_{ratio}) για την προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας, 2003-2017	838
Πίνακας 7-57 Εξέλιξη των δεικτών Quantile Ratio (QR) και Interquartile Range (IQR) για την προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας, 2003-2017	838

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 7-58 Εξέλιξη των δεικτών Relative Mean Deviation (RMD), Absolute Mean Deviation (AMD), Variance (V) και Standard Deviation (SD) για την προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας, 2003-2017	839
Πίνακας 7-59 Εξέλιξη των δεικτών Coefficient of Variation (CV), Variance of Logarithms (Vlog) και Standard Deviation of Logarithms (SDlog) για την προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας, 2003-2017	840
Πίνακας 7-60 Εξέλιξη των δεικτών Gini Index (G), Generalized Gini Index (GG), Corrected Gini Index (CG) και S-Gini Index (SG[1,5, 3, 4, 5]) για την προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας, 2003-2017	841
Πίνακας 7-61 Εξέλιξη των δεικτών Theil Index (T), Mean Logarithmic Deviation (MLD) και Squared Coefficient of Variation (CV ²) για την προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας, 2003-2017	842
Πίνακας 7-62 Εξέλιξη των δεικτών Atkinson Index (A[0,5, 1, 2, 5, 10]) για την προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας, 2003-2017	842
Πίνακας 7-63 Εξέλιξη των δεικτών Kolm-Pollak Index (K[0,25, 0,5, 1, 2, 5]) για την προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας, 2003-2017	843
Πίνακας 7-64 Εξέλιξη της μέσης τιμής για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς το φύλο, 2003-2017	844
Πίνακας 7-65 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Gap (AG) και Relative Gap (RG) για την εκτιμημένη προς-αξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το φύλο, 2003-2017 ..	845
Πίνακας 7-66 Εξέλιξη της μέσης τιμής για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς την υπηκοότητα, 2003-2017	846
Πίνακας 7-67 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Gap (AG) και Relative Gap (RG) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς την υπηκοότητα, 2003-2017	847
Πίνακας 7-68 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς την υπηκοότητα, 2003-2017.....	848
Πίνακας 7-69 Εξέλιξη της μέσης τιμής για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	849
Πίνακας 7-70 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Gap (AG) και Relative Gap (RG) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	850
Πίνακας 7-71 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	851
Πίνακας 7-72 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	852
Πίνακας 7-73 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	853
Πίνακας 7-74 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την εκτιμημένη	

Ευρετήριο Πινάκων

αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	854
Πίνακας 7-75 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017.....	855
Πίνακας 7-76 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	856
Πίνακας 7-77 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	857
Πίνακας 7-78 Εξέλιξη της μέσης τιμής για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	858
Πίνακας 7-79 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Gap (AG) και Relative Gap (RG) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	859
Πίνακας 7-80 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	860
Πίνακας 7-81 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017.....	861
Πίνακας 7-82 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	861
Πίνακας 7-83 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	862
Πίνακας 7-84 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	863
Πίνακας 7-85 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	864
Πίνακας 7-86 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	865
Πίνακας 7-87 Εξέλιξη της μέσης τιμής για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τον κίνδυνο φτώχειας, 2003-2017	866
Πίνακας 7-88 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Gap (AG) και Relative Gap (RG) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον κίνδυνο φτώχειας, 2003-2017	866
Πίνακας 7-89 Εξέλιξη της μέσης τιμής για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017.....	867

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 7-90 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Gap (AG) και Relative Gap (RG) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017.....	868
Πίνακας 7-91 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017.....	869
Πίνακας 7-92 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017.....	870
Πίνακας 7-93 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017.....	871
Πίνακας 7-94 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017.....	871
Πίνακας 7-95 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017.....	872
Πίνακας 7-96 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017.....	873
Πίνακας 7-97 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017.....	874
Πίνακας 7-98 Εξέλιξη της μέσης τιμής για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τη σοβαρή υλική στέρηση, 2003-2017.....	875
Πίνακας 7-99 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Gap (AG) και Relative Gap (RG) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τη σοβαρή υλική στέρηση, 2003-2017.....	875
Πίνακας 7-100 Εξέλιξη της μέσης τιμής για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τη χαμηλή ένταση εργασίας, 2003-2017.....	876
Πίνακας 7-101 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Gap (AG) και Relative Gap (RG) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τη χαμηλή ένταση εργασίας, 2003-2017.....	877
Πίνακας 7-102 Εξέλιξη της μέσης τιμής για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, 2003-2017.....	878
Πίνακας 7-103 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Gap (AG) και Relative Gap (RG) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, 2003-2017.....	879
Πίνακας 7-104 Εξέλιξη της μέσης τιμής για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς την υπερπλήρη κατοικία, 2003-2017.....	880

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 7-105 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Gap (AG) και Relative Gap (RG) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς την υπερπλήρη κατοικία, 2003-2017	881
Πίνακας 7-106 Εξέλιξη της μέσης τιμής για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τη σοβαρή στέρηση στέγασης, 2003-2017	881
Πίνακας 7-107 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Gap (AG) και Relative Gap (RG) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τη σοβαρή στέρηση στέγασης, 2003-2017	882
Πίνακας 7-108 Εξέλιξη της μέσης τιμής για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τη δυσκολία αντιμετώπισης των συνήθων αναγκών, 2003-2017	883
Πίνακας 7-109 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Gap (AG) και Relative Gap (RG) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τη δυσκολία αντιμετώπισης των συνήθων αναγκών, 2003-2017	884
Πίνακας 7-110 Εξέλιξη της μέσης τιμής για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς την υποκειμενική φτώχεια, 2004-2017	885
Πίνακας 7-111 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Gap (AG) και Relative Gap (RG) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς την υποκειμενική φτώχεια, 2004-2017	885
Πίνακας 7-112 Εξέλιξη της μέσης τιμής για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	887
Πίνακας 7-113 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Gap (AG) και Relative Gap (RG) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	888
Πίνακας 7-114 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	888
Πίνακας 7-115 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	889
Πίνακας 7-116 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017.....	890
Πίνακας 7-117 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	891
Πίνακας 7-118 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	891
Πίνακας 7-119 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	892
Πίνακας 7-120 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	893

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 7-121 Εξέλιξη της μέσης τιμής για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς την κύρια ασχολία, 2003-2017	895
Πίνακας 7-122 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Gap (AG) και Relative Gap (RG) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς την κύρια ασχολία, 2003-2017	897
Πίνακας 7-123 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς την κύρια ασχολία, 2003-2017	898
Πίνακας 7-124 Εξέλιξη της μέσης τιμής για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τα προβλήματα θορύβου στη γειτονιά, 2003-2017	899
Πίνακας 7-125 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Gap (AG) και Relative Gap (RG) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τα προβλήματα θορύβου στη γειτονιά, 2003-2017	899
Πίνακας 7-126 Εξέλιξη της μέσης τιμής για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τα προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά, 2003-2017	900
Πίνακας 7-127 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Gap (AG) και Relative Gap (RG) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τα προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά, 2003-2017	901
Πίνακας 7-128 Εξέλιξη της μέσης τιμής για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τα προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά, 2003-2017	902
Πίνακας 7-129 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Gap (AG) και Relative Gap (RG) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τα προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά, 2003-2017	903
Πίνακας 7-130 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς το φύλο, 2003-2017	904
Πίνακας 7-131 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το φύλο, 2003-2017	904
Πίνακας 7-132 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς την υπηκοότητα, 2003-2017	905
Πίνακας 7-133 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς την υπηκοότητα, 2003-2017	906
Πίνακας 7-134 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς την υπηκοότητα, 2003-2017	907
Πίνακας 7-135 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	908
Πίνακας 7-136 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	909
Πίνακας 7-137 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την πολύ κακή	

Ευρετήριο Πινάκων

αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	909
Πίνακας 7-138 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	910
Πίνακας 7-139 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	911
Πίνακας 7-140 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	912
Πίνακας 7-141 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017.....	912
Πίνακας 7-142 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	913
Πίνακας 7-143 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	914
Πίνακας 7-144 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	915
Πίνακας 7-145 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	916
Πίνακας 7-146 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	917
Πίνακας 7-147 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	918
Πίνακας 7-148 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	918
Πίνακας 7-149 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	919
Πίνακας 7-150 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	920
Πίνακας 7-151 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	921

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 7-152 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	922
Πίνακας 7-153 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τον κίνδυνο φτώχειας, 2003-2017	923
Πίνακας 7-154 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον κίνδυνο φτώχειας, 2003-2017	923
Πίνακας 7-155 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017.....	925
Πίνακας 7-156 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017.....	926
Πίνακας 7-157 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017.....	926
Πίνακας 7-158 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017	927
Πίνακας 7-159 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017	928
Πίνακας 7-160 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017.....	929
Πίνακας 7-161 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017	929
Πίνακας 7-162 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017.....	930
Πίνακας 7-163 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017	931
Πίνακας 7-164 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τη σοβαρή υλική στέρηση, 2003-2017	932
Πίνακας 7-165 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τη σοβαρή υλική στέρηση, 2003-2017	933
Πίνακας 7-166 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τη χαμηλή ένταση εργασίας, 2003-2017	934

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 7-167 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τη χαμηλή ένταση εργασίας, 2003-2017.....	934
Πίνακας 7-168 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, 2003-2017	935
Πίνακας 7-169 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, 2003-2017.....	936
Πίνακας 7-170 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς την υπερπλήρη κατοικία, 2003-2017	937
Πίνακας 7-171 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς την υπερπλήρη κατοικία, 2003-2017	938
Πίνακας 7-172 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τη σοβαρή στέρση στέγασης, 2003-2017.....	939
Πίνακας 7-173 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τη σοβαρή στέρση στέγασης, 2003-2017	940
Πίνακας 7-174 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τη δυσκολία αντιμετώπισης των συνήθων αναγκών, 2003-2017	940
Πίνακας 7-175 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή προς-αξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τη δυσκολία αντιμετώπισης των συνήθων αναγκών, 2003-2017	941
Πίνακας 7-176 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς την υποκειμενική φτώχεια, 2004-2017	942
Πίνακας 7-177 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς την υποκειμενική φτώχεια, 2004-2017	943
Πίνακας 7-178 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	944
Πίνακας 7-179 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	945
Πίνακας 7-180 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	946
Πίνακας 7-181 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	946
Πίνακας 7-182 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017.....	947
Πίνακας 7-183 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή	

Ευρετήριο Πινάκων

αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	948
Πίνακας 7-184 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	949
Πίνακας 7-185 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	949
Πίνακας 7-186 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	950
Πίνακας 7-187 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς την κύρια ασχολία, 2003-2017	952
Πίνακας 7-188 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς την κύρια ασχολία, 2003-2017	954
Πίνακας 7-189 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την πολύ κακή προσ-αξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς την κύρια ασχολία, 2003-2017.....	955
Πίνακας 7-190 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τα προβλήματα θορύβου στη γειτονιά, 2003-2017.....	956
Πίνακας 7-191 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τα προβλήματα θορύβου στη γειτονιά, 2003-2017	957
Πίνακας 7-192 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τα προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά, 2003-2017	957
Πίνακας 7-193 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τα προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά, 2003-2017.....	958
Πίνακας 7-194 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τα προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά, 2003-2017	959
Πίνακας 7-195 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τα προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά, 2003-2017	960
Πίνακας 7-196 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής ή κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς το φύλο, 2003-2017.....	961
Πίνακας 7-197 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το φύλο, 2003-2017	962
Πίνακας 7-198 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής ή κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς την υπηκοότητα, 2003-2017.....	963

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 7-199 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς την υπηκοότητα, 2003-2017	963
Πίνακας 7-200 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς την υπηκοότητα, 2003-2017	964
Πίνακας 7-201 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	965
Πίνακας 7-202 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	966
Πίνακας 7-203 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	967
Πίνακας 7-204 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017.....	968
Πίνακας 7-205 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017....	969
Πίνακας 7-206 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	969
Πίνακας 7-207 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	970
Πίνακας 7-208 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	970
Πίνακας 7-209 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την πολύ κακή ή κακή προς-αξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	971
Πίνακας 7-210 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	972
Πίνακας 7-211 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017.....	973
Πίνακας 7-212 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	974
Πίνακας 7-213 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	975

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 7-214 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	976
Πίνακας 7-215 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	976
Πίνακας 7-216 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	977
Πίνακας 7-217 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	977
Πίνακας 7-218 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	978
Πίνακας 7-219 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής ή κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τον κίνδυνο φτώχειας, 2003-2017	979
Πίνακας 7-220 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον κίνδυνο φτώχειας, 2003-2017	980
Πίνακας 7-221 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017	981
Πίνακας 7-222 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017.....	982
Πίνακας 7-223 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017	983
Πίνακας 7-224 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017	983
Πίνακας 7-225 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017	984
Πίνακας 7-226 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017.....	985
Πίνακας 7-227 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017	986
Πίνακας 7-228 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή ή	

Ευρετήριο Πινάκων

κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017	986
Πίνακας 7-229 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017	987
Πίνακας 7-230 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής ή κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τη σοβαρή υλική στέρηση, 2003-2017	988
Πίνακας 7-231 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τη σοβαρή υλική στέρηση, 2003-2017	989
Πίνακας 7-232 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής ή κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τη χαμηλή ένταση εργασίας, 2003-2017	990
Πίνακας 7-233 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τη χαμηλή ένταση εργασίας, 2003-2017	990
Πίνακας 7-234 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής ή κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, 2003-2017	991
Πίνακας 7-235 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, 2003-2017	992
Πίνακας 7-236 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής ή κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς την υπερπλήρη κατοικία, 2003-2017	993
Πίνακας 7-237 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς την υπερπλήρη κατοικία, 2003-2017	994
Πίνακας 7-238 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής ή κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τη σοβαρή στέρηση στέγασης, 2003-2017	995
Πίνακας 7-239 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τη σοβαρή στέρηση στέγασης, 2003-2017	996
Πίνακας 7-240 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής ή κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τη δυσκολία αντιμετώπισης των συνήθων αναγκών, 2003-2017	997
Πίνακας 7-241 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τη δυσκολία αντιμετώπισης των συνήθων αναγκών, 2003-2017	997
Πίνακας 7-242 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής ή κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς την υποκειμενική φτώχεια, 2004-2017	998
Πίνακας 7-243 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς την υποκειμενική φτώχεια, 2004-2017	999

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 7-244 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017.....	1000
Πίνακας 7-245 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017.....	1001
Πίνακας 7-246 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	1002
Πίνακας 7-247 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	1003
Πίνακας 7-248 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	1003
Πίνακας 7-249 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	1004
Πίνακας 7-250 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017.....	1005
Πίνακας 7-251 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	1005
Πίνακας 7-252 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	1006
Πίνακας 7-253 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής ή κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς την κύρια ασχολία, 2003-2017	1008
Πίνακας 7-254 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς την κύρια ασχολία, 2003-2017	1010
Πίνακας 7-255 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς την κύρια ασχολία, 2003-2017	1011
Πίνακας 7-256 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής ή κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τα προβλήματα θορύβου στη γειτονιά, 2003-2017...	1012
Πίνακας 7-257 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τα προβλήματα θορύβου στη γειτονιά, 2003-2017	1013
Πίνακας 7-258 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής ή κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τα προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά, 2003-2017	1014

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 7-259 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τα προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά, 2003-2017	1014
Πίνακας 7-260 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής ή κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τα προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά, 2003-2017	1015
Πίνακας 7-261 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τα προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά, 2003-2017	1016
Πίνακας 7-262 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης χρονίου προβλήματος υγείας ως προς το φύλο, 2003-2017	1017
Πίνακας 7-263 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς το φύλο, 2003-2017	1018
Πίνακας 7-264 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης χρονίου προβλήματος υγείας ως προς την υπηκοότητα, 2003-2017	1019
Πίνακας 7-265 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς την υπηκοότητα, 2003-2017	1019
Πίνακας 7-266 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς την υπηκοότητα, 2003-2017	1020
Πίνακας 7-267 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	1021
Πίνακας 7-268 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	1022
Πίνακας 7-269 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	1023
Πίνακας 7-270 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	1024
Πίνακας 7-271 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	1025
Πίνακας 7-272 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	1025
Πίνακας 7-273 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	1026
Πίνακας 7-274 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	1026

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 7-275 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	1027
Πίνακας 7-276 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	1028
Πίνακας 7-277 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	1029
Πίνακας 7-278 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	1030
Πίνακας 7-279 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	1031
Πίνακας 7-280 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	1032
Πίνακας 7-281 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	1032
Πίνακας 7-282 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	1033
Πίνακας 7-283 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	1033
Πίνακας 7-284 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	1034
Πίνακας 7-285 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τον κίνδυνο φτώχειας, 2003-2017	1035
Πίνακας 7-286 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τον κίνδυνο φτώχειας, 2003-2017	1036
Πίνακας 7-287 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017	1037
Πίνακας 7-288 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017	1038
Πίνακας 7-289 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017	1039
Πίνακας 7-290 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017	1040

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 7-291 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017	1040
Πίνακας 7-292 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017	1041
Πίνακας 7-293 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017.....	1042
Πίνακας 7-294 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017	1042
Πίνακας 7-295 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017.....	1043
Πίνακας 7-296 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τη σοβαρή υλική στέρηση, 2003-2017.....	1044
Πίνακας 7-297 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τη σοβαρή υλική στέρηση, 2003-2017	1045
Πίνακας 7-298 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τη χαμηλή ένταση εργασίας, 2003-2017.....	1045
Πίνακας 7-299 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τη χαμηλή ένταση εργασίας, 2003-2017	1046
Πίνακας 7-300 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, 2003-2017.....	1047
Πίνακας 7-301 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, 2003-2017	1048
Πίνακας 7-302 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης χρονίου προβλήματος υγείας ως προς την υπερπλήρη κατοικία, 2003-2017.....	1049
Πίνακας 7-303 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς την υπερπλήρη κατοικία, 2003-2017	1050
Πίνακας 7-304 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τη σοβαρή στέρηση στέγασης, 2003-2017	1051
Πίνακας 7-305 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τη σοβαρή στέρηση στέγασης, 2003-2017	1051
Πίνακας 7-306 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τη δυσκολία αντιμετώπισης των συνήθων αναγκών, 2003-2017	1052

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 7-307 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τη δυσκολία αντιμετώπισης των συνήθων αναγκών, 2003-2017	1053
Πίνακας 7-308 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης χρονίου προβλήματος υγείας ως προς την υποκειμενική φτώχεια, 2004-2017	1054
Πίνακας 7-309 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς την υποκειμενική φτώχεια, 2004-2017	1055
Πίνακας 7-310 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	1056
Πίνακας 7-311 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	1057
Πίνακας 7-312 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	1058
Πίνακας 7-313 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	1059
Πίνακας 7-314 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	1060
Πίνακας 7-315 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	1060
Πίνακας 7-316 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	1061
Πίνακας 7-317 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	1061
Πίνακας 7-318 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	1062
Πίνακας 7-319 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης χρονίου προβλήματος υγείας ως προς την κύρια ασχολία, 2003-2017	1064
Πίνακας 7-320 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς την κύρια ασχολία, 2003-2017	1066
Πίνακας 7-321 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς την κύρια ασχολία, 2003-2017	1067
Πίνακας 7-322 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τα προβλήματα θορύβου στη γειτονιά, 2003-2017	1068
Πίνακας 7-323 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τα προβλήματα θορύβου στη γειτονιά, 2003-2017	1068

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 7-324 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τα προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά, 2003-2017	1069
Πίνακας 7-325 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τα προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά, 2003-2017	1070
Πίνακας 7-326 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τα προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά, 2003-2017	1071
Πίνακας 7-327 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τα προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά, 2003-2017	1072
Πίνακας 7-328 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το φύλο, 2003-2017	1073
Πίνακας 7-329 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το φύλο, 2003-2017	1074
Πίνακας 7-330 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς την υπηκοότητα, 2003-2017	1075
Πίνακας 7-331 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς την υπηκοότητα, 2003-2017	1075
Πίνακας 7-332 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς την υπηκοότητα, 2003-2017	1076
Πίνακας 7-333 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	1077
Πίνακας 7-334 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	1078
Πίνακας 7-335 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	1079
Πίνακας 7-336 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	1080
Πίνακας 7-337 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	1080
Πίνακας 7-338 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	1081

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 7-339 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	1082
Πίνακας 7-340 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	1082
Πίνακας 7-341 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	1083
Πίνακας 7-342 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	1084
Πίνακας 7-343 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	1085
Πίνακας 7-344 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	1086
Πίνακας 7-345 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	1087
Πίνακας 7-346 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	1087
Πίνακας 7-347 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	1088
Πίνακας 7-348 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	1089
Πίνακας 7-349 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	1089
Πίνακας 7-350 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	1090
Πίνακας 7-351 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον κίνδυνο φτώχειας, 2003-2017	1091
Πίνακας 7-352 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον κίνδυνο φτώχειας, 2003-2017	1092
Πίνακας 7-353 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017	1093

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 7-354 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017.....	1094
Πίνακας 7-355 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017.....	1094
Πίνακας 7-356 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017	1095
Πίνακας 7-357 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017.....	1096
Πίνακας 7-358 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017.....	1097
Πίνακας 7-359 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017	1097
Πίνακας 7-360 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017.....	1098
Πίνακας 7-361 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017.....	1099
Πίνακας 7-362 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τη σοβαρή υλική στέρηση, 2003-2017	1100
Πίνακας 7-363 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τη σοβαρή υλική στέρηση, 2003-2017	1100
Πίνακας 7-364 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τη χαμηλή ένταση εργασίας, 2003-2017	1101
Πίνακας 7-365 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τη χαμηλή ένταση εργασίας, 2003-2017	1102
Πίνακας 7-366 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, 2003-2017	1103
Πίνακας 7-367 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, 2003-2017.....	1104

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 7-368 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς την υπερπλήρη κατοικία, 2003-2017	1104
Πίνακας 7-369 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς την υπερπλήρη κατοικία, 2003-2017	1105
Πίνακας 7-370 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τη σοβαρή στέρηση στέγασης, 2003-2017	1106
Πίνακας 7-371 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τη σοβαρή στέρηση στέγασης, 2003-2017	1107
Πίνακας 7-372 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τη δυσκολία αντιμετώπισης των συνήθων αναγκών, 2003-2017	1108
Πίνακας 7-373 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τη δυσκολία αντιμετώπισης των συνήθων αναγκών, 2003-2017	1109
Πίνακας 7-374 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς την υποκειμενική φτώχεια, 2004-2017	1109
Πίνακας 7-375 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς την υποκειμενική φτώχεια, 2004-2017	1110
Πίνακας 7-376 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	1111
Πίνακας 7-377 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	1112
Πίνακας 7-378 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	1113
Πίνακας 7-379 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	1114
Πίνακας 7-380 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	1115
Πίνακας 7-381 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	1115
Πίνακας 7-382 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	1116
Πίνακας 7-383 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη σοβαρού	

Ευρετήριο Πινάκων

περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	1116
Πίνακας 7-384 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	1117
Πίνακας 7-385 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς την κύρια ασχολία, 2003-2017	1119
Πίνακας 7-386 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς την κύρια ασχολία, 2003-2017	1121
Πίνακας 7-387 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς την κύρια ασχολία, 2003-2017	1122
Πίνακας 7-388 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τα προβλήματα θορύβου στη γειτονιά, 2003-2017.....	1123
Πίνακας 7-389 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τα προβλήματα θορύβου στη γειτονιά, 2003-2017	1124
Πίνακας 7-390 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τα προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά, 2003-2017	1124
Πίνακας 7-391 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τα προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά, 2003-2017	1125
Πίνακας 7-392 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τα προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά, 2003-2017.....	1126
Πίνακας 7-393 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τα προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά, 2003-2017	1127
Πίνακας 7-394 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το φύλο, 2003-2017.....	1128
Πίνακας 7-395 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το φύλο, 2003-2017	1129
Πίνακας 7-396 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς την υπηκοότητα, 2003-2017	1130
Πίνακας 7-397 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς την υπηκοότητα, 2003-2017	1130
Πίνακας 7-398 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς την υπηκοότητα, 2003-2017	1131

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 7-399 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	1132
Πίνακας 7-400 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017.....	1133
Πίνακας 7-401 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	1134
Πίνακας 7-402 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	1135
Πίνακας 7-403 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	1136
Πίνακας 7-404 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	1136
Πίνακας 7-405 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	1137
Πίνακας 7-406 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	1138
Πίνακας 7-407 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017	1138
Πίνακας 7-408 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	1139
Πίνακας 7-409 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	1140
Πίνακας 7-410 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	1141
Πίνακας 7-411 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	1142
Πίνακας 7-412 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	1143

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 7-413 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017.....	1143
Πίνακας 7-414 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	1144
Πίνακας 7-415 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	1144
Πίνακας 7-416 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017	1145
Πίνακας 7-417 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον κίνδυνο φτώχειας, 2003-2017	1146
Πίνακας 7-418 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον κίνδυνο φτώχειας, 2003-2017	1147
Πίνακας 7-419 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017.....	1148
Πίνακας 7-420 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017	1149
Πίνακας 7-421 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017.....	1149
Πίνακας 7-422 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017	1150
Πίνακας 7-423 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017.....	1151
Πίνακας 7-424 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017.....	1152
Πίνακας 7-425 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017.....	1152
Πίνακας 7-426 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017.....	1153

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 7-427 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017.....	1154
Πίνακας 7-428 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τη σοβαρή υλική στέρηση, 2003-2017....	1155
Πίνακας 7-429 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τη σοβαρή υλική στέρηση, 2003-2017	1155
Πίνακας 7-430 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τη χαμηλή ένταση εργασίας, 2003-2017.	1156
Πίνακας 7-431 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τη χαμηλή ένταση εργασίας, 2003-2017	1157
Πίνακας 7-432 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, 2003-2017	1158
Πίνακας 7-433 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, 2003-2017	1159
Πίνακας 7-434 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς την υπερπλήρη κατοικία, 2003-2017	1159
Πίνακας 7-435 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς την υπερπλήρη κατοικία, 2003-2017	1160
Πίνακας 7-436 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τη σοβαρή στέρηση στέγασης, 2003-2017	1161
Πίνακας 7-437 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τη σοβαρή στέρηση στέγασης, 2003-2017	1162
Πίνακας 7-438 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τη δυσκολία αντιμετώπισης των συνήθων αναγκών, 2003-2017.....	1163
Πίνακας 7-439 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τη δυσκολία αντιμετώπισης των συνήθων αναγκών, 2003-2017.....	1164
Πίνακας 7-440 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς την υποκειμενική φτώχεια, 2004-2017 ...	1164
Πίνακας 7-441 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς την υποκειμενική φτώχεια, 2004-2017	1165
Πίνακας 7-442 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017.....	1166

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 7-443 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	1167
Πίνακας 7-444 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017.....	1168
Πίνακας 7-445 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	1169
Πίνακας 7-446 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017	1170
Πίνακας 7-447 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017.....	1170
Πίνακας 7-448 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017.....	1171
Πίνακας 7-449 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017.....	1172
Πίνακας 7-450 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017.....	1172
Πίνακας 7-451 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς την κύρια ασχολία, 2003-2017.....	1174
Πίνακας 7-452 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς την κύρια ασχολία, 2003-2017	1176
Πίνακας 7-453 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς την κύρια ασχολία, 2003-2017	1177
Πίνακας 7-454 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τα προβλήματα θορύβου στη γειτονιά, 2003-2017	1177
Πίνακας 7-455 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τα προβλήματα θορύβου στη γειτονιά, 2003-2017	1178
Πίνακας 7-456 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τα προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά, 2003-2017.....	1179

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 7-457 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τα προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά, 2003-2017	1180
Πίνακας 7-458 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τα προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά, 2003-2017	1181
Πίνακας 7-459 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τα προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά, 2003-2017.	1181
Πίνακας 8-1 Εκβάσεις υγείας που χρησιμοποιήθηκαν για τη μετρηση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας.....	1203
Πίνακας 8-2 Περιγραφή των ανεξάρτητων μεταβλητών της ανάλυσης παραγόντων των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας.....	1208
Πίνακας 8-3 Εξέλιξη του μέσου επιπέδου των εκβάσεων υγείας ανά έτος ανάλυσης	1211
Πίνακας 8-4 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας (%) των ανεξάρτητων μεταβλητών ανά έτος ανάλυσης.....	1212
Πίνακας 8-5 Εξέλιξη των εισοδηματικών ανισοτήτων υγείας.....	1214
Πίνακας 8-6 Εξέλιξη των εκπαιδευτικών ανισοτήτων υγείας	1214
Πίνακας 8-7 Οριακές επιδράσεις των παραγόντων της εκτιμημένης κατάστασης υγείας	1217
Πίνακας 8-8 Οριακές επιδράσεις των παραγόντων της παρουσίας πολύ κακής ή κακής υγείας	1220
Πίνακας 8-9 Οριακές επιδράσεις των παραγόντων της παρουσίας χρόνιου προβλήματος υγείας	1223
Πίνακας 8-10 Οριακές επιδράσεις των παραγόντων της παρουσίας σοβαρών περιορισμών στις καθημερινές δραστηριότητες λόγω προβλημάτων υγείας	1226
Πίνακας 8-11 Εκτιμώμενες τιμές και πιθανότητες (margins) για τις εκβάσεις υγείας ανά κατηγορία παράγοντα βάσει των υποδειγμάτων probit.....	1229
Πίνακας 8-12 Ανάλυση παραγόντων των εισοδηματικών ανισοτήτων (CI) στην εκτιμημένη κατάσταση υγείας.....	1233
Πίνακας 8-13 Ανάλυση παραγόντων των εισοδηματικών ανισοτήτων (E) στην παρουσία πολύ κακής ή κακής υγείας	1238
Πίνακας 8-14 Ανάλυση παραγόντων των εισοδηματικών ανισοτήτων (E) στην παρουσία χρόνιων προβλημάτων υγείας.....	1243
Πίνακας 8-15 Ανάλυση παραγόντων των εισοδηματικών ανισοτήτων (E) στην παρουσία σοβαρών περιορισμών στις καθημερινές δραστηριότητες	1248
Πίνακας 8-16 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εισοδηματικών ανισοτήτων (CI) στην εκτιμημένη κατάσταση υγείας, 2005-2008	1254
Πίνακας 8-17 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εισοδηματικών ανισοτήτων (CI) στην εκτιμημένη κατάσταση υγείας, 2008-2012	1256
Πίνακας 8-18 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εισοδηματικών ανισοτήτων (CI) στην εκτιμημένη κατάσταση υγείας, 2012-2015	1258
Πίνακας 8-19 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εισοδηματικών ανισοτήτων (E) στην πολύ κακή ή κακή υγεία, 2005-2008	1263
Πίνακας 8-20 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εισοδηματικών ανισοτήτων (E) στην πολύ κακή ή κακή υγεία, 2008-2012	1265

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 8-21 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εισοδηματικών ανισοτήτων (E) στην πολύ κακή ή κακή υγεία, 2012-2015.....	1267
Πίνακας 8-22 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εισοδηματικών ανισοτήτων (E) στα χρόνια προβλήματα υγείας, 2005-2008.....	1272
Πίνακας 8-23 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εισοδηματικών ανισοτήτων (E) στα χρόνια προβλήματα υγείας, 2008-2012.....	1274
Πίνακας 8-24 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εισοδηματικών ανισοτήτων (CI) στα χρόνια προβλήματα υγείας, 2012-2015.....	1276
Πίνακας 8-25 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εισοδηματικών ανισοτήτων (E) στους σοβαρούς περιορισμούς των καθημερινών δραστηριοτήτων, 2005-2008.....	1281
Πίνακας 8-26 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εισοδηματικών ανισοτήτων (E) στους σοβαρούς περιορισμούς των καθημερινών δραστηριοτήτων, 2008-2012.....	1283
Πίνακας 8-27 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εισοδηματικών ανισοτήτων (CI) στους σοβαρούς περιορισμούς των καθημερινών δραστηριοτήτων, 2012-2015.....	1285
Πίνακας 8-28 Ανάλυση παραγόντων των εκπαιδευτικών ανισοτήτων (CI) στην εκτιμημένη κατάσταση υγείας.....	1289
Πίνακας 8-29 Ανάλυση παραγόντων των εκπαιδευτικών ανισοτήτων (E) στην παρουσία πολύ κακής ή κακής υγείας.....	1293
Πίνακας 8-30 Ανάλυση παραγόντων των εκπαιδευτικών ανισοτήτων (E) στην παρουσία χρόνιων προβλημάτων υγείας.....	1297
Πίνακας 8-31 Ανάλυση παραγόντων των εκπαιδευτικών ανισοτήτων (E) στην παρουσία σοβαρών περιορισμών στις καθημερινές δραστηριότητες.....	1301
Πίνακας 8-32 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εκπαιδευτικών ανισοτήτων (CI) στην εκτιμημένη κατάσταση υγείας, 2005-2008.....	1307
Πίνακας 8-33 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εκπαιδευτικών ανισοτήτων (CI) στην εκτιμημένη κατάσταση υγείας, 2008-2012.....	1309
Πίνακας 8-34 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εκπαιδευτικών ανισοτήτων (CI) στην εκτιμημένη κατάσταση υγείας, 2012-2015.....	1311
Πίνακας 8-35 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εκπαιδευτικών ανισοτήτων (E) στην πολύ κακή ή κακή υγεία, 2005-2008.....	1315
Πίνακας 8-36 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εκπαιδευτικών ανισοτήτων (E) στην πολύ κακή ή κακή υγεία, 2008-2012.....	1317
Πίνακας 8-37 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εκπαιδευτικών ανισοτήτων (E) στην πολύ κακή ή κακή υγεία, 2012-2015.....	1319
Πίνακας 8-38 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εκπαιδευτικών ανισοτήτων (E) στα χρόνια προβλήματα υγείας, 2005-2008.....	1323
Πίνακας 8-39 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εκπαιδευτικών ανισοτήτων (E) στα χρόνια προβλήματα υγείας, 2008-2012.....	1325
Πίνακας 8-40 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εκπαιδευτικών ανισοτήτων (E) στα χρόνια προβλήματα υγείας, 2012-2015.....	1327
Πίνακας 8-41 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εκπαιδευτικών ανισοτήτων (E) στους σοβαρούς περιορισμούς των καθημερινών δραστηριοτήτων, 2005-2008.....	1331
Πίνακας 8-42 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εκπαιδευτικών ανισοτήτων (E) στους σοβαρούς περιορισμούς των καθημερινών δραστηριοτήτων, 2008-2012.....	1333

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 8-43 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εκπαιδευτικών ανισοτήτων (Ε) στους σοβαρούς περιορισμούς των καθημερινών δραστηριοτήτων, 2012-2015	1335
Πίνακας 8-44 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα της ανάλυσης παραγόντων των μεταβολών των εισοδηματικών ανισοτήτων υγείας (% συμβολή)	1361
Πίνακας 8-45 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα της ανάλυσης παραγόντων των μεταβολών των εκπαιδευτικών ανισοτήτων υγείας (% συμβολή).....	1363
Πίνακας Α-1 Δείγμα ανά Καλλικρατικό Δήμο Περιφέρειας Αττικής	1455
Πίνακας Α-2 Ποσοστιαίες διαφορές του δείγματος σε σχέση με την πραγματική κατανομή του πληθυσμού ως προς το φύλο και την ηλικιακή ομάδα.....	1457

Ευρετήριο Γραφημάτων

Γράφημα 1-1 Οι βιολογικοί και οι κοινωνικοοικονομικοί προσδιοριστές της υγείας.....	57
Γράφημα 1-2 Η διεπιστημονική ερευνητική προσέγγιση της διατριβής.....	66
Γράφημα 2-1 Θνησιμότητα και κοινωνική διαβάθμιση	77
Γράφημα 2-2 Βελτιστοποίηση στην κατανομή της υγείας υπό την ωφελμιστική συνάρτηση κοινωνικής ευημερίας	129
Γράφημα 2-3 Βελτιστοποίηση στην κατανομή της υγείας υπό την ωφελμιστική συνάρτηση κοινωνικής ευημερίας και τους περιορισμούς του κριτηρίου Pareto.....	130
Γράφημα 2-4 Βελτιστοποίηση στην κατανομή της υγείας δίνοντας προτεραιότητα στο άτομο με τη χειρότερη κατάσταση υγείας.....	134
Γράφημα 2-5 Τρία βασικά σενάρια κοινωνικής ανισότητας σε μια αλληλουχία 999 κατανομών για 1,000 άτομα	151
Γράφημα 2-6 Το πρόβλημα της «ισοπέδωσης προς τα κάτω» στον αυστηρό εξισωτισμό.....	153
Γράφημα 2-7 Βελτιστοποίηση στην κατανομή της υγείας με αντιστάθμιση μεταξύ των αρχών της μεγιστοποίησης και της ισότητας.....	156
Γράφημα 2-8 Βελτιστοποίηση στην κατανομή της υγείας υπό τη maximin συνάρτηση κοινωνικής ευημερίας.....	169
Γράφημα 2-9 Βελτιστοποίηση στην κατανομή της υγείας υπό τη maximin συνάρτηση κοινωνικής ευημερίας υποθέτοντας την προηγούμενη ικανοποίηση των βασικών αναγκών υγείας.....	170
Γράφημα 2-10 Βελτιστοποίηση στην κατανομή της υγείας υπό την αρχή της ισότητας των ευκαιριών υποθέτοντας αντιστάθμιση μεταξύ των αρχών της μεγιστοποίησης και της ισότητας	184
Γράφημα 2-11 Η συνάρτηση της ηθικής αξίας της ευημερίας κατά την αρχή της προτεραιότητας.....	235
Γράφημα 2-12 Η συνάρτηση της ηθικής αξίας της ευημερίας κατά την αρχή της προτεραιότητας προσαρμοσμένη ως προς δύο διαφορετικά επίπεδα αξιοσύνης ...	245
Γράφημα 2-13 Υποθετικό παράδειγμα διαφορετικών καταστάσεων ως προς την κατανομή του επιπέδου υγείας μεταξύ πέντε ατόμων.....	253
Γράφημα 2-14 Βελτιστοποίηση στην κατανομή της υγείας με λεξικογραφική προτεραιότητα στην αρχή της επίτευξης ενός επαρκούς επιπέδου έναντι εκείνης της μεγιστοποίησης.....	256
Γράφημα 2-15 Βελτιστοποίηση στην κατανομή της υγείας υπό την αρχή της μεγιστοποίησης, υποθέτοντας διαφορετικό επίπεδο αξιοσύνης	274
Γράφημα 2-16 Προϋπολογισμός του συστήματος υγείας και το όριο αποτελεσματικότητας-κόστους.....	298
Γράφημα 2-17 Υποθετικό παράδειγμα πολιτικών με διαφορετικές εκβάσεις ως προς την κατανομή του επιπέδου υγείας μεταξύ δύο ομάδων του πληθυσμού	309
Γράφημα 3-1 Γραφική αναπαράσταση των σεναρίων διαφορετικής στάθμισης στη βελτίωση της διάρκειας της ζωής.....	366
Γράφημα 3-2 Πολυεπίπεδο υπόδειγμα παραγωγής της ασθένειας	386
Γράφημα 3-3 Οι μηχανισμοί της κοινωνικής παραγωγής των εκβάσεων υγείας και της κατανομής τους στην κοινωνία.....	417
Γράφημα 3-4 Συνοπτικό εννοιολογικό πλαίσιο της Επιτροπής για τους Κοινωνικούς Προσδιοριστές της Υγείας αναφορικά με τη γένεση των ανισοτήτων υγείας	421

Ευρετήριο Γραφημάτων

Γράφημα 4-1 Παραδείγματα δεικτών κοινωνικοοικονομικής θέσης κατά τη διάρκεια της ζωής	544
Γράφημα 5-1 Χρονολόγιο των βασικών μεταρρυθμίσεων στο σύστημα υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης, 2008-2017	567
Γράφημα 5-2 Μηχανισμοί και παράγοντες κινδύνου και ανθεκτικότητας της υγείας στο ευρύτερο επίπεδο στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης	597
Γράφημα 5-3 Μηχανισμοί και παράγοντες κινδύνου και ανθεκτικότητας της υγείας στο ατομικό επίπεδο στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης.....	630
Γράφημα 5-4 Ολοκληρωμένο εννοιολογικό υπόδειγμα των μηχανισμών των υγειονομικών επιπτώσεων της κρίσης	632
Γράφημα 5-5 Δείκτης βρεφικής θνησιμότητας σε Ελλάδα και Ευρωπαϊκή Ένωση (2000-2016).....	646
Γράφημα 6-1 Υποθετικές κατανομές της υγείας σε δύο κοινωνίες	673
Γράφημα 6-2 Υποθετικό παράδειγμα σύγκρισης της απόλυτης και της σχετικής ανισότητας ως προς το προσδόκιμο ζωής μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών	680
Γράφημα 6-3 Υποθετικό παράδειγμα σύγκρισης της απόλυτης και της σχετικής ανισότητας ως προς το προσδόκιμο ζωής ως θετική και αρνητική έκβαση μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών.....	683
Γράφημα 6-4 Τρόποι σύγκρισης της κατάστασης υγείας στον πληθυσμό	687
Γράφημα 6-5 Υποθετικό παράδειγμα διαφορετικών σεναρίων μείωσης της ανισότητας στον επιπολασμό μιας ασθένειας.....	696
Γράφημα 6-6 Η καμπύλη Lorenz.....	709
Γράφημα 6-7 Η σχέση των σταθμίσεων με την ποσοστιαία θέση στην αθροιστική κατανομή του πληθυσμού για διαφορετικές τιμές v	715
Γράφημα 6-8 Τρεις διαφορετικές καμπύλες συγκέντρωσης	735
Γράφημα 7-1 Εξέλιξη της κατανομής (%) των ατόμων ως προς την αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας στην 5-βάθμια κλίμακα, 2003-2017.....	815
Γράφημα 7-2 Εξέλιξη του ποσοστού (%) των ατόμων με πολύ κακή υγεία και με κακή ή πολύ κακή υγεία, 2003-2017.....	816
Γράφημα 7-3 Εξέλιξη του μέσου επιπέδου της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας, 2003-2017	817
Γράφημα 7-4 Εξέλιξη του ποσοστού (%) των ατόμων με χρόνια πρόβλημα υγείας, 2003-2017	818
Γράφημα 7-5 Εξέλιξη της κατανομής (%) των ατόμων ως προς τους περιορισμούς στις συνήθεις δραστηριότητές τους λόγω προβλήματος υγείας, 2003-2017	819
Γράφημα 7-6 Εξέλιξη του ποσοστού (%) των ατόμων με σοβαρούς περιορισμούς και με τουλάχιστον κάποιους περιορισμούς στις συνήθεις δραστηριότητές τους λόγω προβλήματος υγείας, 2003-2017	820
Γράφημα 7-7 Εξέλιξη της προτυποποιημένης (βάσει του πληθυσμού του 2008) κατανομής (%) των ατόμων ως προς την αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας στην 5-βάθμια κλίμακα, 2003-2017	822
Γράφημα 7-8 Εξέλιξη του ποσοστού (%) των ατόμων με πολύ κακή υγεία και με κακή ή πολύ κακή υγεία (προτυποποιημένη κατανομή βάσει του πληθυσμού του 2008), 2003-2017	823
Γράφημα 7-9 Εξέλιξη του μέσου επιπέδου της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας (προτυποποιημένη κατανομή βάσει του πληθυσμού του 2008), 2003-2017	824
Γράφημα 7-10 Εξέλιξη του ποσοστού (%) των ατόμων με χρόνια πρόβλημα υγείας (προτυποποιημένη κατανομή βάσει του πληθυσμού του 2008), 2003-2017	825

Ευρετήριο Γραφημάτων

Γράφημα 7-11 Εξέλιξη της προτυποποιημένης (βάσει του πληθυσμού του 2008) κατανομής (%) των ατόμων ως προς τους περιορισμούς στις συνήθεις δραστηριότητές τους λόγω προβλήματος υγείας, 2003-2017	827
Γράφημα 7-12 Εξέλιξη του ποσοστού (%) των ατόμων με σοβαρούς περιορισμούς και με τουλάχιστον κάποιους περιορισμούς στις συνήθεις δραστηριότητές τους λόγω προβλήματος υγείας (προτυποποιημένη κατανομή βάσει του πληθυσμού του 2008), 2003-2017	828
Γράφημα 9-1 Τυπολογία τεσσάρων σεναρίων πολιτικής για τη μείωση των ανισοτήτων	1387

Συντομογραφίες

Α.Ε.Π.	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
Ε.Ε.	Ευρωπαϊκή Ένωση
Η.Β.	Ηνωμένο Βασίλειο
Η.Ε.	Ηνωμένα Έθνη
Η.Π.Α.	Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής
Π.Ο.Υ.	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

1. Εισαγωγή

1.1. Αφετηρία της διατριβής

Με την πάροδο του χρόνου, η πρόοδος στον τομέα της ιατρικής και η διάχυση των τεχνολογικών εξελίξεων έχει μειώσει τη σημασία της έκθεσης στους ατομικούς παράγοντες κινδύνου της υγείας, μεταθέτοντας την επιστημονική προσοχή στο ευρύτερο κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο. Η παραγωγή τόσο της υγείας όσο και της ασθένειας εμφανίζεται, λοιπόν, να είναι πολυαιτιολογική (Lahelma, 2009). Στο πολυεπίπεδο μοντέλο των Dahlgren και Whitehead (1991), οι προσδιοριστές της υγείας του ανθρώπου εκλαμβάνονται ως μια σειρά ομόκεντρων κύκλων (**Γράφημα 1-1**). Οι γενετικοί και βιολογικοί παράγοντες (φύλο, ηλικία) ασκούν σημαντική επίδραση στην ατομική υγεία, αλλά πρόκειται για σταθερούς προσδιοριστές, επί των οποίων τα άτομα δεν διαθέτουν σημαντικό έλεγχο¹. Αντίθετα, στα υπόλοιπα επίπεδα εντάσσονται προσδιοριστές της υγείας που είναι περισσότερο επιδεκτικοί σε παρεμβάσεις πολιτικής, καθότι η κατανομή τους είναι κοινωνικά προσδιορισμένη:

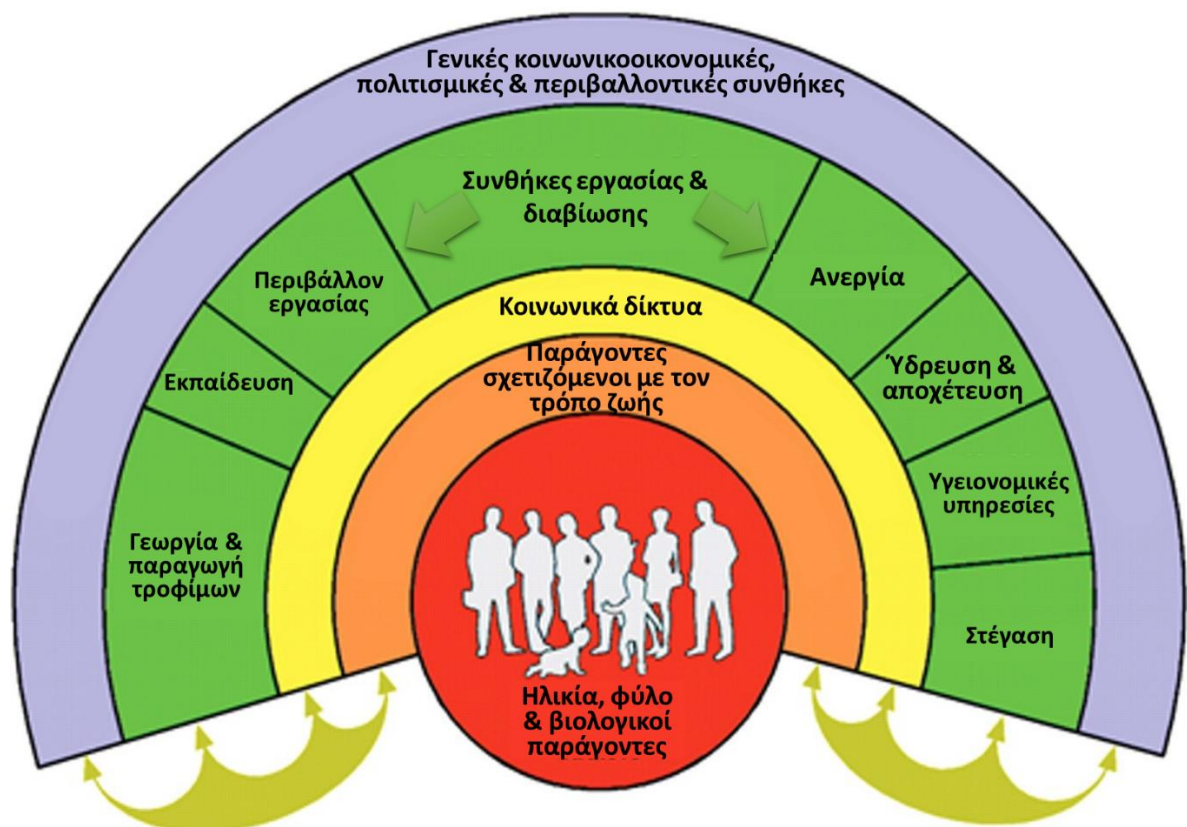
- Στο πρώτο επίπεδο περιλαμβάνονται: η αγωγή σε θέματα υγείας (health education) και οι συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία (health behaviours), όπως είναι το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η άσκηση και η διατροφή.
- Στο δεύτερο επίπεδο εντάσσονται: οι κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις, καθώς και η γενικότερη κοινωνική υποστήριξη.
- Στο τρίτο επίπεδο είναι οι συνθήκες διαβίωσης και εργασίας.
- Στο τέταρτο επίπεδο, τέλος, περιλαμβάνονται οι κοινωνικές δομές και οι πολιτισμικές και περιβαλλοντικές επιδράσεις.

¹ Ο έλεγχος της κατανομής των ίδιων των παραγόντων θα πρέπει να διαχωριστεί από τον έλεγχο των συνεπειών τους στην υγεία του ατόμου. Πάντως, κάποιες βιολογικές προικοδοτήσεις επηρεάζονται από το κοινωνικό περιβάλλον, όπως είναι η σεξουαλική συμπεριφορά των γονέων και η ποιότητα της γέννας (Venkatapuram και Margot, 2015). Επίσης, θα πρέπει να αναγνωριστεί ότι οι κοινωνικοί ρόλοι και θέσεις σχετίζονται με το στάδιο της ζωής, καθώς και ότι το κοινωνικό φύλο (gender) και η εθνότητα μπορούν να θεωρηθούν ως κοινωνικά κατασκευασμένες διαφοροποιήσεις (Lahelma, 2009), όπως θα αναλυθεί εκτενώς σε επόμενο κεφάλαιο.

Εισαγωγή

Κάθε ένα από αυτά τα επίπεδα επίδρασης στην ατομική υγεία συνιστά και ένα πιθανό πεδίο παρέμβασης κατά την επιδίωξη κάποιου στόχου πολιτικής που σχετίζεται με την υγεία. Για παράδειγμα, ο περιορισμός της έκθεσης στο κάπνισμα μπορεί να προέλθει με στρατηγικές για: α) την ενημέρωση του κοινού σχετικά με τους κινδύνους του καπνίσματος, β) την κινητοποίηση των κοινοτήτων για την άσκηση πίεσης υπέρ του αυστηρότερου ελέγχου στην πώληση καπνού σε ανηλίκους, γ) την απαγόρευση της διαφήμισης προϊόντων καπνού και του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους και δ) τη φορολόγηση των προϊόντων καπνού (Dahlgren και Whitehead, 1991).

Γράφημα 1-1 Οι βιολογικοί και οι κοινωνικοοικονομικοί προσδιοριστές της υγείας



Πηγή: Dahlgren και Whitehead (1991)

Η αναγνώριση της επίπτωσης των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων στην υγεία αναπόφευκτα οδηγεί τη συζήτηση στη σημασία της άνισης κατανομής τους για την υγεία του πληθυσμού. Αυτό διότι η παρουσία της κοινωνικής ανισότητας συνεπάγεται τη διαφοροποιημένη επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος στην υγεία των μελών μιας κοινωνίας. Οι κοινωνικές

Εισαγωγή

διαφοροποιήσεις είναι εγγενείς στις σύγχρονες κοινωνίες και είναι η βάση στην οποία οργανώνονται. Γενικότερα, η ύπαρξη κοινωνικών διαφοροποιήσεων σημαίνει ότι (τουλάχιστον) δύο άτομα δεν συμπίπτουν σε απόλυτο βαθμό ως προς τα βιολογικά, προσωπικά, κοινωνικοοικονομικά ή άλλα χαρακτηριστικά τους. Αυτές οι κοινωνικές διαφοροποιήσεις δεν συνεπάγονται αυτόματα τη γένεση κοινωνικών ανισοτήτων, αλλά απαιτείται επιπλέον η κατάταξη των ατόμων σε μια κλίμακα διαφοροποίησής τους (κοινωνική ιεραρχία), καθώς και μια αξιολογική κρίση για αυτήν τη διαφοροποίηση (Μοσχονάς, 1998).

Σε γενικές γραμμές, ανισότητες στο πεδίο της υγείας μπορούν να εντοπιστούν σε σχέση είτε με την κατάσταση υγείας (π.χ. παρουσία συμπτωμάτων ή ασθένειας, επίπεδο υγείας), είτε με τους κινδύνους υγείας (π.χ. περιβαλλοντικοί κίνδυνοι, σχετιζόμενη με την υγεία συμπεριφορά), είτε με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, είτε με τη πρόσβαση στο σύστημα υγείας, είτε με τη χρηματοδότησή του. Το δικαίωμα στην υγεία έχει εδραιωθεί ήδη από την Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου από τα Ηνωμένα Έθνη (Η.Ε.) το 1948 (UN General Assembly, 1948). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) από τη συγκρότησή του αναγνώρισε τη σημασία των κοινωνικών και οικονομικών πολιτικών για την υγεία, καθώς και την ανάγκη ανάληψης διατομεακών πολιτικών δράσεων (World Health Organization, 1948). Ωστόσο, κατά τις δεκαετίες του '50 και του '60 έμφαση δόθηκε σε κάθετες στρατηγικές για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων ασθενειών, χωρίς να λαμβάνεται σημαντικά υπόψη το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο (Solar και Irwin, 2010). Η Διακήρυξη της Alma-Ata για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας το 1978 (και το ακόλουθο κίνημα της Υγείας για Όλους [Health for All]) επανατοποθέτησε το ζήτημα των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών διαβίωσης στην ισοτιμία στην υγεία. Ωστόσο, οι νεοφιλελεύθερες πολιτικές που κέρδισαν έδαφος κατά τη δεκαετία του '80 ανέκοψαν την προσπάθεια για την ανάληψη διατομεακών πολιτικών (Solar και Irwin, 2010). Εντούτοις, η έκθεση Black για τις Ανισότητες στην Υγεία στη Βρετανία το 1980 (Department of Health and Social Security, 1980) αποτέλεσε ένα επιστημονικό ορόσημο στην κατανόηση των μηχανισμών διαμέσου των οποίων οι κοινωνικοί προσδιοριστές επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού. Η δημοσίευση της έκθεσης Black αποτέλεσε το έναυσμα για την εκπόνηση μιας σειράς εθνικών μελετών για τις

ανισότητες υγείας και σε άλλες χώρες, όπως στην Ολλανδία, την Ισπανία και τη Σουηδία (Solar και Irwin, 2010). Οι μελέτες αυτές τεκμηρίωσαν την ύπαρξη κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες (Macintyre, 1997a), με τις σχετικές εμπειρικές έρευνες να αυξάνονται εκθετικά με την πάροδο του χρόνου. Μάλιστα, οι μελέτες αυτές έδειξαν ότι υπάρχει μια σημαντική διαφοροποίηση τόσο ως προς την έκταση των ανισοτήτων στην υγεία ανάμεσα στα διάφορα κράτη (Wagstaff κ.ά., 1991· Mackenbach και Kunst, 1997· Arcaya κ.ά., 2015) όσο και ως προς το συγκεκριμένο πεδίο αυτών των διαφοροποιήσεων (Macintyre, 1997a). Για παράδειγμα, σε σχέση με τα βασικά αίτια των θανάτων στις χαμηλότερες τάξεις, οι Leclerc κ.ά. (1990) εντόπισαν τα ατυχήματα για τις Δανία, Νορβηγία και Φινλανδία, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τον καρκίνο και τα αναπνευστικά προβλήματα για τις Αγγλία και Ουαλία, και τον καρκίνο, τα ατυχήματα και την κύρωση ήπατος για τη Γαλλία.

Η επιστημονική και πολιτική προσοχή στις ανισότητες υγείας υπήρχε, λοιπόν, στην Ευρώπη ήδη από τη δεκαετία του '80. Μάλιστα, το Ευρωπαϊκό Παράρτημα του Π.Ο.Υ. δημιούργησε ειδικό πρόγραμμα υγείας και κοινωνικής ισότητας το 1983 (Macintyre, 1997a). Επίσης, ένας από τους στόχους της στρατηγικής «Health for all by the year 2000», η οποία υιοθετήθηκε ομόφωνα το 1984, ήταν η μείωση κατά τουλάχιστον 25% των διαφορών στο μέσο επίπεδο υγείας μεταξύ χωρών και πληθυσμιακών ομάδων μέσω της βελτίωσης της υγείας ειδικά των μη προνομιούχων εξ αυτών (World Health Organization, 1985). Αυτός ο στόχος μετουσιώθηκε σε πολιτική δράση και ενσωματώθηκε στα εθνικά προγράμματα υγείας αρκετών ευρωπαϊκών χωρών κατά τις δεκαετίες του '80 και '90, όπως στη Σουηδία (Dahlgren και Diderichsen, 1986) και την Ολλανδία (Mackenbach, 1994).

Τα τελευταία χρόνια, η ισοτιμία στην υγεία ολοένα και περισσότερο τίθεται ως στόχος των πολιτικών υγείας διεθνώς (Arcaya κ.ά., 2015). Ο Π.Ο.Υ., ιδίως από τον σχηματισμό της Επιτροπής για τους Κοινωνικούς Προσδιοριστές της υγείας το 2005, έχει θέσει την προώθηση της ισοτιμίας στην υγεία μεταξύ των προτεραιοτήτων του. Παρόμοια, ενώ οι «Αναπτυξιακοί Στόχοι της Χιλιετίας» (Millennium Development Goals) των Η.Ε. επικεντρώνονταν στη βελτίωση του μέσου επιπέδου σε διάφορους κοινωνικούς και υγειονομικούς στόχους, οι

Εισαγωγή

«Στόχοι για τη Βιώσιμη Ανάπτυξη» (Sustainable Development Goals), που τέθηκαν από το 2015, εστιάζουν και στην καταπολέμηση των ανισοτήτων, ανάμεσα στις οποίες συμπεριλαμβάνονται και οι έμφυλες ανισότητες υγείας και η άνιση πρόσβαση σε υγειονομική φροντίδα (Buse και Hawkes, 2015).

Παρά την επιστημονική και πολιτική σημασία που έλαβαν οι ανισότητες υγείας τα τελευταία χρόνια, από διάφορες μελέτες έχει τεκμηριωθεί ότι η διεθνής πρόοδος που έχει σημειωθεί στη βελτίωση του μέσου επιπέδου υγείας δεν έχει κατανεμηθεί ισομερώς ανάμεσα στις χώρες. Ακόμη περισσότερο, δεν φαίνεται αυτή η εξέλιξη να έχει οδηγήσει σε μείωση των ανισοτήτων υγείας και μεταξύ των διαφόρων κοινωνικών ομάδων εντός των χωρών, καθώς η κατάσταση υγείας των ανώτερων κοινωνικών στρωμάτων παρουσιάζει μεγαλύτερη βελτίωση σε σχέση με τα χαμηλότερα (Macintyre, 1997a). Πολλές έρευνες αναφορικά με διαφορετικές χρονικές περιόδους και περιοχές έχουν φανερώσει μια γενικότερη τάση μεγέθυνσης των ανισοτήτων υγείας με την πάροδο του χρόνου σε διάφορες χώρες, όπως στη Βρετανία (Harding, 1994· McCarron κ.ά., 1994· McLoone και Boddy, 1994· Phillimore κ.ά., 1994), τη Φινλανδία (Valkonen, 1993) και τις Η.Π.Α. (Pappas κ.ά., 1993· Olshansky κ.ά., 2012a· Singh και Siahpush, 2014). Η διατήρηση –ή ακόμη και η αύξηση– των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας φαίνεται ακόμη πιο παράδοξη, αν ληφθεί υπόψη ότι σημαντικές ασθένειες και παράγοντες κινδύνου που συγκεντρώνονταν στα φτωχότερα στρώματα² του πληθυσμού κατά τις πρώτες περιόδους της σχετικής έρευνας, και, επομένως, μπορούσαν να εξηγήσουν την ύπαρξή τους, έχουν πλέον εξαλειφθεί από τον αναπτυσσόμενο κόσμο (Phelan κ.ά., 2010).

² Για παράδειγμα, διάφορες θανατηφόρες μολυσματικές ασθένειες, όπως είναι η ιλαρά, η διφθερίτιδα, η φυματίωση και ο τυφοειδής πυρετός, λόγω του αστικού συνωστισμού και των κακών συνθηκών υγιεινής έτειναν να συγκεντρώνονται στις χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου οικίες και γειτονιές.

1.2. Σκεπτικό της διατριβής

Γενικότερα, προκύπτει ότι ο αντίκτυπος της άνισης κατανομής των κοινωνικών πόρων εξακολουθεί να είναι σημαντικός στην ευημερία και την υγεία των ατόμων (Adler και Stewart, 2010). Παρά τη συνεχή οικονομική πρόοδο στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (E.E.), ακόμη και σήμερα συνεχίζουν να υφίστανται συστηματικές κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα σε κράτη με υψηλή οικονομική άνθηση και ανθρώπινη ανάπτυξη. Αυτό ισχύει ακόμη και για χώρες με ανεπτυγμένο κράτος πρόνοιας, το οποίο, παρά τις όποιες διακρατικές διαφοροποιήσεις του, έχει αναλάβει –σε έναν μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό– έναν αναδιανεμητικό και παροχικό ρόλο στις σύγχρονες ευρωπαϊκές κοινωνίες (Mackenbach, 2012). Η κατάσταση αυτή καθίσταται ακόμη πιο παράδοξη αν ληφθεί υπόψη ότι σε πολλές χώρες διαπιστώνεται όχι μόνο η διατήρηση, αλλά και η διεύρυνση των ανισοτήτων υγείας –τόσο σε απόλυτους όσο και σε σχετικούς όρους– μια εξέλιξη που δεν συνάδει απαραίτητα με την οπισθοχώρηση στις παροχές του κράτους πρόνοιας των τελευταίων δεκαετιών, καθότι αυτή η τάση φαίνεται να είχε ξεκινήσει νωρίτερα, όπως δείχνουν διάφορες μελέτες (Pamuk, 1985· Valkonen κ.ά., 2000· Mackenbach κ.ά., 2003· Strand κ.ά., 2010· Olshansky κ.ά., 2012b· Arcaya κ.ά., 2015· Elgar κ.ά., 2015).

Η κοινωνική επιδημιολογία αποτελεί έναν κλάδο της επιδημιολογίας που ασχολείται με τη μελέτη των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας και της κατανομής τους στον πληθυσμό (Berkman και Kawachi, 2014). Στην έρευνα των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας, πέρα από την εξακρίβωση των συγκεκριμένων μηχανισμών που διασυνδέουν τους διάφορους κοινωνικούς παράγοντες με την υγεία, σημαίνοντα ρόλο κατέχει η μέτρηση του μεγέθους αυτών των ανισοτήτων. Η αποδοχή μιας θεωρίας κοινωνικής δικαιοσύνης που αποστρέφεται τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας αποτελεί τη δικαιολογητική βάση θέσπισης πολιτικών για την άμβλυνση τους. Ωστόσο, είναι η μέτρηση του μεγέθους τους που τεκμηριώνει την ένταση της ανάγκης για τη λήψη μέτρων και την ανακατεύθυνση δημοσίων πόρων προς αυτόν τον σκοπό. Κατόπιν, η ενδελεχέστερη ανάλυση των εγγύς (proximal) και των απώτερων (distal) αιτιών αυτών των ανισοτήτων επιτρέπει την επιλογή των κατάλληλων πολιτικών, καθότι δεν υπάρχει μια και μόνο «συνταγή» που να μπορεί να

Εισαγωγή

εφαρμόζεται σε όλες τις περιπτώσεις. Αυτό διότι δεν είναι απαραίτητο οι μηχανισμοί που παράγουν τις ανισότητες υγείας να είναι ίδιοι σε όλες τις βαθμίδες της κοινωνικής ιεραρχίας ή σε όλες τις χώρες ή να ισχύουν για κάθε κοινωνική ομάδα (Macintyre, 1997a).

Ειδικά για την Ελλάδα, τα παραπάνω λαμβάνουν ακόμη μεγαλύτερη σημασία για τους παρακάτω λόγους. Αρχικά, ακόμη δεν έχει διαμορφωθεί μια εθνική στρατηγική για τη μέτρηση και την παρακολούθηση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας και την αξιολόγηση του υγειονομικού αντικτύπου των δημοσίων πολιτικών που επηρεάζουν την κατανομή των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας, ούτε έχουν εφαρμοστεί ολοκληρωμένα προγράμματα δράσης για την αντιμετώπισή τους (Econoμου κ.ά., 2017). Έπειτα, η πρόσφατη οικονομική κρίση επέφερε σημαντικές αρνητικές οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις, όπως είναι η αύξηση της ανεργίας, η κατακόρυφη πτώση των μισθών και των εισοδημάτων, η επιδείνωση της φτώχειας και η όξυνση των οικονομικών ανισοτήτων (OECD, 2016). Η υπόθεση ότι οι αιφνίδιες κοινωνικοοικονομικές μεταβολές μπορεί να αποδειχθούν επιβλαβείς για την υγεία του πληθυσμού υπάρχει ήδη από το έργο του Durkheim (Borowy, 2011). Πράγματι, πολλές μελέτες έχουν τεκμηριώσει τις αρνητικές υγειονομικές συνέπειες της κρίσης σε σχέση με διάφορους δείκτες υγείας του ελληνικού πληθυσμού (Simou και Koutsogeorgou, 2014· Parmar κ.ά., 2016· Μπελετσιώτη κ.ά., 2018). Ωστόσο, ο αντίκτυπος της κρίσης στις κοινωνικές ανισότητες υγείας δεν έχει διερευνηθεί στον ίδιο βαθμό. Σε μια βιβλιογραφική επισκόπηση της περιόδου 2012-2017, οι Heggebø κ.ά. (2019) διαπίστωσαν ότι τα δύο τρίτα των ερευνών τεκμηρίωναν είτε την αύξηση είτε τη μερική αύξηση (κάποιες μετρήσεις έδειχναν διεύρυνση και άλλες σταθερότητα) των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας στην Ευρώπη κατόπιν της έναρξης της πρόσφατης οικονομικής κρίσης. Οι λίγες έρευνες που έχουν δημοσιευθεί για την περίπτωση της Ελλάδας μέχρι σήμερα δεν φαίνεται να συμφωνούν ως προς τον αντίκτυπο της κρίσης, καθώς κάποιες διαπιστώνουν αύξηση (Pascual κ.ά., 2018) και άλλες μείωση (Chantzaras και Yfantopoulos, 2017· Bono και Matranga, 2019) στο μέγεθός τους. Επιπλέον, η ύφεση έχει συνοδευθεί από μια σειρά μέτρων λιτότητας και δημοσιονομικής αυστηρότητας,

γεγονός που καθιστά τη σωστή επιλογή των όποιων κοινωνικών δράσεων ακόμη σημαντικότερη σε ένα πλαίσιο περιορισμένων πόρων.

1.3. Κύρια ερευνητικά ζητήματα και ερευνητική προσέγγιση της διατριβής

Πρωταρχικός σκοπός της παρούσας διατριβής είναι η διερεύνηση της επίπτωσης της οικονομικής κρίσης στις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην κατάσταση υγείας του πληθυσμού στην Ελλάδα.

Η διατριβή αυτή βασίζεται στην υπόθεση ότι η έρευνα των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας διαθέτει δύο βασικές διαστάσεις: α) την κανονιστική, η οποία εξετάζει τους λόγους για τους οποίους η πολιτεία θα πρέπει να ενδιαφέρεται για την άμβλυνσή αυτών των ανισοτήτων και β) την εμπειρική, η οποία επικεντρώνεται στη μέτρησή τους και στις αιτίες που τις παράγουν. Όπως παρατηρεί η Braveman (2016), τελικά υπάρχει μια αμφίδρομη σχέση μεταξύ της θεωρίας και της μέτρησης.

Σε συμφωνία με τις συστάσεις της Asada (2005), θεωρούμε ότι η μέτρηση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας απαιτεί την εφαρμογή μιας διαδικασίας τριών βημάτων. Αρχικά, θα πρέπει να προσδιοριστεί υπό ποιες προϋποθέσεις η κατανομή της υγείας στον πληθυσμό είναι άδικη ή ανισότιμη, οπότε και χρήζει παρέμβασης για τη διόρθωσή της. Αυτό διότι δεν είναι απαραίτητα κάθε ανισότητα άδικη, ούτε και κάθε ισότητα δίκαιη, αλλά η αξιολόγησή τους εξαρτάται από τα συγκεκριμένα κανονιστικά κριτήρια που θα υιοθετήσουμε. Καθότι η ανισοτιμία εμπεριέχει μια κανονιστική αντίληψη για το τι θεωρείται άδικο, καθίσταται επιτακτική η προηγούμενη εξέταση των θεωριών κοινωνικής δικαιοσύνης αναφορικά με τις κοινωνικές ανισότητες υγείας. Μια θεωρία δικαιοσύνης μπορεί να μας απαντήσει για τον λόγο για τον οποίο είναι σημαντικό να εφαρμόσουμε πολιτικές για τη μείωση των ανισοτιμιών υγείας. Ειδικά στο πλαίσιο του δυσχερούς οικονομικού περιβάλλοντος της χώρας, η (ανα)κατανομή των περιορισμένων οικονομικών πόρων και, γενικότερα, οι στόχοι των διαφόρων δημοσίων πολιτικών θα πρέπει να αιτιολογούνται επαρκώς, και να λαμβάνονται υπόψη όλες οι οικονομικές, κοινωνικές και ηθικές προεκτάσεις των σχετικών επιλογών (Braveman, 2016). Έπειτα, η επιλογή

Εισαγωγή

ανάμεσα στις διάφορες τεχνικές μέτρησης αλλά και η συγκεκριμένη παραμετροποίησή τους στηρίζονται, ρητά ή άρρητα, σε κάποια θεωρία κοινωνικής δικαιοσύνης. Θα πρέπει να σημειώσουμε ότι, αν και το ζήτημα της κοινωνικής δικαιοσύνης έχει απασχολήσει το επιστημονικό πεδίο της φιλοσοφίας από τη γέννησή του, το ειδικότερο θέμα της κοινωνικής δικαιοσύνης σε σχέση με την υγεία και τις ανισότητες υγείας έχει αρχίσει να συγκεντρώνει το επιστημονικό ενδιαφέρον μόλις τις τελευταίες δεκαετίες. Από όσο γνωρίζουμε, η σχετική βιβλιογραφία παρουσιάζει δύο βασικά και αλληλοσυνδεόμενα κενά. Μέχρι σήμερα, δεν έχει προταθεί ένα ολοκληρωμένο αναλυτικό πλαίσιο ταξινόμησης των σχετικών θεωριών, το οποίο, μάλιστα, να τις συνδέει αυτές τις θεωρίες με τα οικονομικά της υγείας και τον τρόπο αξιολόγησης των κατανομών της υγείας. Ως εκ τούτου, το παραπάνω συνιστά αφενός έναν διερευνητικό στόχο της διατριβής, και αφετέρου ένα απαραίτητο βήμα για τη μέτρηση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας στη συνέχεια.

Κατά το δεύτερο στάδιο, απαιτείται να διαμορφωθεί ένα αναλυτικό υπόδειγμα που θα περιγράφει τους μηχανισμούς διαμέσου των οποίων η οικονομική κρίση μπορεί να έχει επηρεάσει την υγεία και τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας στην Ελλάδα. Το υπόδειγμα αυτό θα επιτρέψει αφενός την επιλογή των κατάλληλων τεχνικών μέτρησης και της σωστής παραμετροποίησής τους (π.χ. το πώς θα λειτουργικοποιηθούν οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες), και αφετέρου τη σωστή ερμηνεία των αποτελεσμάτων της μέτρησης. Η διεθνής βιβλιογραφία χαρακτηρίζεται από μια έλλειψη τέτοιων υποδειγμάτων, ενώ κάποιες λίγες προτάσεις που έχουν δημοσιευτεί (Modrek κ.ά., 2013· Burgard και Kalousouva, 2015) φαίνεται να είναι μάλλον ημιτελείς, και σε πολλές περιπτώσεις συγχέουν το επίπεδο λειτουργίας των μηχανισμών με το επίπεδο μέτρησης των δεικτών υγείας. Σε κάθε περίπτωση, οι μηχανισμοί της υγειονομικής επίδρασης της κρίσης μπορεί να εξαρτώνται από τις συγκεκριμένες ιδιαιτερότητες του πλαισίου της χώρας και του χρόνου στην οποία αναπτύσσονται. Οι πολυάριθμες έρευνες που εξετάζουν τον υγειονομικό αντίκτυπο της συγκεκριμένης κρίσης στην Ελλάδα, δεν έχουν ασχοληθεί το ίδιο ενδελεχώς και με τους υποκείμενους μηχανισμούς διαμέσου των οποίων οι μακροοικονομικές μεταβολές ενσωματώνονται βιολογικά από τον πληθυσμό.

Εισαγωγή

Πάντως, η κατασκευή του παραπάνω υποδείγματος απαιτεί την προηγούμενη διερεύνηση αφενός των βασικών θεωριών αναφορικά με τις απώτερες αιτίες και τους ειδικότερους μηχανισμούς των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας, και αφετέρου της σχέσης μεταξύ των βασικών δεικτών της κοινωνικοοικονομικής θέσης και της υγείας. Γενικότερα, το ερευνητικό πεδίο των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας είναι ένας εκ των πραγμάτων διεπιστημονικός τομέας, ο οποίος για την ανάπτυξή του δανείστηκε θεωρητικές έννοιες, προτάσεις, μεθόδους και τεχνικές από άλλους ήδη αναπτυγμένους κλάδους. Έπειτα, η διερεύνηση των υγειονομικών επιπτώσεων των κρίσεων απαιτεί επίσης μια διεπιστημονική προσέγγιση, καθότι αποτελεί ένα πολύπλοκο φαινόμενο με πολλαπλές κοινωνικοοικονομικές διαστάσεις και μηχανισμούς επίδρασης στην υγεία του πληθυσμού (Stuckler κ.ά., 2015). Συνολικά, λοιπόν, αυτό το στάδιο στηρίζεται κατά κύριο λόγο στην επιστημονική πρόοδο που έχει πραγματοποιηθεί σε σχέση με τη θεωρία και τα εργαλεία ανάλυσης του πεδίου της κοινωνικής επιδημιολογίας.

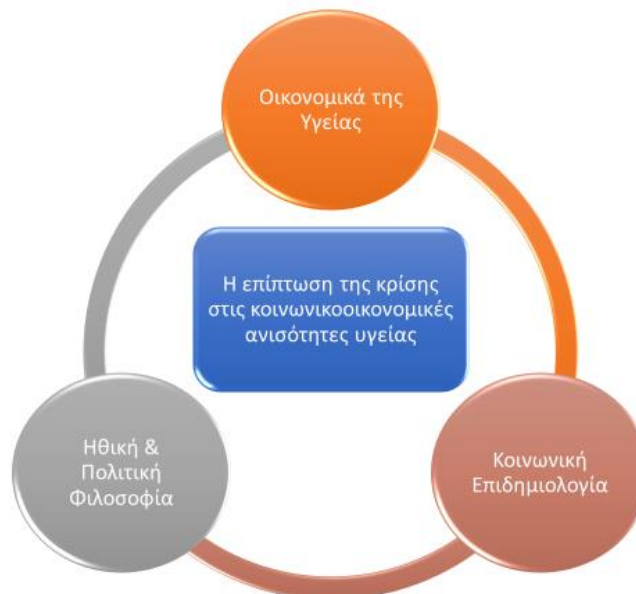
Το τελευταίο στάδιο για την διερεύνηση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας αφορά στην επιλογή και την εφαρμογή των τεχνικών μέτρησής τους. Καθότι υπάρχουν διάφορα στατιστικά μέτρα ποσοτικοποίησης των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας, η επιλογή τους θα εξαρτηθεί από τον συγκεκριμένο σκοπό της παρούσας διατριβής και τα ευρήματα των προηγούμενων κεφαλαίων. Πριν την εφαρμογή των στατιστικών μέτρων θα πρέπει να ληφθούν αποφάσεις για διάφορες παραμέτρους, όπως: α) το πως θα γίνει η σύγκριση (π.χ. ανάμεσα σε όλες τις μονάδες του δείγματος ή σε σχέση με τη μέση τιμή), β) το αν ενδιαφέρουν οι απόλυτες ή οι σχετικές διαφορές, γ) το αν θα δοθεί σημασία σε συγκεκριμένα σημεία της κατανομής (π.χ. στα άκρα), δ) το αν το μέγεθος της ανισότητας σχετικοποιείται από το μέσο επίπεδο υγείας (π.χ. ο concentration index είναι ένα μέτρο ανεξάρτητο του μέσου όρου της κατανομής), ε) το αν υπάρχει ευαισθησία ως προς το μέγεθος του πληθυσμού (π.χ. να θεωρηθεί ότι το ίδιο επίπεδο ανισότητας είναι χειρότερο σε έναν μεγαλύτερο σε αριθμό πληθυσμό) και στ) το αν οι υποομάδες ή, διαφορετικά, οι παράγοντες των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας έχουν την ίδια βαρύτητα (Asada, 2005). Προφανώς, η ταυτόχρονη

Εισαγωγή

διερεύνηση περισσότερων σεναρίων ως μια ανάλυση ευαισθησίας προσδίδει μεγαλύτερη αξιοπιστία στα εμπειρικά αποτελέσματα.

Συνολικά, λοιπόν, η ερευνητική προσέγγιση της διατριβής είναι διεπιστημονική. Ειδικότερα, η διατριβή εκκινεί από το πεδίο α) της ηθικής και της πολιτικής φιλοσοφίας και τη διερεύνηση των θεωριών δικαιοσύνης στην υγεία, συνεχίζει σε εκείνο β) της κοινωνικής επιδημιολογίας και την εξέταση των μηχανισμών που συνδέουν την κρίση με την υγεία και καταλήγει στην αξιολόγηση της εξέλιξης των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας και των παραγόντων τους μέσα από τον επιστημονικό κλάδο γ) των οικονομικών της υγείας.

Γράφημα 1-2 Η διεπιστημονική ερευνητική προσέγγιση της διατριβής



Θα πρέπει να επισημανθεί, πάντως, ότι η θεωρητική και η εμπειρική τεκμηρίωση της διατριβής διαμορφώνεται και περιορίζεται από τα κεντρικά ερωτήματά της, το οποίο σημαίνει ότι οι διάφορες έννοιες και θεωρίες αναλύονται αποκλειστικά στο πλαίσιο των ερευνητικών ζητημάτων της, και δεν εξαντλείται ο τεράστιος πλούτος γνώσης και οι διαφορετικές οπτικές που παρουσιάζονται στη διεθνή βιβλιογραφία.

Βασιζόμενοι στα παραπάνω, τα ειδικότερα ερευνητικά ζητήματα που θα επιχειρήσει να απαντήσει η διατριβή μπορούν να αποκρυσταλλωθούν ως εξής:

Θεωρητικά ερωτήματα

1. Πως αξιολογούν οι διάφορες θεωρίες της κοινωνικής δικαιοσύνης τις κατανομές της κατάστασης υγείας στον πληθυσμό και υπό ποιες συνθήκες τις κρίνουν ως άδικες;
2. Ποια είναι τα βασικά θεωρητικά υποδείγματα και οι ειδικότεροι μηχανισμοί που εξηγούν τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας;
3. Πως συνδέονται οι βασικοί δείκτες της κοινωνικοοικονομικής θέσης με την υγεία και τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας;
4. Μέσω ποιων μηχανισμών η οικονομική κρίση μπορεί να έχει επηρεάσει την υγεία και την κατανομή της στον πληθυσμό;

Εμπειρικά ερωτήματα

5. Ποιοι είναι οι βασικοί δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας και ποια τα συνδεόμενα μεθοδολογικά και κανονιστικά ζητήματα;;
6. Πως έχουν εξελιχθεί οι συνολικές και οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια και ποια ήταν η επίπτωση της οικονομικής κρίσης;
7. Ποιοι είναι οι κύριοι παράγοντες των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας στην Ελλάδα;
8. Ποιοι είναι οι κύριοι παράγοντες των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης;

1.4. Δομή της διατριβής

Η διατριβή δομείται ως εξής. Στο δεύτερο κεφάλαιο διερευνάται το ζήτημα της κοινωνικής δικαιοσύνης στην υγεία και ιδίως η εφαρμογή τους στον τομέα των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας. Αρχικά, προσδιορίζονται οι έννοιες της ανισότητας και της ανισοτιμίας και στη συνέχεια εξετάζονται αναλυτικά οι θεωρίες δικαιοσύνης οργανωμένες με βάση την κύρια διανεμητική αρχή τους. Επίκεντρο αυτής της ανάλυσης αποτελεί η διανεμητική διάσταση αυτών των θεωρητικών συλλήψεων, προκειμένου να καταστεί δυνατή η σύνδεσή τους με συγκεκριμένες περιπτώσεις (ανισο)κατανομής της υγείας στον πληθυσμό. Ακολούθως, παρουσιάζονται κάποιες προσεγγίσεις βιοηθικής και

Εισαγωγή

κάποιας ιδιαιτερότητας που αφορούν ειδικά στη διανομή των περιορισμένων υγειονομικών πόρων. Τέλος, το κεφάλαιο καταλήγει με την παρουσίαση ενός υποθετικού παραδείγματος πολλαπλών κατανομών της υγείας, το οποίο χρησιμοποιείται για τη σύγκριση του διαφορετικού τρόπου αξιολόγησης των κατανομών στο πλαίσιο κάθε θεωρίας δικαιοσύνης.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύονται τα βασικά θεωρητικά υποδείγματα και οι ειδικότεροι μηχανισμοί που εξηγούν τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην υγεία. Αρχικά, αναλύεται η έννοια της υγείας και οι διάφορες θεωρητικές και εμπειρικές προσεγγίσεις της. Ακολούθως, διερευνώνται οι βασικές θεωρητικές συλλήψεις αναφορικά με τις απώτερες αιτίες δημιουργίας των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας. Στη συνέχεια, γίνεται εξέταση των ειδικότερων μηχανισμών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας ή, διαφορετικά, των μηχανισμών διαμέσου των οποίων το κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο μπορεί να επηρεάζει την υγεία.

Στο τέταρτο κεφάλαιο πραγματοποιείται μια επισκόπηση των βασικών δεικτών της κοινωνικοοικονομικής θέσης και της σχέσης τους με την υγεία και την κατανομή της. Ειδικότερα, γίνεται διάκριση μεταξύ δύο βασικών θεωρητικών ρευμάτων της κοινωνικής διαστρωμάτωσης στο πεδίο της κοινωνικής επιδημιολογίας. Αρχικά, εξετάζεται η προσέγγιση της κοινωνικής ανισότητας ως κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση, οπότε και αναλύονται οι βασικοί παράγοντες του εισοδήματος (όπως και ο πλούτος και οι συνθήκες στέγασης), της εκπαίδευσης, του επαγγέλματος, της περιοχής και του υποκειμενικού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Η δεύτερη ομάδα των κοινωνικοοικονομικών δεικτών αναφέρεται στις σχέσεις και τις συγκρούσεις μεταξύ των κοινωνικών ομάδων/τάξεων, και ειδικότερα διερευνώνται η νεο-βεμπεριανή και η νεο-μαρξιστική σύλληψη, καθώς και το φύλο και η φυλή/εθνότητα.

Στο πέμπτο κεφάλαιο αξιοποιούνται τα ευρήματα των προηγούμενων κεφαλαίων αλλά και η υπόλοιπη διεθνής βιβλιογραφία για τη θεωρητική διερεύνηση των μηχανισμών διαμέσου των οποίων η οικονομική κρίση μπορεί να έχει επηρεάσει την υγεία και την κατανομή της στον ελληνικό πληθυσμό. Αρχικά, αναλύεται η εξέλιξη στον χρόνο μιας σειράς σημαντικών κοινωνικοοικονομικών δεικτών, όπως είναι το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν

Εισαγωγή

(Α.Ε.Π.), το ποσοστό της ανεργίας, οι υλικές συνθήκες διαβίωσης, οι οικονομικές ανισότητες και η εγκληματικότητα. Στη συνέχεια, γίνεται παρουσίαση των κυριότερων διαρθρωτικών μέτρων που εφαρμόστηκαν κατά τη διάρκεια της κρίσης σε σχέση με την κοινωνική προστασία, την προστασία της απασχόλησης και την πρόσβαση στο σύστημα υγείας. Ακολούθως, εξετάζονται οι μηχανισμοί διαμέσου των οποίων η οικονομική κρίση μπορεί να έχει επηρεάσει την υγεία και την κατανομή της στον πληθυσμό, οι οποίοι διαχωρίζονται με βάση το επίπεδο στο οποίο εντοπίζεται η λειτουργία τους, και κατασκευάζεται ένα ολοκληρωμένο, ενιαίο εννοιολογικό υπόδειγμα των υγειονομικών επιπτώσεων των οικονομικών κρίσεων. Τέλος, το κεφάλαιο καταλήγει με την παρουσίαση των κυριότερων υγειονομικών επιπτώσεων της κρίσης, σύμφωνα με τα ευρήματα της υπάρχουσας βιβλιογραφίας.

Στο έκτο κεφάλαιο πραγματοποιείται διερεύνηση των βασικών δεικτών μέτρησης των ανισοτήτων στις εκβάσεις υγείας, καθώς και των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων τους. Αρχικά, αναλύονται τα βασικά μεθοδολογικά και κανονιστικά ζητήματα που συνδέονται με τη μέτρηση των ανισοτήτων υγείας, όπως είναι οι διαφορές μεταξύ της συνολικής και της κοινωνικοοικονομικής ανισότητας αλλά και ανάμεσα στη σχετική και την απόλυτη ανισότητα, οι θετικές και οι αρνητικές εκβάσεις υγείας, η ομάδα αναφοράς, η κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση, η στάθμιση ως προς το μέγεθος του πληθυσμού, η αποστροφή για την ανισότητα και η ευαισθησία ως προς το τμήμα της κατανομής και η διαχωρισιμότητα. Ακολούθως, γίνεται παρουσίαση των βασικών δεικτών ανισότητας, του τρόπου υπολογισμού τους αλλά και συζήτηση των αξιολογικών θέσεων και των μεθοδολογικών ζητημάτων που συνδέονται με τον καθένα από αυτούς.

Στο έβδομο κεφάλαιο αναλύεται η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τις περιόδους πριν και μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Για αυτόν τον σκοπό, α) εφαρμόζονται πολλαπλοί δείκτες ανισότητας, β) χρησιμοποιούνται διαφορετικές μεταβλητές υγείας και κοινωνικοοικονομικής θέσης και γ) διερευνώνται οι σχετικές μεταβολές σε βάθος δεκαπενταετίας (2003-2017), προκειμένου να εξαχθούν πιο αξιόπιστα συμπεράσματα. Αρχικά, παρουσιάζεται η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση των ανισοτήτων υγείας, δηλαδή, το στατιστικό υλικό και η

Εισαγωγή

στατιστική προσέγγιση, όπως είναι οι μεταβλητές και τα μέτρα ανισότητας που αξιοποιήθηκαν. Στη συνέχεια, παρατίθενται τα αποτελέσματα ως προς την εξέλιξη του μέσου επιπέδου των εκβάσεων υγείας και τις μεταβολές στις συνολικές και τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας. Το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με κάποια συμπεράσματα και περαιτέρω σκέψεις.

Στο όγδοο κεφάλαιο διερευνώνται οι πηγές των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας στην Ελλάδα αλλά και οι παράγοντες των μεταβολών τους κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Ειδικότερα, εξετάζονται οι εισοδηματικές και οι εκπαιδευτικές ανισότητες ως προς την αυτοαξιολογούμενη υγεία, την ύπαρξη χρόνιων προβλημάτων και την παρουσία σοβαρών περιορισμών στις καθημερινές δραστηριότητες λόγω προβλημάτων υγείας. Αρχικά, λοιπόν, περιγράφονται οι μεταβλητές και η στατιστική προσέγγιση, δηλαδή η ανάλυση παραγόντων (decomposition analysis) των δεικτών συγκέντρωσης (και των μεταβολών τους). Στη συνέχεια, παρατίθενται τα εμπειρικά αποτελέσματα, τα οποία διαχωρίζονται σε σχέση με το είδος των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων. Το κεφάλαιο καταλήγει με κάποια συζήτηση και τα συμπεράσματα των αποτελεσμάτων της εμπειρικής ανάλυσης.

Τέλος, η διατριβή ολοκληρώνεται συνοψίζοντας τα βασικά συμπεράσματα της διατριβής και συζητώντας κάποιες δυνατότητες πολιτικής.

2. Η υγεία στο όνομα της δικαιοσύνης

2.1. Εισαγωγή

Ο τρόπος κατανομής των διαφόρων αγαθών στην κοινωνία είναι ζωτικής σημασίας στον βαθμό που η κάλυψη των αναγκών και η διασφάλιση των διαφόρων δικαιωμάτων επιδιώκονται στο πλαίσιο του δομικού περιορισμού των ανεπαρκών πόρων. Η διευθέτηση της διανομής αυτών των περιορισμένων αγαθών αποτελεί αντικείμενο των διαφόρων θεωριών περί διανεμητικής δικαιοσύνης (Βενιέρης, 2015). Καθότι κάθε επιλογή πολιτικής συνδέεται με συγκεκριμένα διανεμητικά αποτελέσματα, στόχος αυτών των θεωριών είναι να παράσχουν τη σχετική ηθική καθοδήγηση για τους διαμορφωτές των πολιτικών (Lamont και Favor, 2017). Κύριες διαστάσεις αυτής της καθοδήγησης συνιστούν το τι αποτελεί αντικείμενο κατανομής και με ποιον τρόπο αυτό πρέπει να κατανεμηθεί σύμφωνα με τη δικαιοσύνη (Hurley, 2007).

Οι κλασικές έννοιες της δικαιοσύνης ανάγονται στην αρχαία ελληνική φιλοσοφία (Βενιέρης, 2015). Η πλατωνική θεώρηση προσεγγίζει τη δικαιοσύνη ως το «αγαθό», «το ηθικά σωστό», και επομένως συνδέεται με μια υπερβατική ηθική διάσταση. Η αριστοτελική σύλληψη αναδεικνύει την έννοια της αναλογικής διανεμητικής δικαιοσύνης, που αφορά στην κατανομή των πόρων με βάση συγκεκριμένα κριτήρια. Ενώ η αρχαία φιλοσοφία είχε στο επίκεντρό της την αρετή, οι νεότερες έχουν την ελευθερία, ενώ οι πιο σύγχρονες αυξανόμενα αναφέρονται στην ισότητα και σε ζητήματα διανομής της ευημερίας και διασφάλισης των δικαιωμάτων.

Κατά τον Sen (1992), κάθε θεωρία δικαιοσύνης έχει στον πυρήνα της μια απαίτηση για την ίση κατανομή κάποιου πράγματος (μεταβλητή εστίασης κατά τον Sen). Η ουσία βρίσκεται στον προσδιορισμό του τι πρέπει να εξισωθεί, οι αναδιανεμητικές αρχές με τις οποίες μπορεί να πραγματοποιηθεί, καθώς και τα ζητήματα μεγιστοποίησης αυτού του αγαθού. Κατά τον Αριστοτέλη, άδικο δεν μπορεί παρά να θεωρηθεί η παραβίαση του νόμου, μέρος της οποίας αποτελεί

και η παραβίαση της ισότητας³, και δικαιοσύνη σημαίνει ισότητα⁴. Η ισότητα, όμως, δεν είναι απαραίτητα μια μονοσήμαντη έννοια. Ο ίδιος ο Αριστοτέλης διαχώρισε μεταξύ αριθμητικής και αναλογικής ισότητας (Βενιέρης, 2015). Η πρώτη περίπτωση επιτάσσει την ισοκατανομή των μεριδίων των αγαθών σε όλα τα άτομα ανεξαρτήτως των διαφορετικών χαρακτηριστικών τους⁵. Η δεύτερη στηρίζεται στην αριστοτελική «ισότητα των λόγων»⁶, όπου η διανομή είναι αναλογική ως προς ένα καθοριστικό χαρακτηριστικό. Οι περισσότεροι θα συμφωνούσαν ότι η δικαιοσύνη περιλαμβάνει τουλάχιστον την τυπική μορφή της αναλογικής ισότητας, δηλαδή, την όμοια αντιμετώπιση των ίσων (οριζόντια ισότητα) και την ανόμοια αντιμετώπιση των άνισων καταστάσεων (κάθετη ισότητα). Όμως, η αρχή της ισότητας με αυτόν τον τρόπο διατυπωμένη στερείται ουσιαστικού περιεχομένου, και θα πρέπει να γίνει επίκληση άλλων ουσιαστικών χαρακτηριστικών ή, με άλλα λόγια, της μεταβλητής εστίασης. Θα πρέπει να προσδιορισθούν τα κριτήρια που θα δικαιολογήσουν τη διαφορετική μεταχείριση και, κατ' επέκταση, το περιεχόμενο της. Ο εξισωτισμός (egalitarianism) ως ιδέα δεν συνεπάγεται απαραίτητα την ίση κατάσταση των ατόμων, αλλά στηρίζεται στην ιδέα ότι όλοι διαθέτουν ίση θεμελιώδη αξία και αξιοπρέπεια και, για αυτόν τον λόγο, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως ίσοι (Arneson, 2013).

Κατά τον Βενιέρη (2015), η έννοια της ατομικότητας και η επιδίωξη των ατομικών συμφερόντων αποτελούν αναπόσπαστα στοιχεία των κυρίαρχων προσεγγίσεων περί ελευθερίας⁷. Ένα ζήτημα που ανακύπτει σχετίζεται με την εξισορρόπηση των ατομικών με τα κοινωνικά συμφέροντα στο πλαίσιο της ελεύθερης αγοράς και τον βαθμό στον οποίο αυτή η εξισορρόπηση απαιτεί

³ Αριστοτέλης, *Ηθικά Νικομάχεια*, βιβλίο Ε, 1130b.

⁴ Αριστοτέλης, *Πολιτικά*, βιβλίο Γ, 1280a.

⁵ Η αριθμητική ισότητα μπορεί να θεωρηθεί εξειδίκευση της αναλογικής, εφόσον το καθοριστικό κριτήριο είναι κοινό, όπως π.χ. η ιδιότητα του πολίτη (Παπαδοπούλου, 2004).

⁶ Αριστοτέλης, *Ηθικά Νικομάχεια*, βιβλίο Ε, 1131a-1131b.

⁷ Συνεχίζοντας, διακρίνει μεταξύ τριών διαστάσεων της ελευθερίας: την ελευθερία από κάθε μορφή καταπίεσης, περιορισμού ή εμποδίου, την ελευθερία μέσω της διασφάλισης των βασικών αναγκών (π.χ. υγεία, εισόδημα τροφή, στέγη) και την ψυχολογική και πνευματική ελευθερία. Συνεπώς, δεν είναι η ελευθερία που εγγυάται την ευημερία, αλλά «η ευημερία είναι απαραίτητη προϋπόθεση για ουσιαστική ελευθερία» (Βενιέρης, 2015).

συλλογική δράση ή όχι. Η ισορροπία μεταξύ των αξιών της ισότητας και της ελευθερίας διαμορφώνει το ευρύτερο κοινωνικοπολιτικό σύστημα μιας κοινωνίας. Αφού η αναδιανεμητική κοινωνική ισότητα συνδέεται με τα κοινωνικά δικαιώματα και το κράτος ευημερίας-πρόνοιας (welfare state), είναι πιθανή η σύγκρουσή της με την ατομική ανεξαρτησία και την ελευθερία, τουλάχιστον σε θεωρητικό και φιλοσοφικό επίπεδο. Ωστόσο, κατά τον Βενιέρη (2015), αυτές οι έννοιες δεν είναι απαραίτητα αντιθετικές, καθώς «η ελευθερία προάγεται μέσω της ισότητας, η ισότητα μέσω της δικαιοσύνης και η δικαιοσύνη μέσω της Κοινωνικής Πολιτικής».

Αν και ο όρος ισότητα ενδύεται με ένα ηθικό πλεονέκτημα, αυτό δε σημαίνει απαραίτητα ότι και κάθε ανισότητα είναι άδικη και αδικαιολόγητη, αλλά η σχετική κρίση θα εξαρτηθεί από την προέλευση αυτών των ανισοτήτων. Γενικότερα, τέτοιες πηγές μπορεί να είναι (Παπαδοπούλου, 2004): α) οι διαφοροποιήσεις ως προς τις φυσικές καταβολές που ανάγονται στα φυσικά ταλέντα και ικανότητες, β) η οικονομική και η κοινωνική διαστρωμάτωση και οι διακρίσεις, γ) η κακή τύχη και δ) η διαφορά στην ατομική προσπάθεια. Σε γενικές γραμμές, θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε ότι το βασικό δίπολο βρίσκεται μεταξύ του μηχανισμού διανομής των αγαθών μέσω της αγοράς και της κρατικής παρέμβασης μέσω αναδιανεμητικών πολιτικών. Στο πλαίσιο αυτό, το ζήτημα που τίθεται αφορά στο αν οι ανισότητες που προκύπτουν βάσει μιας συγκεκριμένης αιτίας είναι δίκαιες, οπότε και δεν θα πρέπει να υπάρξει παρέμβαση από την κοινωνία για την εξάλειψή τους, ή είναι άδικες, οπότε βρίσκονται στο πεδίο ευθύνης της κοινωνίας (και κατ' επέκταση του κράτους) για την άμβλυσή τους.

Για την απάντηση στο παραπάνω ζήτημα, καθώς και για την έκταση και τον τρόπο άρσης των ανισοτήτων ή και αποζημίωσης των ατόμων για αυτές, θα πρέπει, ωστόσο, να προηγηθεί ο προσδιορισμός μια σειράς βασικών παραμέτρων (Lamont και Favor, 2017): α) τι είναι σημαντικό για τη διανεμητική δικαιοσύνη (π.χ. ευκαιρίες, εισόδημα, πλούτος, ευημερία, χρησιμότητα), β) ποια είναι η φύση των αποδεκτών της κατανομής (π.χ. άτομα, ομάδες ατόμων, τάξεις) και γ) ποια είναι η βάση ή αρχή της κατανομής (π.χ. μεγιστοποίηση, ισότητα, βάσει ατομικών χαρακτηριστικών, οι ελεύθερες συναλλαγές στην αγορά).

Παρόλο που το ζήτημα της κοινωνικής δικαιοσύνης έχει απασχολήσει το επιστημονικό πεδίο της φιλοσοφίας από τη γέννησή του, το ειδικότερο θέμα της κοινωνικής δικαιοσύνης σε σχέση με την υγεία έχει αρχίσει να κεντρίζει το επιστημονικό ενδιαφέρον μόλις τα τελευταία 30 χρόνια. Έτσι, η βιοηθική ασχολείται κυρίως με το ζήτημα της ιατρικής περίθαλψης, των δικαιωμάτων των ασθενών ως άτομα και τη σχέση τους με τον ιατρό και όχι τόσο με τα ηθικά θέματα της κατανομής της υγείας στο επίπεδο του πληθυσμού. Αυτό ιδίως διότι θεωρείτο πως αυτά τα ζητήματα βρίσκονται πέρα από τον έλεγχο του ανθρώπου (Peter και Evans, 2001· Asada, 2005). Επιπλέον, μια σημαντική ιδιαιτερότητα του αγαθού της υγείας συνίσταται στο ότι δεν δύναται να αναδιανεμηθεί άμεσα μεταξύ των ανθρώπων, όπως για παράδειγμα το εισόδημα. Επομένως, δεν μπορούμε να διορθώσουμε μια κατανομή της υγείας με άμεσο τρόπο, αλλά μόνο έμμεσα και σε σχέση με τους παράγοντες που δημιουργούν τις ανισότητες υγείας (Wilson, 2011). Προκειμένου, λοιπόν, να αλλάξει η κατανομή της υγείας σε μια κοινωνία, μια πολιτική οφείλει να εξετάσει τις σχέσεις της υγείας με τους διάφορους προσδιοριστές της και το πως αυτοί οι παράγοντες με τη σειρά τους είναι κατανομημένοι ανάμεσα στα άτομα και τις κοινωνικές ομάδες (Hurley, 2000). Στην περίπτωση που κρίνουμε ότι μια κατανομή υγείας χρήζει κάποιων διορθώσεων, τα μέτρα πολιτικής μπορούν να επικεντρωθούν στις περιπτώσεις κακής ή χειρότερης υγείας και να επιδιώκουν είτε την άμεση αποκατάσταση των προβλημάτων υγείας μέσω της υγειονομικής περίθαλψης, είτε (εφόσον η αποκατάσταση δεν είναι δυνατή) έμμεση αποζημίωση με άλλα πιο εύκολα μεταβιβάσιμα αγαθά (π.χ. εισόδημα), είτε και (συνδυαστικά με τα προηγούμενα) προληπτικές ενέργειες για να αποφευχθούν ανάλογες καταστάσεις στο μέλλον. Συνεπώς, η αναδιανομή πόρων και αγαθών εκτός της υγείας είναι απαραίτητη όταν θέτουμε ως στόχο τη μεταβολή της κατανομής της ίδιας της υγείας σε έναν πληθυσμό. Στον βαθμό που η κατανομή αυτών των πόρων είναι κοινωνικά προσδιορισμένη, η μελέτη των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας εγείρει ευθέως ζητήματα πολιτικής φιλοσοφίας. Έτσι, από τη μια πλευρά, η αναγνώριση της ύπαρξης παραγόντων που υπερβαίνουν τα σύνορα των κρατών και επηρεάζουν την υγεία όλων των ανθρώπων και, από την άλλη, η έκθεση στα ευρήματα της κοινωνικής επιδημιολογίας, οδήγησαν την ηθική φιλοσοφία στο να τοποθετήσει την υγεία στο ευρύτερο κοινωνικό και παγκόσμιο πλαίσιο και να αμφισβητήσει τη

λειτουργία των ποικίλων κοινωνικών θεσμών και διαδικασιών (Venkatapuram και Marmot, 2015).

Η ισοτιμία (equity) και η αποτελεσματικότητα (efficiency) αποτελούν δεδηλωμένους στόχους όλων των συστημάτων υγείας. Η ισοτιμία συνδέεται με κάποια μορφή δικαιοσύνης και τη στάθμιση μεταξύ των ανταγωνιστικών αξιώσεων των μελών μιας κοινωνίας μεταφράζοντας τις υποκείμενες αρχές σε οδηγίες πολιτικής (Hurley, 2000). Ωστόσο, δεν φαίνεται να υπάρχει συμφωνία στο ποια είναι τα χαρακτηριστικά της ισότιμης κατάστασης στην κατανομή της υγείας. Όπως έχουν αναφέρει χαρακτηριστικά οι MacLachlan και Maynard (1982) «equity, like beauty, is in the mind of the beholder».

Η αποτύπωση των θεωριών δικαιοσύνης πριν τη μέτρηση των ανισοτιμιών υγείας είναι αναγκαία για τουλάχιστον δύο λόγους. Αρχικά, δεν αρκεί η ύπαρξη ανισοτήτων υγείας για τη διαμόρφωση σχετικών πολιτικών για την άμβλυσή τους. Απαιτείται να δικαιολογηθεί και το γιατί θα πρέπει να επιληφθεί η πολιτεία για να τις εξαλείψει, με άλλα λόγια να προσδοθούν στην ανισότητα χαρακτηριστικά ανισοτιμίας. Η ανισοτιμία είναι μια έννοια που περιλαμβάνει ένα στοιχείο αδικίας. Ο χαρακτηρισμός μιας κατάστασης ως άδικης είναι αναπόφευκτα το αποτέλεσμα μιας κανονιστικής αξιολόγησης, η οποία εδράζεται σε κάποια αντίληψη για την κοινωνική δικαιοσύνη. Πάνω σε αυτήν την παραδοχή θα στηριχτεί στη συνέχεια η διάκριση μεταξύ ανισότητας και ανισοτιμίας. Η κυρίαρχη αντίληψη θεωρεί ότι οι ανισότητες υγείας συνδέονται με την άνιση κατανομή των κοινωνικοοικονομικών προσδιοριστών της υγείας ανάμεσα σε κοινωνικές ομάδες και, για αυτόν τον λόγο, θα πρέπει να θεωρούνται άδικες και ανισότιμες. Ωστόσο, στη βάση της ελεύθερης βούλησης και της ατομικής ευθύνης, εκφράζεται και η άποψη ότι οι ανισότητες υγείας μπορεί να αντανakλούν απλώς τις προσωπικές επιλογές του ατόμου. Ως προς αυτό το σημείο, οι υποστηρικτές της οπτικής της κοινωνικά προσδιορισμένης υγείας τονίζουν ότι οι προσωπικές επιλογές είναι το αποτέλεσμα επιδράσεων: α) των πρώτων χρόνων ζωής ενός προσώπου, όπου τα άτομα δεν μπορούν να οδηγηθούν σε συνειδητές επιλογές και β) του ευρύτερου μικρο- και μακρο-περιβάλλοντος του ανθρώπου (Kawachi κ.ά., 2002). Σε αυτό το σχήμα, το μεγαλύτερο μέρος των ανισοτήτων υγείας αναπόδραστα εκλαμβάνεται ως ανισότιμο. Έπειτα, το πώς ορίζεται ένα

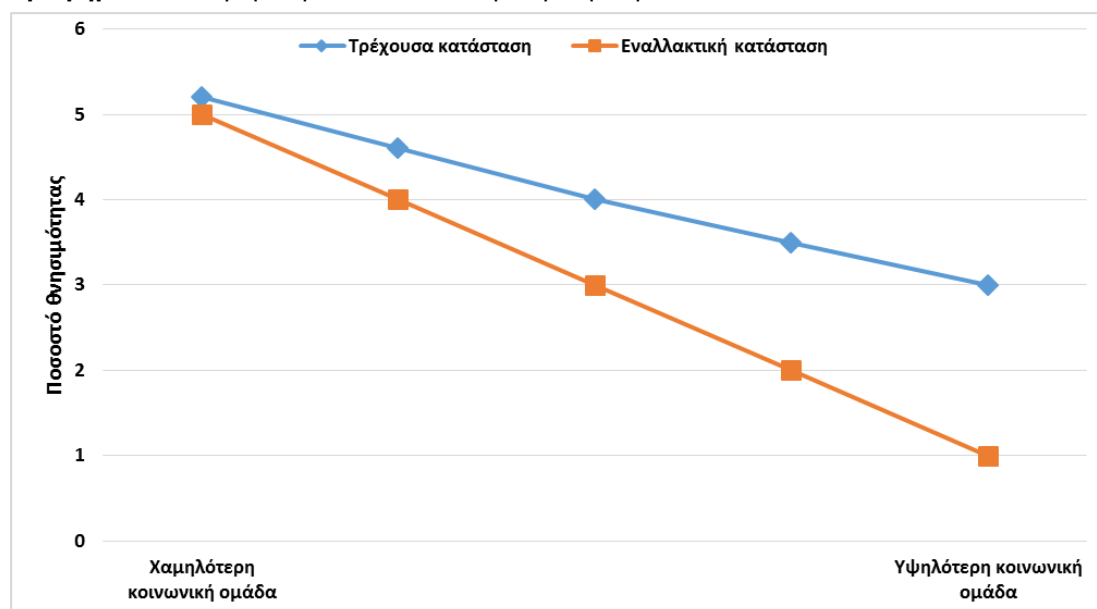
πρόβλημα αντιστοιχεί σε συγκεκριμένες ηθικο-πολιτικές προ-τοποθετήσεις, συνιστώντας ταυτόχρονα παραδοχή των πηγών του, καθώς και μέρος της διαμόρφωσης μιας προειλημμένης πολιτικής επιλογής (Edelman, 1988). Επομένως, δεν μπορούμε να μετρήσουμε το μέγεθος μιας ανισοτιμίας, χωρίς να έχουμε προηγουμένως ορίσει τα χαρακτηριστικά της.

Ακόμη περισσότερο, οι διάφορες τεχνικές μέτρησης και η παραμετροποίησή τους στηρίζονται, ρητά ή άρρητα, σε κάποια θεωρία κοινωνικής δικαιοσύνης. Συνεπώς, δεν θα μπορούσαμε να προβούμε στην αξιολόγηση των ανισοτιμιών υγείας, χωρίς προηγουμένως να έχουμε ένα ξεκάθαρο κανονιστικό υπόβαθρο. Οι συνέπειες πολιτικής που θα προκύψουν από τα εμπειρικά αποτελέσματα, στην περίπτωση όπου θα επιβεβαιωθεί η ύπαρξη σημαντικών ανισοτιμιών υγείας στην Ελλάδα, θα πρέπει να μετέρχονται συγκεκριμένα εργαλεία πολιτικής και να έχουν ένα σαφές όραμα για μια δίκαιη κοινωνία.

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, το ζήτημα της διερεύνησης των θεωριών δικαιοσύνης δεν είναι απλώς μια φιλοσοφική άσκηση, αλλά έχει σαφείς πρακτικές προεκτάσεις πολιτικής. Για να αναδειχθεί αυτό το ζήτημα εξαρχής, έστω ένα παράδειγμα αντίστοιχο με εκείνο που έχει θέσει ο Sir Marmot (2004). Έστω, λοιπόν, η ύπαρξη κοινωνικοοικονομικής διαβάθμισης του ποσοστού θνησιμότητας, το οποίο μειώνεται με τη βελτίωση της κοινωνικής θέσης (**Γράφημα 2-1**). Η μπλε γραμμή παρουσιάζει την τρέχουσα κατάσταση σε μια κοινωνία και το ζήτημα που τίθεται είναι το πως συγκρίνεται με την εναλλακτική κατάσταση της πορτοκαλί γραμμής, η οποία θα μπορούσε να ανακύψει με κάποια αλλαγή πολιτικής. Η ιδιαιτερότητα εντοπίζεται στο ότι στην εναλλακτική κατάσταση, ενώ υπάρχει βελτίωση του δείκτη θνησιμότητας σε όλες τις κοινωνικές ομάδες, αυτή εμφανίζεται να είναι μεγαλύτερη στις υψηλότερες θέσεις της κοινωνικής κλίμακας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα μια περίπτωση όπου, ενώ βελτιώνονται για όλους ανεξαιρέτως οι εκβάσεις υγείας, η ανισότητα αυξάνεται (όπως αυτό φαίνεται στην πιο απότομη την κλίση της γραμμής). Οπότε το ερώτημα που τίθεται είναι εάν η ανισότητα αυτή καθαυτή έχει κάποια εγγενή αξία και θα πρέπει να αποτελεί στόχο της κοινωνίας η μείωσή της, και πως θα πρέπει να γίνει η στάθμιση σε σχέση με ένα χειρότερο

ή καλύτερο μέσο επίπεδο υγείας, εφόσον προκύψει ζήτημα αναγκαστικής επιλογής μεταξύ τους.

Γράφημα 2-1 Θνησιμότητα και κοινωνική διαβάθμιση



Οι ενότητες που ακολουθούν σε αυτό το κεφάλαιο έχουν ως κύριο σκοπό να αποτυπώσουν αναλυτικά τη σχέση των διαφόρων θεωριών κοινωνικής δικαιοσύνης με τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας, ιδίως την κατάσταση υγείας. Αρχικά οριοθετείται η διάκριση μεταξύ της ανισότητας και της ανισοτιμίας και παρουσιάζεται το κυρίαρχο υπόδειγμα της κοινωνικής επιδημιολογίας και στη συνέχεια αναλύονται οι σχετικές συλλήψεις δικαιοσύνης κατηγοριοποιημένες ως προς τη βασική διανεμητική αρχή τους. Κύριο μέλημα της ανάλυσης αποτελεί η διερεύνηση της διανεμητικής διάστασης αυτών των θεωριών και, συγκεκριμένα, το πώς μπορούν να εφαρμοστούν σε περιπτώσεις κατανομής της υγείας, ενώ οι υπόλοιπες φιλοσοφικές και ηθικές προεκτάσεις παρουσιάζονται μόνο στον βαθμό που είναι απαραίτητο για την κατανόηση του βασικού στόχου του κεφαλαίου αυτού. Κατόπιν της παράθεσης των βασικών συλλήψεων διανεμητικής δικαιοσύνης στην υγεία, παρουσιάζονται κάποιες προσεγγίσεις βιοηθικής, οι οποίες έχουν ως σκοπό να αποτελέσουν οδηγό καθοδήγησης της πολιτικής κατά την πρακτική εφαρμογή της ηθικής στη δημόσια υγεία και στην αντιμετώπιση των ανισοτήτων υγείας. Καθότι η βασική

εστίαση αυτής της διατριβής είναι η κατάσταση υγείας, ακολουθεί μια σύντομη μόνο αναφορά σε κάποιες επιπλέον ιδιαιτερότητες που ισχύουν στη διανομή των περιορισμένων υγειονομικών πόρων. Ακολούθως, αναλύονται οι τρόποι αξιολόγησης και οι διαφορετικές αποφάσεις που προκύπτουν στο πλαίσιο της κάθε διανεμητικής αρχής με βάση ένα υποθετικό παράδειγμα πολλαπλών κατανομών της υγείας. Τέλος, στα συμπεράσματα του κεφαλαίου αυτού γίνεται μια σύνοψη και σύγκριση των βασικών χαρακτηριστικών των θεωριών δικαιοσύνης στην υγεία και των προεκτάσεών τους ως προς τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας.

2.2. Οι έννοιες της ανισότητας και της ανισοτιμίας στην υγεία στο κυρίαρχο υπόδειγμα της κοινωνικής επιδημιολογίας

Παρόλο που φαίνεται να υπάρχει μια γενικότερη συμφωνία για την ανάγκη μείωσης των ανισοτήτων στην υγεία –όχι μόνο ως επιστημονική παραδοχή αλλά και ως πολιτικός στόχος– δεν συμβαίνει το ίδιο και με την οριοθέτηση της έννοιας αυτής (Braveman, 2006). Στις Η.Π.Α., για παράδειγμα, ο όρος «health disparities» χρησιμοποιείται κυρίως για να δηλώσει διαφορές στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη ή το επίπεδο υγείας ανάμεσα σε φυλετικές ή εθνικές ομάδες (Adler και Stewart, 2010· Braveman, 2016). Αντίθετα, στην Ευρώπη έχει επικρατήσει ο όρος «health inequalities», ο οποίος αναφέρεται κυρίως στις διαφορές υγείας, η αιτία των οποίων αποτελεί το διαφορετικό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, συμπεριλαμβανομένων των διαφοροποιήσεων σε σχέση με τη φυλή ή την εθνική ταυτότητα, το φύλο και άλλες κοινωνικές ομαδοποιήσεις (Adler και Stewart, 2010· Braveman, 2016).

Παρά τις διαφορές οπτικές που υπάρχουν για το ζήτημα, για την περιγραφή αυτών των ανομοιοτήτων ή διαφορών (dissimilarities ή discrepancies ή disparities) στο επίπεδο υγείας χρησιμοποιούνται συνήθως οι όροι της ανισότητας (inequality) και της ανισοτιμίας (inequity). Ετυμολογικά, ο όρος ανισότητα ως προς την υγεία υποδηλώνει την απουσία της ισότητας μεταξύ δύο καταστάσεων. Έχει κατά κάποιον τρόπο έναν γενικό, εμπειρικό χαρακτήρα και απλώς περιγράφει μια εικόνα ανόμοιων μεγεθών (Οικονόμου,

2013· Arçaya κ.ά., 2015)⁸. Εάν ο επιπολασμός μιας ασθένειας ή το μέσο επίπεδο υγείας είναι ισομερώς κατανομημένα ανάμεσα στις ομάδες του πληθυσμού, τότε δεν υπάρχει θέμα ανισοτήτων υγείας σε αυτόν τον πληθυσμό (Kawachi κ.ά., 2002). Από την άλλη πλευρά, ο όρος ανισοτιμία είναι φορτισμένος με ένα κανονιστικό περιεχόμενο που σχετίζεται με μια σαφή αξιακή αντίληψη αναφορικά με ζητήματα κοινωνικής δικαιοσύνης (Οικονόμου, 2013). Σε αυτό το πλαίσιο, μπορούμε να υποθέσουμε ότι η αποτυπωθείσα ως ανισότιμη διαφορά στην υγεία έχει στη βάση της ένα στοιχείο αδικίας σχετικό με μια αξιολογική προ-τοποθέτηση. Επομένως, ενώ η ανισότητα στην υγεία εκφράζει μια εν πολλοίς ουδέτερη διάσταση, αποτυπώνοντας απλώς μια μετρήσιμη ανομοιότητα μεταξύ μεγεθών, η ανισοτιμία στην υγεία αναγνωρίζει την ύπαρξη μιας αθέμιτης, άδικης κατάστασης, άνισης κατανομής του δικαιώματος ή της αξίας του αγαθού της υγείας ανάμεσα σε άτομα ή ομάδες ή γεωγραφικές περιφέρειες ή και χώρες (Kawachi κ.ά., 2002). Υπάρχουν, συνεπώς, κάποιες κατανομές της υγείας στον πληθυσμό που μπορεί να εγείρουν ηθικά ζητήματα, και σε αυτές τις περιπτώσεις συγκεκριμένα αναφέρεται ο όρος της ανισοτιμίας στην υγεία (Asada, 2005).

Το κυρίαρχο υπόδειγμα της κοινωνικής επιδημιολογίας βασίζεται σε κάποιες εμπειρικές και κανονιστικές παραδοχές (Preda και Voigt, 2015). Αρχικά, αποδέχεται τη συσχέτιση μεταξύ των εκβάσεων υγείας και των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων, η οποία δεν αρκείται στην αρνητική επίδραση της υλικής αποστέρησης, αλλά προεκτείνεται και στην κοινωνική διαβάθμιση της υγείας. Έπειτα, οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία θεωρούνται άδικες, συνιστώντας ένα ζήτημα κοινωνικής δικαιοσύνης, και για αυτό θα πρέπει να διορθωθούν. Στο πλαίσιο αυτό, ενδιαφέρον έχουν οι διαφορές στο

⁸ Σε πολλές περιπτώσεις στη βιβλιογραφία ο όρος ανισότητα χρησιμοποιείται για να προσδώσει μια αίσθηση αδικίας. Για παράδειγμα, η Braveman (2016) ορίζει την ανισότητα ως εκείνες τις διαφορές υγείας που συνδέονται στενά, χωρίς όμως να έχει αναγκαστικά αποδειχτεί και η αιτιώδης συνάφειά τους, με κάποιο κοινωνικό μειονέκτημα, και οι οποίες είναι άδικες, καθότι επιβάλουν ένα επιπλέον βάρος σε ήδη κοινωνικά μειονεκτούσες ομάδες. Ως ανισοτιμία θεωρεί εκείνες τις ανισότητες υγείας για τις οποίες έχει αποδειχτεί αυτή η αιτιώδης σχέση. Όπως παρατηρεί η Whitehead (1992), σε πολλές χώρες παρατηρείται ένα πρόβλημα μετάφρασης των όρων «inequality» και «inequity».

μέσο επίπεδο των εκβάσεων υγείας μεταξύ κοινωνικών ομάδων και όχι οι διαφορές υγείας μεταξύ ατόμων. Κατά την τελευταία παραδοχή της κοινωνικής επιδημιολογίας, η πιο αποτελεσματική λύση για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων υγείας είναι ευρείες στρατηγικές για την αντιμετώπιση των κοινωνικών ανισοτήτων, οι οποίες και αποτελούν την κύρια αιτία τους (Preda και Voigt, 2015).

Ο όρος ανισοτιμία, λοιπόν, σχετίζεται με μια κανονιστική αξιολόγηση αναφορικά με θεωρίες περί δικαιοσύνης και οργάνωσης της κοινωνίας και ερμηνείας της γένεσης των ανισοτιμιών υγείας (Kawachi κ.ά., 2002). Η Whitehead (1992) αναγνώρισε επτά κύριους παράγοντες των ανισοτήτων υγείας:

- 1) Οι φυσικές, βιολογικές διαφοροποιήσεις,
- 2) Οι βλαπτικές για την υγεία επιλογές συμπεριφοράς,
- 3) Τα προσωρινά πλεονεκτήματα υγείας μιας ομάδας από την υιοθέτηση συμπεριφορών ή πρακτικών που προάγουν την υγεία,
- 4) Οι βλαπτικές για την υγεία συμπεριφορές, όπου η ελευθερία επιλογής είναι περιορισμένη,
- 5) Η έκθεση σε ανθυγιεινές και στρεσογόνες συνθήκες διαβίωσης και εργασίας,
- 6) Η ανεπαρκής πρόσβαση σε υγειονομικές και άλλες βασικές υπηρεσίες, και
- 7) Η φυσική επιλογή και η σχετιζόμενη με την υγεία κοινωνική κινητικότητα.

Από τις παραπάνω ανισότητες, η Whitehead δεν εκλαμβάνει ως άδικες τις τρεις πρώτες, σε αντίθεση με τις τέσσερις επόμενες, οι οποίες, καθότι είναι αποφεύξιμες, θα πρέπει να αξιολογούνται και ως άδικες για αυτόν τον λόγο⁹.

⁹ Θα πρέπει, πάντως, να σημειωθεί ότι θα μπορούσαμε να θεωρήσουμε ακόμη και την περίπτωση του προσωρινού πλεονεκτήματος κάποιας ομάδας από την υιοθέτηση κάποιας ευνοϊκής προς την υγεία συμπεριφοράς ως αναγόμενη σε κάποιον δομικό παράγοντα της κοινωνίας, όπως θα συζητήσουμε εκτενώς σε επόμενο κεφάλαιο για τον σχετικό μηχανισμό της

Στο παραπάνω εννοιολογικό σχήμα θα πρέπει να γίνει και ο αντίστοιχος διαχωρισμός μεταξύ της ισότητας και της ισοτιμίας στην υγεία. Η ισότητα αποτελέσματος ή ευκαιριών ή πρόσβασης ή χρήσης στον τομέα της υγείας δεν συνεπάγεται αυτόματα και ισοτιμία (Phillips, 2008). Παράδειγμα αποτελεί η ανάγκη ύπαρξης θετικών διακρίσεων σε κοινωνικές πολιτικές, που έχουν ως σκοπό την προστασία ευάλωτων κοινωνικών ομάδων. Για αυτό και έχει διατυπωθεί ότι, ενδεχομένως, είναι ανέφικτος ο στόχος της ισότητας στην υγεία, και αντί αυτού θα πρέπει να επιδιώκουμε την ισότητα στην υγειονομική περίθαλψη¹⁰ (Donaldson κ.ά., 2004). Κατά τον Barry (1965), η ισοτιμία απαιτεί «equals be treated equally and unequals be treated unequally»¹¹. Η ίση αντιμετώπιση όλων των ατόμων μπορεί να είναι άδικη στον βαθμό που κάποιες ομάδες μπορεί να χρειάζονται περισσότερους πόρους ή υπηρεσίες για να είναι υγιείς, όπως υποστηρίζει η Braveman (2016). Η Braveman συνεχίζει δίνοντας το παράδειγμα του υψηλότερου προσδόκιμου ζωής των γυναικών σε όλες τις χώρες όπου οι γυναίκες δεν αντιμετωπίζουν εξαιρετικό κοινωνικό μειονέκτημα και καταπίεση. Καθότι αυτό βασίζεται σε βιολογικούς λόγους και όχι στην άνιση μεταχείριση των ανδρών, θα ήταν άδικη η εξίσωση του επιπέδου του προσδόκιμου ζωής μεταξύ ανδρών και γυναικών. Το ίδιο ισχύει και για τις διαφοροποιήσεις υγείας μεταξύ νέων και ηλικιωμένων ατόμων.

Γενικότερα, φαίνεται να υπάρχει μια ομοφωνία μεταξύ των κοινωνικών επιδημιολόγων ως προς το κριτήριο της αποφευξιμότητας (avoidability) για την αξιολόγηση μια ανισότητας υγείας ως άδικη, θεωρώντας το ως μια αναγκαία και ικανή συνθήκη (Dahlgren και Whitehead, 1991· Whitehead, 1992· Marmot κ.ά., 2008· Preda και Voigt, 2015). Βασικός σκοπός είναι η διάκριση των διαφορών υγείας που οφείλονται σε τυχαίους ή βιολογικούς λόγους

διάδοσης της τεχνολογίας στην υγεία και το πλεονέκτημα που διαθέτουν οι υψηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες.

¹⁰ Χρήσιμη είναι η διάκριση μεταξύ της οριζόντιας ισότητας, που συνεπάγεται την ίση μεταχείριση μεταξύ ίσων καταστάσεων, και της κάθετης ισότητας, που αφορά στην άνιση μεταχείριση μεταξύ άνισων καταστάσεων (Phillips, 2008).

¹¹ Αυτή η ρήση θα πρέπει να αποδοθεί αρχικά μάλλον στον Thomas Jefferson ως «nothing is more unequal than the equal treatment of unequal people», το οποίο παραφράζει τον Αριστοτέλη στα Πολιτικά: *οἷον δοκεῖ ἴσον τὸ δίκαιον εἶναι, καὶ ἔστιν, ἀλλ' οὐ πᾶσιν ἀλλὰ τοῖς ἴσοις· καὶ τὸ ἄνισον δοκεῖ δίκαιον εἶναι, καὶ γὰρ ἔστιν, ἀλλ' οὐ πᾶσιν ἀλλὰ τοῖς ἀνίσοις.*

(π.χ. λόγω ηλικίας ή γενετικών προικοδοτήσεων), οι οποίες δύσκολα μπορούν να θεωρηθούν άδικες, από τις συστηματικές εκείνες διαφοροποιήσεις υγείας που εδράζονται σε ανισότητες στην κατανομή των κοινωνικοοικονομικών προσδιοριστών της υγείας, οι οποίες κρίνονται ως αθέμιτες (Starfield, 2001· Kawachi κ.ά., 2002). Αυτή η αποφευξιμότητα δεν χρειάζεται να αποδειχθεί, απλώς να είναι βιολογικά ευλογοφανής (Whitehead, 1992). Επομένως, αυτό που υποθέτει αυτή η θέση είναι ότι μόνο οι αποφεύξιμες ανισότητες είναι άδικες, και ότι μόνο οι ανισότητες που έχουν κοινωνικές αιτίες είναι αποφεύξιμες. Κατά τους Preda και Voigt (2015), η αποφευξιμότητα γενικότερα διαθέτει δύο διαστάσεις. Η μια πλευρά εκφράζει τη δυνατότητα πρόληψης (preventability), και η άλλη τη δυνατότητα παρέμβασης (amenability to intervention), είτε με αποκατάσταση μέσω της υγειονομικής περίθαλψης είτε με μια μορφή αποζημίωσης. Το κυρίαρχο υπόδειγμα της κοινωνικής επιδημιολογίας φαίνεται, λοιπόν, να στηρίζεται κυρίως στην έννοια της προληψιμότητας (Preda και Voigt, 2015), όπου οι διαφορές υγείας που οφείλονται σε κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες θεωρούνται απαρέγκλιτα ως ανισότητες (Arcaya κ.ά., 2015). Η αντίληψη αυτή στηρίζεται στο ότι οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας δεν είναι εκούσιες και βρίσκονται εκτός του ελέγχου των ατόμων (Preda και Voigt, 2015). Ωστόσο, οι παρατηρούμενες διαφοροποιήσεις στα επίπεδα υγείας μπορεί να αποδοθούν ακόμη και στον τρόπο ζωής, οπότε και έχει σημασία να τεκμηριωθεί αν οι σχετικές αποφάσεις αντιπροσωπεύουν τις πραγματικές επιλογές των ατόμων. Αν τις αντιπροσωπεύουν, τότε οι σχετικές ανισότητες θα πρέπει να θεωρηθούν κατ' επέκταση δίκαιες. Ωστόσο, οι υποστηρικτές του κυρίαρχου υποδείγματος υποστηρίζουν ότι η συμπεριφορά που σχετίζεται με την υγεία καθορίζεται από δομικούς παράγοντες. Για αυτόν τον λόγο, δεν εκφράζει τις επιλογές των ατόμων για την υγεία τους και οι προκύπτουσες ανισότητες θα πρέπει να αξιολογούνται ως άδικες (Preda και Voigt, 2015).

2.3. Θεωρίες κοινωνικής δικαιοσύνης στην υγεία

Η Asada (2007) διακρίνει τις θεωρίες δικαιοσύνης στην υγεία μεταξύ εκείνων που προσεγγίζουν την ισοτιμία στην υγεία ως ισότητα υγείας και εκείνων που αντιλαμβάνονται την ανισοτιμία στην υγεία ως έναν δείκτη του επιπέδου γενικότερης κοινωνικής αδικίας. Η πρώτη ομάδα των θεωριών αφορά

σε εκείνες τις συλλήψεις δικαιοσύνης που αποδίδουν στην υγεία μια αυταξία, θεωρώντας την ισότητα στην κατάσταση υγείας ως έναν στόχο από μόνο του (εξισωτισμός, egalitarianism), η επίτευξη του οποίου αποτελεί προϋπόθεση για την ύπαρξη ισοτιμίας στην υγεία. Υπό αυτό το πρίσμα, υπάρχουν τρεις δυνατότητες προσέγγισης. Η μια πλευρά πρεσβεύει τις αρχές μιας άτεγκτης ισότητας (strict equality), η οποία δεν αποδέχεται τις ηθικές προεκτάσεις της προσωπικής επιλογής, όντας και κατά κάποιον τρόπο ανέφικτη αλλά και περισσότερο αμφιλεγόμενη. Η δεύτερη θεώρηση χαλαρώνει την αυστηρότητα της πρώτης, παραδεχόμενη την άνιση επίδραση κάποιων παραγόντων στην υγεία, εγείροντας ηθικά ζητήματα ανισοτιμίας. Αυτοί οι προσδιοριστές μπορεί να σχετίζονται είτε με την κοινωνικοοικονομική θέση είτε με ευρύτερους κοινωνικοπολιτικούς (societal) παράγοντες επιδεκτικούς στην ανθρώπινη παρέμβαση είτε, τέλος, με παράγοντες που γενικότερα εκφεύγουν του ατομικού ελέγχου (Whitehead, 1992· Le Grand, 2002). Η τρίτη οπτική αναφέρεται στην εξασφάλιση του ελάχιστου επαρκούς επιπέδου (sufficientarianism) υγείας για κάθε άτομο. Η υπέρβαση αυτού του ορίου και η επίτευξη του πλήρους δυναμικού υγείας των ανθρώπων δεν εγείρουν επιπλέον ηθικά ζητήματα ύπαρξης ανισοτιμιών υγείας, καθώς κάποια άτομα ενδέχεται να δίνουν προτίμηση σε άλλα αγαθά. Παράδειγμα τέτοιων θεωρήσεων αποτελούν η περί δυνατοτήτων προσέγγιση (capability approach) του Sen (1992) και η εξασφάλιση της φυσιολογικής λειτουργίας (normal functioning approach) του Daniels (2001)¹². Η δεύτερη μεγάλη ομάδα θεωριών δικαιοσύνης δίνει έμφαση στη σχέση μεταξύ της υγείας και των άλλων πρωταρχικών κοινωνικών αγαθών, με την κατανομή της υγείας να θεωρείται ένας δείκτης του επιπέδου κοινωνικής δικαιοσύνης (Asada, 2007).

Η Ruger (2005· 2010a) διακρίνει μεταξύ πέντε κύριων ομάδων προσεγγίσεων κοινωνικής δικαιοσύνης στην υγεία. Οι θεωρίες ωφελιμισμού

¹² Αν και ο Daniels δείχνει μια συμπάθεια προς την αρχή της επίτευξης ενός επαρκούς επιπέδου, κατά τη γνώμη μας, δεν μπορεί να θεωρηθεί ως υποστηρικτής αυτής της αρχής, όπως ισχυρίζεται η Asada, και αντίστοιχη θα είναι και η αντιμετώπιση της προσέγγισής του στις ενότητες που ακολουθούν.

(utilitarian theories) και οικονομικών της ευημερίας (welfare economic approaches) στηρίζονται σε αναλύσεις κόστους-αποτελεσματικότητας, κόστους-ωφελιμότητας και κόστους-οφέλους με στόχο τη μεγιστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας. Οι προσεγγίσεις κοινοτισμού (communitarianism theories) και φιλελεύθερου κοινοτισμού (liberal communitarianism theories) βασίζονται σε παραδοσιακές αρχές της κοινότητας. Οι θεωρίες εξισωτισμού (egalitarian theories) πρεσβεύουν την ίση πρόσβαση σε συγκεκριμένα κοινωνικά αγαθά, όπως ευκαιρίες, πόρους ή ευημερία. Οι ελευθεριακές (libertarian) και βασισμένες στην αγορά προσεγγίσεις τονίζουν τη σημασία των ίσων δικαιωμάτων και προωθούν λύσεις στο πλαίσιο της ελεύθερης αγοράς. Τέλος, υπάρχει και η ομάδα των διαβουλευτικών δημοκρατικών διαδικασιών (deliberative democratic procedures) θεωριών, οι οποίες δίνουν έμφαση στην ύπαρξη και τη λειτουργία των σωστών διαδικασιών. Σε αυτές προσέθεσε και τη δική της θεώρηση που βασίζεται στην προσέγγιση της δυνατότητας στην υγεία (health capability approach).

Η διερεύνηση των θεωριών στις ανισότητες υγείας στην παρούσα διατριβή αρχικά εκκίνησε βασιζόμενη στην παραπάνω κατηγοριοποίηση. Ωστόσο, στη συνέχεια διαπιστώθηκε ότι αυτό το υπόδειγμα δεν είναι αρκετά αναλυτικό για να καλύψει όλο τον πλούτο των συλλήψεων που υπάρχουν, καθώς και τις βασικές διαφορές τους, οι οποίες και χρήζουν μια ανάλογη ταξινόμηση. Επιπλέον, δεν εντοπίστηκε στη διεθνή βιβλιογραφία άλλο ολοκληρωμένο αναλυτικό πλαίσιο κατηγοριοποίησης των σχετικών θεωριών που να κρίνεται επαρκές για την πλήρωση του παραπάνω στόχου. Για αυτόν τον λόγο, προτιμήθηκε η προσαρμογή της αναλυτικής ταξινόμησης που υπάρχει για τις ευρύτερες προσεγγίσεις κοινωνικής δικαιοσύνης (Arneson, 2013· Lamont και Favor, 2017) σε εκείνες που θέτουν την υγεία ως κεντρικό στόχο (ή και έναν από αυτούς) της δικαιοσύνης.

Από τη διερεύνηση των διαφόρων θεωριών κοινωνικής δικαιοσύνης, λοιπόν, και έχοντας ως κύριο μέλημα την ανάλυση της διανεμητικής διάστασης τους στην υγεία, καταλήξαμε στην παρακάτω ταξινόμηση:

1. Θεωρίες δικαιοσύνης άνευ συγκεκριμένης διανεμητικής αρχής
 - 1.1. Κοινοτισμός (communitarianism)

- 1.2. Διαβουλευτικές δημοκρατικές διαδικασίες (deliberative democratic procedures)
- 1.3. Ελευθεριακή προσέγγιση (libertarian approach)
- 1.4. Φεμινιστικές προσεγγίσεις (feminist approaches)
- 1.5. Συσχετιστική ισότητα (relational equality)
2. Ωφελιμισμός (utilitarianism) και οικονομικά της ευημερίας (welfare economics)
3. Διανεμητική δικαιοσύνη ως ισότητα
 - 3.1. Αυστηρός εξισωτισμός (strict egalitarianism)
 - 3.2. Εξισωτισμός των πρωταρχικών αγαθών του Rawls και προσαρμογή του στην υγεία από Daniels
 - 3.3. Προσεγγίσεις ισότητας των ευκαιριών (equality of opportunity), εξισωτισμού των πόρων (resource egalitarianism) και εξισωτισμού της τύχης (luck egalitarianism)
 - 3.4. Προσεγγίσεις «περί δυνατοτήτων» (capability approaches)
4. Εναλλακτικές του εξισωτισμού διανεμητικές αρχές
 - 4.1. Δικαιοσύνη κατά την αρχή της προτεραιότητας (prioritarianism)
 - 4.2. Δικαιοσύνη ως προς ένα επαρκές επίπεδο (sufficientarianism)
 - 4.3. Δικαιοσύνη ως αξιοσύνη ή επάξια ανταμοιβή (desert)
5. Δικαιοσύνη ως ανθρώπινο δικαίωμα (human rights-based approach)

Αξίζει να σημειωθεί εδώ ότι, σε σχέση με το αναλυτικό υπόδειγμα που υιοθέτησε η παρούσα διατριβή, η προσέγγιση της συσχετιστικής ισότητας θα μπορούσε, ενδεχομένως, να ενταχθεί στην ομάδα των εξισωτικών θεωριών. Ωστόσο, όπως θα αναλυθεί στη σχετική ενότητα, ενώ η διανεμητική αρχή στην οποία βασίζεται είναι η εξισωτική, ως αντικείμενο ισότητας αποτελούν οι σχέσεις μεταξύ των πολιτών στην κοινωνία, κάτι που συνδυάζει στοιχεία και από άλλες οπτικές, όπως είναι η φεμινιστική (ως προς την εξάλειψη της καταπίεσης και της κοινωνικής κυριαρχίας) και η επίτευξη ενός επαρκούς επιπέδου (ως προς την παροχή κάποιων βασικών δυνατοτήτων). Έπειτα, η δικαιοσύνη ως ανθρώπινο δικαίωμα επίσης συνδέεται με τη διανεμητική αρχή της επίτευξης ενός επαρκούς επιπέδου. Ωστόσο, η σημασία που έχουν τα ανθρώπινα δικαιώματα από πρακτική άποψη στις σύγχρονες κοινωνίες σε

διεθνές επίπεδο μας οδήγησε στο να αναδειχτεί αυτή η προσέγγιση με την παρουσίασή της σε ξεχωριστή ενότητα.

Κατά τον Daniels (2001), οι θεωρίες κοινωνικής δικαιοσύνης για την υγεία θα πρέπει να απαντούν σε τρία βασικά ερωτήματα: α) γιατί μια δικαιότερη κατανομή της υγείας στον πληθυσμό είναι ηθικά σημαντική, β) πότε μια κατανομή μπορεί να θεωρηθεί άδικη και γ) με ποια δίκαιη διαδικασία μπορούν να αντιμετωπιστούν οι ανάγκες υγείας υπό συνθήκες περιορισμού των διαθέσιμων πόρων. Βασιζόμενοι στα προηγούμενα, και υπό μια πιο αναλυτική οπτική, θα μπορούσαμε να συμπεριλάβουμε τα παρακάτω στοιχεία ως σημαντικά για κάθε θεωρία κοινωνικής δικαιοσύνης στην υγεία:

- Γιατί είναι ηθικά σημαντική η δικαιοσύνη στην υγεία; Η υγεία έχει αυταξία ή είναι μέρος της συνολικής ευημερίας των ανθρώπων; Ποιο είναι το αντικείμενο της διανεμητικής δικαιοσύνης¹³ (currency of distributive justice); Η ίδια η κατάσταση υγείας, η υγειονομική περίθαλψη, η ευημερία, οι πόροι, οι ευκαιρίες ή οι δυνατότητες¹⁴;

¹³ Ως αντικείμενο της δικαιοσύνης μεταφράζουμε τον όρο «currency of justice» ή «νόμισμα της δικαιοσύνης» που χρησιμοποιείται ευρέως στη βιβλιογραφία. Ουσιαστικά πρόκειται για το μετρικό σύστημα αυτού που θεωρείται σημαντικό για την αξιολόγηση της κατάστασης στην οποία βρίσκονται οι άνθρωποι ή αυτού που θεωρείται σημαντικό από τους ίδιους τους ανθρώπους για τη ζωή τους. Πρόκειται για ένα θεμελιώδες ουσιαστικό αγαθό, που έχει κάποια αυταξία αλλά και αξία για τους ίδιους τους ανθρώπους. Η αξία αυτού του αντικειμένου για τη ζωή των ανθρώπων αναγνωρίζεται από την εκάστοτε θεωρία της δικαιοσύνης και αποτελεί ζήτημα διανομής στο πλαίσιο της διανεμητικής διάστασής της. Βέβαια, φαίνεται δύσκολο να υποστηρίξουμε ότι αντίστοιχη αξία αποδίδουν απαραίτητα και οι ίδιοι οι άνθρωποι στο συγκεκριμένο κάθε φορά αντικείμενο. Αυτό διότι θα ήταν παράλογο να υποθεθεί ότι μπορούν στην καθημερινότητά τους να αναγνωρίσουν την πραγματική φύση κάποιων πολύπλοκων ιδεών, όπως είναι η χρησιμότητα από την κατανάλωση ενός αγαθού ως η ικανοποίηση που σχετίζεται με τις προτιμήσεις τους, και αυτό να αποτελέσει οδηγό για τη δράση τους. Ωστόσο, μπορούμε να ισχυριστούμε ότι, στην περίπτωση που οι θετικές ιδιότητές του εκάστοτε αντικειμένου της δικαιοσύνης θα ήταν πλήρως αντιληπτές, αυτό το αγαθό θα ήταν επιθυμητό από έναν ορθολογικό δρώντα για να ζήσει μια ποιοτική ζωή με νόημα και να επιτύχει τους στόχους, που ο ίδιος θεωρεί ως πολύτιμους. Κάθε άτομο, λοιπόν, πρέπει να λάβει αυτό που είναι δέον σύμφωνα με την εκάστοτε θεωρία της δικαιοσύνης και στο πλαίσιο της σχετικής διανεμητικής αρχής της. Μια αντίστοιχη θεώρηση έχει κάνει και ο Christiano (2007), ο οποίος συγκεκριμένα προκρίνει ως αντικείμενο της δικαιοσύνης την ευημερία.

Επιπλέον, θα πρέπει να τονισθεί ότι το αντικείμενο της δικαιοσύνης θα πρέπει να διαχωριστεί από τις αρχές της διανεμητικής δικαιοσύνης, καθότι το ίδιο αντικείμενο, π.χ. η ευημερία, μπορεί να συσχετιστεί με διαφορετικές αρχές, π.χ. ισότητα, επαρκές επίπεδο, κατά προτεραιότητα.

¹⁴ Κατά τον Sen (1992), όλες οι θεωρίες κοινωνικής δικαιοσύνης αναδεικνύουν ένα στοιχείο κομβικό που σχετίζεται με κάποια μορφή ισότητας ή ίσης μέριμνας και ενδιαφέροντος. Κατά αυτόν τον τρόπο, η θεωρία αποκτάει αξιοπιστία και ευλογοφάνεια και διεκδικεί για τον εαυτό

- Υπό ποιες συνθήκες μπορεί να θεωρηθεί μια κατανομή υγείας άδικη; Είναι ανισότιμες μόνο οι κοινωνικά παραγόμενες ή και οι βιολογικές και εκείνες που οφείλονται σε τυχαίους παράγοντες διαφοροποιήσεις; Ποιος είναι ο ρόλος της προσωπικής ευθύνης των ατόμων, πότε τα άτομα μπορούν να καταστούν πλήρως υπεύθυνα για την κατάσταση υγείας τους και τι επιπτώσεις πολιτικής προκύπτουν σε αυτήν την περίπτωση;
- Σύμφωνα με ποιες διανεμητικές αρχές και με ποιες δίκαιες διαδικασίες θα πρέπει να αντιμετωπιστούν οι ανισοτιμίες στην υγεία; Για παράδειγμα, κατά την εξισωτική αρχή (egalitarianism), την ωφελμιστική αρχή (utilitarianism), την κατά προτεραιότητα αρχή (prioritarianism) ή σύμφωνα ένα κρίσιμο επίπεδο που θα πρέπει να επιτευχθεί (sufficientarianism).

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, για κάθε θεωρία (διανεμητικής) δικαιοσύνης αρχικά αναπτύσσεται το βασικό υπόβαθρο και τα χαρακτηριστικά της και, ακολούθως, αναλύεται η εφαρμογή που έχει ή ο τρόπος που έχει προσαρμοστεί ή θα μπορούσε να προσαρμοστεί σε σχέση με την υγεία και, ιδίως, ως προς την αξιολόγηση των κατανομών της κατάστασης της υγείας. Θα πρέπει να υπενθυμιστεί ότι η μεταβλητή εστίασης της παρούσας διατριβής είναι η κατάσταση υγείας. Ως εκ τούτου, το ζήτημα της υγειονομικής περίθαλψης είναι δευτερεύον και αναλύεται μόνο στον βαθμό που αυτό μπορεί να βοηθήσει στην κατανόηση των επιπτώσεων που έχει η κάθε θεωρία ως προς την κατανομή της κατάστασης υγείας ή των παραγόντων που την επηρεάζουν, ιδίως όταν κάποια σύλληψη δεν έχει κύρια εφαρμογή –ή δεν έχει προσαρμοστεί μέχρι σήμερα– στην κατάσταση της υγείας. Σε κάθε περίπτωση, πάντως, οι θεωρίες δικαιοσύνης συνήθως χαρακτηρίζονται από μια συνοχή και ο συλλογισμός που εφαρμόζεται για την κατάσταση υγείας μπορεί να προεκταθεί και στην υγειονομική περίθαλψη, όπως και το αντίστροφο.

της μια δυνητικότητα καθολικής αποδοχής και εφαρμογής. Στο γνωστό δίπολο μεταξύ ελευθερίας δράσης και ισότητας, ο Sen δεν διαπιστώνει δίλημμα υπερτερότητας μεταξύ τους, αφού ουσιαστικά πρόκειται για μια διαφωνία ως προς το ερώτημα «ισότητα ως προς τι». Η ελευθερία δράσης περιλαμβάνεται στα δυνατά πεδία εφαρμογής της ισότητας, ενώ η ισότητα μπορεί να αποτελέσει διανεμητική αρχή της ελευθερίας δράσης.

2.3.1. Θεωρίες δικαιοσύνης άνευ συγκεκριμένης διανεμητικής αρχής

Στην υποενότητα αυτή θα αναλυθούν θεωρίες που δεν προϋποθέτουν συγκεκριμένη διανεμητική αρχή. Πιο συγκεκριμένα θα αναλυθούν οι προσεγγίσεις του κοινοτισμού, των διαβουλευτικών διαδικασιών, οι ελευθεριακές προσεγγίσεις, ενώ η υποενότητα θα κλείσει με αναφορά στη φεμινιστική θεώρηση και τη συσχετιστική ισότητα.

2.3.1.1. Κοινοτισμός (communitarianism)

Η προσέγγιση του κοινοτισμού προέκυψε σε κάποιο βαθμό ως αντίδραση στον ατομικιστικό χαρακτήρα των συμβολαιοκρατικών θεωριών, που δεν λάμβαναν υπόψη τους τις διασυνδέσεις μεταξύ των ατόμων στην κοινωνία (Jennings, 2003). Οι υποστηρικτές αυτής της προσέγγισης επικρίνουν τον υποβιβασμό της σημασίας του ατόμου από την ωφελμιστική θεωρία με την επικέντρωσή της στη χρησιμότητα, καθώς και την αποκλειστική έμφαση στα δικαιώματα του ανθρώπου, χωρίς ανάλογο ενδιαφέρον για την ηθική διάσταση της κοινωνικής δομής και των υποχρεώσεων που προκύπτουν για τα άτομα από τη συμμετοχή τους σε μια κοινότητα (Jennings, 2003).

Ο ορισμός του κοινοτισμού είναι δύσκολος, καθότι εμπερικλείει μια πλειάδα μεθοδολογικών, κανονιστικών και ηθικών προσεγγίσεων. Η σύλληψη αυτή αντιπροσωπεύει τις θέσεις διαφορετικών ομάδων σκέψης, όπως τα Πράσινα Κόμματα στην Ευρώπη, τον φεμινισμό, τον νεο-κομφουκιανισμό, τις αυτόχθονες κοινότητες και τον ευέλικτο κοινοτισμό (responsive communitarianism) (MacDonald κ.ά., 2015a). Κοινό στοιχείο όλων αυτών, πάντως, είναι η σημασία της κοινότητας¹⁵ και των κοινωνικών σχέσεων και η προσπάθεια εξισορρόπησης των ηθικών αξιών της κοινότητας με τα ατομικά δικαιώματα (Black και Mooney, 2002).

¹⁵ Ως κοινότητα θεωρείται ένα σύνολο ανθρώπων που διασυνδέονται μεταξύ τους στη βάση κάποιου δεσμού, όπως είναι η κοινή γλώσσα, η κουλτούρα και η ιστορία (Black και Mooney, 2002).

Σύμφωνα με τις θεωρίες κοινοτισμού, οι ηθικές αρχές αποτελούν έννοιες περισσότερο πολιτισμικής καταγωγής παρά αφηρημένης καθολικής ισχύος και εξαρτώνται από τις ιδιαιτερότητες της κάθε κοινότητας (Ruger, 2005· Ruger, 2010a). Το δικαίωμα στην υγειονομική περίθαλψη εξαρτάται αποκλειστικά από τις παραδοχές που διέπουν κάθε κοινότητα. Συνεπώς, αυτή η θεώρηση προάγει έναν πολιτισμικό ή και ηθικό σχετικισμό, μη αποδεχόμενη την ύπαρξη καθολικών αρχών και προτύπων. Αυτό, όμως, μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη συνεργασία διαφορετικών κοινωνιών σε θέματα ανθρωπισμού (Ruger, 2005· Ruger, 2010a).

Ο Walzer (1983· 1994) ανέπτυξε τη θεωρία των σφαιρών δικαιοσύνης (spheres of justice), κατά την οποία κάθε αγαθό θα πρέπει να συνδέεται με διαφορετικές κατανομητικές αρχές, αναλόγως της φύσης του. Καθώς οι κοινωνίες είναι διαφορετικές, ανάλογα διαφέρουν οι κοινές αντιλήψεις για τη σημασία των αγαθών και το πώς θα πρέπει να κατανέμονται. Κατά αυτήν την προσέγγιση, ενώ κάποια καταναλωτικά αγαθά θα πρέπει να υπακούουν στις δυνάμεις της αγοράς, η υγειονομική περίθαλψη θα πρέπει να κατανέμεται βάσει της ανάγκης που υπάρχει, όπως αυτή είναι συλλογικά αντιληπτή. Όπως – σωστά– παρατηρούν, όμως, οι Williams και Cookson (2000), ενδεχομένως να υπάρχουν και κάποιες μορφές περίθαλψης (π.χ. η αισθητική χειρουργική) που θα πρέπει επίσης να κατανέμονται βάσει των αρχών της αγοράς. Σε κάθε περίπτωση, η θεώρηση του Walzer υποστηρίζει την ύπαρξη μιας πολλαπλότητας αξιών και τύπων ισότητας, σε συμφωνία με την κοινή αντίληψη στην κοινωνία για το νόημα και τον σκοπό του κάθε αγαθού.

Οι οικουμενιστές κοινοτιστές (universalist communitarians) τάσσονται υπέρ της ύπαρξης μιας μοναδικής μορφής της «καλής κοινωνίας» (good society) με τις ανάλογες καθολικές αρχές (Roberts και Reich, 2002). Έτσι, κάποιες συμπεριφορές και πολιτισμικά πρότυπα που προάγουν την υγεία θα μπορούσαν να προωθηθούν σε όλες τις κοινωνίες, ανεξαρτήτως των κυριάρχων τοπικών πολιτισμικών αξιών σε κάθε μία από αυτές. Ο Emanuel (1994) προήγαγε μια μορφή κοινοτισμού που εμφορείτο από φιλελεύθερες ιδέες. Σε αυτό το πλαίσιο, διαβουλευτικές και δημοκρατικές διαδικασίες θα μπορούσαν να διαμορφώσουν κοινές αντιλήψεις για τη δικαιοσύνη μεταξύ των κοινοτήτων (Ruger, 2005· Ruger, 2010a).

Σύμφωνα με τον Jennings (2003), ο κοινοτισμός μπορεί να λάβει χαρακτηριστικά τόσο κοινωνικής αλλαγής όσο και συντηρητισμού. Αυτό διότι, από τη μια μεριά στηρίζεται σε αρχές εξισωτισμού και συμμετοχικής δημοκρατίας, ενώ από την άλλη δίνεται έμφαση στο καθήκον του πολίτη και την κοινή ηθική και πολιτισμικές ρίζες. Η πρώτη έχει έναν περισσότερο αριστερόστροφο προσανατολισμό και συνδέεται με την ηθική φιλοσοφία του Habermas, τη φεμινιστική θεωρία και τον ρεπουμπλικανισμό, ενώ η δεύτερη είναι περισσότερο δεξιόστροφη και συντηρητική και σχετίζεται με θρησκευτικές παραδόσεις, ακόμη και τον φονταμενταλισμό (MacDonald κ.ά., 2015a). Εφόσον θεωρηθεί ότι τα πρότυπα μιας κοινότητας έχουν κάποια αξία που θα πρέπει να γίνει σεβαστή, τότε τίθεται το ζήτημα κατά πόσο αποτελεί επιβολή η προσπάθεια περιορισμού κάθε απόκλισης από αυτά (Roberts και Reich, 2002). Για αυτόν τον λόγο, ο κοινοτισμός, ιδιαίτερα η πιο αυταρχική μορφή των οικογενειακών αξιών και του σεξουαλικού και πολιτισμικού συντηρητισμού, έχει δεχθεί σοβαρή κριτική, ιδίως από τη φεμινιστική σκοπιά, που βάλει κατά της θεσμοποιημένης καταπίεσης και της έμφασης σε παραδοσιακές μορφές της κοινότητας βασισμένες στην οικογένεια ή το έθνος (MacDonald κ.ά., 2015a).

Κατά τον Callahan (2003), ο κοινοτισμός στο πλαίσιο της βιοηθικής θα πρέπει να κατανοείται ως μια συγκεκριμένη μέθοδος επίλυσης ηθικών ζητημάτων, η οποία δεν έχει ως σημείο εκκίνησης το άτομο, αλλά την κοινωνία. Η σύλληψή του για τον κοινοτισμό εμφορείται από τις παρακάτω βασικές παραδοχές:

- α. Οι άνθρωποι υπάρχουν σε κοινωνικά δίκτυα και στο πλαίσιο κοινωνικών θεσμών και πολιτισμικών προτύπων.
- β. Δεν υπάρχει σαφής διάκριση μεταξύ της ιδιωτικής και της δημόσιας σφαίρας.
- γ. Η ευημερία προσεγγίζεται με την ευρύτερη δυνατή κοινωνική μορφή της
- δ. Αν και είναι απαραίτητη η αναγνώριση μιας δέσμης αρνητικών και κοινωνικών δικαιωμάτων, αυτά δεν είναι απεριόριστα, αλλά θα πρέπει να βρίσκονται σε μια εύλογη ισορροπία μεταξύ τους.
- ε. Ο καθορισμός του «κοινού καλού» (common good) απαιτεί τη δημοκρατική συμμετοχή κάθε μέλους της κοινότητας.
- στ. Το «κοινό καλό» αναφέρεται στην ευημερία του συνόλου των ατόμων.

Αν και οι κοινοτιστές θεωρητικοί δεν έχουν ασχοληθεί επισταμένως με την κοινωνικοοικονομική ανισότητα, η προσπάθεια περιορισμού της μπορεί να στηριχτεί σε κοινοτιστικές αρχές. Αυτό διότι η ακραία ανισότητα μπορεί να υπονομεύσει την πολιτική συμμετοχή, καθώς και την αίσθηση της κοινότητας ανάμεσα στα μέλη της (Coughlin, 2003). Η θεώρηση αυτή συνδέεται με την κοινοτιστική αντίληψη του κοινωνικού κεφαλαίου του Robert Putnam, ως ένας οικολογικός μηχανισμός από στοιχεία της κοινωνικής οργάνωσης, όπως είναι η πολιτική συμμετοχή, ο αμοιβαίος σεβασμός και η εμπιστοσύνη στους άλλους (Navarro, 2002)¹⁶. Υπό το πρίσμα της ελάχιστης δυνατής κρατικής παρέμβασης και των οργανώσεων της κοινωνίας των πολιτών, που συχνά προωθούν οι κοινοτιστές θεωρητικοί, ο μηχανισμός του κοινωνικού κεφαλαίου μπορεί να λειτουργήσει εναλλακτικά των αναδιανεμητικών πολιτικών στο πλαίσιο της δημόσιας υγείας (Muntaner κ.ά., 2000).

Η σύλληψη του «κοινού καλού» μπορεί να υποστηρίξει την ανάγκη επανόρθωσης των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία, καθότι οι κοινωνικοί και πολιτικοί θεσμοί οφείλουν να λειτουργούν κατά τρόπο που να ωφελεί το σύνολο των μελών της κοινότητας (MacDonald κ.ά., 2015a). Η παραδοσιακή ατομικιστική προσέγγιση της αυτονομίας εμποδίζει την κατανόηση και την υλοποίηση του «κοινού καλού», καθότι δεν επιτρέπει την κοινωνική μάθηση (Barclay, 2000). Αντίθετα, μια κοινωνική ή συσχετιστική σύλληψη της αυτονομίας, σύμφωνα με τους Black και Mooney (2002), προάγει την υποστήριξη εκείνων των μελών της κοινωνίας που η αυτονομία τους υπονομεύεται από κοινωνικά προβλήματα και ασθένειες. Πρόκειται για μια κυκλική διαδικασία, όπου η κοινότητα είναι αναγκαία για την ανάπτυξη της αυτονομίας στα μέλη της και η αυτονομία των μελών είναι απαραίτητη για τη δημιουργία μιας κοινότητας που προάγει την αυτονομία¹⁷. Η συγκεκριμένη θεώρηση της κοινοτιστικής αυτονομίας συνεπάγεται τον ίσο διαμοιρασμό των

¹⁶ Βλ. επόμενο κεφάλαιο για τους μηχανισμούς του κοινωνικού κεφαλαίου ως προς την υγεία.

¹⁷ Στην περίπτωση του ευέλικτου κοινοτισμού αναζητείται η ισορροπία μεταξύ της αυτονομίας και του κοινού καλού, χωρίς να δίδεται εκ των προτέρων προτεραιότητα σε κάποια από τις δύο αρχές (Etzioni, 2011).

δυνατοτήτων (capabilities), δηλαδή της ελευθερίας επιλογής μεταξύ διαφορετικών καταστάσεων ύπαρξης, στην κοινωνία, όπως αυτές αναπτύχθηκαν θεωρητικά από τον Sen¹⁸. Για την προώθηση της ισοτιμίας απαιτείται επιπλέον η αναγνώριση της ευθύνης της κοινότητας προς τα πιο αδύναμα μέλη ή τις μειονότητες και η ενσωμάτωση των διαφορετικών προτιμήσεων για την υγεία (και την υγειονομική περίθαλψη) μέσα από μια διαδικασία διαβουλευτικής δημοκρατικής συμμετοχής.

2.3.1.2. Διαβουλευτικές δημοκρατικές διαδικασίες (deliberative democratic procedures)

Αυτή η ομάδα προσεγγίσεων της κοινωνικής δικαιοσύνης στην υγεία δίνει έμφαση στη διαδικασία λήψης των αποφάσεων ως λύση για την κατανομή των υγειονομικών πόρων. Οι δημοκρατικές διαδικασίες επιτρέπουν την πολύτιμη, ευρεία συμβολή στον σχετικό δημόσιο διάλογο, ενώ αποφεύγουν την άμεση επίκληση συγκριμένων θεωριών κοινωνικής δικαιοσύνης (Ruger, 2005· Ruger, 2010a). Για παράδειγμα, το μοντέλο τεκμηριωμένης δημοκρατικής συναίνεσης (informed democratic consensus model) του Fleck (1992) προτείνει τη δημιουργία περιφερειακών συμβουλίων υγείας, τα οποία θα εκπροσωπούνται σε ένα εθνικό συμβούλιο υγείας, που θα αποφασίζει για τον συνολικό προϋπολογισμό του συστήματος υγείας. Αυτά τα μοντέλα στηρίζονται στις αρχές της πολιτικής ισότητας και νομιμοποίησης αλλά και της ατομικής αυτονομίας, λόγω της συμμετοχής των άμεσα ενδιαφερομένων στις διεργασίες λήψης των αποφάσεων μέσα από διαδικασίες δημόσιας διαβούλευσης (Ruger, 2005· Ruger, 2010a). Από αυτές τις προσεγγίσεις, λοιπόν, γίνεται η υπόθεση ότι, εφόσον τηρηθούν οι δημοκρατικές προϋποθέσεις της διαδικασίας του διαλόγου, τα αποτελέσματα (υγείας) που προκύπτουν βάσει αυτής θα πρέπει θεωρούνται και δίκαια.

¹⁸ Η «περί δυνατοτήτων» προσέγγιση του Sen αναπτύσσεται στη σχετική ενότητα αυτού του κεφαλαίου.

Η αναγνώριση του δικαιώματος των πολιτών να συμμετέχουν στη διαδικασία διαμόρφωσης των πολιτικών υγείας και του προγραμματισμού της υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να εντοπιστεί ήδη από τη Διακήρυξη Alma Ata του Π.Ο.Υ. το 1978, το οποίο συμπεριλήφθηκε και σε επόμενα κείμενα και εκθέσεις του (Safaei, 2015). Η προώθηση της συμμετοχής των πολιτών στις σχετικές διαδικασίες μπορεί να στηριχθεί σε δύο βασικά επιχειρήματα (Tenbensen, 2010· Blacksher, 2013). Το πρώτο σχετίζεται με τη δημοκρατική νομιμοποίηση των πολιτικών διαδικασιών, την ανάληψη μέρους της ευθύνης από τους ίδιους τους χρήστες των υπηρεσιών και την ενδυνάμωσή τους, και το δεύτερο με τη δυνατότητα βελτίωσης των αποφάσεων και της ποιότητας της φροντίδας, καθώς και την ενίσχυση της λογοδοσίας των παρόχων. Οι ερευνητές συνήθως διακρίνουν τη συμμετοχή των πολιτών σε βαθμούς, όπως το πενταβάθμιο πλαίσιο συμμετοχής των πολιτών του Finegold (1997) και η πενταβάθμια ταξινόμηση της ισχύος των ασθενών του Thompson (2007). Η κοινή λήψη της απόφασης (shared decision-making) αποτελεί μια έκφραση της διαβουλευτικής δημοκρατίας στην υγειονομική περίθαλψη και στη βιβλιογραφία έχουν προταθεί διάφορα μοντέλα για την ενδυνάμωση του ρόλου των ασθενών στις ιατρικές αποφάσεις για τη θεραπεία τους (Safaei, 2015). Αν και η αρχή της ισότητας θεωρείται απαραίτητο στοιχείο για τη δημοκρατική διαβούλευση, με τους συμμετέχοντες να θεωρούνται ελεύθεροι και ίσοι πολίτες (Mansbridge κ.ά., 2006), αυτή η δέσμευση δεν προεκτείνεται αναγκαστικά και εκτός του πεδίου διαβούλευσης, όπως στις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες (Blacksher, 2013).

Σύμφωνα με τη Ruger (2005· 2010a), οι θεωρίες αυτές έχουν υποστεί κριτική κυρίως για το ότι τα αποτελέσματα που προκύπτουν από τις δημοκρατικές διαδικασίες δεν είναι απαραίτητα και δίκαια και δεν προσφέρεται κατάλληλη καθοδήγηση προς αυτόν τον σκοπό. Το πρώτο σημείο κριτικής σχετίζεται με τον διάλογο ως μια ουσιαστική αρχή δικαιοσύνης και τη συγκεκριμενοποίηση των αρχών βάσει των οποίων συγκροτείται μια δίκαιη διαδικασία. Η προτίμηση της μορφής της διαδικασίας εμφορείται από συγκεκριμένες πολιτισμικές προδιαθέσεις και δεν μπορεί να θεωρείται απαραίτητα καθολικού χαρακτήρα (MacIntyre, 1988). Τίθεται το ερώτημα, λοιπόν, αναφορικά με τα κριτήρια με τα οποία θα επιλεγεί μια διαδικασία έναντι κάποιας άλλης. Όπως αναφέρουν οι Beauchamp και Childress (2001), «[it is]

relatively unclear about what makes democratic procedures fair». Άλλωστε, η διαβούλευση μπορεί να μην είναι η προτιμητέα μορφή επικοινωνίας για κάποιες πολιτισμικές κοινότητες (Blacksher, 2013).

Εξάλλου, αν και η προσέγγιση της δημοκρατικής διαδικασίας επιδιώκει να παρακάμψει τη γενική φιλοσοφική διαφωνία που υπάρχει επί των αρχών που θα πρέπει να διέπουν την κατανομή πόρων, η παραχθείσα απόφαση αναγκαστικά θα πρέπει να τεκμηριώνεται σε κάποιου είδους θεωρία ή σύλληψη κοινωνικής δικαιοσύνης (Williams και Cookson, 2000· Ruger, 2005· Ruger, 2010a). Οπότε προκύπτει εκ νέου το ζήτημα της επιλογής ουσιαστικών αρχών δικαιοσύνης, και από τις διαβουλευτικές προσεγγίσεις δεν προσφέρεται κάποια καθοδήγηση ως προς το περιεχόμενό τους (Powers και Faden, 2000). Βεβαίως, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι αυτό συμβαίνει σε δεύτερο βαθμό και ότι αποφεύγεται η εκ των προτέρων επιλογή ευρύτερων καθοδηγητικών αρχών, που ενδεχομένως να μην μπορούν να εφαρμοστούν σε κάθε περίπτωση. Ωστόσο, η αοριστία είναι αναπόφευκτη, με συνέπεια, ακόμη και αν υπάρξει ομοφωνία ως προς τα στοιχεία της δίκαιης διαδικασίας, η απόφαση να μπορεί να οδηγήσει ακόμη και σε άδικα αποτελέσματα ή, τουλάχιστον, σε αποτελέσματα που δεν θα μπορούν αξιολογηθούν βάσει κάποιων παραδοχών περί δικαιοσύνης.

Επιπλέον, οι δημοκρατικές διαβουλευτικές διαδικασίες τείνουν να επιλέγουν την υποστήριξη (ή «διάσωση») όλων των ασθενών, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη τα κοινωνικά κόστη και οφέλη κατά την κατανομή των υγειονομικών πόρων (Hadorn, 1991). Αυτό, μάλιστα, ιδίως σε ένα πλαίσιο ύπαρξης πολυάριθμων παρεμβάσεων για ανάλογα πολυάριθμες καταστάσεις, η στάθμιση του κόστους και του οφέλους των οποίων είναι εγγενώς δυσχερής. Όπως υποστηρίζει χαρακτηριστικά η Ruger (2010a), η αξιολόγηση της λογικότητας μιας απόφασης δίχως την υποστήριξη από ουσιαστικές αρχές δικαιοσύνης διατρέχει τον κίνδυνο να οδηγήσει σε μη αποδεκτές λύσεις και σίγουρα σε μη αποδεκτή σκοπιμότητα αυτών των λύσεων. Ή, ακόμη, μπορεί να συνδέεται με το ζήτημα του λεγόμενου «bottomless pit problem», όπου η απόλυτη προτεραιότητα στις ανάγκες υγείας μπορεί να οδηγήσει στην εξάντληση των σπανιζόντων πόρων σε ασθενείς των οποίων η υγεία δε δύναται να ωφεληθεί σημαντικά (Nord κ.ά., 1995). Άλλωστε, δύσκολα μπορεί να

αξιολογηθεί ως δίκαιη η προτεραιότητα αφιέρωσης πόρων σε άτομα που απλώς συνέβη να βρίσκονται σε κάποιον άμεσο κίνδυνο υγείας ή, ακόμη περισσότερο, έτυχε να τους διαγνωστεί αυτός ο κίνδυνος. Αυτό διότι μπορεί να υπάρχουν και άλλα άτομα, των οποίων η κατάσταση μπορεί να είναι ανάλογη (ή και δυσχερέστερη), αλλά, για τον οποιονδήποτε λόγο, δεν συνέπεσαν οι περιπτώσεις τους, προκειμένου να τεθεί το ζήτημα της κατανομής πόρων μεταξύ τους. Σε κάθε περίπτωση, βέβαια, δεν μπορούμε να αμφισβητήσουμε το ηθικό καθήκον να διασώζονται ζωές ή να περιθάλπονται ασθενείς, όποτε αυτό είναι εφικτό από το σύστημα υγείας.

2.3.1.3. Ελευθεριακή προσέγγιση (libertarian approach)

Κατά τη λοκιανή παράδοση σκέψης, οι άνθρωποι γεννιούνται με ίσα βασικά ηθικά δικαιώματα, τα λεγόμενα φυσικά δικαιώματα. Ξεκινώντας από την αυτοκτησία (self-ownership), μπορεί να προκύψουν δικαιώματα ιδιοκτησίας για τους ανθρώπους σε ελεύθερα τμήματα του εξωτερικού κόσμου αναμιγνύοντας την εργασία τους με αυτά (Gosepath, 2011· Arneson, 2013)¹⁹. Οι ελευθεριακές προσεγγίσεις προωθούν τον μηχανισμό της αγοράς ως τον κατάλληλο τρόπο για την κατανομή των πόρων υγείας και τάσσονται κατά της αναδιανομής και των κοινωνικών δικαιωμάτων (Ruger, 2005· Ruger, 2010a· Gosepath, 2011). Ως βάση τους έχουν την ελευθεριακή φιλοσοφία, π.χ. Nozick (1974), η οποία δίνει έμφαση στην αυτονομία του ατόμου και τις ατομικές ελευθερίες, περιορίζοντας τον ρόλο του κράτους στην προάσπιση των ατομικών δικαιωμάτων. Στο πλαίσιο του ελάχιστου κράτους ή «κράτους-νυχτοφύλακα», ο ρόλος της πολιτείας περιορίζεται στην προστασία των δικαιωμάτων ιδιοκτησίας, της επιβολής των ιδιωτικών συμβολαίων και των ποινών σε περιπτώσεις παραβιάσεων τους (Roberts και Reich, 2002). Πρόκειται για ένα

¹⁹ Όλοι οι άνθρωποι μπορούν να αξιώσουν τίτλους ιδιοκτησίας, εφόσον «enough and as good» is left over for others» κατά τον Locke, που σημαίνει ότι η κανενός η κατάσταση δεν θα πρέπει να χειροτερεύει από αυτήν την αρχική απόκτηση τέτοιων δικαιωμάτων (Gosepath, 2011).

απόλυτο ηθικό προαπαιτούμενο, για το οποίο δεν μπορεί να υπάρξει κανενός είδους συμβιβασμός (Williams και Cookson, 2000).

Υπό την παραπάνω θεώρηση, δύσκολα μπορεί να υποστηριχθεί ή ύπαρξη ειδικού δικαιώματος στην υγεία ή την υγειονομική περίθαλψη, καθότι αυτό θα προαπαιτούσε ενέργειες, όπως η επιβολή φόρων, η αναδιανομή εισοδήματος και η παροχή δημοσίων αγαθών, που θα έθεταν σε κίνδυνο τις ατομικές ελευθερίες (Williams και Cookson, 2000). Τα άτομα ως ελεύθεροι δρώντες έχουν τη δυνατότητα ελεύθερης επιλογής μεταξύ της αγοράς ή όχι υγειονομικών υπηρεσιών και ασφάλισης, ενώ αναγνωρίζεται και ρόλος στην ιδιωτική φιλανθρωπία (Williams και Cookson, 2000). Συνεπώς, σε ένα τέτοιο σύστημα, η παροχή και η λήψη υγειονομικών υπηρεσιών είναι ανεξάρτητες της ανάγκης (Ruger, 2005· Ruger, 2010a).

Επιπλέον, το κατά πόσο μια κατανομή ενός αγαθού ή οφέλους θεωρείται δίκαιη ή όχι δεν εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά της, αλλά από την ιστορική εξέλιξή της. Εφόσον είναι το ιστορικό αποτέλεσμα ελεύθερων ιδιωτικών συναλλαγών μεταξύ των ανθρώπων, δεν μπορεί παρά να θεωρηθεί δίκαιη, ανεξαρτήτως της έκτασης που μπορεί να έχει η ανισότητα (Williams και Cookson, 2000· Walker κ.ά., 2016). Συνεπώς, υπό το πρίσμα αυτής της προσέγγισης, δεν έχει σημασία η συγκεκριμένη μορφή της κατανομής, αλλά η διαδικασία από την οποία προέκυψε (Lamont και Favor, 2017). Κατά την «θεωρία των τίτλων» (entitlement theory) του Nozick (1974), μια κατανομή είναι δίκαιη εφόσον όλοι έχουν τίτλο επί της ιδιοκτησίας που κατέχουν υπό αυτήν την κατανομή. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Gray (2013) αναφερόμενος στις απόψεις του Friedrich Hayek για την ελευθερία, «[a]ttempts to impose any other principle on the free exchanges of free men involve imposing upon them a hierarchy of needs and merits, a ranking of values and a code of judgements regarding the weightiness of competing needs and merits, about which no consensus exists in our society and which there is no reason to suppose can be achieved». Επομένως, το κράτος δεν μπορεί να επέμβει για την ανακατανομή κανενός αγαθού ή άλλου παράγοντα που μπορεί να επηρεάζει την κατανομή της υγείας, καθώς απορρίπτεται κάθε μορφή δικαιοσύνης που συνεπάγεται οποιαδήποτε αναδιανομή. Ανισότητες υγείας που προκύπτουν από ανισότητες σε γενετικές προικοδοτήσεις, στο εισόδημα, ή άλλα

κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά δεν μπορούν να θεωρηθούν άδικες στον βαθμό που αυτές προέκυψαν στο πλαίσιο του σεβασμού των δικαιωμάτων ιδιοκτησίας (Hurley, 2000). Έτσι, η προστασία των αδυνάμων μπορεί να προκύψει μόνο ως αντικείμενο εθελοντικής φιλανθρωπίας και δεν συνιστά διακριτό δικαίωμα (Βενιέρης, 2015).

Στο παραπάνω πλαίσιο, οι πολίτες θεωρούνται καταναλωτές στην αγορά της υγειονομικής περίθαλψης και κάνουν συνειδητές ενημερωμένες επιλογές μεταξύ διαφορετικών σχημάτων παροχής υγειονομικών υπηρεσιών (Lomasky, 1981· Havighurst, 1995). Όπως αναφέρει η Ruger (2005· 2010a), υπάρχουν και πιο μετριοπαθείς προσεγγίσεις που αναγνωρίζουν στο κράτος έναν περιορισμένο ρόλο στην παροχή υγειονομικών πόρων μέσα από εισοδηματικές μεταβιβάσεις και κουπόνια υγείας (health vouchers) για την αγορά ασφάλισης υγείας (Lomasky, 1981· Engelhardt, 2000). Κατά αυτόν τον τρόπο, ο διαμοιρασμός των περιορισμένων πόρων υγείας γίνεται στο μικρο-επίπεδο μέσω εκ των προτέρων επιλογών (rationing through choice) μεταξύ διαφορετικών σχημάτων περίθαλψης (Ruger, 2005· Ruger, 2010a)²⁰.

Στον αντίποδα, ασκείται σημαντική κριτική στις ελευθεριακές θεωρίες, η οποία επικεντρώνεται κυρίως στις αποτυχίες της (ιατρικής) αγοράς να καταλείψει αποτελεσματικά τα κοινωνικά αγαθά, ιδίως λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες του δημόσιου αγαθού της υγείας. Αυτές οι ανεπάρκειες του μηχανισμού της αγοράς αφορούν: α) στην ασυμμετρία πληροφόρησης, β) στον αιφνίδιο χαρακτήρα της ασθένειας και σε αβέβαιους παράγοντες κινδύνου, γ) στον χαρακτήρα της ιατρικής γνώσης ως δημόσιου αγαθού, δ) στις εξωτερικότητες των μεταδιδόμενων ασθενειών, ε) στον ηθικό κίνδυνο (moral hazard), που ενυπάρχει στη δυνατότητα αλλαγής συμπεριφοράς μετά την ασφάλιση υγείας και οδηγεί σε μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών, και τη δυσμενή επιλογή (adverse selection) των ασφαλισμένων μέσω της σύνδεσης τους ύψους των ασφαλίσεων με τον κίνδυνο ασθένειας/ατυχήματος, και στ) σε

²⁰ Η προσέγγιση αυτή προσιδιάζει σε εκείνη του Dworkin, για την οποία θα γίνει ανάλυση σε επόμενη ενότητα αυτού του κεφαλαίου.

θέματα ισότητας και περίθαλψης ευάλωτων πληθυσμών (Ruger, 2005· Ruger, 2010a). Επιπλέον, είναι γενικότερα δύσκολο να δικαιολογηθεί το αν οι πρώτοι άνθρωποι που απέκτησαν ιδιοκτησία επί του υλικού κόσμου είχαν δικαίωμα να αποκλείσουν άλλους από αυτή, καθώς και ότι όλες οι συναλλαγές από τότε ήταν δίκαιες και δεν χρειάζεται κάποιου είδους επανόρθωση (Lamont και Favor, 2017). Τέλος, είναι αμφίβολο αν μπορεί δικαιολογηθεί από πλευράς δικαιοσύνης η προσωπική επιτυχία, όταν αυτή στηρίζεται κατά μείζονα λόγο σε τύχη, ασυνήθιστα φυσικά ταλέντα και κληρονομούμενη περιουσία ή κοινωνικό στάτους (Gosepath, 2011).

2.3.1.4. Φεμινιστικές προσεγγίσεις (feminist approaches)

Ειδική μνεία πρέπει να γίνει για τις φεμινιστικές προσεγγίσεις. Κατά τους Lamont και Favor (2017), δεν υπάρχει μια μοναδική φεμινιστική θεωρία αναδιανεμητικής δικαιοσύνης, αλλά οι σχετικοί θεωρητικοί παρέχουν εκδοχές των άλλων συλλήψεων, με συγκεκριμένο ενδιαφέρον για τη διαφορετική εμπειρία ζωής που προκύπτει για τον κάθε άνθρωπο με βάση το φύλο του. Η φεμινιστική προσέγγιση μπορεί να προσθέσει δύο επιπλέον διαστάσεις στις θεωρίες δικαιοσύνης (Lindemann Nelson και Lindemann Nelson, 1996). Αρχικά επεκτείνει την ηθική εξέταση σε μορφές παραβίασης της δικαιοσύνης που είναι συνήθως δυσδιάκριτες, όπως είναι η πατριαρχική κοινωνία και οι διακρίσεις. Έπειτα, διορθώνει τις εφαρμογές της κυρίαρχων θεωρήσεων της δικαιοσύνης ως προς το ζήτημα της ανδρικής μεροληψίας. Η φεμινιστική οπτική επιδιώκει, επιπλέον, τη σύνθεση μεταξύ της (ατομικιστικής) αντίληψης των ανθρώπων ως άτομα συνδεδεμένα με συμβολαιοκρατικούς δεσμούς και της αντίστοιχης κοινοτιστικής που αναγνωρίζει τους ανθρώπους μόνο ως κοινωνικά όντα δίχως ατομικές διαφορές μεταξύ τους, καθότι και οι δύο εικόνες θεωρούνται απειλητικές για τις γυναίκες.

Οι προσεγγίσεις αυτές ασκούν κριτική στις φιλελεύθερες θεωρίες αναφορικά με την ουδετερότητα του κράτους ως προς την ιδιωτική σφαίρα. Αυτή η ουδετερότητα οδηγεί στη συστηματική υλική και πολιτική μειονεξία των γυναικών, μειονοτήτων και ιστορικά καταπιεσμένων φυλετικών ομάδων (Lamont και Favor, 2017). Οι περισσότερες θεωρίες δικαιοσύνης έχουν στο

επίκεντρό τους την κατανομή του εισοδήματος και του πλούτου. Όμως, αν και η οικονομική αναδιανομή μπορεί να αντιμετωπίζει κάποιες μορφές καταπίεσης, δεν το καταφέρνει αυτό σε όλες τις περιπτώσεις. (Barclay, 2007).

Η Young (1990) απορρίπτει την ιδέα της κατανομής ως το κύριο ζήτημα της δικαιοσύνης, καθότι με αυτόν τον τρόπο παραγνωρίζονται οι σχέσεις κυριαρχίας και καταπίεσης του συστήματος εις βάρος των γυναικών, των μειονοτήτων και των φτωχών. Η εστίαση των διαφόρων θεωρήσεων θα πρέπει να βρίσκεται, επομένως, πρώτα στις δομές ισχύος και όχι στην διανομή των αγαθών. Καθώς η κοινωνική δομή έχει ιδιαίτερη σημασία στην αντίληψη για τη δικαιοσύνη, αντίστοιχη έχει και η εννοιολόγηση της κοινωνικής ομάδας (π.χ. φυλετικές ή θρησκευτικές ομάδες) και η συμμετοχή σε αυτές.

Σύμφωνα με τη Young (1990), υπάρχουν πέντε είδη καταπίεσης. Η εκμετάλλευση (exploitation) βασίζεται στη σχετική μαρξιστική έννοια και εκφράζεται ως μια σταθερή διαδικασία μεταφοράς των αποτελεσμάτων της εργασίας μιας κοινωνικής ομάδας σε μια άλλη, η οποία και ασκεί έλεγχο στην πρώτη και ωφελείται εις βάρος της. Η περιθωριοποίηση (marginalization) σχετίζεται με την αποβολή των ατόμων από κάθε χρήσιμη συμμετοχή στην κοινωνική ζωή, επιφέροντας σε πολλές περιπτώσεις σημαντική υλική αποστέρηση, υποτιμητική αντιμετώπιση από τις κοινωνικές υπηρεσίες και απώλεια του αυτοσεβασμού. Η αδυναμία (powerlessness) συμμετοχής στη διαδικασία λήψης των αποφάσεων που επηρεάζουν τη ζωή τους, καθότι στερούνται της σχετικής εξουσίας, του κοινωνικού στάτους ή της αίσθησης του εαυτού (sense of self) αποτελεί άλλη μια μορφή καταπίεσης για τους ανθρώπους²¹. Ο πολιτισμικός ιμπεριαλισμός (cultural imperialism) σχετίζεται με τη γενίκευση των εμπειριών και της κουλτούρας της κυρίαρχης κοινωνικής ομάδας, κατά τρόπο που οι άλλες οπτικές και ερμηνείες να θεωρούνται αποκλίνουσες, κατώτερες και να συνδέονται με διάφορα στερεότυπα. Η τελευταία μορφή καταπίεσης είναι η συστηματική βία (violence) προς τα μέλη

²¹ Η Young (1990) έχει επηρεαστεί από την μαρξιστική παράδοση και ως προς αυτήν την έννοια, κατά κύριο λόγο συνδέοντάς τη με τον χώρο της εργασίας.

μιας κοινωνικής ομάδας για τον λόγο και μόνο ότι αποτελούν μέλη αυτής της ομάδας.

Η σύλληψη δικαιοσύνης της Elizabeth Anderson (1999), που θα αναπτυχθεί πιο αναλυτικά στη σχετική ενότητα, εκφράζει εν μέρει τη φεμινιστική οπτική. Ορμώμενη από την πρόθεσή της να επικρίνει την προσέγγιση του «εξισωτισμού της τύχης» (luck egalitarianism), προκρίνει μια μορφή της συσχετιστικής ισότητας που ονομάζει «δημοκρατική ισότητα». Υποστηρίζει ότι η εξίσωση της τύχης αποτυγχάνει στο να αποδώσει ίση ηθική σημασία στους ανθρώπους. Ως μέτρο της ισότητας θέτει τις ίσες σχέσεις των πολιτών ως μια κατάσταση απουσίας καταπίεσης και ίσης συμμετοχής στη δημόσια ζωή και την πολιτική διαδικασία. Έχοντας ως κύριο μέλημά της τη διασφάλιση της ελευθερίας των ατόμων, προτείνει τις δυνατότητες κατά την έννοια του Sen ως σημείο εξίσωσης μεταξύ των πολιτών, προκειμένου να καταστεί δυνατή η εξάλειψη των καταπιεστικών σχέσεων.

Αξιολογώντας την παραπάνω θεωρία της Anderson, η Barclay (2007) προκρίνει μια μορφή της συσχετιστικής ισότητας που έχει ως αντικείμενο της δικαιοσύνης την ευημερία των ατόμων, καθότι η αξίωση για ίσες σχέσεις ουσιαστικά στηρίζεται σε βασικά στοιχεία της ποιότητας ζωής των ανθρώπων. Επιπλέον, πολλές διαστάσεις της ευημερίας που χρήζουν συλλογικής απάντησης μέσω δημοσίων πολιτικών δεν αφορούν στην ισότητα σχέσεων *per se*. Για παράδειγμα, ο υποσιτισμός μπορεί να επηρεάζει την συμμετοχή του πολίτη στη δημόσια ζωή, αλλά η δικαιολόγηση της αντιμετώπισης αυτού του προβλήματος δεν μπορεί να επαφίεται μόνο σε αυτόν τον λόγο. Άλλωστε, η ίση συμμετοχή θα μπορούσε με κάποιον τρόπο να εξασφαλιστεί ακόμη και σε συνθήκες υποσιτισμού. Επιπλέον, μια οπτική ίσων σχέσεων συνεπάγεται την παραμέληση των μικρών παιδιών, των ασθενών σε τελικό στάδιο, καθώς και των πολύ ηλικιωμένων από τις αξιώσεις της δικαιοσύνης, καθότι αυτοί μπορεί να μην είναι ενεργοί συμμετέχοντες στη δημόσια ζωή. Η Barclay καταλήγει στο ότι κάθε αξιόπιστη θεωρία της δικαιοσύνης θα πρέπει να ασχολείται και να αντιμετωπίζει με επιτυχία τα σταθερά μοτίβα κοινωνικοποίησης και κοινωνικών σχέσεων, τους θεσμικούς κανόνες και νόρμες, και τις μορφές πολιτισμικής και συμβολικής αντιπροσώπευσης που μπορεί να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην

ποιότητα ζωής των ανθρώπων, μέρος της οποίας, βεβαίως, αποτελεί και η απαλλαγή από καταπιεστικές μορφές σχέσεων.

Κατά την Purdy (1996), μια φεμινιστική προσέγγιση της υγείας θα πρέπει να οδηγήσει σε έναν ορισμό της που να είναι ευρύτερος από την απουσία φυσικής ασθένειας, συμπεριλαμβάνοντας και θετικές διαστάσεις της ευημερίας. Ωστόσο, οι γυναίκες δεν θα πρέπει να στηρίζονται μόνο σε εξωτερικά κοινωνικά πρότυπα για το τι συνιστά η ευημερία τους, καθότι ο σεξισμός και η κατάχρηση εξουσίας μπορεί να αλλοιώσει τον προσδιορισμό της θετικής ευημερίας μέσα από τα κοινωνικά στερεότυπα της θηλυκότητας και της ομορφιάς. Αυτό που προτείνει είναι η αξιολόγηση από τις ίδιες τις γυναίκες της υγείας τους στη βάση της επιστημονικής πληροφόρησης, προκειμένου να προκύψει ένας ορισμός της υγείας επαρκής για την προσωπική διαδικασία λήψης αποφάσεων αλλά και για την καθοδήγηση της κοινωνικής πολιτικής. Η Purdy θεωρεί ότι η ίδια διαδικασία μπορεί να εφαρμοστεί και στους άνδρες, οι οποίοι επίσης επηρεάζονται αρνητικά από άλλα κυρίαρχα κοινωνικά πρότυπα, όπως είναι η φυσική δύναμη και η αρρενωπότητα.

Γενικότερα, η φεμινιστική προσέγγιση των ανισοτιμιών υγείας οδηγεί στην εξέταση των διασυνδέσεων μεταξύ του κοινωνικού μειονεκτήματος, της φτώχειας, της καταπίεσης και της υγείας και την κατανομή της ισχύος στις διαδικασίες της δημόσιας υγείας, χρησιμοποιώντας το φύλο ως αναλυτική κατηγορία (Rogers, 2006). Όλοι οι άνθρωποι δικαιούνται τη μεγαλύτερη δυνατή ευκαιρία για καλή υγεία, και το γυναικείο φύλο αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τις αυξανόμενες ανισότητες ευκαιριών. Αυτό διότι είναι περισσότερο πιθανό οι γυναίκες να κινδυνεύουν από κοινωνικό μειονέκτημα και φτώχεια από ό,τι οι άνδρες, έχοντας παράλληλα περισσότερες ευθύνες και μικρότερη πρόσβαση σε πόρους εντός του νοικοκυριού. Δεν φαίνεται, λοιπόν, να αρκεί μια απλή γενική δέσμευση στα ανθρώπινα δικαιώματα για την άμβλυνση αυτών των ανισοτήτων, καθότι οι γυναίκες είτε είναι «αόρατοι» φορείς κάποιων δικαιωμάτων (παράδειγμα αποτελεί η ανεκτικότητα στην ενδοοικογενειακή βία) είτε δεν έχουν τις ίδιες δυνατότητες άσκησής τους. Σε κάθε περίπτωση, τα προβλήματα υγείας σε ατομικό επίπεδο πολιτικοποιούνται και απαιτούν συλλογικές απαντήσεις και δομικές λύσεις.

Οι Lindemann Nelson και Lindemann Nelson (1996) υποστηρίζουν ότι μια φεμινιστική προσέγγιση της κατανομής των υγειονομικών πόρων θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη της τρεις βασικές διαφορές μεταξύ των ανδρών και των γυναικών. Αρχικά, διαφέρουν ως προς τις εμπειρίες ζωής, οι οποίες επιβάλλουν μεγαλύτερα εμπόδια πρόσβασης σε υγειονομική περίθαλψη στις γυναίκες, όπως είναι η πλήρης επιβάρυνσή τους με τη φροντίδα των παιδιών. Έπειτα, διαφέρουν ως προς την αντίληψη της αξίας τους. Χαρακτηριστικά, πολλές έρευνες υγείας διεξάγονται με άνδρες ασθενείς, ενώ, καθώς η χρηματοδοτική συμβολή των ανδρών στο νοικοκυριό θεωρείται πιο κρίσιμη, υπάρχει και κάποια κοινωνική πίεση για πιο άμεση και αποτελεσματική εξυπηρέτηση των δικών τους ιατρικών αναγκών. Τέλος, η πιο προφανής διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών αφορά στις φυσικές διαφοροποιήσεις, με την αναπαραγωγή να είναι η κυριότερη.

Στη βάση αυτών των διαφορών, οι Lindemann Nelson και Lindemann Nelson (1996) κάνουν κάποιες προτάσεις για την κατανομή των υγειονομικών πόρων, που στον πυρήνα τους έχουν τη δημοκρατικοποίηση και την ενδυνάμωση (empowerment). Αρχικά, λοιπόν, θεωρούν ότι η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας δεν θα πρέπει να βασίζεται στην ασφάλιση υγείας που συνδέεται με την εργασία. Αυτό διότι μια τέτοια συνθήκη δεν εξασφαλίζει πρόσβαση στο σύστημα υγείας σε κοινωνικές ομάδες που ιστορικά βρίσκονται σε μειονέκτημα στην αγορά εργασίας, όπως είναι οι γυναίκες, οι ανάπηροι και οι μη λευκοί. Έπειτα, η κατανομή του προϋπολογισμού εντός του συστήματος θα πρέπει να γίνεται στο πλαίσιο διαφόρων μηχανισμών, οι οποίοι θα έχουν ως κύριο στόχο την αποκέντρωση και την ευελιξία των αποφάσεων σε τοπικό επίπεδο, αλλά πάντοτε υπό το πρίσμα υπερκείμενων οδηγιών και συμφωνίας. Πρώτος στόχος της φεμινιστικής προσέγγισης είναι η δημοκρατικοποίηση της σχέσης μεταξύ ιατρού και ασθενούς μέσω μιας πιο δίκαιης κατανομής της πληροφορίας και της ισχύος, ώστε ο ασθενής να συμμετέχει ενεργά και με πλήρη επίγνωση στις ιατρικές αποφάσεις που τον αφορούν. Αυτό λαμβάνει ιδιαίτερη αξία στο πλαίσιο μιας ιστορικά άκριτης πίστης στην επικρατούσα ανδροκρατούμενη ιατρική επιστήμη. Δεύτερος στόχος της φεμινιστικής οπτικής αποτελεί η έμφαση στα αποτελέσματα έναντι της στεγανοποίησης των διαφόρων επιστημονικών πεδίων και των υγειονομικών υπηρεσιών. Με αυτόν

τον τρόπο, επιδιώκεται μια ολιστική προσέγγιση των προβλημάτων υγείας, η οποία μπορεί να φθάσει ακόμη και στη ρίζα τους, με τη ρίζα αυτή να άπτεται του ευρύτερου κοινωνικού πλαισίου που δημιουργεί τη φτώχεια και την καταπίεση. Τέλος, θεωρούν ότι οι δημοσιονομικές αποφάσεις θα πρέπει να προκύπτουν από δημοκρατικές διαδικασίες ανοιχτής και συνεχιζόμενης διαβούλευσης με τη συμπερίληψη όσον το δυνατόν περισσότερων ανθρώπων, προκειμένου να προβάλλονται και να υπερασπίζονται τα συμφέροντα των γυναικών και των άλλων περιθωριοποιημένων ομάδων.

2.3.1.5. Συσχετιστική ισότητα (relational equality)

Η θεώρηση του «συσχετιστικού εξισωτισμού» (relational egalitarianism) ήρθε στο προσκήνιο ως μια επίκριση των άλλων προσεγγίσεων του εξισωτισμού, και ιδιαίτερα του «εξισωτισμού της τύχης» (luck egalitarianism) (Schemmel, 2011· Arneson, 2013). Η κριτική επικεντρώνεται αρχικά στο ότι κύριο μέλημα της δικαιοσύνης δεν θα πρέπει να είναι η εξίσωση των πόρων, αλλά η προώθηση της αλληλεγγύης και του σεβασμού μεταξύ των μελών της κοινωνίας. Έπειτα, ο εξισωτισμός της τύχης είναι ιδιαίτερα ανεπιεικής σε περιπτώσεις όπου το άτομο έχει ευθύνη για την κακή κατάσταση στην οποία βρίσκεται. Η απόδοση της ευθύνης, όμως, στα ίδια τα άτομα προϋποθέτει μια πραγματικά ελεύθερη βούληση από την πλευρά των ατόμων, η ύπαρξη της οποίας είναι αμφισβητήσιμη. Ένα άλλο σημείο της κριτικής σχετίζεται με τις αδιάκριτες διερευνήσεις που θα πρέπει αναγκαστικά να πραγματοποιηθούν για την απόδοση ή όχι της ευθύνης στα ίδια τα άτομα για την κατάστασή τους και τον στιγματισμό στον οποίο μπορεί να οδηγήσει. Επιπρόσθετα, σίγουρα υπάρχει μια εγγενής ηθική διαφορά μεταξύ της ανισότητας ή των δεινών που υφίσταται κάποιος και οφείλονται σε κακή τύχη και εκείνων που προκύπτουν από την παρέμβαση της κοινωνίας στο πλαίσιο της απόδοσης της ευθύνης για τις επιλογές του. Η σκόπιμη επιδείνωση της ευημερίας κάποιων ατόμων από την κοινωνία δύσκολα μπορεί να δικαιολογηθεί ηθικά, καθότι αξιώνει καταπιεστικές ενέργειες εις βάρος τους. Τέλος, ανάλογα ηθικά προβληματική μπορεί να είναι και η περίπτωση της αναίρεσης μιας ίσης κατανομής του αντικειμένου της δικαιοσύνης, στην περίπτωση που αυτή έχει προκύψει λόγω «ωμής τύχης».

Ενώ οι διάφορες συλλήψεις της διανεμητικής δικαιοσύνης ασχολούνται με ζητήματα τα οποία αφορούν στην κατανομή των διάφορων αγαθών ή εκβάσεων –που μπορεί να σχετίζονται και με την υγεία (π.χ. οι πόροι ή το επίπεδο υγείας)– η προσέγγιση της ισότητας των σχέσεων (relational equality) επικεντρώνεται στις σχέσεις μεταξύ των ατόμων και την αντιμετώπιση που τυγχάνουν αυτά από τους διάφορους κοινωνικούς θεσμούς (Voigt και Wester, 2015). Η ισότητα αυτή συνεπάγεται συγκεκριμένα δικαιώματα και υποχρεώσεις που διαθέτουν τα άτομα ως συμμετέχοντα σε μια κοινωνία, που καθιστούν ίσες τις σχέσεις μεταξύ τους, αποτρέποντας καταστάσεις κυριαρχίας ή περιθωριοποίησης και απαράδεκτες κοινωνικές ιεραρχίες (Schemmel, 2011). Στο πλαίσιο αυτό, αναδεικνύεται η σημασία του αυτοσεβασμού των ατόμων ως μια αίσθηση ελεύθερης και αποτελεσματικής κοινωνικής δράσης και ισότιμης κοινωνικής συμμετοχής, η οποία τίθεται σε κίνδυνο σε καταστάσεις περιθωριοποίησης ή κυριαρχίας (Schemmel, 2011). Τα άτομα μπορεί να διαφέρουν ως προς τα χαρακτηριστικά και τις συνθήκες της ζωής τους, όπως είναι ο πλούτος, αλλά να είναι ίσα ως προς τη θέση τους, κατά τρόπο που να συμμετέχουν ισότιμα στην κοινωνία. Η συσχετιστική ισότητα, λοιπόν, συνδέεται με το ιδανικό της ίσης δημοκρατικής ιδιότητας του πολίτη, αποκλείοντας τα αυταρχικά πολιτικά συστήματα (Arneson, 2013)

Τόσο η διανεμητική όσο και η συσχετιστική ισότητα μπορεί να καταλήξουν σε παρόμοια συμπεράσματα αναφορικά με το άδικο μιας κατάστασης, καθώς και τον τρόπο διόρθωσής της, ωστόσο αυτό προκύπτει κατόπιν διαφορετικών συλλογισμών (Kelleher, 2016). Ενώ η πρώτη οπτική μπορεί να υπερασπιστεί την ανάγκη αναδιανομής ενός αγαθού (πχ. του εισοδήματος), η δεύτερη θα αναγνωρίσει τη σημασία του σεβασμού μεταξύ των ανθρώπων και θα θέσει ως ζήτημα την ίση κατανομή του στην κοινωνία. Κατά την προσέγγιση της ισότητας των σχέσεων, όταν η αναδιανομή ενός αγαθού λαμβάνει χώρα στο πλαίσιο μιας άδικης κοινωνικής ιεραρχίας, δεν επαρκεί για την επίτευξη μιας κατάστασης ισότητας. Επομένως, η ισότητα δεν θα πρέπει να ερμηνεύεται απλώς ως μια ομοιότητα κατάστασης μεταξύ των ατόμων. Η δικαιολόγηση της αναδιανομής στη συσχετιστική ισότητα βασίζεται στην κατανόηση της ισότητας ως μιας ανεξάρτητης κοινωνικής και πολιτικής αξίας, ενώ η διανεμητική σύλληψη έχει στο επίκεντρό της τις συνέπειες της ανισοκατανομής των αγαθών στις συνθήκες

της ζωής των ανθρώπων (Voigt και Wester, 2015). Για αυτόν τον λόγο, η συσχετιστική ισότητα φαίνεται να συνδέεται στενά με την ισότητα των ευκαιριών κτήσης των κοινωνικών θέσεων και αξιωμάτων (Schemmel, 2011).

Ο Kelleher (2016) αναγνωρίζει τρία βασικά είδη της ισότητας των σχέσεων στο πεδίο της υγείας. Η πρώτη έχει εκφραστεί από τους Pogge και Nagel (Nagel, 1997· Pogge, 2004) και αναφέρεται στην ίση μεταχείριση των πολιτών από τους κοινωνικούς θεσμούς. Κατά τον Pogge (2004), η αιτιώδης συνάφεια μεταξύ της κοινωνικής δομής και των αναγκών που συνδέονται με την κατάσταση υγείας κάποιου είναι εκείνη που δημιουργεί στην κοινωνία την υποχρέωση επανόρθωσης (causal relationism). Αυτό διότι αποτελεί καθήκον της δικαιοσύνης η εξίσωση των πλεονεκτημάτων και των εμποδίων που παράγει η κοινωνία ή το κράτος μεταξύ των πολιτών. Έτσι, υποχρέωση της δικαιοσύνης ως προς ένα τυφλό άτομο για τη συσχετιστική ισότητα αποτελεί η διευκόλυνση της διαβίωσής του εντός μιας κοινωνίας που παρέχει μεγαλύτερα πλεονεκτήματα σε εκείνους με κανονική όραση. Ενώ ο αυστηρός εξισωτισμός θα έδινε έμφαση στην ακούσια ανισότητα των εκβάσεων υγείας, η συσχετιστική ισότητα τονίζει ότι η παρούσα κοινωνική οργάνωση είναι ακατάλληλη για τη διαχείριση της κατάστασης της υγείας του, με συνέπεια να μην του αποδίδεται μια γνήσια ίση αντιμετώπιση σε σχέση με τα άτομα που έχουν κανονική όραση. Ωστόσο, σε αυτό το πλαίσιο, προϋπάρχουσες ανισότητες (π.χ. οφειλόμενες σε γενετικές προδιαθέσεις) ή ανισότητες που δεν έχουν κοινωνικές αιτίες, δηλαδή είναι υπαίτιο το ίδιο το άτομο, δεν αποτελούν ευθύνη της κοινωνίας, η οποία δεν έχει υποχρέωση να τις επανορθώσει (Kelleher, 2016). Καθότι αυτή η οπτική φαίνεται να είναι αρκετά αυστηρή, ο Pogge (2010) διακρίνει επιπλέον μεταξύ των υποχρεώσεων της δικαιοσύνης και των ηθικών υποχρεώσεων. Ενώ οι πρώτες αντιπροσωπεύουν συγκεκριμένες απαιτήσεις και δικαιώματα, οι δεύτερες βασίζονται στην έννοια της ανάγκης και εκφράζουν τις αρχές του ανθρωπισμού και της αλληλεγγύης.

Γενικότερα, η κατανομή των αποτελεσμάτων υγείας δεν αποτελεί αντικείμενο διερεύνησης για τους θεωρητικούς της προσέγγισης της ισότητας των σχέσεων, καθότι δεν θεωρείται ότι συνδέεται άμεσα με το ζήτημα της δικαιοσύνης (Voigt και Wester, 2015). Ο Pogge (2004), αν και δεν ορίζει ποια είναι η ιδανική κατανομή, αναγνωρίζει τον ρόλο των θεσμών στη δημιουργία

άδικων αποτελεσμάτων υγείας. Σε αυτό το πλαίσιο, η άδικη (π.χ. ασεβής ή μη ισότιμη) μεταχείριση των πολιτών από τους θεσμούς που καταλήγει σε ελλείμματα υγείας μπορεί να θεωρηθεί άδικη. Επομένως, δεν είναι το συγκεκριμένο είδος της κατανομής που της προσδίδει τον χαρακτήρα της αδικίας, αλλά η διαδικασία μέσω της οποίας προέκυψε. Διακρίνει, επιπλέον, μια διαβάθμιση της αδικίας, η οποία παρουσιάζεται να είναι μεγαλύτερη στην περίπτωση όπου το έλλειμμα υγείας έχει προκληθεί ευθέως από τη μεροληπτική στάση των θεσμών απέναντι στους πολίτες και τις άλλες κοινωνικές διευθετήσεις (π.χ. η απαγόρευση εμβολιασμού συγκεκριμένων πληθυσμών, σε ένα υποθετικό σενάριο), παρά όταν έχει κάποιο φυσικό αίτιο, το οποίο απλώς δεν αντιμετωπίζεται επαρκώς από τους θεσμούς (π.χ. η μη παροχή θεραπείας σε περίπτωση κάποιας γενετικής ασθένειας). Ο Rogge θεωρεί, επιπλέον, ότι η αναγκαιότητα διόρθωσης των ελλειμμάτων υγείας δεν εξαρτάται μόνο από το επίπεδο της αδικίας κατά τα προηγούμενα, αλλά θα πρέπει να σταθμίζεται παράλληλα και η σοβαρότητα της ασθένειας²².

Κατά τον Kelleher (2016), το δεύτερο παρακλάδι της προσέγγισης της ισότητας των σχέσεων αναφέρεται στις υποχρεώσεις και τα δικαιώματα που απορρέουν από τις διαπροσωπικές σχέσεις που διατηρούμε με αυτούς που παρουσιάζουν την (ιατρική ή όποια άλλη) ανάγκη (interpersonal relationism), και βασίζεται στο έργο του Scheffler (1997). Αυτοί οι ειδικοί δεσμοί δημιουργούνται από τη συμμετοχή στην ίδια πολιτική κοινότητα και συνεπάγονται την ίση μέριμνα για τις ανάγκες των μελών της. Η ίση μέριμνα

²² Όπως παρατηρούν οι Voigt και Wester (2015), η θεώρηση του Rogge συνεπάγεται την παραχώρηση προτεραιότητας θεραπείας σε περιπτώσεις ελλείμματος υγείας που είναι πιο άδικες (ή και πιο σοβαρές), το οποίο μπορεί να αντιβαίνει με την σύλληψη των Anderson και Scheffler περί της παροχής ίσης πρόσβασης των ατόμων σε υγειονομική περίθαλψη για την ικανοποίηση των βασικών αναγκών τους ως ανθρώπινα όντα (Anderson, 1999· Scheffler, 2003). Ωστόσο, μάλλον δεν πρόκειται απαραίτητα για αντιφατικούς στόχους, αν και μπορεί στην πράξη να ανακύψει το ζήτημα της στάθμισης μεταξύ τους. Επιπλέον, ακολουθώντας αυτήν τη συλλογιστική, όλα τα ελλείμματα υγείας που δημιουργούνται από κοινωνικές διευθετήσεις που θα μπορούσαν να επηρεάσουν οι θεσμοί ή, ενώ υπάρχει δυνατότητα θεραπείας, δεν αντιμετωπίζονται από τους θεσμούς θεωρούνται προβληματικά από ηθική άποψη. Αυτό, όμως, αφενός αυξάνει σημαντικά το εύρος των ανισοτήτων υγείας που θεωρούνται άδικες, και αφετέρου δεν λαμβάνει υπόψη του τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας των θεραπειών.

προϋποθέτει μια αντιμετώπιση των πολιτών αντίστοιχη με τις ανάγκες του καθενός, με συνέπεια τη δικαιολόγηση της παροχής ιδιαίτερης φροντίδας προς εκείνους που έχουν υψηλότερες ανάγκες. Ως προς αυτό το σημείο, η σύλληψη αυτή προσιδιάζει στη δικαιοσύνη κατά την αρχή της προτεραιότητας. Διαφέρει όμως κατά το ότι η σχετική υποχρέωση δεν εκπορεύεται από τους αποδέκτες της δράσης και την κατάσταση τους, αλλά από την (πολιτική) κοινότητα στην οποία συμμετέχουν, η οποία οφείλει να επιδείξει ειδικό ενδιαφέρον για την τύχη τους (Kelleher, 2016).

Η τρίτη εφαρμογή της ισότητας των σχέσεων στο πεδίο της υγείας αναφέρεται στο ότι οι άνθρωποι θα πρέπει να συναναστρέφονται μεταξύ τους ως ίσοι ή να απολαμβάνουν την ίδια θεμελιώδη κατάσταση του ίσου σεβασμού ως συμμετέχοντες σε ένα κοινωνικό σχήμα συνεργασίας (social relationism) (Kelleher, 2016). Κατά τους Hausman και Waldren (2011), μια κοινωνία των ίσων (society of equals) θα πρέπει να πραγματώνει τα εξής ιδεώδη: α) τη διαδικαστική δικαιοσύνη, β) την αμεροληψία, γ) την επίδειξη ίσου σεβασμού προς όλους, δ) την καλλιέργεια της αδελφότητας, ε) την αποτροπή σχέσεων κυριαρχίας και στ) τη διατήρηση μιας ισχυρής βάσης αυτοσεβασμού για όλους. Σύμφωνα με την οπτική της δημοκρατικής ισότητας της Anderson (1999), η κατανομή των πόρων δεν συνδέεται με μια κατάσταση πλήρους ισότητας. Οι πόροι θα πρέπει να κατανέμονται με τέτοιο τρόπο ώστε να εξασφαλίζουν την ισότητα στην κατανομή των βασικών δημοκρατικών δυνατοτήτων των πολιτών. Ειδικότερα, η δημοκρατική ισότητα θα πρέπει να εγγυάται την πραγματική πρόσβαση σε συγκεκριμένα επίπεδα λειτουργικότητας:

- α. Και όχι στα επίπεδα *per se*, καθότι οι πολίτες θα πρέπει να μπορούν να επιλέξουν πως θα ασκήσουν την ελευθερία τους.
- β. Που να είναι επαρκή για τους πολίτες για να συμμετέχουν ισότιμα σε μια κοινωνία.
- γ. Που να είναι επαρκή για τους πολίτες για να συμμετέχουν ισότιμα σε μια κοινωνία καθόλη τη διάρκεια της ζωής τους.

Από τη συσχετιστική ισότητα αναγνωρίζονται επιπλέον κάποια βασικά αγαθά, η πρόσβαση στα οποία είναι απαραίτητη για την ισότιμη συμμετοχή στην κοινωνία, καθότι παρέχουν τη βασική δυνατότητα διατήρησης της ανθρώπινης λειτουργίας (Anderson, 1999· Scheffler, 2003). Από αυτήν την

άποψη, η σύλληψη αυτή συνδέεται με τη δικαιοσύνη σε σχέση με ένα επαρκές επίπεδο ή ακόμη και με την αρχή της διαφοράς του Rawls (Arneson, 2013). Η Anderson (1999) υποστηρίζει ότι τα επαρκή μέσα που θα πρέπει να διαθέτουν τα άτομα αφορούν σε τρεις βασικές διαστάσεις τους: α) ως ανθρώπινα όντα (π.χ. τα μέσα για τη σωματική και ψυχολογική ευημερία και η απαλλαγή από θεραπεύσιμη ασθένεια), β) ως εργαζόμενοι σε ένα σύστημα συνεργασίας (π.χ. η πρόσβαση στα μέσα παραγωγής, η εκπαίδευση, η ελευθερία επιλογής εργασίας και η δίκαιη ανταμοιβή για την παρεχόμενη εργασία) και γ) ως συμμετέχοντες σε μια δημοκρατική πολιτεία (πχ. τα ίσα δικαιώματα πολιτικής συμμετοχής, η πρόσβαση σε δημόσια αγαθά, η κοινωνική συμμετοχή και η δυνατότητα διαμόρφωσης κοινωνικών σχέσεων). Βέβαια, η υγειονομική περίθαλψη δεν έχει μόνο έναν εργαλειακό χαρακτήρα που σχετίζεται με τη βελτίωση των εκβάσεων υγείας, όπως συνήθως υπονοείται στο πλαίσιο της διανεμητικής θεώρησης. Εκφράζει επιπλέον και τον βαθμό στον οποίο τα άτομα αντιμετωπίζονται ως πολίτες δικαιούμενοι ισότιμης μεταχείρισης. Συνεπώς, δεν θα πρέπει μόνο να παρέχεται υγειονομική περίθαλψη σε περιπτώσεις ανάγκης, αλλά και να διατίθεται με τέτοιο τρόπο που να αναγνωρίζεται η εγγενώς ισότιμη υπόσταση των ατόμων (Voigt και Wester, 2015).

Ο Segall (2010) προβάλλει πέντε αντιρρήσεις στην προσέγγιση της δημοκρατικής ισότητας στην υγειονομική περίθαλψη. Αρχικά, η σύλληψη της δημοκρατικής ισότητας δεν ενδιαφέρεται για τα απόλυτα επίπεδα των αγαθών, και συνεπώς είναι συμβατή ακόμη και με μια κοινωνία με χαμηλό επίπεδο υγείας. Σε ένα ακραίο σενάριο, η αρχή της δημοκρατικής ισότητας ικανοποιείται ακόμη και αν όλα τα μέλη της κοινωνίας είναι εξίσου σωματικά ανίκανοι, οπότε δεν δημιουργείται κάποια υποχρέωση για την υγειονομική περίθαλψή τους. Έπειτα, ανάμεσα σε δύο άτομα που βρίσκονται κάτω από το επαρκές επίπεδο των δημοκρατικών δυνατοτήτων, η προσέγγιση αυτή δεν θα δώσει προτεραιότητα υγειονομικής περίθαλψης σε εκείνο που βρίσκεται στη χειρότερη κατάσταση, αλλά, αντίθετα, μάλλον θα επιλέξει να αυξήσει τον αριθμό των ατόμων που διαθέτουν την ευκαιρία για πλήρη δημοκρατική συμμετοχή. Ακόμη, η οπτική αυτή δεν λαμβάνει υπόψη της τις άνισες επιβαρύνσεις κατά την άσκηση αυτών των δημοκρατικών δυνατοτήτων, με χαρακτηριστικό παράδειγμα την περίπτωση του πόνου, τον οποίον δεν τον αποζημιώνει, παρά

μόνο αν προκαλεί αναπηρία. Μια επιπλέον αντίρρηση σχετίζεται με το ότι η δημοκρατική ισότητα δεν καλύπτει τις ιατρικές καταστάσεις που δεν επηρεάζουν την πολιτική συμμετοχή ή δεν εξαλείφουν κάποιες καταπιεστικές σχέσεις, δίνοντας ως παράδειγμα την περίπτωση της στειρότητας. Τέλος, ο Segall θεωρεί σημαντική αδυναμία και το ότι η θεωρία αυτή στηρίζεται στην προϋπόθεση του δημοκρατικού καθεστώτος και στην επιθυμία των πολιτών να συμμετέχουν στα κοινά, κάτι που σημαίνει πως είναι δυνατή η άρνηση της παροχής της υγειονομικής φροντίδας αν δεν πληρούνται αυτά τα δύο προαπαιτούμενα.

Όπως παρατηρούν οι Voigt και Wester (2015), οι διάφορες επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι ο αντίκτυπος των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων στην υγεία είναι μεγαλύτερης σημασίας από την υγειονομική περίθαλψη. Επομένως, η πρόσβαση σε αυτή δεν είναι ικανή για να εξασφαλίσει την προστασία της υγείας του πληθυσμού, και θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη πολιτικές που επικεντρώνονται στους κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστές της υγείας. Οπότε, τίθεται το ζήτημα αν θα πρέπει να αφαιρέσουμε πόρους από το σύστημα υγείας για την προώθηση άλλων κοινωνικών πολιτικών. Στο πλαίσιο μιας εργαλειακής οπτικής, μια τέτοια απόφαση είναι δικαιολογημένη, καθότι οι πόροι αυτοί θα διαθέτουν πλέον μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα ως προς τη δυνατότητά τους για τη βελτίωση των εκβάσεων υγείας. Από την άλλη πλευρά όμως, η συσχετιστική ισότητα αναγνωρίζει και τη συμβολική σκοπιμότητα του συστήματος υγείας, η οποία εκφράζει σεβασμό προς την εγγενή αξία όλων των ανθρώπων.

Η θεώρηση της ισότητας των σχέσεων θα μπορούσε να εγείρει ζητήματα διανεμητικής δικαιοσύνης στις ανισότητες υγείας με άμεσο και έμμεσο τρόπο. Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, η αρχή της ίσης μεταχείρισης απαιτεί τον ίσο διαμοιρασμό των κοινωνικών πλεονεκτημάτων και εμποδίων. Εφόσον οι ανισότητες υγείας είναι το αποτέλεσμα άδικων κοινωνικών διευθετήσεων των κοινωνικοοικονομικών προσδιοριστών, τότε είναι άδικη και η προκύπτουσα κατανομή της υγείας, καθώς επιβεβαιώνεται η προϋπόθεση της αιτιώδους συνάφειας (Kelleher, 2016). Καθότι, λοιπόν, οι κοινωνικοοικονομικοί πόροι – που είναι απαραίτητοι για τη διατήρηση ή την επανόρθωση φυσικών αγαθών, όπως είναι η καλή υγεία– δεν είναι διαθέσιμοι σε ένα επαρκές επίπεδο για όλα

τα άτομα, δημιουργούνται αξιώσεις για τη δικαιότερη κατανομή τους (Schemmel, 2011). Πρόκειται για έναν εγγενή λόγο, που εκφράζει τον σεβασμό για το ίσο στάτους των ανθρώπων σε ένα πλαίσιο κοινωνικής συνεργασίας.

Περαιτέρω απαιτήσεις σε σχέση με την κατανομή των πόρων ενδέχεται να προκύψουν και από την αρχή της ίσης μέριμνας. Σύμφωνα με αυτήν, θα πρέπει να εξασφαλίζεται η φροντίδα αυτών που παρουσιάζουν υψηλότερες ανάγκες υγείας λόγω των αξιώσεων που έχουν από τη συμμετοχή τους στην ίδια πολιτική κοινότητα (Kelleher, 2016). Αυτό βέβαια, φαίνεται να είναι σε κάποιον βαθμό μάλλον ανταγωνιστικό του προηγούμενου επιχειρήματος, και βασίζεται στη «distributive» δικαιοσύνη του Rawls, την οποία διαχωρίζει από την «allocative» δικαιοσύνη (Schemmel, 2011). Η allocative δικαιοσύνη αξιολογεί ως άδικη ή δίκαιη την κατανομή των αγαθών στα άτομα ανεξαρτήτως των συγκεκριμένων διαφορών στις ποσότητες των αγαθών μεταξύ τους βάσει ανεξάρτητων, προ-θεσμικών κριτηρίων. Αντίθετα, η distributive δικαιοσύνη μπορεί να κατανοηθεί ως η ρύθμιση ενός δίκαιου συστήματος κοινωνικής συνεργασίας για την κοινή παραγωγή βασικών κοινωνικών αγαθών. Εφόσον ισχύει αυτή η προϋπόθεση της διαδικαστικής δικαιοσύνης, όλες οι παραγόμενες κατανομές των κοινωνικών αγαθών είναι δίκαιες. Ωστόσο, η αρχή της ίσης μέριμνας διαμορφώνει έναν εγγενές λόγο για την εισαγωγή περιορισμών στο εύρος των διαφορών στην κατοχή των αγαθών, καθώς η άνιση κατανομή των κοινωνικά παραγόμενων πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων σημαίνει μια άνιση μεταχείριση από τη βασική δομή της κοινωνίας (Schemmel, 2011).

Βασικό μέλημα της κοινωνίας των ίσων αποτελεί η ικανοποίηση των βασικών αναγκών των ανθρώπων. Χαρακτηριστικά η Anderson (1999) αναφέρει: [n]egatively, people are entitled to whatever capabilities are necessary to enable them to avoid or escape entanglement in oppressive relationships. Positively, they are entitled to the capabilities necessary for functioning as an equal citizen in a democratic state. Φαίνεται, λοιπόν, να υποστηρίζεται η αναγκαιότητα της παροχής των πόρων ως προς ένα επίπεδο –και σε αυτό το σημείο προσιδιάζει αρκετά στη δικαιοσύνη ως προς την επίτευξη ενός επαρκούς επιπέδου (sufficientarianism) (Schemmel, 2011)– ενώ δεν είναι ξεκάθαρο αν πέρα από αυτό υπάρχουν περαιτέρω διανεμητικές αξιώσεις. Το ενδιαφέρον δεν επικεντρώνεται στις ανισότητες πόρων *per se*,

αλλά στις κοινωνικές διαδικασίες διαμέσου των οποίων προέκυψαν, καθώς και στην εξασφάλιση ισότιμων κοινωνικών σχέσεων, την αποτροπή της δημιουργίας κοινωνικών ιεραρχιών και την αποφυγή της περιθωριοποίησης κάποιων κοινωνικών ομάδων (Voigt και Wester, 2015). Μια κοινωνία ίσων μπορεί να χαρακτηρίζεται από διαφορετικά μοτίβα κατανομής των πόρων, και σημασία έχει το κατά πόσο αυτές οι ανισότητες σε πόρους μπορούν να μετασχηματιστούν σε κάποιου είδους κοινωνική ιεράρχηση και κυριαρχία (domination) που θα υπονομεύει αυτήν την κοινωνικοπολιτική ισότητα (Anderson, 1999)²³. Επιπλέον, τέτοιου είδους κοινωνική κυριαρχία λόγω της κοινωνικοοικονομικής ανισότητας μπορεί να δημιουργήσει συναισθήματα ντροπής και φθόνου στους λιγότερο προνομιούχους, καθώς τους αποδίδει ένα υποδεέστερο κοινωνικό στάτους σε σχέση με τις επικρατούσες κοινωνικές νόρμες, με συνέπεια την απώλεια του αυτοσεβασμού τους και την κοινωνική περιθωριοποίησή τους. Κατά τον Schemmel (2011), όσο σημαντικές και αν είναι οι στρατηγικές διαδικαστικής (θεσμικές εγγυήσεις) και κοινωνικοψυχολογικής (κανόνες κοινωνικής συμπεριφοράς) προστασίας, οι διανεμητικές πολιτικές είναι στην πράξη περισσότερο αποτελεσματικές και, μάλλον, λιγότερο παρεμβατικές. Ως εκ τούτου, η οπτική της ισότητας των σχέσεων παρουσιάζεται να έχει διανεμητικές συνέπειες για εργαλειακούς λόγους που σχετίζονται και με τις άμεσες και έμμεσες συνέπειες της κοινωνικής κυριαρχίας.

Γενικότερα, τα προηγούμενα επιχειρήματα αναφέρονταν σε έναν έμμεσο τρόπο αντιμετώπισης των ανισοτήτων υγείας. Καθότι οι κοινωνικοοικονομικοί πόροι επηρεάζουν την υγεία, η εφαρμογή των προηγούμενων απαιτήσεων για μια πιο ίση κατανομή τους θα οδηγήσει και σε άμβλυνση των (κοινωνικοοικονομικών) ανισοτήτων υγείας. Ο Kelleher (2016) περιγράφει και έναν πιο άμεσο τρόπο, όπου, όταν μια ασθένεια συνδέεται με κάποιο στίγμα, θίγονται τα ιδεώδη της κοινωνίας των ίσων, καθώς υπονομεύεται ευθέως η ισότιμη διάδραση των ατόμων μεταξύ τους. Ως εκ τούτου, θα πρέπει να

²³ Ο Schemmel (2011), ωστόσο, ισχυρίζεται ότι μια κοινωνία ισότιμης συμμετοχής μάλλον προϋποθέτει την ισοκατανομή των κοινωνικών αγαθών.

υπάρχουν προσπάθειες άμβλυνσης του κοινωνικού αντίκτυπου των ασθενειών, κάτι που μπορεί να δικαιολογήσει ακόμη και την παροχή αισθητικών θεραπειών. Ωστόσο, ο κοινωνικός αντίκτυπος της ασθένειας δεν περιορίζεται μόνο στο στίγμα, ιδίως αν λάβουμε υπόψη μας τον μηχανισμό της κοινωνικής επιλογής της υγείας, κατά τον οποίο είναι η υγεία εκείνη που κατατάσσει τα άτομα στις διάφορες κοινωνικές βαθμίδες. Επομένως, αν στο επίκεντρο της θεώρησης της ισότητας των σχέσεων είναι η ίση κατανομή των κοινωνικών πλεονεκτημάτων και εμποδίων, θα μπορούσε να αναδυθεί και ένα άμεσο επιχείρημα υπέρ της προσπάθειας βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού, ιδίως εκείνων που βρίσκονται σε χειρότερη κατάσταση.

Ως προς τις πολιτικές υγείας, η σύλληψη της ισότητας των σχέσεων προϋποθέτει αφενός την ίση συμμετοχή των πολιτών στη διαδικασία διαμόρφωσής τους, και αφετέρου να εκφράζουν ίσο ενδιαφέρον και σεβασμό για τους ανθρώπους και να προωθούν την κοινωνική ισότητα μεταξύ τους (Voigt και Wester, 2015). Ενώ η διανεμητική οπτική δίνει σημασία στα αποτελέσματα των πολιτικών ως προς τις εκβάσεις υγείας, η θεώρηση της ισότητας των σχέσεων δείχνει ενδιαφέρον στη στάση που εκφράζουν έναντι των πολιτών ή ομάδων αυτών. Σε αυτό το πλαίσιο, πατερναλιστικές παρεμβάσεις που στρατηγικές σιγματοποίησης επιβλαβών για την υγεία συμπεριφορών μπορεί να εκτιμηθούν ως προβληματικές, παρά τον αναμφισβήτητο θετικό αντίκτυπο τους στο επίπεδο της υγείας των ατόμων, καθότι εξωτερικεύουν μια έλλειψη σεβασμού προς τους πολίτες, περιορίζοντας την αυτονομία τους.

2.3.2. Ωφελιμισμός (utilitarianism) και οικονομικά της ευημερίας (welfare economics)

2.3.2.1. Η προσέγγιση του welfarism

Η προσέγγιση του ωφελιμισμού (utilitarianism) και των οικονομικών της ευημερίας (welfare economics) βασίζεται στο έργο των πατέρων του ωφελιμισμού Jeremy Bentham και John Stuart Mill (Beauchamp και Walters, 1999). Ο Bentham υποστήριξε ότι η ορθότητα μιας πράξης δεν είναι εγγενής, αλλά προσδιορίζεται από τον «ηδονικό λογισμό» (hedonistic calculus) της

ποσοτικής άθροισης της ευχαρίστησης και του πόνου που συνεπάγεται και, επομένως, συνιστά μια καθαρά συνεπειοκρατική σύλληψη (Roberts και Reich, 2002)²⁴. Αντίστοιχη είναι και η θεώρηση του Mill, ο οποίος επέκτεινε την προηγούμενη οπτική για να συμπεριλάβει και την ευτυχία ή την πραγμάτωση (fulfillment) ως εξής: «[a]ctions are right in proportion as they tend to promote happiness, wrong as they tend to produce the reverse of happiness» (Beauchamp και Walters, 1999)²⁵. Κατά τους νεότερους θεωρητικούς, αυτό που έχει εγγενή αξία είναι η ικανοποίηση από τις προτιμήσεις, δηλαδή η ικανοποίηση που λαμβάνουν τα άτομα από το να διαθέτουν αυτά που προτιμούν (Lamont και Favor, 2017)²⁶.

Οι υποστηρικτές του ωφελιμισμού, λοιπόν, ενδιαφέρονται για τη μεγιστοποίηση της ανθρώπινης ευημερίας, την οποία μετρούν με την ωφελιμότητα ή χρησιμότητα (utility) και, για αυτόν τον λόγο, προωθούν κατανομές πόρων που μεγιστοποιούν το κοινωνικό όφελος. Το κοινωνικό όφελος μπορεί να προσεγγισθεί είτε ως το συνολικό άθροισμα για το σύνολο των ατόμων (classical utilitarianism) είτε ως η μέση τιμή της για έναν πληθυσμό (average utilitarianism) (Hirose, 2015). Τρία είναι τα βασικά χαρακτηριστικά των ωφελιμιστικών θεωριών: α) η αξιολόγηση των πράξεων βάσει των συνεπειών τους (συνεπειοκρατία), β) οι οποίες συνέπειες εκφράζονται σε όρους ευημερίας ή ωφελιμότητας²⁷ και γ) των οποίων η μεγιστοποίηση (maximization) του συνολικού αθροίσματος θα πρέπει να αποτελεί τον τελικό στόχο (Beauchamp και Walters, 1999· Roberts και Reich, 2002). Αυτή η συλλογιστική, βέβαια,

²⁴ Η σωστή επιλογή κατά τον Bentham είναι εκείνη που επιφέρει «the greatest happiness of the greatest number» (Roberts και Reich, 2002).

²⁵ Κατά τον Mill, δεν έχουν ίση αξία όλες οι μορφές ευτυχίας. Χαρακτηριστικά αναφέρει ότι «[i]t is better to be a human being dissatisfied than a pig satisfied; better to be Socrates dissatisfied than a fool satisfied» (Olsen, 1997).

²⁶ Άλλες σύγχρονες φιλοσοφικές προσεγγίσεις της ευημερίας είναι η «θεωρία της ευχαρίστησης» (enjoyment theory), η οποία αξιολογεί τη ζωή με βάση τη σχέση των θετικών αποκρίσεων ευχαρίστησης και των αρνητικών αποκρίσεων του πόνου, και η «θεωρία της ευτυχίας» (happiness theory), η οποία εξετάζει τη συνολική ικανοποίηση από τη ζωή (Knight, 2009).

²⁷ Ενώ ο Mill και ο Bentham είναι ηδονιστές, καθώς αναγνωρίζουν μόνο στην ευχαρίστηση ή την ευτυχία μια εγγενή αξία, υπάρχουν και πιο πλουραλιστικές ωφελιμιστικές προσεγγίσεις που δίνουν αξία και σε άλλους στόχους ή καταστάσεις, όπως είναι η φιλία και η γνώση (Beauchamp και Walters, 1999).

στηρίζεται στην αντίληψη της απόδοσης ίσης βαρύτητας στην ωφελιμότητα του κάθε ατόμου, εκφράζοντας, επομένως, μια κάποια μορφή ισότητας μεταξύ τους²⁸ (Williams και Cookson, 2000· Roberts και Reich, 2002· Hirose, 2015· Walker κ.ά., 2016).

Σύμφωνα με τους Brouwer κ.ά. (2008), τα νεοκλασικό πλαίσιο των οικονομικών της ευημερίας και του ωφελιμισμού στηρίζεται στις παρακάτω βασικές αρχές:

- α. Τα άτομα ορθολογικά μεγιστοποιούν την ευημερία τους με την ιεράρχηση των διαφόρων εναλλακτικών και την επιλογή της προτιμητέας μεταξύ αυτών (utility principle ως συμπεριφορική υπόθεση),
- β. Τα άτομα είναι τα ίδια οι καλύτεροι –ίσως και οι μόνοι– κριτές του τι και σε ποιον βαθμό τους προσφέρει χρησιμότητα (individual sovereignty),
- γ. Η χρησιμότητα εκπορεύεται από τα αποτελέσματα της συμπεριφοράς και των διαδικασιών και όχι από τις ίδιες τις διαδικασίες ή τις προθέσεις (consequentialism)²⁹, και
- δ. Οι διάφορες καταστάσεις και η κοινωνική ευημερία συνολικά αξιολογούνται αποκλειστικά στη βάση της πληροφορίας που προέρχεται από τη χρησιμότητα (welfarism)³⁰, ενώ τα άλλα χαρακτηριστικά των ανθρώπων είναι αδιάφορα (impartiality).

Η ωφελιμότητα μπορεί να ερμηνευτεί είτε ως η «ηδονική ευημερία» (hedonic welfare), η οποία αντιστοιχεί σε μια επιθυμητή νοητική κατάσταση (απόλαυση ή ευτυχία) που πηγάζει από την κατανάλωση αγαθών ή δραστηριοτήτων, είτε ως η ικανοποίηση που προκύπτει από την επιλογή μιας κατάστασης (ή μεταξύ αγαθών), αφού οι διάφορες εναλλακτικές έχουν

²⁸ Αυτό έχει διατυπωθεί και ως «QALY egalitarianism» στο πλαίσιο της υγείας, όπου «a unit of health status counts equally for each» (Culyer και Wagstaff, 1993).

²⁹ Ωστόσο, όπως έχει τονίσει ο Culyer (1998), μια διαδικασία θα μπορούσε να εκληφθεί ως συνέπεια στον βαθμό που επηρεάζει το επίπεδο της χρησιμότητας.

³⁰ Η οποία πρέπει να είναι ποσοτικά (cardinally) και διαπροσωπικά (interpersonally) συγκρίσιμη μεταξύ των ατόμων (Hirose, 2015).

καταταχτεί βάσει των ατομικών προτιμήσεων (preference satisfaction)³¹, χωρίς να γίνονται υποθέσεις για τους λόγους της συγκεκριμένης κατάταξης (Cohen, 1990· Hurley, 2014). Ο τρόπος κατανομής της ωφέλιμης αξίας μεταξύ των ατόμων δεν παρουσιάζει ενδιαφέρον για την ωφελμιστική θεωρία. Όπως αναφέρθηκε, αυτό που απασχολεί είναι η μεγιστοποίηση του συνολικού κοινωνικού οφέλους. Η υγεία δεν αποτελεί παρά μια ενδιάμεση κατάσταση που παράγει ωφελιμότητα με την κατανάλωση υγειονομικών πόρων (Coast, 2009). Αντίστοιχα, το δικαίωμα στην υγειονομική περίθαλψη εξασφαλίζεται μόνο στην περίπτωση που βελτιώνει την καθαρή κοινωνική ωφελιμότητα (Ruger, 2005· Ruger, 2010a).

Τα οικονομικά της ευημερίας (welfarist economics) μπορούν να διακριθούν σε δύο βασικές παραδόσεις, την κλασική και τη νεοκλασική (Brouwer κ.ά., 2008). Κατά την κλασική παράδοση, οι ατομικές χρησιμότητες είναι ποσοτικά (cardinally) μετρήσιμες και η κοινωνικά βέλτιστη κατάσταση επιτυγχάνεται όταν μεγιστοποιείται το άθροισμά τους. Η ωφελμιστική συνάρτηση G ορίζεται ως:

$$G = U_1 + U_2 + \dots + U_n = \sum_i^n U_i \quad (2.1)$$

Ή, εναλλακτικά, σε σχέση με τη μέση τιμή ως:

$$G = \frac{1}{n} \sum_i^n U_i = \bar{U} \quad (2.2)$$

Όπου U είναι το επίπεδο ωφελιμότητας για το i -οστό άτομο σε μια κοινωνία n ατόμων.

Η νεοκλασική παράδοση διακρίνεται περαιτέρω σε δύο βασικά παρακλάδια, την Paretian και τα νέα οικονομικά της ευημερίας (Brouwer κ.ά., 2008· Baujard, 2013). Στην Pareto παράδοση, η χρησιμότητα είναι μετρήσιμη στην ιεραρχική κλίμακα και δεν είναι δυνατές οι διαπροσωπικές συγκρίσεις. Για την αξιολόγηση των καταστάσεων, η αρχική ή η υφιστάμενη κατανομή της

³¹ Οι προτιμήσεις είναι οι νοητικές οντότητες που ενδιαφέρουν, αλλά, καθότι δεν μπορούν να γίνουν άμεσα αντιληπτές, αποκαλύπτονται και αξιολογούνται βάσει των επιλογών (Tinghög, 2011).

χρησιμότητας θεωρείται δεδομένη, και αυτό που εξετάζεται είναι οι αλλαγές στην κοινωνική ευημερία βάσει του κριτηρίου κατά Pareto: η κοινωνική ευημερία βελτιώνεται μόνο εφόσον η χρησιμότητα οποιουδήποτε μέλους της κοινωνίας αυξάνεται, χωρίς να μειώνεται κάποιου άλλου. Το άριστο σημείο είναι εκείνο όπου δεν μπορεί να γίνει περαιτέρω αναδιανομή των πόρων χωρίς να μειωθεί η χρησιμότητα τουλάχιστον ενός ατόμου. Ωστόσο, οι περισσότερες πολιτικές αλλαγές στον πραγματικό κόσμο ζημιώνουν τουλάχιστον ένα άτομο στην κοινωνία, οπότε και το κριτήριο Pareto δεν μπορεί να δώσει λύση ως προς την ιεράρχηση των διαφορετικών εκβάσεων (Hurley, 2014).

Τα νέα οικονομικά της ευημερίας μπορούν να διακριθούν σε δύο τύπους (Baujard, 2013). Στο πλαίσιο της βρετανικής προσέγγισης, αναπτύχθηκε μια νέα σύλληψη του κριτηρίου κατά Pareto, προκειμένου να υπερκεραστούν τα προβλήματα που προκύπτουν όταν το θεώρημα αυτό δεν μπορεί να δώσει συγκεκριμένη λύση κατά τη σύγκριση μεταξύ διαφορετικών καταστάσεων. Η σύλληψη της συνθήκης Kaldor-Hicks βασίζεται στη θεωρητική βάση της αρχής της αποζημίωσης (compensation principle), κατά την οποία η ευημερία βελτιώνεται εφόσον το άτομο που επωφελείται από την αλλαγή μπορεί να αποζημιώσει εκείνο που ζημιώνεται, παραμένοντας όμως το ίδιο σε καλύτερη κατάσταση (potential Pareto criterion) (Coast κ.ά., 2008· Hurley, 2014). Αυτό, όμως, δε μεταφράζεται σε πραγματική απαίτηση αποζημίωσης, αλλά σε δυνατότητα αποζημίωσης. Με άλλα λόγια, αυτό που δείχνει αυτή η λιγότερο αυστηρή εκδοχή του θεωρήματος Pareto είναι ότι η κοινωνική ευημερία βελτιώνεται όταν τα οφέλη υπερακοντίζουν τις παράλληλες απώλειες ή τα κόστη (Brouwer κ.ά., 2008), το οποίο αποτελεί τη λογική βάση της ανάλυσης κόστους-οφέλους³². Ωστόσο, όπως και η αυστηρή μορφή του κριτηρίου Pareto,

³² Η εμπειρική κανονιστική αξιολόγηση στα οικονομικά της ευημερίας γίνεται με βάση την ανάλυση κόστους-οφέλους (Hurley, 2014). Στο πλαίσιο της ανάλυσης κόστους-οφέλους γίνεται αποδεκτή η δυνατότητα διαπροσωπικών συγκρίσεων των ατομικών χρησιμοτήτων σε χρηματικούς όρους, αναθέτοντας ίσο βάρος σε κάθε όφελος ή απώλεια και αγνοώντας κάθε άλλη πληροφορία που δεν σχετίζεται με την ωφελιμότητα (π.χ. διαδικασίες ή χαρακτηριστικά των ατόμων), καθώς και τις αρχικές διαφορές μεταξύ των ατόμων (Brouwer κ.ά., 2008). Μια πολιτική θεωρείται αποτελεσματική σε σύγκριση με μια εναλλακτική, εφόσον το καθαρό όφελος (net benefit) είναι θετικό (Hurley, 2014).

έτσι και η συνθήκη αυτή δεν είναι ευαίσθητη ως προς την κατανομή της χρησιμότητας μεταξύ των ατόμων μιας κοινωνίας (Hurley, 2014).

Σύμφωνα με τα δύο βασικά θεωρήματα των οικονομικών της ευημερίας, η αγορά που λειτουργεί στο πλαίσιο του τέλει ανταγωνισμού, ενώ παράλληλα τηρούνται κάποιες υποθέσεις σε σχέση με τις ατομικές προτιμήσεις (completeness, reflexivity και transitivity), οδηγεί αυτόματα σε μια άριστη κατά Pareto και κοινωνικά επιθυμητή κατανομή του αγαθού (Tinghög, 2011), και, δεδομένης της αρχικής σωστής κατανομής του εισοδήματος στην κοινωνία, κάθε άριστη κατά Pareto κατανομή μπορεί να επιτευχθεί μέσω του μηχανισμού της αγοράς (Hurley, 2014). Τα θεωρήματα αυτά οδήγησαν τα οικονομικά της ευημερίας στον διαχωρισμό της ανάλυσης της αποτελεσματικότητας από την ισότητα, με την επικέντρωση στην πρώτη διάσταση, καθότι τα ζητήματα της κατανομής θεωρούνται καταρχήν πολιτικά (Hurley, 2014). Θα πρέπει να σημειωθεί, πάντως, ότι στην πραγματικότητα σπανίως συναντώνται πλήρως λειτουργικές αγορές, καθότι συνήθως πάσχουν από διάφορα είδη αποτυχιών, όπως είναι η ασυμμετρία πληροφόρησης και οι εξωτερικότητες, γεγονός που συνιστά ένα βασικό επιχείρημα για την ανάληψη παρεμβάσεων πολιτικής για τη βελτίωση της λειτουργίας τους³³. Επιπλέον, οποιαδήποτε κατάσταση που ικανοποιεί το κριτήριο κατά Pareto θεωρείται ότι είναι άριστη. Έτσι, η εκπλήρωση αυτής της συνθήκης θα μπορούσε να περιγράψει και μια περίπτωση όπου κάποια άτομα διαβιούν σε συνθήκες εξαιρετικής αθλιότητας, ενώ κάποια άλλα απολαμβάνουν συνθήκες εξαιρετικής πολυτέλειας, χωρίς να μπορεί να βελτιωθεί η κατάσταση των εξαθλιωμένων, καθότι κάτι τέτοιο θα οδηγούσε σε περικοπές στην πολυτελή ζωή των δεύτερων! Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Sen (1987), «[p]areto optimality can, like 'Caesar's spirit', 'come hot from hell'».

Η αμερικάνικη προσέγγιση στηρίχτηκε στην έννοια της συνάρτησης της κοινωνικής ευημερίας, που προτάθηκε από τον Bergson (1938) και

³³ Τα οικονομικά επιχειρήματα που υποστηρίζουν την ανάληψη δράσης στο πλαίσιο των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας παρουσιάζονται αναλυτικά στη συνέχεια.

αναπτύχθηκε από τον Samuelson (1948). Η συνάρτηση της κοινωνικής ευημερίας ενσωματώνει όλα τα στοιχεία που σχετίζονται με την ευημερία και έχει ως σκοπό την ιεράρχηση όλων των δυνατών εναλλακτικών καταστάσεων της κοινωνίας (Sen, 1979), βάσει συγκεκριμένων κανονιστικών επιλογών που αφορούν στη μορφή της κατανομής (Brouwer κ.ά., 2008). Αυτή η σύλληψη, ενώ συνεχίζει να στηρίζεται στη χρησιμότητα για να αξιολογήσει τις διάφορες καταστάσεις, συμπεριλαμβάνει και ένα μέτρο της αποστροφής της κοινωνίας για την ανισότητα στη χρησιμότητα, προκρίνοντας έναν συμβιβασμό μεταξύ της μεγιστοποίησης και της ισότητας (Hurley, 2014).

Εντός του ωφελμιστικού θεωρητικού πλαισίου μπορούν να εισχωρήσουν αναδιανεμητικά επιχειρήματα σχετικά με την υγεία με δύο τρόπους. Ο πρώτος, ο άμεσος, αφορά στην αναδιανομή της ίδιας της υγείας στον πληθυσμό και ο δεύτερος, ο έμμεσος, σχετίζεται με την αναδιανομή των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας. Από τη μια πλευρά, εάν υποθέσουμε την ύπαρξη, παρόμοιας για κάθε άτομο φθίνουσας οριακής ωφελιμότητας (*diminishing marginal utility*) για κάθε αγαθό³⁴, τότε μπορεί να υποστηριχθεί η αναδιανομή βασικών κοινωνικών αγαθών προς τους λιγότερο ευνοημένους, καθότι το όφελος σε όρους ευημερίας για αυτούς από μια αναδιανομή θα είναι μεγαλύτερο από τη σχετική απώλεια των περισσότερο ευνοημένων, με συνέπεια το συνολικό άθροισμα χρησιμότητας για την κοινωνία να αυξάνεται (Williams και Cookson, 2000). Επομένως, η ωφελμιστική θεωρία μπορεί να υποστηρίξει μεγαλύτερη ισότητα στην υγεία (η οποία χρησιμοποιείται ως μέσο για την εξαγωγή χρησιμότητας και δεν θεωρείται η ίδια *maximand*), αλλά μόνο στην περίπτωση που θα αναγνωρίσει σε μια τέτοια αναδιανομή τον εργαλειακό χαρακτήρα της βελτίωσης της συνολικής κοινωνικής χρησιμότητας (Culyer, 1989). Πάντως, θα πρέπει να σημειωθεί ότι παρουσιάζεται λιγότερο

³⁴ Η φθίνουσα οριακή χρησιμότητα για κάποιο αγαθό συνεπάγεται ότι η χρησιμότητα αυξάνεται με φθίνοντα ρυθμό για κάθε επιπλέον μονάδα του αγαθού που καταναλώνεται. Η φθίνουσα οριακή χρησιμότητα είναι ο δεύτερος τρόπος με τον οποίο ο ωφελμισμός μπορεί να εκφράσει εξισωτικές ιδέες, μετά την απόδοση ίσου σεβασμού και βαρύτητας στην ευημερία κάθε ανθρώπου. Είναι γνωστή η σχετική ρήση του Bentham «everybody to count for one, nobody for more than one» (Hirose, 2015).

ευλογοφανής η ύπαρξη φθινουσών αποδόσεων χρησιμότητας στην υγεία σε σχέση με άλλα αγαθά (Williams και Cookson, 2000)³⁵. Με άλλα λόγια, είναι ευκολότερο να αποδεχτούμε ότι η οριακή χρησιμότητα φθίνει καθώς αυξάνεται η ποσότητά τους για αγαθά πέραν της υγείας. Στην περίπτωση που δεν δεχτούμε την ύπαρξη φθινουσών αποδόσεων στο αγαθό της υγείας, και μέχρι τα άτομα να επιτύχουν το ανώτερο επίπεδο του δυναμικού υγείας τους, είναι αδιάφορο το πως κατανέμονται τα οφέλη υγείας ανάμεσα σε άτομα άνισης κατάστασης υγείας, αρκεί να μεγιστοποιείται το συνολικό επίπεδο για την κοινωνία. Εφόσον επιτευχθεί το ανώτερο επίπεδο υγείας για κάποιο(α) άτομο(α), τότε μόνο μπορεί να τεθεί ζήτημα κατανομής, λόγω της σπατάλης που προκαλείται από τη συνέχιση της διοχέτευσης πόρων σε αυτό(α). Επιπλέον, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η άμεση αναδιανομή του αγαθού της υγείας δεν είναι ευχερής όπως στα άλλα αγαθά και σε πολλές περιπτώσεις θα μπορούσε να θεωρηθεί και ανήθικη. Για παράδειγμα, η επιβολή μεταμόσχευσης του ενός νεφρού από ένα άτομο που έχει λειτουργικούς και τους δύο νεφρούς σε ένα άλλο στο οποίο δεν λειτουργεί κανένας³⁶.

Από την άλλη πλευρά, εφόσον δεχτούμε ότι διάφοροι κοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν την υγεία, μπορεί να αναδυθεί μια συλλογιστική αντίστοιχη με την προηγούμενη που θα λειτουργούσε θετικά ως προς τον στόχο της άμβλυσης των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας μέσα από την αναδιανομή τώρα όχι της ίδιας της υγείας, αλλά των συντελεστών παραγωγής της. Με άλλα λόγια, στο πλαίσιο του στόχου της μεγιστοποίησης της ευημερίας και της φθίνουσας οριακής χρησιμότητας των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων, όπως είναι το εισόδημα, θα μπορούσαν να προκύψουν επιχειρήματα αναδιανομής τους μέχρι την εξίσωση των οριακών χρησιμοτήτων μιας επιπλέον μονάδας του εκάστοτε παράγοντα μεταξύ των μελών μιας

³⁵ Ένα άλλο επιχειρήμα σχετίζεται με την «αρνητική χρησιμότητα του φθόνου» (disutility of envy), όπου το αλτρουιστικό ενδιαφέρον και οι ανησυχίες για τις κοινωνικές αναταραχές που συνδέονται με τις έντονες ανισότητες οδηγούν σε μειώσεις χρησιμότητας από ένα αγαθό (Hare, 1993).

³⁶ Το επιχειρήμα αυτό ισχύει ως αντίρρηση και για την προσέγγιση του αυστηρού εξισωτισμού, η οποία θα αναλυθεί στη συνέχεια.

κοινωνίας. Ωστόσο, όπως θα δούμε και στα επόμενα κεφάλαια, τα διάφορα κοινωνικά μειονεκτήματα τείνουν να συγκεντρώνονται στα ίδια άτομα, ώστε αυτοί που είναι, για παράδειγμα, φτωχοί, να έχουν ταυτόχρονα και χαμηλότερο επίπεδο υγείας. Καθότι, όμως, το εισόδημα επηρεάζει την υγεία, η για τους παραπάνω λόγους βελτίωση του επιπέδου του σε άτομα με υψηλή οριακή χρησιμότητα –ως επί το πλείστον φτωχότερους– οδηγεί σε μια καλύτερευση και του επιπέδου της υγείας αυτών των ατόμων.

Ωστόσο, θα πρέπει να τονιστεί ότι η ωφελμιστική προσέγγιση αποτυγχάνει γενικότερα να θέσει ζητήματα αναδιανομής. Άλλωστε, είναι αδύνατη η αναδιανομή οποιουδήποτε πόρου για τη βελτίωση της κατάστασης κάποιου ατόμου, χωρίς ταυτόχρονα να μη μειώνεται η ωφελιμότητα σε κάποιο άλλο, παραβιάζοντας την αυστηρή μορφή του θεωρήματος Pareto (Seixas, 2017). Αυτό ιδίως αν ληφθεί υπόψη η διασύνδεση των απωλειών υγείας με εκείνων του εισοδήματος που προκαλούνται από την κακή υγεία, γεγονός που δίνει μεγαλύτερη αξία (καθότι συσσωρεύονται μεγαλύτερου μεγέθους μειώσεις στην ωφελιμότητα) στην υγεία των πλουσίων από ό,τι στους φτωχούς (Peter και Evans, 2001).

Τα νεοκλασικά οικονομικά της ευημερίας έχουν επικριθεί για το ότι δεν λαμβάνουν υπόψη ότι οι κοινωνικές αξίες δεν αντιπροσωπεύονται απαραίτητα από το συνολικό άθροισμα των ατομικών ωφελιμοτήτων, αφού ενδέχεται, για παράδειγμα, να αποδίδεται από την κοινωνία μεγαλύτερη αξία σε μια ομάδα από ό,τι σε μια άλλη ή η κοινωνία να είναι έτοιμη να θυσιάσει μέρος της αποτελεσματικότητας για τη βελτίωση της ισοτιμίας (Seixas, 2017). Από την άλλη πλευρά, έχει υποστηριχτεί ότι ο ωφελμισμός μπορεί να εξυπηρετήσει ακόμη και τη δικαιολόγησή ρατσιστικών διακρίσεων, εφόσον αυτές είναι αρκετά διάχυτες στην κοινωνία και εκφράζουν τις προτιμήσεις της (Lamont και Favor, 2017). Σχετική είναι και η επίκριση αναφορικά με το ότι η θεώρηση αυτή δεν αναγνωρίζει τη διαφορετικότητα των ανθρώπων. Μάλιστα, κάποιο άτομο μπορεί ενδεχομένως να είναι πρόθυμο να κάνει κάποιες περισσότερες θυσίες και να αναλάβει κάποια επιπλέον βάρη σε μια χρονική περίοδο του βίου του, προκειμένου να γίνει συνολικά η ζωή του καλύτερη, κάτι με το οποίο ο ωφελμισμός δεν είναι συμβατός (Lamont και Favor, 2017). Τέλος, οι ατομικές προτιμήσεις των ατόμων μπορεί να οδηγήσουν σε υποβέλτιστα αποτελέσματα

υγείας λόγω άγνοιας ή αφέλειας, όπως είναι για παράδειγμα η περίπτωση άρνησης εμβολιασμού των παιδιών από τους γονείς τους (Seixas, 2017). Γενικότερα, ένα σημαντικό μέρος της κριτικής έχει στραφεί προς το ότι ο ωφελιμισμός αποτελεί ένα σύστημα προσωπικής ηθικής που αντιβαίνει σε άλλες κοινά αποδεκτές ηθικές αρχές και όχι ένας τρόπος αξιολόγησης των δημοσίων πολιτικών και των θεσμών, κάτι που απαιτεί μια πιο αποστασιοποιημένη και αμερόληπτη προσέγγιση (Williams και Cookson, 2000).

Παράλληλα, όμως, με την παραπάνω πατερναλιστική εκδοχή, υπάρχει και το ισχυρό επιχείρημα του «inability to desire» που διατύπωσε ο Sen (1992). Πρόκειται για την περίπτωση όπου οι προτιμήσεις επηρεάζονται από τις εμπειρίες του κοινωνικού περιβάλλοντος, με συνέπεια τα άτομα των χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών ομάδων να περιορίζουν τις προσδοκίες τους στις πιο βασικές συνιστώσες της ποιότητας ζωής, αδυνατώντας να εκφράσουν τις πραγματικές προτιμήσεις τους. Η παρατήρηση αυτή του Sen δείχνει και τους περιορισμούς της υποκειμενικής αξιολόγησης της υγείας, καθώς οι χαμηλότερες μέσες προσδοκίες στις κοινωνικά μειονεκτούσες ομάδες τις οδηγεί στο να υποεκτιμούν τα προβλήματα υγείας τους και τον αντίκτυπο που αυτά έχουν στη ζωή τους. Επιπλέον, οι προτιμήσεις υγείας μπορεί να επηρεαστούν και από κοινωνικοδημογραφικούς και πολιτισμικούς παράγοντες, το χρονικό και το γενικότερο πλαίσιο, καθώς και από άλλες γνωστικές μεροληψίες (Batifoulier κ.ά., 2009). Επομένως, οι προτιμήσεις δεν μπορούν να υποκαταστήσουν την έννοια της πραγματικής ανάγκης στην υγεία. Μια εναλλακτική σύγχρονη προσέγγιση είναι η μέτρηση της βιωματικής χρησιμότητας (experienced utility), μέσω της αξιολόγησης της ευτυχίας, της ικανοποίησης από τη ζωή (life satisfaction) και της υποκειμενικής ευημερίας. Η βιωματική χρησιμότητα διακρίνεται από εκείνη της απόφασης (decision utility) –την κυρίαρχη προσέγγιση της ωφελιμότητας τα τελευταία χρόνια– κατά το ότι δεν απαιτεί από τα άτομα να εκφράσουν τις προτιμήσεις τους αναφορικά με υποθετικές καταστάσεις, αν και τα κύρια μειονεκτήματα της ωφελιμιστικής προσέγγισης παρόλα αυτά διατηρούνται (Coast κ.ά., 2008).

2.3.2.2. Η προσέγγιση του extra-welfarism και η υγεία

Οι Brouwer κ.ά. (2008) διακρίνουν μεταξύ welfare και well-being, θεωρώντας ότι η πρώτη έννοια συνδέεται με την ωφελιμότητα υπό στενή έννοια, ενώ η δεύτερη εκφράζει μια ευρύτερη σύλληψη ευημερίας, που σχετίζεται με την προσέγγιση του extra-welfarism³⁷ των οικονομικών της ευημερίας. Η προσέγγιση του extra-welfarism αναδύθηκε στα μέσα προς τα τέλη της δεκαετίας του '80 από τον Culyer (1989), ο οποίος, βασιζόμενος στο έργο του Sen (1980) για τη λειτουργικότητα και τις δυνατότητες³⁸, επιχείρησε να συμπληρώσει την ιδέα της ωφελιμότητας των παραδοσιακών οικονομικών της ευημερίας με πληροφορίες (extra information) για τα χαρακτηριστικά των ατόμων, όπως είναι η κατάσταση υγείας, τα δικαιώματα, η αξιοπρέπεια και η ελευθερία επιλογής, που δε σχετίζονται με την ωφελιμότητα αυτή καθαυτή, καθότι θεωρείται ανεπαρκής από μόνη της³⁹. Η κατάσταση υγείας αποτελεί την πρωταρχική έκβαση ενδιαφέροντος που δεν σχετίζεται με την ωφελιμότητα στα οικονομικά της υγείας (Hurley, 2014). Η υγεία έχει μια εγγενή αξία, η οποία δεν βασίζεται στην ωφελιμότητα που παράγει. Αποτελεί μια φυσική οντότητα που τα άτομα έχουν σε απόθεμα, η οποία μπορεί να αυξηθεί μέσα από αλλαγές στην κατανομή των πόρων στην παραγωγή της υγείας (Coast, 2009).

Κατά τους Brouwer κ.ά. (2008), η πρώτη βασική διαφορά της νεοκλασικής σύλληψης του welfarism από εκείνη του extra-welfarism είναι ότι η δεύτερη διευρύνει τον αξιολογικό χώρο (evaluative space) από την ατομική ωφελιμότητα σε ευρύτερες σχετικές επιθυμητές εκβάσεις (desiderata), όπως είναι η υγεία, οι

³⁷ Σύμφωνα με τους Brouwer κ.ά. (2008), η θεώρηση αυτή έχει ως απαρχή, μεταξύ άλλων, στο έργο των Tobin (1970), ο οποίος υποστήριξε ότι κάποια αγαθά και υπηρεσίες (όπως η υγειονομική περίθαλψη) θα πρέπει να κατανέμονται πιο ισομερώς σε σχέση με άλλα, και του Sen (1980), ο οποίος διέυρυνε την έννοια της ωφελιμότητας σε εκείνη των δυνατοτήτων (capabilities).

³⁸ Η «περί δυνατοτήτων» προσέγγιση θα αναλυθεί εκτενώς σε επόμενη ενότητα αυτού του κεφαλαίου.

³⁹ Όπως, όμως, παρατηρούν οι Coast κ.ά. (2008), η χρησιμοποίηση της προσέγγισης «περί δυνατοτήτων» του Sen ήταν περιορισμένη, καθότι η σύλληψη του extra-welfarism: α) στηρίζεται αποκλειστικά στην έκβαση υγείας, ενώ η δυνατότητα, όπως την όρισε ο Sen, είναι πολυδιάστατη έννοια, β) ενδιαφέρεται κυρίως για τη λειτουργικότητα και όχι για την ελευθερία επιλογής και γ) διατηρεί κάποια χαρακτηριστικά του παραδοσιακού welfarism, όπως είναι η έννοια της μεγιστοποίησης του αποκτημένου οφέλους, ενώ το έργο του Sen επικεντρώθηκε στα θέματα της κατανομής και της ισοτιμίας.

οποίες λογίζονται ως πολύτιμες όχι γιατί (και στον βαθμό που) παράγουν κάποια ωφελιμότητα, αλλά επειδή έχουν κάποια αξία από μόνες τους. Σε αυτό το πλαίσιο η υγεία αποτελεί αντικείμενο τόσο μεγιστοποίησης (maximand) όσο και κατανομής (distribuendum) από το σύστημα υγείας⁴⁰. Επιπλέον, ενώ πηγή της αξιολόγησης της ωφελιμότητας στην νεοκλασική σύλληψη είναι τα ίδια τα άτομα, κατά τη σύλληψη του extra-welfarism μπορεί να είναι επίσης ένας ειδικός ή ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα από τον γενικό πληθυσμό ή και οι ίδιοι οι υπεύθυνοι της λήψης των αποφάσεων. Αναφορικά με τη στάθμιση των εκβάσεων, η σύλληψη του extra-welfarism επιτρέπει να γίνεται με βάση κριτήρια που δε σχετίζονται αποκλειστικά με τις προτιμήσεις και την ευημερία, όπως είναι η ισότητα, η ποιότητα της χρησιμότητας, ο πλούτος, η ανάγκη και η αξιοσύνη (desert). Επομένως, το ενδιαφέρον για την κατανομή της έκβασης δεν στηρίζεται απαραίτητα μόνο στην ωφελιμότητα, αλλά μπορεί να αντιπροσωπεύει διαφορετικές ηθικές αρχές περί δικαιοσύνης. Τέλος, στο σχήμα του extra-welfarism επιτρέπονται και οι διαπροσωπικές συγκρίσεις (όπως της υγείας) μεταξύ των ατόμων, κάτι που δεν είναι δυνατό (ή και θεωρείται ανούσιο) στα νεοκλασικά οικονομικά της ευημερίας, δίνοντας τη δυνατότητα αξιολόγησης των πολιτικών αναφορικά με διαφορετικούς στόχους (πέραν δηλαδή της μεγιστοποίησης), μεταξύ των οποίων και η μείωση των ανισοτήτων υγείας (Brouwer κ.ά., 2008).

Η ωφελιμότητα ή χρησιμότητα στην υγεία προσεγγίζεται μέσω των ατομικών προτιμήσεων για συγκεκριμένες εκβάσεις που σχετίζονται με την υγεία. Η ζήτηση για υγειονομικούς πόρους προκύπτει από τη ζήτηση για υγεία, καθώς η υγειονομική περίθαλψη είναι ένας συντελεστής στην παραγωγή της, σε αντίθεση με άλλα αγαθά, τα οποία παράγουν άμεσα ωφελιμότητα (Hurley, 2014). Στο πλαίσιο του extra-welfarism αναδύθηκε η λεγόμενη οπτική των needologists, οι οποίοι εξέτασαν την κατανομή των υγειονομικών πόρων βάσει της έννοιας της ανάγκης. Η κατανομή των υγειονομικών πόρων θα πρέπει να

⁴⁰ Όπως παρατηρεί ο Culyer (1989), παρόλο που ο όρος ωφελιμότητα χρησιμοποιείται και στη σύλληψη του extra-welfarism, δεν θα πρέπει να ταυτίζεται με εκείνη του παραδοσιακού welfarism.

γίνεται βάσει των δύο μορφών ισότητας κατά τον Αριστοτέλη: την αρχή της οριζόντιας (όμοια περίθαλψη για ίση ανάγκη) και της κάθετης ισότητας (ανόμοια περίθαλψη σε αναλογία με την ανισότητα στην ανάγκη) (Hurley, 2000· Culyer, 2007). Η ανάγκη περιλαμβάνει στοιχεία τόσο προσφοράς όσο και ζήτησης κατά τον Culyer (2007). Η προσφορά σχετίζεται με το εμπειρικό στοιχείο της εύλογης προσδοκίας ότι μια δράση θα έχει την αναμενόμενη έκβαση, ενώ η ζήτηση με το ηθικό στοιχείο ότι η συγκεκριμένη έκβαση έχει κάποιο ηθικό βάρος. Συμπληρώνοντας ο Culyer υποστηρίζει ότι η δράση αυτή δεν θα πρέπει να είναι απλά αποτελεσματική αλλά και αποτελεσματική σε σχέση με το κόστος της. Στο βαθμό που η υγεία είναι απαραίτητη για το ανώτατο ανθρώπινο αγαθό, την ευδαιμονία (human flourishing), η ηθικότητα αυτού του τελικού στόχου μεταφέρεται και σε όποια δράση συμβάλλει στην επίτευξή του (Culyer και Wagstaff, 1993).

Η ισοτιμία στην κατανομή της υγειονομικής περίθαλψης μπορεί, λοιπόν, να αξιολογηθεί από το αν η προκύπτουσα κατανομή της υγείας εξασφαλίζει ίση ευκαιρία σε όλους για ευδαιμονία (Culyer και Wagstaff, 1993). Σε καμία περίπτωση, βέβαια, δε μπορεί να αξιολογηθεί μια αναποτελεσματική υγειονομική φροντίδα, καθότι συνεπάγεται σπατάλη πόρων, που σε άλλη περίπτωση θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την περαιτέρω προώθηση της ισοτιμίας. Δεν μπορεί, επίσης, να ενδιαφέρουν κάποιες συγκεκριμένες διαστάσεις της υγειονομικής φροντίδας, όπως για παράδειγμα η παροχή μονόκλινων αντί για τρίκλινων δωματίων, που αποτελούν παροχές που μπορεί να κατανεμηθούν βάσει της προθυμίας-για-πληρωμή (willingness-to-pay). Επιπλέον, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι έννοιες της ανάγκης και της πρόσβασης. Αν δεν μπορεί ένας υγειονομικός πόρος να προσφέρει θετικό οριακό προϊόν (ως προς το αγαθό της υγείας), τότε δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι «αναγκαίος». Ακόμη, καθότι δεν είναι σωστό οι ασθενείς να υποχρεωθούν σε υγειονομική περίθαλψη, αυτό που απαιτείται είναι η επέκταση των δυνατών επιλογών τους, δηλαδή της πρόσβασής τους και όχι της χρήσης. Συνεχίζοντας, οι Culyer και Wagstaff (1993) αναφέρουν ότι η προσπάθεια για επίτευξη ισότητας στην υγεία μπορεί να αντιστρατεύεται άλλους στόχους των ατόμων κατά την επιδίωξη της ευδαιμονίας, όπως, για παράδειγμα, η άρνηση της μετάγγιση αίματος από τους Μάρτυρες του Ιεχωβά. Για αυτό και απαιτείται η

συμπερίληψη αυτού του στόχου σε μια συνάρτηση της κοινωνικής ευημερίας, η οποία θα μπορεί να εμπερικλείει σταθμίσεις αναφορικά τόσο με την αποστροφή για την ανισότητα στην υγεία όσο και με τη μεγαλύτερη βαρύτητα που θα πρέπει να αποδοθεί στην υγεία κάποιων ατόμων έναντι των υπολοίπων (π.χ. για λόγους αξιοσύνης).

Η ανάγκη έχει οριστεί με διάφορους τρόπους, κάτι που μπορεί να έχει άμεση επίπτωση στο ποια κατανομή θα θεωρηθεί δίκαιη (Hurley, 2000· Hauck κ.ά., 2004· Culyer, 2007). Σύμφωνα με μια πρώτη προσέγγιση, η ανάγκη ταυτίζεται με την κακή υγεία, οπότε και προτεραιότητα θα πρέπει να δοθεί σε εκείνους που είναι περισσότερο άρρωστοι⁴¹. Ο ορισμός αυτός έχει επικριθεί για το ότι δεν αναγνωρίζει τα όρια της ιατρικής τεχνολογίας και ότι δεν υπάρχουν αποτελεσματικές θεραπείες για όλες τις ασθένειες (Culyer και Wagstaff, 1993). Οι Nord κ.ά. (1999) πρότειναν τη στάθμιση της ανάλυσης του κόστους-αποτελεσματικότητας με τη σοβαρότητα της ασθένειας, δίνοντας προτεραιότητα στην πρόληψη του θανάτου⁴². Μια δεύτερη πρόταση ορισμού της ανάγκης σχετίζεται με τη δυνατότητα για όφελος του ασθενούς (capacity to benefit), όπου αυτό που συγκρίνεται είναι το επίπεδο υγείας με και χωρίς την περίθαλψη. Ωστόσο, αυτό μπορεί να αυξήσει τις ανισότητες υγείας, στο βαθμό που δύο άτομα, ενώ έχουν το ίδιο επίπεδο υγείας πριν την περίθαλψη, η κατανομή των πόρων γίνεται δίνοντας προτεραιότητα στα άτομα που μπορούν να επωφεληθούν περισσότερο. Οι Culyer και Wagstaff (1993) πρότειναν έναν εναλλακτικό ορισμό της ανάγκης, ως οι πόροι ή η δαπάνη που απαιτείται για την εξάντληση της δυνατότητας να επωφεληθεί κάποιος. Ωστόσο, οι πόροι μπορεί να μην επαρκούν για την εξάντληση αυτής της δυνατότητας για κάποιο

⁴¹ Στο πλαίσιο της ανάλυσης κόστους-αποτελεσματικότητας, η ανάγκη θα πρέπει να προσδιορίζεται με βάση τη σοβαρότητα της ελάττωσης στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και όχι τα QALYs (Hirose, 2015).

⁴² Ο ορισμός αυτός συνδέεται και με την αρχή του κανόνα της «διάσωσης της ζωής» (rule of rescue), που θεωρείται και η κυρίαρχη κατανεμητική αρχή υγειονομικών πόρων σε ατομικό επίπεδο. Σύμφωνα με αυτήν την αρχή, προτεραιότητα θα πρέπει να δίδεται στον ασθενή με το πιο σοβαρό πρόβλημα υγείας, ιδίως σε περιπτώσεις άμεσης απειλής της ζωής, ανεξαρτήτως κόστους. Αν και είναι δυνατό σε τέτοιες περιπτώσεις τα παραγόμενα οφέλη υγείας να είναι μεγάλα και ο κανόνας αυτός να συμπίπτει με την αρχή της μεγιστοποίησης των οφελών υγείας, το αντίθετο σενάριο είναι συνήθως πιο πιθανό (Hauck κ.ά., 2004).

άτομο (Hauck κ.ά., 2004), ενώ υπάρχουν και περιπτώσεις όπου μια λιγότερο δαπανηρή θεραπεία μπορεί να επιφέρει μεγαλύτερο όφελος (Hurley, 2000). Γενικότερα, η ανάγκη ίσως να μην είναι τελικά το κατάλληλο κριτήριο για την κατανομή των πόρων, όπως παρατηρεί ο Culyer (2007). Αυτό διότι δεν λαμβάνει υπόψη της άλλες ηθικές διαστάσεις, όπως την αξιοσύνη (desert) και τις ανισότητες στην κατάσταση υγείας.

Κύριες τεχνικές για τη λήψη των αποφάσεων που χρησιμοποιούνται στη βάση της ωφελιμιστικής προσέγγισης είναι α) η ανάλυση κόστους-οφέλους (cost-benefit analysis), που μετατρέπει όλα τα οφέλη σε χρηματικούς όρους, β) οι μέθοδοι της προθυμίας-για-πληρωμή (willingness-to-pay) και της προθυμίας-για-αποδοχή (willingness-to-accept), οι οποίες αξιολογούν την προθυμία πληρωμής των ατόμων είτε για τη μείωση του κινδύνου υγείας είτε για την αποδοχή επιπρόσθετου κινδύνου⁴³, γ) η ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας (cost-effectiveness analysis) και δ) η ανάλυση κόστους-χρησιμότητας (cost-utility analysis), που αξιολογεί τις διάφορες βελτιώσεις στην υγεία βάσει των σχετικών προτιμήσεων των ανθρώπων (Ruger, 2005· Ruger, 2010a). Στη σύγχρονη εποχή, οι ωφελιμιστές μπορούν να διακριθούν σε δυο βασικά στρατόπεδα (Roberts και Reich, 2002). Οι «υποκειμενικοί ωφελιμιστές» (subjective utilitarians) θεωρούν ότι οι προσωπικές προτιμήσεις των ατόμων παίζουν πρωτεύοντα ρόλο στην αξιολόγηση της ευημερίας. Αυτή η προσέγγιση συχνά χρησιμοποιεί την ανάλυση κόστους-οφέλους και της προθυμίας-για-πληρωμή, ενώ προκρίνει και την αγορά ως τον κατάλληλο μηχανισμό για την κατανομή των πόρων, καθότι θεωρείται ότι εκφράζει καλύτερα τις προτιμήσεις των ατόμων. Οι «αντικειμενικοί ωφελιμιστές» (objective utilitarians) υποστηρίζουν την κατασκευή δεικτών της κατάστασης υγείας από ειδικούς (όπως τα QALYs) και ευνοούν την εφαρμογή διαδικασιών βασισμένων σε δεδομένα για την κατανομή των πόρων στην κοινωνία.

⁴³ Οι τεχνικές αυτές προσιδιάζουν καλύτερα στα νεοκλασικά οικονομικά της ευημερίας (Birch και Donaldson, 2003) και έχουν επικριθεί για το ότι συνδέονται με την ικανότητα πληρωμής, λειτουργώντας εις βάρος των χαμηλών κοινωνικοοικονομικών ομάδων (Whitehead και Ali, 2010).

Οι αποφάσεις στα οικονομικά της υγείας λαμβάνονται κυρίως βάσει των σταθμισμένων ποιοτικά ετών ζωής (quality adjusted life years ή QALYs), που είναι το πιο κοινό maximand στο πλαίσιο του extra-welfarism (Hurley, 2014). Ο δείκτης συνδυάζει τις προτιμήσεις για την ποσότητα και την ποιότητα ζωής, όπως αντιπροσωπεύεται με τα ποιοτικά χρόνια επιβίωσης. Ενώ η ποσότητα εκφράζεται από το προσδόκιμο ζωής, η μέτρηση της ποιότητας είναι δυσχερέστερη και σχετίζεται με την αξιολόγηση των διαφορετικών διαστάσεων της υγείας (σωματική, συναισθηματική, κοινωνική, γνωστική κ.λπ.). Η χρησιμότητα εκφράζει τον βαθμό προτίμησης σε σχέση με διάφορες εκβάσεις υγείας και εκτιμάται σε μια κλίμακα από το 0⁴⁴, που αντιστοιχεί στον θάνατο, έως το 1 (ή 100), που αντιπροσωπεύει μια κατάσταση πλήρους υγείας⁴⁵. Τα QALYs χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση του οφέλους από μια θεραπευτική παρέμβαση, τον καθορισμό προτεραιοτήτων και τη λήψη αποφάσεων για την κατανομή των πόρων εντός του συστήματος υγείας. Οι πόροι υγείας κατανέμονται σε εκείνους τους ασθενείς και θεραπευτικές παρεμβάσεις που μεγιστοποιούν το όφελος υγείας δεδομένων των περιορισμών του κόστους. Το κόστος αυτό δεν αποτιμάται απαραίτητα μόνο ως το άμεσο, δηλαδή το κόστος των υγειονομικών πόρων, αλλά μπορεί να συμπεριλάβει και το έμμεσο, που αφορά στην κοινωνική ζημία σε σχέση με την παραγωγικότητα, την πρόωρη συνταξιοδότηση, την αποχή από την εργασία κ.λπ. (Yfantopoulos, 2001b· Υφαντόπουλος και Σαρρής, 2001· Υφαντόπουλος, 2007).

Τα QALYs, λοιπόν, μπορούν ειδικότερα να εκφραστούν ως μια συνάρτηση της κατάστασης υγείας (Q) και του αριθμού των ετών ζωής (T) ως εξής (Tinghög, 2011)⁴⁶:

⁴⁴ Υπάρχουν περιπτώσεις με τόσο μεγάλη επιβάρυνση από τα πολλαπλά προβλήματα που παίρνουν και αρνητικές τιμές, καθότι θεωρούνται καταστάσεις χειρότερες από τον θάνατο.

⁴⁵ Πρόκειται για μια συνάρτηση της απόλυτης χρησιμότητας (cardinal utility), η οποία αποτυπώνει το μέγεθος των διαφορών στις προτιμήσεις, αντί για την ιεραρχική χρησιμότητα (ordinal utility) που αξιολογεί την κατάταξη των προτιμήσεων (Tinghög, 2011).

⁴⁶ Θα πρέπει να διαχωριστεί η μέτρηση της υγείας (measurement of health), που γίνεται σε σχέση με κάποιες διαστάσεις που περιγράφουν την κατάσταση υγείας, από την αξιολόγηση της υγείας μέσω των QALYs (valuation of health), η οποία προκύπτει μέσω τεχνικών εκμείευσης

$$QALYs = U(Q, T) = V(Q) \times T \quad (2.3)$$

Όπου $V(Q)$ είναι η εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε μια κλίμακα 0 (θάνατος) έως 1 (πλήρης υγεία), ως η στάθμιση των ετών ζωής (T). Έτσι, ένα άτομο με ποιότητα ζωής 0,5 που θα ζήσει 10 επιπρόσθετα έτη θα παράξει $0,5 \times 10 = 5$ επιπρόσθετα QALYs. Με σταθερούς τους πόρους, λοιπόν, μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε τα QALYs για να αποφασίσουμε ποια κατανομή είναι περισσότερο αποτελεσματική ως προς το κόστος, η οποία προσφέρει τη μεγαλύτερη υγειονομική αξία σε σχέση με τους δεδομένους πόρους (Hirose, 2015)⁴⁷. Τα QALYs μπορούν να ερμηνευτούν είτε ως η ατομική ωφελιμότητα ή οι προτιμήσεις των ατόμων σε σχέση με τις εκβάσεις υγείας (υπό αυστηρές προϋποθέσεις), είτε ως η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (η πιο κοινή προσέγγιση), είτε ως ένα μέτρο της αξίας του ατομικού συνόλου των δυνατοτήτων (Hurley, 2014).

Έστω, λοιπόν, η καμπύλη των δυνατοτήτων υγείας (που υποθέτουμε ότι μετριέται μέσω των QALYs και είναι ποσοτικά μετρήσιμη και διαπροσωπικά συγκρίσιμη) FF μεταξύ δύο ατόμων, η οποία δείχνει το επίπεδο της υγείας του ενός ατόμου με δεδομένο το επίπεδο της υγείας του άλλου (**Γράφημα 2-2**). Η καμπύλη αυτή είναι κοίλη και μονοτονικά βαίνουσα μειούμενη από αριστερά προς τα δεξιά, που σημαίνει ότι η υγεία του ενός ατόμου δεν μπορεί να βελτιωθεί αν δεν θυσιαστεί μέρος της υγείας του άλλου. Όλα τα σημεία που βρίσκονται εντός και επί της καμπύλης των δυνατοτήτων υγείας μπορούν να επιτευχθούν από την κοινωνία, ενώ όλα τα σημεία που βρίσκονται στα δεξιά αυτής είναι ανέφικτα. Επιπλέον, όλα τα σημεία επί της καμπύλης αυτής είναι άριστα κατά Pareto, αλλά εκφράζουν διαφορετικές κατανομές του επιπέδου υγείας μεταξύ των δύο ατόμων. Η επιλογή του σημείου επί της καμπύλης των δυνατοτήτων υγείας μπορεί να επιτευχθεί μέσω της συνάρτησης της κοινωνικής ευημερίας, η οποία αποτυπώνει τις κοινωνικές προτιμήσεις για το επίπεδο

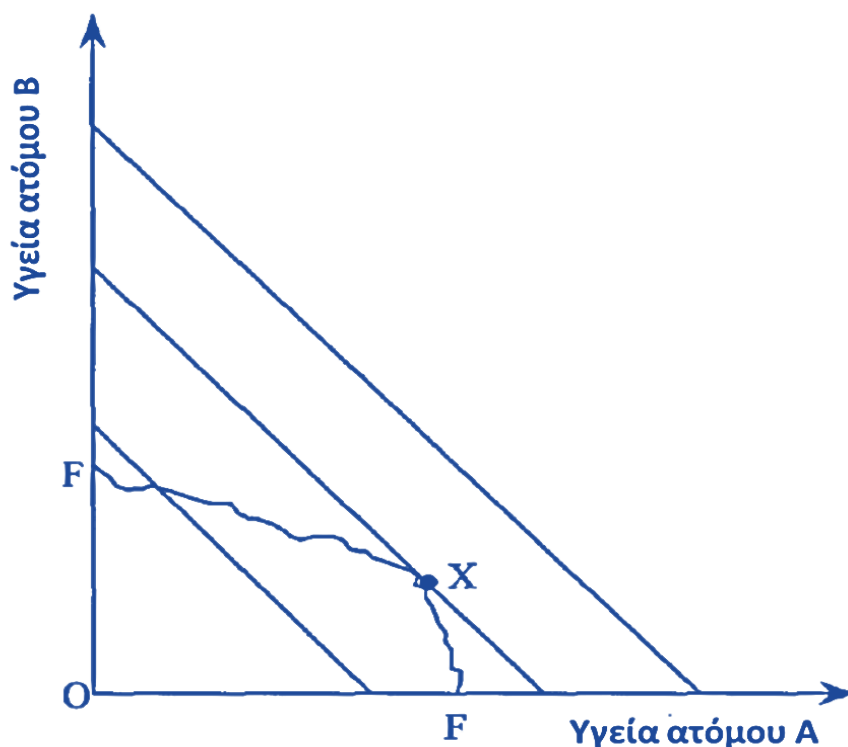
των προτιμήσεων (preference elicitation techniques), όπως είναι οι time trade off (TTO) και standard gamble (SG) μέθοδοι (Tinghög, 2011).

⁴⁷ Βλ. και τη σχετική ενότητα αυτού του κεφαλαίου για τη διανομή των περιορισμένων υγειονομικών πόρων.

Η υγεία στο όνομα της δικαιοσύνης

υγείας των ατόμων. Οι κοινωνικές καμπύλες αδιαφορίας (social indifference curves) αντιπροσωπεύουν το σύνολο των συνδυασμών των επιπέδων υγείας των ατόμων που παρέχουν ίσο επίπεδο ευημερίας για την κοινωνία. Η καμπύλη αδιαφορίας της συνάρτησης της κοινωνικής ευημερίας στον ωφελιμισμό είναι μια ευθεία γραμμή με κλίση -1, υποδηλώνοντας την απόδοση ίσης βαρύτητας στην υγεία των δύο ατόμων, καθώς και μηδενική αποστροφή στην ανισότητα, αφού αυτό που ενδιαφέρει είναι το συνολικό άθροισμα της ωφέλειας από την υγεία και όχι η κατανομή της μεταξύ των ατόμων. Η κοινωνική ευημερία, λοιπόν, αυξάνεται όσο μετακινούμαστε σε υψηλότερες καμπύλες αδιαφορίας (προς τα πάνω και δεξιά). Σε αυτό το παράδειγμα, το σημείο βελτιστοποίησης της κατανομής είναι το σημείο X, όπου η καμπύλη των δυνατοτήτων υγείας εφάπτεται στην υψηλότερη δυνατή κοινωνική καμπύλη αδιαφορίας.

Γράφημα 2-2 Βελτιστοποίηση στην κατανομή της υγείας υπό την ωφελιμιστική συνάρτηση κοινωνικής ευημερίας

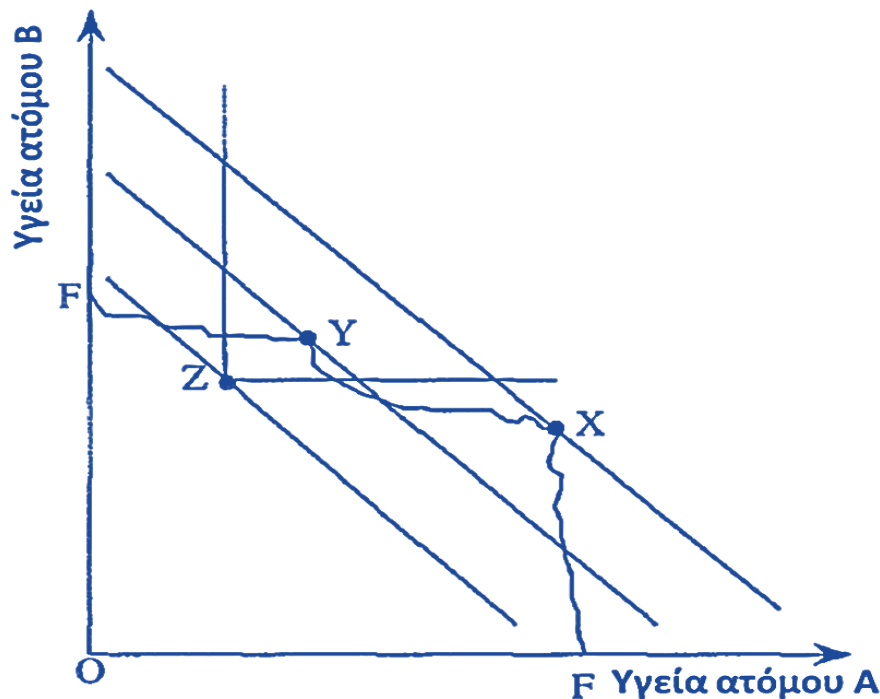


Πηγή: Williams και Cookson (2000)

Κατά την αρχή Pareto, η υγεία των ατόμων στο προηγούμενο παράδειγμα δεν είναι ποσοτικά μετρήσιμη και διαπροσωπικά συγκρίσιμη και μια κατάσταση

είναι καλύτερη μόνο εάν τουλάχιστον ένα άτομο βρίσκεται σε καλύτερη θέση και κανένα σε χειρότερη (Williams και Cookson, 2000). Οπότε, στο **Γράφημα 2-3**, εκκινώντας από το σημείο Z, ενώ οι ωφελιμιστές θα όριζαν το X ως το βέλτιστο σημείο, δεν θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε το ίδιο ακολουθώντας τη συνθήκη Pareto, καθότι ο A βρίσκεται σε χειρότερη θέση, οπότε και η αξιολόγηση δεν είναι δυνατή. Ως εκ τούτου, αξιολογήσεις μπορούν να γίνουν μόνο σε σχέση με το τεταρτημόριο που βρίσκεται άνωθεν και στα δεξιά του σημείου Z, οπότε και η μετακίνηση στο σημείο Y σηματοδοτεί μια βελτίωση της κατάστασης σύμφωνα με το κριτήριο Pareto. Οποιαδήποτε άλλη σύγκριση μπορεί να πραγματοποιηθεί μόνο εάν γίνει αποδεκτή η αρχή της αποζημίωσης. Στο πλαίσιο του extra-welfarism, πάντως, ακόμη και μεταβολές χωρίς δυνατότητα αποζημίωσης μπορεί να θεωρηθούν ως βελτιώσεις (ή και επιδεινώσεις) της κοινωνικής ευημερίας λαμβάνοντας υπόψη άλλα ηθικά κριτήρια, όπως είναι η κατανομή της ανάγκης (Brouwer κ.ά., 2008).

Γράφημα 2-3 Βελτιστοποίηση στην κατανομή της υγείας υπό την ωφελιμιστική συνάρτηση κοινωνικής ευημερίας και τους περιορισμούς του κριτηρίου Pareto



Πηγή: Williams και Cookson (2000)

Γενικότερα, έχει υποστηριχθεί ότι ίσως να μην είναι κατάλληλη η επικέντρωση στην υγεία ως η μοναδική έκβαση ενδιαφέροντος, κάτι που είναι σύνηθες στην προσέγγιση του extra-welfarism. Αρχικά, διότι οι διάφορες παρεμβάσεις δεν επηρεάζουν μόνο την υγεία, αλλά και άλλες διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Για παράδειγμα, μια πολιτική για τη μείωση της κατανάλωσης του αλκοόλ μπορεί να έχει ενδεχομένως άλλες θετικές συνέπειες, όπως στην άμβλυνση της παραβατικότητας. Επιπρόσθετα, η καλή υγεία ίσως να μην είναι και το κύριο ενδιαφέρον των ατόμων, οπότε καλύτερη υγεία και υψηλότερα QALYs δεν συνεπάγονται αυτόματα και μεγαλύτερη ευτυχία ή ευημερία (Coast κ.ά., 2008). Η καλύτερη υγεία μπορεί να διευρύνει το εύρος ευκαιριών ζωής, η αξιοποίησή τους όμως εξαρτάται από τις ευρύτερες δυνατότητες που έχουν στη διάθεσή τους τα άτομα για να τις καρπωθούν (Tinghög, 2011). Ακόμη περισσότερο, η προσπάθεια επίτευξης καλής υγείας μπορεί να αφαιρεί από τα άτομα τη δυνατότητα βελτίωσης της ευημερίας τους με άλλους τρόπους, εφόσον θεωρήσουμε ότι αυτός είναι ο σκοπός όχι μόνο της υγείας, αλλά και του πλούτου (Tinghög, 2011). Επιπλέον, τα νεότερα άτομα τείνουν να λαμβάνουν προτεραιότητα έναντι των ηλικιωμένων με χαμηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης, καθότι έχουν τη δυνατότητα να παραγάγουν περισσότερα QALYs από μια θεραπεία, καθώς γίνεται γενικότερα διάκριση υπέρ αυτών που μπορούν να επωφεληθούν περισσότερο (Tinghög, 2011). Τέλος, τα QALYs δεν λαμβάνουν υπόψη τους τον τρόπο με τον οποίο ή τις διαδικασίες με τις οποίες επέρχονται οι εκβάσεις. Για παράδειγμα, έχει αποδειχθεί ότι η άνοδος των τιμών για τον περιορισμό της ζήτησης θεωρείται λιγότερο δίκαιη από μια κατανομή του τύπου της προτεραιότητας εξυπηρέτησης κατά τη σειρά άφιξης (first come, first served principle) (Tinghög, 2011).

Όπως έχει ήδη περιγραφεί, τόσο κατά το κριτήριο κατά Pareto όσο και κατά το κριτήριο της δυνατότητας αποζημίωσης δεν εγείρονται ζητήματα κατανομής. Στο πλαίσιο του extra-welfarism, η αντιστάθμιση μεταξύ της ισοτιμίας και της αποτελεσματικότητας (μεγιστοποίηση της υγείας) επιτυγχάνεται μέσω της συνάρτησης της κοινωνικής ευημερίας (Hauck κ.ά., 2004). Συνολικά, η κοινωνική ευημερία αυξάνεται όταν αμβλύνονται οι ανισότητες στην υγεία και όταν βελτιώνεται η υγεία των ατόμων. Σημαντικό ρόλο, επομένως, διαδραματίζει τόσο ο βαθμός αποστροφής της κοινωνίας για

την ανισότητα (συντελεστής βαρύτητας ισότητας) όσο και η σχετική στάθμιση που λαμβάνει η υγεία κάθε ατόμου ή κάθε ομάδας του πληθυσμού. Αυτό διότι είναι δυνατόν να ενσωματωθούν μη μοναδιαίοι συντελεστές στάθμισης, εκφράζοντας την υψηλότερη εκτίμηση της κοινωνίας για τα οφέλη υγείας συγκεκριμένων ομάδων του πληθυσμού έναντι των υπολοίπων, το οποίο αντιβαίνει, βέβαια, στην βασική υπόθεση ανωνυμίας των οικονομικών της ευημερίας (Hurley, 2014). Έτσι, μπορεί να θεωρηθεί πως η βελτίωση της υγείας των χαμηλών κοινωνικοοικονομικών ομάδων έχει μεγαλύτερη βαρύτητα από ό,τι εκείνη των υψηλών ή να αντιστοιχηθεί διαφοροποιημένη βαρύτητα σε σχέση με την ηλικία ή τον ρόλο στην κοινωνία ή αναφορικά με την ευθύνη ενός ατόμου ως προς την κακή υγεία του. Εφόσον, λοιπόν, είναι γνωστές οι διάφορες παράμετροι, καθίσταται δυνατή η εύρεση της βέλτιστης κατανομής τόσο της υγείας μέσω της μεγιστοποίησης της σχετιζόμενης με την υγεία συνάρτησης της κοινωνικής ευημερίας (health-related social welfare function) όσο και των υποκείμενων κοινωνικοοικονομικών πόρων (προσδιοριστών) της υγείας μέσα από τη συνάρτηση της παραγωγής της (health production function) (Hauck κ.ά., 2004).

Το άμεσο ζήτημα που προκύπτει από τα παραπάνω είναι η επιλογή των συντελεστών βαρύτητας που θα εφαρμοστούν στη συνάρτηση κοινωνικής ευημερίας. Μια δυνατότητα σχετίζεται με τη συμβατική welfarist υιοθέτηση ίσων (μοναδιαίων) συντελεστών για όλα τα άτομα, μη λαμβάνοντας υπόψη ζητήματα κατανομής (Hauck κ.ά., 2004), όπως παρουσιάσθηκε στο **Γράφημα 2-2**. Ο Hurley (2000) εξετάζει τρεις προσεγγίσεις υιοθέτησης άνισων συντελεστών βαρύτητας. Κατά την πρώτη, οι συντελεστές εξάγονται από τις προτιμήσεις ή τις αξίες των μελών της κοινωνίας (social preferences). Βέβαια, οι σχετικές εκτιμήσεις δεν απαιτείται να προκύπτουν απαραίτητα μέσω εμπειρικής μέτρησης και, επομένως, δεν χρειάζεται να εκφράζουν τις προτιμήσεις των ατόμων (Hurley, 2014). Η δεύτερη σχετίζεται με την κοινωνική παραγωγικότητα του κάθε ατόμου. Ο Π.Ο.Υ. έχει σταθμίσει με βάση την προσδοκώμενη παραγωγική δυνατότητα που αφορά στις διαφορετικές ηλικιακές ομάδες, δίνοντας μικρότερη βαρύτητα στους ηλικιωμένους και τα παιδιά (Murray, 1996). Υπό την τρίτη οπτική, το επιχείρημα περί «δικαιοσύνης στην μακροβιότητα» (fair innings argument) χρησιμοποιείται για την κατανομή των σπανιζόντων

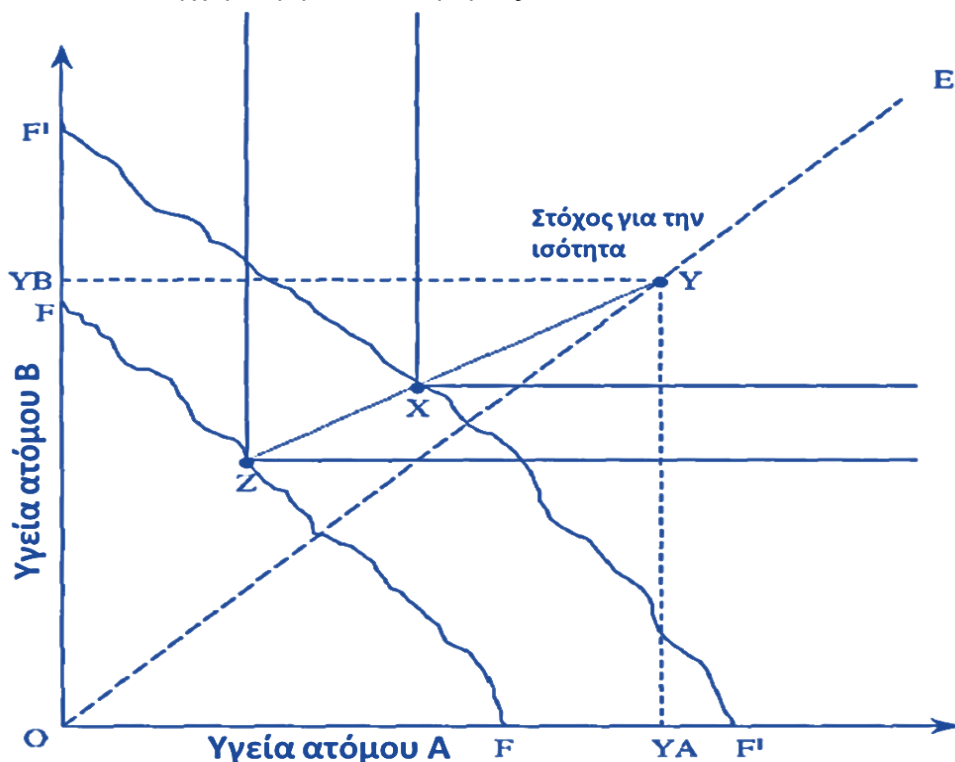
πόρων υπέρ των νεότερων ηλικιών. Σε αυτήν την περίπτωση, θεωρείται ότι ένα φυσιολογικό επίπεδο διάρκειας ζωής αποτελεί ηθικό δικαίωμα κάθε μέλους της κοινωνίας. Για αυτόν τον λόγο, θα πρέπει να αποδοθεί μεγαλύτερη βαρύτητα στα νεότερα άτομα που δεν έχουν επιτύχει ακόμη αυτόν τον στόχο από ό,τι σε εκείνα που τον έχουν ξεπεράσει, χρησιμοποιώντας, ενδεχομένως, και μια αναλογική της απόστασης (από το φυσιολογικό προσδόκιμο ζωής) κλίμακα (Williams και Cookson, 2000)⁴⁸. Στη βιβλιογραφία υπάρχουν διάφορες άλλες προσπάθειες ενσωμάτωσης κριτηρίων στάθμισης της κατανομής των QALYs. Για παράδειγμα, οι Bleichrodt κ.ά. (2004) προτείνουν τη συμπερίληψη συντελεστών βαρύτητας που βασίζονται στη σχετική θέση των ατόμων βάσει της κατάταξης των αναμενόμενων QALYs καθόλη τη διάρκεια της ζωής τους (rank-dependent model). Επίσης, οι Nord κ.ά. (1999) προκρίνουν την προσθήκη συντελεστών βαρύτητας βάσει της σοβαρότητας της ασθένειας ή την αντιστοίχιση αξιών στις καταστάσεις υγείας, κατά τρόπο που να διαμορφώνουν κοιλότητα (φθίνουσα οριακή αξία στις αυξήσεις) και ισχυρή συμπίεση στο άνω άκρο της συνάρτησης της χρησιμότητας (prioritarian model).

Ένα παράδειγμα όπου λαμβάνεται υπόψη η αρχική κατάσταση της υγείας των ατόμων, δίνοντας προτεραιότητα σε εκείνους που βρίσκονται στη χειρότερη κατάσταση, παρουσιάζεται στο **Γράφημα 2-4**. Έχοντας, λοιπόν, ως σημείο εκκίνησης το σημείο Z, όπου χειρότερη είναι η υγεία του A ατόμου, οι καμπύλες αδιαφορίας δεν είναι πλέον συμμετρικές ως προς τον άξονα της ισότητας (OE), αλλά ως προς τον άξονα ZY, όπου Y αποτελεί τον στόχο της πολιτικής. Επιπλέον, το σχήμα ορθής γωνίας (L-shaped) των καμπυλών αδιαφορίας εκφράζει ότι οι όποιες βελτιώσεις υγείας μπορούν να γίνουν μόνο σε αυτόν τον άξονα. Με αυτόν τον τρόπο, δίνεται συστηματικά υψηλότερη βαρύτητα στη βελτίωση της υγείας του A μέχρι την επίτευξη του στόχου της πολιτικής που αντιπροσωπεύεται από το σημείο Y.

⁴⁸ Ενδιαφέρον σε σχέση με αυτό το σημείο παρουσιάζει και η διαγενεακή δικαιοσύνη υπό το πρίσμα των περιορισμένων πόρων.

Η υγεία στο όνομα της δικαιοσύνης

Γράφημα 2-4 Βελτιστοποίηση στην κατανομή της υγείας δίνοντας προτεραιότητα στο άτομο με τη χειρότερη κατάσταση υγείας



Πηγή: Williams και Cookson (2000)

Η Ruger (2005· 2010a) συγκέντρωσε τους διάφορους προβληματισμούς που σχετίζονται με την εφαρμογή του ωφελμιστικού υποδείγματος και τεχνικών στην ηθική της δημόσιας υγείας. Μια βασική ανησυχία σχετίζεται με την έμφαση του ωφελμισμού στη συνολική κοινωνική ευημερία και όχι στην κατανομή της εντός της κοινωνίας. Σε αυτό το πλαίσιο η ωφελμιστική προσέγγιση μπορεί να αποδεχθεί μεγάλες κοινωνικές ανισότητες, εφόσον μεγιστοποιείται η αθροιστική κοινωνική ωφέλιμη αξία. Όπως παρατηρεί η Ruger (2005· 2010a), η άθροιση οφέλους αντιτίθεται τόσο στην καντιανή όσο και στην ελευθεριακή αρχή, καθότι υποβιβάζει τα άτομα από σκοπό από μόνα τους σε μέσα για τη μεγιστοποίηση τις αθροιστικής κοινωνικής ευημερίας. Ο Sen (1987· 1999b), μάλιστα, περιέγραψε τρεις περιορισμούς της προσέγγισης βάσει της ωφελιμότητας: α) παραβλέπει τη σημασία της ελευθερίας και επικεντρώνεται στα επιτεύγματα, β) εξαιρεί κάποια επιτεύγματα τα οποία δε συλλαμβάνονται από το μέτρο χρησιμότητας και γ) αδυνατεί να υπολογίσει με ακρίβεια καταστάσεις όπου ένα

άτομο, παρόλο που ζει σε δυσμενείς συνθήκες, έχει προσαρμοστεί σε αυτές και, επομένως, παρουσιάζεται λιγότερο επιβαρυνμένο κατά τη μέτρηση.

Επιπλέον, φαίνεται να είναι δυσχερής η ενσωμάτωση χρησιμότητων από διαφορετικές διαστάσεις της υγείας σε μία μόνο ποσοτική κλίμακα μέτρησης. Για παράδειγμα, είναι δύσκολο να συγκριθεί η αξία της διάσωσης μιας ζωής με τα οφέλη στην ποιότητα ζωής από μια θεραπευτική παρέμβαση (Ruger, 2005· Ruger, 2010a). Γενικότερα, τίθεται το ερώτημα αναφορικά με το πως θα πρέπει να σταθμιστεί ένα μικρό όφελος για πολλά άτομα με ένα μεγάλο όφελος για ασθενείς με μεγάλη ανάγκη. Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται τείνουν να μην ευνοούν άτομα με μειωμένη δυνατότητα να ωφεληθούν από μια παρέμβαση, ηλικιωμένους με λιγότερα έτη ζωής και ανθρωπούς με αναπηρίες, των οποίων τα οφέλη υγείας λαμβάνουν χαμηλότερη βαρύτητα (Ruger, 2005· Ruger, 2010a). Σε κάθε περίπτωση, η κατανομή πόρων βάσει της άθροισης των ατομικών προτιμήσεων μπορεί να μην ενσωματώνει τις κοινωνικές αξίες που θα έπρεπε να διέπουν τέτοιες αποφάσεις. Αυτό μπορεί να συμβαίνει διότι: α) το κάθε άτομο δεν είναι αρκετά ενημερωμένο ή ικανό για τέτοιες κρίσεις, β) δεν λαμβάνονται υπόψη οι ιδιαιτερότητες της κάθε περίπτωσης και το ιστορικό κάθε ασθενούς κατά τις αποφάσεις κατανομής και γ) η απλή άθροιση διαφέρει σημαντικά από μια διαδικασία δημοκρατικής διαβούλευσης και ηθικής αντεπιχειρηματολογίας, που θα αντιπροσώπευε καλύτερα τις κοινωνικές σταθμίσεις (Ruger, 2005· Ruger, 2010a)⁴⁹.

2.3.2.3. Η οικονομική προσέγγιση των κοινωνικοοικονομικών προσδιοριστών της υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης

Οι Tingham κ.ά. (2010) διακρίνουν μεταξύ της ευθύνης για την υγεία και εκείνης για την υγειονομική περίθαλψη. Το πρώτο είδος ευθύνης αφορά στους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία, με την κοινωνία να αποζημιώνει τα

⁴⁹ Τα έτη ζωής χωρίς αναπηρία (disability adjusted life years ή DALYs) αποτελούν έναν δείκτη προσδιορισμού της συνολικής επιβάρυνσης από μια ασθένεια λόγω πρόωρου θανάτου και απολεσθέντων ετών ζωής λόγω αναπηρίας, ο οποίος χρησιμοποιείται για τη δημιουργία βαρυτήτων αναπηρίας κατά τη λήψη οικονομικών αποφάσεων (Ruger, 2005· Ruger, 2010a).

άτομα για τα μειονεκτήματα υγείας που είναι πέραν του ελέγχου τους και να επιβάλει κυρώσεις για τις συμπεριφορές που λειτουργούν εις βάρος της υγείας τους. Παράδειγμα αποτελεί η προσέγγιση του «εξισωτισμού της τύχης», κατά τον οποίο τα άτομα θα πρέπει να θεωρούνται υπεύθυνα μόνο για τις συνειδητές επιλογές τους, ενώ θα πρέπει να αποζημιώνονται για τις συνέπειες της «ωμής τύχης» (brute luck). Η δεύτερη μορφή ευθύνης επικεντρώνεται στα αποτελέσματα υγείας που τα άτομα μπορούν να επιφέρουν χωρίς τη συμβολή της κοινωνίας. Αφορά στην κατανομή των αγαθών μέσω της αγοράς και έχει ως βασικό σκοπό τη μείωση της έκτασης της συλλογικής ευθύνης για την υγεία των πολιτών. Ωστόσο, η περίπτωση αυτή δεν μπορεί παρά να σχετίζεται άμεσα με τη γνωστική και τη γενικότερη δυνατότητα των ατόμων να ασκήσουν την ευθύνη τους ως προς την ιδιωτική χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψής τους. Αυτή, όμως, η προϋπόθεση εξαρτάται από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της υγειονομικής φροντίδας ως οικονομικό αγαθό. Ανάλογη παρατήρηση μπορεί να γίνει, βεβαίως, και για τους υπόλοιπους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία των ατόμων. Ως εκ τούτου, το ζήτημα που τίθεται είναι αν η αγορά λειτουργεί κατά τρόπο που μεγιστοποιεί την αποτελεσματικότητα από την κατανομή των πόρων ή αν είναι αναγκαία από οικονομική σκοπιά η παρέμβαση του κράτους για την αποκατάσταση της αποτελεσματικότητάς της σε περίπτωση που παρουσιάζονται διάφορες δυσλειτουργίες.

Στις προηγούμενες υποενότητες αναπτύχθηκαν διάφορα σημεία της σύλληψης του ωφελιμισμού και των νεοκλασικών οικονομικών που ανέδειξαν τις αδυναμίες αυτής της προσέγγισης να λάβει υπόψη της διανεμητικά ζητήματα και, ειδικότερα, την περίπτωση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας και της (πιθανής) αξίωσης για την άμβλυνσή τους μέσα από παρεμβάσεις ανακατανομής των κοινωνικοοικονομικών πόρων και της υγειονομικής περίθαλψης. Η ενότητα αυτή θα επικεντρωθεί συγκεκριμένα στα οικονομικά επιχειρήματα των δυσλειτουργιών των αγορών της υγειονομικής φροντίδας και των άλλων κοινωνικοοικονομικών πόρων, που καθιστούν προβληματική την εφαρμογή των βασικών προϋποθέσεων των οικονομικών της ευημερίας.

2.3.2.3.1. Οικονομική προσέγγιση των κοινωνικοοικονομικών προσδιοριστών της υγείας

Κατά τα νεοκλασικά οικονομικά, είτε η αποτελεσματικότητα θα πρέπει να διαχωριστεί τελείως από τα ζητήματα ισοτιμίας είτε, στο πλαίσιο της συνάρτησης της κοινωνικής ευημερίας, υπάρχει μια αρνητική σχέση ή αντιστάθμιση μεταξύ της ισοτιμίας και της αποτελεσματικότητας, όπου η επιδίωξη του ενός στόχου συνεπάγεται κάποια θυσία ως προς τον άλλον. Η σκοπιμότητα της παρέμβασης του κράτους στην αγορά βάσει λόγων δημόσιας υγείας ή και δικαιοσύνης στην υγεία μπορεί να διαφέρει από εκείνη της οικονομικής προσέγγισης. Από την οικονομική σκοπιά, η οποιαδήποτε παρέμβαση του κράτους στον μηχανισμό της αγοράς θα πρέπει να δικαιολογείται στη βάση της βελτίωσης της αποτελεσματικότητάς της, όταν η υπάρχουσα κατανομή των πόρων είναι υποβέλτιστη (World Health Organization, 2013a). Αποτελεσματική κατανομή των πόρων είναι εκείνη που επιτυγχάνει την αριστοποίηση κατά Pareto, μια κατάσταση κατά την οποία δεν είναι δυνατόν να βελτιωθεί η κατάσταση ενός ατόμου χωρίς να χειροτερεύσει ενός άλλου. Η αναποτελεσματική κατανομή συνιστά σπατάλη πόρων, καθότι θα μπορούσαν να επιτευχθούν καλύτερα αποτελέσματα με τους ίδιους συντελεστές παραγωγής. Υπό αυτές τις συνθήκες, η ανακατανομή των πόρων μέσω της κρατικής παρέμβασης με ρυθμίσεις, απευθείας παραγωγή, φορολογία ή και γενικότερες αναδιανεμητικές πολιτικές θα προλάμβανε τη σπατάλη και θα βελτίωνε την αποτελεσματικότητα (World Health Organization, 2013a).

Από τα προηγούμενα προκύπτει ότι η κοινωνική ευημερία κατά την οικονομική προσέγγιση μεγιστοποιείται όταν οι αγορές επιτυγχάνουν τη μέγιστη δυνατή αποτελεσματικότητα. Σε με τέτοια κατάσταση, οποιαδήποτε κρατική παρέμβαση θα δημιουργούσε διαστρεβλώσεις και θα μείωνε την αποτελεσματικότητα. Συνεπώς, για να δικαιολογηθεί η κρατική παρέμβαση για την ανακατανομή των κοινωνικοοικονομικών προσδιοριστών της υγείας θα πρέπει να αναγνωριστούν περιπτώσεις όπου δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις της πλήρους λειτουργικής αγοράς, οι οποίες είναι οι παρακάτω: α) οι αποφάσεις λαμβάνονται βάσει ακριβούς πληροφόρησης για τις σχετικές συνέπειες, β) όλα τα κόστη και οφέλη που σχετίζονται με μια απόφαση επιβαρύνουν και ωφελούν το ίδιο το άτομο που λαμβάνει αυτήν την απόφαση και γ) τα άτομα λειτουργούν

ορθολογικά σταθμίζοντας τα κόστη και τα οφέλη μιας απόφασης και επιλέγοντας εκείνη την πορεία δράσης που μεγιστοποιεί τη συνολική χρησιμότητά τους (World Health Organization, 2013a).

Γενικότερα, πηγές αποτυχίας ή δυσλειτουργίας της αγοράς είναι: η ατελής ή ασύμμετρη πληροφόρηση, οι εξωτερικότητες, τα δημόσια αγαθά και η μη ορθολογική συμπεριφορά. Η ατελής πληροφόρηση αφορά στην απουσία επαρκούς πληροφόρησης για τα κόστη ή τα οφέλη μιας απόφασης. Για παράδειγμα, ενδέχεται κάποιοι γονείς να μη γνωρίζουν πλήρως την οικονομική και μη οικονομική μακροπρόθεσμη σημασία της εκπαίδευσης –έννας σημαντικός κοινωνικοοικονομικός προσδιοριστής της υγείας– με συνέπεια να μην επενδύουν επαρκώς στην παιδεία των παιδιών τους. Ακόμη περισσότερο, στην αγορά μπορεί να υφίσταται ασυμμετρία πληροφόρησης, ιδίως μεταξύ αγοραστών και πωλητών των αγαθών, με αυτούς που διαθέτουν την καλύτερη πληροφόρηση να έχουν τη δυνατότητα να εκμεταλλευτούν αυτό το πλεονέκτημα εις βάρος των άλλων, ιδίως στην πιστωτική και την ασφαλιστική αγορά. Πάλι στο παράδειγμα της εκπαίδευσης, οι γονείς υψηλότερης κοινωνικοοικονομικής θέσης είναι πιθανό να έχουν καλύτερη γνώση για τα οφέλη της μόρφωσης, με συνέπεια να επενδύουν περισσότερο στην εκπαίδευση των παιδιών τους από ό,τι εκείνοι με χαμηλότερο οικονομικό υπόβαθρο. Αυτό βεβαίως έχει ως επακόλουθο τη διαγενεακή μετάδοση ή και τη διεύρυνση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων, που με τη σειρά τους οδηγούν σε αντίστοιχες κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας (World Health Organization, 2013a). Ως εκ τούτου, η κρατική παρέμβαση για την αποκατάσταση της ατελούς πληροφόρησης μπορεί να οδηγήσει εμμέσως σε μείωση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας.

Το συνολικό κοινωνικό κόστος (ή όφελος) από μια απόφαση ή την παραγωγή ή την κατανάλωση ενός αγαθού αποτελείται από τα εσωτερικά και τα εξωτερικά κόστη (ή οφέλη). Εσωτερικά κόστη (ή οφέλη) είναι εκείνα τα «προσωπικά» κόστη (ή οφέλη) που επιβαρύνουν (ή βοηθούν) και συνεκτιμώνται από το άτομο που λαμβάνει τη σχετική απόφαση (World Health Organization, 2013a). Εξωτερικότητες είναι δευτερογενείς επιπτώσεις που προκύπτουν από την απόφαση ή την παραγωγή ή την κατανάλωση αγαθών και επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά τα υπόλοιπα άτομα, με την επίπτωση αυτή

να είναι εκτός του ελέγχου τους (Donaldson και Gerard, 1993· Hurley, 2000). Για παράδειγμα, η απόφαση από ένα άτομο να καπνίζει ή να καταναλώνει υπερβολικές ποσότητες αλκοόλ μπορεί να επηρεάζει αρνητικά την υγεία του, και αυτό είναι το εσωτερικό κόστος. Ωστόσο, μέσω του παθητικού καπνίσματος και τη γενικότερη αύξηση της βίας και της εγκληματικότητας (που συνδέεται με την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ), η απόφαση αυτή επιφέρει (εξωτερικά) κόστη και στην υπόλοιπη κοινωνία, τα οποία συνήθως καλύπτονται από τον δημόσιο προϋπολογισμό είτε για επιπρόσθετη υγειονομική φροντίδα είτε για την καταπολέμηση της εγκληματικότητας. Από την άλλη πλευρά, η αντικατάσταση του αυτοκινήτου με το ποδήλατο όχι μόνο βελτιώνει την υγεία του ατόμου (εσωτερικό όφελος), αλλά επίσης μειώνει και την περιβαλλοντική μόλυνση γενικότερα (εξωτερικό όφελος). Άλλο παράδειγμα είναι η εκπαίδευση, όπου πέρα από τα ατομικά οφέλη που μπορεί να προσφέρει σε σχέση με τον επαγγελματικό τομέα, επιπλέον μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της συνολικής κοινωνικής παραγωγικότητας, ενώ ταυτόχρονα διαθέτει και μια κοινωνικοποιητική λειτουργία, προωθώντας την ευρύτερη κοινωνική συνοχή (World Health Organization, 2013a).

Ουσιαστικά, θα πρέπει να αναγνωρίζεται ότι, ενώ το προσωπικό κόστος (ή όφελος) μπορεί να διαφέρει από το κοινωνικό, το εξωτερικό κόστος (ή όφελος) δε λαμβάνεται υπόψη στο πλαίσιο των συναλλαγών μεταξύ των αγοραστών και των πωλητών των αγαθών. Εφόσον το κόστος (ή το όφελος) που προκύπτει από την εξωτερικότητα ενσωματωνόταν στις συναλλαγές, αυτό θα επηρέαζε αντίστοιχα και τη ζήτηση για αυτό το αγαθό (Donaldson και Gerard, 1993· Hurley, 2000). Συνεπώς, ως προς τα προηγούμενα παραδείγματα, η ατομική κατανάλωση καπνού και αλκοόλ είναι υψηλότερη και η χρήση ποδηλάτων χαμηλότερη από τη βέλτιστη, αν ληφθεί υπόψη η συνολική κοινωνική αποτελεσματικότητα. Σε αυτήν την περίπτωση, το κράτος θα πρέπει να παρέμβει, προκειμένου να αποθαρρύνει την κατανάλωση αγαθών ή συμπεριφορές που παράγουν αρνητικές εξωτερικότητες, π.χ. με την επιβολή φόρου, και να ενθαρρύνει συμπεριφορές που συνδέονται με θετικές εξωτερικότητες, π.χ. με την επιδότηση τους. Όμως, θετικές εξωτερικότητες συνδέονται με την επένδυση σε πολλούς κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστές της υγείας (World Health Organization, 2013a). Συνεπώς, με την

προώθηση συμπεριφορών που συνδέονται με θετικές εξωτερικότητες για την βελτίωση της κοινωνικής αποτελεσματικότητας, μπορεί να προκύψει παράλληλα και άμβλυνση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας.

(Αμιγή) δημόσια αγαθά είναι εκείνα τα αγαθά που χαρακτηρίζονται από α) έλλειψη δυνατότητας αποκλεισμού (non-excludability) και β) μη ανταγωνιστικότητα στη χρήση τους (non-rivalry in use) (Musgrave, 1969). Το πρώτο χαρακτηριστικό αναφέρεται στην αδυναμία (ή πολύ υψηλό κόστος) αποκλεισμού ατόμων από την κατανάλωσή του και το δεύτερο στο ότι η κατανάλωση των αγαθών αυτών δεν επηρεάζεται από τον αριθμό των ατόμων που τα χρησιμοποιούν. Ο μηχανισμός των τιμών, επομένως, δεν μπορεί να λειτουργήσει σε αυτά τα αγαθά, όπως είναι η εθνική άμυνα, καθότι παύει το στοιχείο της σπανιότητας, που είναι βασική προϋπόθεση για τη λειτουργία της αγοράς. Για αυτόν τον λόγο, οι καταναλωτές δεν είναι διατεθειμένοι να πληρώσουν για τη χρήση τους και δεν αναλαμβάνεται η παραγωγή τους από τον ιδιωτικό τομέα. Ένα σχετικό παράδειγμα μπορεί να αποτελέσει η σχετιζόμενη με την υγεία γνώση, η οποία μπορεί να συνδέεται με διάφορους προσδιοριστές (π.χ. την εκπαίδευση), όπου, ενώ η παραγωγή της απαιτεί ενδελεχής έρευνα και είναι ιδιαίτερα δαπανηρή, η πρόσβαση σε αυτήν είναι σχεδόν ελεύθερη διαμέσου διαφόρων μέσων επικοινωνίας (World Health Organization, 2013a). Σε αυτήν την περίπτωση, λοιπόν, το κράτος μπορεί να επιδοτήσει τη σχετική έρευνα, αποκαθιστώντας τη σχετική αποτυχία της αγοράς και συμβάλλοντας στη βελτίωση του συνολικού αποθέματος υγείας στην κοινωνία. Ωστόσο, η μείωση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας εξαρτάται από τη διάχυση της σχετικής γνώσης μεταξύ των ομάδων. Ένας μηχανισμός δημιουργίας κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας είναι η ευχερέστερη υιοθέτηση νέων συμπεριφορών ή τεχνολογιών υγείας από τα άτομα που βρίσκονται σε υψηλότερες θέσεις στην κοινωνική κλίμακα, τουλάχιστον κατά την πρώτη, δυναμική φάση των υγειονομικών βελτιώσεων. Πάντως, μπορούμε να κάνουμε την υπόθεση ότι, αφού το οριακό όφελος υγείας από μια νέα τεχνολογία είναι σε κάθε περίπτωση φθίνον και η σχετική γνώση διαχέεται από ένα σημείο και έπειτα στο σύνολο της κοινωνίας, μακροπρόθεσμα μπορούμε να οδηγηθούμε σε μια συμπίεση των

κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας –τουλάχιστον δεν είναι τόσο παράλογο να το υποθέσουμε.

Αν και τα καθιερωμένα οικονομικά της ευημερίας στηρίζονται στην ορθολογική συμπεριφορά των ατόμων, τα σύγχρονα οικονομικά της συμπεριφοράς (behavioural economics) αναγνωρίζουν ότι τα άτομα λειτουργούν σε πολλές περιπτώσεις με περιορισμένη ορθολογικότητα (World Health Organization, 2013a). Στην πραγματικότητα, η λήψη των αποφάσεων μπορεί να στηρίζεται σε περιορισμένη πληροφόρηση, ενώ και τα άτομα δε διαθέτουν επαρκή υπολογιστική ικανότητα για την πλήρη αξιολόγηση και ιεράρχηση όλων των εναλλακτικών επιλογών. Αυτοί οι περιορισμοί οδηγούν σε επιλογές που δεν είναι βέλτιστες, αλλά μόνο ικανοποιητικές, ιδιαίτερα σε πολύπλοκες καταστάσεις, όπου τα άτομα τείνουν να στηρίζονται σε κανόνες ή συνήθειες που απλοποιούν τη διαδικασία λήψης της απόφασης (Simon, 1962). Οι οικονομολόγοι αποδέχονται ότι τα παιδιά και οι έφηβοι δεν λειτουργούν πάντοτε ορθολογικά, με συνέπεια σε πολλές περιπτώσεις να λειτουργούν ενάντια στα μακροπρόθεσμα συμφέροντά τους, όπως με την υιοθέτηση ανθυγιεινών συμπεριφορών (π.χ. το κάπνισμα) (World Health Organization, 2013a). Αυτή η συμπεριφορά συνδέεται γενικότερα με το φαινόμενο των ασυνεπών στον χρόνο προτιμήσεων (time-inconsistent preferences) ή της υπερβολικής/χρονικής προεξόφλησης (hyperbolic ή temporal discounting). Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, οι προτιμήσεις των δρώντων μπορεί να αλλάζουν κατά τη διάρκεια του χρόνου, δίνοντας μεγαλύτερη αξία στην άμεση ικανοποίηση σε σχέση με τα μακροπρόθεσμα βέλτιστα οφέλη. Τέτοιου είδους στάση μπορεί να οδηγήσει σε υποεπένδυση σε κοινωνικοοικονομικούς πόρους, όπως είναι η εκπαίδευση ή οι ευνοϊκές για την υγεία συμπεριφορές (π.χ. η άσκηση) (World Health Organization, 2013a).

Από τα προηγούμενα προκύπτει, λοιπόν, ότι στο πλαίσιο των ατελών αγορών, το δίλημμα μεταξύ της ισότητας και της αποτελεσματικότητας δεν υπάρχει απαραίτητα, καθώς μια αναδιανεμητική πολιτική μπορεί να παραγάγει μεγαλύτερα οφέλη από ό,τι κόστη αποτελεσματικότητας. Μάλιστα, έχει επιπλέον τεκμηριωθεί ότι η οικονομική ανισότητα παρεμποδίζει την οικονομική ανάπτυξη, λόγω της αναποτελεσματικής κατανομής των πόρων, της σπατάλης παραγωγικού δυναμικού που προκύπτει από την ανισότητα ευκαιριών και της

μειωμένης θεσμικής ανάπτυξης (World Bank, 2005· Βενιέρης, 2015). Σύμφωνα με τα παραπάνω, συνεπώς, διαμορφώνεται ένα επιχείρημα παρέμβασης στη λειτουργία της αγοράς όχι στη βάση της ισότητας, αλλά της αποτελεσματικότητας. Σε κάθε περίπτωση, γενικότερα υπάρχουν πολιτικές που προωθούν ταυτόχρονα και τους δύο στόχους (double dividend effect). Τέτοιο παράδειγμα αποτελεί η επένδυση στα μη προνομιούχα παιδιά για την αντιστάθμιση του δυσμενούς οικογενειακού περιβάλλοντος, η οποία όχι μόνο μειώνει την ανισότητα ευκαιριών που προκύπτει από το διαφοροποιημένο κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο των γονέων, αλλά παράλληλα βελτιώνει τη συνολική κοινωνική παραγωγικότητα, ενώ συνδέεται και με άλλες θετικές εξωτερικότητες, όπως τη μείωση της εγκληματικότητας (Heckman και Masterov, 2007· World Health Organization, 2013a).

Υπό μια καθαρά οικονομική οπτική, το κόστος των ανισοτήτων υγείας είναι δυσθεώρητο. Οι LaVeist κ.ά. (2011) διερεύνησαν την οικονομική επιβάρυνση από τις φυλετικές διαφορές υγείας στις Η.Π.Α. Για αυτόν τον σκοπό υπολόγισαν το άμεσο ιατρικό κόστος, το έμμεσο κόστος που σχετίζεται με την απώλεια παραγωγικότητας και το κόστος του πρόωρου θανάτου για κάθε φυλετική ομάδα, και τα σύγκριναν με εκείνα που θα υπήρχαν εφόσον το μέσο επίπεδο υγείας για κάθε ομάδα ήταν ίσο με εκείνο της φυλής/εθνότητας που παρουσίαζε τις καλύτερες μέσες εκβάσεις υγείας. Μεταξύ 2003 και 2006, λοιπόν, το συνολικό άμεσο ιατρικό κόστος των φυλετικών ανισοτήτων υγείας εκτιμήθηκε σε 230 εκ. δολάρια, ενώ, αν συμπεριληφθούν και τα έμμεσα κόστη, τότε το σύνολο ποσό ξεπερνούσε το ένα τρισ. δολάρια.

2.3.2.3.2. Οικονομική προσέγγιση της υγειονομικής περίθαλψης

Η υγειονομική περίθαλψη ως οικονομικό αγαθό ορίζεται γενικά ως όλα τα είδη των υπηρεσιών και αγαθών που έχουν ως πρωταρχικό σκοπό να βελτιώσουν ή να αποτρέψουν τη χειροτέρευση της υγείας, τα οποία μπορούν να πωληθούν, ανταλλαχθούν ή και να παρασχεθούν δωρεάν (Hurley, 2000· Tinghog κ.ά., 2010). Η εμπορευματοποίηση της υγειονομικής φροντίδας συχνά επικρίνεται καθότι θεωρείται ότι συνδέεται με το βασικό δικαίωμα στην υγεία. Ωστόσο, και άλλα αγαθά που θεωρούνται βασικά δικαιώματα, όπως είναι η τροφή και η στέγαση, αποτελούν παράλληλα οικονομικό αντικείμενο. Έπειτα, η

υγειονομική φροντίδα αποτελεί έναν μεταξύ πολλών παραγόντων που παράγουν την υγεία (Grossman, 1972), των οποίων η παραγωγή, η κατανομή και η ζήτηση συνδέεται με την τιμή τους. Σε κάθε περίπτωση η υγειονομική φροντίδα συνιστά ένα ετερογενές σύνολο αγαθών και υπηρεσιών, για τις οποίες, κατά συνέπεια, θα πρέπει να διερευνάται ξεχωριστά το αν θα πρέπει να χρηματοδοτούνται από την κοινωνία ως σύνολο ή ιδιωτικά από τον κάθε πολίτη (Hurley, 2000· Tinghog κ.ά., 2010).

Ωστόσο, η υγειονομική περίθαλψη διαθέτει ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που μάλλον καθιστούν προβληματική την διανομή της μέσω των μηχανισμών της ελεύθερης αγοράς. Η υγειονομική φροντίδα ανήκει στα λεγόμενα «κοινωνικά αγαθά» (merit goods) –έννοια που εισήγαγε ο Musgrave (1959)– για τα οποία υπάρχει ανεπαρκής είτε παραγωγή είτε κατανάλωση σε σχέση με τις επιθυμητές ποσότητες της κοινωνίας, καθότι συνδέονται με σημαντικές δευτερογενείς επιδράσεις (spillover effects). Αυτές οι αποτυχίες της αγοράς καθιστούν αναγκαία την εκτεταμένη παρέμβαση του κράτους στην κατανομή της υγειονομικής περίθαλψης είτε με την ασφάλιση υγείας είτε με την οργάνωση των εθνικών συστημάτων υγείας και της υγειονομικής αγοράς για λογαριασμό των ασθενών ή και την απευθείας παροχή υγειονομικών αγαθών και υπηρεσιών προς τους πολίτες (Donaldson και Gerard, 1993). Το σχετικό επιχείρημα βασίζεται στο ότι οι ιδανικές προϋποθέσεις του τέλει ανταγωνισμού δεν μπορούν να λειτουργήσουν στο πλαίσιο της αγοράς της υγειονομικής φροντίδας.

Αρχικά, όπως αναφέρθηκε και νωρίτερα, η ζήτηση για υγειονομική φροντίδα προέρχεται από τη ζήτηση για το αγαθό της υγείας (Grossman, 1972). Μάλιστα, ενώ τα περισσότερα αγαθά καταναλώνονται γιατί παράγουν άμεση χρησιμότητα, η υγειονομική περίθαλψη συχνά παράγει πρώτα αρνητική χρησιμότητα πριν βελτιώσει την υγεία, η οποία και αποτελεί τον τελικό σκοπό της (Hurley, 2000· Tinghog κ.ά., 2010). Ως εκ τούτου, είναι δύσκολο, για παράδειγμα, να προέλθει ικανοποίηση από την κατανάλωση προληπτικών υγειονομικών υπηρεσιών (Arrow, 1963), και ο καταναλωτής των υγειονομικών υπηρεσιών δεν μπορεί να είναι πάντοτε ο καλύτερος κριτής των συμφερόντων του (Culyer, 1989).

Το δεύτερο ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της υγειονομικής περίθαλψης που την ξεχωρίζει από τα υπόλοιπα οικονομικά αγαθά είναι η ασυμμετρία πληροφόρησης μεταξύ του ασθενούς και του παρόχου υγειονομικής φροντίδας (Tinghog κ.ά., 2010). Η ιατρική γνώση είναι τόσο πολύπλοκη, ώστε ο ασθενής αδυνατεί να αξιολογήσει τόσο την ανάγκη όσο και τις πιθανές συνέπειες της υγειονομικής φροντίδας. Επιπλέον, δεν μπορεί να ελέγξει την ποιότητά της μέσω δοκιμής πριν την καταναλώσει ή βάσει προηγούμενης εμπειρίας, καθότι τόσο η εμφάνιση όσο και η εξέλιξη μιας ασθένειας είναι μη προβλέψιμες (Arrow, 1963). Για αυτόν τον λόγο, η σχέση μεταξύ του ασθενούς και του παρόχου βασίζεται σε έναν ιδιαίτερο δεσμό εμπιστοσύνης, όπου θεωρείται ότι ο ιατρός διαθέτει ένα ειλικρινές ενδιαφέρον για την ευημερία του ασθενούς του, προς την οποία δίνει προτεραιότητα έναντι του προσπορισμού οικονομικού ή άλλου οφέλους (Arrow, 1963).

Ο Arrow (1963) είχε επίσης επισημάνει ότι τόσο η ποιότητα όσο και η ποσότητα της προσφοράς της υγειονομικής περίθαλψης επηρεάζεται σημαντικά από κοινωνικές μη σχετιζόμενες με την αγορά δυνάμεις. Αυτές σχετίζονται με τη διαδικασία τυποποίησης και αδειοδότησης των υπηρεσιών, η οποία κατά κάποιον τρόπο ρυθμίζει την είσοδο στο επάγγελμα και αυξάνει το κόστος των υπηρεσιών. Βέβαια, αυτό είναι αναγκαίο στην αγορά της υγειονομικής περίθαλψης, καθότι η απουσία ρύθμισης θα ήταν ιδιαίτερα προβληματική. Αυτό διότι, λόγω της ασυμμετρίας στην πληροφόρηση, οι ασθενείς δεν θα μπορούσαν να λάβουν σωστές αποφάσεις, με τα σχετικά ιατρικά λάθη να μπορούν να είναι ακόμη και θανατηφόρα (Donaldson και Gerard, 1993). Ωστόσο, το υψηλό ιδιωτικό όφελος της εισόδου στο ιατρικό επάγγελμα υπερβαίνει το κόστος εκπαίδευσης περισσότερο σε σχέση με άλλα επαγγέλματα.

Το τρίτο διακριτό χαρακτηριστικό της υγειονομικής περίθαλψης είναι η αβεβαιότητα που υπάρχει τόσο ως προς την ανάγκη για αυτήν όσο και ως προς το βελτιωτικό αποτέλεσμα που μπορεί να επιφέρει, δηλαδή την αποτελεσματικότητά της (Arrow, 1963). Ο αιφνίδιος χαρακτήρας της ασθένειας μπορεί να οδηγήσει στην κατανομή ενός σημαντικού μέρους του οικογενειακού προϋπολογισμού στην αγορά υγειονομικών αγαθών και υπηρεσιών, με συνέπεια να επιδεινώνονται οι συνθήκες διαβίωσης ή και να φτωχοποιούνται

τα νοικοκυριά. Κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, οι περιπτώσεις καταστροφικών και φτωχοποιητικών άμεσων ιδιωτικών δαπανών υγείας⁵⁰ αυξήθηκαν σημαντικά, λόγω της ταυτόχρονης μείωσης του μέσου εισοδήματος και της μετακύλισης του κόστους χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας άμεσα στους πολίτες στο σημείο παροχής τους (Yfantopoulos κ.ά., 2017a· Chantzaras και Yfantopoulos, 2018a).

Η αβεβαιότητα στις αγορές αντιμετωπίζεται συνήθως με την ανάπτυξη μηχανισμών ασφάλισης (Tinghog κ.ά., 2010). Σε αυτό το πλαίσιο, τα άτομα πραγματοποιούν πληρωμές σε έναν ασφαλιστικό φορέα, προκειμένου να αποζημιωθούν για τις ιατρικές δαπάνες σε περίπτωση ασθένειας στο μέλλον (Donaldson και Gerard, 1993). Ωστόσο, η αγορά ασφάλισης υγειονομικής περίθαλψης πάσχει από σημαντικά μειονεκτήματα, με κυριότερα: τις αντικονομίες κλίμακας, τη δυσμενή επιλογή (adverse selection) και τον ηθικό κίνδυνο (moral hazard) (Culyer, 1989· Donaldson και Gerard, 1993· Hurley, 2000): Οι αντικονομίες κλίμακας μπορεί να προκύψουν από τον μικρής κλίμακας ανταγωνισμό ή από ένα εκμεταλλευτικό μονοπώλιο (exploitative monopolist), που συνεπάγονται υψηλότερα ασφάλιστρα, λόγω των αυξημένων διοικητικών εξόδων και των δαπανών που σχετίζονται με το μάρκετινγκ. Έπειτα, η πλήρης ασφάλιση από το κόστος της υγειονομικής φροντίδας αφήνει χώρο στον λεγόμενο ηθικό κίνδυνο, ο οποίος οδηγεί στην αλλαγή στάσης τόσο των καταναλωτών όσο και των παρόχων της περίθαλψης. Αναφορικά με τους καταναλωτές, από τη μια πλευρά, η μείωση του οικονομικού κόστους της ασθένειας την καθιστά μια λιγότερο ανεπιθύμητη κατάσταση, με συνέπεια να υποχωρεί το κίνητρο των ατόμων για τη λήψη των αναγκαίων προστατευτικών μέτρων για την υγεία τους. Από την άλλη, και για τον ίδιο λόγο, μια μειωμένη (ή και μηδενική) τιμή στο σημείο παροχής της υπηρεσίας μπορεί να οδηγήσει σε υψηλότερο βαθμό κατανάλωσης από εκείνον που θα θεωρείτο

⁵⁰ Καταστροφικές δαπάνες υγείας είναι εκείνες που ξεπερνούν ένα όριο του οικογενειακού προϋπολογισμού, πάνω από το οποίο θεωρείται πως τα νοικοκυριά αναγκάζονται να θυσιάσουν άλλα βασικά αγαθά για την υγειονομική περίθαλψή τους. Φτωχοποιητικές δαπάνες υγείας είναι εκείνες που η πληρωμή τους οδηγεί τα νοικοκυριά κάτω από το κατώφλι της φτώχειας (Chantzaras και Yfantopoulos, 2018a).

αποτελεσματικός. Ως προς τους παρόχους, η αποτυχία της αγοράς συνδέεται με την προκλητή ζήτηση (supplier-induced demand), όπου οι πάροχοι έχουν κίνητρο να παρέχουν μεγαλύτερη ποσότητα υπηρεσιών από εκείνη που θα επικρατούσε στην αγορά, εφόσον δεν υπήρχε ασύμμετρη πληροφόρηση μεταξύ των ασθενών και των ιατρών. Η δυσμενής επιλογή προκύπτει από την ασύμμετρη πληροφόρηση στην αγορά ασφάλισης, οπότε και οι ασφαλιστικές εταιρίες επιβάλλουν ασφάλιστρα βάσει του μέσου κινδύνου στον πληθυσμό (community rating). Αυτό βεβαίως μπορεί να οδηγήσει ορισμένα άτομα που θεωρούν ότι έχουν χαμηλότερο από τον μέσο όρο κίνδυνο να μην ασφαλιστούν, καθότι αξιολογούν το μέσο ασφάλιστρο ως ιδιαίτερα υψηλό για αυτούς (σε σχέση πάντοτε με τον αντιλαμβανόμενο από αυτούς διατρεχόμενο κίνδυνο). Επιπλέον, υπάρχει περίπτωση οι ασφαλιστικές εταιρίες να προσαρμόζουν τα ασφάλιστρα βάσει του ατομικού αντί του μέσου κινδύνου, οπότε κάποιες ομάδες ανθρώπων, όπως οι χαμηλού εισοδήματος, οι ηλικιωμένοι και οι χρόνιοι ασθενείς, να αδυνατούν να ασφαλιστούν, λόγω των πολύ υψηλών ασφαλίσεων. Ωστόσο, αυτή η τελευταία περίπτωση δεν μπορεί να θεωρηθεί ως αποτυχία της αγοράς, και το αν είναι ανεπιθύμητη ή όχι από την οικονομική σκοπιά μπορεί να αξιολογηθεί στο πλαίσιο των πιθανών εξωτερικοτήτων που μπορεί να έχει (Donaldson και Gerard, 1993).

Η υγειονομική περίθαλψη συνδέεται επιπλέον με την ύπαρξη ορισμένων θετικών εξωτερικοτήτων (Culyer, 1989· Donaldson και Gerard, 1993· Hurley, 2000· Tinghog κ.ά., 2010). Οι εξωτερικότητες κοινωνικού ενδιαφέροντος (caring externalities) σχετίζονται με το ενδιαφέρον των ανθρώπων για τη φροντίδα των ασθενέστερων μελών της κοινωνίας και την ικανοποίηση που τους δίνει να γνωρίζουν πως αυτό εκπληρώθηκε. Οι πατερναλιστικές εξωτερικότητες (paternalistic externalities) σχετίζονται με την αδυναμία των ατόμων να κατανοήσουν ποια θα ήταν η καλύτερη επιλογή για αυτούς και το αν θα πρέπει να αγοράσουν υγειονομική περίθαλψη, όταν αυτή δεν χρηματοδοτείται από το κράτος. Οι εγωιστικές εξωτερικότητες (selfish externalities) αφορούν στη θετική επίπτωση που μπορεί να έχει στην ευημερία των ανθρώπων η κατανάλωση υγειονομικής περίθαλψης από άλλα μέλη της κοινωνίας, όπως με την αυξημένη παραγωγικότητα που συνδέεται με το καλύτερο επίπεδο υγείας. Τέλος, οι εξωτερικότητες της αξίας επιλογής (option-value externalities) αναφέρονται

στην προθυμία του ατόμων να διαθέσουν ένα χρηματικό ποσό για να είναι συνεχώς διαθέσιμη η υγειονομική περίθαλψη για το ενδεχόμενο μελλοντικής χρήσης της, καθότι η σχετική ανάγκη για επαρκής ποσότητα δεν μπορεί να προβλεφθεί, λόγω του αιφνίδιου και μη κανονικού χαρακτήρα της ασθένειας.

2.3.3. Διανεμητική δικαιοσύνη ως ισότητα

Στην υποενότητα αυτή συμπεριλαμβάνονται συλλήψεις που έχουν ως βασική διανεμητική αρχή την ισότητα. Όπως και ο ωφελιμισμός, έτσι και ο εξισωτισμός αποτελεί μια συνεπειοκρατική σύλληψη της κατανομής του αγαθού που πρόκειται να κατανεμηθεί (*distribuendum*). Όταν το εισόδημα αποτελεί το προς κατανομή αγαθό, τότε αναφερόμαστε σε έναν γενικό εξισωτισμό (*general egalitarianism*), ενώ για τα υπόλοιπα αγαθά και εκβάσεις, όπως είναι η υγεία, μπορούμε να χρησιμοποιούμε τον όρο ειδικός εξισωτισμός (*specific egalitarianism*) (Olsen, 1997).

Η διάκριση των εξισωτικών θεωριών έγινε με βάση το τι θεωρείται σημαντικό να εξισωθεί από πλευράς διανεμητικής δικαιοσύνης. Έτσι, θα αναλυθούν προσεγγίσεις που ενδιαφέρονται για την εξίσωση της κατάστασης υγείας, των «πρωταρχικών αγαθών» (*primary goods*) του Rawls ως παράγοντες της υγείας κατά τον Daniels, των ευκαιριών και της τύχης που επηρεάζουν τις εκβάσεις υγείας και των «δυνατοτήτων» (*capabilities*) για υγεία. Βέβαια, πολλοί συγγραφείς ξεχωρίζουν την ισότητα ευκαιριών από τις άλλες εξισωτικές θεωρίες, στον βαθμό που οι δεύτερες ερμηνεύουν την υπόθεση της ηθικής ισότητας μεταξύ των ατόμων ως μια απαίτηση εξίσωσης κάποιας τελικής έκβασης, ενώ η ισότητα ευκαιριών ενδιαφέρεται για την εξίσωση των όρων ή των παραγόντων που επηρεάζουν την κατανομή της έκβασης ενδιαφέροντος. Ωστόσο, καθότι η οργάνωση των συλλήψεων δικαιοσύνης έχει ως βάση της το είδος της διανεμητικής αρχής, η ισότητα ευκαιριών συμπεριλαμβάνεται σε αυτήν την υποενότητα. Κάτι αντίστοιχο ισχύει και για την εξίσωση των δυνατοτήτων υγείας και των «πρωταρχικών αγαθών». Η σύλληψη των δυνατοτήτων εκφράζει την απαίτηση για την ισότητα των πραγματικών ευκαιριών για συγκεκριμένες λειτουργικές καταστάσεις, μεταξύ των οποίων και η δυνατότητα να είναι κάποιος υγιής, το οποίο συνδέεται στην πράξη με την

επίτευξη ενός επαρκούς επιπέδου αξιοπρεπούς ανθρώπινης ζωής. Επιπλέον, οι αξιολογήσεις στο πλαίσιο της Ρωσισανής προσέγγισης δεν γίνονται με βάση την αρχή της εξίσωσης, αλλά σύμφωνα με τον κανόνα maximin (maximin rule). Ωστόσο, οι Ρωσισανές αρχές συνδέονται με μια ισχυρή τάση προς την ισότητα, και για αυτό η θεώρηση αυτή συμπεριλήφθηκε στην παρούσα υποενότητα.

2.3.3.1. Αυστηρός εξισωτισμός (strict egalitarianism)

Σε αντίθεση με το ωφελιμιστικό παράδειγμα που δίνει έμφαση στα αθροιστικά αποτελέσματα σε επίπεδο πληθυσμού, οι εξισωτικές θεωρίες εστιάζουν σε ζητήματα κατανομής. Ο Parfitt (2000) διακρίνει μεταξύ τελεολογικών ή «ως εσχάτου σκοπού» (telic)⁵¹ και δεοντολογικών (deontic) εκδοχών του εξισωτισμού (egalitarianism). Η πρώτη σύλληψη αποδέχεται την ανισότητα ως μια κακή από μόνη της και ανεπιθύμητη κατάσταση, μια αξιολόγηση που εφαρμόζεται σε όλες τις περιπτώσεις ανισοτήτων, ανεξαρτήτως της αιτίας δημιουργίας τους. Η δεύτερη θεώρηση δεν αξιολογεί την ανισότητα αυτή καθαυτήν ως μια κακή κατάσταση, αλλά μπορεί υπό προϋποθέσεις να τη χαρακτηρίσει ως άδικη, λαμβάνοντας υπόψη τις διαδικασίες ή παράγοντες που οδήγησαν στον σχηματισμό της ή γενικότερα άλλους ηθικούς λόγους. Εφόσον θεωρήσουμε ότι η ίδια η ισότητα έχει κάποια αξία, μπορούμε περαιτέρω να διακρίνουμε μεταξύ μη εργαλειακού και εργαλειακού εξισωτισμού. Η πρώτη μορφή αξιολογεί την ίδια την ισότητα ως στόχο, καθότι έχει αξία από μόνη της, ενώ η δεύτερη την αντιμετωπίζει ως ένα μέσο για την επίτευξη άλλων στόχων, όπως είναι, για παράδειγμα, η προαγωγή της αλληλεγγύης και η άμβλυνση των δεινών εκείνων που βρίσκονται σε κακή κατάσταση (Parfitt, 2000· Arneson, 2013· Temkin, 2017).

Πέρα από την κλασική διάκριση μεταξύ των τυπικών και των ουσιαστικών αρχών της ισότητας, που έχει ήδη συζητηθεί στην εισαγωγή, ο Temkin (2017)

⁵¹ Ο Hirose (2015) παρατηρεί, πάντως, ότι ο όρος τελεολογικός μπορεί να είναι παραπλανητικός, καθότι υπονοεί πως μπορεί αυτή η μορφή εξισωτισμού να στηρίζεται στον χαρακτήρα της πράξης για να αξιολογήσει την έκβαση. Για αυτό και αντιπροτείνει τη χρήση του όρου «αξιολογικός» (axiological).

αναφέρεται στις συλλήψεις της ισότητας ως καθολικότητα (universality), αμεροληψία (impartiality) και συγκρισιμότητα (comparability). Κατά την οπτική της καθολικότητας, όλες οι αρχές θα πρέπει να εφαρμόζονται καθολικά, εκφράζοντας ουσιαστικά την αριστοτελική ιδέα περί της ίδιας αντιμετώπισης των όμοιων καταστάσεων. Κατά τη δεύτερη έννοια, όλοι οι άνθρωποι θα πρέπει να αντιμετωπίζονται αμερόληπτα. Πάντως, ο τρόπος προσέγγισης της αμεροληψίας μπορεί να είναι σημαντικά διαφορετικός, όπως η αντιπαραβολή της καντιανής αξίωσης για την αντιμετώπιση των ανθρώπων ως σκοπούς και όχι ως μέσα, με την ωφελιμιστική ουδετερότητα μεταξύ των ατόμων για την μεγιστοποίηση της συνολικής ευημερίας⁵². Τέλος, η ισότητα ως συγκρισιμότητα ενδιαφέρεται για το πώς οι άνθρωποι διάγουν τη ζωή τους σε σχέση με άλλους στην ίδια κοινωνία.

Η σύγκριση μεταξύ άνισων καταστάσεων δεν οδηγεί απαραίτητα στο ίδιο συμπέρασμα, αλλά εξαρτάται από ποιες διαστάσεις της ισότητας προκρίνονται κάθε φορά. Για την αξιολόγηση των καταστάσεων σε σχέση με την ισότητα ο Temkin (1993) πρότεινε την έννοια των «παραπόνων (complaints) για την ανισότητα. Δύο ζητήματα που σχετίζονται άμεσα με αυτήν την προσέγγιση αναφέρονται στο ποιος μπορεί να έχει τα παράπονα και ποια είναι η σοβαρότητα αυτών. Ως προς το πρώτο, παράπονα μπορεί να έχουν είτε αυτοί που βρίσκονται σε χειρότερη θέση από τον μέσο όρο είτε αυτοί που γενικότερα βρίσκονται σε χειρότερη θέση σε σχέση με κάποιους άλλους. Η έννοια της τύχης συνδέεται με εκείνη του παραπόνου στον βαθμό που «in a world of equally deserving people someone who has less than the average level of welfare has been treated unkindly by Fate». Με άλλα λόγια, το παράπονο σχηματίζεται όταν η χειρότερη θέση του ατόμου δεν προέκυψε από δικό του λάθος, αλλά ήταν το αποτέλεσμα της διαφοροποιημένης επίπτωσης της τύχης. Ως προς τη μέτρηση της σοβαρότητας του παραπόνου, υπάρχουν τρεις τρόποι προσέγγισης. Οι δύο πρώτοι σχετίζονται με την απόσταση του ατόμου από τον μέσο όρο και από το άτομο με την καλύτερη θέση, αντίστοιχα. Σύμφωνα με την

⁵² Κατά τον Temkin (2017), σε αυτό το σημείο μπορεί να στηριχτεί η άποψη του Sen ότι κάθε σύλληψη δικαιοσύνης είναι κατά βάση εξισωτική.

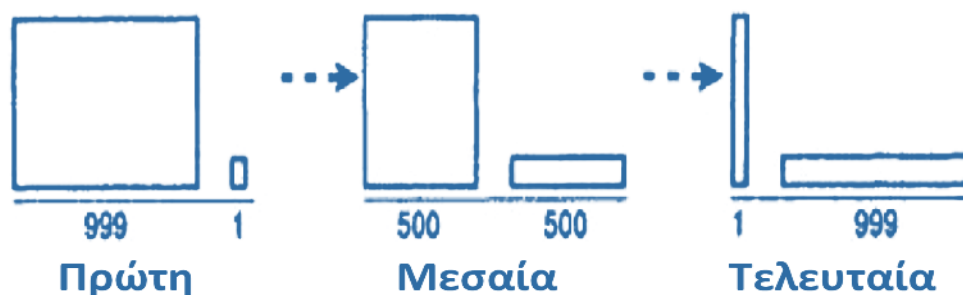
τρίτη οπτική, το μέγεθος του παραπόνου εξαρτάται από το πόσα άτομα βρίσκονται σε καλύτερη θέση και πόσο μεγάλη είναι η απόκλιση μεταξύ αυτών και του συγκεκριμένου ατόμου.

Ο Temkin (1993) ανέδειξε την πολυπλοκότητα του θέματος με διάφορα πειράματα σκέψης, όπως εκείνο που περιγράφεται στο **Γράφημα 2-5**. Έστω, λοιπόν, ένας πληθυσμός που απαρτίζεται από 1,000 άτομα, που είναι είτε σε καλή είτε σε κακή κατάσταση, και εξετάζονται οι πιθανές κατανομές σε μια ακολουθία, όπου η αναλογία μεταξύ τους αλλάζει σταθερά προς το χειρότερο. Εδώ εξετάζονται η πρώτη, η μεσαία και η τελευταία κατανομή. Η πρώτη περίπτωση μπορεί να περιγράψει μια κατάσταση διακρίσεων έναντι μιας μειονότητας, όπου το 99% του πληθυσμού είναι σε καλή κατάσταση και το 1% σε κακή. Στη δεύτερη περίπτωση υπάρχει ίσος αριθμός προνομιούχων και μειονεκτούντων ατόμων. Η τρίτη περίπτωση μπορεί να παρουσιάζει μια κατάσταση όπου μια προνομιούχος ομάδα εκμεταλλεύεται τη μάζα του πληθυσμού, και μόνο το 1% του πληθυσμού είναι σε καλή θέση. Οπότε τίθεται εύλογα το ζήτημα, ποια είναι τελικά η προτιμητέα εικόνα της κοινωνίας από άποψη δικαιοσύνης μεταξύ αυτών των υποθετικών σεναρίων. Η συζήτηση των τρόπων αξιολόγησης των εκβάσεων είναι πολύ πλούσια στο έργο του Temkin, οπότε αρκούμαστε μόνο στις παρακάτω παρατηρήσεις. Εάν εφαρμόσουμε μια εκδοχή του κανόνα *maximin* για την αξιολόγηση της ανισότητας, σύμφωνα με την οποία το πόσο κακή είναι μια κατανομή εξαρτάται από τη σοβαρότητα των παραπόνων εκείνων που βρίσκονται στη χειρότερη θέση, τότε καταλήγουμε στο ότι η ακολουθία γίνεται συνεχώς καλύτερη με βάση αναφοράς είτε τον μέσο όρο των παραπόνων είτε τον αριθμό όλων των ατόμων που είναι σε καλύτερη θέση, και συνεχώς χειρότερη με βάση αναφοράς το άτομο με την καλύτερη θέση. Εάν, όμως, εφαρμόσουμε την «προσθετική αρχή της ισότητας» (*additive principle of equality*), σύμφωνα με την οποία η ανισότητα είναι χειρότερη όταν το άθροισμα των παραπόνων είναι μεγαλύτερο, η κατανομή γίνεται συνεχώς χειρότερη με βάση αναφοράς το άτομο στην καλύτερη θέση⁵³, και στην αρχή

⁵³ Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγουμε και εάν εφαρμόσουμε την εκδοχή του *maximin* κανόνας σε σχέση με το άτομο που είναι σε καλύτερη θέση.

χειρότερη και από τη μέση και έπειτα καλύτερη με βάση είτε τον μέσο όρο είτε όλα τα άτομα που βρίσκονται σε καλύτερη θέση. Αναδεικνύεται, λοιπόν, η πολυπλοκότητα της αξιολόγησης των διαφόρων κατανομών, όπου η βελτίωση της κατάστασης κάποιων, αλλά όχι όλων των ατόμων, δεν αμβλύνει αναγκαστικά την ανισότητα.

Γράφημα 2-5 Τρία υποθετικά σενάρια κοινωνικής ανισότητας σε μια αλληλουχία 999 κατανομών για 1,000 άτομα



Πηγή: Temkin (1993)

Κατά τη θεώρηση της αυστηρής ισότητας (ή τελεολογικής εκδοχής), η ιδανική κατανομή είναι εκείνη του ίσου καταμερισμού των αγαθών, καθώς όλα τα άτομα θα πρέπει να διαθέτουν τα ίδια μερίδια, ανεξαρτήτως άλλων χαρακτηριστικών τους (Hauck κ.ά., 2004). Η εγγενής επιθυμητότητα της ισότητας βασίζεται στο ότι μπορεί είτε να εξαχθεί από άλλες βασικές ηθικές αξίες είτε να εξηγήσει τις βασικές ηθικές προτιμήσεις μας⁵⁴ (Holtug και Lippert-Rasmussen, 2007). Αυτό, λοιπόν, που υποστηρίζεται είναι ότι είτε η ισότητα *per se* έχει ηθική αξία είτε η ανισότητα *per se* είναι άδικη. Μια πιο άνιση κατανομή, λοιπόν, είναι χειρότερη από μια άποψη (*one respect*) από μια πιο ίση κατανομή (Holtug, 2007· Holtug και Lippert-Rasmussen, 2007). Έτσι, αν υποθέσουμε ότι το αντικείμενο της εξισωτικής δικαιοσύνης (*equalisandum*)⁵⁵ είναι η ευημερία, η

⁵⁴ Βλ. υποσημείωση 143 για την έννοια της «αναστοχαστικής ισορροπίας» (*reflective equilibrium*) του Rawls.

⁵⁵ Κατά τον Hirose (2015), τρία βασικά ζητήματα που πρέπει να επιλύσει η διανεμητική δικαιοσύνη είναι: α) το ζήτημα του προσδιορισμού του αντικειμένου της δικαιοσύνης, β) το ζήτημα του πώς αυτό μπορεί να μετρηθεί και γ) το ζήτημα της διαπροσωπικής συγκρισιμότητας.

αύξηση του επιπέδου της για ένα μόνο άτομο βελτιώνει την κατανομή (κατά μία άποψη) αν όλοι οι υπόλοιποι λάβουν την ίδια αύξηση, αλλά την χειροτερεύει (κατά μία άποψη) αν όλοι οι υπόλοιποι παραμείνουν στο ίδιο επίπεδο. Ωστόσο, δεν είναι απαραίτητο οι πιο ίσες κατανομές να θεωρούνται και καλύτερες εφόσον ληφθεί υπόψη κάθε σχετική άποψη, όπως η ελευθερία και η αυτονομία και άλλα χαρακτηριστικά των ατόμων. Επιπλέον, τίθενται και άλλα ζητήματα, όπως το αν η ηθική αξία της ισότητας είναι διαφορετική στα υψηλά σε σχέση με τα χαμηλά επίπεδα ευημερίας ή αν θα πρέπει να ικανοποιείται η βελτιστοποίηση κατά Pareto (Holtug, 2007). Τόσο η τελεολογική όσο και η δεοντολογική μορφή του εξισωτισμού έχουν πολλές εκδοχές. Ωστόσο, η πρώτη έχει μάλλον ευρύτερο πεδίο εφαρμογής, καθότι δεν ενδιαφέρεται για τις άλλες απόψεις κατά τις οποίες τα άτομα διαφέρουν μεταξύ τους (π.χ. ως προς εισόδημα ή την υγεία) και κάθε ανισότητα αξιολογείται ως εγγενώς κακή (Parfitt, 2000).

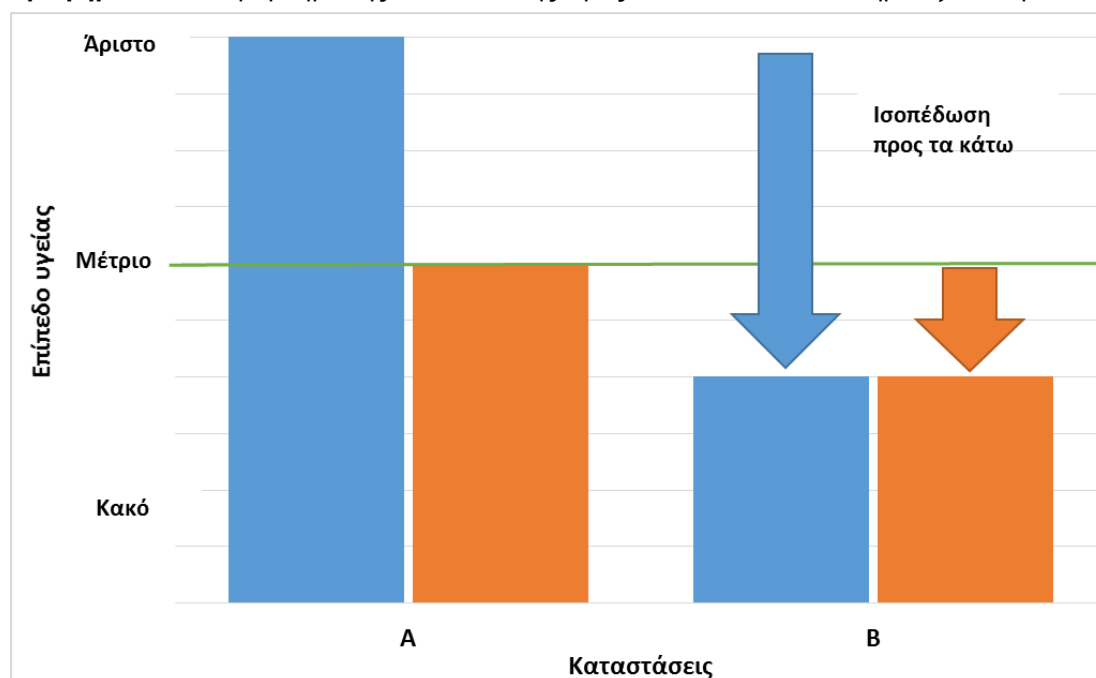
Η προσέγγιση της αυστηρής ισότητας έχει επικριθεί έντονα. Αυτό κατά κύριο λόγο επειδή μπορεί να δικαιολογήσει την «ισοπέδωση προς τα κάτω» (levelling-down) της μέσης υγείας προς το επίπεδο εκείνου με την χειρότερη κατάσταση υγείας, καθότι δίνει αξία στην ίδια την ανισότητα και όχι στο απόλυτο μέγεθος του αγαθού (Williams και Cookson, 2000)⁵⁶. Για να αποσαφηνιστεί αυτό, έστω ένα υποθετικό παράδειγμα (**Γράφημα 2-6**), όπου για δύο άτομα συγκρίνουμε δύο εναλλακτικές κατανομές της υγείας: στην κατάσταση A το ένα άτομο διαθέτει άριστο επίπεδο υγείας και το άλλο άτομο βρίσκεται σε μέτριο επίπεδο, ενώ στην κατάσταση B και τα δύο άτομα έχουν το ίδιο επίπεδο υγείας, το οποίο όμως τώρα είναι κάτω του μετρίου⁵⁷. Παρόλο που στην περίπτωση A και τα δύο άτομα έχουν καλύτερη κατάσταση υγείας, κοινωνικά επιθυμητή κατανομή της υγείας από την πλευρά του αυστηρού εξισωτισμού θεωρείται η B. Αυτό διότι η ισότητα έχει αξία *per se* και, επομένως, αποτελεί μια κατανομή

⁵⁶ Η αντίρρηση της «ισοπέδωσης προς τα κάτω» ισχύει για όλες τις εξισωτικές θεωρίες, ανεξαρτήτως του αντικειμένου της δικαιοσύνης, π.χ. πόροι, ευημερία, δυνατότητες (Powers και Faden, 2006).

⁵⁷ Θα πρέπει να σημειωθεί ότι υποθέτουμε τη δυνατότητα ιεραρχικής συγκρισιμότητας των επιπέδων υγείας μεταξύ των ατόμων.

που είναι καλύτερη από τουλάχιστον μια άποψη (Olsen, 1997)⁵⁸. Το πρόβλημα της «ισοπέδωσης προς τα κάτω» μπορεί να ιδωθεί και αντίστροφα (raising up objection), όπου ο αυστηρός εξισωτισμός τώρα προβάλλει αντίρρηση στη βελτίωση της κατάστασης υγείας των ατόμων, αν κάποιος από τα δύο άτομα ευνοηθεί περισσότερο (Temkin, 2017). Όπως παρατηρεί ο Temkin (2003), είναι παράλογο να θεωρηθεί καλύτερη μια κατάσταση στην οποία όλοι οι άνθρωποι είναι τυφλοί, από εκείνη που μερικοί είναι μόνο τυφλοί, προκειμένου να ικανοποιηθούν οι αξιώσεις της ισότητας, καθότι η ισότητα δεν είναι η μόνη αρχή που έχει κάποια αξία από πλευράς δικαιοσύνης. Παρόλα αυτά, ο κόσμος στον οποίον όλοι είναι τυφλοί μπορεί να θεωρηθεί καλύτερος από μια άποψη, την άποψη της ισότητας. Όπως αναφέρει χαρακτηριστικά, «[equality is not all that matters. Still, it matters some».

Γράφημα 2-6 Το πρόβλημα της «ισοπέδωσης προς τα κάτω» στον αυστηρό εξισωτισμό



⁵⁸ Κατά τον Lippert-Rasmussen (2007), όχι μόνο η τελεολογική εκδοχή, αλλά και η δεοντοκρατική είναι ευάλωτες στο πρόβλημα της «ισοπέδωσης προς τα κάτω».

Κατά τον Temkin (1993· 2000), η βασική αντίρρηση για το πρόβλημα της «ισοπέδωσης προς τα κάτω» προέρχεται από τη θέση που ονομάζει Slogan, σύμφωνα με την οποία μια κατάσταση δεν μπορεί να είναι χειρότερη (ή καλύτερη) από μια άλλη από κάποια άποψη, αν δεν υπάρχει έστω ένα άτομο για το οποίο να είναι χειρότερη (ή καλύτερη) από κάποια άποψη (person-affecting προϋπόθεση). Ωστόσο, αυτή η αντίρρηση πάσχει από το ότι συνεπάγεται πως τα άτομα των καταστάσεων που συγκρίνονται θα πρέπει να είναι τα ίδια. Αυτό, όμως, είναι ασύμβατο με την περίπτωση της σύγκρισης καταστάσεων στις οποίες οι πληθυσμοί αλλάζουν (non-identity problem)⁵⁹, όπως συμβαίνει, για παράδειγμα, στις διαγενεακές συγκρίσεις. Επιπλέον, η θέση Slogan φαίνεται να αντιβαίνει και στην αρχή της αναλογικής δικαιοσύνης (proportional justice), κατά την οποία τα άτομα θα πρέπει να ανταμείβονται ή να τιμωρούνται βάσει της αξιοσύνης που συνδέεται με τη συμπεριφορά τους. Έστω, για παράδειγμα, μια κατάσταση A στη μετά θάνατον ζωή, στην οποία τα άγια άτομα ανταμείβονται με πολύ υψηλότερο επίπεδο ευημερίας από τους αμαρτωλούς. Έστω, επίσης, η κατάσταση B, στην οποία, ενώ το επίπεδο της ευημερίας των αγίων παραμένει ίδιο σε απόλυτους όρους, εκείνο των αμαρτωλών γίνεται τώρα υψηλότερο από το δικό τους. Ενώ διαισθητικά μάλλον θα θεωρούσαμε ότι κάτι είναι ηθικά εσφαλμένο όταν δολοφόνοι απολαμβάνουν καλύτερες συνθήκες από αγίους, η κατάσταση B δεν είναι χειρότερη από την A κατά τη θέση Slogan, καθότι δεν υπάρχει κάποια άποψη σύμφωνα με την οποία κάποιος βρίσκεται σε χειρότερη θέση.

Θα μπορούσε, πάντως, να υπάρχει ένας συμβιβασμός μεταξύ των αρχών της αποτελεσματικότητας ή μεγιστοποίησης της υγείας και του εξισωτισμού (Hurley, 2000). Ο Parfitt (2000) προτείνει την πλουραλιστική θέση του συνδυασμού της αρχής της ισότητας με αυτό που ονομάζει αρχή της χρησιμότητας (principle of utility), κατά την οποία «[i]t is in itself better if people

⁵⁹ Υπάρχουν κάποιοι, βεβαίως, που αποδέχονται μια πιο ευρεία εκδοχή του Slogan, κατά την οποία δεν απαιτείται να είναι τα ίδια άτομα στις εκβάσεις που αξιολογούνται (Temkin, 2017).

are better off». Αυτός ο συνδυασμός θα μπορούσε να πάρει την εξής μορφή αξιολόγησης σε μια κατάσταση δύο ανθρώπων (Hirose, 2015):

$$G = \frac{1}{2} (w_1 + w_2) - \alpha |w_1 - w_2| \quad (2.4)$$

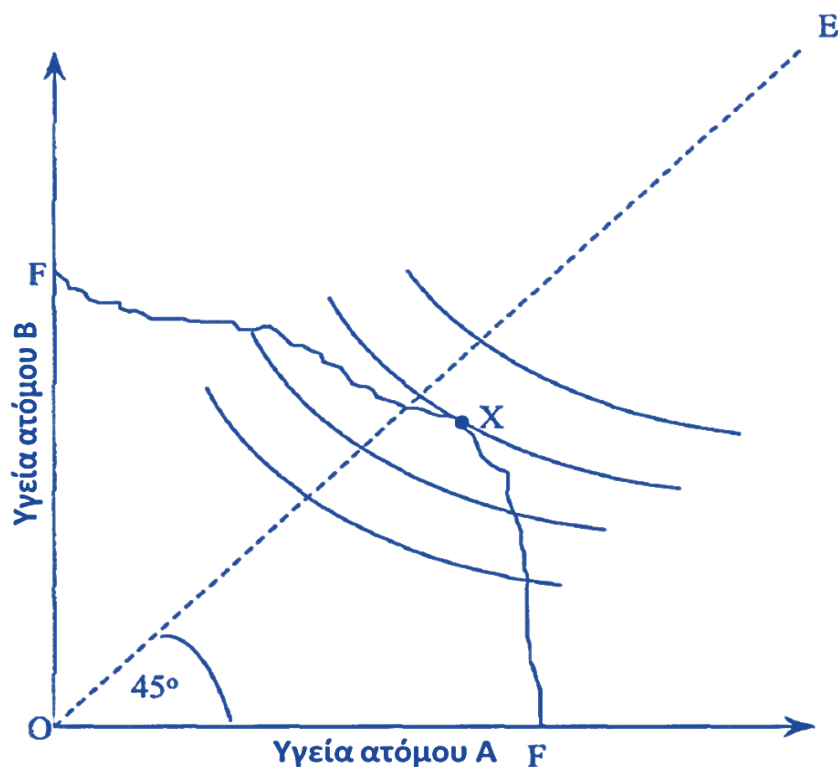
Όπου το w υποδηλώνει το επίπεδο ευημερίας για τα άτομα 1 και 2. Ο μέσος όρος του επιπέδου ευημερίας των δύο ατόμων εκφράζει τη θετική αξία της έκβασης, ενώ η διαφορά μεταξύ τους αντιπροσωπεύει την αρνητική αξία που συνδέεται με την ανισότητα ευημερίας, και το α αποτελεί τον συντελεστή βαρύτητας αυτής της αρνητικής αξίας, με $\alpha > 0$. Όσο μεγαλύτερη είναι η τιμή του α τόσο μεγαλύτερη είναι η αποστροφή της κοινωνίας για την ανισότητα μεταξύ των δύο ατόμων. Με $\alpha = 0$, η συνάρτηση καταλήγει να εκφράζει τον ωφελιμισμό μέσης τιμής (average utilitarianism) (Hirose, 2015).

Οι Williams και Cookson (2000) θεωρούν ότι η αυστηρή ισότητα θα μπορούσε στην περίπτωση εναλλακτικών σεναρίων ίσων επιπέδων υγείας να αποδεχτεί εκείνο που μεγιστοποιεί την υγεία για το σύνολο. Γενικότερα, η ισότητα μπορεί να ιδωθεί ως ένα *pro tanto* ηθικό ιδανικό, το οποίο μπορεί σε συγκεκριμένες περιπτώσεις να υπερκεραστεί από άλλα ιδανικά. Οι Powers και Faden (2006) υποστηρίζουν ότι, κατά την ηθική της κοινής λογικής (commonsense morality), η μεγιστοποίηση ως αρχή έχει κάποια ηθική σημαντικότητα, και θα πρέπει να γίνεται κάποια στάθμιση ανάμεσα στις ανταγωνιστικές θεωρήσεις. Στο ίδιο πνεύμα, η Hurley (2007) θεωρεί ότι η αντίρρηση της «ισοπέδωσης προς τα κάτω» για την υγεία δεν θα πρέπει να βασιστεί στην οπτική Slogan, αλλά σε αυτό που ονομάζει «απρόσωπη τελειοποίηση» (impersonal perfectionism) και στην αξία της «αρίστευσης» (excellence). Η υγεία, λοιπόν, δεν είναι απλά ένα ακόμη αγαθό για τους ανθρώπους, αλλά έχει μια εγγενής αξία από μόνη της. Επομένως, δεν μπορεί να προτιμηθεί μια κατάσταση ισότητας που σπαταλάει τη δυνατότητα της υγείας να υπάρχει σε ανώτερα επίπεδα στην κοινωνία. Αντίθετα, το υψηλότερο εισόδημα δεν έχει εγγενή αλλά παράγωγη αξία, καθώς αποτελεί μέσο για την απόκτηση άλλων αγαθών.

Στο **Γράφημα 2-7** παρουσιάζεται η περίπτωση όπου υπάρχει αντιστάθμιση μεταξύ των αρχών του ωφελιμισμού και του εξισωτισμού. Όσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός της αποστροφής της κοινωνίας για την ανισότητα,

τόσο αυξάνεται η κυρτότητα της καμπύλης αδιαφορίας της συνάρτησης της κοινωνικής ευημερίας, δείχνοντας ανάλογη προθυμία για θυσία της μεγιστοποίησης του συνολικού επιπέδου υγείας προς όφελος της ισότητας μεταξύ των ατόμων.

Γράφημα 2-7 Βελτιστοποίηση στην κατανομή της υγείας με αντιστάθμιση μεταξύ των αρχών της μεγιστοποίησης και της ισότητας



Πηγή: Williams και Cookson (2000)

Μια εναλλακτική οριοθέτηση του τελεολογικού εξισωτισμού είναι η «αθροιστική οπτική» (aggregate view) του Hirose (2015), η οποία παρουσιάζει τέσσερα βασικά χαρακτηριστικά. Πρώτον, δεν αναγνωρίζει στην ισότητα μια εγγενή αξία, αλλά θεωρεί ότι η ισότητα αποτελεί μια ιδιότητα της συνάρτησης που αθροίζει την ευημερία των ανθρώπων, κατά τρόπο που μια πιο ίση κατανομή αξιολογείται ως καλύτερη από μια λιγότερη ίση. Δεύτερον, ενώ η εγγενής οπτική του τελεολογικού εξισωτισμού κατά τον Parfit συνδυάζει τον καλό χαρακτήρα της ευημερίας με τον κακό της ανισότητας, η αθροιστική οπτική ενδιαφέρεται μόνο για την αξία της ευημερίας, και η επιθυμητότητα της ευημερίας ενσωματώνεται στο σχήμα της αθροιστικής συνάρτησης. Τρίτον,

δίνει προτεραιότητα στη βελτίωση της θέσης εκείνων που βρίσκονται σε χειρότερη κατάσταση, αποδίδοντας μεγαλύτερη ηθική βαρύτητα στη βελτίωση της ευημερίας τους. Τέταρτον, οι συντελεστές βαρύτητας της ευημερίας των ανθρώπων προσδιορίζονται από τη θέση κάθε ατόμου στην ιεραρχική σειρά κατάταξης των επιπέδων ευημερίας τους, χωρίς όμως να λαμβάνεται υπόψη της το απόλυτο επίπεδο. Η ενδιαφέρουσα συνέπεια που προκύπτει από αυτήν τη θεώρηση σε σχέση με την κατάσταση υγείας μπορεί να παρουσιαστεί με το παρακάτω υποθετικό παράδειγμα. Έστω, λοιπόν, δύο κατανομές της κατάστασης υγείας μετρούμενη από το 0 (χειρότερη δυνατή) έως το 100 (καλύτερη δυνατή) για δύο άτομα, με $A = (50, 60)$ και $B = (80, 90)$. Κατά την εγγενή οπτική, ο καλός χαρακτήρας της ευημερίας και ο κακός της ανισότητας μπορούν να προσδιορισθούν ανεξάρτητα ο ένας από τον άλλον. Ωστόσο, οι περισσότεροι θα συμφωνούσαν ότι, ενώ η απόσταση σε απόλυτους όρους μεταξύ των δύο ατόμων είναι ίδια στις δύο κατανομές, καθότι το συνολικό επίπεδο ευημερίας είναι χαμηλότερο στην A, διαισθητικά δεν μπορεί παρά να θεωρηθεί ως μια χειρότερη περίπτωση ανισότητας σε όρους σχετικού μεγέθους (και αντίστοιχης αρνητικής ηθικής σημασίας [moral badness]) σε σχέση με τη B. Η αθροιστική οπτική θα αξιολογήσει την A κατάσταση ως χειρότερη μη λαμβάνοντας υπόψη την ανισότητα *per se*, αλλά το σταθμισμένο άθροισμα του επιπέδου των ευημεριών των δύο ατόμων.

Ο Temkin (2017) προκρίνει μια μορφή ουσιαστικού, μη εργαλειακού εξισωτισμού που ονομάζει ισότητα ως συγκριτική ακριβοδικία (equality as comparative fairness). Αυτό, λοιπόν, που έχει σημασία για τη δικαιοσύνη είναι το πώς διάγουμε τη ζωή μας σε σχέση με τους άλλους. Βάσει αυτής της προσέγγισης, κάποιες ανισότητες είναι μη αποδεκτές, καθότι είναι άδικες όταν δεν προκύπτουν από σφάλμα ή επιλογή εκείνων που βρίσκονται σε χειρότερη κατάσταση⁶⁰. Ωστόσο, η ανισότητα δεν είναι άδικη όταν ανταποκρίνεται (και στον βαθμό που αντιστοιχεί) στην άνιση αξιοσύνη μεταξύ των ατόμων. Επομένως, εδώ μπορούμε να εντοπίσουμε ένα στοιχείο της αρχής της

⁶⁰ Επομένως, κατά τον Temkin (2017), βάση του εξισωτισμού δεν αποτελεί ο φθόνος, αλλά η ακριβοδικία.

αξιοσύνης ή επάξιας ανταμοιβής (principle of desert) στη σύλληψη του Temkin⁶¹. Άλλωστε και ο ίδιος θεωρεί ότι όλοι οι υποστηρικτές του εξισωτισμού είναι υποστηρικτές του πλουραλισμού, μη θεωρώντας ότι μόνο η ισότητα έχει σημασία για τη δικαιοσύνη. Πάντως, στόχο δεν αποτελεί η ουδετεροποίηση των συνεπειών κάθε είδους τύχης, όπως κατά τον εξισωτισμό της τύχης (luck egalitarianism)⁶², αλλά μόνο εκείνης που υπονομεύει τη συγκριτική ακριβοδικία σε σχέση με την ευθύνη των ατόμων. Ωστόσο, επισημαίνει πως η συγκριτική ακριβοδικία και η ισότητα είναι στις περισσότερες περιπτώσεις ισοδύναμες, καθότι αναγνωρίζει την πολυπλοκότητα της απόδοσης ευθύνης στα άτομα.

Ο Persson (2007) προτείνει μια μορφή της ακραίας ισότητας σύμφωνα με την οποία η δικαιοσύνη απαιτεί όλοι να βρίσκονται σε μια εξίσου καλή θέση σε όρους ευημερίας. Στηρίζει αυτήν τη θέση του αφενός στην τυπική αρχή της ισότητας (όμοια αντιμετώπιση των ίδιων και ανόμοια αντιμετώπιση των άνισων καταστάσεων), και αφετέρου στο ότι οι ανισότητες θα πρέπει έχουν κάποια δικαιολογητική βάση. Κάπου, λοιπόν, στην αλυσίδα αιτιότητας υπάρχει κάτι για το οποίο δεν είμαστε υπεύθυνοι και, επομένως, δεν διαθέτουμε την ύστατη ευθύνη που είναι απαραίτητη για τη δικαιολόγηση της ανισότητας. Μια άνιση κατανομή μπορεί να δικαιολογηθεί ηθικά μόνο βάσει της αγαθοεργίας (beneficence), όπως όταν στο πλαίσιο μικρών ανισοτήτων όλοι βρίσκονται σε μια καλύτερη κατάσταση, και της αυτονομίας, όπως όταν γίνονται εκούσες μεταφορές ευημερίας σε άλλους, για παράδειγμα σε προσφιλή πρόσωπα.

Ο Christiano (2007) υπερασπίζεται μια μορφή του εξισωτισμού που βασίζεται στην τυπική αρχή της ισότητας, της ίσης ηθικής αξίας των ανθρώπων, των μη σημαντικών διαφορών μεταξύ των ανθρώπων και της εγγενούς αξίας

⁶¹ Ο ίδιος βέβαια δεν θεωρεί ότι η σύλληψή του επαφίεται στην αρχή της αξιοσύνης, καθότι δεν ενδιαφέρεται για την αντιστοίχιση των απόλυτων επιπέδων της αξίας με την επάξια ανταμοιβή, αλλά για τη δικαιοσύνη σε σχετικούς, συγκριτικούς όρους (βλ. σχετικά την ενότητα για την αρχή της αξιοσύνης). Επιπλέον, θυσίες πέραν του καθήκοντος (supererogatory sacrifices) δεν δημιουργούν αξιώσεις επανόρθωσης, καθότι προκύπτουν στο πλαίσιο της ελεύθερης επιλογής, ακόμη και αν θεωρηθεί ότι καθιστούν τα άτομα πιο άξια για αυτόν τον λόγο. Ένα άλλο σχετικό παράδειγμα αποτελεί η απόφαση για τεκνοποίηση, η οποία οδηγεί στον διαμοιρασμό των οικογενειακών πόρων σε περισσότερα άτομα, οπότε και σε μείωση του επιπέδου για κάθε ένα από αυτά σε σχέση με την κατάσταση που ίσχυε πριν την απόφαση για την τεκνοποίηση.

⁶² Βλ. τη σχετική ενότητα αυτού του κεφαλαίου για τον «εξισωτισμό της τύχης».

της ευημερίας, για την οποία πρέπει να επιδιώκεται η μεγιστοποίησή της. Η ανισότητα είναι ασύμβατη, λοιπόν, με τη δικαιοσύνη στον βαθμό που δεν υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των ανθρώπων, που να επιτρέπουν στην αρχή της τυπικής ισότητας να αποτελέσει δικαιολογητική βάση αυτής της ανισότητας. Ο Christiano συνδυάζει την αρχή του εξισωτισμού με τη βελτιστοποίηση κατά Pareto για να αποφύγει το πρόβλημα της «ισοπέδωσης προς τα κάτω». Έτσι, υποστηρίζει ότι μια κατά Pareto βέλτιστη ίση κατανομή είναι καλύτερη από μια κατά Pareto υποβέλτιστη ίση κατανομή, καθώς η ευημερία είναι ένα αγαθό με εγγενή αξία, για το οποίο, επομένως, είναι καλύτερα να βρίσκεται σε μεγαλύτερη από ό,τι σε μικρότερη ποσότητα. Επιπλέον, είναι δυνατόν υπέρτερες κατά το κριτήριο Pareto ανισότητες να είναι πιο δίκαιες από ισότητες που είναι υποδεέστερες κατά το κριτήριο Pareto, καθότι είναι λιγότερο προβληματική από πλευράς δικαιοσύνης μια κατάσταση στην οποία κάποιοι ή όλοι βρίσκονται σε καλύτερη θέση και κανένας σε χειρότερη. Βεβαίως, μόνο μια κατάσταση πλήρους ισότητας είναι πλήρως δίκαιη, και για κάθε ανισότητα υπάρχει μια μη συγκριτική κατά το κριτήριο Pareto ισότητα που είναι πιο δίκαιη. Αυτή η μορφή του εξισωτισμού εφαρμόζεται πριν την ενηλικίωση, ενώ πέρα από αυτήν παίρνει τη μορφή της προώθησης της ισότητας των ευκαιριών για επάξια ανταμοιβή, καθότι στην ενήλικη ζωή επικρατεί κάποια μορφή της αρχής της αξιοσύνης σε σχέση με την προσπάθεια και την παραγωγικότητα.

Πέρα από την αντίρρηση για την «ισοπέδωση προς τα κάτω», έχουν διατυπωθεί δύο ακόμη βασικές αντιρρήσεις για τον τελεολογικό ή αυστηρό εξισωτισμό (Gosepath, 2011· Kelleher, 2016). Η πρώτη αναφέρεται στον ορισμό του αντικειμένου που θα πρέπει να εξισωθεί, το οποίο δεν θα πρέπει να είναι κατ' ανάγκη κάποιο αγαθό, αλλά μάλλον οι σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων. Αυτός ο προβληματισμός σχετίζεται με τη «συσχετιστική ισότητα» (relational equality), που έχει ήδη αναλυθεί. Κατά τη δεύτερη ένσταση, η διανεμητική ισότητα δεν έχει κάποια ηθική αξία από μόνη της, καθότι δεν συνδέεται άμεσα με κάποια κατανοητή διάσταση της ευημερίας των ατόμων. Άλλωστε, η απόλυτη ισότητα είναι εφικτή μόνο στο πλαίσιο ενός αυστηρού ρυθμιστικού καθεστώτος, που θα περιόριζε την ίδια την ατομική ελευθερία (Βενιέρης, 2015). Επιπλέον, υπάρχει το πρόβλημα της μέτρησης των επιπέδων

των αγαθών τα οποία θα πρέπει να είναι ίσα μεταξύ των ατόμων (Gosepath, 2011· Lamont και Favor, 2017). Ένας τρόπος παράκαμψης αυτού του προβλήματος είναι ο ακριβής προσδιορισμός της δέσμης των αγαθών που θα πρέπει να εξισωθούν. Ωστόσο, εάν συνέβαινε αυτό, τότε, λόγω των διαφορετικών προτιμήσεων, είναι πιθανόν να προέκυπταν κατανομές που να μην ήταν οι βέλτιστες σύμφωνα με την αριστοποίηση κατά Pareto. Μια λύση που έχει προταθεί είναι η οικονομική εκτίμηση των υλικών αγαθών και υπηρεσιών, όπως γίνεται στην ανάλυση κόστους-οφέλους, αν και υπάρχουν μη υλικά αγαθά που δεν μπορούν να λάβουν εύκολα χρηματική αξία, όπως είναι οι ευκαιρίες. Ακόμη, υπάρχει το πρόβλημα που σχετίζεται με το χρονικό πλαίσιο στο οποίο η κατανομή θα πρέπει να είναι ίση. Αυτό διότι, παρά την εξίσωση, π.χ. του εισοδήματος, σε κάποιο χρονικό σημείο, οι διαφορετικές επιλογές μπορεί να οδηγήσουν εκ νέου σε σημαντικές ανισότητες στο μέλλον. Άλλα προβλήματα που έχουν συνδεθεί γενικότερα με την αυστηρή ισότητα είναι (Gosepath, 2011): α) η διαστρέβλωση των κινήτρων για την προώθηση της οικονομικής αποτελεσματικότητας και η μείωση της αποδοτικότητας λόγω του διοικητικού κόστους που απαιτείται για την αναδιανομή, β) ότι δεν λαμβάνονται υπόψη οι διαφορές μεταξύ των ανθρώπων και η ευθύνη που έχουν για την κατάστασή τους, γ) ότι ενδιαφέρεται για την ισότητα των αποτελεσμάτων και όχι για τις διαδικασίες υπό τις οποίες προέκυψαν και δ) ότι μπορεί να οδηγήσει σε μια άκριτη ομοιομορφία αντί στον σεβασμό για τον πλουραλισμό και τη δημοκρατία.

2.3.3.1.1. Μαρξιστικές αρχές διανεμητικής δικαιοσύνης

Η Μαρξιστική προσέγγιση θα μπορούσε για κάποιους να ενταχθεί στον εξισωτισμό (Linares-Pérez και López-Arellano, 2008). Ωστόσο, ο Μαρξ προωθεί την εξάλειψη των ανισοτήτων που προκύπτουν από τους θεσμούς της καπιταλιστικής οικονομίας της αγοράς με την κατάργηση της ιδιοκτησίας των μέσων παραγωγής, προκειμένου να πατάξει την ασυμμετρία ισχύος που σχετίζεται με τις κοινωνικές τάξεις και την ταξική εκμετάλλευση, και δεν επικεντρώνεται στη δίκαιη ή, ακόμη περισσότερο, στην ίση κατανομή των υλικών αγαθών (Gosepath, 2011· Schemmel, 2012· Hirose, 2015). Πρόκειται

ουσιαστικά, όπως αναφέρει ο Arneson (2013), για μια αρχή δικαιοσύνης ίσων δικαιωμάτων των παραγωγών του κοινωνικού προϊόντος.

Βασικά χαρακτηριστικά της πρώτης φάσης της κομμουνιστικής κοινωνίας είναι α) η τυπική αρχή του ίσου δικαιώματος ή της ίσης αντιμετώπισης και β) η αναλογική με την συνεισφορά εργασίας αμοιβή. Ωστόσο, υπάρχουν κάποιες «κρατήσεις» (deductions) από το συνολικό κοινωνικό προϊόν για να μπορέσει να διατηρηθεί η σοσιαλιστική κοινωνία, είτε για λόγους αναπαραγωγής (π.χ. την αντικατάσταση των μέσων παραγωγής) είτε για την κοινωνική κατανάλωση και την ικανοποίηση των κοινωνικών αναγκών (π.χ. υγειονομική περίθαλψη, εκπαίδευση). Το εναπομένον μέρος του συνολικού κοινωνικού προϊόντος διαμοιράζεται στους παραγωγούς σε αντιστοιχία με τη συμβολή τους. Βασικός σκοπός της σοσιαλιστικής κοινωνίας είναι η εξάλειψη των ανισοτήτων κοινωνικής και πολιτικής ισχύος (Husami, 1978). Ωστόσο, δεν μπορούμε παρά να επισημάνουμε ότι η Μαρξιστική θεωρία ευνοεί με αυτόν τον τρόπο τα άτομα με καλύτερες φυσικές προικοδοτήσεις, ενώ, όπως θα δούμε στη συνέχεια, οι περισσότερες φιλελεύθερες προσεγγίσεις έχουν ως σκοπό την ουδετεροποίηση των επιπτώσεων της «φυσικής λοταρίας» στην ευημερία των ανθρώπων. Οικονομικές ανισότητες, λοιπόν μπορεί να προκύψουν, αλλά αυτές υποτίθεται ότι δεν θα είναι πολύ μεγάλες, καθότι πρώτα ικανοποιούνται οι κοινωνικές ανάγκες και κατόπιν γίνεται η κατανομή του κοινωνικού προϊόντος στα άτομα (ως κοινωνία). Προκειμένου να αμβλυνθούν περαιτέρω κάποιες σημαντικές ανισότητες που προκύπτουν λόγω της διαφοράς στις ικανότητες μεταξύ των ανθρώπων, στην επόμενη φάση η κατανομή θα γίνεται από τον καθένα σύμφωνα με τις παραγωγικές ικανότητές του και στον καθένα σύμφωνα με τις ανάγκες του. Κατά τη γνωστή ρήση, «[f]rom each according to his ability, to each according to his needs» (Husami, 1978).

Οι σύγχρονες νεο-μαρξιστικές προσεγγίσεις των ανισοτήτων υγείας προέρχονται κυρίως από το κοινωνιολογικό πεδίο και έχουν ως σκοπό να αναδείξουν τη σημασία της κοινωνικής τάξης, των ανισοτήτων ισχύος και της

ταξικής εκμετάλλευσης ως κοινωνικούς μηχανισμούς που επηρεάζουν την υγεία και την κατανομή της⁶³.

2.3.3.2. Εξισωτισμός των πρωταρχικών αγαθών του Rawls και προσαρμογή του στην υγεία από Daniels

Οι θεωρήσεις της δικαιοσύνης που ανήκουν σε αυτήν την ομάδα ενδιαφέρονται για την ίση κατανομή κάποιων σημαντικών αγαθών, μεταξύ των οποίων θα μπορούσε να συμπεριληφθεί και η υγειονομική περίθαλψη (Ruger, 2005· Ruger, 2010a). Ίσως η πιο γνωστή θεωρία κοινωνικής δικαιοσύνης είναι εκείνη του John Rawls (1971) για τη δίκαιη κατανομή αυτών που ονομάζει «πρωταρχικά αγαθά», που είναι αγαθά ευρέως επιθυμητά από κάθε ορθολογικό δρώντα. Η προσέγγιση του Rawls ανήκει στις λεγόμενες συμβολαιοκρατικές θεωρίες της πολιτικής σκέψης⁶⁴, οι οποίες βασίζονται στην ιδέα της υποθετικής συμφωνίας μεταξύ ορθολογικών δρώντων για το περιεχόμενο των αρχών της κοινωνικής δικαιοσύνης (Williams και Cookson, 2000· Χατζής, 2004).

Σύμφωνα με τον Rawls (1999), εφόσον είναι δυνατός ο σχεδιασμός της κοινωνίας εκ του μηδενός, οι ορθολογικοί δρώντες, υπό ένα «πέπλο άγνοιας» (veil of ignorance) για την προσωπική τους κατάσταση (αρχική θέση), επιλέγουν διανεμητικές αρχές που μεγιστοποιούν το ελάχιστο επίπεδο των πρωταρχικών αγαθών, κατά τρόπο που να μην διαμορφώνεται κοινωνικό μειονέκτημα ή πλεονέκτημα λόγω τύχης ή κοινωνικών συνθηκών στην κοινωνία⁶⁵. Η επιλογή αυτή δεν προκύπτει λόγω του αλτρουισμού τους, αλλά

⁶³ Για παράδειγμα, βλ. Scambler και Scambler (2015), Scambler και Scambler (2013) και Muntaner κ.ά. (2015).

⁶⁴ Η συμβολαιοκρατία αποτελεί κυρίως μια μεθοδολογία επιλογής μεταξύ θεωριών, παρά μια θεωρία δικαιοσύνης από μόνη της (Williams και Cookson, 2000).

⁶⁵ Ο Rawls (1999) συλλαμβάνει την κοινωνία ως ένα συνεταιριστικό εγχείρημα (cooperative venture), στο οποίο οι άνθρωποι συμμετέχουν καθότι προσβλέπουν στην αποκόμιση ενός καθαρού οφέλους από αυτό. Εφόσον δεν υπάρχει τέτοιο ενδεχόμενο, δεν έχουν κίνητρο να παραμείνουν μέτοχοι σε αυτό το εγχείρημα και να συμμορφώνονται με τη βασική δομή της κοινωνίας. Ως βασική δομή ο Rawls ορίζει τον τρόπο με τον οποίο «major social institutions distribute fundamental rights and duties and determine the division of advantages from social cooperation». Η επιλογή της βασικής δομής της κοινωνίας και των διανεμητικών αρχών της

ως αποτέλεσμα της ορθολογικής αποστροφής του κινδύνου να ανήκουν σε εκείνες τις ομάδες με το μειονέκτημα (Olsen, 1997· Hurley, 2000).

Δύο είναι οι βασικές αρχές της θεωρίας του Rawls (1999). Αρχικά, οι βασικές ελευθερίες κατανέμονται ισομερώς μεταξύ των ανθρώπων και στο μέγιστο επίπεδο τους, εφόσον αυτό συνάδει με την ισοκατανομή τους. Οι βασικές ελευθερίες αφορούν στα δικαιώματα ψήφου και κατοχής δημοσίου αξιώματος, το δικαίωμα της ιδιοκτησίας, την ελευθερία του λόγου και της συνάθροισης και την ελευθερία από αυθαίρετη σύλληψη. Η δεύτερη αρχή αναφέρεται στις κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες και έχει δύο μέρη: α) τη «δίκαιη ισότητα των ευκαιριών» (fair equality of opportunity ή FEO) και β) την αρχή της διαφοράς (difference principle).

Η ισότητα των ευκαιριών έχει ως σκοπό την εξασφάλιση δίκαιων όρων στον ανταγωνισμό μεταξύ των μελών της κοινωνίας και την επίτευξη δίκαιων διαδικασιών. Οι δίκαιες διαδικασίες οδηγούν σε αποτελέσματα που είναι δίκαια, παρόλο που μπορεί να συνδυάζονται με άνισες εκβάσεις. Επομένως, η ισότητα των ευκαιριών του Rawls αποτελεί μέρος μιας σύλληψης της διαδικαστικής και όχι της αναδιανεμητικής δικαιοσύνης. Η αρχή αυτή σχετίζεται με την ανάπτυξη των ταλέντων και των ικανοτήτων των ατόμων ανεξαρτήτως του περιορισμού άλλων κοινωνικών παραγόντων, όπως είναι η φυλή ή η κοινωνική θέση, και σχετίζεται με την ισότιμη πρόσβαση όλων των ατόμων σε θέσεις και αξιώματα ανεξαρτήτως του κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών τους (Daniels, 2008).

Κατά την αρχή της διαφοράς, οι κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες θα πρέπει να διαρρυθμίζονται κατά τέτοιο τρόπο ώστε να είναι προς το όφελος των περισσότερο μειονεκτούντων ατόμων (Rawls, 1999· Rawls, 2001). Οι ανισότητες αυτές μετριούνται με έναν δείκτη «πρωταρχικών αγαθών». Τα πρωταρχικά αγαθά αποτελούν μέσα για κάθε χρήση (all-purpose means) και,

γίνεται από τα άτομα υπό ένα υποθετικό καθεστώς άγνοιας για κάποια χαρακτηριστικά τους που είναι ηθικά αυθαίρετα, όπως είναι η κοινωνική θέση, οι φυσικές προικοδοτήσεις, η αντίληψη του αγαθού και η γενεά τους. Αυτή η υποθετική θέση ονομάζεται «αρχική θέση», και το πέπλο άγνοιας εξασφαλίζει ότι η επιλογή των σχετικών αρχών γίνεται κατά τρόπο που κανένας δεν ευνοείται ή αδικείται από το αποτέλεσμα της φυσικής τύχης ή την τυχαιότητα των κοινωνικών συνθηκών.

επομένως, είναι επιθυμητά από κάθε ορθολογικό δρώντα στην προσπάθειά του να επιτύχει τους στόχους του. Με άλλα λόγια, πρωταρχικά αγαθά είναι εκείνα τα αγαθά που τα ελεύθερα και ίσα μέλη της κοινωνίας έχουν ανάγκη ως πολίτες. Αναφέρονται σε αντικειμενικά χαρακτηριστικά των κοινωνικών συνθηκών των ανθρώπων, όπως είναι η ελευθερία, η ισχύς, οι ευκαιρίες, το εισόδημα, ο πλούτος και οι κοινωνικές βάσεις του αυτοσεβασμού. Τα πρωταρχικά αγαθά διανέμονται από την κοινωνία και όχι τη φύση και, επομένως, δεν περιλαμβάνουν «φυσικά αγαθά», όπως είναι η υγεία και η ευφύια (Williams και Cookson, 2000). Η αρχή αυτή δεν έχει ως σκοπό την πλήρη εξάλειψη των ανισοτήτων και κάθε ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος που προκύπτει από τον συνδυασμό των περιστάσεων της κοινωνικής και φυσικής λοταρίας⁶⁶. Αντίθετα, σκοπεύει στην άμβλυνσή των ανισοτήτων, με τις ικανότητες και τα ταλέντα των ατόμων να λειτουργούν προς όφελος όλων, ιδιαίτερα εκείνων που βρίσκονται σε χειρότερη θέση (Daniels, 2008). Σε κάθε περίπτωση, πάντως, οι άνθρωποι που έχουν τις ίδιες ικανότητες και ταλέντα και με την ίδια επιθυμία να τα καλλιεργήσουν, θα πρέπει να έχουν τις ίδιες ευκαιρίες ζωής κατά τη σύλληψη του Rawls (1999).

Στη θεωρία του Rawls (1999), η μεγιστοποίηση των ελευθεριών για κάθε άτομο –με κάθε άτομο να απολαμβάνει ίσο μέγεθος ελευθερίας– παρουσιάζει λεξικογραφική προτεραιότητα έναντι της δίκαιης ισότητας των ευκαιριών, και η δίκαιη ισότητα των ευκαιριών έχει λεξικογραφική προτεραιότητα έναντι της βελτίωσης της ευημερίας των ατόμων που βρίσκονται στη χειρότερη κοινωνική θέση. Επομένως, δεν μπορεί να υπάρξει θυσία των βασικών ελευθεριών ή των ευκαιριών έναντι της βούλησης για μείωση των ανισοτήτων (Lamont και Favor, 2017). Αφού επιτευχθεί η μέγιστη ισότητα ελευθεριών, τα διάφορα δυνατά αποτελέσματα ιεραρχούνται βάσει της έκτασης με την οποία βελτιώνουν τη θέση των περισσότερο μειονεκτούντων ατόμων σε σχέση με τα πρωταρχικά

⁶⁶ Ο Rawls χρησιμοποιεί τις μεταφορές της φυσικής και της κοινωνικής λοταρίας για να δείξει ότι, όπως κάποιος δεν αξίζει ή δικαιούται τα αποτελέσματα μιας κανονικής λοταρίας, έτσι και οι αρχικές θέσεις των ανθρώπων δεν μπορούν και δικαιολογηθούν ηθικά στη βάση της τυχαιότητας (Rawls, 1971).

αγαθά (maximin κανόνας) (Williams και Cookson, 2000). Επομένως, η συνάρτηση κοινωνικής ευημερίας υπό την Ρωλσιανή ή maximin αρχή θα μπορούσε να οριστεί ως:

$$G = \min(U_1 + U_2 + \dots U_n) \quad (2.5)$$

Όπου U είναι το επίπεδο ωφελιμότητας για το i -οστό άτομο σε μια κοινωνία n ατόμων, καθώς η κοινωνική ευημερία ορίζεται σε σχέση με εκείνη του ατόμου που βρίσκεται στη χειρότερη κατάσταση.

Μια πολιτική που βελτιώνει την κατάσταση των περισσότερο μειονεκτούντων ατόμων θεωρείται δίκαιη, ακόμη και αν οι προνομιούχοι επωφελοούνται ακόμη περισσότερο. Επομένως, μπορεί να υπάρξει περίπτωση όπου οι ανισότητες αυξάνονται, αλλά αυτό να οδηγεί σε μια πιο δίκαιη κοινωνία (Yamin, 2009). Αυτό που ενδιαφέρει τον Rawls δεν είναι η σχετική, αλλά η απόλυτη θέση των λιγότερο προνομιούχων, και οι ανισότητες είναι επιτρεπτές μέχρι το σημείο που βελτιώνουν την κατάστασή τους (Lamont και Favor, 2017). Είναι παράλογο, κατά τον Rawls, οι άνθρωποι να επιμένουν στον κανόνα της εξίσωσης, όταν αυτό θα χειροτέρευε την κατάστασή τους. Τέτοια περίπτωση είναι όταν τα κίνητρα ανάπτυξης των ατομικών ικανοτήτων και η ανάληψη κινδύνων αυξάνουν τη συνολική κοινωνική παραγωγικότητα (trickle-down effects)⁶⁷. Μια τέτοια συνθήκη μπορεί να ανοίξει την σχετική απόσταση μεταξύ αυτών που βρίσκονται στην καλύτερη και εκείνων που βρίσκονται στη χειρότερη θέση, ωστόσο, καθότι η «κοινωνική πίτα» (social pie) γίνεται μεγαλύτερη, η κατάσταση των τελευταίων βελτιώνεται σε απόλυτους όρους (Daniels, 2008). Αυτό, όμως, δε σημαίνει ότι ο Rawls δεν αναγνωρίζει τη σημασία των σχετικών ανισοτήτων, ιδίως σε όρους ισχύος. Για αυτό και συνδυάζει την ισότητα την ευκαιριών με την αρχή της διαφοράς σε αυτό που ονομάζει δημοκρατική ισότητα⁶⁸ (Rawls, 1999). Παρόλο, λοιπόν, που δεν

⁶⁷ Οι Daniels κ.ά. (2006) υποστηρίζουν ότι δεν αρκεί μια απλή βελτίωση της απόλυτης κατάστασης αυτών που βρίσκονται στη χειρότερη θέση, αλλά θα πρέπει η σχετική ροή οφέλους προς αυτούς να είναι η μέγιστη δυνατή.

⁶⁸ Ως δημοκρατική ισότητα αναφέρεται και η σύλληψη της Anderson (1999), με την οποία δεν θα πρέπει να συγχέεται.

τίθεται συγκεκριμένο όριο ως προς το απόλυτο μέγεθος της ανισότητας που επιτρέπεται σε αυτήν τη θεωρία δικαιοσύνης, ο συνδυασμός αυτών των αρχών δημιουργεί μια ισχυρή τάση προς την ισότητα. Άλλωστε, ο Rawls θέτει ως προϋπόθεση ότι οι όποιες κοινωνικές ανισότητες θα πρέπει να είναι σύμφωνες με την αρχή των ίσων ελευθεριών και της δίκαιης κατανομής των ευκαιριών⁶⁹.

Στη βιβλιογραφία οι όροι της αρχής της διαφοράς και του κανόνα maximin χρησιμοποιούνται εναλλακτικά. Ωστόσο, ο ίδιος ο Rawls (2001) τις διακρίνει ρητά. Η αρχή της διαφοράς αποτελεί μια αρχή δικαιοσύνης, δηλαδή ορίζει τις συνθήκες υπό τις οποίες οι κοινωνικές ανισότητες είναι επιτρεπτές, ενώ ο κανόνας maximin αποτελεί έναν εμπειρικό κανόνα για τη λήψη αποφάσεων σε συνθήκες αβεβαιότητας, δηλαδή χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση των καταστάσεων των πραγμάτων (state of affairs). Πιο συγκεκριμένα, μια κατάσταση $X = (w_1, w_2, \dots, w_n)$ είναι τουλάχιστον καλή όσο μια άλλη $Y = (w'_1, w'_2, \dots, w'_n)$ αν και μόνο αν $\min(w_1, w_2, \dots, w_n) \geq \min(w'_1, w'_2, \dots, w'_n)$, όπου w_i είναι το αγαθό για το i -οστό άτομο (Hirose, 2015).

Ο Hirose (2015) αναγνωρίζει πέντε βασικά χαρακτηριστικά στον κανόνα maximin: α) αξιολογεί ως την καλύτερη κατάσταση των πραγμάτων εκείνη που μεγιστοποιεί το επίπεδο για εκείνους που βρίσκονται στη χειρότερη θέση, β) είναι αμερόληπτος κατά την έννοια του ωφελιμισμού, γ) παραβιάζει την αρχή της «ισχυρής διαχωρισιμότητας» (strong separability)⁷⁰ του ωφελιμισμού, δ) δεν απαιτεί τη δυνατότητα ποσοτικής σύγκρισης (cardinality ή unit comparability), αλλά μόνο της ιεραρχικής σύγκρισης του επιπέδου (level comparability), και ε) παραβιάζει την κατά Pareto συνθήκη, καθώς η κατάσταση εκείνων που δεν βρίσκονται στη χειρότερη θέση δεν επηρεάζει την αξιολόγηση.

⁶⁹ Γενικότερα, η σύλληψη του Rawls μπορεί να θεωρηθεί ως εξισωτική για τους παρακάτω λόγους (Gosepath, 2011): α) βασίζεται στην ίση ηθική αξία των ανθρώπων, β) οι άνθρωποι θεωρούνται ίσοι στην αρχική θέση, γ) η αρχική θέση προϋποθέτει πολιτική ισότητα και ισότιμη συμμετοχή όλων των ανθρώπων στη διαμόρφωση των αρχών που θα ρυθμίζουν τη ζωή τους, δ) η ύπαρξη της δίκαιης ισότητας των ευκαιριών, ε) κάθε είδους επάξια ανταμοιβή θα πρέπει να είναι θεσμικά προσδιορισμένη με βάση τους στόχους της κοινωνίας και δεν αποδέχεται την αξιολόγηση βάσει των ταλέντων ή των περιστάσεων και στ) η αρχή της διαφοράς τείνει προς την εξίσωση των πρωταρχικών αγαθών.

⁷⁰ Σύμφωνα με την αρχή της ισχυρής διαχωρισιμότητας, η αξιολόγηση του επιπέδου κάθε υποσυνόλου των ατόμων είναι ανεξάρτητη από εκείνου των υπολοίπων (Hirose, 2015).

Η λεξικογραφική επέκταση του κανόνα maximin ή ο κανόνας leximin ικανοποιεί τη συνθήκη κατά Pareto, καθώς σε περίπτωση όπου έχει μεγιστοποιηθεί το επίπεδο εκείνων που βρίσκονται στη χειρότερη κατάσταση και το επίπεδο τους είναι ίσο μεταξύ διαφορετικών εκβάσεων, απαιτείται η μεγιστοποίηση του επιπέδου εκείνων που βρίσκονται στη δεύτερη χειρότερη θέση κ.ο.κ., μέχρι τη μεγιστοποίηση της κατάστασης εκείνων που βρίσκονται στην καλύτερη θέση. Πιο συγκεκριμένα, μια κατάσταση $X = (w_1, w_2, \dots, w_n)$ είναι γνησίως καλύτερη από μια άλλη $Y = (w'_1, w'_2, \dots, w'_n)$ αν και μόνο αν υπάρχει μια θέση k στο σύνολο $N = \{1, 2, \dots, n\}$ έτσι ώστε: 1) το επίπεδο του k να είναι γνησίως υψηλότερο στη X σε σχέση με την Y και 2) το επίπεδο για κάθε θέση $j < k$ να είναι το ίδιο μεταξύ της X και της Y (Hirose, 2015).

Η θεωρία δικαιοσύνης του Rawls δεν είχε ως σκοπό να λειτουργήσει στο πλαίσιο της υγείας, η οποία αποτελεί ένα «φυσικό αγαθό», όπως είναι η ευφύια και τα ταλέντα (Daniels κ.ά., 2006· Daniels, 2008). Άλλωστε, η θεωρία των «πρωταρχικών αγαθών» περιορίζεται σε υγιή άτομα ή, όπως ο ίδιος αναφέρει σε «normal, active and fully co-operating members of society» (Rawls, 1982). Επομένως, δεν μπορούμε να εξετάζουμε κατά πόσο κάποιες διαφορές υγείας είναι ανισότιμες ή όχι όταν κανένας δεν θεωρείται άρρωστος. Στο θεωρητικό σχήμα του Rawls, η υγεία επηρεάζεται από τη βασική δομή της κοινωνίας, αλλά δεν βρίσκεται υπό τον έλεγχό της (Hirose, 2015).

Ωστόσο, ο Arrow (1973) επισήμανε ότι η ισότητα των πρωταρχικών αγαθών μεταξύ δύο ομάδων ατόμων, οι οποίες η μία είναι αιμοφιλική και η άλλη δεν έχει προβλήματα υγείας, δεν εξασφαλίζει και την ισότητα μεταξύ τους, καθότι η πρώτη έχει μεγαλύτερη ανάγκη για οικονομικούς πόρους, λόγω της απαιτούμενης θεραπείας⁷¹. Επομένως, η υγεία θα πρέπει να συμπεριληφθεί στα πρωταρχικά αγαθά⁷². Η καλή υγεία αφενός έχει εργαλειακό χαρακτήρα και

⁷¹ Πάντως, αυτό που ουσιαστικά ήθελε να αναδείξει ο Arrow ήταν ότι το πρόβλημα του προσδιορισμού της σχετικής σημασίας των διαφορετικών πρωταρχικών αγαθών (index-number problem) παραμένει υπαρκτό και στη θεωρία του Rawls (Hirose, 2015).

⁷² Χαρακτηριστικά αναφέρει ότι η υγειονομική περίθαλψη «falls under the general means necessary to underwrite fair equality of opportunity and our capacity to take advantage of our basic rights and liberties, and thus to be normal and fully cooperating members of society over a complete life» (Rawls, 2001).

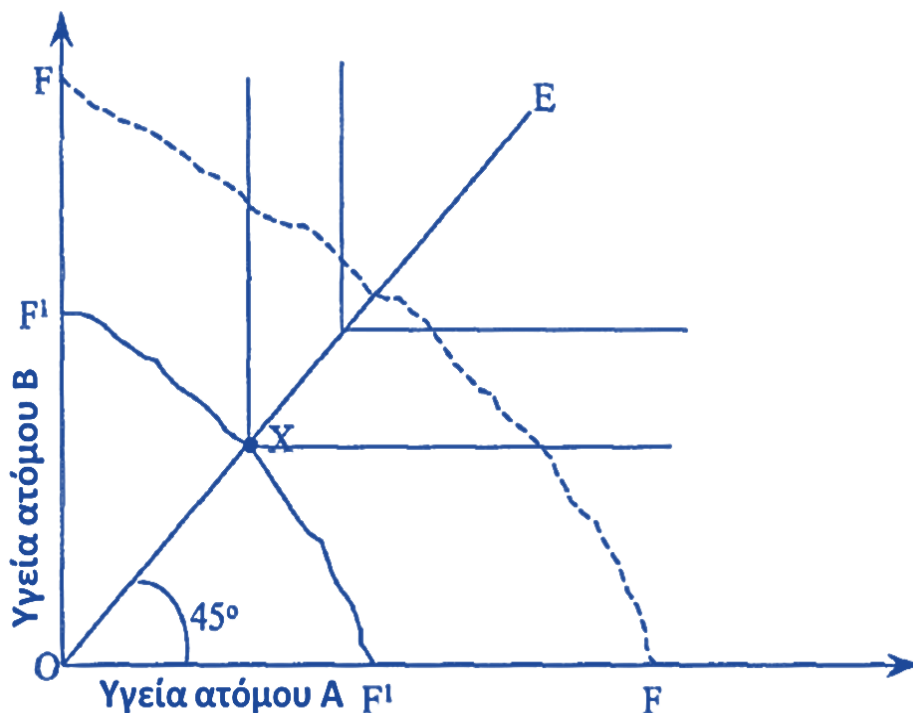
μπορεί να θεωρηθεί ως μέσο για την επίτευξη στόχων και την ικανοποίηση αναγκών, και αφετέρου μπορεί να αποτελέσει η ίδια έναν σκοπό (Williams και Cookson, 2000). Αυτό βεβαίως δεν συνάδει με την οπτική του Rawls για τα «πρωταρχικά αγαθά», στα οποία αποδίδει αποκλειστικά έναν εργαλειακό χαρακτήρα. Επιπλέον, έχουμε ήδη επισημάνει τον σημαντικό ρόλο που διαδραματίζουν οι κοινωνικοί παράγοντες, όπως είναι το εισόδημα, η εκπαίδευση και το επάγγελμα, στη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας. Πρόκειται για παράγοντες των οποίων η κατανομή διευθετείται από τη βασική δομή της κοινωνίας και, συνεπώς, βρίσκονται υπό τον έλεγχό της. Σε κάθε περίπτωση, θα πρέπει πάντως να σημειωθεί ότι η εφαρμογή της αρχής της διαφοράς στην υγεία μπορεί να συνεπαγόταν ακραίες μεταφορές πόρων σε άτομα με δισεπίλυτες ανάγκες υγείας (Williams και Cookson, 2000).

Στη συνέχεια, βέβαια, ο Rawls (2001) επέτρεψε την ενσωμάτωση της υγείας στη θεωρία του, καθώς αναγνώρισε ότι οι πολίτες ενίοτε πέφτουν προσωρινά κάτω από το ελάχιστο όριο των βασικών δυνατοτήτων που είναι απαραίτητες για να αποτελούν κανονικά και πλήρως συνεργαζόμενα μέλη μιας κοινωνίας. Θεωρώντας την υγεία ως αναγκαία συνθήκη για την εφαρμογή των αρχών της δικαιοσύνης, επισήμανε την απαραίτητη προϋπόθεση της ικανοποίησης των υγειονομικών αναγκών των ατόμων. Αυτή η αξίωση διευκολύνεται από τρία χαρακτηριστικά της αρχής της διαφοράς, τα οποία της προσδίδουν μια ευελιξία: α) τα πρωταρχικά αγαθά δεν προσδιορίζονται λεπτομερώς κατά την αρχική θέση, αλλά αυτό εναπόκειται στις νομοθετικές και τις δικαστικές διαδικασίες, όπου είναι διαθέσιμες περισσότερες πληροφορίες, β) μεταξύ των πρωταρχικών αγαθών συμπεριλαμβάνονται και τα δημόσια αγαθά και υπηρεσίες και γ) ενώ οι προσδοκίες για τα πρωταρχικά αγαθά μπορεί να είναι ίσες μεταξύ των ανθρώπων *ex-ante*, τα αγαθά που όντως λαμβάνουν μπορεί να διαφοροποιούνται ανάλογα με τις διαφορετικές περιστάσεις και ανάγκες *ex-post*. Η βασική ιδέα, λοιπόν, είναι ότι, στο πλαίσιο των διαβουλευτικών διαδικασιών κατά το νομοθετικό στάδιο για την πρακτική εφαρμογή της αρχής της διαφοράς, θα πρέπει να επιδιωχθεί μια ισορροπία μεταξύ των διαφόρων προσδοκιών της λιγότερο προνομιούχου ομάδας, με την επιλογή μιας κατανομής των κοινωνικών πόρων που να εξασφαλίζει ένα κοινωνικά ελάχιστο επίπεδο. Καθότι η αποκατάσταση της καλής υγείας των

ατόμων που τους επιτρέπει να λειτουργούν ως ελεύθερα και ίσα μέλη σε μια κοινωνία αποτελεί επείγουσα ανάγκη, θα δοθεί προτεραιότητα στην υγειονομική περιθαλψη έναντι άλλων αξιώσεων μέχρι την εξασφάλιση αυτού του επιπέδου υγείας.

Στην περίπτωση που εφαρμόζαμε τη θεωρία δικαιοσύνης του Rawls στο αγαθό της υγείας, τότε η αρχή της ισότητας των βασικών ελευθεριών και η δίκαιη ισότητα των ευκαιριών θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως συμπληρωματικοί ηθικοί περιορισμοί του συνόλου των δυνατοτήτων υγείας, με τη σχετική καμπύλη να συρρικνώνεται από FF σε F¹F¹ (Γράφημα 2-8). Ο maximin κανόνας εκφράζεται με μια καμπύλη αδιαφορίας της συνάρτησης της κοινωνικής ευημερίας που έχει σχήμα ορθής γωνίας (L-shaped), με την κορυφή της να είναι πάνω στη γραμμή των 45° που αντιπροσωπεύει την ισοκατανομή της υγείας μεταξύ των δύο ατόμων. Αυτό που δείχνει το συγκεκριμένο σχήμα της καμπύλης αδιαφορίας είναι ότι η σχετιζόμενη με την υγεία κοινωνική ευημερία δεν μπορεί να αυξηθεί από το σημείο X με τη βελτίωση του επιπέδου υγείας μόνο του ενός ατόμου.

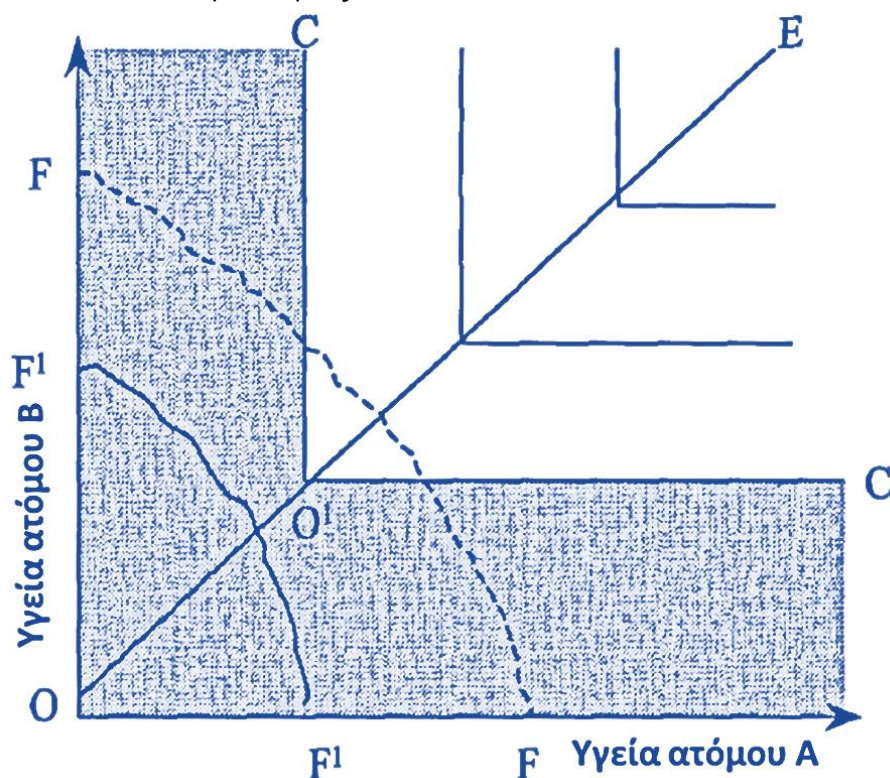
Γράφημα 2-8 Βελτιστοποίηση στην κατανομή της υγείας υπό τη maximin συνάρτηση κοινωνικής ευημερίας



Η υγεία στο όνομα της δικαιοσύνης

Εφόσον γίνει δεκτός ο νεότερος περιορισμός που έθεσε ο Rawls για την προηγούμενη ικανοποίηση των βασικών αναγκών υγείας των ατόμων, τότε η αρχή των αξόνων μετακινείται προς τα πάνω και δεξιά. Αν, όμως, αυτή η ελάχιστη απαίτηση τεθεί αρκετά υψηλά, τότε μπορεί να οδηγηθούμε σε μια περίπτωση όπου δεν υπάρχουν δυνατές λύσεις (**Γράφημα 2-9**).

Γράφημα 2-9 Βελτιστοποίηση στην κατανομή της υγείας υπό τη *maximin* συνάρτηση κοινωνικής ευημερίας υποθέτοντας την προηγούμενη ικανοποίηση των βασικών αναγκών υγείας



Πηγή: Williams και Cookson (2000)

Όπως αναφέρουν οι Peter και Evans (2001), μια θεωρία δικαιοσύνης (θα πρέπει να) ενδιαφέρεται όχι τόσο για την κατανομή των εκβάσεων υγείας, αλλά για τις κοινωνικές αιτίες και τις υποκείμενες κοινωνικές διαδικασίες των ανισοτήτων υγείας. Μια τέτοια οπτική μπορεί να στηριχτεί στη Ρωλσιανή ιδανική κοινωνία ενός δίκαιου συστήματος συνεργασίας μεταξύ ελεύθερων και ίσων ατόμων. Σε ένα τέτοιο σύστημα, οι κοινωνικοί, οικονομικοί και πολιτικοί θεσμοί θα πρέπει να λειτουργούν κατά τέτοιον τρόπο, ώστε οι κοινωνικές διευθετήσεις να μην λειτουργούν εις βάρος των μειονεκτουσών ομάδων και προς όφελος

των προνομιούχων. Σε αυτό το πλαίσιο σκέψης, οι ανισότητες υγείας που είναι το αποτέλεσμα των κοινωνικών διευθετήσεων (ή της κοινωνικής δομής) και είναι προς όφελος των κοινωνικοοικονομικά ανώτερων ομάδων και εις βάρος των κατώτερων θα πρέπει να θεωρούνται άδικες. Καθότι η εστίαση γίνεται στις διαδικασίες, μια τέτοια προσέγγιση ανήκει στις λεγόμενες διαδικαστικές θεωρίες δικαιοσύνης, κατά τις οποίες οι ανισότητες υγείας αποτελούν έναν δείκτη κοινωνικής δικαιοσύνης (Peter και Evans, 2001). Ακολουθώντας αυτή τη λογική, οι επανορθώσεις των ανισοτήτων υγείας δεν επέρχονται με πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης και δημόσιας υγείας, αλλά με ευρύτερες κοινωνικές πολιτικές που αντιμετωπίζουν τις κοινωνικές αιτίες τους.

Ο Norman Daniels (1985· 2008) επέκτεινε τη θεωρία του Rawls στον τομέα της υγείας, υποστηρίζοντας ότι αυτή συνδέεται με τη δίκαιη κατανομή των ευκαιριών. Ενώ, λοιπόν, η συνήθης ερμηνεία της αρχής της ισότητας των ευκαιριών κατά τον Rawls είναι ότι αποτελεί μια διαδικαστική αρχή μη διακρίσεων βάσει φύλου, φυλής, εθνότητας, κοινωνικής τάξης κ.λπ., ο Daniels αναγνωρίζει στην υγεία μια ειδική ηθική σημαντικότητα, καθώς τη συσχετίζει με τις ευκαιρίες ζωής των ανθρώπων. Καθότι, λοιπόν, η ικανοποίηση των αναγκών υγείας, λόγω των κοινωνικών μειονεκτημάτων που επιφέρει η ασθένεια, έχει αντίκτυπο στην κατανομή των ευκαιριών, η πλήρωσή τους θα πρέπει να ρυθμίζεται από την αρχή της ισότητας των ευκαιριών. Ο Daniels όρισε την παρέκκλιση από την υγεία (pathology) σε σχέση με τον περιορισμό αυτού που ονόμασε τυπικό εύρος ευκαιριών (normal opportunity range) ως προς τα σχέδια ζωής που ένα ορθολογικό άτομο μπορεί να διαμορφώσει για τον εαυτό του σε σχέση με την κοινωνία στην οποία είναι ενταγμένο. Η ικανοποίηση των αναγκών υγείας –η οποία δεν επιτυγχάνεται μόνο με την υγειονομική περίθαλψη– βελτιώνει την υγεία και κατ' επέκταση τις ευκαιρίες των ατόμων. Οι ανάγκες αυτές προσδιορίζονται ως εκείνα τα στοιχεία που χρειαζόμαστε προκειμένου, όπως αναφέρει, «to maintain, restore, or provide functional equivalents (where possible) to normal species functioning (for the appropriate reference class by gender and age)». Τέτοια αποτελούν η επαρκής διατροφή, οι ασφαλείς και υγιεινές συνθήκες διαβίωσης και εργασίας, η άσκηση, η ξεκούραση και άλλα χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής (με κατάλληλα κίνητρα και αντικίνητρα και αντίστοιχη εκπαίδευση), οι ολοκληρωμένες υγειονομικές

υπηρεσίες, οι κοινωνικές υποστηρικτικές υπηρεσίες και η κατάλληλη κατανομή των κοινωνικοοικονομικών προσδιοριστών της υγείας (Daniels, 2008).

Στο αντίστοιχο πνεύμα με τον Rawls, κατά τον Daniels (2008), σκοπός της δικαιοσύνης δεν αποτελεί η εξάλειψη των ατομικών διαφορών ως προς τη «φυσική λοταρία», αλλά ο περιορισμός των επιπτώσεων που μπορεί να έχει η ασθένεια στην απόλαυση ενός τυπικού εύρους ευκαιριών ζωής, σε σχέση πάντοτε με τις φυσικές προικοδοτήσεις ταλέντου και ικανοτήτων. Εφόσον η κατανομή της ασθένειας εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από τις κοινωνικές συνθήκες, η υγεία δεν μπορεί να θεωρηθεί ως ένα αμιγές «φυσικό αγαθό». Επομένως, αντιμετωπίζει την ασθένεια και τα ταλέντα με ασύμμετρο τρόπο, καθότι δεν υποστηρίζει παράλληλα ότι η συνήθης διαφοροποίηση σε φυσικές ικανότητες μεταξύ των ανθρώπων θα πρέπει να εξαλειφθεί. Οι ευκαιρίες ζωής θα πρέπει να είναι ίδιες μεταξύ αυτών με παρόμοια ταλέντα και οι θεσμοί υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να φροντίζουν για τη διασφάλιση της ισότητας των ευκαιριών, με τον περιορισμό των συνεπειών της ασθένειας στην κανονική λειτουργία των ανθρώπων. Μόνο όταν οι διαφοροποιήσεις σε ταλέντο και ικανότητες οφείλονται σε κάποια παθολογία και δεν είναι απλώς το αποτέλεσμα της συνήθους διαφοροποίησης μεταξύ των ανθρώπων θα πρέπει να προσπαθήσουμε να διορθώσουμε τις αρνητικές επιδράσεις της «φυσικής λοταρίας».

Εφαρμόζοντας τις βασικές αρχές της Ρωλσιανής θεωρίας, δηλαδή τις ίσες ευκαιρίες, τη δίκαιη κατανομή των πόρων και την υποστήριξη του αυτοσεβασμού των ανθρώπων, μπορούμε να φθάσουμε πολύ κοντά στην εξάλειψη των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τον Daniels (2001). Σε αυτό το θεωρητικό σχήμα, τα άτομα, υπό το πέπλο άγνοιας και χωρίς να γνωρίζουν την τρέχουσα ή μελλοντική κατάσταση υγείας τους, θα επέλεγαν διανεμητικές αρχές πόρων που θα εξασφάλιζαν ένα εύρος ευκαιριών υγείας αντίστοιχο με την ηλικία τους σε κάθε στάδιο της ζωής τους. Στη συνέχεια, ο Daniels αναγνώρισε τη σημασία κάποιων κοινωνικών παραγόντων για την υγεία και επέκτεινε τη θεωρία του και σε αυτούς, υποστηρίζοντας ότι η δίκαιη κατανομή των ευκαιριών προσφέρει ένα εύλογο επιχείρημα υπέρ μιας πιο δίκαιης κατανομής τους (Daniels, 2001). Χαρακτηριστικά αναφέρει ότι η υγειονομική περίθαλψη δεν είναι παρά «the ambulance waiting at the bottom of

the cliff» (Daniels, 2008), εννοώντας ότι, μέχρι τα άτομα να αναγκαστούν να αναζητήσουν υγειονομική φροντίδα, ήδη οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες θα έχουν επιφέρει σημαντική ζημία στην υγεία τους, η οποία θα μπορούσε να είχε αποφευχθεί.

Ο Daniels (2008) υποστηρίζει ότι οι ανισότητες υγείας που οφείλονται στο φύλο ή τη φυλή είναι ευκολότερο να αντιμετωπιστούν από εκείνες που έχουν ως αιτία τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες αυτές καθαυτές. Αυτό διότι προκύπτουν από μηχανισμούς κοινωνικού αποκλεισμού και διακριτικής αντιμετώπισης αυτών των μη προνομιούχων ομάδων, ενώ οι άλλες ανισότητες απαιτούν την υιοθέτηση περισσότερο ριζοσπαστικών συλλήψεων του εξισωτισμού. Συνεχίζοντας, ο Daniels καταλήγει στο ότι οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας είναι εξίσου άδικες αξιολογώντας τις αιτίες τους και όχι εφαρμόζοντας κάποιες αρχές ισότητας απευθείας στην κατάσταση υγείας. Υποστηρίζει, λοιπόν, ότι οι Ρωσσιανές αρχές ρυθμίζουν ακούσια από μόνες τους βασικούς κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστές της υγείας. Επομένως, η γενική συμμόρφωση προς αυτές τις αρχές μπορεί να οδηγήσει στην άμβλυνση της κοινωνικοοικονομικής διαβάθμισης της κατάστασης υγείας. Όπως αναφέρει, «[i]n effect, social justice in general is good for population health and its fair distribution» (Daniels, 2008).

Πιο συγκεκριμένα, κατά τον Daniels (2008), όλα τα μέλη της ιδανικής κοινωνίας του Rawls διαθέτουν ίσες βασικές ελευθερίες, συμπεριλαμβανομένης της αποτελεσματικής άσκησης της πολιτικής συμμετοχής, η οποία συνιστά από μόνη της έναν κοινωνικό προσδιοριστή της υγείας. Επιπλέον, η συμμόρφωση προς τη δίκαιη ισότητα των ευκαιριών συνεπάγεται τον μετριασμό των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στις ευκαιρίες. Εδώ εντάσσεται πρωταρχικά η πρόσβαση στη δημόσια εκπαίδευση, η οποία περιλαμβάνει ειδικότερα την πανεπιστημιακή, την επαγγελματική και τη δια βίου εκπαίδευση. Άλλα μέτρα αφορούν στην αναπτυξιακή φροντίδα των παιδιών και άλλες παρεμβάσεις κατά την παιδική ηλικία για την ανάπτυξη των δυνατοτήτων τους ανεξαρτήτως τυχόν περιορισμών του οικογενειακού περιβάλλοντός τους. Ακόμη, η ισότητα ευκαιριών απαιτεί παράλληλα και μια καθολική και ολοκληρωμένη υγειονομική περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένων της δημόσιας υγείας, της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας και των υποστηρικτικών κοινωνικών

υπηρεσιών, που να στοχεύει στην προώθηση της κανονικής λειτουργίας των ατόμων εντός της κοινωνίας στην οποία διαβιούν. Στο πλαίσιο αυτό εντάσσεται και η μέριμνα της δημόσιας υγείας για την εξάλειψη των διαφόρων στους κινδύνους της υγείας, όπως είναι οι ανθυγιεινές και επικίνδυνες συνθήκες εργασίας. Τέλος, σύμφωνα με την αρχή της διαφοράς, θα πρέπει να αμβλυνθούν οι ανισότητες στο εισόδημα, τον πλούτο και γενικότερα τον δείκτη των πρωταρχικών αγαθών, οι οποίες είναι επιτρεπτές μόνο στον βαθμό που ωφελούν εκείνους που βρίσκονται στην χειρότερη κατάσταση (Daniels, 2008). Μάλιστα, κατά την Rogers (2007), μια κοινωνία βασισμένη στις Ρωλσιανές αρχές δε θα μείωνε μόνο την κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση της υγείας, αλλά επιπλέον η εξασφάλιση της κοινωνικής βάσης του αυτοσεβασμού των ανθρώπων σε συνδυασμό με την πεποίθησή τους για μια δίκαιη προοπτική ζωής θα μπορούσε να αμβλύνει επιπλέον και τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες του στρες.

Ο Daniels (2008) υποστηρίζει ότι οι ανισότητες υγείας που εναπομένουν μετά την εφαρμογή των αρχών δικαιοσύνης δεν συνιστούν συμβιβασμό, αλλά θα πρέπει να θεωρούνται αποδεκτές. Αρχικά διότι η προσπάθεια για περαιτέρω ελάττωσή τους δεν θα έπρεπε να οδηγήσει στην επιδείνωση της κατάστασης εκείνων που βρίσκονται στη χειρότερη θέση, για παράδειγμα μέσω της μείωσης της κοινωνικής παραγωγικότητας, προκειμένου να υποστηριχθούν τα μέτρα προώθησης της υγείας και της μείωσης των ανισοτήτων στην κοινωνία. Έπειτα, τα άτομα μπορεί να αντισταθμίζουν κινδύνους της υγείας με οφέλη μη συνδεδεμένα με αυτήν. Οποιοσδήποτε, λοιπόν, άλλες παρεμβάσεις θα πρέπει να θεωρηθούν είτε πατερναλιστικές είτε άδικες, ειδικά διότι η θεωρία δεν προσφέρει κάποια στάθμιση μεταξύ των συνιστωσών του δείκτη των πρωταρχικών αγαθών⁷³. Σε κάθε περίπτωση, θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο

⁷³ Κατά τους Anand και Peter (2000), αυτή η σύλληψη του Daniels αντιφάσκει με το ότι θεωρεί πως η δίκαιη ισότητα ευκαιριών ρυθμίζει την υγεία άμεσα. Καθότι, λοιπόν, η ισότητα ευκαιριών διαθέτει λεξικογραφική προτεραιότητα έναντι της αρχής της διαφοράς, στην οποία υπάγεται ο δείκτης πρωταρχικών αγαθών, η Ρωλσιανή δικαιοσύνη θα έπρεπε να επιβάλλει την πλήρη εξάλειψη των ανισοτήτων υγείας.

Daniels υποστηρίζει τη δίκαιη ισότητα των ευκαιριών για καλή υγεία και όχι την ισότητα στην κατάσταση υγείας.

Κατά τις συλλήψεις της ισότητας των ευκαιριών, που θα αναλυθούν στη συνέχεια, η κοινωνία δεν οφείλει βοήθεια ή επανόρθωση στα άτομα των οποίων η κακή κατάσταση οφείλεται στις επιλογές τους. Ο Rawls μοιράζει την ευθύνη μεταξύ της κοινωνίας και του ατόμου (Daniels, 2008). Η κοινωνία είναι υπεύθυνη για τον διαμοιρασμό των πρωταρχικών αγαθών σύμφωνα με τις αρχές της δικαιοσύνης, και το άτομο οφείλει να προσαρμόσει τις προσδοκίες του ανάλογα. Οπότε, εφόσον οι όροι παραμένουν δίκαιοι, δεν είναι ευθύνη της κοινωνίας το αν ένα άτομο δεν ικανοποιεί τα ακριβά γούστα του. Ωστόσο, η οπτική αυτή δεν δίνει λύση αναφορικά με κάποιες περιπτώσεις προσωπικής ευθύνης, όπως είναι η ανάληψη ρισοκίνδυνων συμπεριφορών υγείας. Κατά τον Daniels (2008), η απόδοση τέτοιου είδους ευθύνης είναι δύσκολη, καθότι έχει τεκμηριωθεί η στενή διασύνδεση μεταξύ της κοινωνικοοικονομικής θέσης και των ρισοκίνδυνων συμπεριφορών. Επιπλέον, μια τέτοια στάση δεν λαμβάνει υπόψη της το βασικό σκεπτικό των αρχών δικαιοσύνης που είναι η δημοκρατική ισότητα. Έτσι, αφενός, η υγεία είναι απαραίτητη για τη δυνατότητα των ανθρώπων να λειτουργούν ως ελεύθεροι και ίσοι πολίτες. Αφετέρου, η συνεπαγόμενη διερεύνηση του ιστορικού των αποφάσεων του κάθε ατόμου, που είναι αναγκαία για την απόδοση της ευθύνης στο ίδιο, εκτός του ότι θα ήταν ιδιαίτερα δύσκολη και δαπανηρή, θα αποτελούσε επιπλέον και μια ιδιαίτερη παρεμβατική, αδιάκριτη και υποτιμητική διαδικασία, η οποία θα του παραβίαζε βασικές ελευθερίες, όπως τη σφαίρα της ιδιωτικότητάς του. Παρόλα αυτά, ο Daniels αναγνωρίζει τη σημασία της ατομικής ευθύνης για την υγεία, χωρίς όμως να φθάνει στο σημείο να ζητά την τιμωρία των ρισοκίνδυνων συμπεριφορών με τη μη παροχή βοήθειας ή την επιβολή εμποδίων κατά την επιδίωξή της. Αυτό που προτείνει είναι κίνητρα και αντικίνητρα και εσωτερικοποίηση του κόστους, για παράδειγμα μέσω της φορολογίας. Όπως παρατηρεί η Ruger (2005· 2010a), η σύλληψη του Daniels δε συνάδει, βεβαίως, με άλλες ερμηνείες της θεωρίας του Rawls, που έφταναν στο σημείο να υποστηρίζουν δικαιώματα ίσης ευκαιρίας στην ευημερία και τα κοινωνικά προνόμια ανεξαρτήτως των προσωπικών ικανοτήτων και της γενετικής προικοδότησης. Τέτοιου είδους ερμηνείες παραβλέπουν τη σημασία της

προσωπικής ευθύνης, ενώ δημιουργούν και υπερβολικές –ίσως και ανέφικτες– υποχρεώσεις στο σύστημα υγείας, που υπερβαίνουν τις προσπάθειες εξάλειψης του αντικτύπου των κοινωνικών παραγόντων στις ευκαιρίες ζωής (Daniels, 2001).

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι, κατά τον Daniels (2008), καθότι η πολυπλοκότητα είναι εγγενής στην ανισότητα, είναι αναμενόμενη η διαφωνία κατά την αξιολόγηση των καταστάσεων σε σχέση με το ποια είναι χειρότερη από την πλευρά της δικαιοσύνης. Για αυτόν τον λόγο, προκρίνει τις διαβουλευτικές διαδικασίες για τη δίκαιη επίλυση αυτών των διαφωνιών. Η σύλληψη της «λογοδοσίας για την ευλογότητα» (accountability for reasonableness) των αποφάσεων για τη διανομή των υγειονομικών πόρων των Daniels και Sabin (2008) αποτελεί μια διαδικαστική προσέγγιση της δικαιοσύνης. Καθότι, λοιπόν, δεν υπάρχει ομοφωνία ως προς τις ουσιαστικές αρχές της κατανομής των πόρων, μια δίκαιη διαδικασία επιτρέπει τη συμφωνία ως προς ποια κατανομή μπορεί να θεωρηθεί δίκαιη (Daniels, 2000). Στις σύγχρονες πλουραλιστικές δημοκρατίες μια τέτοια διαδικασία θα πρέπει να βασίζεται σε συγκεκριμένες συνθήκες (Daniels και Sabin, 1997· Daniels, 2000· Daniels, 2008). Πρώτον, οι αποφάσεις για την διανομή των υγειονομικών πόρων και τα σκεπτικά τους θα πρέπει να είναι δημόσια διαθέσιμα (publicity condition). Παράλληλα, θα πρέπει να είναι εμπειρικά εφικτές και να συνδέονται με τους στόχους των διαφόρων ενδιαφερόμενων μερών. Δεύτερον, η αιτιολόγησή τους θα πρέπει να βασίζεται σε αρχές και λόγους που να είναι ευρέως αποδεκτοί στο πλαίσιο της αναζήτησης της συνεργασίας μεταξύ των ανθρώπων (relevance condition). Τρίτον, θα πρέπει να υπάρχουν θεσμοθετημένοι μηχανισμοί για την αμφισβήτηση των σχετικών αποφάσεων και την επίλυση των σχετικών διαφωνιών, καθώς και η δυνατότητα για την αναθεώρηση και τη βελτίωσή τους, ιδίως από εκείνους που επηρεάζονται από αυτές τις αποφάσεις (revision and appeals condition). Τέταρτον, η διαδικασία

θα πρέπει να είναι είτε εθελοντική είτε δημόσια ρυθμιζόμενη (regulative condition)⁷⁴.

Η προσέγγιση του Daniels για τη δίκαιη κατανομή των ευκαιριών έχει υποστεί σημαντική κριτική⁷⁵. Ο ίδιος έχει αναγνωρίσει τέσσερα βασικά ζητήματα τα οποία τόσο η προσέγγισή του όσο και εκείνες των επικριτών του δεν έχουν καταφέρει να αντιμετωπίσουν επαρκώς (Daniels, 1994): α) πως θα γίνει η στάθμιση μεταξύ των ίσων ευκαιριών και των καλύτερων αποτελεσμάτων (the fair chances/best outcomes problem), β) πόση προτεραιότητα θα πρέπει να δοθεί στα άτομα που βρίσκονται σε μειονεκτική θέση (the priorities problem), γ) πώς να σταθμιστούν τα μικρά οφέλη πολλών με τα μεγάλα οφέλη λίγων (the aggregation problem) και δ) τότε πρέπει να εφαρμόζονται δημοκρατικές διαδικασίες ιεράρχησης των προτιμήσεων έναντι άλλων ουσιαστικών αρχών

⁷⁴ Ο Schmidt (2009) πρότεινε πέντε δοκιμασίες για την καθοδήγηση των αποφάσεων των σχετικών για την απόδοση ευθύνης στην υγεία στο πλαίσιο της σύλληψης για την «λογοδοσία για την ευλογότητα» του Daniels: α) η δοκιμασία τεκμηρίωσης και αρχών (evidence and rationale test), που έχει ως σκοπό τη δικαιολόγηση μιας συγκεκριμένης πολιτικής για την επίτευξη συγκεκριμένων αξιών και στόχων· β) η δοκιμασία σκοπιμότητας και παρεμβατικότητας (feasibility and intrusiveness test), για την επιλογή του περισσότερο αποτελεσματικού και λιγότερο παρεμβατικού μέτρου· γ) η δοκιμασία καταλογισμού του βαθμού ευθύνης (attributability/degree of choice test)· δ) η δοκιμασία συνοχής (coherence test) σε σχέση με άλλες υποχρεώσεις της κοινωνικής πολιτικής, προκειμένου οι ίδιες περιπτώσεις να αντιμετωπίζονται με όμοιο τρόπο· και ε) η δοκιμασία των επηρεαζομένων μερών (affected parties test), όπου διερευνώνται οι ευθύνες και οι σχέσεις μεταξύ των διαφόρων εμπλεκόμενων δρώντων.

⁷⁵ Η Ruger (2010a) συγκέντρωσε τις διάφορες κριτικές της θεωρίας του Daniels. Πρώτον, στηρίζεται υπερβολικά στους στατιστικούς μέσους όρους, οι οποίοι επηρεάζονται από τις διακυμάνσεις των κατανομών της υγείας (Stern, 1983). Δεύτερον, δεν δίνει σημασία στην ανακούφιση από τον πόνο (Kamm, 2001). Τρίτον, μπορεί να αποκλείσει μη παραγωγικά και απομονωμένα άτομα από το δικαίωμα στην υγειονομική περίθαλψη (Kamm, 2001). Τέταρτον, δεν καταφέρνει να συνδέσει ικανοποιητικά την FEO με την υγειονομική περίθαλψη. Πέμπτο, πάσχει από απροσδιοριστία και υποκειμενικότητα. Έκτο, δε σταθμίζει την υγειονομική περίθαλψη με άλλα κοινωνικά αγαθά (Rai, 1996). Έβδομο, δεν αντιμετωπίζει περιπτώσεις ατόμων με αναπηρίες οι οποίες θα δικαιούντο υπό αυτό το σχήμα απεριόριστους πόρους από το σύστημα (Emanuel, 1994). Ογδοο, η έννοια της επαρκούς περίθαλψης είναι πολύ αόριστη (Emanuel, 1994· Rai, 1996). Ένατο, η προσέγγιση πάσχει από κυκλικότητα, στον βαθμό που το εύρος των ευκαιριών δεν μπορεί να διαχωριστεί από τη διαδικασία προσδιορισμού των κοινωνικών επενδύσεων στην υγειονομική περίθαλψη (Buchanan, 1984). Δέκατο, δεν καταφέρνει να ενδύσει την υγεία με μια αυταξία, η οποία γίνεται αντικείμενο της δικαιοσύνης μόνο εμμέσως, μέσω της επίπτωσής της στις ευκαιρίες (Wilson, 2009). Ενδέκατο, τόσο η επέκταση της FEO στους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας όσο και η «λογοδοσία για την ευλογότητα» των αποφάσεων, ως μια δίκαιη διαδικασία για τη διαμόρφωση προτεραιοτήτων είναι μάλλον ασυμβίβαστες ή, τουλάχιστον, δεν φαίνεται να εδράζονται στη Ρωλσιανή προσέγγιση (Rid, 2009· Rid και Biller-Andorno, 2009).

κατανομής (the democracy problem). Επιπλέον, δεν υπάρχει ένας ξεκάθαρος τρόπος για τη λήψη της απόφασης σχετικά με την προτεραιότητα της υγείας έναντι των άλλων πρωταρχικών αγαθών, καθώς οι αντισταθμίσεις μεταξύ τους δεν είναι σαφείς (Rogers, 2007). Όπως επισημαίνει ο Segall (2010), ενώ η δίκαιη ισότητα των ευκαιριών στην υγεία απαιτεί την αναδιανομή των πρωταρχικών αγαθών που την επηρεάζουν μέσω της αρχής της διαφοράς, αυτή πρέπει να τεθεί σε εφαρμογή προτού ικανοποιηθούν οι απαιτήσεις της αρχής της δίκαιης ισότητας των ευκαιριών, η οποία και έχει λεξικογραφική προτεραιότητα κατά τον Rawls. Άλλες προσεγγίσεις του Rawls έχουν δοκιμάσει να επιλύσουν κάποια από τα παραπάνω ζητήματα, όπως οι προτάσεις του Kamn (2001) για κάποιες μεσαίου επιπέδου αρχές επίλυσης των διαφωνιών, και των Nord κ.ά. (1995), που επιχείρησαν να εξάγουν ηθικές αρχές από εμπειρικές μελέτες των προτιμήσεων των ατόμων για διαφορετικές θεραπευτικές παρεμβάσεις (Ruger, 2005· Ruger, 2010a).

2.3.3.3. Προσεγγίσεις ισότητας των ευκαιριών (equality of opportunity), εξισωτισμού των πόρων (resource egalitarianism) και εξισωτισμού της τύχης (luck egalitarianism)

2.3.3.3.1. Ισότητα των ευκαιριών

Ως μια προσέγγιση της δικαιοσύνης, η ισότητα των ευκαιριών συχνά αντιπαραβάλλεται με την ισότητα του αποτελέσματος ή τον αυστηρό εξισωτισμό, ως μια σύλληψη ίσης μέριμνας, σεβασμού ή αντιμετώπισης των ανθρώπων, χωρίς να απαιτείται να έχουν διανεμηθεί ίσες ποσότητες από τα αγαθά (Lamont και Favor, 2017). Τέτοιου είδους απαιτήσεις ισοκατανομής δεν λαμβάνουν υπόψη τους την ευθύνη των ατόμων για την κατάστασή τους, ενώ, παράλληλα, μπορεί να οδηγήσουν και στο πρόβλημα της «ισοπέδωσης προς τα κάτω» (Anderson, 1999), όπως έχει ήδη αναλυθεί. Γενικότερα, η εξίσωση του αποτελέσματος στην υγεία παρουσιάζει δύο μειονεκτήματα κατά τον Segall (2010). Αρχικά δεν λαμβάνει υπόψη της τις εθελοντικές επιλογές των ατόμων, καθώς τις ίδιες απαιτήσεις αποτελέσματος μπορεί να έχει ένας καπνιστής με ένα άτομο που προσέχει την υγεία του (smoker/jogger objection). Έπειτα, ενώ οι άνδρες έχουν μικρότερο προσδόκιμο επιβίωσης από τις γυναίκες, αυτή η

διαφορά μπορεί να χαρακτηριστεί ως άδικη, παρά το ότι οφείλεται σε βιολογικούς παράγοντες (inequality between the sexes objection).

Η προσέγγιση της ισότητας των ευκαιριών αναγνωρίζει την ύπαρξη μιας (ή και περισσότερων) κοινωνικής ιεραρχίας με περισσότερο ή λιγότερο επιθυμητές, ανώτερες και κατώτερες κοινωνικές θέσεις. Ωστόσο, σε αντίθεση με την ιεραρχία που βασίζεται στην κάστα, τα άτομα καταλαμβάνουν τις σχετικές θέσεις μέσα από μια μορφή ανταγωνιστικής διαδικασίας ίσων όρων συμμετοχής (Arneson, 2015). Η τυπική ισότητα των ευκαιριών αποκλείει τις τυπικές διακρίσεις βάσει φυλής, φύλου, εθνότητας και ηλικίας (Lamont και Favor, 2017). Πρόκειται για χαρακτηριστικά επί των οποίων τα άτομα δεν έχουν έλεγχο και, επομένως, είναι ανήθικο η κοινωνία να δομείται βάσει αυτής της «κοινωνικής λοταρίας». Σε αυτό το πλαίσιο, οι εργασίες και γενικότερα οι οικονομικές ευκαιρίες θα πρέπει να είναι ανοιχτές προς όλους και η αξιολόγηση για την κάλυψή τους να γίνεται αξιοκρατικά βάσει των προσόντων τους που είναι σχετικά με τις θέσεις αυτές (careers open to talents) (Arneson, 2015)⁷⁶. Δύο προεκτάσεις της οπτικής της τυπικής ισότητας των ευκαιριών αφορούν στην εισδοχή στα πανεπιστήμια αλλά και τις δημόσιες θέσεις βάσει αξιοκρατίας έναντι των πρακτικών του νεποτισμού (Arneson, 2013). Γενικότερα, θα μπορούσαμε να πούμε πως η ισότητα των ευκαιριών στην οικονομία της

⁷⁶ Στην περίπτωση κατά την οποία οι διακρίσεις οφείλονται σε στερεότυπα που είναι επαρκώς ακριβή, τότε οι διακρίσεις αυτές ονομάζονται «στατιστικές» (statistical discrimination), και από άποψη κόστους-αποτελεσματικότητας δεν θεωρείται ότι παραβιάζουν την τυπική ισότητα των ευκαιριών (Arneson, 2015). Ωστόσο, είναι παράλογο να το υποστηρίξει κάποιος αυτό, ακόμη και αν θεωρήσουμε ότι οι επιχειρήσεις αποτελούν οι ίδιες υποκείμενο της δικαιοσύνης κατά την ισότητα των ευκαιριών. Αυτό διότι η ευκαιρία οφέλους για τις επιχειρήσεις, που υποτίθεται προστατεύεται με αυτόν τον τρόπο, δεν μπορεί να έχει κάποια ηθική αξία από μόνη της, εφόσον το όφελος αυτό δεν μπορεί να καρπωθεί από κάποιο άτομο. Η ηθική σημασία με την οποία μπορεί να ενδυθεί η οντότητα της επιχείρησης δεν μπορεί παρά να είναι έμμεση, και να προέρχεται από τα άτομα που λαμβάνουν τις αποφάσεις και καρπώνονται τα οφέλη ή επιβαρύνονται με τα κόστη των αποφάσεων αυτών. Αφού, λοιπόν, το άτομο είναι το πραγματικό υποκείμενο της δικαιοσύνης, τότε θα πρέπει να εφαρμόζονται οι αρχές που ρυθμίζουν την τυπική ισότητα των ευκαιριών σε όλες τις περιπτώσεις. Ως εκ τούτου, κάθε απόφαση πρόσληψης θα πρέπει να βασίζεται στις πραγματικές πληροφορίες για τον συγκεκριμένο κάθε φορά υποψήφιο και όχι στα συνήθη χαρακτηριστικά της κοινωνικής ομάδας στην οποία ανήκει, ακόμη και αν όντως ανταποκρίνονται στα αληθή χαρακτηριστικά του μέσου μέλους αυτής της ομάδας. Βέβαια, όπως παρατηρεί ο Arneson (2015), εφόσον ένας κανόνας διάκρισης είναι αρκετά διαδεδομένος στην κοινωνία, τότε η συμμόρφωση με αυτόν μπορεί να ανταμείβεται και η μη συμμόρφωση να τιμωρείται στην πράξη από την αγορά.

αγοράς προϋποθέτει ότι «firms and individuals deal with one another impartially as opportunities for gain» ή, εναλλακτικά, «each market agent selects partners for interaction according to the extent to which interaction with those particular individuals or firms would further one's legally permitted goals» (Arneson, 2015).

Ωστόσο, οι αξιώσεις της τυπικής ισότητας των ευκαιριών παραμελούν άλλες διαστάσεις επί των οποίων επίσης δεν μπορούν να ασκήσουν κάποιον έλεγχο τα άτομα, ενώ επηρεάζουν παρόλα αυτά τις προοπτικές ζωής τους, καθότι η αρχή αυτή έχει εφαρμογή στη δημόσια και την κοινή (public, political and civil) ζωή και όχι σε κάθε άποψη της ιδιωτικής (Arneson, 2015). Ένα τέτοιο παράδειγμα αποτελεί η δυνατότητα των γονέων να παράσχουν στα παιδιά τους ευκαιρίες εκπαίδευσης και υγειονομικής περίθαλψης. Πέρα, λοιπόν, από τη «φυσική λοταρία» (φύλο, φυλή, εθνότητα, ταλέντα, έμφυτες ικανότητες κ.λπ.), υπάρχει και η «κοινωνική λοταρία», στο πλαίσιο της οποίας τα άτομα γεννιούνται τυχαία σε ένα περιβάλλον (οικογενειακό, γειτονιάς κ.λπ.), για το οποίο δεν έχουν ευθύνη, αλλά παρόλα αυτά επηρεάζει τις προοπτικές της ζωής τους. Τα άτομα δεν θα πρέπει να θεωρούνται υπεύθυνα για τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά της ομάδας στην οποία ανήκουν (Roemer, 1995). Η υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς υγείας μπορεί να προκύπτει από την επίδραση του κοινωνικοοικονομικού υποβάθρου, καθώς τα άτομα διαθέτουν διαφορετικό βαθμό ικανότητας να ασκήσουν την προσωπική ευθύνη τους ως προς την υγεία τους.

Σύμφωνα με τις προσεγγίσεις της ουσιαστικής ισότητας των ευκαιριών, όλα τα άτομα θα πρέπει να έχουν τις ίδιες ευκαιρίες ευημερίας, τις οποίες θα τις ασκούν όπως αυτά νομίζουν καλύτερα (Arneson, 1989· Le Grand, 2002· Roemer, 2009). Επομένως, μια τέτοια οπτική για τη δικαιοσύνη συνεπάγεται την αποζημίωση των ανθρώπων που βρίσκονται σε κοινωνικό μειονέκτημα για λόγους που δεν άπτονται των δικών τους επιλογών. Αυτή η ουσιαστική ισότητα των ευκαιριών διακρίνεται από την τυπική, καθώς, παρά την εξίσωση των βασικών ελευθεριών μεταξύ των ανθρώπων και την άρση των τυπικών νομικών εμποδίων, τυχαία γεγονότα κατά τη γέννηση (accidents at birth), όπως ένα δυσμενές κοινωνικό περιβάλλον ή κάποιο πρόβλημα υγείας ή η έλλειψη

φυσικού ταλέντου, μπορούν παρόλα αυτά να έχουν ως αποτέλεσμα τη διαμόρφωση κοινωνικού μειονεκτήματος (Williams και Cookson, 2000).

Ο Arneson (2015) υποστηρίζει ότι η σύλληψη της ισότητας των ευκαιριών προσφέρει κάποια από τα στοιχεία που χρειάζονται για μια πλήρη θεωρία της δικαιοσύνης, αλλά όχι όλα. Η γενική ιδέα είναι ότι υπάρχει μια κοινωνική ιεραρχία ανώτερων και κατώτερων θέσεων και η σύλληψη αυτή προσφέρει τη βάση πάνω στην οποία τα άτομα κερδίζουν πρόσβαση στις ανώτερες θέσεις (ή και υποβιβάζονται σε χαμηλότερες). Αν δεν υπήρχε διαφορά στα πλεονεκτήματα και την επιθυμητότητα των κοινωνικών θέσεων, η ισότητα των ευκαιριών δεν θα είχε κάποια εφαρμογή. Το κεντρικό ερώτημα της διανεμητικής δικαιοσύνης σχετίζεται με τις συνθήκες υπό τις οποίες οι κατανομές των ελευθεριών, των ευκαιριών και των αγαθών είναι δίκαιες ή ηθικά σωστές. Η απάντηση της ισότητας των ευκαιριών σε αυτό το ζήτημα μπορεί να εκφραστεί ως ένα ιδανικό ισότιμων όρων του ανταγωνισμού (level playing field ideal), στο οποίο σε όλους δίνονται ίσες ουσιαστικές ευκαιρίες, με τις επιλογές των ατόμων και τις συνέπειες αυτών να καθορίζουν τις διάφορες εκβάσεις (Roemer, 1998). Η τυπική και η ουσιαστική ισότητα των ευκαιριών, ενώ καθορίζουν τους όρους με τους οποίους κάποιος μπορεί να κερδίσει πλεονεκτικές κοινωνικές θέσεις, δεν προσδιορίζει αντίστοιχα και το είδος και το μέγεθος του πλεονεκτήματος. Επεκτεινόμενη, όμως, και σε θέματα διανεμητικής δικαιοσύνης, η αρχή της ισότητας των ευκαιριών μπορεί να φθάσει στο σημείο να καθορίζει όχι μόνο ποιες ανισότητες δικαιολογούνται, αλλά και μέχρι σε ποιον βαθμό (Arneson, 2015).

Η προσέγγιση του Rawls (1971· 2001) για τη «δίκαιη ισότητα των ευκαιριών» αποτελεί μια σύλληψη της ουσιαστικής ισότητας των ευκαιριών, στην οποία όλα τα άτομα με τα ίδια ταλέντα και φιλοδοξίες θα πρέπει να διαθέτουν ίσες προοπτικές επιτυχίας για την κατάληψη των κοινωνικών θέσεων. Σύμφωνα με αυτήν την προσέγγιση, η ιδανική κοινωνία είναι αταξική, στον βαθμό που οι γονείς μπορούν να μεταβιβάσουν στα παιδιά τους μόνο γενετικά πλεονεκτήματα αλλά και να επηρεάσουν τις φιλοδοξίες τους μέσα από την κοινωνικοποίηση. Οποιοδήποτε άλλο πλεονέκτημα παρέχουν θα πρέπει να αντισταθμίζεται από την κοινωνία μεταξύ των παιδιών με παρόμοιες φυσικές προικοδοτήσεις. Ωστόσο, η δυνατότητα διαφοροποιημένων φιλοδοξιών μεταξύ

των ατόμων μπορεί να μην ικανοποιεί τις συνθήκες μιας γνήσιας ισότητας των ευκαιριών. Αυτό διότι, ενώ οι φιλοδοξίες μπορεί να επηρεάσουν τις προοπτικές ζωής των ανθρώπων, είναι παρόλα αυτά ευάλωτες στην κοινωνικοποίηση, η οποία μπορεί να είναι βασισμένη σε προκαταλήψεις και διακρίσεις (Arneson, 2015). Η ύπαρξη υψηλού βαθμού κοινωνικής κινητικότητας αποτελεί μια ένδειξη ικανοποίησης της ουσιαστικής ισότητας των ευκαιριών, κατά τρόπο που το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των γονέων δεν προβλέπει σημαντικά το αντίστοιχο των παιδιών. Εντούτοις, είναι δυνατόν να μην υπάρχει υψηλή κοινωνική κινητικότητα, αλλά να ικανοποιείται αυτή η αρχή της δικαιοσύνης. Αυτό μπορεί να συμβεί είτε μέσω της γενετικής μεταβίβασης των ταλέντων είτε με τον μηχανισμό σχηματισμού των φιλοδοξιών, ο οποίος εξαρτάται από το περιβάλλον των γονέων. Έτσι, θεωρητικά, μια κοινωνία πλήρως αξιοκρατική μπορεί να συνάδει με την πλήρη απουσία κοινωνικής κινητικότητας σε σχέση με την κοινωνική τάξη κατά τη γέννηση (Arneson, 2015).

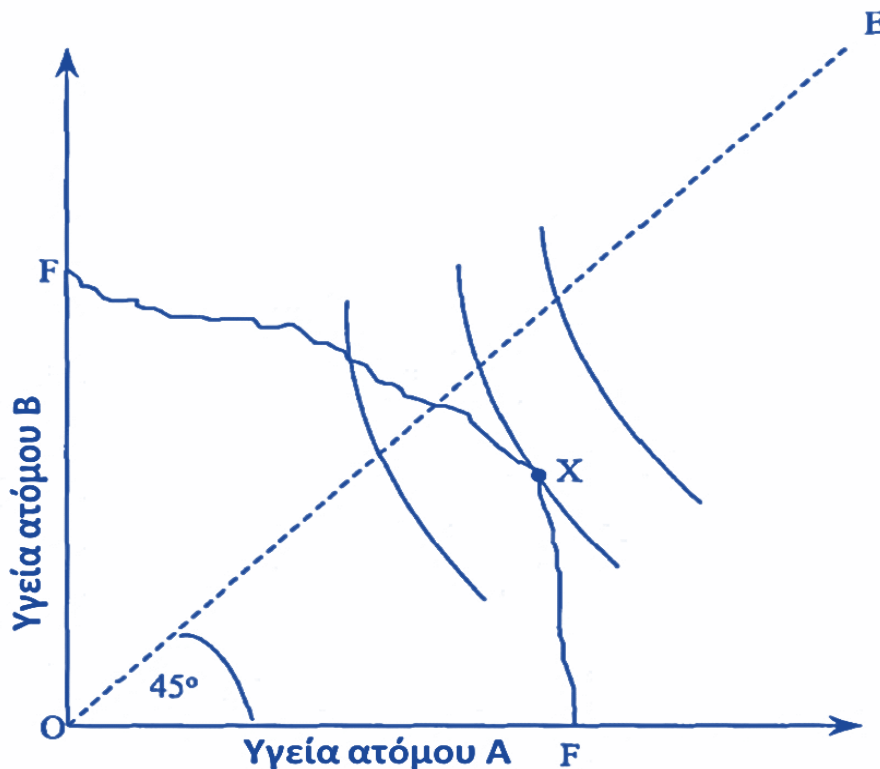
Σε αντιδιαστολή με την τυπική ισότητα των ευκαιριών, η αρχή της «δίκαιης ισότητας των ευκαιριών» του Rawls επιδιώκει να άρει κάθε ουσιαστικό κοινωνικό εμπόδιο των ατόμων κατά την αξιοποίηση των ταλέντων και της προσπάθειάς τους. Εφαρμοζόμενη στο πεδίο της υγείας, θα οδηγούσε στο συμπέρασμα πως είναι άδικο για ένα άτομο να είναι λιγότερο υγιές από ένα άλλο με τις ίδιες γενετικές προικοδοτήσεις, εφόσον έχουν καταβάλει την ίδια προσπάθεια (Segall, 2010). Επομένως, είναι δυνατόν να επιτραπούν ανισότητες στις εκβάσεις υγείας ακόμη και μεταξύ ατόμων που καταβάλουν τον ίδιο βαθμό προσπάθειας, αρκεί αυτές να αντιστοιχούν στις γενετικές διαφορές μεταξύ τους. Αυτό, ωστόσο, μπορεί να συνεπάγεται ότι η δικαιοσύνη ενδιαφέρεται μόνο για την αντιμετώπιση των κοινωνικοοικονομικών αιτιών της κακής υγείας, ενώ τα προβλήματα που προκύπτουν λόγω των φυσικών παραγόντων δεν χρήζουν κάποιας επανόρθωσης (Segall, 2010)⁷⁷.

⁷⁷ Όπως παρατηρεί ο Segall (2010), η παράλληλη εφαρμογή της αρχής της διαφοράς άμεσα στην υγεία, προκειμένου να παρακαμφθεί το πρόβλημα της αγνόησης από τη FEO της σημασίας των γενετικών παραγόντων για τις ανισότητες υγείας, θα ήταν επίσης προβληματική. Αρχικά, ο ίδιος ο Rawls δεν επιτρέπει την κατανομή κάποιου αγαθού βάσει περισσότερων αρχών, καθότι οι αξιώσεις θα ήταν αντικρουόμενες. Οι ευκαιρίες για καλή υγεία είτε θα πρέπει

Στο πλαίσιο της ισότητας των ευκαιριών στην υγεία, λοιπόν, θα πρέπει να δίνεται η ευκαιρία στα άτομα να έχουν ίση κατάσταση υγείας (Veatch, 1991). Αυτό μπορεί να συνεπάγεται δυσανάλογες προσπάθειες προς τις κοινωνικά μειονεκτούσες ομάδες, προκειμένου να υπερβούν τα όποια κοινωνικά εμπόδια στις ευκαιρίες ή τις δυνατότητές τους για καλή υγεία (Peter και Evans, 2001). Μια ερμηνεία της ισότητας των ευκαιριών στην υγεία παρουσιάζεται στο **Γράφημα 2-10**. Η καμπύλη αδιαφορίας της συνάρτησης κοινωνικής ευημερίας είναι κυρτή ως προς την αρχή των αξόνων, καθότι υποθέτουμε μια αντιστάθμιση μεταξύ των αρχών της ισότητας και της μεγιστοποίησης. Ωστόσο, η καμπύλη αυτή δεν είναι πλέον συμμετρική ως προς τη γραμμή των 45°, αλλά δίνει υψηλότερη βαρύτητα στην υγεία του A, καθότι, για κάποιον ηθικό λόγο, θεωρείται ότι έχει χαμηλότερες ευκαιρίες υγείας από τον B.

να είναι αυστηρά ισοκατανομημένες μεταξύ των ανθρώπων με ίδιες γενετικές προικοδοτήσεις (σύμφωνα με τη FEO) είτε μπορούν να είναι ανισοκατανομημένες μεταξύ των ατόμων με ίδιες γενετικές προικοδοτήσεις, στον βαθμό που μεγιστοποιούν το επίπεδο της υγείας εκείνων που βρίσκονται στην χειρότερη κατάσταση (σύμφωνα με την αρχή της διαφοράς). Έπειτα, η ισότητα στις ευκαιρίες στην αγορά εργασίας συνεπάγεται και τη δυνατότητα «ισοπέδωσης προς τα κάτω» για αυτόν τον σκοπό, καθότι οι όποιες ανισότητες, ακόμη και αν βελτιώνουν την πρόσβαση εκείνων που βρίσκονται στη χειρότερη θέση, μπορεί να υπονομεύουν τον αυτοσεβασμό τους. Ωστόσο, το ίδιο επιχείρημα είναι δύσκολο να υποστηριχθεί και στο πλαίσιο της υγείας, καθώς η βελτίωση της υγείας εκείνων που βρίσκονται στη χειρότερη θέση, ακόμη και με την αύξηση των σχετικών ανισοτήτων, δεν φαίνεται να μειώνει τις κοινωνικές βάσεις του αυτοσεβασμού τους.

Γράφημα 2-10 Βελτιστοποίηση στην κατανομή της υγείας υπό την αρχή της ισότητας των ευκαιριών υποθέτοντας αντιστάθμιση μεταξύ των αρχών της μεγιστοποίησης και της ισότητας



Πηγή: Williams και Cookson (2000)

2.3.3.3.2. Εξισωτισμός των πόρων (resource egalitarianism) του Dworkin

Το έργο των Ronald Dworkin, Richard Arneson, Gerald Allan Cohen, Erik Rakowski, John Roemer, Thomas Nagel και άλλων οδήγησαν στην οικογένεια των εξισωτικών θεωριών που είναι ευαίσθητες ως προς την προσωπική ευθύνη των ατόμων (responsibility-sensitive egalitarianism) (Anderson, 1999· Robeyns, 2015). Κατά τον Knight (2013), η θεωρία του εξισωτισμού των πόρων του Dworkin (1981b) αποτελεί την πρώτη σύγχρονη θεωρία που, μαζί με τις εξισωτικές απόψεις, συμπεριελάμβανε και ιδέες που σχετίζονται με τον εξισωτισμό της τύχης, αν και ο ίδιος δεν το αποδέχεται (Dworkin, 2003). Ωστόσο, πιο ξεκάθαρη διατύπωση προήλθε από το έργο των Arneson (1989), για την ίση ευκαιρία στην ευημερία, και Cohen (1989), για την ίση πρόσβαση στο πλεονέκτημα. Η ομάδα αυτή των θεωριών αποκαλείται επίσης και ως «εξισωτισμός της τύχης» (luck egalitarianism) ή «ισότητα της τύχης» (equality of fortune) (Anderson, 1999), καθώς στοχεύει στην εξουδετέρωση των διανεμητικών συνεπειών της τύχης στις ζωές των ανθρώπων (Knight, 2013).

Κάποιοι από τους θεωρητικούς αυτούς υποστηρίζουν την ισότητα στην ευημερία ως το διακύβευμα της δικαιοσύνης, όπως οι Cohen, Arneson και Roemer, ενώ άλλοι την ισότητα των πόρων, όπως οι Dworkin και Rakowski (Anderson, 1999).

Η σύλληψη του εξισωτισμού της τύχης συνδυάζει τη ριζοσπαστική ιδέα της αναδιανεμητικής ισότητας με το παραδοσιακά συντηρητικό ενδιαφέρον για την ευθύνη των ανθρώπων για τις πράξεις τους (Knight, 2009). Αρχικά, λοιπόν, γίνεται διαχωρισμός μεταξύ των μη επιλεγμένων ή συγκυριακών συνθηκών (circumstances) και των ατομικών επιλογών. Οι πρώτες αφορούν σε ένα σύνολο συνθηκών σε μια χρονική περίοδο τις οποίες το άτομο δεν θα μπορούσε να επηρεάσει ή ελέγξει, όπως είναι η κοινωνικοποίηση και το πρώιμο οικογενειακό περιβάλλον, οι γενετικές προικοδοτήσεις, καθώς και άλλα χαρακτηριστικά του κόσμου τα οποία προϋπάρχουν της όποιας ευκαιρίας για υπεύθυνη απόφαση (Arneson, 2015). Υπό αυτό το πρίσμα, τα άτομα δεν θα πρέπει να θεωρούνται υπεύθυνα για τις συνέπειες της άδικης κακοτυχίας τους, και θα πρέπει να αποζημιώνονται για αυτήν από την επίσης άδικη καλοτυχία άλλων ατόμων (Anderson, 1999). Επομένως, οι αρχικές επικρατούσες συνθήκες των ανθρώπων, συμπεριλαμβανομένων των φυσικών προικοδοτήσεων τους, θα πρέπει να εξισωθούν, ώστε να είναι ισομερώς διαμοιρασμένες οι ευκαιρίες μεταξύ τους. Ξεκινώντας, λοιπόν, όλοι από μια αφετηρία ισότητας, η δικαιοσύνη δεν απαιτεί περαιτέρω επανόρθωση σε περίπτωση κακών εκβάσεων για το άτομο, υπό την προϋπόθεση ότι οι επιλογές γίνονται υπό «δίκαιες συνθήκες διάδρασης» (fair conditions for interaction)⁷⁸ και τα αποτελέσματα δεν επηρεάζονται από καλούς ή κακούς τυχαίους παράγοντες που το άτομο δεν θα μπορούσε να προβλέψει ή ελέγξει. Συνεπώς, υπό αυτήν την οπτική, υπάρχει ένα τεκμήριο υπέρ της ισότητας, το οποίο μπορεί να

⁷⁸ Ο Arneson (2015) ορίζει τις «δίκαιες συνθήκες διάδρασης» ως το περιβάλλον στο οποίο, κατόπιν της αρχικής ίσης κατάστασης, «individuals are free to make deals on mutually agreeable terms and contracts are enforced, individuals are prohibited from deliberately harming each other by physical assault, extortion, coercion, fraud, theft of property and the like. Also, individuals are either prevented from imposing the costs of their activities on others who do not consent to be so involved or they are required to pay appropriate compensation for harm done that is tortious in this way».

ανατραπεί από τη συμπεριφορά των ατόμων και μόνο (Arneson, 2015). Πεδία εφαρμογής του εξισωτισμού της τύχης μπορεί να είναι, για παράδειγμα, η εκπαίδευση, η κοινωνικοποίηση και η υγειονομική περίθαλψη, όπου ως σκοπός τίθεται η αντιστάθμιση των όποιων μη επιλεγμένων κοινωνικών μειονεκτημάτων που συνδέονται με το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο των γονέων και την πρώιμη κοινωνικοποίηση, τα φυσικά ταλέντα και τις εκ γενετής αναπηρίες (Arneson, 2015).

Αν και η σύλληψη του Rawls (1999) επιχειρεί να ουδετεροποιήσει τις συνέπειες ηθικά αυθαίρετων παραγόντων, δεν το κάνει πάντοτε με επαρκή τρόπο. Για παράδειγμα, κατά την αρχή της διαφοράς μπορεί να αξιολογηθεί η κατάσταση δυο ομάδων ως εξίσου καλή αν έχουν διαθέσιμη την ίδια δέσμη πρωταρχικών αγαθών, ακόμη και αν η μια ομάδα αποτελείται από άτομα με αναπηρίες και προβλήματα υγείας (Hirose, 2015). Επιπλέον, στην ίδια κρίση θα καταλήξει στην περίπτωση δύο ομάδων με το ίδιο επίπεδο πρωταρχικών αγαθών, όταν αμφότερες αποτελούνται από χρόνια αρρώστους, παρόλο που μπορεί τα μέλη της μιας ομάδας να ευθύνονται για την κατάστασή τους με την υιοθέτηση ζημιολόγων για την υγεία συμπεριφορών, ενώ τα προβλήματα υγείας για την άλλη ομάδα να έχουν ως αιτία κάποιους γενετικούς παράγοντες.

Κάποιες θεωρίες δικαιοσύνης, λοιπόν, έχουν βασιστεί στην αρχή της αδιαφορίας ή μη φθόνου (no-envy principle) για την κατάσταση του άλλου (Varian, 1974), κατά την οποία μια κατάσταση θεωρείται δίκαιη, εφόσον κανένας δεν θα ήθελε να μπει στη θέση κάποιου άλλου, λαμβάνοντας υπόψη όλες τις πλευρές της ζωής του. Όπως αναφέρουν οι Williams και Cookson (2000), μια τέτοια προσέγγιση απαιτεί την ύπαρξη μιας αρχής αποζημίωσης (compensation principle), κατά την οποία θα πρέπει να αποζημιώνονται τα άτομα στις περιπτώσεις όπου δεν επιτυγχάνεται αυτή η ιδανική κατάσταση της αδιαφορίας.

Στο παραπάνω πλαίσιο κινήθηκε και η θεωρία του εξισωτισμού των πόρων του Dworkin (1981a· 1981b). Ο Dworkin, λοιπόν, πρότεινε την ιδιαίτερα σημαίνουσα διάκριση μεταξύ της «ωμής τύχης» (brute luck) και της «τύχης επιλογής» (option luck). Η πρώτη αναφέρεται σε αποτελέσματα που το άτομο δεν θα μπορούσε να τα προβλέψει ή αποφύγει και δεν οφείλονται σε ατομικές επιλογές, ενώ η δεύτερη σχετίζεται με κάποιο συνειδητό ρίσκο ή δράσεις,

καθώς πρόκειται για «deliberate and calculated gambles», τα οποία το άτομο θα μπορούσε να προβλέψει και αποφύγει. Οι υποχρεώσεις της κοινωνίας για την εξουδετέρωση των συνεπειών της τύχης δεν αφορά όμως και στα δύο είδη. Ο Dworkin θεωρεί ότι οι ανισότητες που οφείλονται στην κακή «ωμή τύχη» δεν είναι το αποτέλεσμα των επιλογών των ατόμων και, επομένως, οι προκύπτουσες ανισότητες δεν δικαιολογούνται και θα πρέπει να διορθωθούν με κάποια αναδιανομή ή αποζημίωση. Αντίθετα, οι καταστάσεις που έχουν προκύψει από κακή «τύχη επιλογής», εφόσον προηγουμένως έχει ικανοποιηθεί η εξίσωση των πόρων, δεν χρήζουν κάποιας βοήθειας στο όνομα της δικαιοσύνης⁷⁹.

Οι προαναφερθείσες ιδέες του Dworkin επηρέασαν τους περισσότερους θεωρητικούς του εξισωτισμού της τύχης. Μια διάκριση παρόμοια εκείνης της «ωμής τύχης»/«τύχης επιλογής» και με αντίστοιχες αναδιανεμητικές προεκτάσεις για αποζημιώσιμες και μη αποζημιώσιμες εκβάσεις αποτελεί εκείνη μεταξύ της επιλογής και των συγκυριακών συνθηκών (circumstances) (Dworkin, 2003).

Κατά τον Dworkin, όλοι θα πρέπει να εκκινούν με ίσους πόρους, αλλά στη συνέχεια είναι δυνατόν να προκύψουν ανισότητες βάσει των επιλογών τους, οι οποίες και δικαιολογούνται από πλευράς δικαιοσύνης (Lamont και Favor, 2017). Σε όλα τα άτομα, λοιπόν, δίδεται ίση αγοραστική δύναμη για να συμμετάσχουν σε μια υποθετική δημοπρασία πόρων για την απόκτηση εκείνων που ταιριάζουν καλύτερα στα σχέδια της ζωής τους. Η κατανομή των πόρων θεωρείται δίκαιη, εφόσον κανένας δεν θα ήθελε να ανταλλάξει την προσφορά του για πόρους με την προσφορά κάποιου άλλου σε αυτήν τη δημοπρασία (envy-test equality) (Arneson, 2013). Με αυτόν τον τρόπο, δίδεται σε όλους ίση δυνατότητα εκπλήρωσης ενός ορθολογικού πλάνου ζωής. Αυτή η σύλληψη της δικαιοσύνης ισορροπεί μεταξύ της ισότητας και της ατομικής ευθύνης, καθότι, ενώ τα άτομα διαθέτουν ίση αφετηρία, οι φιλοδοξίες τους τους οδηγούν σε

⁷⁹ Να σημειωθεί εδώ η διαφοροποίηση με την αρχή της διαφοράς του Rawls, η οποία δεν αναγνωρίζει την αξίωση μεγαλύτερης ποσότητας πρωταρχικών πόρων για τα άτομα που είναι σοβαρά άρρωστα λόγω «κακής τύχης» (Lamont και Favor, 2017).

συγκεκριμένες επιλογές για την οποίες έχουν και την ευθύνη. Αυτό, λοιπόν, που ουσιαστικά επιδιώκεται να εξισωθεί είναι η «ωμή τύχη» και όχι η «τύχη επιλογής».

Επιπλέον, ο Dworkin διακρίνει μεταξύ των εξωτερικών και των εσωτερικών (π.χ. υγεία, φυσικά ταλέντα και ικανότητες) πόρων. Καθότι οι δεύτεροι δεν μπορούν να εξισωθούν, η αρχή του εξισωτισμού των πόρων απαιτεί οι μη προσωπικοί πόροι να προσαρμοστούν με στόχο την αποζημίωση των διαφορών που υπάρχουν σε προσωπικούς πόρους (Dworkin, 1990). Αυτό το πρόβλημα λύνεται από τον Dworkin με μια ειδική μορφή ασφάλισης. Εφαρμόζοντας ένα διανοητικό πείραμα, και πριν από την παραπάνω δημοπρασία, υποθέτει την ύπαρξη μιας Βαλρασιανής (τέλειου ανταγωνισμού) αγοράς ασφάλισης για τα άτομα που δεν έχουν γεννηθεί ακόμη (Williams και Cookson, 2000). Στο σύστημα της «συνετής ασφάλισης» (prudential insurance system), οι αγορές ασφάλισης και υγειονομικής περίθαλψης λειτουργούν ελεύθερα, οι αρχικοί πόροι είναι ισοκαταμεμημένοι και υπάρχει ελεύθερη πρόσβαση στην πληροφόρηση για τα οφέλη, τα κόστη και τους παράγοντες κινδύνου. Σε αυτό το σχήμα, και εφαρμόζοντας την τεχνική του «πέπλου άγνοιας» του Rawls, το «αντιπροσωπευτικό άτομο» (representative individual), που ουσιαστικά αποτελεί το «μέσο άτομο», το οποίο δεν έχει όμως γνώση των γενετικών ή άλλων φυσικών χαρακτηριστικών του, θα καθορίζει την ασφάλιση έναντι του πιθανού ελλείμματος σε φυσικές προικοδοτήσεις. Το μέγεθος της αποζημίωσης έγκειται στο ποσό της προστασίας που τα (αγέννητα) άτομα θα δέχονταν να αγοράσουν με τη μορφή ασφαλιστρών και να λάμβαναν κατόπιν ως αντιστάθμισμα της περίπτωσης να γεννηθούν με κάποιο μειονέκτημα αναπηρίας ή ελλείμματος προσωπικών πόρων (π.χ. ταλέντου, ευφυΐας), εφόσον αντιμετώπιζαν τους ίδιους κινδύνους για αυτήν⁸⁰. Κατά αυτόν τον τρόπο, «[i]nsurance, so far as it is available, provides a link between brute and option luck, because the decision to buy or reject catastrophe insurance is a

⁸⁰ Είναι πιθανότερο, πάντως, η ασφάλιση να αφορά στην πολύ κακή «ωμή τύχη», π.χ. κάποια αναπηρία, παρά την πολύ καλή «ωμή τύχη», δηλαδή την έλλειψη κάποιου εξαιρετικού ταλέντου (Hurley, 2007).

calculated gamble» (Dworkin, 1981b). Κατόπιν της αρχικής δημοπρασίας και της συμμετοχής στις υποθετικές αγορές ασφάλισης έναντι της πιθανότητας κακής «ωμής τύχης», οι κανονικές συνθήκες στην αγορά ρυθμίζουν τις σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων.

Συνεπώς, η θεωρία του Dworkin δεν αποδίδει ιδιαίτερη ηθική αξία στην υγεία, καθότι την κατατάσσει στο ίδιο επίπεδο σημαντικότητας με τους υπόλοιπους εσωτερικούς πόρους (Hurley, 2007). Οι αναπηρίες και τα ταλέντα αντιμετωπίζονται συμμετρικά, με τις πρώτες να αποτελούν αρνητικούς και τα δεύτερα να συνιστούν θετικούς εσωτερικούς πόρους. Τα μειονεκτήματα υγείας που σχετίζονται με αντίστοιχα ελλείμματα σε φυσικές προικοδοτήσεις, καθότι δεν μπορούν να αναδιανεμηθούν τα ίδια, θα πρέπει να επανορθωθούν μέσω των εξωτερικών πόρων. Αυτό μπορεί να συμβεί είτε με την αποκατάστασή τους μέσω των υγειονομικών πόρων είτε με την αποζημίωσή τους με την αναδιανομή άλλων εξωτερικών πόρων, όπως είναι, για παράδειγμα, οι οικονομικοί, που να αντισταθμίζουν το συγκεκριμένο έλλειμμα σε προσωπικούς πόρους. Έτσι, μια περίπτωση στην οποία ένα άτομο γεννήθηκε με κάποια εκ γενετής ασθένεια που δεν μπορεί να θεραπευτεί διορθώνεται από πλευράς δικαιοσύνης με τη μεταφορά επιπλέον εξωτερικών πόρων σε αυτό μέχρι την ικανοποίηση της δοκιμασίας φθόνου, δηλαδή το σημείο όπου το άτομο είναι αδιάφορο στην επιλογή μεταξύ του δικού του συνόλου των εξωτερικών και εσωτερικών πόρων και εκείνου που διαθέτει οποιοδήποτε άλλο άτομο στην κοινωνία (ή και να προτιμάει τη δική του δέσμη πόρων).

Ωστόσο, θα πρέπει να τονιστεί ότι οι μηχανισμοί ασφάλισης του Dworkin είναι απίθανο να προσφέρουν πλήρη αποζημίωση για κάποια αναπηρία ή άλλο μειονέκτημα σε εσωτερικούς πόρους, με συνέπεια να συνεχίζουν να υφίστανται ανισότητες σε (δέσμες από) πόρους μεταξύ των ευνοημένων και των μη ευνοημένων της «ωμής τύχης». Αυτό διότι είναι παράλογο το μέσο άτομο να αποστρέφεται τόσο πολύ τον κίνδυνο, ώστε να ασφαλιστεί για τις πλήρεις συνέπειες των ελλειμμάτων σε φυσικές προικοδοτήσεις, ειδικά όταν αυτές έχουν πολύ μικρή πιθανότητα να συμβούν (Knight, 2009). Κατά τον Dworkin (2003), πάντως, η σύλληψή του δεν συνεπάγεται να βρίσκονται τα άτομα στην ίδια θέση κατόπιν της κατανομής των αναπηριών, των ασθενειών και των

ταλέντων, αλλά προϋποθέτει την υποθετική ίση ευκαιρία ασφάλισης έναντι αυτών.

Η θεώρηση του Dworkin αποδέχεται την προσωπική ευθύνη των ατόμων, αρνούμενη την αποζημίωση για τις προτιμήσεις τους, ανεξάρτητα μάλιστα του πως αυτές καλλιεργήθηκαν. Μεγαλύτερο προβληματισμό εγείρουν ειδικά εκείνες οι προτιμήσεις που ανάγονται σε δαπανηρά ή «επιπόλαια» γούστα, όπως είναι η αισθητική χειρουργική, τα οποία έχουν έναν εκούσιο χαρακτήρα, σε αντίθεση με τυχαία γεγονότα κατά τη γέννηση, όπως μια αναπηρία. Λόγω ακριβώς αυτού του «προβλήματος των ακριβών γούστων» (problem of expensive tastes), ο Dworkin (1981b) προκρίνει τον εξισωτισμό των πόρων αντί του εξισωτισμού της ευημερίας, καθότι ο δεύτερος θα συνεπαγόταν την ικανοποίησή αυτών των προτιμήσεων⁸¹. Για τις δημόσιες πολιτικές, η κατανομή των πόρων πρέπει να είναι αδιάφορη ως προς τις διαφορές προτιμήσεων και φιλοδοξίας μεταξύ των ατόμων (ambition-insensitive), αλλά να ανταποκρίνεται στις διαφοροποιήσεις στις προικοδοτήσεις τους (endowment-sensitive), κατά τρόπο που να υπάρχει υποχρέωση αποζημίωσης από την κοινωνία όταν οι αρχικά διαθέσιμοι πόροι είναι περιορισμένοι ή η υγεία και τα φυσικά ταλέντα υπολείπονται εκείνων των υπολοίπων πολιτών (Dworkin, 2002). Καθότι οι υποθετικές δημοπρασίες και ασφαλιστικές αγορές δεν μπορούν να εφαρμοστούν, ο Dworkin προτείνει ένα σχήμα αναδιανεμητικής φορολογικής πολιτικής, στο οποίο η αποζημίωση για κάθε πεδίο πολιτικής του κράτους πρόνοιας-ευημερίας καθορίζεται από το επίπεδο ασφαλιστικής κάλυψης που

⁸¹ Ο Van Parijs (1995) προτείνει ως λύση την «ποικιλομορφία μη υπερίσχυσης» (undominated diversity). Σύμφωνα με αυτήν, η αποζημίωση είναι τόση όση χρειάζεται ώστε να υπάρχει τουλάχιστον ένα μέλος της κοινωνίας που να προτιμάει τη δέσμη των εσωτερικών και εξωτερικών πόρων ενός ατόμου Α σε σχέση με εκείνη ενός άλλου ατόμου Β, ενώ σε διαφορετική περίπτωση όλα τα μέλη της κοινωνίας θα προτιμούσαν την κατάσταση του Β. Βεβαίως, η Anderson (1999) επισημαίνει ότι ενδέχεται να προκύψουν περιπτώσεις όπου, για πολιτισμικούς ή θρησκευτικούς λόγους, να μην θεωρείται μια αναπηρία ως μειονέκτημα, ενώ έχει παρατηρηθεί και ότι τα άτομα με αναπηρία δεν θεωρούν πάντοτε την κατάστασή τους ως τόσο οδυνηρή. Αντίστοιχο πρόβλημα μπορεί να παρατηρηθεί και στις εκδοχές της εξίσωσης της ευημερίας ή της ευκαιρίας για ευημερία, καθότι οι υποκειμενικές αξιολογήσεις με συμβιβαστικό χαρακτήρα μπορεί να δικαιολογήσουν την επιβολή κοινωνικών μειονεκτημάτων και καταπίεσης.

θα επέλεγε υπό τις προαναφερθείσες πλασματικές συνθήκες το μέσο μέλος της κοινότητας (Arneson, 2015).

Ενδιαφέρουσα είναι η προσέγγιση του Dworkin (1981b) για τις προτιμήσεις που αφορούν σε εμμονές (obsessions) ή σχετίζονται με σφοδρό πόθο (cravings ή lust), τις οποίες το άτομο θα προτιμούσε να μην τις έχει, και των οποίων η μη ικανοποίηση του επιφέρει μεγάλη απογοήτευση ή και πόνο. Αυτές, λοιπόν, τις προτιμήσεις ο Dworkin τις θεωρεί αναπηρίες, και ο εξισωτισμός των πόρων απαιτεί την αποζημίωσή τους, στο πλαίσιο όμως της υποθετικής ασφαλιστικής αγοράς, όπως έχει ήδη αναφερθεί. Εδώ θα μπορούσαν να ενταχθούν οι ριψοκίνδυνες συμπεριφορές υγείας που σχετίζονται με τον εθισμό, όπως είναι η χρήση ναρκωτικών και το κάπνισμα

Αναφορικά με την ιδέα του Dworkin για την αγορά ασφάλισης, η Anderson (1999) υποστηρίζει ότι ένα κοινό στοιχείο όλων των σχετικών προσεγγίσεων είναι ότι έχουν στον πυρήνα τους ένα υβρίδιο του καπιταλισμού και του κράτους πρόνοιας-ευημερίας, κατά το οποίο το κράτος παρεμβαίνει με πολιτικές δημόσιας ασφάλισης όταν δεν υπάρχει ιδιωτική ασφάλιση για έναν συγκεκριμένο κίνδυνο. Μάλιστα, κάποιοι θεωρούν ότι εφόσον υπάρχει η δυνατότητα ιδιωτικής ασφάλισης, τότε η «ωμή τύχη» μετατρέπεται σε «τύχη επιλογής», καθιστώντας αυτόματα τα άτομα υπεύθυνα για τη μη αγορά της (Rakowski, 1991). Γενικότερα, η Anderson υποστηρίζει ότι η σύλληψη του Dworkin και γενικότερα η προσέγγιση του εξισωτισμού της τύχης συνιστούν θεωρίες «εξίσωσης της αφετηρίας» (starting-gate theories), στις οποίες το ενδιαφέρον έγκειται στις ίσες ευκαιρίες κατά την έναρξη της ζωής, χωρίς να υπάρχει μέριμνα για την καταπίεση και τις δυσκολίες που προκύπτουν από τις εθελοντικές επιλογές στο πλαίσιο των ελεύθερων αγορών. Επιπλέον, η Anderson (1999) επισημαίνει ότι αυτή η προσέγγιση μπορεί να οδηγήσει σε διακρίσεις μεταξύ των αναπήρων. Αφενός, μπορεί να μην είναι επιλέξιμες για αποζημίωση περιπτώσεις με ιδιαίτερα σοβαρές αλλά ακραίες παθήσεις, καθότι οι πιθανότητες να συμβούν είναι τόσο μικρές, που θα ήταν παράλογο κάποιος να ασφαλιστεί έναντι αυτών. Έπειτα, ένα άτομο μπορεί να στερηθεί βοήθειας, παρόλο που τη λαμβάνει κάποιο άλλο, με το σκεπτικό ότι αρέσκεται στο ρίσκο, και δεν θα ασφαλιζόταν έναντι της αναπηρίας του. Γενικότερα, είναι δυνατόν να προκύψουν σημαντικές ανισότητες σε αυτό το θεωρητικό σχήμα. Αυτό διότι η

ασφάλιση κάποιων αναπηριών μπορεί να είναι πολύ ακριβή για να δεχτούν να την αναλάβουν όλοι, ενώ το ίδιο μπορεί να ισχύει και για κάποια εξαιρετικά φυσικά ταλέντα (Lippert-Rasmussen, 2016). Σε κάθε περίπτωση, δεν είναι ξεκάθαρο γιατί θα πρέπει οι προτιμήσεις των ανθρώπων για το ρίσκο να προσδιορίζουν ποιος διαμοιρασμός πόρων είναι δίκαιος κατά τη διανεμητική δικαιοσύνη, πολλώ δε μάλλον όταν οι μεταφορές πόρων από το ένα άτομο στο άλλο βασίζονται όχι σε πραγματικές, αλλά σε υποθετικές επιλογές (Arneson, 2015).

Ακόμη, ο εξισωτισμός των πόρων του Dworkin έχει επικριθεί για το ότι δεν είναι εύκολο να εξακριβωθεί ο βαθμός της ελευθερίας των επιλογών των ατόμων (Williams και Cookson, 2000). Το ότι κάποιος επιλέγει να καπνίσει ή να κάνει χρήση ναρκωτικών, μπορεί εκ πρώτης όψεως να φαίνεται ως «τύχη επιλογής», αλλά μπορεί τελικά να υποκρύπτει διαφορές γονιδίων ή κοινωνικοποίησης (Arneson, 2013). Επιπλέον, η διάκριση μεταξύ της «ωμής τύχης» και της «τύχης επιλογής» δεν είναι πάντοτε χρήσιμη. Για παράδειγμα, είναι δύσκολο να μη θεωρηθεί ως αποτέλεσμα της τύχης η περίπτωση όπου δύο άτομα επιλέγουν με απόφασή τους να αναλάβουν το ίδιο ρίσκο, αλλά τα αποτελέσματα καταλήγουν να είναι διαφορετικά, δημιουργώντας κάποιου είδους ανισότητα (Lippert-Rasmussen, 2016). Έπειτα, ο Dworkin δεν ενδιαφέρεται για την επίτευξη κάποιων σκοπών και σχετίζει τη δικαιοσύνη με την ισότητα των πόρων, κάτι που συνδέεται με τον κίνδυνο της «ισοπέδωσης προς τα κάτω». Στόχος της πολιτείας αποτελεί απλώς η διαμόρφωση των κατάλληλων συνθηκών, οπότε η ευημερία του κάθε ατόμου εξαρτάται από τη δική του ανταπόκριση σε αυτές τις περιστάσεις (Williams και Cookson, 2000). Επιπλέον, όπως είναι διατυπωμένη η θεωρία του Dworkin, δεν προσφέρει κάποια καθοδήγηση για το ποια αποτελέσματα της κατανομής της υγείας θα πρέπει να κριθούν άδικα και ποια δίκαια ή πώς να γίνει η ιεράρχηση και, συνακόλουθα, η επιλογή μεταξύ τους, αλλά απλώς διατυπώνει τον ηθικό περιορισμό της αρχικής ισοκατανομής των πόρων. Εφόσον αυτή η προϋπόθεση πληρωθεί, η δικαιοσύνη δεν απαιτεί την επίτευξη κάποιας επιπλέον ισότητας αναφορικά με τα αποτελέσματα υγείας. Ως εκ τούτου, οποιαδήποτε κατανομή της υγείας μπορεί να θεωρηθεί δίκαιη στο πλαίσιο αυτής της προσέγγισης (Williams και Cookson, 2000· Sreenivasan, 2014).

2.3.3.3.3. Εξισωτισμός της τύχης

Οι πρακτικές διαστάσεις των θεωρητικών υποθέσεων του Dworkin αναπτύχθηκαν στη συνέχεια από τους υποστηρικτές της θεώρησης του «εξισωτισμού της τύχης» (luck egalitarianism) (Lamont και Favor, 2017). Σύμφωνα με αυτούς, λοιπόν, όλες οι ανισότητες είναι *pro tanto* άδικες, εκτός αν αποδειχτεί ότι είναι το αποτέλεσμα των συνειδητών επιλογών των ατόμων και όχι συνέπεια της κακής «ωμής τύχης» (Kelleher, 2016). Σε περίπτωση κακής «ωμής τύχης», όπως είναι οι εκ γενετής αναπηρίες και ασθένειες, τα άτομα θα πρέπει να αποζημιωθούν, προκειμένου να μην μειονεκτούν ως προς τις οικονομικές προοπτικές τους (Lamont και Favor, 2017). Γενικότερα, οι εξισωτιστές της τύχης δέχονται ότι, εφόσον (και μόνο στην περίπτωση που) υπάρχει ίση ευκαιρία για την αντιμετώπιση ενός συγκεκριμένου κινδύνου, οι διαφοροποιημένες εκβάσεις οφείλονται σε εθελοντικές επιλογές των ατόμων. Καθώς, όμως, οι συνέπειές αυτών των επιλογών θα μπορούσαν ορθολογικά να προβλεφθούν εκ των προτέρων από τους δρώντες, οι επιπτώσεις τους θα πρέπει να επιβαρύνουν ή να απολαμβάνονται από τους ίδιους (Anderson, 1999).

Σύμφωνα με τον Lippert-Rasmussen (2016), τα βασικά χαρακτηριστικά αυτής της προσέγγισης είναι τα ακόλουθα:

- α. Αποτελεί μια οπτική της δικαιοσύνης και όχι μια πλήρης σύλληψη του ηθικού αγαθού.
- β. Δεν θεωρείται μια ολοκληρωμένη θεωρία δικαιοσύνης, καθώς, ενώ θέτει μια συνθήκη υπό την οποία μια κατανομή είναι άδικη, αφήνει ανοιχτό μια κατάσταση να θεωρηθεί άδικη και για άλλους λόγους, όπως είναι οι σχέσεις εκμετάλλευσης στις οποίες εισήλθε κάποιος εθελοντικά και όχι λόγω κακής τύχης.
- γ. Δεν αξιολογεί ως άδικες τις καταστάσεις στις οποίες κάποιοι βρίσκονται σε μια εξίσου καλή θέση, ανεξαρτήτως του πως αυτή προέκυψε⁸².

⁸² Ειδικά για αυτό το σημείο, βλ. παρακάτω την προσέγγιση του εξισωτισμού της τύχης του Segall.

- δ. Δεν φτάνει να χαρακτηρίσει ως άδικη την κατάσταση στην οποία κάποιος βρίσκεται σε καλύτερη θέση έναντι κάποιου άλλου, όχι λόγω κακής «ωμής τύχης» του δεύτερου, αλλά αιτία της καλής «ωμής τύχης» του ίδιου.
- ε. Πρόκειται για μια συγκριτική θεωρία δικαιοσύνης, που σημαίνει ότι η αξιολόγηση του αν η κατάσταση κάποιου είναι δίκαιη ή όχι εξαρτάται από την κατάσταση των υπολοίπων.
- στ. Η κακή «ωμή τύχη» μπορεί να βασιστεί είτε στην έννοια της επιλογής είτε σε εκείνη του ελέγχου από τον δρώντα.
- ζ. Τέλος, αν και καθορίζει την επαρκή συνθήκη για να θεωρηθεί μια ανισότητα άδικη, δεν προσδιορίζει απαραίτητα και το που ακριβώς βασίζεται αυτή η αδικία. Μια απάντηση θα μπορούσε να βασιστεί στο ότι αυτοί που είναι σε καλύτερη θέση δεν μπορούν να δικαιολογήσουν σε εκείνους που βρίσκονται σε χειρότερη θέση αυτήν τη χειρότερη κατάσταση στην οποία βρίσκονται. Πάντως, κατά τους Ekmekeci και Arda (2015), ο εξισωτισμός της τύχης μπορεί γενικότερα να υποστηριχθεί βάσει κάποιων επιχειρημάτων. Αρχικά, μπορεί να γίνει επίκληση της αξιοσύνης του κάθε ατόμου, και ότι σε αυτό το πλαίσιο θα πρέπει να ανταμείβεται η προσπάθεια και να τιμωρείται η απουσία αυτής και όχι να γίνεται μεταφορά πόρων από τους συνετούς σε άλλους απερίσκεπτους ανθρώπους. Η προσωπική ευθύνη δημιουργεί κίνητρα στα άτομα για να είναι πιο παραγωγικά και να προσπαθούν για την επίτευξη των βέλτιστων δυνατών εκβάσεων. Έπειτα, ακόμη και αν κάποιες αποφάσεις προκύψουν να είναι επιβλαβείς για ένα άτομο, οποιαδήποτε παρέμβαση από κοινωνικούς θεσμούς θα ήταν πατερναλιστική και θα παραβίαζε την ελεύθερη βούληση και την αυτονομία του.

Η Hurley (2003) διακρίνει μεταξύ της «thin» και της «thick» τύχης. Για ό,τι είναι θέμα «thin τύχης», ουσιαστικά δεν έχει ευθύνη το άτομο, και για ό,τι δεν έχει ευθύνη, αποτελεί «thin τύχη». Επομένως η έννοια αυτή αναφέρεται στην πλήρη απουσία του οτιδήποτε συνιστά ευθύνη, χωρίς όμως να συμβάλει με μια ανεξάρτητη θεωρία για το τι αποτελεί ευθύνη. Από την άλλη πλευρά, η «thick τύχη» συνδέεται και με κάποια συγκεκριμένη προσέγγιση της ευθύνης. Ο Lippert-Rasmussen (2016) διαχωρίζει την έννοια της τύχης που συνδέεται με

την ευθύνη (responsibility notion of luck) από εκείνη που σχετίζεται με την αξιουσύνη (desert notion of luck).

Αναφορικά με το τι καθιστά ένα άτομο υπεύθυνο υπάρχουν διάφορες οπτικές στη βιβλιογραφία. Έτσι, ένα άτομο μπορεί να θεωρηθεί υπεύθυνο για μια πράξη (ή παράλειψη) για διάφορους λόγους (Lippert-Rasmussen, 2016): α) υπήρχε δυνατότητα εναλλακτικής δράσης (Ayer, 1982), ή β) η πράξη μπορεί να συνδεθεί με τον «πραγματικό εαυτό» του (δρα με τη δική του θέληση) (Frankfurt, 1988), ή γ) η συμπεριφορά προκύπτει από έναν μηχανισμό του ιδίου και βασίζεται σε συγκεκριμένους λόγους (Fischer και Ravizza, 1998), ή δ) η κοινωνία θεωρεί ορθολογικό να την είχε αποφύγει (Segall, 2010). Επιπλέον, η προσέγγιση της ευθύνης στην τύχη μπορεί περαιτέρω να εξεταστεί σε σχέση με το αν ο δρών είχε έλεγχο ή δυνατότητα επιλογής αναφορικά με κάποιο αποτέλεσμα (Lippert-Rasmussen, 2016)⁸³. Σε πολλές περιπτώσεις η οπτική του ελέγχου μπορεί να συμπίπτει με εκείνης της επιλογής, όχι, όμως πάντα. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα του απερίσκεπτου οδηγού, ο οποίος παθαίνει ατύχημα με την μοτοσυκλέτα του, το οποίο όμως θα συνέβαινε ακόμη και αν οδηγούσε προσεκτικά. Εδώ, ενώ υπάρχει ευθύνη από πλευράς επιλογής (καθώς επέλεξε να οδηγήσει την μοτοσυκλέτα), δεν υπάρχει από εκείνη του ελέγχου (καθώς δεν είχε έλεγχο επί του γεγονότος του ατυχήματος) (Brouwer και Mulligan, 2019). Στην περίπτωση, βεβαίως, που αποδεχτούμε έναν αυστηρό ντετερμινισμό, κανένας δεν είναι πραγματικά υπεύθυνος για τις πράξεις του, και ο εξισωτισμός της τύχης καταλήγει να απαιτεί πλέον την ισότητα των εκβάσεων και όχι μόνο των ευκαιριών για τις εκβάσεις μεταξύ των ατόμων (Arneson, 2015).

Στην πιο αυστηρή μορφή του εξισωτισμού της τύχης, σχεδόν όλες οι ανισότητες που προκύπτουν ως ένα τυχαίο αποτέλεσμα είναι δίκαιες και δεν αξιώνουν οποιαδήποτε αναδιανομή, είτε το αποτέλεσμα είναι καλό είτε κακό

⁸³ Παράδειγμα αποτελεί μια περίπτωση όπου, λόγω της καθυστέρησης στη λήψη μιας απόφασης, ο δρών δεν μπορεί πλέον να επιλέξει να μην έρθει ένα αποτέλεσμα, αλλά προφανώς είχε εξ αρχής έλεγχο επί της κατάστασης και τη δυνατότητα να μη φτάσει σε αυτό το αδιέξοδο (Lippert-Rasmussen, 2016).

(Rakowski, 1991). Από την άλλη ακραία πλευρά, κατά την προσέγγιση του «εξισωτισμού κάθε τύχης» (all-luck egalitarianism), δεν υφίσταται διάκριση μεταξύ της «ωμής τύχης» και της «τύχης επιλογής» (Segall, 2010). Κάποιοι από τους υποστηρικτές αυτής της σχετικά πρόσφατης ερμηνείας της τύχης είναι οι Lippert-Rasmussen (2001), Fleurbaey (2001), Cappelien και Norheim (2005) και Barry (2008).

Ειδικότερα, κατά τον Barry (2008), ένα άτομο μπορεί να θεωρηθεί υπεύθυνο για ένα κακό αποτέλεσμα μόνο όταν σκόπιμα και εκ προθέσεως το άτομο επιλέγει το συγκεκριμένο αποτέλεσμα, αποκλείοντας από το πεδίο της ευθύνης περιπτώσεις που εμπεριέχουν οποιοδήποτε ρίσκο ή αβεβαιότητα. Εξάλλου, η διάκριση μεταξύ της «τύχης επιλογής» και της «ωμής τύχης» του Dworkin βασίζεται στην προϋπόθεση ότι όλοι εκκινούν από μια αρχική θέση ισότητας πόρων (equal footing proviso). Η υπόθεση αυτή, όμως, δεν ισχύει στον πραγματικό κόσμο, και οι αρχικές υλικές αλλά και μη υλικές ανισότητες (όπως η στάση των γονέων και η κοινωνικοποίηση) επηρεάζουν τη διαδικασία λήψης των αποφάσεων των ατόμων. Κατά την οπτική του Barry, εφόσον η έκβαση είναι αποτέλεσμα της τύχης, είτε αυτή είναι «ωμή» είτε προκύπτει από επιλογή, το ατυχές άτομο δικαιούται επανόρθωση. Αυτό διότι, εφόσον η τύχη είναι ηθικά αυθαίρετη (morally arbitrary), η διαφοροποιημένη επίπτωση της «τύχης επιλογής» θα πρέπει να θεωρείται εξίσου άδικη με τη διαφοροποιημένη επίπτωση της «ωμής τύχης». Με άλλα λόγια, καθότι μπορεί να προκύψουν ανισότητες και στο πλαίσιο της «τύχης επιλογής», η αποδοχή της μη επανορθώσιμης εκδοχής της «τύχης επιλογής» είναι ηθικά προβληματική. Αυτό διότι τα άτομα μπορεί να επιβαρύνονται με διαφορετικά κόστη και να απολαμβάνουν διαφορετικά οφέλη για το ίδιο ρίσκο που συνδέεται με μια ορισμένη απόφαση. Επομένως, οι άνθρωποι θα πρέπει να καθίστανται υπεύθυνοι μόνο για τις συνειδητές επιλογές τους ως προς τις εκβάσεις και όχι για τις «τυχερές» ή «άτυχες» συνέπειες των επιλογών τους. Άλλωστε, οι περισσότερες περιπτώσεις της «τύχης επιλογής» συμπεριλαμβάνουν και στοιχεία «ωμής τύχης», οπότε είναι δυσχερές να χρησιμοποιηθεί η διάκριση μεταξύ τους ως βάση για τη λήψη της απόφασης για την απόδοση της ευθύνης ή όχι στο ίδιο το άτομο (Hirose, 2015). Έτσι, ενώ δύο άτομα μπορεί να καπνίζουν με την ίδια υψηλή ένταση, ενδέχεται μόνο ένα από αυτά να συνδέεται

με κάποια γενετική προδιάθεση για την ανάπτυξη κάποιας ασθένειας που σχετίζεται με το κάπνισμα. Σε αυτήν την περίπτωση, τα διαφοροποιημένα αποτελέσματα υγείας του καπνίσματος οφείλονται στην τύχη και, προκειμένου να εξουδετερωθούν οι συνέπειες της, θα πρέπει όλοι όσοι καπνίζουν να θεωρηθούν εξίσου υπεύθυνοι για την υιοθέτηση της συμπεριφοράς του καπνίσματος. Άλλο σχετικό παράδειγμα αποτελούν οι απρόσεκτοι οδηγοί και τα προστίματα που επιβάλλονται σε όλους, ανεξαρτήτως του αν εμπλέκονται ή όχι σε κάποιο ατύχημα. Η απόδοση της ευθύνης μπορεί να εκφραστεί, για παράδειγμα, μέσω της επιβολής φόρων στα τσιγάρα και όχι με τη διαφορετική αντιμετώπιση στο σημείο παροχής της υγειονομικής περίθαλψης. Με την εφαρμογή αυτής της προσέγγισης αποφεύγεται το πρόβλημα της εγκατάλειψης των ατόμων που υφίστανται κακή «τύχη επιλογής». Επιπλέον, η ιατρική περίθαλψή τους δεν επιβαρύνει τους μη καπνιστές (ή προσεκτικούς οδηγούς), αλλά τους καπνιστές (ή απρόσεκτους οδηγούς) με καλή «ωμή τύχη» μέσω της φορολόγησης. Γενικότερα, τα άτομα που επωφελούνται της καλής «ωμής τύχης» τους θα πρέπει να μοιράζονται αυτά τα οφέλη τους με εκείνους που αντιμετωπίζουν κακή «ωμή τύχη» για τις ίδιες αποφάσεις. Αντίθετα, η αξίωση της ανακατανομής δεν αφορά στα άτομα που με τις επιλογές τους αποφεύγουν το ρίσκο, καθώς αυτά επιλέγουν άμεσα την κατάστασή τους. Τέλος, άλλη μια θετική συνέπεια αυτής της σύλληψης είναι ότι αποφεύγεται το πρόβλημα του πατερναλισμού, καθώς τα μέτρα που εφαρμόζονται, όπως η φορολόγηση, δικαιολογούνται στη βάση της εφαρμογής της δικαιοσύνης με τον διαχωρισμό ανάμεσα σε καπνιστές και μη (Segall, 2010).

Ως προς την αξιοσύνη και το τι καθιστά κάποιον να δικαιούται ένα αποτέλεσμα, όπως είναι η προσπάθεια και η συμβολή του, αυτά θα αναλυθούν παρακάτω στην αντίστοιχη ενότητα. Μπορούμε, πάντως, να παρατηρήσουμε ότι αυτό για το οποίο είναι υπεύθυνος κάποιος μπορεί να διαφέρει από αυτό που δικαιούται. Για παράδειγμα, ένας πυροσβέστης που τραυματίζεται κατά τη διάρκεια μιας διάσωσης μπορεί να θεωρηθεί υπεύθυνος για τον τραυματισμό του, αλλά δεν μπορούμε να υποστηρίξουμε και ότι τον δικαιούται βάσει της ηθικότητας που ενδύει τη συγκεκριμένη πράξη του.

Κάποιες εκδοχές του εξισωτισμού της τύχης επικεντρώνονται στην υγεία αυτή καθαυτήν, ενώ άλλες θεωρούν την υγεία ως τμήμα της γενικότερης

ευημερίας των ανθρώπων (Kelleher, 2016). Επιδιώκοντας να εξισώσει τις ευκαιρίες για υγεία και όχι την ίδια την έκβαση της υγείας, επιτυγχάνει να συνιστά μια λιγότερο πατερναλιστική σύλληψη της δικαιοσύνης, αφήνοντας στα άτομα να επιλέξουν το πόσο υγιείς θέλουν να είναι (Segall, 2010). Μια βασική διαφορά στην εφαρμογή της αρχής της ισότητας των ευκαιριών στην υγεία στον εξισωτισμό της τύχης σε σχέση με την αντίστοιχη Ρωλσιανή προσέγγιση του Daniels εντοπίζεται στο ότι η δεύτερη περίπτωση έχει ως σκοπό να εξισώσει τις ευκαιρίες για καλή υγεία μόνο μεταξύ των ατόμων που έχουν τις ίδιες γενετικές προικοδοτήσεις (Segall, 2010) και δεν είναι και ευαίσθητη ως προς την ευθύνη των ατόμων. Αυτό, όμως, μπορεί να οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι η δικαιοσύνη δεν απαιτεί την αντιμετώπιση των γενετικών ασθενειών. Από την άλλη πλευρά, αυτό που επιδιώκει ο εξισωτισμός της τύχης στην υγεία είναι η εξάλειψη των διαφοροποιημένων επιπτώσεων της «ωμής τύχης», τουλάχιστον με τη μορφή επανορθώσεων, ενώ οι ανισότητες υγείας που αντιπροσωπεύουν τις διαφοροποιημένες επιπτώσεις της «τύχης επιλογής» δεν θεωρούνται άδικες (Hirose, 2015).

Ο Arneson (1989) αντιπροτείνει στον εξισωτισμό των πόρων του Dworkin την ίση ευκαιρία για ευημερία (equal opportunity for welfare). Θεωρεί ότι αυτό που πρέπει να ενδιαφέρει τη διανεμητική δικαιοσύνη δεν είναι οι πόροι, αλλά η ευημερία ως η ικανοποίηση από τις προτιμήσεις⁸⁴. Αυτό διότι ο διαμοιρασμός των πόρων ανάμεσα στα άτομα παρουσιάζει ορισμένες δυσκολίες. Αρχικά είναι μάλλον αδύνατο η παροχή εξωτερικών πόρων να αντισταθμίσει πλήρως το έλλειμμα στους προσωπικούς. Έπειτα, δεν είναι ξεκάθαρο το μέγεθος της αποζημίωσης που απαιτείται για μια τέτοια αντιστάθμιση των φυσικών μειονεκτημάτων. Ακόμη και αν αποδεχτούμε την αξίωση κάθε άτομο να διαθέτει

⁸⁴ Η Anderson (1999) θεωρεί ότι η πραγματική διαφορά μεταξύ των εξισωτιστών των πόρων και των εξισωτιστών της ευημερίας δεν είναι αν το μέτρο της ισότητας βασίζεται στις υποκειμενικές προτιμήσεις. Άλλωστε, στην υποθετική δημοπρασία του Dworkin, η κατανομή των πόρων που ικανοποιεί την κατάσταση του «μη-φθόνου» (envy-free) δεν μπορεί παρά να είναι συνάρτηση των υποκειμενικών προτιμήσεων όλων για κάθε δέσμη πόρων. Συνεπώς, θεωρεί ότι η πραγματική διαφορά τους έγκειται στο ότι οι αξιώσεις κάθε ανθρώπου εξαρτώνται από τις προσωπικές προτιμήσεις του στην περίπτωση των εξισωτιστών της ευημερίας και από τις προτιμήσεις όλων των μελών της κοινωνίας για τους εξισωτιστές των πόρων.

ίσο μερίδιο ιδιοκτησίας στο σύνολο των ταλέντων μιας κοινωνίας, αυτό θα οδηγούσε σε αυτό που ονόμαζε ο Dworkin «slavery of the talented». Σε αυτήν την κατάσταση, τα περισσότερα ταλαντούχα μέλη της κοινωνίας θα έπρεπε να εργάζονται για να αποζημιώνουν τα λιγότερα ταλαντούχα άτομα για το έλλειμμα ταλέντου τους, με συνέπεια οι πρώτοι να παρουσιάζουν μικρότερη δυνατότητα να επιτύχουν τα σχέδια ζωής τους σε σχέση με τους δεύτερους. Επιπλέον, κατά τον Dworkin, οι άνθρωποι θα πρέπει να καθίστανται ατομικά υπεύθυνοι για τη διαμόρφωση των προτιμήσεών τους και τη συνολική ικανοποίηση που λαμβάνουν από αυτές. Συνεπώς, δεν θα πρέπει να επιμένουμε σε μια ισότητα ευημερίας, όταν οι σχετικές ανισότητες προκύπτουν από τις εθελοντικές επιλογές των ατόμων με το χαμηλότερο επίπεδο ευημερίας. Ωστόσο, ο Arneson υποστηρίζει ότι, καθότι διάφοροι κοινωνικοί και βιολογικοί παράγοντες επηρεάζουν τις προτιμήσεις μας, τα άτομα θα πρέπει να θεωρούνται υπεύθυνα μόνο και στον συγκεκριμένο βαθμό που οι επιλογές τους βρίσκονται υπό τον έλεγχό τους.

Για τους παραπάνω λόγους ο Arneson (1989) προκρίνει την ίση ευκαιρία για ευημερία, η οποία συνεπάγεται τη δυνατότητα κάθε ανθρώπου να έχει στη διάθεσή του μια σειρά επιλογών που να είναι ισοδύναμη προς εκείνη κάθε άλλου ανθρώπου αναφορικά με τις προοπτικές ικανοποίησης από τις προτιμήσεις που προσφέρει. Ειδικότερα, η ισότητα αφορά στην παροχή ισοδύναμων δέντρων αποφάσεων (decision trees), κατά τρόπο που «the expected value of each person's best (= most prudent) choice of options, second-best⁸⁵ ... nth-best is the same». Ωστόσο, ακόμη και αν διαθέτουν ένα ισοδύναμο σύνολο επιλογών, οι άνθρωποι μπορεί να διαφέρουν στην επίγνωση αυτών των επιλογών, την ικανότητα να επιλέγουν ορθολογικά μεταξύ τους και τη δύναμη του χαρακτήρα να επιμείνουν στην επιλογή τους.

⁸⁵ Κατά τον Arneson (1989), η ευημερία του κάθε ατόμου εξαρτάται από αυτές που ονομάζει «second-best» ορθολογικές προτιμήσεις, οι οποίες προκύπτουν από τις «first-best» προτιμήσεις αφού ληφθούν υπόψη «(a) one's actual resistance to advice regarding the rationality of one's preferences, (b) the costs of an educational program that would break down this resistance, and (c) the likelihood that anything approaching this educational program will actually be implemented in one's lifetime».

Προκειμένου, λοιπόν, να υπάρχει μια πραγματικά ισοδύναμη σειρά επιλογών, απαιτείται επιπλέον να πληρείται τουλάχιστον μία από τις ακόλουθες συνθήκες (Arneson, 1989):

- α. Οι επιλογές να είναι ισοδύναμες και τα άτομα να έχουν ίση ικανότητα «διαπραγμάτευσης» αυτών των επιλογών, ή
- β. Οι επιλογές να μην είναι ισοδύναμες κατά τρόπο που να αντισταθμίζονται οι ανισότητες στην ικανότητα «διαπραγμάτευσης», ή
- γ. Οι επιλογές να είναι ισοδύναμες και τα άτομα να μπορούν να θεωρηθούν τα ίδια προσωπικά υπεύθυνα για τις όποιες ανισότητες στην ικανότητα «διαπραγμάτευσης» τους.

Οι ανισότητες στις προοπτικές ευημερίας είναι συνεπείς με τη θεωρία του Arneson (1989), στον βαθμό που προηγήθηκε κάποιο χρονικό σημείο όπου οι ευκαιρίες ευημερίας ήταν ίσες, αλλά, με την πάροδο του χρόνου, προέκυψαν ανισότητες λόγω εθελοντικών επιλογών ή αμέλειας, για τις οποίες φέρουν προσωπική ευθύνη τα άτομα. Ωστόσο, ο Arneson αναγνωρίζει ότι τα άτομα δεν μπορούν να θεωρηθούν υπεύθυνα για όλες τις επιλογές τους, καθώς οι ικανότητες που απαιτούνται για ορθολογικές και υπεύθυνες επιλογές (π.χ. η προνοητικότητα, η υπολογιστική ικανότητα, η δύναμη της θέλησης και η επιμονή) εξαρτώνται σε σημαντικό βαθμό από τα γενετικά χαρακτηριστικά τους, και το οικογενειακό περιβάλλον στο οποίο μεγάλωσαν. Για αυτόν τον λόγο, αποδέχεται και την αναγκαιότητα ύπαρξης κάποιου είδους πατερναλιστικής προστασίας των ατόμων από την κοινωνία.

Ο Cohen (1989) συνέχισε την κριτική του Rawls για τον ωφελιμισμό προβάλλοντας εκ νέου τα επιχειρήματα των προσβλητικών και ακριβών προτιμήσεων (offensive and expensive preferences). Οι προσβλητικές προτιμήσεις σχετίζονται με τις περιπτώσεις όπου κάποια άτομα λαμβάνουν ευχαρίστηση με τις διακρίσεις ή τη μείωση της ελευθερίας άλλων ατόμων. Αυτές οι προτιμήσεις, λοιπόν, δεν θα πρέπει να θεωρούνται ίσες με άλλες και δεν μπορούν να συνδέονται με αντίστοιχες αξιώσεις ικανοποίησης. Η κριτική των ακριβών προτιμήσεων περιγράφει μια κατάσταση δύο ατόμων, στην οποία το ένα από αυτά ικανοποιείται με μια ολιγαρκή δίαιτα που αποτελείται από ψωμί, γάλα και φασόλια, ενώ το άλλο ικανοποιείται μόνο με εξωτικά φαγητά και ακριβό κρασί. Από τη σκοπιά του ωφελιμισμού, θα πρέπει να παρασχεθεί υψηλότερο

εισόδημα στο άτομο με τα ακριβότερα γούστα, καθότι διαφορετικά δεν θα ικανοποιούνταν οι προτιμήσεις του και δεν θα προωθείτο η ευημερία του. Κατά τον Rawls (1982), όμως, κάθε ηθικό άτομο έχει, κατά ένα μέρος τουλάχιστον, ευθύνη για τη διαμόρφωση των τελικών σκοπών και των προτιμήσεών του και θα πρέπει να αναλαμβάνει το κόστος της έλλειψης προνοητικότητας ή αυτοπειθαρχίας. Ορμώμενος από αυτήν την παρατήρηση, ο Cohen (1989) υποστηρίζει ότι το άτομο δεν μπορεί να θεωρηθεί πάντοτε ως εξολοκλήρου υπεύθυνο για τον σχηματισμό των προτιμήσεών του. Σε αντίθεση με τον Dworkin, ο οποίος προσδιορίζει τις προτιμήσεις ως τον λόγο δικαιολόγησης των ανισοτήτων σε πόρους, ο Cohen αποδέχεται την επανόρθωση ή την αποζημίωση για τα ελλείμματα ευημερίας που προκύπτουν από τις προτιμήσεις, στον βαθμό –και μόνο σε αυτόν– που ήταν εκτός του ελέγχου των ατόμων η ανάπτυξή ή η τροποποίησή τους, χωρίς μάλιστα να έχει αλλάξει η δική τους αξιολόγηση για αυτές (ακούσιες προτιμήσεις). Επομένως, η διάκριση που κάνει είναι μεταξύ της «γνήσιας επιλογής» (genuine choice) και της «ωμής τύχης», και ο βαθμός ευθύνης των ατόμων για τις ανισότητες εξαρτάται από το κατά πόσο αυτές προκύπτουν στο πλαίσιο των γνήσιων επιλογών τους^{86, 87}.

Παράλληλα, ο Cohen (1989) πρόβαλλε επιχειρήματα εναντίον της προσέγγισης του Dworkin για τον εξισωτισμό πόρων, η οποία απορρίπτει την ευημερία ως μονάδα μέτρησης της δικαιοσύνης. Σε αυτό το πλαίσιο, το έλλειμα πόρων θα πρέπει να διακρίνεται από το έλλειμα ευημερίας, και σε πολλές περιπτώσεις η αποζημίωση που απαιτείται από τον εξισωτισμό των πόρων για την κάλυψη μιας ανεπάρκειας ουσιαστικά αναφέρεται σε διαστάσεις της ευημερίας. Ένα τέτοιο παράδειγμα συνιστά η διαφορά μεταξύ της αδυναμίας

⁸⁶ Θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε ότι η σύλληψη του Barry για τον εξισωτισμό της τύχης επικεντρώνεται στις «γνήσιες εκβάσεις», σε αντιδιαστολή με τον Cohen, ο οποίος ενδιαφέρεται για τις «γνήσιες επιλογές». Ο Barry επηρεάστηκε πάντως από την θεώρηση του Cohen για τον εξισωτισμό της τύχης.

⁸⁷ Στη συνέχεια, ο Cohen (2004) ανασκεύασε μερικώς τη σύλληψή του, συνδέοντας την ευθύνη με την «ακρίβεια» (expensiveness) των προτιμήσεων και όχι απλά με την ύπαρξή τους, κατά τρόπο που δεν έχει σημασία η ευθύνη για την καλλιέργεια μιας προτίμησης, εφόσον απουσιάζει η ευθύνη για την «ακρίβεια» αυτής.

κίνησης ενός άκρου και της δυνατότητας κίνησής του αλλά με πόνο⁸⁸. Από την άλλη πλευρά, το ότι ένας ανάπηρος μπορεί να έχει κάθε ευκαιρία για ευτυχία, δεν σημαίνει ότι δεν πρέπει να έχουμε και ενδιαφέρον για την παροχή αναπηρικής καρέκλας σε αυτόν. Επομένως, αποζημίωση απαιτείται όχι μόνο σε ελλείμματα ευημερίας, αλλά και σε εκείνα των πόρων. Κατά τον Cohen (1989), αυτό που είναι σημαντικό για τη δικαιοσύνη, το «νόμισμα» της δικαιοσύνης (currency of justice), είναι το πλεονέκτημα (advantage), και επομένως το ορθό equalisandum είναι η ίση πρόσβαση στο πλεονέκτημα. Η πρόσβαση συνδυάζει τόσο την ευκαιρία (opportunity) όσο και την ικανότητα (capacity) απόκτησής του. Χαρακτηριστικά αναφέρει ότι κάποιος μπορεί να έχει την ικανότητα, αλλά όχι και την ευκαιρία να κολυμπήσει (ισχύει και το αντίστροφο). Η έννοια της δυνατότητας του Sen βρίσκεται μεταξύ των πρωταρχικών αγαθών και της χρησιμότητας. Το επιχείρημα του Sen στηρίχθηκε στο ότι δύο άτομα μπορεί να χρειάζονται διαφορετική ποσότητα πρωταρχικών αγαθών για να ικανοποιήσουν τις ίδιες ανάγκες. Επιπλέον, οι ωφελιμιστές ενδιαφέρονται για τη νοητική αντίδραση των ατόμων σε αυτά που τους επιτρέπουν να κάνουν τα αγαθά, χωρίς να αναγνωρίζουν την πιθανότητα προσαρμογής των ατόμων στις συνθήκες ζωής τους και ότι ένα άτομο μπορεί να συνηθίσει να ζει με αντιξοότητες. Υπό αυτήν την οπτική, δεν θα πρέπει να μας ενδιαφέρει η ποσότητα των τροφίμων που διαθέτει ένα άτομο, ούτε η χρησιμότητα που λαμβάνει από την κατανάλωσή τους, αλλά το επίπεδο της διατροφής του. Ως πλεονέκτημα, λοιπόν, ο Cohen εννοεί έναν συμψηφισμό μεταξύ της έννοιας των δυνατοτήτων του Sen και της χρησιμότητας, όντας μια ευρύτερη σύλληψη της ευημερίας, χωρίς όμως να είναι απολύτως ξεκάθαρος στον ορισμό του⁸⁹. Ωστόσο, υποστήριξε ότι ο εξισωτισμός θα πρέπει να εξαλείφει κάθε μη προαιρετικό μειονέκτημα, δηλαδή κάθε μειονέκτημα για το

⁸⁸ Ο Cohen (1989) διαχωρίζει εδώ την έννοια της δυσκολίας, που στο ένα άκρο της συνδέεται με μια ενέργεια ή μια κατάσταση που είναι ανέφικτη, από εκείνη της δαπανηρότητας (costliness) για να κάνεις κάτι.

⁸⁹ Ο ίδιος ο Cohen δεν ήταν ευχαριστημένος με την επιλογή του όρου «πλεονέκτημα» για να εκφράσει τις έννοιες που επιθυμούσε. Αναγνώριζε, ωστόσο, ότι αδυνατεί να βρει κάποια καλύτερη έννοια (Cohen, 1989). Από το μετέπειτα έργο του, πάντως, δεν διαφαίνεται να υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των εννοιών της δυνατότητας του Sen και του πλεονεκτήματος του Cohen (Robeyns, 2015).

οπιοί το άτομο δεν μπορεί να θεωρηθεί υπεύθυνο, καθώς η κατάστασή του δεν αντικατοπτρίζει τις επιλογές που έχει κάνει ή κάνει ή θα έκανε^{90, 91}.

Ο Le Grand (1987· 1991) απορρίπτει την ισότητα στην κατάσταση υγείας, καθότι μια τέτοια αρχή δεν λαμβάνει υπόψη της τις προτιμήσεις των ατόμων, καθώς και την αξιοσύνη (deservingness). Έτσι, άλλες αξιώσεις μπορεί να συνδέονται με έναν ληστή που τραυματίστηκε κατά τη διάρκεια της ληστείας μιας τράπεζας, και άλλες με έναν περαστικό που προσπάθησε να βοηθήσει τον αστυνομικό που δεχόταν πυρά από τον ληστή. Η ισότητα που προωθείται από τον Le Grand είναι η ισότητα του συνόλου των επιλογών. Συνεπώς, μια ανισότητα στην κατάσταση υγείας που προκύπτει από επιλογές με ίσους περιορισμούς δεν μπορεί να θεωρηθεί ανισότιμη. Χαρακτηριστικό παράδειγμα συνιστά η ανισότητα υγείας που μπορεί να προκύψει ανάμεσα σε έναν καπνιστή και έναν μη καπνιστή.

Σύμφωνα με τον Le Grand (1991), η υγειονομική περίθαλψη διαφέρει από τα υπόλοιπα αγαθά κατά το ότι η ανάγκη για αυτήν προκύπτει από την ασθένεια, επί της οποίας τα άτομα δεν έχουν απόλυτο έλεγχο. Η ισότητα των ευκαιριών για την υγεία προϋποθέτει ισότητα ευκαιριών για όλα τα αγαθά ή παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία. Αυτό διότι εκείνοι που βρίσκονται σε μειονέκτημα σε αυτά τα αγαθά ή παράγοντες, θα πρέπει να θυσιάσουν περισσότερη χρησιμότητα, αν αποδεχτούμε την ύπαρξη φθινουσών αποδόσεων, προκειμένου να διατηρήσουν το ίδιο επίπεδο υγείας με αυτούς που διαθέτουν κοινωνικό πλεονέκτημα (Williams και Cookson, 2000). Η οπτική αυτή μπορεί να συνεπάγεται κάποιου είδους διαφορετική μεταχείριση, για παράδειγμα μέσα από τη διακριτική παροχή υγειονομικής περίθαλψης εις βάρος εκείνων που δεν ασκούν ορθά ή πλήρως τις ευκαιρίες τους για υγεία, όπως είναι οι καπνιστές που προέρχονται από τα ανώτερα

⁹⁰ Σημαντική είναι εδώ η διαφοροποίηση με την ομάδα των θεωριών «περι δυνατοτήτων», η πλειοψηφία των οποίων υποστηρίζει τη διανεμητική αρχή της επίτευξης ενός επαρκούς επιπέδου (sufficiency), ενώ ο Cohen υπερασπίζεται την ισότητα πρόσβασης (Robeyns, 2015).

⁹¹ Ο Cohen, όπως και ο Roemer, ανήκοντες στην μαρξιστική παράδοση, είναι από τους λίγους θεωρητικούς του εξισωτισμού της τύχης που αμφισβητούν τις δομές των ευκαιριών, έτσι όπως αυτές δημιουργούνται στο πλαίσιο των αγορών (Anderson, 1999).

κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Ο Le Grand (1987) υποστήριξε ότι αυτή η «δίκαιη» διάκριση θα πρέπει να γίνεται μέσα από τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας και όχι την παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών, όπως με αυξημένους φόρους κατανάλωσης ή ασφάλιστρα. Για παράδειγμα, οι καπνιστές θα πρέπει να πληρώνουν ένα ετήσιο ασφάλιστρο για να καλύψουν τα αναμενόμενα κόστη της θεραπείας που θα χρειαστούν στο μέλλον, λόγω των προβλημάτων υγείας που προκαλεί το κάπνισμα, ενώ θα συνεχίζουν να λαμβάνουν την ίδια περίθαλψη με τους μη καπνιστές. Πάντως, είναι μάλλον αντιφατικό να θεωρείται δίκαιο οι καπνιστές από τη μια πλευρά να έχουν χαμηλότερο επίπεδο υγείας από τους μη καπνιστές, και από την άλλη να λαμβάνουν την ίδια υγειονομική περίθαλψη όταν αρρωσταίνουν (Culyer και Wagstaff, 1993). Επιπλέον, αυτή η προσέγγιση παραβλέπει τόσο τη σύνδεση του εισοδήματος με την υγεία όσο και την ηθική σημαντικότητα εκβάσεων εκτός της υγείας (Williams και Cookson, 2000).

Η έννοια της ισότητας των ευκαιριών σχετίζεται με την ισότητα πρόσβασης σε αγαθά και υπηρεσίες. Ως πρόσβαση θεωρείται η ελευθερία ή η δυνατότητα απόκτησης ή χρήσης ενός αγαθού (ή υπηρεσίας) και, συνεπώς, είναι ανεξάρτητη της πραγματικής κατανάλωσης ή χρήσης (Hurley, 2000). Προφανώς, η πρόσβαση μπορεί να συνδυαστεί με άλλες μεταβλητές εστίασης, όπως είναι η ανάγκη: ίση πρόσβαση για ίση ανάγκη και άνιση πρόσβαση για διαφορετικές ανάγκες. Ο Le Grand (1982) αρχικά όρισε την ίση πρόσβαση σε ένα αγαθό ως την κατάσταση στην οποία τα άτομα αντιμετωπίζουν την ίδια τιμή (χρηματική και μη χρηματική, όπως είναι ο χρόνος και το κόστος ευκαιρίας αυτού) για το αγαθό αυτό. Ωστόσο, ο ορισμός αυτός δεν ελάμβανε υπόψη του τις διαφορετικές ικανότητες πληρωμής μεταξύ των ατόμων (Hurley, 2000). Στη συνέχεια ο Le Grand (1987) προσέγγισε την ισότητα πρόσβασης ως την κατάσταση στην οποία τα άτομα διαθέτουν το ίδιο σύνολο εφικτών επιλογών, δηλαδή ίσες ευκαιρίες επιλογής, κατά τρόπο που οι διαφορές στην κατανάλωση να εκφράζουν διαφορές στις προτιμήσεις (Hurley, 2000). Η αρχή της ίσης πρόσβασης περιορίζει το σύνολο των δυνατών αποτελεσμάτων υγείας, καθότι αποκλείει εκείνα που απαιτούν άνιση πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη (Williams και Cookson, 2000).

Καθότι είναι δύσκολο να διαπιστωθεί ο βαθμός στον οποίο ένα άτομο είναι υπεύθυνο για τις επιλογές του, ο Roemer (1998· 2002a· 2002b· 2003· 2016) πρότεινε τον διαχωρισμό του πληθυσμού σε «τύπους» (types). Κάθε τύπος απαρτίζεται από ένα σύνολο ατόμων που αντιμετωπίζουν τις ίδιες περίπου συγκυριακές συνθήκες (circumstances), οι οποίες αποτελούν διαστάσεις του περιβάλλοντος ή και βιολογικά χαρακτηριστικά τους, τα οποία εκφεύγουν του ελέγχου τους, αλλά επηρεάζουν την έκβαση ενδιαφέροντος, π.χ. το εισόδημα ή την υγεία τους⁹². Το εκάστοτε επιθυμητό αποτέλεσμα αποτελεί συνάρτηση των περιστάσεων, της προσπάθειας που καταβάλουν τα άτομα (ή των επιλογών τους) και της σχετικής κοινωνικής πολιτικής. Καθότι οι επιλογές περιορίζονται από τις περιστάσεις, δεν μπορούμε να θεωρήσουμε αυτόματα ότι τα άτομα είναι υπεύθυνα για αυτές. Έτσι, ο Roemer προτείνει ο κάθε άνθρωπος να είναι υπεύθυνος για την προσπάθεια που καταβάλει σε σχέση με την αντίστοιχη των υπολοίπων μελών του τύπου στον οποίον ανήκει. Με άλλα λόγια, το κάθε άτομο λογοδοτεί μόνο για την κατάταξή του (rank) στη συνάρτηση κατανομής της προσπάθειας όλων των ατόμων του συγκεκριμένου τύπου. Χρησιμοποιώντας, επομένως, μια προσέγγιση κατάταξης για την προσπάθεια «αποστειρώνονται» οι επιλογές από την επιρροή των περιστάσεων. Σε αυτό το σχήμα, η ανισότητα στις ευκαιρίες για υγεία αμβλύνεται όταν, μέσω σχετικών πολιτικών, μειώνεται η απόσταση της έκβασης ενδιαφέροντος για κάθε ίδιο ποσοστημόριο των κατανομών προσπάθειας μεταξύ των διαφορετικών τύπων. Αυτό διότι τα άτομα που βρίσκονται στην ίδια κατάταξη στην κατανομή προσπάθειας έχουν εξασκήσει έναν συγκρίσιμο βαθμό υπευθυνότητας σε σχέση με το αποτέλεσμα ενδιαφέροντος, όπως είναι η κατάσταση υγείας. Ενώ, λοιπόν, οι διαφορές στην έκβαση υγείας μεταξύ των τύπων στο πλαίσιο της ίδιας προσπάθειας είναι μη αποδεκτές, οι διαφορές στα αποτελέσματα υγείας λόγω διαφοροποιημένης προσπάθειας δικαιολογούνται. Η σύλληψη του Roemer, βέβαια, δεν αποτελεί

⁹² Ίδανικά θα έπρεπε οι τύποι να κατασκευάζονται λαμβάνοντας υπόψη όλες τις σχετικές περιστάσεις. Καθότι αυτό δεν είναι πρακτικά δυνατό, σε κάθε σχετική ανάλυση γίνεται απλώς μια προσέγγιση, με αποτέλεσμα όλοι οι άλλοι προσδιοριστές της ανισότητας να θεωρούνται μέρος της προσπάθειας. Για αυτόν τον λόγο, η μετρούμενη ανισότητα ευκαιριών θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως το κατώτερο όριο της πραγματικής ανισότητας στις ευκαιρίες.

μια ολοκληρωμένη θεωρία δικαιοσύνης, καθότι εναπόκειται σε κάθε κοινωνία ξεχωριστά να καθορίσει τι συνιστά «περιστάσεις» και τι «προσπάθεια» και, επομένως, για ποιους παράγοντες οι άνθρωποι είναι υπεύθυνοι και για ποιους όχι (συγκυρίες και «ωμή τύχη»).

Για τις μη αποδεκτές ανισότητες υγείας υπό τη σύλληψη του Roemer, η δικαιοσύνη απαιτεί κάποια επανόρθωση, όπως με τη διοχέτευση υγειονομικών πόρων στα άτομα που μειονεκτούν βάσει του τύπου τους. Αυτό, βεβαίως, φαίνεται να αντιβαίνει στις απαιτήσεις της αρχής της οριζόντιας ισότητας, κατά την οποία δύο ασθενείς με τις ίδιες υγειονομικές ανάγκες θα πρέπει να λαμβάνουν την ίδια θεραπεία. Ωστόσο, ο Roemer ενσωματώνει την έννοια της ευθύνης στη σύλληψή του, κατά τρόπο που να αξιώνεται η εξίσωση της κατάστασης υγείας μεταξύ των ατόμων που ασκούν την ίδια προσπάθεια (Hurley, 2007). Επίσης, ο Daniels (2008) επικρίνει την προσέγγιση του Roemer κατά το ότι μάλλον δεν είναι λογικό να εξαρτάται η ευθύνη ενός ατόμου από το τι κάνουν τα άλλα άτομα στην ίδια κοινωνία. Για παράδειγμα, καθότι το σκι είναι μια δραστηριότητα των πλουσίων ατόμων, ένα φτωχό άτομο που σπάει το πόδι του συμμετέχοντας σε αυτήν τη δραστηριότητα αυτόματα θεωρείται υπεύθυνο για την κατάσταση του. Επιπλέον, δεν είναι ξεκάθαρο το πόσο λεπτομερής θα πρέπει να είναι ο διαχωρισμός μεταξύ των τύπων, καθότι μπορεί να φθάσει στο σημείο οι ομάδες να είναι τόσο μικρές και ομογενείς, που να μην υπάρχει κάποια εσωτερική απόκλιση ως προς τον βαθμό της προσπάθειας των ατόμων (Wikler, 2006).

Μια πρώτη σοβαρή κριτική που δέχεται ο εξισωτισμός της τύχης αφορά σε αυτό που μπορεί να ονομαστεί «μεταφυσική πρόκληση» (Inoue, 2016). Ο εξισωτισμός της τύχης στηρίζεται σιωπηρά στη μεταφυσική κατασκευή της ελεύθερης βούλησης και τη δυνατότητα διάκρισης μεταξύ των επιλογών και των συγκυριακών συνθηκών. Ωστόσο, όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Scheffler (2010), η κάθε επιλογή των ατόμων «is routinely influenced by unchosen features of their personalities, temperaments, and the social contexts in which they find themselves». Αναπόφευκτα, λοιπόν, θα υπάρχει πάντοτε κάποιο σημείο στην αλυσίδα των αιτιών όπου η ευθύνη δεν θα μπορεί να αποδοθεί στο ίδιο το άτομο, και για αυτόν τον λόγο δεν θα μπορεί να θεωρηθεί το ίδιο ως αποκλειστικά υπεύθυνο για την κατάστασή του (Hurley, 2003). Αυτή, άλλωστε,

είναι και μια βασική διαφορά μεταξύ του Dworkin και του Cohen. Ενώ ο Dworkin (1981b) υποστηρίζει ότι τα άτομα θα πρέπει να θεωρούνται υπεύθυνα για τις προτιμήσεις τους, ο Cohen (1989), όπως και ο Arneson σε ορισμένο βαθμό, θεωρεί ότι η ευθύνη θα πρέπει να εξετάζεται σε σχέση με τη γνησιότητα των επιλογών. Η γνησιότητα των επιλογών προσδιορίζεται από τον βαθμό στον οποίο το άτομο είχε έλεγχο στη διαμόρφωση των προτιμήσεών του, κατά τρόπο που δεν μπορεί να αναγνωρισθεί και ως υπεύθυνο για αυτές στην περίπτωση που δεν διέθετε τέτοιο έλεγχο.

Κατά την Anderson (1999), η σύλληψη του εξισωτισμού της τύχης αποτυγχάνει να ικανοποιήσει την πιο βασική προϋπόθεση της ισότητας, δηλαδή τον ίσο σεβασμό και μέριμνα προς όλους τους πολίτες. Στη συνέχεια προχωρεί σε μια επίκριση του εξισωτισμού της τύχης, βασιζόμενη στην ερμηνεία της για την πιο αυστηρή μορφή του, εκείνη του Rakowski (1991). Αρχικά, λοιπόν, η σύλληψη αυτή μπορεί να οδηγήσει στο πρόβλημα που αναφέρει ως «abandonment of negligent victims». Πρόκειται για κάποιες περιπτώσεις όπου οι εκβάσεις υγείας είναι τόσο αρνητικές, που κανένας, όσο απερίσκεπτος και να είναι, δεν αξίζει να τις υπομένει. Σε αυτές τις περιπτώσεις, λοιπόν, οι απαιτήσεις της σύλληψης του εξισωτισμού της τύχης κρίνονται ως πολύ «σκληρές» (harsh). Για παράδειγμα, έστω ένα ανασφάλιστος οδηγός που λόγω αμέλειας προκαλεί ένα ατύχημα, με συνέπεια να κινδυνεύει πλέον η ζωή του από τα τραύματα. Κατά την αξιολόγηση του εξισωτισμού της τύχης, ο οδηγός αυτός δεν δικαιούται την παροχή κάποιας ιατρικής φροντίδας από την κοινωνία, εφόσον δεν έχει τη δυνατότητα να την πληρώσει ο ίδιος. Ωστόσο, είναι μάλλον δύσκολο να γίνει αποδεκτό ότι οι αμελείς οδηγοί αξίζουν να πεθάνουν λόγω της μη παροχής ιατρικής φροντίδας σε αυτούς, το οποίο δικαιολογείται στη βάση της προηγούμενης απερίσκεπτης απόφασής τους⁹³. Μάλιστα, το πρόβλημα αυτό εξακολουθεί να ισχύει ακόμη και αν ο οδηγός επιβιώσει ως ανάπηρος, καθώς, σύμφωνα με τον εξισωτισμό της τύχης, η

⁹³ Η Anderson (1999) υποστηρίζει την αναγκαιότητα των πατερναλιστικών ρυθμίσεων, όπως αυτές που επιβάλλουν τη ζώνη ασφαλείας, καθότι προστατεύουν τα άτομα από δικές τους απροσεξίες, αρκεί βεβαίως να αποφασίζονται στο πλαίσιο των δημοκρατικών διαδικασιών.

κοινωνία δεν έχει καμία υποχρέωση να μεριμνήσει για αυτήν την αναπηρία του (discrimination among the disabled problem). Επιπλέον, σε αυτό το πλαίσιο δεν δικαιολογείται και η βοήθεια ή η αποζημίωση προς αυτούς που φροντίζουν αυτά τα άτομα, καθότι θεωρείται ότι αποτελεί δική τους επιλογή (vulnerability of dependent caretakers). Αντίστοιχα μπορεί να προεκταθεί η σκέψη αυτή και σε περιπτώσεις εθελοντικής στρατολόγησης, όπου μπορεί να υποστηριχθεί ότι τα άτομα διατρέχουν τους κινδύνους της μάχης βάσει της δικής τους επιλογής (occupational discrimination)⁹⁴. Αυστηρή είναι η σύλληψη του εξισωτισμού της τύχης και όταν κάποιος υπόκειται τις συνέπειες κάποιας φυσικής καταστροφής, ενώ γνώριζε εκ των προτέρων τον αυξημένο κίνδυνο που συνδέεται με την εγκατάσταση στη συγκεκριμένη περιοχή. Σε αυτήν την περίπτωση δεν δικαιούται κάποια επανόρθωση, καθότι θα μπορούσε να είχε επιλέξει να κατοικήσει σε άλλον τόπο, ο οποίος θα συνδεόταν με χαμηλότερο κίνδυνο (geographical discrimination among citizens)⁹⁵. Μάλιστα, η αυστηρή μορφή του εξισωτισμού της τύχης μπορεί να φθάσει μέχρι το σημείο να τιμωρεί και τους προνοητικούς, στον βαθμό που αυτοί δεν θα είναι σε θέση να πληρώσουν την ασφάλισή τους, οπότε και η «ωμή τύχη» μετατρέπεται αυτόματα σε «τύχη επιλογής» (abandonment of the prudent). Μόνο για πατερναλιστικούς λόγους μπορεί να υπάρξει τροποποίηση της αυστηρής εκδοχής της σύλληψης αυτής.

Ακόμη, η Anderson (1999) θεωρεί ότι η βάση της ικανοποίησης των αξιώσεων των ατόμων για την κακή «ωμή τύχη» τους είναι η υπόθεση της κατωτερότητας τους σε σχέση με τους υπόλοιπους και η λύτωση για την αποτυχία τους, χωρίς, μάλιστα, να καλύπτονται πάντοτε όλοι όσοι βρίσκονται σε κακή κατάσταση από τις σχετικές προβλέψεις. Τέτοιου είδους επίσημη στάση από το κράτος μπορεί να οδηγήσει σε μια δυσφήμιση και απαξίωση των

⁹⁴ Όπως αναφέρει ο Roemer ερμηνεύοντας τις θέσεις του Cohen, «[s]ociety should not compensate people for their choice of [altruistic] path because it owes persons no compensation on account of their moral views».

⁹⁵ Ωστόσο, είναι αποζημιώσιμες οι καταστάσεις όπου τα άτομα δεν θα μπορούσαν να είχαν προβλέψει αυτήν τη φυσική καταστροφή, καθότι ο σχετικός κίνδυνος σε αυτήν την περιοχή εκ των προτέρων θεωρείτο μικρός. Σε κάθε περίπτωση, πάντως, όπου υπήρχε η δυνατότητα προηγούμενης ιδιωτικής ασφάλισης, η κακή «ωμή τύχη» μετατρέπεται σε κακή «τύχη επιλογής» και δεν αξιολογείται πλέον ως αποζημιώσιμη κατά τον εξισωτισμό της τύχης (Rakowski, 1991).

μη ευνοημένων ατόμων της φυσικής λοταρίας. Επιπλέον, η λύπηση είναι ασύμβατη με τον σεβασμό της αξιοπρέπειας των ανθρώπων και διαφέρει από την ανθρωπιστική συμπόνοια, η οποία δεν έχει συγκριτικό χαρακτήρα και αποδέχεται ότι κάποιος θα πρέπει να βοηθηθεί μόνο και μόνο επειδή ο ίδιος υποφέρει. Μάλιστα, αυτή η οπτική του εξισωτισμού της τύχης, αντίστροφα ιδωμένη, φθάνει στο σημείο να αποδεχτεί ότι οι λιγότερο τυχεροί άνθρωποι βλέπουν με φθόνο τους περισσότερο τυχερούς. Επιπλέον, στο πλαίσιο του εξισωτισμού της τύχης μπορεί να δικαιολογηθεί και η υποχρέωση της κοινωνίας να αποζημιώσει αισθητικές χειρουργικές επεμβάσεις, στον βαθμό που ένα άτομο δεν είναι ικανοποιημένο με την εμφάνισή του, η οποία δεν έχει προκύψει ως συνέπεια των επιλογών του. Αυτό, ωστόσο, εκτός του ότι μπορεί να θεωρηθεί παράλογο από πλευράς δημόσιας πολιτικής, συνεπάγεται παράλληλα και τη δημόσια αποδοχή των υποτιμητικών προσωπικών κρίσεων για την εμφάνιση του ατόμου. Μια αποδεκτή εναλλακτική λύση θα μπορούσε να ήταν η προσπάθεια αλλαγής των κοινωνικών προτύπων για την αποδεκτή φυσική εμφάνιση. Τέλος, ο εξισωτισμός της τύχης μπορεί να επιβάλει στους ανθρώπους αδιάκριτες και υποτιμητικές αξιολογήσεις της ατομικής συμπεριφοράς τους για τη συγκέντρωση της πληροφόρησης που είναι απαραίτητη για την εφαρμογή των αρχών του, ουσιαστικά επιβάλλοντας στα άτομα τον τρόπο με τον οποίον θα πρέπει να ασκούν την ελευθερία τους.

Ο Daniels (2008) υποστηρίζει ότι τόσο ο εξισωτισμός της τύχης όσο και η αρχή της προτεραιότητας (prioritarian principle), που θα αναλυθεί στη συνέχεια, πάσχουν από το ότι κινδυνεύουν να γίνουν ιδιαίτερα επεκτατικές ως προς τις απαιτήσεις τους. Αυτό διότι καταλήγουν στην εξίσωση της κακής «ωμής τύχης», προκειμένου να διατηρήσουν ίσες τις ευκαιρίες των ατόμων για ευημερία ή πλεονέκτημα, ανεξαρτήτως του αν αυτό οφείλεται ή όχι σε κάποια παθολογία. Για παράδειγμα, δημιουργούνται απαιτήσεις ανάπτυξης τεχνολογίας και επανόρθωσης ακόμη και σε περιπτώσεις όπου κάποια χαρακτηριστικά του προσώπου δεν είναι αρκετά ωραία –σύμφωνα με τα κυρίαρχα πρότυπα ομορφιάς– για την επιδίωξη καριέρας ως μοντέλο ή στην υποκριτική. Ακόμη, ένας πωλητής, που η προσωπικότητα δεν του επιτρέπει να είναι καλός στην εργασία του, έχει ίσες απαιτήσεις βοήθειας ή επανόρθωσης με κάποιον άλλον, ο οποίος έχει κάποια ψυχολογική διαταραχή που τον αναγκάζει να αποφεύγει

τον κόσμο. Ο Daniels (2011b) έχει επισημάνει επίσης ότι το ενδιαφέρον για την ευθύνη στον εξισωτισμό της τύχης επισκιάζει το ενδιαφέρον που θα έπρεπε να υπάρχει για την προώθηση της υγείας, στον βαθμό που δεν υποστηρίζονται συγκεκριμένες πρωτοβουλίες για την ανάληψη θετικών για την υγεία συμπεριφορών, αλλά απλώς επιδιώκεται η απόδοση του κόστους στα άτομα για τις ριψοκίνδυνες συμπεριφορές τους.

Ο Knight (2009) έθεσε τρία επιπλέον προβλήματα που μπορεί να προκύψουν σε συγκεκριμένα ακραία σενάρια κατά τη διανεμητική εφαρμογή του εξισωτισμού της τύχης. Πρώτον, προκειμένου να επιφέρει την κατάλληλη ανισότητα μεταξύ των ατόμων, μπορεί να οδηγήσει στην τιμωρία των λιγότερο συνετών ατόμων, χωρίς αυτό να προσφέρει κάποια ωφέλεια στα περισσότερο υπεύθυνα άτομα (*diverging down problem*). Ωστόσο, θα πρέπει να τονιστεί ότι σε αυτήν την περίπτωση ο Knight μάλλον συγχέει τον εξισωτισμό της τύχης με την αρχή της επάξιας ανταμοιβής ή αξιοσύνης (*principle of desert*), όταν η αξιοσύνη έχει ως κριτήριό της την ευθύνη για κάποιο επιθυμητό αποτέλεσμα. Δεύτερον, όταν δεν είναι δυνατή η αντιστοίχιση των επιπέδων της ευθύνης με τα κατάλληλα επίπεδα πλεονεκτήματος, ο εξισωτισμός της τύχης μπορεί να επιλέξει τον περιορισμό των διαθέσιμων ανθρώπινων δραστηριοτήτων (*responsibility levelling problem*). Ωστόσο, αυτό αποτελεί ένα μάλλον ακραίο σενάριο που αντιβαίνει στις βασικές δημοκρατικές αρχές. Τρίτον, η ανακατανομή των πόρων που ενδέχεται να αξιώσει μπορεί να συνεπάγεται σημαντικό κόστος (*expensive resource transfer problem*). Αυτό το πρόβλημα, πάντως, ισχύει για όλες τις αναδιανεμητικές θεωρίες της δικαιοσύνης. Επιπρόσθετα, ο εξισωτισμός της τύχης δεν αποδέχεται τις ίσες κατανομές που έχουν προκύψει από την καθαρή τύχη. Γενικότερα, η ουδετεροποίηση της τύχης δεν εξασφαλίζει ένα συγκεκριμένο είδος κατανομής (Hurley, 2003), εκτός αν η σύλληψη προσεγγισθεί ως η ουδετεροποίηση των διαφοροποιημένων επιπτώσεων της «ωμής τύχης» (Hirose, 2015).

Κάποιοι νεότεροι θεωρητικοί έχουν προσπαθήσει να απαντήσουν στις επικρίσεις που δέχεται ο εξισωτισμός της τύχης συνδυάζοντάς τον με άλλες αρχές (Knight, 2013), όπως είναι η στήριξη της ευαισθησίας ως προς την προσωπική ευθύνη στην έννοια του σεβασμού της ίσης ηθικής αξίας όλων των ανθρώπων (Stemplowska, 2011). Τέτοιες προσπάθειες ανήκουν στην

προσέγγιση του λεγόμενου «ηθικού πλουραλισμού» (moral pluralism) (Inoue, 2016). Στο πλαίσιο του «θεσμικού εξισωτισμού της τύχης» (institutional luck egalitarianism) του Tan (2012), ο εξισωτισμός της τύχης αποτελεί μια σύλληψη της διανεμητικής δικαιοσύνης. Ωστόσο, η διανεμητική δικαιοσύνη έχει ως κύριο ενδιαφέρον της την άνιση κατανομή των αγαθών στην κοινωνία και δεν αποτελεί το μοναδικό πεδίο της δικαιοσύνης. Στο προηγούμενο παράδειγμα της Anderson, λοιπόν, ο αμελής, οδηγός θα έπρεπε να διασωθεί όχι στο πλαίσιο των αξιώσεων του εξισωτισμού της τύχης, αλλά κατά την αρχή του ανθρωπισμού (humanitarian principle). Οι αρχές βασικών δικαιωμάτων ή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας μπορεί να επιβάλλουν τη βοήθεια ενός ανθρώπου που δεν μπορεί να ικανοποιήσει τις βασικές ανάγκες του, ακόμη και αν η κατάστασή του οφείλεται σε δική του έλλειψη σύνεσης. Η διανεμητική δικαιοσύνη του εξισωτισμού της τύχης έχει πεδίο εφαρμογής στις ανισότητες που προκύπτουν από την τύχη, οι οποίες, όμως, βρίσκονται πάνω από το ελάχιστο όριο αξιοπρέπειας της κάλυψης των βασικών αναγκών. Επιπλέον, ο Tan υποστηρίζει ότι η φύση δεν μπορεί να θεωρηθεί δίκαιη ή άδικη, αλλά είναι οι θεσμοί οι οποίοι μεταφράζουν την «ωμή τύχη» σε κοινωνικά μειονεκτήματα και πλεονεκτήματα για τους ανθρώπους. Επομένως, μόνο όταν οι θεσμικές διευθετήσεις δημιουργούν τέτοια μειονεκτήματα και πλεονεκτήματα στο πλαίσιο της τύχης μπορεί να θεωρηθεί ότι παραβιάζονται οι αρχές της διανεμητικής δικαιοσύνης. Τέλος, για τον Tan, ο εξισωτισμός της τύχης δίνει τις βάσεις (grounding principle) της διανεμητικής δικαιοσύνης, δηλαδή απαντάει στο γιατί η ισότητα έχει σημασία, χωρίς να προσφέρει παράλληλα τις ουσιαστικές διανεμητικές αρχές.

Ο Segall (2010) θεωρεί ότι ο εξισωτισμός της τύχης παρέχει καλύτερες απαντήσεις από εκείνες που προσφέρει η θεωρία του Daniels. Αυτό διότι η επιδίωξη της δικαιοσύνης στην υγεία δεν καλύπτει παρά ένα μέρος μόνο της συνολικής δικαιοσύνης. Υπάρχει μια κοινωνική υποχρέωση κάλυψης των βασικών αναγκών των ανθρώπων, και μόνο μέρος αυτών αποτελούν οι ανάγκες υγείας. Σκοπός του εξισωτισμού της τύχης δεν είναι να αντιστοιχήσει κάθε άτομο με το επίπεδο ευημερίας που του αναλογεί με βάση τον βαθμό που την αξίζει. Κατά τον Segall, ο εξισωτισμός της τύχης διορθώνει μόνο τις ανισότητες ευημερίας που προκύπτουν από την «ωμή τύχη», ενώ δεν υπάρχει

αντίρρηση για τις προκύπτουσες ισότητες. Με άλλα λόγια, μόνο οι ανισότητες μπορούν να εγείρουν ζητήματα δικαιοσύνης και όχι οι ισότητες, ακόμη και αν είναι το αποτέλεσμα της «ωμής τύχης». Όπως αναφέρει, η δική του θεώρηση του εξισωτισμού της τύχης «is agnostic about the justice or injustice of any equality». Σε αυτό το σημείο ο Segall διακρίνει τη δική του οπτική για τον εξισωτισμό της τύχης από την αρχή της επάξιας ανταμοιβής ή αξιοσύνης (principle of desert). Αυτό διότι η αρχή της αξιοσύνης προβλέπει ότι το μερίδιο κάθε ατόμου ως προς τα αγαθά ή την ευημερία πρέπει να είναι αντίστοιχο με το πόσο το δικαιούται. Όμως, η προσέγγιση αυτή συνεπάγεται ότι οι άνθρωποι δεν δικαιούνται τα οφέλη της καλής «ωμής τύχης». Ως εκ τούτου, σε περιπτώσεις όπου, για παράδειγμα, δύο άτομα βρίσκονται σε μια εξίσου καλή κατάσταση, αλλά το ένα από αυτά βρίσκεται σε αυτή τη θέση λόγω καλής «ωμής τύχης», η σύλληψη της αξιοσύνης επιβάλλει την αφαίρεση από το άτομο αυτό των αποτελεσμάτων που δεν δικαιούται και την αποκατάσταση μιας σχέσης ανισότητας μεταξύ τους.

Επιπλέον, ο Segall (2010) υποστηρίζει ότι θα πρέπει να θεωρείται αδικία κάποιος να βρίσκεται σε χειρότερη κατάσταση από κάποιους άλλους όταν αυτό προκύπτει ως αποτέλεσμα παραγόντων που θα ήταν παράλογο να αναμένουμε να τους έχουν αποφύγει. Επομένως, ερμηνεύει την «ωμή τύχη» ως μια «εύλογη αποφευξιμότητα» (reasonable avoidability), στρέφοντας την προσοχή από το άτομο στο τι θεωρεί η κοινωνία ως εύλογα αποφεύξιμο. Έτσι, ενώ θα ήταν εύλογο να θεωρήσουμε ότι ένα άτομο θα μπορούσε να αποφύγει να καπνίσει, εφόσον γνώριζε εκ των προτέρων τους κινδύνους του καπνίσματος, οι συνέπειες στην υγεία ενός καταστροφικού φυσικού γεγονότος (που δε θα μπορούσε να προβλεφθεί) δεν είναι εύλογα αποφεύξιμες και, επομένως, δικαιολογείται η επανόρθωσή τους.

Καταλήγει, λοιπόν, ο Segall (2010) στο να προτείνει μια εκδοχή του εξισωτισμού της τύχης στην υγεία που ονομάζει «luck prioritarianism», στην οποία δίνεται προτεραιότητα στις ευκαιρίες για υγεία εκείνων που διαθέτουν τη χειρότερη κατάσταση υγείας. Αυτή η σύλληψη, λοιπόν, απαιτεί την παραχώρηση προτεραιότητας στη βελτίωση της υγείας αφενός στα άτομα που έχουν καταβάλλει μεγαλύτερη προσπάθεια στο να φροντίζουν την υγεία τους, και αφετέρου σε εκείνους που βρίσκονται σε χειρότερη κατάσταση (από

πλευράς υγείας) μεταξύ των ατόμων που έχουν την ίδια επένδυση σε προσπάθεια. Επιπλέον, υποστηρίζει ότι, αν μας ενδιαφέρει η δίκαιη κατανομή της υγείας, τότε θα πρέπει να επεκτείνουμε το ενδιαφέρον μας στους κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστές της, καθότι αυτοί παρουσιάζουν σημαντικότερο αντίκτυπο σε σχέση με την υγειονομική φροντίδα. Για αυτόν τον λόγο, προκρίνει την εστίαση στην ευρύτερη διανεμητική δικαιοσύνη για τις ευκαιρίες ευημερίας και όχι σε θεωρίες που επικεντρώνονται μόνο στην υγεία, όπως εκείνη του Daniels.

Όσον αφορά ειδικά στην υγειονομική περίθαλψη, αυτή δεν έχει ειδική αυτοτελή ηθική αξία έναντι της υγείας για τον Segall (2010). Ιδίως αν ληφθεί υπόψη ότι οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες που παράγουν την ασθένεια έχουν μεγαλύτερη βαρύτητα έναντι της υγειονομικής φροντίδας, η οποία θα καταστεί αναγκαία σε επόμενο χρονικό σημείο. Καθότι, όμως, η υγειονομική περίθαλψη υπάρχει στην κοινωνία, απαιτούνται και αρχές για τη ρύθμιση της κατανομής της. Για τον Segall, ενώ η υγεία είναι ένα φυσικό αγαθό, η υγειονομική φροντίδα αποτελεί, ως κοινωνικό αγαθό, ένα «normatively non-excludable good», ο αποκλεισμός από το οποίο είναι ηθικά ανεπίτρεπτος. Μια αυστηρή εφαρμογή του εξισωτισμού της τύχης θα προέβλεπε τη μη περίθαλψη των μη προνοητικών ασθενών. Ωστόσο, στο πλαίσιο ενός αξιακού πλουραλισμού, μπορεί να γίνει επίκληση και άλλων αρχών, όπως το ενδιαφέρον για την ικανοποίηση των βασικών αναγκών, μεταξύ των οποίων και οι ιατρικές. Για αυτόν τον λόγο, προτείνει την καθολική πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη, όχι όμως και την αποζημίωση με το χρηματικό ισοδύναμο της θεραπείας, όπως ίσως θα δικαιολογείτο από άλλες θεωρίες που υποστηρίζουν την ισότητα των ευκαιριών. Έτσι, ο Segall συνδυάζει την αρχή την επίτευξης ενός επαρκούς επιπέδου (sufficientarian principle) (για την κάλυψη των βασικών υγειονομικών αναγκών) με τη σύλληψη του εξισωτισμού της τύχης (για το υπόλοιπο εύρος των υγειονομικών υπηρεσιών).

Κατά τον Knight (2013), είναι ενδιαφέρουσες οι παραλλαγές ως προς την αντιμετώπιση της «τύχης επιλογής» στις διάφορες θεωρίες του εξισωτισμού της τύχης. Για παράδειγμα, στη βιβλιογραφία υπάρχει η διάκριση μεταξύ οιονεί ρίσκου (quasi-gamble) και καθαυτού ρίσκου (gamble proper) (Lippert-Rasmussen, 2001). Η διαφορά έγκειται στο ότι στην πρώτη περίπτωση το

άτομο που αναλαμβάνει το ρίσκο προτιμάει την αναμενόμενη αξία του πετυχημένου αποτελέσματος του ρίσκου από το ίδιο το ρίσκο, ενώ στη δεύτερη συμβαίνει το αντίστροφο. Κάποιοι, λοιπόν, προτείνουν την αποζημίωση για αυτούς που αναλαμβάνουν οιονεί ρίσκα (Fleurbaey, 2001· Barry, 2008).

Τέλος, δύο άλλες προσεγγίσεις του εξισωτισμού της τύχης που έχουν ενδιαφέρον για τις επιπλοκές που μπορεί να έχουν σε σχέση με την υγεία (χωρίς όμως να έχουν ασχοληθεί άμεσα με αυτή) είναι η οπτική των ίσων αρχικών ευκαιριών (equal initial opportunities) του Vallentyne (2002) και η σύλληψη της «νέας αρχής» (fresh start) του Fleurbaey (2005a). Πολύ συνοπτικά, ο Vallentyne υποστηρίζει την εξίσωση των ευκαιριών για κοινωνικό πλεονέκτημα των ατόμων στα αρχικά στάδια της ζωής τους. Αυτό έχει άμεση σύνδεση με τις γενετικές ασθένειες ή τις εκ γενετής αναπηρίες, για τις οποίες θα πρέπει να υπάρξει κάποια επανόρθωση, προκειμένου να εξασφαλιστεί η ισότητα των προοπτικών ζωής μεταξύ των ανθρώπων. Επιπτώσεις της κακής «ωμής τύχης» σε επόμενα στάδια της ζωής απαιτείται να επανορθωθούν μόνο όταν με αυτόν τον τρόπο βελτιώνεται η αξία της δέσμης των αρχικών ευκαιριών. Κατά τη σύλληψη του Fleurbaey, αυτή η εξίσωση των προοπτικών μπορεί να γίνει περισσότερες φορές κατά τη διάρκεια της ζωής των ανθρώπων, αρκεί να συνοδεύεται από αντίστοιχη αλλαγή των προτιμήσεων. Έτσι, ένας καπνιστής, εφόσον αλλάξει τις προτιμήσεις του για το κάπνισμα, μπορεί να απαιτήσει κάποια μεταφορά πόρων για την επανόρθωση της κατάστασής του. Βέβαια, μια τέτοια στάση από τη δικαιοσύνη είναι ιδιαίτερα επεικής και μπορεί να συνεπάγεται το πρόβλημα του ηθικού κινδύνου (moral hazard), με τα προνοητικά και προσεκτικά άτομα να επιβαρύνονται με την επανόρθωση για τις απώλειες στην προοπτική της ζωής των απερίσκεπτων ατόμων.

2.3.3.4. Προσεγγίσεις «περί δυνατοτήτων» (capability approaches)

Όπως διαπιστώσαμε σε προηγούμενη ενότητα, η κοινωνική ευημερία στο πλαίσιο της νεοκλασικής θεωρίας των οικονομικών της ευημερίας προκύπτει από το άθροισμα των ατομικών ωφελιμοτήτων, με κίνητρο των ατόμων να αποτελεί η μεγιστοποίηση της ατομικής ευημερίας τους. Ωστόσο, η ευημερία είναι δύσκολο να μετρηθεί, καθότι διαθέτει πολλαπλές διαστάσεις και κάθε

άτομο δίνει διαφορετικό περιεχόμενο και βαρύτητα σε κάθε μία από αυτές (Χαντζάρας και Υφαντόπουλος, 2013). Στα οικονομικά της ευημερίας η λύση δόθηκε με την επικέντρωση στην πηγή της ευημερίας αυτή καθαυτήν, η οποία ταυτίστηκε με την ωφελιμότητα που πηγάζει από την κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών. Έτσι, η οικονομική ανάπτυξη και το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν θεωρήθηκε ως ένα επαρκές μέτρο αξιολόγησης της προόδου της κοινωνικής ευημερίας, χωρίς μάλιστα να αποτελεί ενδιαφέρον της δικαιοσύνης η κατανομή του στους πολίτες (Sen, 1999b· Pressman και Summerfield, 2000). Σε αυτό το πλαίσιο, η βελτίωση του μέσου εισοδήματος συνιστά τον τελικό σκοπό των ενεργειών της πολιτείας, καθώς τα άτομα μεγιστοποιούν την ευημερία τους, και συνεπώς την συνολική κοινωνική ευημερία, αξιοποιώντας το εισόδημα ως το μέσο για την απόκτηση των αγαθών και υπηρεσιών που τους παρέχουν ωφελιμότητα (Χαντζάρας και Υφαντόπουλος, 2013). Υπό αυτές τις υποθέσεις, η υγεία συνιστά απλώς μια ενδιάμεση κατάσταση που παράγει ωφελιμότητα με την κατανάλωση υγειονομικών πόρων, και η οποία δεν συνδέεται άμεσα με τους στόχους της πολιτείας

Σύμφωνα με τους Χαντζάρας και Υφαντόπουλος (2013), στο έργο του Αριστοτέλη η πολιτεία υπάρχει χάριν της ευδαιμονίας⁹⁶. Η ευδαιμονία αποτελεί το υπέρτατο αγαθό και τον τελικό σκοπό της ζωής⁹⁷, και η προώθησή της συνιστά την έσχατη νομιμοποιητική αρχή ύπαρξης της πολιτείας (Παπαδης, 2002). Η έννοια αυτή συμπεριλαμβάνει, μεταξύ άλλων, και την ηδονή ή την ευχαρίστηση, η οποία μπορεί να σχετιστεί με την κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών, χωρίς όμως να ταυτίζεται με αυτή. Η ευδαιμονία δεν εκφράζει απλώς μια γενική κατάσταση ευτυχίας του κάθε ατόμου χωριστά, αλλά αναφέρεται και στο σύνολο της πολιτικής κοινότητας. Ο Αριστοτέλης, μάλιστα, τονίζει ότι αφενός ο πλούτος δεν είναι το τελικό επιδιωκόμενο αγαθό, αλλά το μέσο για την επίτευξη άλλων στόχων⁹⁸, και αφετέρου πως κύριο μέλημα θα

⁹⁶ Αριστοτέλης, Πολιτικά, Α.

⁹⁷ Αριστοτέλης, Ηθικά Νικομάχεια, Α.

⁹⁸ Οπ.π.

πρέπει να αποτελεί ο ίδιος ο άνθρωπος και η αρετή του και όχι η επιδίωξη του πλούτου⁹⁹ (Χαντζάρας και Υφαντόπουλος, 2013).

Βασιζόμενος σε μια Αριστοτελική οπτική, ο Sen επιχείρησε να επαναπροσδιορίσει την έννοια της ευημερίας (Nussbaum, 2003). Επέκρινε, λοιπόν, τόσο ότι το ηθικό αγαθό θα πρέπει να είναι η μεγιστοποίηση της ατομικής ωφελιμότητας όσο και την εισοδηματική προσέγγιση της ευημερίας (Χαντζάρας και Υφαντόπουλος, 2013). Κατά τον Sen (1999b· 2009), η ωφελιμιστική σύλληψη δεν λαμβάνει υπόψη της αφενός διανεμητικά ζητήματα, και αφετέρου ότι η μεγιστοποίηση της ατομικής ωφελιμότητας δεν είναι το μοναδικό κριτήριο στη διαδικασία λήψης των αποφάσεων των ανθρώπων¹⁰⁰. Έπειτα, ακόμη και αν είναι δυνατή η ισοκατανομή του εισοδήματος, αυτή δεν εξασφαλίζει απαραίτητα και την ίδια ποιότητα ζωής ανάμεσα στα μέλη μιας κοινωνίας. Αυτό διότι τα άτομα έχουν διαφορετικές ανάγκες και προτιμήσεις, ενώ υπάρχουν διαφορές στις περιβαλλοντικές συνθήκες, το κοινωνικό περιβάλλον και τις αντιλήψεις, και παράλληλα πολλά αγαθά που συνδέονται με κάποια ευχαρίστηση (ή και δυσαρέσκεια) δεν αποτελούν αντικείμενο διαπραγμάτευσης στην αγορά (π.χ. η φιλία και η εγκληματικότητα). Γενικότερα, οι άνθρωποι ενδέχεται να έχουν είτε διαφορετικές ανάγκες είτε διαφορετικές ικανότητες μετατροπής των πόρων τους σε ευημερία για τους ίδιους (Χαντζάρας και Υφαντόπουλος, 2013).

Ο Sen (1980· 1997b) αναγνωρίζει τέσσερις διαστάσεις στη σχέση μεταξύ του ατόμου και ενός αγαθού: α) το αγαθό ως αντικείμενο, β) τα χαρακτηριστικά ως οι ιδιότητες του αγαθού, γ) η λειτουργικότητα (functioning) που προκύπτει από τη χρήση του αγαθού και δ) η ωφελιμότητα ή χρησιμότητα ως η απόλαυση ή το όφελος που πηγάζει από το αγαθό. Οι λειτουργικότητες (functionings) σχετίζονται με τη δυνατότητα (capability)¹⁰¹ των ανθρώπων για την επιτέλεση

⁹⁹ Αριστοτέλης, Πολιτικά, Α.

¹⁰⁰ Κατά τους Pressman και Summerfield (2000), η συμπεριφορά των ανθρώπων επηρεάζεται επιπλέον από παράγοντες α) που αφορούν στις ανθρώπινες σχέσεις (παράγοντες ηθικής τάξεως, υποχρέωσης, συμπάθειας κ.λπ.) και β) ψυχικής κατάστασης (Χαντζάρας και Υφαντόπουλος, 2013).

¹⁰¹ Σε γενικές γραμμές, οι έννοιες της δυνατότητας και της ευκαιρίας συγκλίνουν σε σημαντικό βαθμό (Daniels, 2008). Μια σημαντική διαφορά κατά τον Sen (2009) έγκειται στο ότι η ισότητα

μιας λειτουργίας ή ενός σκοπού, όπως είναι η ένδυση, η διατροφή, η συμμετοχή στα κοινά και η καλή υγεία. Κατά τον Sen (1999b), σημασία δεν έχουν τα διαθέσιμα μέσα –τα πρωταρχικά αγαθά κατά τη σύλληψη του Rawls ή οι εξωτερικοί πόροι στον Dworkin– αλλά το τι μπορούμε να κάνουμε με αυτά τα αγαθά ή, με άλλα λόγια, η έκταση της ελευθερίας ως προς τα βιωμένα αποτελέσματα, τις πραγματωμένες λειτουργίες ή λειτουργικές καταστάσεις. Επιπλέον, δύο άτομα μπορεί να διαθέτουν ίσα σύνολα δυνατοτήτων αλλά οι προτιμήσεις τους να διαφέρουν, με συνέπεια να επιθυμούν να επιλέξουν διαφορετικές λειτουργικότητες (Ruger, 2005· Ruger, 2010a).

Η ποιότητα ζωής των ατόμων δεν θα πρέπει να ταυτίζεται με τα στενά αμυντικού τύπου ατομικά δικαιώματα, καθότι συνδέεται με τις ευρύτερες κοινωνικές, οικονομικές και πολιτισμικές συνθήκες, οι οποίες αξιολογούνται από το κάθε άτομο ως πολύτιμες για το ίδιο (Μακρυδημήτρης, 2015). Οι ατομικές ελευθερίες διαθέτουν μια εγγενή αξία αλλά και έναν εργαλειακό ρόλο επιτρέποντας την επίτευξη άλλων ελευθεριών, όπως είναι οι κοινωνικές ευκαιρίες, ως οι διευθετήσεις που κάνει η κοινωνία για την εκπαίδευση (ευκαιρίες εισόδου) και την υγεία (ευκαιρίες για την αποτροπή της θνησιμότητας και της νοσηρότητας) (Sen, 1999b). Ο Sen (1993) αναγνωρίζει τέσσερα δυνατά πεδία κοινωνικής αξιολόγησης, που προκύπτουν από τον συνδυασμό των διπόλων α) της ατομικής ευημερίας με τους στόχους αυτενέργειας (agency goals), οι οποίοι μπορεί να διαφέρουν από τους στόχους της ατομικής ευημερίας, και β) της επίτευξης με την ελευθερία επίτευξης κάποιων αποτελεσμάτων. Από τον συνδυασμό των προηγούμενων εννοιών προκύπτουν οι εξής κατηγορίες: 1) η επίτευξη ευημερίας (λειτουργικότητα), 2) η ελευθερία ευημερίας (δυνατότητα), 3) η επίτευξη αυτενέργειας και 4) η ελευθερία αυτενέργειας. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα που παραθέτει για να καταδείξει τη διαφορά μεταξύ της επίτευξης ευημερίας και της ελευθερίας

των ευκαιριών ενδιαφέρεται μόνο για την ικανότητα επίτευξης από κάθε άτομο αυτού που θεωρεί σημαντικό για τη ζωή του και όχι για την διαδικασία επιλογής *per se*. Έτσι, ένα άτομο μπορεί πράγματι να έχει ευκαιρία να πραγματοποιήσει τους στόχους του, χωρίς όμως να έχει την ελευθερία να αλλάξει γνώμη και να επιδιώξει οτιδήποτε άλλο.

ευημερίας είναι του ατόμου που πεινάει λόγω έλλειψης φαγητού και εκείνου που, ενώ έχει στη διάθεση του φαγητό, επιλέγει να νηστεύσει. Επομένως, η ελευθερία δεν ταυτίζεται με συγκεκριμένες λειτουργικότητες, αλλά σημασία για την ευημερία των ανθρώπων έχει τελικά η ευκαιρία πραγματικής επιλογής μεταξύ εναλλακτικών καταστάσεων ύπαρξης (states of being). Κατά τον Sen (1992), εφόσον οι εκπληρωμένοι λειτουργικοί σκοποί θεωρηθούν ως η ευημερία του ανθρώπου, τότε η δυνατότητα επιλογής από το άτομο μεταξύ των εναλλακτικών δεσμών λειτουργικότητας ή λειτουργικών καταστάσεων εκείνων που εκτιμά περισσότερο συνιστά στην πραγματικότητα την άσκηση της ελευθερίας του, την πραγματική ευκαιρία να κάνει πράξη την ευημερία του (Χαντζάρας και Υφαντόπουλος, 2013).

Οι σχετικές ανισότητες στο εισόδημα μπορεί να οδηγήσουν σε απόλυτες διαφοροποιήσεις στην πραγματική δυνατότητα απόλαυσης των δικαιωμάτων (Yamin, 2009). Ωστόσο, η κατοχή ορισμένων πρωταρχικών αγαθών –ή μέσων ελευθερίας– δεν συμπίπτει απαραίτητα με τη δυνατότητα επιλογής μεταξύ εναλλακτικών δεσμών λειτουργικότητας. Για παράδειγμα, ενδέχεται ένα άτομο να διαθέτει υψηλότερο εισόδημα, αλλά να μη μπορεί να αξιοποιήσει πλήρως όλες τις δυνατότητες που αυτό του προσφέρει λόγω ενός περιορισμού στην υγεία του. Έτσι, ένα ανάπηρο άτομο δεν θα έχει τις ίδιες δυνατότητες απόλαυσης δικαιωμάτων με ένα άλλο μόνο και μόνο επειδή διαθέτουν το ίδιο εισόδημα (Sen, 2009). Αυτό διότι αντιμετωπίζει ένα έλλειμμα μετατροπής (conversion handicap), δηλαδή παρουσιάζει μια μειωμένη ικανότητα μετατροπής των πόρων του σε πραγματικές ευκαιρίες επιλογής. Επομένως, η ισότητα κατοχής αγαθών μπορεί να συνοδεύεται από μια ανισότητα πραγματικής ελευθερίας (Ruger, 2005· Ruger, 2010a). Εφόσον στόχος αποτελεί η εξίσωση των δυνατοτήτων μεταξύ των ανθρώπων, απαιτούνται πολιτικές τόσο για τη μείωση της πιθανότητας εμφάνισης ή την επανόρθωση της αναπηρίας όσο και για την αποζημίωση αυτής της επιπλέον επιβάρυνσης που συνδέεται με την αναπηρία.

Ο Sen απέφυγε τη σύνταξη μιας περιοριστικής λίστας των δυνατοτήτων (Χαντζάρας και Υφαντόπουλος, 2013). Αυτό διότι θεωρούσε πως αυτές εξαρτώνται από τις συγκεκριμένες κάθε φορά ιστορικές, γεωγραφικές και κοινωνικές συνθήκες, οπότε και ο προσδιορισμός τους θα πρέπει να γίνεται

μέσω μιας δημόσιας διαβούλευσης και όχι της έμπνευσης των πολιτικών φιλοσόφων (Sen, 2004a· Sen, 2005)¹⁰². Μπορούμε, πάντως, να θεωρήσουμε ότι κάποιες ικανότητες είναι πιο βασικές, καθότι είναι απαραίτητες για μια ελάχιστα αξιοπρεπή ζωή. Εφόσον, λοιπόν, επιτευχθεί αυτό το βασικό επίπεδο ευημερίας για όλους, διαφορές πάνω από αυτό το όριο δεν έχουν σημασία από πλευράς δικαιοσύνης (Arneson, 2013). Μεταξύ των βασικών λειτουργικότητων θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν η κινητικότητα, η επαρκής διατροφή, η καλή υγεία και η απολαβή του σεβασμού των υπολοίπων μελών της κοινωνίας (Sen, 1980). Συνεπώς, σημαντική ήταν η συμβολή του Sen στη διασύνδεση της ελευθερίας με την αξιοπρεπή διαβίωση των ανθρώπων, καθώς πολλές στερήσεις πηγάζουν από την απουσία της δυνατότητας (ή της ελευθερίας) να αποφευχθούν (Μακρυδημήτρης, 2015). Η Nussbaum (Nussbaum, 2003· Robeyns, 2005· Nussbaum, 2007· Nussbaum, 2011) έδωσε ένα περισσότερο ουσιαστικό περιεχόμενο στη θεωρία των δυνατοτήτων του Sen, υποστηρίζοντας την καθολικότητα ορισμένων προ-πολιτικών δικαιωμάτων (Χαντζάρας και Υφαντόπουλος, 2013). Σύμφωνα με τη Nussbaum, υπάρχουν δέκα βασικές ανθρώπινες δυνατότητες –μεταξύ αυτών και η υγεία– οι οποίες συνιστούν βασικές προϋποθέσεις για μια ανθρώπινη ζωή με αξιοπρέπεια και, επομένως, θα πρέπει να εξασφαλίζονται τουλάχιστον σε έναν ικανοποιητικό βαθμό (above a certain threshold) για όλους τους πολίτες από την κοινωνία¹⁰³.

¹⁰² Όπως αναφέρει χαρακτηριστικά, «[t]o insist on a 'fixed forever' list of capabilities would deny the possibility of progress in social understanding, and also go against the productive role of public discussion, social agitation, and open debates» (Sen, 2005).

¹⁰³ Κατά τη θεώρηση της Nussbaum (2011), οι δέκα βασικές δυνατότητες ενός ατόμου είναι: α) να μπορεί να ζήσει μια ζωή φυσιολογικής διάρκειας (life)· β) να μπορεί να έχει καλή υγεία (bodily health)· γ) να μπορεί να μετακινείται από μέρος σε μέρος και να είναι ασφαλής από οποιαδήποτε βίαιη επίθεση (bodily integrity)· δ) να μπορεί να χρησιμοποιεί τις αισθήσεις του, να φαντάζεται, να σκέφτεται και να χρησιμοποιεί τη λογική του (senses, imagination and thought)· ε) να μπορεί να δημιουργεί συναισθηματικούς δεσμούς με πράγματα και άλλους ανθρώπους (emotions)· στ) να μπορεί να θεωρήσει την έννοια του καλού και να ασχοληθεί με κριτική σκέψη με τον σχεδιασμό της ζωής του (practical reason)· ζ) να μπορεί να ζήσει με άλλα άτομα, να δείχνει ενδιαφέρον για άλλους ανθρώπους και να συμμετέχει σε διάφορες κοινωνικές διαδράσεις, καθώς και να μπορεί να έχει τις κοινωνικές βάσεις του αυτοσεβασμού και να αντιμετωπίζεται ως ένα αξιοπρεπές ον, του οποίου η αξία είναι ισοδύναμη με εκείνη των άλλων (affiliation)· η) να μπορεί να ζει με ενδιαφέρον για άλλα ζώα, φυτά και τη φύση γενικότερα (other species)· θ) να μπορεί να γελά, να παίζει και να διασκεδάζει με ψυχαγωγικές δραστηριότητες (play)· και ι) να μπορεί να συμμετέχει πραγματικά στις πολιτικές αποφάσεις που ορίζουν τη ζωή

Κατά τον Sen (2004c), η ισοτιμία στην υγεία είναι απαραίτητη για την κατανόηση της κοινωνικής δικαιοσύνης. Η καλή υγεία δεν αποτελεί μόνο ένα κριτήριο για την αξιολόγηση της ευημερίας των ατόμων, αλλά συνιστά, επιπλέον, μια λειτουργική κατάσταση που συμβάλλει στη δυνατότητα του ανθρώπου να ζει πιο ελεύθερα αλλά και να απολαμβάνει άλλες ελευθερίες του. Επομένως, εφόσον αποδεχτούμε την ανάγκη για την ίση κατανομή των δυνατοτήτων στην κοινωνία, τότε θα πρέπει να αναγνωρίσουμε παράλληλα και τον σημαντικό ρόλο της καλής υγείας –την οποία ορίζει ως η απαλλαγή από επανορθώσιμη ή αποφεύξιμη ασθένεια ή πρόωρη θνησιμότητα– στην ανθρώπινη ζωή. Η κοινωνική αδικία είναι περισσότερο εμφανής όταν αυτή η έλλειψη ευκαιρίας για καλή υγεία προκύπτει ως το αποτέλεσμα των κοινωνικών διευθετήσεων. Αν και θα πρέπει να διαχωρίζονται τα επιτεύγματα υγείας από τη δυνατότητα καλής υγείας, το επίπεδο υγείας αποτελεί στην πράξη έναν καλό οδηγό για τις υποκείμενες δυνατότητες, καθότι οι περισσότεροι άνθρωποι τείνουν να δίνουν προτεραιότητα στην επίτευξη καλής υγείας, εφόσον προηγουμένως τους έχει δοθεί η σχετική ευκαιρία.

Συνεχίζοντας, ο Sen (2004c) υποστηρίζει ότι για τη δικαιοσύνη δεν έχει σημασία μόνο η έκβαση υγείας ή η δυνατότητα για καλή υγεία, αλλά και οι σχετικές διαδικασίες, οι οποίες θα πρέπει να είναι εξίσου ισότιμες, όπως η ίση πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, καθώς και η ισότητα στην κατανομή των διαφόρων πόρων που συμβάλλουν στην καλή υγεία –τα πρωταρχικά αγαθά κατά την έννοια του Rawls. Ο Sen συνέδεσε την παροχή της ιατρικής περίθαλψης με την ισότητα στη διαδικασία της ελευθερίας, στην οποία διαδικασία απέδωσε ανάλογη αξία με τη δυνατότητα επιλογής μεταξύ λειτουργικών καταστάσεων (Μακρυδημήτρης, 2015). Επομένως, θα ήταν άδικο να αντισταθμιστεί το βιολογικό πλεονέκτημα των γυναικών με ένα αντίστοιχο μειονέκτημα πρόσβασης σε υγειονομική περίθαλψη, προκειμένου να εξισωθεί η κατάσταση υγείας μεταξύ των δύο φύλων. Ακόμη περισσότερο, η δικαιοσύνη στην υγεία συνδέεται με την κατανομή των πόρων, τους κοινωνικούς θεσμούς

του, καθώς και να μπορεί να διαθέτει ιδιοκτησία, να αναζητά εργασία με ίσους όρους και να εργάζεται υπό αξιοπρεπείς συνθήκες (control over one's environment).

και τις πολιτικές που επηρεάζουν την υγεία. Οι σχετικές διευθετήσεις δεν θα πρέπει να είναι τέτοιες που να επιδεινώνουν την κατάσταση υγείας ή να αποδυναμώνουν την ευκαιρία για καλή υγεία κάποιου με μόνο σκοπό τη μείωση των σχετικών ανισοτήτων. Αυτό δε συνάδει με την ισοτιμία στην υγεία κατά τον Sen και, ως εκ τούτου, η σύλληψή του αντιτίθεται στην τελεολογική προσέγγιση του εξισωτισμού, η οποία δίνει αυταξία στην ίδια την ανισότητα και συνδέεται και με το πρόβλημα της «ισοπέδωσης προς τα κάτω». Αντίθετα, θα πρέπει να προκρίνονται εκείνες οι πολιτικές που βελτιώνουν τη συνολική ευημερία, ιδίως μέσα από την ανακατανομή των πόρων προς όφελος των μη προνομιούχων. Άλλωστε, σε αντίθεση με άλλα πεδία και αγαθά (π.χ. το εισόδημα), υπάρχουν άνω όρια στο επίπεδο της υγείας που μπορεί να απολαύσει κάποιος. Ωστόσο, η ισότητα στις δυνατότητες για καλή υγεία θα πρέπει να διαχωριστεί από την ισότητα στα πρωταρχικά αγαθά, στον βαθμό που υπάρχουν και άλλοι παράγοντες, πέρα από τους κοινωνικοοικονομικούς, που επηρεάζουν την υγεία, όπως είναι οι κλιματικές συνθήκες και οι επιδημιολογικοί κίνδυνοι που συνδέονται με τη γεωγραφική θέση, η ατομική ευπάθεια σε ασθένειες και οι εκ γενετής αναπηρίες¹⁰⁴.

Κατά τους Χαντζάρας και Υφαντόπουλος (2013), εάν σκοπός της πολιτείας είναι η προώθηση της ευημερίας των πολιτών, τότε θα μπορούσαμε να υποθέσουμε ότι μέρος των καθηκόντων της αποτελεί η προάσπιση, η προαγωγή ή και η επανόρθωση της ατομικής υγείας. Θα πρέπει, πάντως, να θεωρηθεί ότι η υγεία μάλλον προηγείται των άλλων δυνατοτήτων κατά την ιεράρχηση του αντικτύπου τους στις ζωές των ανθρώπων. Ο θάνατος, που αποτελεί την επαχθέστερη μορφή περιορισμού της δυνατότητας στην υγεία, εξ ορισμού δίνει ανώφελο χαρακτήρα στη συζήτηση για το επίπεδο των υπολοίπων δυνατοτήτων. Επομένως, το δικαίωμα στη ζωή και η προστασία της υγείας γενικότερα δεν μπορεί παρά να είναι μια θεμελιώδης υποχρέωση κάθε πολιτείας. Η δυνατότητα στην υγεία, μάλιστα, μπορεί να διαμορφώσει και

¹⁰⁴ Βέβαια, το έλλειμμα σε ταλέντα μπορεί να περιορίζει τη δυνατότητα για κάποιες λειτουργικότητες με τρόπο ανάλογο με εκείνο που το κάνουν οι εκ οι γενετικές ασθένειες στη δυνατότητα για καλή υγεία.

τις προϋποθέσεις μιας θετικής αξίωσης –meta-right κατά τον Sen (1982)– των πολιτών έναντι της πολιτείας, η οποία στο πλαίσιο αυτό οφείλει να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες για τη δημιουργία των κατάλληλων συνθηκών που θα δίνουν τη δυνατότητα σε κάθε πολίτη να είναι υγιής. Βέβαια, ο Sen σημειώνει ότι η μετάβαση από ένα δικαίωμα ως ηθικός λόγος προάσπισης μιας ελευθερίας σε ένα καθήκον συγκεκριμένης δράσης αποτελεί μάλλον ένα γιγαντιαίο άλμα εκ πρώτης όψεως. Αντίθετα, το καθήκον μιας έλλογης περίσκεψης και στάθμισης των διαφόρων παραγόντων και αξιών πριν την ανάληψη δράσης αποτελεί μια πιο εύλογη απαίτηση. Σε αυτό το πλαίσιο, ο Sen κάνει αναφορά στις λεγόμενες «ατελείς δεσμεύσεις», οι οποίες συνιστούν ηθικές επιταγές και όχι *a priori* πλήρως προσδιορισμένες πράξεις συγκεκριμένου περιεχομένου¹⁰⁵. Τα οικονομικά και κοινωνικά δικαιώματα («δικαιώματα ευημερίας») αναφέρονται ακριβώς σε ατελείς υποχρεώσεις, δεδομένου ότι εξαρτώνται από τις θεσμικές δυνατότητες της κοινωνίας στην οποία αναπτύσσονται (Μακρουδημήτρης, 2015).

Σε συνέχεια των παραπάνω, θα πρέπει να σημειωθεί το αυξανόμενο, επιστημονικό και πολιτικό, διεθνές ενδιαφέρον για τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (Υφαντόπουλος κ.ά., 2001). Κατά τους Χαντζάρας και Υφαντόπουλος (2013), η έννοια της ποιότητας ζωής εκφράζει διάφορες απόψεις της ζωής του ανθρώπου και, πιο συγκεκριμένα, τις «προσωπικές προτιμήσεις, εμπειρίες, αντιλήψεις και στάσεις σχετικά με φιλοσοφικές, πολιτιστικές, πνευματικές, ψυχολογικές, οικονομικές, πολιτικές και διαπροσωπικές διαστάσεις της καθημερινής ζωής» (Υφαντόπουλος, 2007). Οι διαστάσεις αυτές σχετίζονται με τη δυνατότητα του κάθε ατόμου να επιλέγει ελεύθερα μεταξύ διαφορετικών τύπου βίου και, επομένως, μπορεί να συνδεθεί με τη θεωρία των δυνατοτήτων του Sen και των συνεχιστών του. Η έννοια της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής είναι πολύπλευρη και εστιάζει στις «θετικές και τις αρνητικές όψεις της ευεξίας και της ζωής και περιλαμβάνει τη

¹⁰⁵ Άλλωστε ο Sen υποστήριξε ότι οι ελευθερίες αποτελούν ηθικές αξιώσεις και δεν εκπορεύονται από την νομική θεμελίωσή τους. Σε πολλές περιπτώσεις απαιτούν μια ασάφεια που αντιπαραβάλλεται με την ακρίβεια των νομικών δικαιωμάτων (Μακρουδημήτρης, 2015).

σωματική, την ψυχική και την κοινωνική υγεία» (Υφαντόπουλος, 2007). Αξιολογεί ουσιαστικά την επίπτωση που έχει η υγεία ενός ανθρώπου στη δυνατότητα του να διάγει μια ικανοποιητική ζωή σύμφωνα με τους στόχους που ο ίδιος έχει ορίσει ως πολύτιμους για τον εαυτό του. Συνεπώς, το ζήτημα της υγείας, όπως αντιμετωπίζεται τις τελευταίες δεκαετίες από τα συστήματα υγείας, φαίνεται να εκφράζει σε σημαντικό βαθμό την ίδια την ευημερία του ανθρώπου, καθότι αναδεικνύεται η σπουδαιότητά της, όχι μόνο στο στενό πλαίσιο των βιολογικών δεικτών, αλλά και για την πλήρη συμμετοχή του στην κοινωνία και την εκπλήρωση των διαφόρων κοινωνικών ρόλων του (Χαντζάρας και Υφαντόπουλος, 2013). Μάλιστα, ο Cookson (2005) έχει υποστηρίξει ότι τα QALYs αποτελούν μια αποδεκτή προσέγγιση της σύλληψης των δυνατοτήτων κατά τον Sen. Αυτό διότι τα συνήθη εργαλεία πολλαπλών ιδιοτήτων εκτίμησης της γενικής κατάστασης υγείας που χρησιμοποιούνται για την κατασκευή των QALYs διερευνούν όχι μόνο ένα ευρύ σύνολο λειτουργικότητων που συνδέονται με την υγεία, αλλά και λειτουργικότητες εκτός της υγείας, αναγνωρίζοντας, ρητά ή άρρητα, τη μη διαχωρισιμότητα μεταξύ της υγείας και των άλλων συνιστωσών της ευημερίας.

Η προσέγγιση της «δυνατότητας στην υγεία» της Ruger (2005· 2010b· Ruger, 2015) ενσωματώνει τόσο ουσιαστικά όσο και διαδικαστικά κριτήρια για την κατανομή των περιορισμένων υγειονομικών πόρων της κοινωνίας. Η σύλληψη αυτή βασίζεται στην Αριστοτελική πολιτική φιλοσοφία και την έννοια της «ευδαιμονίας» (human flourishing), η οποία αποτελεί το υπέρτατο αγαθό και στόχο κάθε κοινωνίας. Καθότι η καλή κατάσταση υγείας συνιστά προϋπόθεση για άλλες πλευρές της ευδαιμονίας, θεωρείται ότι η υγεία εμφορείται από μια εγγενή αξία υψηλότερης σημασίας από άλλα κοινωνικά αγαθά, όπως είναι το εισόδημα και η υγειονομική περίθαλψη, τα οποία έχουν εργαλειακή μόνο σημασία. Η δυνατότητα (capability) αναφέρεται στην ελευθερία των ανθρώπων να επιλέξουν μια κατάσταση ύπαρξης που θεωρούν οι ίδιοι ως πολύτιμη. Αυτό διαφοροποιείται τόσο από την ισότητα των ευκαιριών που παρέχει η ίση πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη του Daniels (1985· 2001) όσο και από την ωφελιμότητα που μπορεί να παράγεται από την κατανάλωση υγειονομικών πόρων για τη μεγιστοποίηση της συνολικής κοινωνικής ευημερίας.

Κατά τη Ruger (2005· 2010b), σκοπός των δημοσίων πολιτικών θα πρέπει να είναι η υποστήριξη της δυνατότητας των ανθρώπων να επιτύχουν την παραπάνω λειτουργική κατάσταση μέσω της δημιουργίας κατάλληλων συνθηκών που είτε ευνοούν την ανθρώπινη δράση προς αυτήν την κατεύθυνση είτε ενισχύουν την ικανότητα των ανθρώπων να ανταποκρίνονται στις ανάγκες υγείας τους (health agency). Για αυτόν τον λόγο, θα πρέπει να αξιολογείται η υγεία και οι πολιτικές υγείας στο ευρύτερο κοινωνικό και πολιτικό πλαίσιο, καθώς και να γίνεται εστίαση στους κοινωνικούς προσδιοριστές και να λαμβάνονται υπόψη και τα ευρύτερα ζητήματα κοινωνικής δικαιοσύνης. Συγκεκριμένος στόχος των πολιτικών θα πρέπει να είναι να φέρουν τη λειτουργική κατάσταση κάθε πολίτη πάνω από ένα συγκεκριμένο όριο. Το όριο αυτό είναι είτε το βέλτιστο είτε το μέγιστο απόλυτο μέσο επίπεδο και όχι ένα αξιοπρεπές ελάχιστο (decent minimum) ή ένα απόλυτα ελάχιστο επίπεδο. Επιπλέον, η Ruger έκανε και μια ιεράρχηση στις δυνατότητες υγείας, προκρίνοντας εκείνες που αναφέρονται στην αποφυγή του πρόωρου θανάτου και τη ματαίωση της αποφεύξιμης νοσηρότητας. Η διάκριση μεταξύ των κεντρικών και των μη κεντρικών δυνατοτήτων υγείας είναι σημαντική υπό συνθήκες περιορισμένων πόρων, καθώς οι πρώτες θα πρέπει να λαμβάνουν προτεραιότητα δράσης από πλευράς της πολιτείας. Ως εκ τούτου, θα πρέπει να επιτυγχάνεται ένα ορισμένο επίπεδο λειτουργίας ως προς τις βασικές δυνατότητες υγείας πριν από την αντιμετώπιση των μη κεντρικών δυνατοτήτων.

Ως κατάλληλο μέτρο για την αξιολόγηση της αποστέρησης στη δυνατότητα υγείας η Ruger προτείνει το «έλλειμμα ισότητας» (shortfall equality), ως την έκταση, σε απόλυτους ή σχετικούς όρους, στην οποία κάποια άτομα ή κοινωνικές ομάδες υπολείπονται του μέσου όρου ή ορισμένου επιπέδου υγείας (άριστη λειτουργία). Με άλλα λόγια, η διαφορά μεταξύ των πραγματικών επιτευγμάτων με το βέλτιστο μέσο επίπεδο. Αυτό που ενδιαφέρει, λοιπόν, κατά τη σχετική μέτρηση είναι τα ελλείμματα από το βέλτιστο μέσο επίπεδο υγείας και όχι οι διαφορές μεταξύ των απόλυτων επιτευγμάτων, όπου δεν λαμβάνεται υπόψη το μέγιστο δυναμικό υγείας. Συνεπώς, η σύλληψη αυτή συνδυάζει τις αρχές τόσο της επίτευξης ενός επαρκούς επιπέδου (sufficientarianism) όσο και της προτεραιότητας (prioritarianism). Από την άλλη πλευρά, όσο μεγαλύτερη είναι η απόσταση ενός ατόμου ή μιας ομάδας από την

καλή λειτουργία υγείας, με τόσο μεγαλύτερη ηθική αξία και προτεραιότητα ενδύεται η προσπάθεια μείωσής της. Σε κάθε περίπτωση, οι αξιώσεις αναδιανομής στους πόρους δεν θα πρέπει να είναι τέτοιες που να αναγκάζουν κάποιο άτομο στην κοινωνία να θυσιάσει το βασικό επίπεδο των κεντρικών δυνατοτήτων υγείας του (Ruger, 2005· Ruger, 2010a· Ruger, 2015).

Επιπλέον, το «έλλειμμα ισότητας» επιτρέπει ιδίως την αξιολόγηση των δυνατοτήτων υγείας σε άτομα με αναπηρία, καθότι λαμβάνεται υπόψη το μέγιστο δυνητικό επίπεδο λειτουργίας στην υγεία, χωρίς να ισοπεδώνονται προς τα κάτω (levelling down) οι στόχοι των επιτευγμάτων για τη συγκεκριμένη ομάδα (Ruger, 2005· Ruger, 2010a· Ruger, 2015). Αυτή η προσέγγιση διαφέρει από την αρχή της διαφοράς του Rawls, κατά την οποία οι ανισότητες θα πρέπει να διευθετούνται κατά τρόπο που να αποδίδεται το μέγιστο όφελος στους λιγότερο ευνοημένους –με άλλα λόγια, δεν βάζει όρια στη δικαιοσύνη. Ως στόχος πολιτικής, η «ισότητα στα ελλείματα» (shortfall equality) συνεπάγεται προσπάθεια για την επίτευξη της ισότητας στην απόσταση μεταξύ των πραγματικών αποτελεσμάτων υγείας και του βέλτιστου μέσου των εκβάσεων. Αντίθετα, η ισότητα στα επιτεύγματα, αν δεν διατρέχει τον κίνδυνο της «ισοπέδωσης προς τα κάτω», απαιτεί ίσα απόλυτα επίπεδα στην κατάσταση υγείας, το οποίο δεν συνιστά έναν πραγματοποιήσιμο στόχο σε μια κοινωνία ατόμων με διαφορετικό δυναμικό στην υγεία. Επομένως, οι ανισότητες στις δυνατότητες υγείας μπορούν να θεωρηθούν ως άδικες (ανισότιμες) στην περίπτωση κατά την οποία είναι αποφεύξιμες ή επανορθώσιμες. Βέβαια, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και κατά πόσο οι ανισότητες αυτές είναι το αποτέλεσμα ατομικής επιλογής κατά την άσκηση της ελευθερίας των ατόμων. Ωστόσο, αφενός είναι δύσκολο να γίνει διάκριση μεταξύ εθελοντικής και μη εθελοντικής ανάληψης κινδύνων της υγείας λόγω των κοινωνικών επιδράσεων και περιορισμών, και αφετέρου αυτό που θεωρείται προς το παρόν μη αποφεύξιμο, ενδεχομένως στο μέλλον να λογίζεται ως τέτοιο λόγω της ανάπτυξης αντίστοιχων ιατρικών τεχνολογιών.

Η προσέγγιση αυτή προάγει έναν συνδυασμό επιστημονικών και διαβουλευτικών διαδικασιών μεταξύ των ιατρών και ειδικών υγείας αλλά και των άμεσα ενδιαφερόμενων ατόμων για τη λήψη των αποφάσεων που σχετίζονται με παρεμβάσεις υγείας και την κατανομή των υγειονομικών πόρων (Ruger,

2005· Ruger, 2010a· Ruger, 2015). Με αυτόν τον τρόπο, τα άτομα αποτελούν ενεργούς δρώντες στον προσδιορισμό των κοινωνικών επιλογών και συμμετέχουν στη λήψη των αποφάσεων που αφορούν στους ίδιους αλλά και την κοινωνία στο σύνολό της. Οι διαδικασίες αυτές καταλήγουν σε αιτιολογημένες συναινέσεις¹⁰⁶ μέσα από ένα μοντέλο «από κοινού διακυβέρνησης στην υγεία» (shared health governance), όπως το ονομάζει η Ruger. Το υπόδειγμα αυτό συνδυάζει τόσο συνεπειοκρατικά όσο και διαδικαστικά στοιχεία δικαιοσύνης, καθώς η δημοκρατικότητα της από κοινού λήψης των αποφάσεων συνοδεύεται από τη συμπερίληψη των κλινικών και οικονομικών επιπτώσεων των πολιτικών ως κριτήρια για τις αποφάσεις. Συνεπώς, από τη μια μεριά προάγεται η κοινή ευθύνη μεταξύ των ατόμων, των θεσμών και των παρόχων υπηρεσιών υγείας. Το άτομο αφενός έχει τη δυνατότητα να συμμετάσχει στις αποφάσεις που αφορούν στην υγειονομική περίθαλψή του –με τη σχετική ελευθερία να ενισχύεται από την πλήρη ενημέρωσή του για όλους τους πιθανούς παράγοντες και εκβάσεις– και αφετέρου έχει πρόσβαση σε υψηλού –και όχι απλώς αξιοπρεπούς ελάχιστου (decent minimum)– επιπέδου υπηρεσιών υγείας¹⁰⁷. Από την άλλη πλευρά, όμως, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και το κόστος ευκαιρίας και η λελογισμένη χρήση των περιορισμών πόρων που είναι διαθέσιμοι μέσα από την εφαρμογή μεθόδων αξιολόγησης της αποδοτικότητας και ελαχιστοποίησης του κόστους. Ωστόσο, τέτοιου είδους οικονομικοί παράμετροι θα πρέπει να έπονται και να συμπληρώνουν τις κλινικές ανάγκες και το ενδιαφέρον για τη δίκαιη κατανομή των πόρων. Θα πρέπει, επομένως, να δίνεται προτεραιότητα στην ιατρική ανάγκη και την ιατρική καταλληλότητα αντί για την ικανότητα πληρωμής, και ως εκ τούτου τίθενται και θέματα ισοτιμίας στη χρηματοδότηση του συστήματος.

¹⁰⁶ Η Ruger (2005· 2010a) χρησιμοποιεί την έννοια των «ατελών θεωρητικών επιχειρημάτων» (incomplete theorized arguments) για να περιγράψει την κατάσταση κατά την οποία, ενώ δεν υπάρχει συμφωνία σε όλα τα θεωρητικά επίπεδα (διαστάσεις υγείας, πολιτικές και ρυθμίσεις) και σε συγκεκριμένες δράσεις, η συμφωνία σε ένα ή δύο από αυτά επιτρέπει την λήψη της απόφασης.

¹⁰⁷ Κατά τη Ruger (2005· 2010), η καθολική ασφάλιση υγείας θα πρέπει να συνοδεύεται και από μια αντίστοιχη μέριμνα για την ισότητα στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας.

Η προσέγγιση για τις δυνατότητες έχει επικριθεί για το ότι δεν φαίνεται να συμπεριλαμβάνει επαρκώς τη σημασία της προσωπικής ευθύνης. Για παράδειγμα, ενώ προκύπτει υποχρέωση της κοινωνίας να παράσχει τους απαραίτητους πόρους για την ικανοποίηση των βασικών δυνατοτήτων, ενδέχεται ένα άτομο να τους σπαταλάει επιπόλαια, με συνέπεια ο φαύλος κύκλος να συνεχίζεται (Arneson, 2013). Στο ίδιο πνεύμα, επικρίνεται και η επικέντρωση στην εξίσωση της ελευθερίας και όχι των πόρων, καθώς μια τέτοια εξίσωση δεν θα αξιοποιηθεί στην πράξη. Άλλωστε, αυτό που πραγματικά ενδιαφέρει τους ανθρώπους είναι να ζήσουν μια καλή ζωή και όχι το εύρος των επιλογών τους (Arneson, 2013).

2.3.3.5. Περαιτέρω διανεμητικά ζητήματα του εξισωτισμού: Ισότητα μεταξύ ποιων και πότε;

Πέρα από το ζήτημα του τι πρέπει να διανεμηθεί (equality of what) βάσει της εξισωτικής αρχής (π.χ. πόροι, ευημερία, ευκαιρίες ή δυνατότητες), ένα άλλο πρόβλημα που αναδύεται συχνά είναι το ανάμεσα σε ποιους εφαρμόζεται η αρχή της ισότητας (equality between whom). Μια πρώτη ενδιαφέρουσα διάσταση αναφέρεται στον προσδιορισμό του υποκειμένου της δικαιοσύνης και, ειδικότερα, στο αν η ισότητα εφαρμόζεται στις σχέσεις μεταξύ ατόμων ή ανάμεσα σε κοινωνικές ομάδες. Τα μεθοδολογικά ζητήματα αυτού του ζητήματος θα αναλυθούν στο εμπειρικό μέρος της διατριβής. Σε σχέση με την κανονιστική άποψη, πάντως, η αρχή της διαφοράς του Rawls, για παράδειγμα, εφαρμόζεται ανάμεσα στις ομάδες και τα αντιπροσωπευτικά μέλη αυτών. Με άλλα λόγια, το ενδιαφέρον εντοπίζεται στην εξίσωση των μέσων όρων μεταξύ των ομάδων. Ωστόσο, μια τέτοια οπτική ενέχει κάποιες επιπλοκές, καθότι δεν λαμβάνει υπόψη της τις ανισότητες που υπάρχουν μεταξύ των ατόμων της ίδιας ομάδας (Holtug και Lippert-Rasmussen, 2007). Για παράδειγμα, έστω ότι υπάρχει ανισότητα υγείας (οφειλόμενη σε κοινωνικοοικονομικούς λόγους) που ευνοεί την Α φυλετική ομάδα έναντι της Β. Μια πολιτική άμβλυνσης της μέσης διαφοράς υγείας μεταξύ των φυλετικών ομάδων μπορεί να μη λαμβάνει υπόψη της ότι κάποια μέλη της ομάδας Β –στο πλαίσιο της επίδρασης κάποιου κοινωνικού μηχανισμού, όπως είναι το προνομιούχο οικογενειακό περιβάλλον– μπορεί να έχουν επίπεδο υγείας αντίστοιχο με εκείνο των ατόμων που

βρίσκονται σε υψηλή κοινωνικοοικονομική θέση εντός της ομάδας A, ενώ άλλα άτομα της ομάδας B να διαθέτουν επίπεδο υγείας πολύ χειρότερο από εκείνο των κοινωνικά μειονεκτούντων ατόμων της ομάδας A. Έτσι, μια στρατηγική που εστιάζει στις μέσες διαφορές μεταξύ των ομάδων μπορεί να δημιουργήσει περισσότερες ευκαιρίες υγείας σε άτομα της ομάδας B που ήδη βρίσκονται σε μια σχετικά καλή κατάσταση και μπορούν να εκμεταλλευτούν καλύτερα τα κίνητρα ή τις δυνατότητες που προσφέρει αυτό το πρόγραμμα, αφήνοντας τα περισσότερο μειονεκτούντα άτομα της ίδιας ομάδας είτε στην ίδια είτε σε μια ελάχιστα βελτιωμένη κατάσταση. Με αυτόν τον τρόπο, μπορεί να μειωθούν οι φυλετικές ανισότητες εκφραζόμενες ως οι μέσες αποκλίσεις μεταξύ των ομάδων, αλλά οι ανισότητες εντός της περισσότερο μειονεκτούσας ομάδας να μεγαλώσουν ακόμη περισσότερο.

Ένα άλλο ζήτημα που ανακύπτει στο πλαίσιο της διανεμητικής δικαιοσύνης σχετίζεται με το αν η αρχή της ισότητας δημιουργεί απαιτήσεις μόνο εντός των πολιτικά εντοπισμένων κοινωνιών ή και μεταξύ αυτών. Εάν η ισότητα έχει εργαλειακό χαρακτήρα και προωθεί άλλες αρχές, όπως, για παράδειγμα, την αλληλεγγύη, τότε υπάρχει ένα επιχείρημα υπέρ της εφαρμογής αυτής της αρχής μόνο μεταξύ των ατόμων που αλληλοεπιδρούν ανάμεσά τους με ουσιαστικούς τρόπους. Εάν, όμως η ισότητα εκλαμβάνεται ως μη εργαλειακή, και η εφαρμογή της έχει κάποια αυταξία, τότε είναι δύσκολο να δικαιολογηθεί ο περιορισμός του πεδίου της ισότητας από πολιτικά ή κρατικά όρια (Arneson, 2013). Κατά τον Rawls, οι άνθρωποι στην αρχική θέση, ενώ θα συμφωνούσαν ως προς τις βασικές ελευθερίες, θα διαφωνούσαν ως προς τις αρχές τις διεθνούς δικαιοσύνης. Για αυτόν τον λόγο, φαίνεται να υποστηρίζει την «τοπική» (local) έναντι της παγκόσμιας (global) εξισωτικής αρχής (Holtug και Lippert-Rasmussen, 2007). Η βασική ιδέα υπέρ της «τοπικής» εφαρμογής της ισότητας σχετίζεται με την εγκαθίδρυση ενός συστήματος επιβολής που σχετίζεται με το κράτος. Στο πλαίσιο αυτό, οι αρχές της ισότητας παύουν να είναι δεσμευτικές εκτός της πολιτικής ενότητας, διότι είτε δεν μπορεί να επιβληθεί η συμμόρφωση των άλλων ως προς τις απαιτήσεις της δικαιοσύνης είτε αυτές αποτελούν ένα είδος ειδικής αποζημίωσης για τον περιορισμό της αυτονομίας των πολιτών από την κρατική επιβολή. Σύμφωνα με μια άλλη σκέψη, σκοπός του κράτους δεν είναι η επιβολή, αλλά η παροχή συλλογικών

αγαθών και η δημιουργία υποχρεώσεων αμοιβαιότητας μεταξύ των συνεργαζόμενων μερών, οι οποίες τελικά παίρνουν τη μορφή των απαιτήσεων της εξισωτικής δικαιοσύνης (Arneson, 2013). Οι περισσότερες θεωρίες, πάντως, εξετάζουν τις διανεμητικές αρχές μεταξύ των μελών της ίδιας κοινωνίας (Gosepath, 2011).

Από την άλλη πλευρά, όπως παρατηρούν οι Holtug και Lippert-Rasmussen (2007), κανένας δεν μπορεί να επιλέξει τον τόπο που θα γεννηθεί, το οποίο αποτελεί μάλλον ζήτημα «ωμής τύχης». Επομένως, αν θέλουμε να εξαλείψουμε τις άδικες ανισότητες που μπορεί να οφείλονται σε τυχαίους λόγους, θα πρέπει να υποστηρίξουμε και την εξάλειψη των ανισοτήτων μεταξύ των κρατών. Επιπλέον, η καθολικότητα των αρχών του ίσου σεβασμού και της ισότητας συνεπάγεται ότι όλοι οι άνθρωποι έχουν *prima facie* ίσες αξιώσεις από την κατανομή των αγαθών (Pogge, 2002). Εφόσον, λοιπόν, υπάρχει η δυνατότητα μιας εναλλακτικής κατάστασης όπου δεν δημιουργούνται ελλείμματα στο δικαίωμα της υγείας ενός πληθυσμού, τότε υφίσταται και μια διεθνής υποχρέωση από πλευράς δικαιοσύνης για την υιοθέτηση αυτής της στρατηγικής (π.χ. με την αποτροπή του brain-drain του υγειονομικού προσωπικού προς πιο εύπορες χώρες) (Daniels, 2011a). Η «κοσμοπολίτικη» προσέγγιση της δικαιοσύνης στην υγεία μπορεί να στηριχθεί και στις υποχρεώσεις που προκύπτουν στο πλαίσιο των διεθνών σχέσεων, όπως είναι εκείνες που απορρέουν από τους διεθνείς θεσμούς (π.χ. Π.Ο.Υ.), τα σχήματα συνεργασίας και τις σχέσεις αλληλεξάρτησης μεταξύ των κρατών (Cohen και Sabel, 2006· Daniels, 2011a). Ωστόσο, οι περισσότεροι παραδέχονται ότι οι απαιτήσεις μιας «παγκόσμιας δικαιοσύνης» (global justice) είναι πολύ ευρείες για να μπορούν να υλοποιηθούν στην πράξη (Gosepath, 2011)

Οι σχέσεις μεταξύ των γενεών επίσης αποτελούν αντικείμενο διαφωνίας μεταξύ των διαφόρων θεωρήσεων της δικαιοσύνης. Η υπερκατανάλωση των πόρων ή η μόλυνση του περιβάλλοντος από την παρούσα γενεά μπορεί να επηρεάσει την υγεία των μελλοντικών. Επιπλέον, η δημογραφική γήρανση αφενός δημιουργεί επιπρόσθετες υγειονομικές προκλήσεις, καθώς αλλάζει το προφίλ των αναγκών στον πληθυσμό (π.χ. με αυξημένα προβλήματα υγείας, που συνδέονται με χρόνιες ασθένειες και την μακροπρόθεσμη φροντίδα), και αφετέρου οξύνει τον διαγενεακό ανταγωνισμό ως προς την εκμετάλλευση των

περιορισμένων πόρων (Daniels, 2011a). Σε αυτό το πλαίσιο, λοιπόν, τίθεται το ζήτημα της εφαρμογής των αξιώσεων της αρχής της ισότητας και μεταξύ των γενεών. Σε αντιστοιχία με το προηγούμενο επιχείρημα για την ισότητα μεταξύ των κρατών, και σε αυτήν την περίπτωση θα μπορούσε να γίνει επίκληση του ότι το κάθε άτομο δεν μπορεί να ελέγξει το πότε θα γεννηθεί. Εφόσον, λοιπόν, πρόκειται για μια ηθικά αυθαίρετη κατάσταση, για την οποία δεν φέρει ευθύνη ή έλεγχο το κάθε άτομο, τότε δεν μπορεί παρά οι επόμενες γενεές να μη δικαιούνται να βρίσκονται σε χειρότερη κατάσταση από την τωρινή, εξισώνοντας τις απαιτήσεις μεταξύ τους (Holtug και Lippert-Rasmussen, 2007)¹⁰⁸.

Ο Daniels (2008) υποστηρίζει ότι η όποια απάντηση στο πρόβλημα της διανομής των περιορισμένων πόρων μεταξύ των γενεών (birth cohorts problem) θα πρέπει να είναι συμβατή με την αντίστοιχη που θα γινόταν αποδεκτή για τις σχέσεις μεταξύ των διαφορετικών ηλικιακών ομάδων (age groups problem). Προτείνει, λοιπόν ως λύση για την κατανομή των πόρων μεταξύ των νεότερων και των ηλικιωμένων ατόμων τη «συνετή σύλληψη όλου του βίου» (prudential lifespan account). Σύμφωνα με αυτήν την προσέγγιση, κατόπιν της ισοκατανομής των πόρων που θα είναι διαθέσιμοι για όλη τη διάρκεια ζωής τους μεταξύ των ανθρώπων, ένας «συνετός σχεδιαστής της πολιτικής» (prudent planner) περαιτέρω διαμοιράζει τα μερίδια των πόρων στις διάφορες χρονικές περιόδους της ζωής. Η κατανομή αυτή γίνεται αμερόληπτα στα διάφορα χρονικά στάδια, καθότι αυτός ο «συνετός σχεδιαστής» δεν έχει πληροφόρηση για την ηλικία του, ενώ αποδέχεται το αποτέλεσμα της κατανομής για κάθε στάδιο και της δικής του ζωής. Η διαφορετική αντιμετώπιση των ηλικιακών ομάδων δεν συνεπάγεται κάποιου είδους ανισότητα, στον βαθμό που κάθε άτομο υφίσταται όλες αυτές τις διαφορετικές μεταχειρίσεις κατά τη διάρκεια και της δικής του ζωής. Ουσιαστικά, λοιπόν, δεν υφίσταται

¹⁰⁸ Ο Hirose (2015) έχει υποστηρίξει ότι η αρχή της προτεραιότητας, λόγω της αυστηρής κοιλότητας της συνάρτησης, μπορεί να εφαρμοστεί μόνο σε περιπτώσεις με σταθερό αριθμό ατόμων, ενώ και ο εξισωτισμός μπορεί να προσφέρει μια εύλογη λύση στην αξιολόγηση διαφορετικού μεγέθους πληθυσμών μόνο υπό προϋποθέσεις.

ανταγωνισμός μεταξύ των ηλικιακών ομάδων, αλλά κάθε ομάδα αντιπροσωπεύει ένα στάδιο στη ζωή του ανθρώπου, και η συγκεκριμένη κατανομή εκφράζει τον ειδικό τρόπο κατανομής των υγειονομικών δαπανών εντός της ζωής του. Ειδικά για το πρόβλημα του καταμερισμού μεταξύ των γενεών, ο Daniels προκρίνει τον στόχο της προσεγγιστικής εξίσωσης της αναλογίας των παροχών προς τις εισφορές κάθε γενεάς, το οποίο συνεπάγεται αφενός την ευθύνη της κάθε γενεάς για την κατάστασή της, και αφετέρου τη συνεργασία μεταξύ των γενεών για την αντιμετώπιση της αβεβαιότητας που σχετίζεται με τις δημογραφικές και τεχνολογικές μεταβολές και την οικονομική ανάπτυξη.

Ενδιαφέρουσα είναι, επιπλέον, και η συζήτηση για το αν η αρχή της ισότητας επεκτείνεται και σε μη ανθρώπινα όντα. Εφόσον θεωρήσουμε ότι αυτή η αρχή εφαρμόζεται μόνο μεταξύ των ανθρώπων, τότε αναγκαστικά αποδίδουμε σε αυτούς μια ιδιαίτερη ηθική αξία, η οποία θα πρέπει με κάποιον τρόπο να δικαιολογηθεί (Arneson, 2013). Ο Vallentyne (2007) υποστηρίζει την ισότητα μεταξύ των ειδών, αποδεχόμενος όμως ότι η ηθική θέση διαθέτει μια κλιμάκωση, με τα περισσότερα μη ανθρώπινα ζώα να έχουν χαμηλότερη ηθική θέση από τους ανθρώπους και, επομένως, λιγότερο ισχυρές αξιώσεις ισότητας.

Πέρα από το ποιο είναι το αντικείμενο και ποιο το υποκείμενο της δικαιοσύνης, μια άλλη πηγή προβληματισμού σχετίζεται με το αν η αρχή της ισότητας θα πρέπει να εξετάζεται χωριστά σε κάθε στάδιο της ζωής του ανθρώπου, ή θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η κατάσταση (π.χ. υγείας) στο σύνολο της διάρκειάς της (Arneson, 2013· Hirose, 2015). Στην πρώτη περίπτωση, εξετάζεται αν υπάρχουν ανισότητες σε κάθε σημείο του χρόνου χωριστά (time-slice egalitarianism) ή σε σχέση με αντίστοιχες περιόδους της ζωής (time-stage egalitarianism). Η αξιολόγηση μεταξύ δύο εναλλακτικών κατανομών γίνεται σε δύο βήματα. Αρχικά αξιολογείται η ηθική αξία (moral goodness) της κάθε κατανομής για κάθε περίοδο (ή σημείο του χρόνου) ξεχωριστά, και κατόπιν αθροίζονται οι ηθικές αξίες όλων των σχετικών περιόδων για να προκύψει η συνολική ηθική αξία της, η οποία και θα συγκριθεί με εκείνη της εναλλακτικής κατανομής (Hirose, 2015). Στη δεύτερη περίπτωση (whole lives ή lifetime egalitarianism), αυτό που μας ενδιαφέρει είναι είτε ο μέσος όρος είτε το άθροισμα των αγαθών που αποτελούν το αντικείμενο της

δικαιοσύνης (Holtug και Lippert-Rasmussen, 2007). Έτσι, οι διαφορές στην κατάσταση υγείας υπέρ ενός ατόμου έναντι ενός άλλου σε νεαρή ηλικία μπορούν υποθετικά να αντισταθμιστούν από την αντίστροφη φορά τους σε μεγαλύτερη ηλικία, και αυτό να μην εγείρει τελικά ηθικά ζητήματα δικαιοσύνης¹⁰⁹. Ακόμη περισσότερο, κατά την οπτική που αποδέχεται τη συνολική ζωή ενός ατόμου ως τη χρονική μονάδα πάνω στην οποία βασίζεται η διανεμητική απόφαση, μπορεί να γίνει αποδεκτή η θυσία ευημερίας από ένα άτομο σε μια περίοδο της ζωής του, προκειμένου να έχει μελλοντικά μεγαλύτερο όφελος ευημερίας (Hirose, 2015). Υπάρχουν, βέβαια, και υβριδικές εκδοχές, οι οποίες συνδυάζουν και τις δυο προσεγγίσεις του χρόνου, αθροίζοντας τη συνολική ηθική αξία που προκύπτει σύμφωνα με κάθε μία από αυτές για κάθε κατάσταση των πραγμάτων (Hirose, 2015).

Θα πρέπει, βεβαίως, να επισημανθεί ότι, ενώ τα παραπάνω ζητήματα προκύπτουν κυρίως στο πλαίσιο των θεωριών που ανήκουν στην εξισωτική προσέγγιση, δεν βλέπουμε κάποιον λόγο αυτοί οι προβληματισμοί να μην έχουν, λιγότερο ή περισσότερο, εφαρμογή και στις υπόλοιπες αρχές της διανεμητικής δικαιοσύνης. Για παράδειγμα, καθότι η αρχή της προτεραιότητας, που θα αναλυθεί αμέσως μετά, δεν είναι συγκριτική (όπως η αρχή της ισότητας) και ενδιαφέρεται για τη βελτίωση της κατάστασης εκείνων που βρίσκονται στη χειρότερη θέση, αυτή εφαρμόζεται σε κάθε σημείο του χρόνου, χωρίς ο χρόνος να λαμβάνει κάποια ηθική σημασία ο ίδιος (McKerlie, 2007).

2.3.4. Εναλλακτικές του εξισωτισμού διανεμητικές αρχές

Στην υποενότητα αυτή θα εξεταστούν εναλλακτικές του εξισωτισμού διανεμητικές αρχές στην υγεία. Πιο συγκεκριμένα, θα αναλυθούν οι αρχές της προτεραιότητας (prioritarianism), της επίτευξης ενός επαρκούς επίπεδο (sufficientarianism) και της επάξιας ανταμοιβής ή αξιοσύνης (desert). Όπως

¹⁰⁹ Να σημειωθεί εδώ ότι η αρχή της μεγιστοποίησης των QALYs δεν εμπίπτει σε καμία από τις δύο εκδοχές της χρονικής περιόδου αναφοράς για τη λήψη της διανεμητικής απόφασης. Αυτό που λαμβάνεται υπόψη είναι τα οφέλη υγείας από το σημείο της θεραπείας και έπειτα (Hirose, 2015).

παρατηρεί, βέβαια, η Ram-Tiktin (2016), όλες οι συλλήψεις της δικαιοσύνης αποδέχονται την τυπική αρχή της ισότητας, η οποία εκφράζεται με την απαίτηση να αντιμετωπίζονται όλοι με έναν αμερόληπτο τρόπο. Οι διαφωνίες μεταξύ των διαφορετικών διανεμητικών αρχών προκύπτουν αναφορικά με την ουσιαστική διάσταση της ισότητας.

2.3.4.1. Δικαιοσύνη ως προτεραιότητα (prioritarianism)

Ο Parfit (1997) επέκρινε τις εξισωτικές θεωρίες κατά το ότι αποδίδουν εγγενή αξία στην ισότητα αυτή καθαυτήν και δεν ενδιαφέρονται τόσο για την ίδια την ανάγκη που προκύπτει από τη δεινή κατάσταση, για παράδειγμα την πείνα ή το κακό επίπεδο υγείας. Όμως, δεν μπορεί παρά να αποδεχτούμε ότι η αρχή της ισότητας έχει χρησιμότητα μόνο όταν ωφελεί αυτούς που βρίσκονται στην πιο μειονεκτική θέση. Στο πλαίσιο αυτό, εισήγαγε την αρχή της προτεραιότητας (priority view)¹¹⁰, σύμφωνα με την οποία «[b]enefiting people matters more the worse off these people are». Πρόκειται για μια αντίληψη «σταθμισμένης αγαθοεργίας» (weighted beneficence) κατά το ότι τα οφέλη που λαμβάνουν κάποια άτομα από μια (ανα)κατανομή διαθέτουν μεγαλύτερο βάρος σε αντιστοιχία με το πόσο χειρότερη είναι η κατάσταση στην οποία βρίσκονται. Όπως ο εξισωτισμός αποδίδει μια εγγενή αξία στην ισότητα, με τον ίδιο τρόπο και η αρχή της προτεραιότητας αξιολογεί το όφελος σε ένα χαμηλότερο επίπεδο της κατανομής ως αυστηρώς καλύτερο από ένα ίδιου μεγέθους όφελος σε ένα υψηλότερο σημείο της κατανομής (Holtug, 2007).

Πιο συγκεκριμένα, η αρχή της προτεραιότητας βασίζεται στις παρακάτω δύο βασικές ιδέες (Lippert-Rasmussen, 2016): α) όταν ένα άτομο ωφελείται, η κατανομή γίνεται καλύτερη *ceteris paribus* και β) μια μονάδα επιπρόσθετης

¹¹⁰ Η έννοια του «prioritarianism» θα πρέπει να διαχωριστεί από εκείνη της προτεραιότητας «priority view». Η προτεραιότητα αποτελεί πάντοτε στοιχείο της ομάδας των θεωριών της δικαιοσύνης που περιγράφει η έννοια του «prioritarianism», η οποία όμως, είναι μια ευρύτερη σύλληψη που περιλαμβάνει και άλλα στοιχεία. Καθότι η μετάφραση στην ελληνική γλώσσα του όρου «prioritarianism» δεν είναι ευχερής, όταν αναφερόμαστε στην αρχή της προτεραιότητας εννοούμε την ευρύτερη έννοια της προσέγγισης της δικαιοσύνης στην οποία αναφέρεται ο όρος «prioritarianism».

ευημερίας έχει μεγαλύτερη ηθική αξία αν αυτός που ωφελείται βρίσκεται χαμηλότερα αντί για υψηλότερα της κατανομής της (φθίνουσα οριακή αξία). Η ηθική αξία της ευημερίας, λοιπόν, μειώνεται καθώς αυξάνεται σε απόλυτο επίπεδο η ευημερία (w) (**Γράφημα 2-11**). Η μετατροπή της ατομικής ευημερίας σε ηθική αξία γίνεται μέσω μιας γνησίως αύξουσας και κοίλης συνάρτησης $g(w)$ ¹¹¹, έτσι ώστε για κάθε αύξηση στην ατομική ευημερία $\Delta w > 0$ ισχύει:

$$g(w + \Delta w) - g(w) < g(w' + \Delta w) - g(w'), \text{ για } w > w' \quad (2.6)$$

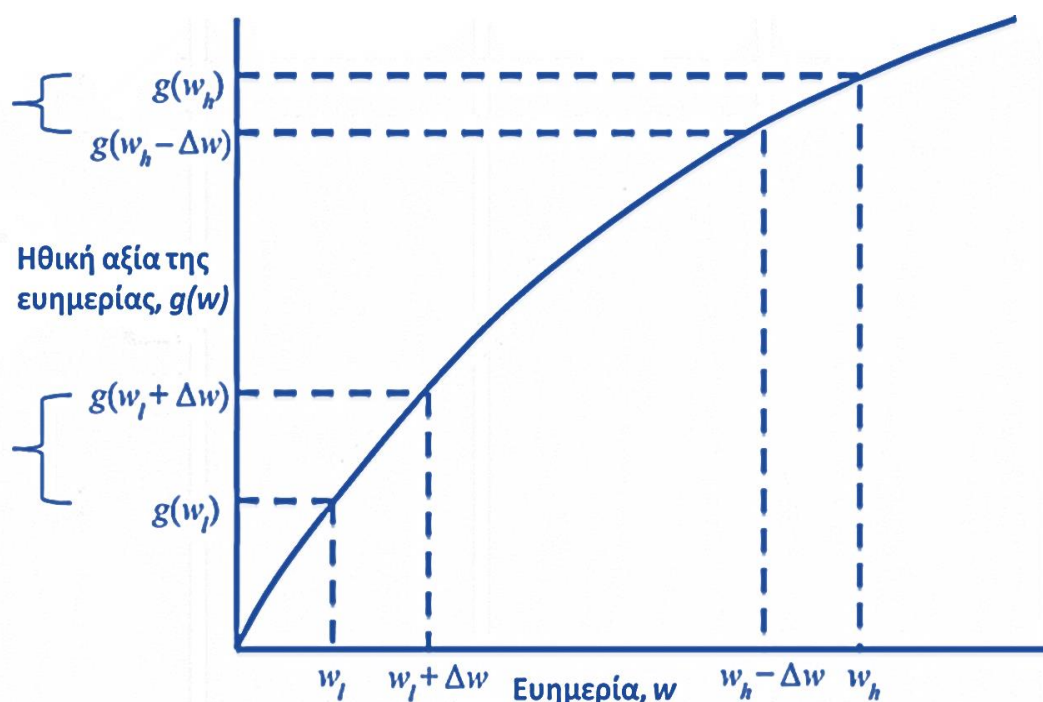
Επομένως, αφενός έχει πάντοτε αξία να βελτιώνεται η ευημερία κάποιου, και αφετέρου υπάρχει προτίμηση στη βελτίωση της κατάστασης εκείνων που βρίσκονται σε χειρότερη θέση. Η κατάταξη των εκβάσεων μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω μιας προσθετικά διαχωρίσιμης (additively separable) συνάρτησης της μορφής:

$$G = \sum_i^n g(w_i) = g(w_1) + g(w_2) + \dots + g(w_n) \quad (2.7)$$

Όπου w_i είναι η ευημερία για το i -οστό άτομο ενός πληθυσμού n ατόμων. Συνολικά, μια έκβαση είναι γνησίως καλύτερη όταν είναι μεγαλύτερο το άθροισμα των σταθμισμένων οφελών των ατόμων, όπου τα οφέλη σταθμίζονται έτσι ώστε να έχουν μεγαλύτερη αξία όσο χειρότερη είναι η κατάσταση του ατόμου που τα λαμβάνει (Holtug, 2007). Με άλλα λόγια, μια έκβαση $A = (w_1, w_2, \dots, w_n)$ είναι καλύτερη από μια άλλη $B = (w'_1, w'_2, \dots, w'_n)$ μόνο εάν $(g(w_1) + g(w_2) + \dots + g(w_n)) > (g(w'_1) + g(w'_2) + \dots + g(w'_n))$, ή $\sum_i^n g(w_i) > \sum_i^n g(w'_i)$ (Broome, 2015· Hirose, 2015· Adler, 2017).

¹¹¹ Ένα παράδειγμα τέτοιας συνάρτησης αποτελεί εκείνη της τετραγωνικής ρίζας της ατομικής ευημερίας (Hirose, 2015).

Γράφημα 2-11 Η συνάρτηση της ηθικής αξίας της ευημερίας κατά την αρχή της προτεραιότητας



Πηγή: Adler (2017)

Γενικότερα, οι περισσότερες εκδοχές της αρχής της προτεραιότητας αποτελούν υβρίδια συνδυάζοντας την προτεραιότητα με τη χρησιμότητα (Fourie, 2016). Έτσι, θεωρείται ότι η αρχή της προτεραιότητας συνδυάζει τις αξίες τόσο της μεγιστοποίησης όσο και της παραχώρησης προτεραιότητας σε εκείνους που βρίσκονται στη χειρότερη κατάσταση, κάνοντας μια στάθμιση μεταξύ της αποτελεσματικότητας και της ισότητας (weighted prioritarianism) (Arneson, 2013). Στο ένα άκρο αυτής της θεώρησης δεν δίνεται καθόλου βάρος στην προτεραιότητα, αλλά στη μεγιστοποίηση της ευημερίας –ή, καλύτερα της ηθικής αξίας που συνδέεται με αυτή– οπότε και το δόγμα αυτό δεν διαφέρει σημαντικά από τον ωφελιμισμό. Στο άλλο άκρο δεν δίνεται καθόλου βάρος στη μεγιστοποίηση της ευημερίας, οπότε και η αρχή της προτεραιότητας δεν διαφέρει σημαντικά από την αρχή της διαφοράς του Rawls. Η σταθμισμένη οπτική της αρχής της προτεραιότητας συνεπάγεται την αξίωση για τη μεγιστοποίηση της συνολικής ποσότητας του ηθικού αγαθού, όπου το αγαθό αυτό αποτελεί τη σταθμισμένη συνάρτηση της ευημερίας του κάθε ατόμου (Christiano, 2007). Η κοίλη συνάρτηση ευημερίας είναι ίδια για όλα τα άτομα,

με την ηθική αξία του οφέλους για κάθε δεδομένο επίπεδο ευημερίας να είναι ίση μεταξύ των ατόμων του ίδιου επιπέδου, εκφράζοντας κατά αυτόν τον τρόπο την ισότητα του ηθικού στάτους τους (Holtug, 2007).

Από τα προηγούμενα προκύπτει ότι η μέτρηση της ευημερίας είναι διακριτή από την αξία της ευημερίας, η οποία εξαρτάται από το άτομο στο οποίο αντιστοιχεί, με συνέπεια η ποσότητα της μεταβολής σε ευημερία να διαφέρει από την αξία αυτής της μεταβολής. Το άθροισμα της αξίας της ευημερίας όλων των ατόμων μιας κατανομής αποτελεί τη βάση της αξιολόγησης για τη διανεμητική απόφαση και την κατάταξη των κατανομών (Broome, 2015). Έστω, για παράδειγμα, ότι αντικείμενο της δικαιοσύνης αποτελεί συγκεκριμένα η υγεία, η οποία μετρείται από το 0 (χειρότερη δυνατή υγεία) έως το 100 (καλύτερη δυνατή υγεία). Έχουμε, λοιπόν, δύο κατανομές για δύο άτομα, όπου $A = (40, 60)$ και $B = (45, 55)$. Μεταβαίνοντας από την κατανομή A σε εκείνη της B, το συνολικό άθροισμα της υγείας παραμένει ίδιο, καθώς η απώλεια 5 μονάδων υγείας του δεύτερου ατόμου αντισταθμίζεται από ένα ίσου μεγέθους όφελος για το πρώτο άτομο. Καθότι, όμως, η μεταβολή αυτή έγινε προς όφελος του ατόμου που βρισκόταν σε χειρότερη κατάσταση, η αξία του οφέλους της υγείας για το πρώτο άτομο είναι μεγαλύτερη από την αξία της απώλειας του δεύτερου, το οποίο ήταν αρχικά σε καλύτερη απόλυτη κατάσταση. Επομένως, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η συνολική αξία της B κατανομής είναι γνησίως μεγαλύτερη από εκείνης της A, παρόλο που η συνολική ποσότητα ευημερίας παρέμεινε αμετάβλητη.

Από μια πλευρά, η αρχή της προτεραιότητας μπορεί να θεωρηθεί ως οιονεί ωφελιμιστική (quasi-utilitarianism), καθότι ικανοποιεί τα περισσότερα χαρακτηριστικά του ωφελιμισμού. Ειδικότερα, η προσέγγιση αυτή πληροί και τις προϋποθέσεις της συνθήκης κατά Pareto, εφόσον, κρατώντας τους υπόλοιπους όρους σταθερούς, η αύξηση της ατομικής ευημερίας οδηγεί σε καλύτερες εκβάσεις. Σε σχέση με τον ωφελιμισμό, όμως, η αρχή της προτεραιότητας απαιτεί γνώση όχι μόνο των απωλειών ή οφελών για κάθε άτομο, αλλά και του επιπέδου ευημερίας τους κατά την αξιολόγηση διαφορετικών κατανομών και, επομένως, προϋποθέτει τη δυνατότητα μιας ποσοτικής διαπροσωπικής σύγκρισης της ευημερίας μεταξύ των ατόμων. Παράλληλα, περιλαμβάνει και τη συνθήκη της φθίνουσας οριακής ηθικής αξίας

της ευημερίας με την αύξηση του επιπέδου της, το οποίο δεν θα πρέπει να συγχέεται με την ωφελιμιστική οπτική της φθίνουσας οριακής χρησιμότητας, καθότι αυτό που έχει σημασία είναι το πόσο χειρότερη είναι η κατάσταση κάποιου και όχι η δυνατότητα μετατροπής των αγαθών σε χρησιμότητα (Arneson, 2013· Hirose, 2015). Η αρχή της προτεραιότητας φαίνεται να ικανοποιεί και την αρχή των μεταβιβάσεων Ρίγου-Dalton (**Γράφημα 2-11**), εφόσον, η μεταφορά ποσότητας ευημερίας (Δw) από ένα άτομο που βρίσκεται σε καλύτερη θέση σε ένα άλλο με χειρότερη θέση, με σταθερό το συνολικό άθροισμα της ευημερίας, δίνει μεγαλύτερη ηθική αξία στο άθροισμα, αρκεί να παραμείνουν αμετάβλητες οι σχετικές μεταξύ τους θέσεις (Holtug, 2007)¹¹². Η συνθήκη Ρίγου-Dalton έχει εξισωτικές συνέπειες, εφόσον, με σταθερό το άθροισμα της συνολικής ευημερίας, η συνολική ηθική αξία μιας κατάστασης πραγμάτων μεγιστοποιείται όταν η ευημερία των ανθρώπων είναι ισοκατανεμημένη (Hirose, 2015). Καθώς, λοιπόν, η αρχή της προτεραιότητας έχει ενσωματωμένη μια τάση προς την ισότητα, μπορεί να θεωρηθεί ως ανήκουσα στην ομάδα των θεωριών του εξισωτισμού υπό ευρεία έννοια, και πιο συγκεκριμένα του «μη συσχετιστικού εξισωτισμού (non-relational egalitarianism (Parfitt, 2000).

Η αρχή της προτεραιότητας θα μπορούσε, λοιπόν, να θεωρηθεί ως μια έκφραση του εξισωτισμού, στον βαθμό που η ιδανική κατανομή τείνει προς την ίση κατανομή, αν και η ισότητα έχει εργαλειακή και όχι εγγενή αξία (Holtug, 2007· Hurley, 2007). Ωστόσο, η οπτική της προτεραιότητας φαίνεται να συνδέεται άμεσα με τα συμφέροντα των ατόμων, σε αντίθεση με την αρχή της ισότητας, ιδίως στο πλαίσιο του τελεολογικού εξισωτισμού (Kelleher, 2016). Κατά τον Norman (1999), η οπτική της προτεραιότητας συνιστά «expression of the moral standpoint of benevolent and sympathetic concern». Αποτελεί,

¹¹² Ειδικότερα, κατά τη συνθήκη Ρίγου-Dalton, μια μεταφορά οφέλους από ένα άτομο που βρίσκεται σε καλύτερη θέση σε ένα άλλο που βρίσκεται σε χειρότερη καθιστά την έκβαση γνησίως καλύτερη εφόσον: α) δεν υπάρχει απώλεια ευημερίας από αυτήν τη μεταφορά, β) η ευημερία των άλλων ατόμων παραμένει σταθερή και γ) οι σχετικές θέσεις αυτών των δύο ατόμων δεν αλλάζουν. Η συνθήκη αυτή χαρακτηρίζει όλες τις εξισωτικές θεωρίες (Hirose, 2015).

συνεπώς, μια ηθική θέση που θα πρέπει να διαχωρίζεται από την αρχή της ισότητας. Η αρχή της ισότητας ενδιαφέρεται αν κάποιος βρίσκεται σε καλύτερη και κάποιος άλλος σε χειρότερη κατάσταση. Επομένως, στη βάση της βρίσκεται ένα στοιχείο σύγκρισης μεταξύ των ατόμων ή μια σχετικότητα (relativity), όπου η αξιολόγηση της ηθικής αξίας του οφέλους για ένα άτομο καθορίζεται από το πόσο καλύτερη είναι η θέση των άλλων (Holtug και Lippert-Rasmussen, 2007). Από την άλλη πλευρά, ενώ η αρχή της προτεραιότητας εκφράζει ένα ηθικό ενδιαφέρον προς εκείνους που βρίσκονται σε χειρότερη θέση, δεν αναγνωρίζει απαραίτητα και την κατάστασή τους ως άδικη από αυτόν και μόνο τον λόγο, καθότι σταθμίζεται παράλληλα το απόλυτο επίπεδό τους και η αρχή της μεγιστοποίησης της συνολικής ποσότητας του αντικειμένου της δικαιοσύνης. Για την αρχή της προτεραιότητας αυτό που έχει σημασία για να αξιολογηθεί μια κατάσταση ως άδικη δεν είναι ότι κάποιος άνθρωπος βρίσκεται σε χειρότερη θέση από κάποιους άλλους, όπως στον εξισωτισμό, αλλά το ότι βρίσκονται σε χειρότερη κατάσταση από ό,τι θα μπορούσαν να είναι (Parfit, 1997), αποφεύγοντας με αυτόν τον τρόπο το πρόβλημα της «ισοπέδωσης προς τα κάτω» (Hirose, 2015). Έτσι, η αξία του οφέλους δεν εξαρτάται από το επίπεδο των υπολοίπων, αλλά από το επίπεδο του ατόμου που το λαμβάνει και την ακριβή συνάρτηση στάθμισης (Holtug, 2007· Hirose, 2015)¹¹³. Πάντως, μπορούμε παρόλα αυτά να ισχυριστούμε ότι συμπεριλαμβάνει και ένα συγκριτικό στοιχείο στον βαθμό που η δυνατότητα βελτίωσης σε απόλυτους όρους για αυτούς που βρίσκονται σε χειρότερη θέση βασίζεται στο ότι κάποιος βρίσκεται σε καλύτερη θέση από αυτούς στην ίδια κοινωνία¹¹⁴. Οι αξιώσεις της δικαιοσύνης, δηλαδή, δεν εξαντλούνται με την επίτευξη ενός επαρκούς απόλυτου επιπέδου (Powers και Faden, 2006).

¹¹³ Χαρακτηριστικά, σε έναν υποθετικό κόσμο με ένα άτομο, ο τελεολογικός εξισωτισμός δεν μπορεί να αξιολογήσει την ευημερία του αναφορικά με το αν βρίσκεται σε καλή ή κακή θέση, καθότι δεν υπάρχουν άλλα άτομα με τα οποία μπορεί να κάνει σύγκριση. Αντίθετα, η αρχή της προτεραιότητας μπορεί να το κάνει αυτό, καθότι η αξιολόγησή της στηρίζεται στην κατάσταση του ατόμου σε απόλυτους όρους (Hirose, 2015).

¹¹⁴ Όπως παρατηρεί η Hurley (2007), υπάρχει μια μετάβαση από διαπροσωπικές σε υποθετικές (counterfactual) συγκρίσεις.

Το γεγονός πως η αρχή της προτεραιότητας είναι μια αθροιστική αρχή συνεπάγεται ότι –και πάντοτε εξαρτώμενο από τη σχετική στάθμιση– η μεγιστοποίηση του αθροίσματος της ηθικής αξίας μπορεί να επιτρέψει την προτίμηση μιας κατανομής με μεγαλύτερη ανισότητα, αλλά με υψηλότερο παρόλα αυτά συνολικό άθροισμα (της ηθικής αξίας) της ευημερίας (ή του όποιου άλλου αντικειμένου της δικαιοσύνης), το οποίο είναι και το τελικό κριτήριο αξιολόγησης. Αυτό συνδέεται και με το επιχείρημα του Rawls ότι κάποιες ανισότητες μπορεί να είναι επωφελείς σε απόλυτους όρους για το σύνολο της κοινωνίας, στον βαθμό που τα οφέλη του υψηλότερου κοινωνικού προϊόντος διαχέονται σε όλα τα μέλη της (trickle-down effect). Πάντως, είναι πιθανό η βελτίωση στην υγεία που προκύπτει από τη διάχυση των οικονομικών οφελών μιας μεγαλύτερης ανισότητας σε ολόκληρη την κοινωνία να μπορεί να αντισταθμιστεί από τις αρνητικές συνέπειες που έχει αυτή η οικονομική ανισότητα στην υγεία, όπως πολύ εύστοχα παρατηρεί η Hurley (2007).

Ένα ενδιαφέρον ζήτημα που προκύπτει από την προηγούμενη συζήτηση είναι ο προσδιορισμός εκείνων των ατόμων που βρίσκονται στη χειρότερη θέση στην κοινωνία (worse-off). Κατά τον Rawls (1999), οι περισσότερο μειονεκτούντες είναι εκείνοι που ευνοούνται λιγότερο από τα τρία είδη τυχαιοτήτων (contingencies). Πιο συγκεκριμένα, πρόκειται για άτομα για τα οποία α) η οικογενειακή και η ταξική καταγωγή είναι περισσότερο μειονεκτούσα, β) η πλήρη αξιοποίηση των φυσικών προικοδοτήσεών τους δεν τους επιτρέπει να διάγουν το ίδιο καλή ζωή και γ) η τύχη κατά τη διάρκεια της ζωής τους είναι λιγότερο καλή σε σχέση με τους άλλους. Ο Rawls παραδέχεται βεβαίως ότι υπάρχει κάποια αυθαιρεσία στην εξακρίβωση της λιγότερο ευνοημένης ομάδας. Σε πρακτικούς όρους, πάντως, ως λύσεις προτείνει αφενός την επιλογή μιας χαμηλής κοινωνικής θέσης (π.χ. του ανειδίκευτου εργάτη), της οποίας το μέσο εισόδημα και ο πλούτος μπορεί να αποτελέσουν βάση προσδιορισμού των περισσότερο μειονεκτουςών ομάδων, και αφετέρου τον προσδιορισμό ενός ορίου του σχετικού εισοδήματος (π.χ. το 50% της διαμέσου).

Για τον συγκεκριμένο σκοπό της διανομής των υγειονομικών πόρων, ο Brock (2002) διέκρινε μεταξύ δύο προσεγγίσεων των ατόμων που βρίσκονται στη χειρότερη θέση, δηλαδή είτε ως εκείνους που έχουν χειρότερη γενικότερη ευημερία είτε ως εκείνους που έχουν χειρότερο επίπεδο υγείας. Κατά την

πρώτη οπτική, ένα έλλειμμα σε μια διάσταση της ευημερίας μπορεί να αντισταθμιστεί με ένα πλεονέκτημα σε μια άλλη πλευρά της. Ωστόσο, η υγεία διαφέρει από τα υπόλοιπα αγαθά ως προς τη δυνατότητα υποκατάστασης που έχει με άλλες διαστάσεις της ευημερίας, καθότι είναι απαραίτητη για την επίτευξη σχεδόν όλων των στόχων των ανθρώπων. Σε κάθε περίπτωση, θα ήταν ιδιαίτερα δύσκολο, δαπανηρό αλλά και παρεμβατικό να εναποτεθεί στους επαγγελματίες υγείας η στάθμιση μεταξύ των επιπέδων των διαφορετικών πλευρών της ευημερίας. Κατά τη δεύτερη οπτική, ο προσδιορισμός της χειρότερης κατάστασης εξαρτάται κάθε φορά από το πεδίο στο οποίο αξιολογείται (*separate spheres position*). Αφού, λοιπόν, στο επίκεντρο τίθενται οι υγειονομικοί πόροι, περισσότερο μειονεκτούντες θα πρέπει να θεωρούνται εκείνοι με τη χειρότερη κατάσταση υγείας. Ωστόσο, κατόπιν προκύπτει το επιπρόσθετο ζήτημα του προσδιορισμού αυτών που έχουν χειρότερη κατάσταση υγείας. Κριτήρια θα μπορούσαν να αποτελέσουν η κακή κατάσταση υγείας στο παρόν, η σοβαρότητα της ασθένειας, το χρονικό διάστημα με κακή υγεία και το επείγον της ιατρικής ανάγκης στο παρόν (λόγω του πόσο σύντομα αναμένεται να επέλθει ένα πρόβλημα στο μέλλον), καθώς και του μεγέθους του (Brock, 2002).

Το ζήτημα του πόση προτεραιότητα θα πρέπει να δοθεί στους μη προνομιούχους δεν είναι εύκολο να απαντηθεί. Η θεωρία δικαιοσύνης του Rawls (1971), και συγκεκριμένα η αρχή της διαφοράς, συχνά ερμηνεύεται ως μια προσέγγιση που δίνει προτεραιότητα στη βελτίωση της κατάστασης των περισσότερο μειονεκτουσών κοινωνικών ομάδων (Peter και Evans, 2001). Ωστόσο, η προτεραιότητα που αποδίδει ο κανόνας *maximin* στους μη προνομιούχους είναι απόλυτη, και δεν λαμβάνεται υπόψη η συνολική αποτελεσματικότητα (Brock, 2002· Lippert-Rasmussen, 2016). Η *leximin* εκδοχή του κανόνα *maximin* που εισήγαγε ο Sen (1980) αξιολογεί τις κατανομές με κριτήριο το επίπεδο της χρησιμότητας του ατόμου που βρίσκεται στη χειρότερη θέση στην κατάταξη των ατόμων που ταξινομούνται βάσει της χρησιμότητας που διαθέτουν. Αν τα άτομα δύο κατανομών που βρίσκονται στη χειρότερη θέση έχουν το ίδιο επίπεδο χρησιμότητας, τότε συγκρίνεται η χρησιμότητα στα άτομα που βρίσκονται στη δεύτερη χειρότερη θέση κ.ο.κ. Ωστόσο, η σύγκριση έχει ιεραρχικό χαρακτήρα, οπότε και ο *leximin* κανόνας

(όπως και ο *maximin*) είναι αδιάφορος αναφορικά με την ένταση των αξιώσεων που μπορεί να έχει ένα άτομο βάσει των αναγκών που προκύπτουν από το πόσο χειρότερη είναι η θέση του και το μέγεθος του πιθανού οφέλους ή απώλειας. Ο Hirose (2015) έδειξε ότι ο κανόνας *maximin* δεν ικανοποιεί τόσο την ισχυρή διαχωριστικότητα όσο και τη γνήσια κοιλότητα της συνάρτησης, ενώ ο κανόνας *leximin* δεν πληροί την προϋπόθεση της γνήσιας κοιλότητας. Επίσης, τόσο η *maximin* όσο και η *leximin* αρχή δεν ενδιαφέρονται για το πόσα άτομα παραγκωνίζονται για να δοθεί προτεραιότητα στα συμφέροντα εκείνου που βρίσκεται στην χειρότερη θέση (Fourie, 2016). Με άλλα λόγια, δεν λαμβάνουν υπόψη τις όποιες απώλειες συνολικής ευημερίας εκείνων που βρίσκονται σε καλύτερη θέση, αρκεί να βελτιωθεί η κατάσταση εκείνου που θεωρείται ότι βρίσκεται στη χειρότερη θέση κάθε φορά (ή, κατά τη *leximin* εκδοχή, στη δεύτερη χειρότερη κ.ο.κ.).

Η αρχή της μείωσης των παραπόνων για τα άτομα που έχουν τα μεγαλύτερα παράπονα μπορεί να οδηγήσει στο «*bottomless-pit problem*», καθότι δεν τίθεται κάποιο όριο ως προς το τι μπορεί να γίνει και τι πόρους μπορούν να μεταβιβαστούν προς αυτούς για την εξασφάλιση έστω και πολύ μικρών οφελών (Brock, 2002). Οι Culyer και Wagstaff (1993), χαρακτήρισαν μάλιστα την κατανομή βάσει της ανάγκης ως μια αντι-εξισωτική αρχή. Αυτό διότι δεν μπορεί να οδηγήσει πάντοτε στην εξίσωση της κατάστασης υγείας, εκτός από την περίπτωση όπου η ανάγκη οριστεί με τρόπο που να διασφαλίζει αυτόν τον σκοπό. Άλλες προσεγγίσεις είναι το σχετικό αναλογικό όφελος, η μέτρηση των προτιμήσεων του πληθυσμού, καθώς και οι δημοκρατικές διαδικασίες.

Οι πολιτικές των θετικών διακρίσεων με επιλεκτικές παροχές στους πλέον αδυνάμους ενδεχομένως αποτελούν μέσα επίτευξης της δικαιοσύνης κατά την αρχή της προτεραιότητας. Παρεμβάσεις με καθολικές παροχές είναι αδύνατο να επιφέρουν την ισότητα αποτελέσματος, καθότι ο βαθμός στον οποίο μπορεί να επωφεληθεί κάποιος εξαρτάται από την ατομική αφετηρία του. Για παράδειγμα, η καθολική πρόσβαση στη δημόσια εκπαίδευση δεν μπορεί να αμβλύνει τις διαφορετικές προικοδοτήσεις των ανθρώπων σε φυσικά ταλέντα και προσόντα (Βενιέρης, 2015). Το ίδιο, βεβαίως, μπορεί να υποστηριχθεί και για την καθολική πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, της οποίας τα

εξισωτικά αποτελέσματα περιορίζονται από τις διαφορετικές ανάγκες των ατόμων που σχετίζονται με τις γενετικές προικοδοτήσεις τους.

Οι Peter και Evans (2001) αναγνωρίζουν στην αρχή της προτεραιότητας στην υγεία έναν χαρακτήρα σταθμισμένου ωφελιμισμού. Αυτό διότι εκείνο που ενδιαφέρει άμεσα δεν είναι οι ανισότητες στις εκβάσεις υγείας, αλλά τα ίδια τα οφέλη υγείας. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, όμως, αυτά τα οφέλη θα πρέπει να δίδονται σε εκείνους που έχουν μεγαλύτερες ανάγκες υγείας και όχι να διαμοιράζονται κατά τρόπο που να μεγιστοποιεί το συνολικό απόθεμα υγείας. Κατά αυτόν τον τρόπο, η έμφαση δεν δίνεται απαραίτητα στην υγεία των φτωχότερων, αλλά σε εκείνους με τη φτωχότερη υγεία. Βέβαια, όπως δείχνουν οι εμπειρικές έρευνες, η κατάσταση υγείας των μειονεκτουσών κοινωνικών ομάδων τείνει να είναι και συνήθως χειρότερη από των περισσότερο προνομιούχων. Ωστόσο, το μονοπάτι της αξιολόγησης είναι διαφορετικό, αν και μπορεί να οδηγήσει σε πολιτικές με παρόμοιους στόχους, δηλαδή τη βελτίωση της μέσης υγείας των κατώτερων κοινωνικοοικονομικών ομάδων του πληθυσμού. Σε κάθε περίπτωση, αυτή η αρχή φαίνεται να έχει περισσότερη συνάφεια με τη λειτουργία του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης από ό,τι άλλες ευρύτερες θεωρίες (Peter και Evans, 2001).

Ο Brock (2002) εξέτασε με ποιον τρόπο αυτοί που βρίσκονται σε χειρότερη θέση μπορούν να προβάλλουν ειδικές ηθικές αξιώσεις κατά την κατανομή των υγειονομικών πόρων. Η πρώτη παρατήρησή του ήταν ότι η εφαρμογή της αρχής της ισότητας στις εκβάσεις υγείας δεν μπορεί να υποστηρίξει πάντοτε την απόδοση προτεραιότητας στους περισσότερο μειονεκτούντες. Αυτό λόγω αφενός της συγκριτικής διάστασης του εξισωτισμού, ότι δηλαδή η ακριβοδικία μιας κατανομής εξαρτάται από τη σχετική θέση των ατόμων μεταξύ τους και όχι την απόλυτη κατάστασή τους, και αφετέρου του πιθανού προβλήματος της «ισοπέδωσης προς τα κάτω». Αντίστοιχα, κατά τη δεοντολογική σύλληψη του εξισωτισμού, η χειρότερη κατάσταση κάποιων ανθρώπων μπορεί να μην οφείλεται σε κάποια άδικη μεταχείριση ή δράση, όπως στην περίπτωση των γενετικών ασθενειών, και για αυτόν τον λόγο να μην απαιτείται να δοθεί κάποια προτεραιότητα στη βελτίωση της υγείας τους. Αντίθετα, πιο υποσχόμενη φαίνεται να είναι η προσέγγιση της ισότητας των ευκαιριών στην υγεία, όπως του Daniels, που επιζητεί να διαθέτουν όλοι οι

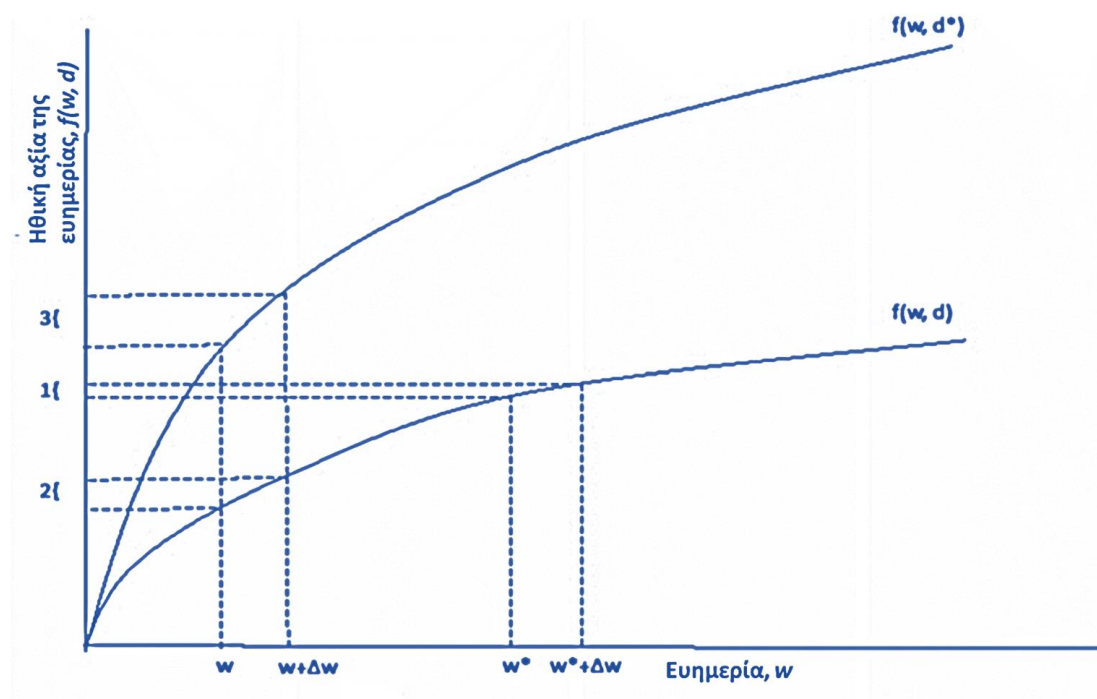
άνθρωποι ένα εύρος φυσιολογικών ευκαιριών στην κοινωνία τους. Προτεραιότητα, λοιπόν, στους υγειονομικούς πόρους δίδεται μέχρι να ανέλθουν τα άτομα σε αυτό το επίπεδο λειτουργίας. Ωστόσο, η οπτική αυτή θα πρέπει να συμπληρώνεται από ένα επιχείρημα για την απόδοση υψηλότερης ηθικής σημασίας ανάλογα με το πόσο χαμηλό είναι το επίπεδο των ευκαιριών. Στη συνέχεια, ο Brock (2002) αιτιολογεί την προτίμηση προς την αρχή της προτεραιότητας με βάση τρία επιχειρήματα. Το πρώτο σχετίζεται με το ότι όσο χειρότερη είναι η θέση στην οποία βρίσκεται το άτομο τόσο μεγαλύτερο θα είναι το μέγεθος της σχετικής βελτίωσης της υγείας του. Έπειτα, η ηθική αξία των αξιώσεων για τη βελτίωση της υγείας μπορεί να είναι μεγαλύτερη σε αντιστοιχία όχι μόνο του πόσο χαμηλό είναι το επίπεδο της υγείας, αλλά και του βαθμού στον οποίο το άτομο δεν είχε ευθύνη για την κατάστασή του. Η θέση αυτή φαίνεται να προσιδιάζει σε κάποιες συμβολαιοκρατικές συλλήψεις, όπως του Scanlon (1998) και του Nagel (1991), οι οποίες προκρίνουν τον κανόνα της μείωσης των μεγαλύτερων ηθικών παραπόνων, που καταρχήν συνδέονται με τους λιγότερο προνομιούχους. Τέλος, η αρχή της προτεραιότητας δικαιολογείται στη βάση των αναγκών υγείας, καθώς οι πιο επείγουσες από αυτές λαμβάνουν προτεραιότητα έναντι των υπολοίπων. Παρόλο που η αρχή της προτεραιότητας είναι μια αθροιστική αρχή, η απόδοση προτεραιότητας στα μεγαλύτερα παράπονα ή στις πιο επείγουσες ανάγκες θέτει όρια στη μεγιστοποιητική αρχή.

Ο Arneson, στο πλαίσιο του ηθικού πλουραλισμού, ανασκεύασε την αρχική θεωρία του για την ισότητα στην ευκαιρία για ευημερία σε μια προσαρμοσμένη προς την ατομική ευθύνη αρχή της προτεραιότητας (*responsibility-catering prioritarianism*) (Arneson, 2000· Arneson, 2009). Σύμφωνα με αυτήν την προσέγγιση, σκοπός της δικαιοσύνης είναι η μεγιστοποίηση της συνάρτησης της ευημερίας, η οποία δίνει προτεραιότητα στη βελτίωση της ευημερίας εκείνων που βρίσκονται σε χειρότερη κατάσταση και που δεν ευθύνονται ουσιαστικά για αυτήν βάσει της προηγούμενης συμπεριφοράς τους. Πρόκειται για μια εκδοχή σταθμισμένης ευημερίας, όπου η ηθική αξία των βελτιώσεων σε όρους ευημερίας σταθμίζεται διπλά. Από τη μια, εξετάζεται η θέση του καθενός με κριτήριο την ευημερία του και δίνεται υψηλότερη βαρύτητα σε εκείνους που βρίσκονται σε χειρότερη κατάσταση σε

αναλογία με το πόσο χαμηλά βρίσκονται στην κατανομή. Από την άλλη, η επιθυμητότητα των διαφόρων εκβάσεων εκφράζει τον βαθμό ευθύνης των ατόμων για την κατάστασή τους. Σε αυτό το πλαίσιο, η ηθική αρνητική αξία (moral disvalue) που προκύπτει από την πρόκληση ενός δεδομένου μεγέθους απώλειας στην ευημερία ενός ατόμου είναι μικρότερη όσο χαμηλότερος είναι ο βαθμός της ευθύνης του για την καλή κατάσταση του, ενώ η ηθική αξία (moral value) που συνδέεται με μια δεδομένου μεγέθους βελτίωση της ευημερίας ενός ατόμου είναι μεγαλύτερη όσο χαμηλότερος είναι ο βαθμός ευθύνης του για την κακή κατάστασή του.

Αν w_i και d_i είναι, αντίστοιχα, το επίπεδο ευημερίας και αξιοσύνης για το i -οστό άτομο, τότε κάθε έκβαση για n άτομα θα είναι αποτέλεσμα του διανύσματος $((w_1, d_1), (w_2, d_2), \dots, (w_n, d_n))$. Σε αυτό το πλαίσιο, υπάρχει μια συνάρτηση δύο θέσεων $f(\cdot)$ με μεταβλητές το ατομικό επίπεδο της ευημερίας και της αξιοσύνης, η οποία εκφράζει την ηθική αξία του συνδυασμού τους. Το **Γράφημα 2-12** παρουσιάζει τη συνάρτηση $f(\cdot)$ για δύο διαφορετικά επίπεδα αξιοσύνης, όπου ισχύει $d^* > d$. Με σταθερό το επίπεδο της αξιοσύνης, η συνάρτηση $f(\cdot)$ αυξάνει με την αύξηση του επιπέδου ευημερίας, έχοντας ένα γνησίως κοίλο τόξο. Έπειτα, σε ένα δεδομένο επίπεδο της ευημερίας, η κλίση της συνάρτησης $f(\cdot)$ αυξάνει με την αύξηση του επιπέδου της αξιοσύνης. Η κατάταξη των εκβάσεων γίνεται βάσει του αθροίσματος των τιμών της συνάρτησης f , δηλαδή το $\sum_i^n f(w_i, d_i)$. Το άθροισμα αυτό αποτελεί γενίκευση του $\sum_i^n g(w_i)$, κατά το οποίο το επίπεδο της αξιοσύνης είναι σταθερό για κάθε άτομο και ίσο μεταξύ των ατόμων του πληθυσμού (Adler, 2017).

Γράφημα 2-12 Η συνάρτηση της ηθικής αξίας της ευημερίας κατά την αρχή της προτεραιότητας προσαρμοσμένη ως προς δύο διαφορετικά επίπεδα αξιοσύνης



Πηγή: Adler (2017)

Η κριτική που έχει υποστεί η προσέγγιση της αρχής της προτεραιότητας μπορεί να εντοπιστεί σε σχέση με τρία βασικά σημεία (Hirose, 2015). Αρχικά έχει υποστηριχθεί ότι, εφόσον η σύλληψη αυτή έχει ενσωματωμένη μια τάση προς την ισότητα, αναγκαστικά είναι ευάλωτη στο πρόβλημα της «ισοπέδωσης προς τα κάτω». Έπειτα, η αξιολόγηση των καταστάσεων των πραγμάτων επηρεάζεται από την επιλογή του τρόπου μέτρησης της ευημερίας, καθότι απαιτεί την εφαρμογή μιας ποσοτικής (cardinal) μέτρησης. Ωστόσο, μεταβάλλοντας την αριθμητική αντιπροσώπευση των επιπέδων, αλλάζει και η διανεμητική απόφασή μας. Ένα τελευταίο σημείο επίκρισης σχετίζεται με την υπόθεση της αρχής της προτεραιότητας ότι υπάρχει κάποια απόλυτη ηθική κλίμακα της αξίας της ευημερίας των ατόμων. Ωστόσο, εφόσον εξετάσουμε την ακραία περίπτωση μιας κοινωνίας ενός ατόμου, φαίνεται να είναι παράλογο να θεωρήσουμε ότι η ηθική αξία της ευημερίας μειώνεται καθώς η ευημερία του βελτιώνεται σε απόλυτους όρους.

2.3.4.2. Δικαιοσύνη ως η επίτευξη ενός επαρκούς επιπέδου (sufficientarianism)

Όπως παρατηρεί ο Frankfurt (1987), το βασικό λάθος του εξισωτισμού είναι ότι αξιολογεί ως ηθικά σημαντικό το αν κάποιο άτομο βρίσκεται σε χειρότερη κατάσταση από ένα άλλο ανεξαρτήτως του απόλυτου επιπέδου της κατάστασής του. Άλλωστε, όπως επισημαίνει, οι περισσότεροι άνθρωποι παραμένουμε μάλλον ασυγκίνητοι για τις διαφορές μεταξύ των ατόμων που βρίσκονται σε τουλάχιστον πολύ καλή κατάσταση και δίνουμε έμφαση σε εκείνες που εντοπίζονται στις χαμηλότερες βαθμίδες των κατανομών. Εφόσον, λοιπόν, έχουμε την εντύπωση ότι η ανισότητα στην πρώτη περίπτωση είναι μικρότερης σημασίας σε σχέση με τη δεύτερη, αυτό σημαίνει ότι η ανισότητα δεν είναι από μόνη της μια ηθικά απαράδεκτη κατάσταση ή, αντίστροφα, ότι η ισότητα αυτή καθαυτή δεν φέρει κάποια ηθική σημαντικότητα. Επομένως, πρόβλημα δεν αποτελεί η διαφορά στους πόρους μεταξύ των πλουσίων και των φτωχών, αλλά το ότι οι δεύτεροι δεν διαθέτουν ένα επαρκές επίπεδο πόρων για να ζήσουν μια ικανοποιητική ζωή (Arneson, 2013). Αυτό, λοιπόν, που έχει σημασία για τον Frankfurt (1987) δεν είναι όλοι να έχουν τα ίδια, αλλά ο καθένας να έχει «αρκετά» (enough)¹¹⁵. Σύμφωνα, λοιπόν, με τη θεώρηση ως προς ένα επαρκές επίπεδο (sufficientarian view), οι αξιώσεις της δικαιοσύνης εκπληρώνονται μόνο όταν όλα τα άτομα βρίσκονται πάνω από ένα όριο που προσδιορίζει την επάρκεια αναφορικά με την εκάστοτε έκβαση ενδιαφέροντος. Μάλιστα, η σύλληψη αυτή περιλαμβάνει απαιτήσεις όχι μόνο για τους ανθρώπους που βρίσκονται κάτω από το όριο της επάρκειας, αλλά και για αυτούς που κινδυνεύουν να πέσουν κάτω από αυτό (Fourie, 2016). Η ισότητα, ή μάλλον η συμπίεση της ανισότητας, δεν αποτελεί τον άμεσο στόχο αυτής της προσέγγισης, αλλά προκύπτει ως ένα υποπροϊόν της εφαρμογής της αρχής της επίτευξης ενός επαρκούς επιπέδου (Powers και Faden, 2006)

Κατά τη Fourie (2016), κάθε εκδοχή της προσέγγισης αυτής πρέπει να προσδιορίζει απαραίτητα τα παρακάτω στοιχεία: α) το αντικείμενο που θα

¹¹⁵ Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Frankfurt (1987), «what is important from the point of view of morality is not that everyone should have the same but that each should have enough».

πρέπει να βρίσκεται σε επάρκεια, β) τις θετικές αξιώσεις και τη θέση της σύλληψης αυτής σε σχέση με τις άλλες προσεγγίσεις, γ) την αιτιολόγηση της αρχής, δ) τους κανόνες στάθμισης, ε) το(α) όριο(α) επάρκειας και στ) τον σκοπό της επάρκειας.

Ως προς το αντικείμενο της δικαιοσύνης, η ευημερία (Crisp, 2003), οι δυνατότητες (Anderson, 2010) και οι ανάγκες (Brock, 2018) αποτελούν τρεις από τις πιο ευρέως χρησιμοποιούμενες εκβάσεις ενδιαφέροντος στο πλαίσιο της σύλληψης αυτής (Fourie, 2016). Η θεωρία του Sen (1999a) για τις βασικές δυνατότητες, που έχει ήδη αναλυθεί εκτενώς σε προηγούμενη ενότητα, αποτελεί ένα παράδειγμα της προσέγγισης της επίτευξης ενός επαρκούς επιπέδου. Ο Sen ορίζει αυτό το ελάχιστο επαρκές επίπεδο ως εκείνο που εξασφαλίζει τις βασικές δυνατότητες για την επίτευξη των δεσμών των λειτουργικοτήτων ή λειτουργικών καταστάσεων που το κάθε άτομο θεωρεί πολύτιμες για το ίδιο.

Σύμφωνα με τη Fourie (2016), οι θετικές αξιώσεις της οπτικής αυτής σχετίζονται με την ηθική σημαντικότητα του ορίου επάρκειας και μπορούν να συνοψιστούν ως η απαίτηση: α) να μεγιστοποιηθεί ο αριθμός των ατόμων που βρίσκονται πάνω από το όριο αυτό ή β) να δοθεί περισσότερη προτεραιότητα (weighted priority) στα άτομα που βρίσκονται κάτω από το όριο αυτό σε σχέση με εκείνα που βρίσκονται πάνω από αυτό. Επιπλέον, οι θεωρίες αυτές μπορούν να διακριθούν σε μονιστικές (monistic), όπου η μόνη αξίωση σχετίζεται με την επίτευξη του επαρκούς επιπέδου, και σε πλουραλιστικές, οι οποίες είτε ενστερνίζονται επιπλέον διανεμητικές αρχές (διανεμητικός πλουραλισμός), όπως η θεώρηση της Raw-Tiktin που θα αναλυθεί στη συνέχεια, είτε αποδέχονται επιπλέον αξίες ή στόχους της δικαιοσύνης πέρα από το επαρκές επίπεδο (εξωτερικός πλουραλισμός) (Fourie, 2016). Στο πλαίσιο του εξωτερικού πλουραλισμού, η αρχή της δικαιοσύνης ως προς ένα επαρκές επίπεδο δεν αντιτίθεται αναγκαστικά της οπτικής του εξισωτισμού. Απλώς η απαίτηση να ανέλθουν όλα τα άτομα πάνω από το επίπεδο επάρκειας λαμβάνει προτεραιότητα σε σχέση με άλλα ενδιαφέροντα της δικαιοσύνης (Schemmel, 2011).

Η αιτιολόγηση της σύλληψης του επαρκούς επιπέδου μπορεί να στηρίζεται είτε στην αναφορά των λόγων για τους οποίους είναι ηθικά σημαντική

η επίτευξη αυτού του ορίου (positive thesis) είτε στην ανάδειξη κάποιων επιπλοκών των άλλων προσεγγίσεων, εξαιτίας των οποίων είναι μη συναφή με τη δικαιοσύνη η εφαρμογή τους πάνω από το όριο επάρκειας (negative thesis) (Casal, 2007· Fourie, 2016). Οι θετικές θέσεις φαίνεται να σχετίζονται αφενός με το αντικείμενο της δικαιοσύνης, και αφετέρου με το όριο επάρκειας. Ο Shields (2012) υποστηρίζει ότι οι ελάχιστες αξιώσεις της προσέγγισης αυτής είναι: α) να υπάρχουν σημαντικοί μη-εργαλειακοί λόγοι για την εξασφάλιση ενός τουλάχιστον επαρκούς επιπέδου σε σχέση με ορισμένο(α) αγαθό(ά) (positive thesis) και β) από τη στιγμή που έχει επιτευχθεί αυτό το επίπεδο, να υφίσταται μια ασυνέχεια στον ρυθμό μεταβολής της οριακής βαρύτητας των λόγων πάνω στους οποίους στηρίζεται η παροχή περαιτέρω οφελών σε αυτά τα άτομα (shift thesis). Με άλλα λόγια, το επίπεδο της επάρκειας πρέπει να ορίζεται με τέτοιο τρόπο, ώστε να απαιτείται μια αλλαγή στη φύση των λόγων για τους οποίους πρέπει να ωφελούνται οι άνθρωποι από τη στιγμή που αυτοί έχουν εξασφαλίσει αυτήν την επάρκεια.

Η Casal (2007) αναγνωρίζει τέσσερα βασικά εναλλακτικά επιχειρήματα υπέρ της δικαιοσύνης ως προς ένα επαρκές επίπεδο. Το πρώτο επιχειρήμα αφορά στην ικανοποίηση των βασικών αναγκών και την αποφυγή της σοβαρής υστέρησης (deprivation argument). Αυτό, βεβαίως, ενέχει τον κίνδυνο του προσδιορισμού ενός μη απαιτητικού, χαμηλού ορίου επάρκειας, το οποίο καθιστά προβληματική τη δικαιολόγηση της έλλειψης ενδιαφέροντος από πλευράς δικαιοσύνης για τις ανισότητες που βρίσκονται πάνω από αυτό το όριο (Shields, 2012· Nielsen και Axelsen, 2017). Η δεύτερη αιτιολόγηση σχετίζεται με την επίκληση των φιλελεύθερων επιχειρημάτων περί της ελαχιστοποίησης της εξάρτησης από διανεμητικές αρχές που επιβαρύνουν τα άτομα με βάρη τα οποία δεν θα ήθελαν να τα αναλάβουν εθελοντικά (allegiance argument). Η τρίτη θέση στηρίζεται στην σπανιότητα των πόρων (scarcity argument). Αν έχουμε, λοιπόν, ένα φάρμακο σε περιορισμένη ποσότητα, είναι παράλογο να εφαρμόσουμε την αρχή της ισότητας στη διανομή του, καθότι αυτό θα οδηγούσε όλους τους ασθενείς στον θάνατο. Αυτό που πρέπει να κάνουμε είναι να προσπαθήσουμε να σώσουμε όσους περισσότερους ανθρώπους μπορούμε, το οποίο μπορεί να επιτευχθεί με την εφαρμογή της δικαιοσύνης ως προς ένα

επαρκές επίπεδο¹¹⁶. Τέλος, κατά το επιχείρημα της αφθονίας (abundance argument), είναι παράλογο να ενδιαφερόμαστε για τις ανισότητες μεταξύ των πλουσίων, καθότι για αυτούς δεν υπάρχουν επείγουσες ανάγκες που πρέπει να ικανοποιηθούν.

Μια άλλη δικαιολογητική βάση της αρχής της επίτευξης ενός επαρκούς επιπέδου δόθηκε από τον Crisp (2003). Ο Crisp χρησιμοποίησε την ιδέα του «αμερόληπτου θεατή» του Adam Smith για να υποστηρίξει ότι το επαρκές όριο ευημερίας σε μια ωφελμιστική προσέγγιση προσδιορίζεται από τη συμπόνοια (compassion) αυτού του αγαθοεργούς θεατή. Αυτή η συμπόνοια, λοιπόν, παρουσιάζεται μόνο όταν αυτοί που βρίσκονται σε χειρότερη θέση είναι πραγματικά σε κακή κατάσταση, οπότε και βρίσκονται κάτω από το όριο επάρκειας της ευημερίας¹¹⁷. Επιπλέον, κατά τις περισσότερες προσεγγίσεις που στηρίζονται στην έννοια των δυνατοτήτων, σκοπός του επαρκούς επιπέδου είναι όλοι να μπορούν να απολαμβάνουν συνθήκες ζωής που τοποθετούνται πάνω από το ελάχιστο όριο μιας αξιοπρεπούς ζωής (Nussbaum, 2003). Εφόσον, λοιπόν, τα άτομα διαβιούν υπό αξιοπρεπείς συνθήκες, δεν υπάρχουν περαιτέρω ηθικές υποχρεώσεις για την κοινωνία (Arneson, 2013· Fourie, 2016). Μια άλλη προσέγγιση των δυνατοτήτων προήλθε από την Anderson (1999), όπως έχει ήδη αναλυθεί εκτενώς, κατά την οποία η έννοια αυτή εκφράζει την απαίτηση για την ίση δημοκρατική συμμετοχή των πολιτών στο πλαίσιο της κοινωνίας. Τέλος, οι Nielsen και Axelsen (2017) υπερασπίζονται την εφαρμογή της αρχής της επίτευξης ενός επαρκούς επιπέδου στην «περί δυνατοτήτων» θεωρία τους ως την απαλλαγή από τη σημαντική πίεση για επιτυχία σε κεντρικούς τομείς της ζωής (freedom from

¹¹⁶ Κατά τον Temkin (2017), η αρχή της επίτευξης ενός επαρκούς επιπέδου μπορεί να στηριχτεί στο επιχείρημα της σπανιότητας των πόρων, καθώς σε τέτοιες συνθήκες η ισότητα μπορεί να οδηγήσει όλα τα μέλη της κοινωνίας κάτω από το επίπεδο της επιβίωσης.

¹¹⁷ Ο Holtug (2007) υποστηρίζει ότι είναι παράλογο να θεωρήσουμε ότι υπάρχει κάποιο επίπεδο ευημερίας πάνω από το οποίο σταματάμε να έχουμε συμπόνοια για τον άλλον. Η φαινομενική έλλειψη συμπόνοιας για αυτούς που βρίσκονται σε μια καλή κατάσταση ευημερίας οφείλεται στην προτεραιότητα που δίνουμε σε εκείνους που βρίσκονται σε πολύ κακή κατάσταση και όχι στην παντελή απουσία της. Αν δεν υπήρχαν άτομα με επείγουσες ανάγκες, τότε η προσοχή μας θα στρεφόταν αναγκαστικά σε εκείνους που βρίσκονται σε υψηλότερα σημεία της κατανομής της ευημερίας.

duress). Κατά τη σύλληψη αυτή, α) η δικαιοσύνη ενδιαφέρεται μόνο για τις ευκαιρίες των ατόμων σε κεντρικούς τομείς της ζωής, β) με ένα κρίσιμο όριο επάρκειας να υπάρχει για κάθε έναν από αυτούς τομείς, γ) του οποίου το επίπεδο εξαρτάται από τη συγκεκριμένη κατανομητική λογική των δυνατοτήτων που σχετίζεται με τον εκάστοτε τομέα.

Οι θεωρίες που ανήκουν στη σύλληψη της δικαιοσύνης ως η επίτευξη ενός επαρκούς επιπέδου πρέπει να προσδιορίζουν τους κανόνες στάθμισης της ηθικής σημαντικότητας των αξιώσεων αφενός μεταξύ των ατόμων που βρίσκονται κάτω και εκείνων που βρίσκονται πάνω από το επίπεδο επάρκειας, και αφετέρου ανάμεσα στα άτομα που βρίσκονται κάτω από αυτό το όριο (Fourie, 2016). Ως προς την πρώτη διάσταση, είναι δυνατή η παραχώρηση προτεραιότητας σε αυτούς που είναι κάτω από το επίπεδο επάρκειας, προκειμένου να το φθάσουν ή να το προσεγγίσουν όσο το δυνατόν περισσότερο, με τις εξής μορφές: α) σχετικής (relative weighting), όπου υπάρχει μια αντιστάθμιση μεταξύ της ευημερίας των ατόμων που βρίσκονται πάνω και κάτω από το όριο¹¹⁸, β) απόλυτης (absolute weighting), όπου δεν υπάρχει τέτοια αντιστάθμιση, γ) λεξικογραφικής (lexical weighting), όπου πρώτα εξετάζεται το επίπεδο ευημερίας αυτών που βρίσκονται κάτω και κατόπιν εκείνων που βρίσκονται πάνω από το όριο, και δ) υπό όρους (qualified weighting), όπου αναγνωρίζεται η σημασία και άλλων διαστάσεων, όπως είναι, για παράδειγμα, η δυνατότητα οφέλους του κάθε ατόμου. Από την άλλη πλευρά, η ιεράρχηση των αξιώσεων για όφελος κάτω από το επίπεδο επάρκειας μπορεί να γίνει με βάση: α) τον αριθμό των ατόμων που επιτυγχάνουν το όριο (headcount view), β) τον αριθμό των ατόμων που ωφελούνται, γ) το πόσο μακριά βρίσκονται από το όριο και δ) το μέγεθος του οφέλους (Hirose, 2015· Fourie, 2016).

Για την καλύτερη κατανόηση της εφαρμογής των προηγούμενων ζητημάτων κατά την αξιολογική κρίση των εκβάσεων σύμφωνα με την αρχή της

¹¹⁸ Αυτή η οπτική δεν επιλέγεται σχεδόν ποτέ από τους υποστηρικτές της αρχής της επίτευξης ενός επαρκούς επιπέδου (Hirose, 2015).

επίτευξης ενός επαρκούς επιπέδου, έστω ότι X αποτελεί ένα πεπερασμένο σύνολο των καταστάσεων των πραγμάτων και T το όριο επάρκειας. Έστω επίσης ότι $N(x) = (1, 2, \dots, n)$ είναι ένα σύνολο ατόμων όπου $x \in X$, και έστω ότι $S(x) \subset N(x)$ αποτελεί ένα σύνολο ατόμων κάτω από το όριο T στην κατάσταση x , ενώ το w_i δηλώνει την ευημερία του ατόμου $i \in N(x)$ ¹¹⁹. Μια σχέση ασθενούς υπερτερότητας (weak betterness) στο σύνολο X υφίσταται όταν η κατάσταση x είναι τουλάχιστον καλή όσο η y για κάθε ζευγάρι $x, y \in X$. Αν και η σύλληψη του Frankfurt για τη δικαιοσύνη ως ένα επαρκές επίπεδο δεν είχε σκοπό να χρησιμοποιηθεί ως κανόνας για την ιεράρχηση των εκβάσεων, θα μπορούσε παρόλα αυτά να ερμηνευτεί με τον ακόλουθο τρόπο: Μια κατάσταση των πραγμάτων x είναι τουλάχιστον το ίδιο καλή με μια άλλη y αν και μόνο αν ο αριθμός των ατόμων που είναι πάνω από ή και στο όριο T στην κατάσταση x είναι τουλάχιστον του ίδιου μεγέθους όπως στην κατάσταση y . Στο πλαίσιο αυτό, η ιεράρχηση των καταστάσεων δεν επηρεάζεται ούτε από την ευημερία των ατόμων που είναι πάνω από το όριο T , ούτε από το συνολικό έλλειμμα ευημερίας των ατόμων που είναι κάτω από αυτό το όριο επάρκειας, ούτε και γενικότερα από τη συγκεκριμένη κατανομή της ευημερίας ανάμεσα στα άτομα που βρίσκονται κάτω από το όριο επάρκειας (Hirose, 2016).

Ειδικά για την αξιολόγηση των εκβάσεων υγείας, έστω ένα παράδειγμα δύο κατανομών του επιπέδου υγείας πέντε ατόμων, με την υγεία να εκτιμάται σε μια κλίμακα από το 0 (χειρότερη δυνατή) έως το 100 (καλύτερη δυνατή)¹²⁰, όπου $A = (20, 50, 50, 50, 50)$ και $B = (45, 49, 50, 50, 50)$ (**Γράφημα 2-13**). Έστω, επίσης, ότι το 50 συνιστά το όριο επάρκειας, καθώς και ότι δίδεται

¹¹⁹ Θα πρέπει να τονισθεί ότι στην παρούσα ενότητα εξετάζεται η αξιολογική διάσταση της αρχής της επίτευξης ενός επαρκούς επιπέδου με σταθερό τον αριθμό των ατόμων (fixed population-size cases). Σε περιπτώσεις όπου ο αριθμός των ατόμων είναι μεταβαλλόμενος (variable population-size cases), η αρχή αυτή παρουσιάζει κάποιες ενδιαφέρουσες συνέπειες, όπως η αποδοχή του «σαδιστικού συμπεράσματος» (sadistic conclusion). Σύμφωνα με το σαδιστικό συμπέρασμα, για κάθε πληθυσμό που ζει κάτω από το όριο της αξιοπρεπούς ζωής, υπάρχει ένας άλλος πληθυσμός που, ενώ αποτελείται από άτομα που βρίσκονται αρκετά κοντά στο όριο της επάρκειας, είναι τόσο μεγαλύτερος, ώστε το συνολικό άθροισμα της αρνητικής αξίας του ελλείμματος ευημερίας του να είναι υψηλότερο, με συνέπεια να αξιολογείται ως μια γνησίως χειρότερη κατάσταση (ceteris paribus) (Hirose, 2016).

¹²⁰ Υποθέτουμε ότι είναι ποσοτικά (cardinally) μετρήσιμη και διαπροσωπικά συγκρίσιμη.

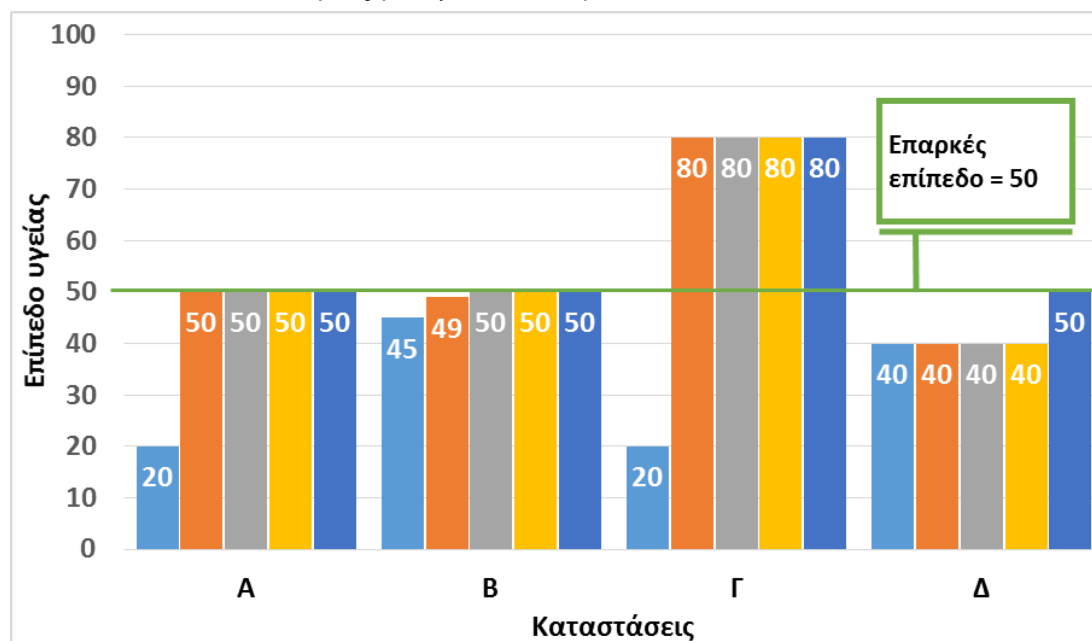
απόλυτη προτεραιότητα στα άτομα που είναι κάτω έναντι εκείνων που βρίσκονται πάνω από αυτό, ενώ οι ανισότητες ανάμεσα στα άτομα που είναι πάνω από το όριο επάρκειας είναι ηθικά αδιάφορες. Κατά το κριτήριο της καταμέτρησης των ανθρώπων που βρίσκονται πάνω από το όριο επάρκειας, η A περίπτωση είναι γνησίως καλύτερη από πλευράς δικαιοσύνης, καθότι υπάρχουν τέσσερα άτομα που είναι πάνω από το όριο, ενώ στη B είναι μόνο τρία. Αυτός ο τρόπος αξιολόγησης, όμως, δεν λαμβάνει υπόψη αφενός το συνολικό έλλειμμα υγείας από το επίπεδο επάρκειας, το οποίο μειώνεται από 30 σε 6 μονάδες υγείας, και αφετέρου τη μεγάλη απώλεια υγείας που υφίσταται το άτομο με το χειρότερο επίπεδο στην περίπτωση A σε σχέση με τη B, δηλαδή από 45 σε 20 μονάδες υγείας, προκειμένου να ανέλθει ένα επιπλέον άτομο πάνω από το όριο επάρκειας. Έστω επίσης και μια περίπτωση Γ = (20, 80, 80, 80, 80). Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη εκδοχή της αρχής αυτής που έχουμε αποδεχτεί σε αυτό το παράδειγμα, η δικαιοσύνη αξιολογεί την A κατάσταση το ίδιο καλή με τη Γ, καθότι ο αριθμός των ατόμων που βρίσκονται πάνω από το όριο επάρκειας είναι ίδιος, παρά το πολύ καλύτερο επίπεδο υγείας των ατόμων στην κατάσταση Γ. Έστω, τέλος, και μια άλλη περίπτωση Δ = (40, 40, 40, 40, 50). Εάν τώρα εφαρμόζαμε το κριτήριο του συνολικού (μη σταθμισμένου) ελλείματος από το όριο επάρκειας, η κατανομή A θα θεωρείτο ως γνησίως καλύτερη, καθότι το συνολικό έλλειμμα υγείας είναι 30 μονάδες, ενώ στη Δ είναι 40 μονάδες. Ωστόσο, πάλι δεν λαμβάνεται υπόψη η σημαντική βελτίωση της κατάστασης υγείας του ατόμου που βρίσκεται στη χειρότερη θέση. Μια λύση σε αυτό το πρόβλημα θα αποτελούσε η απόδοση υψηλότερης ηθικής βαρύτητας στα οφέλη που λαμβάνουν τα άτομα που βρίσκονται κάτω από το όριο επάρκειας σε σχέση με το πόσο χειρότερη είναι η θέση ή το επίπεδό τους, ικανοποιώντας με αυτόν τον τρόπο τη συνθήκη Pigou-Dalton στην κατανομή κάτω από το κρίσιμο όριο^{121,122}.

¹²¹ Κάτι αντίστοιχο προτείνει και ο Crisp (2003) στη δική του εκδοχή για την αρχή της επίτευξης ενός επαρκούς επιπέδου.

¹²² Ο Sen (1976) έχει προτείνει έναν δείκτη φτώχειας που ενσωματώνει και τα τρία προαναφερθέντα κριτήρια, και ειδικότερα ικανοποιεί τις παρακάτω ιδιότητες που είναι απαραίτητες για τη μέτρηση της φτώχειας: α) την ασυμμετρία (asymmetry), β) τη

Η υγεία στο όνομα της δικαιοσύνης

Γράφημα 2-13 Υποθετικό παράδειγμα διαφορετικών καταστάσεων ως προς την κατανομή του επιπέδου υγείας μεταξύ πέντε ατόμων



Γενικότερα, ο στόχος της αρχής της επίτευξης ενός επαρκούς επιπέδου θα μπορούσε να ερμηνευθεί ως η ελαχιστοποίηση της συνολικής αρνητικής ηθικής αξίας (moral badness ή moral disvalue) που προκύπτει από το έλλειμα (ή την ανεπάρκεια) ευημερίας (ή του όποιου αγαθού της δικαιοσύνης) σε σχέση με κάποιο συγκεκριμένο όριο, ανεξάρτητα από το άθροισμα της αξίας της ευημερίας πάνω από αυτό (Hirose, 2015· Hirose, 2016). Η ενσωμάτωση του κριτηρίου Ρίγου-Dalton μπορεί να πραγματοποιηθεί με την ανάθεση υψηλότερης βαρύτητας στα οφέλη των ατόμων που βρίσκονται σε χειρότερη θέση ή επίπεδο σε σχέση με εκείνα που βρίσκονται σε καλύτερη(ο), για όλα τα άτομα που βρίσκονται κάτω από το επίπεδο επάρκειας. Μια πρώτη προσέγγιση, λοιπόν, για να ικανοποιηθεί η συνθήκη αυτή είναι να εφαρμοστεί μια στάθμιση όπου θα αντιστοιχίζεται μεγαλύτερη βαρύτητα στην ανεπάρκεια ευημερίας όσο αυξάνεται η απόλυτη απόσταση των ατόμων από το κρίσιμο

μονοτονικότητα (monotonicity), γ) την αμεταβλησία της κλίμακας (scale invariance), δ) το αξίωμα της επικέντρωσης (focus axiom), ε) την αμεταβλησία της επανάληψης (replication invariance) και στ) την ασθενή συνθήκη των μεταβιβάσεων (weak transfer condition).

επίπεδο (non-relational approach). Έτσι, η αρνητική αξία της ανεπάρκειας ευημερίας σε μια κατάσταση x , $V^{NR}(x)$, μπορεί να εκτιμηθεί ως (Hirose, 2016):

$$V^{NR}(x) = \sum_{i \in S(x)} f(T - w_i) \quad (2.7)$$

Όπου f είναι μια γνησίως αύξουσα και κυρτή συνάρτηση¹²³. Επομένως, η προσέγγιση αυτή προσιδιάζει σε μια εφαρμογή της αρχής της προτεραιότητας κάτω από το επίπεδο επάρκειας, στον βαθμό που η οριακή αρνητική αξία του ελλείμματος ευημερίας του κάθε ατόμου αυξάνεται όσο μεγαλώνει η απόστασή του από το όριο αυτό (Hirose, 2016).

Κατά τη δεύτερη προσέγγιση, λαμβάνεται υπόψη η σχετική θέση των ατόμων κάτω από το όριο επάρκειας, αντιστοιχίζοντας υψηλότερη βαρύτητα σε εκείνα που βρίσκονται σε χειρότερη θέση στη σειρά κατάταξης των ατόμων βάσει της ευημερίας τους (relational approach). Ένα τέτοιο παράδειγμα μέτρησης της αρνητικής ηθικής αξίας της ευημερίας είναι το παρακάτω (Hirose, 2016):

$$V^R(x) = \frac{1}{s^2} [(T - w_i) + 3(T - w_j) + \dots + (2s - 1)(T - w_m)] \quad (2.8)$$

Όπου $S'(x) = \{i, j, \dots, m\}$ αποτελεί μια μετάθεση του συνόλου $S(x)$ έτσι ώστε $w_i \geq w_j \geq \dots \geq w_m$, και $s = \#S'(x)$ είναι ο αριθμός των ατόμων κάτω από το όριο T στην κατάσταση x (Hirose, 2016).

Ειδικότερα για τα άτομα που βρίσκονται πάνω από το όριο επάρκειας, κατά την «ισχυρή αρνητική θέση» (strong negative thesis), το επίπεδο ευημερίας τους (ή του όποιου άλλου αγαθού της δικαιοσύνης) και οι ανισότητες μεταξύ τους είναι ηθικά αδιάφορες ως προς την αξιολόγηση των καταστάσεων των πραγμάτων. Οι συνέπειες αυτής της οπτικής εξετάστηκαν στο προηγούμενο **Γράφημα 2-13** κατά τη σύγκριση των περιπτώσεων Α και Γ. Κατά την «ασθενή αρνητική θέση» (weak negative thesis), η ευημερία όλων των ατόμων που βρίσκονται πάνω από το όριο επάρκειας έχει ίση (μοναδιαία) βαρύτητα μεταξύ τους και μπορεί να λειτουργήσει ως κριτήριο για την

¹²³ Ένα παράδειγμα ενός τέτοιου τύπου είναι: $V^{NR} = \sum_{i \in S(x)} f(T - w_i)^2$ (Hirose, 2016).

αξιολόγηση των κατανομών σε περίπτωση ισοδυναμίας της συνολικής αρνητικής ηθικής αξίας που προκύπτει από το έλλειμμα ευημερίας των ατόμων (Hirose, 2015). Έτσι, μια κατάσταση των πραγμάτων x είναι γνησίως καλύτερη από μια άλλη κατάσταση y αν και μόνο αν (Hirose, 2016):

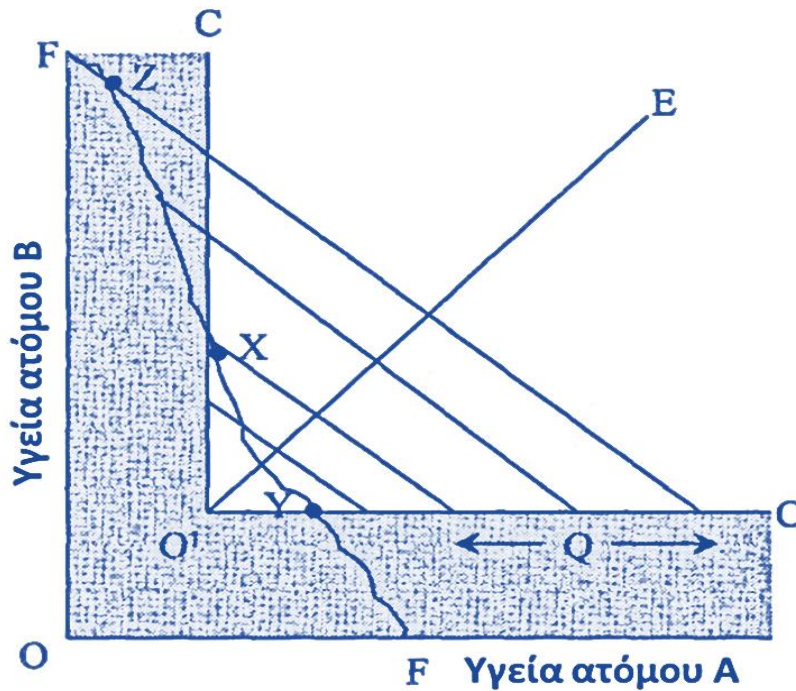
$$\sum_{i \in S(x)} f(T - w_i) < \sum_{i \in S(y)} f(T - w_i), \text{ ή} \quad (2.9)$$

$$\sum_{i \in S(x)} f(T - w_i) = \sum_{i \in S(y)} f(T - w_i) \ \& \ \sum_{j \in N(x) \setminus S(x)} w_j > \sum_{j \in N(y) \setminus S(y)} w_j \quad (2.10)$$

Διαφορετικά, μια κατάσταση x είναι γνησίως καλύτερη από μια άλλη y αν και μόνο αν είτε α) το σταθμισμένο άθροισμα της αρνητικής αξίας του ελλείμματος ευημερίας στη x είναι γνησίως μικρότερο από εκείνο στην y είτε β) το σταθμισμένο άθροισμα του ελλείμματος ευημερίας στη x είναι ίσο με εκείνο στην y και το αστάθμητο άθροισμα της ευημερίας πάνω από το όριο T στη x είναι γνησίως μεγαλύτερο από εκείνο στην y (Hirose, 2016).

Στο **Γράφημα 2-14** παρουσιάζεται η περίπτωση όπου ο περιορισμός της επίτευξης ενός επαρκούς επιπέδου στην υγεία διαθέτει λεξικογραφική προτεραιότητα έναντι της αρχής της μεγιστοποίησης της υγείας. Ενώ, λοιπόν, η μεγιστοποίηση της ευημερίας θα επιτυγχανόταν στο σημείο Z , όπου η καμπύλη παραγωγικών δυνατοτήτων της υγείας εφάπτεται με την υψηλότερη δυνατή καμπύλη αδιαφορίας, αυτό αποκλείεται, καθότι δεν ικανοποιείται προηγουμένως ο περιορισμός της επίτευξης ενός επαρκούς επιπέδου υγείας. Η συνθήκη του επαρκούς επιπέδου επιτυγχάνεται μεταξύ του τόξου XY της καμπύλης των παραγωγικών δυνατοτήτων και, επομένως, επιλέγεται το σημείο X . Η διαφορά μεταξύ των καμπυλών αδιαφορίας του σημείου Z και του σημείου X (Q στον άξονα O^1C) εκφράζει τη «σκιώδη τιμή» ή το κόστος της λεξικογραφικής προτεραιότητας της αρχής του επαρκούς επιπέδου. Στην περίπτωση κατά την οποία δεν υπήρχε maximand (αντικειμενική συνάρτηση ευημερίας), τότε θα υπήρχαν δύο μόνο δυνατές αξιολογικές κρίσεις: οποιοδήποτε σημείο δεξιά των αξόνων CO^1C θα θεωρείτο αποδεκτό (δίκαιο) και οποιοδήποτε σημείο αριστερά αυτών των αξόνων θα ήταν απαράδεκτο (άδικο).

Γράφημα 2-14 Βελτιστοποίηση στην κατανομή της υγείας με λεξικογραφική προτεραιότητα στην αρχή της επίτευξης ενός επαρκούς επιπέδου έναντι εκείνης της μεγιστοποίησης



Πηγή: Williams και Cookson (2000)

Τα επίπεδα επάρκειας μπορεί να είναι πολλαπλά, είτε κάθετα είτε οριζόντια (Fourie, 2016). Στην πρώτη περίπτωση υπάρχει ένα συνεχές, όπου τίθενται περισσότερα όρια σε διαφορετικά σημεία του, ενώ στη δεύτερη αναγνωρίζονται ξεχωριστές διαστάσεις, για κάθε μία από τις οποίες πρέπει να ικανοποιηθεί η αξίωση της επάρκειας. Η σύλληψη της Ram-Tiktin (2011· 2012· 2016) για τις Βασικές Ανθρώπινες Λειτουργικές Δυνατότητες αποτελεί ένα παράδειγμα συνδυασμού κάθετων και οριζόντων ορίων επάρκειας. Γενικότερα, πάντως, δεν υπάρχει συμφωνία ως προς τον καθορισμό αυτών των ορίων. Άλλωστε, τα όρια αυτά θα πρέπει να είναι μάλλον σχετικά με το πλαίσιο της κοινωνίας στην οποία θα εφαρμοστούν (Fourie, 2016). Ο Christiano (2007) αναγνωρίζει τρία γενικά επίπεδα ευημερίας. Το πρώτο σχετίζεται με την επιβίωση ως προς μια μέση διάρκεια ζωής (subsistence), το δεύτερο αφορά στην επίτευξη μιας αξιοπρεπούς ζωής (decent minimum) και το τρίτο αναφέρεται σε εκείνο το επίπεδο όπου το άτομο είναι μάλλον αδιάφορο για περαιτέρω βελτιώσεις της ευημερίας του (maximal sufficiency).

Ως προς το πεδίο της υγείας, η σύλληψη αυτή συνεπάγεται την αξίωση όλοι οι άνθρωποι να διαθέτουν ένα επαρκές επίπεδο υγείας ή επαρκείς υγειονομικούς πόρους στη διάθεσή τους. Η μη ιδανική θεωρία¹²⁴ (nonideal theory) για την επάρκεια της ευημερίας των Powers και Faden (2006) έχει ως σκοπό να δώσει πρακτική καθοδήγηση αναφορικά με το ποιες ανισότητες είναι περισσότερο σημαντικές, όταν δεν υπάρχουν δίκαιες κοινωνικές συνθήκες σε λειτουργία. Σκοπός της δικαιοσύνης είναι η διασφάλιση των κοινωνικών συνθηκών που είναι απαραίτητες για ένα επαρκές επίπεδο ευημερίας σε όλες τις διαστάσεις της και για όλους τους ανθρώπους, προκειμένου να διαβιούν μια αξιοπρεπή ζωή. Ως βασικές διαστάσεις της ευημερίας που απαιτούνται για μια αξιοπρεπή ζωή θεωρούν: α) την υγεία, β) την προσωπική ασφάλεια, γ) τις ικανότητες που σχετίζονται με τον συλλογισμό (reasoning), δ) τον σεβασμό, ε) τη δημιουργία δεσμών σύνδεσης με άλλους ανθρώπους (attachment) και ε) τον αυτοπροσδιορισμό (self-determination).

Οι Powers και Faden (2006) εστιάζουν στην ολότητα της κοινωνικής δομής και τις επιπτώσεις της στις βασικές διαστάσεις της ευημερίας. Οι (σχετικές) ανισότητες θεωρούνται άδικες μόνο όταν η κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση είναι αρκετά απότομη, ώστε να δημιουργούν ή να ενισχύουν την αποστέρηση σε οποιαδήποτε από τις διαστάσεις αυτές. Επομένως, η σημασία αυτών των ανισοτήτων είναι δευτερογενής και η δικαιοσύνη ενδιαφέρεται μόνο για την επίτευξη του επιπέδου επάρκειας για κάθε μία από τις διαστάσεις της ευημερίας. Το επίπεδο επάρκειας καθορίζεται σε σχέση με το συγκεκριμένο κάθε φορά κοινωνικό πλαίσιο και σχετίζεται με τη μορφή της κοινωνικής οργάνωσης και το επίπεδο της τεχνολογικής ανάπτυξης. Ως εκ τούτου, στην περίπτωση όπου δεν έχει ακόμη ανακαλυφθεί η σχετική θεραπεία για κάποια ασθένεια, οι θάνατοι που οφείλονται σε αυτή μπορεί να αποτελούν μια ανθρώπινη τραγωδία, αλλά όχι και αδικία. Βέβαια, το όριο επάρκειας διαφέρει

¹²⁴ Ο Rawls (1999) διακρίνει μεταξύ ιδανικών και μη ιδανικών θεωριών. Οι πρώτες υποθέτουν αυστηρή συμμόρφωση και σφυρηλατούν τις αρχές της ιδανικής κοινωνίας υπό ευνοϊκές συνθήκες. Οι δεύτερες θέτουν τα προοδευτικά στάδια δράσης για την επίτευξη αυτού του μακροπρόθεσμου στόχου, τα οποία είναι τόσο ηθικά αποδεκτά όσο και πολιτικά εφαρμόσιμα αλλά και αποτελεσματικά.

ανάλογα με τη διάσταση της ευημερίας. Έτσι, αποδέχονται την εργαλειακή αξία της ισότητας για τις διαστάσεις του σεβασμού και της δημιουργίας δεσμών σύνδεσης με άλλους ανθρώπους, καθότι είναι γενικότερα ασύμβατες με μεγάλες ανισότητες. Επιπλέον, πέραν της οικονομικής κατανομής, αναγνωρίζουν την επίπτωση και άλλων κοινωνικών προσδιοριστών στην ευημερία, όπως είναι οι κοινωνικές πρακτικές και νόρμες, τα πολιτισμικά και πολιτικά εμπόδια και η έλλειψη ελέγχου, οι περιβαλλοντικοί και εργασιακοί κίνδυνοι, το σύστημα δικαιοσύνης και οι υποδομές. Η ηθική σπουδαιότητα ενός ελλείμματος ευημερίας αυξάνεται όταν περισσότεροι κοινωνικοί παράγοντες ταυτόχρονα επιδρούν αρνητικά σε μια διάσταση της ευημερίας, όπως είναι η περίπτωση της υγείας, ή όταν ένας παράγοντας επηρεάζει σημαντικά περισσότερες διαστάσεις, όπως είναι η περίπτωση του εισοδήματος ή του πλούτου. Ειδικά για την υγειονομική περίθαλψη και τις παρεμβάσεις δημόσιας υγείας, αυτές επηρεάζουν την επάρκεια όχι μόνο στην υγεία, αλλά και σε άλλες διαστάσεις της ευημερίας, όπως είναι εκείνες του αυτοσεβασμού, του αυτοπροσδιορισμού και της δυνατότητας για δημιουργία δεσμών σύνδεσης με άλλους ανθρώπους. Επομένως, ο αποκλεισμός από τους απαραίτητους υγειονομικούς πόρους μπορεί να δημιουργήσει επιπρόσθετες πηγές αδικίας και όχι μόνο ένα έλλειμμα υγείας.

Οι Powers και Faden (2006) οριοθετούν την υγεία σε σχέση με τη βιολογική ή οργανική λειτουργία του σώματος. Ο ορισμός τους είναι πιο στενός από εκείνον του Π.Ο.Υ., καθότι θεωρούν ότι η ευρύτητα του τελευταίου συγγχεί σχεδόν όλες τις διαστάσεις της ευημερίας με την υγεία. Η επάρκεια ορίζεται σε εκείνο το επίπεδο όπου «each of us have enough health over a long enough life span to live a decent life», δεδομένου του τι είναι τεχνολογικά εφικτό. Οι ανισότητες υγείας είναι άδικες, εφόσον είναι αποφεύξιμες. Το χάσμα υγείας μεταξύ των πλουσίων και των φτωχών –και γενικότερα μεταξύ των κοινωνικών ομάδων σε εθνικό και διεθνές επίπεδο– αποτελεί μια ένδειξη για το όριο επάρκειας στην υγεία που είναι δυνατό για μια συγκεκριμένη κοινωνία ή σε ένα συγκεκριμένο επίπεδο τεχνολογικής και οικονομικής ανάπτυξης. Το ενδιαφέρον με την προσέγγισή τους είναι η αναγνώριση της συγκέντρωσης διαφορετικών κοινωνικών μειονεκτημάτων στις ίδιες ομάδες. Αυτό έχει σημαντικές ηθικές συνέπειες για τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας, στον βαθμό που

γίνεται αποδεκτό πως οι κοινωνικές ανισότητες συνδέονται με τις ανισότητες υγείας. Έτσι, τα άτομα που υφίστανται πολλαπλό κοινωνικό μειονέκτημα είναι λιγότερο πιθανό να επιτύχουν το επίπεδο επάρκειας για την υγεία τους.

Για τα άτομα κάτω από το επίπεδο επάρκειας, δίνουν προτεραιότητα σε εκείνα που βρίσκονται σε χειρότερη θέση (Powers και Faden, 2006). Η χειρότερη θέση προσδιορίζεται σε σχέση με την απόσταση του κάθε ατόμου από το επίπεδο επάρκειας ή τον αριθμό των διαστάσεων της ευημερίας για τις οποίες η κατάστασή του είναι ανεπαρκής. Πέρα από το μειονέκτημα σε πολλαπλές διαστάσεις, ηθικά επείγουσα θεωρείται η ικανοποίηση των αναγκών των παιδιών, καθότι αφενός δεν μπορούν να επιτύχουν από μόνα τους ένα επίπεδο ευημερίας που να είναι επαρκές, και αφετέρου είναι σημαντικό κάποιες διαστάσεις της ευημερίας να προωθούνται σε νεαρή ηλικία, προκειμένου να διασφαλιστούν οι προοπτικές επάρκειας κατά τη διάρκεια όλης της ζωής των ατόμων. Τέλος, η προτεραιότητα προς εκείνους που έχουν τη χειρότερη κατάσταση υγείας είναι αυστηρή, αλλά όχι και απόλυτη, καθότι η σημασία της ικανοποίησης των ιατρικών αναγκών τους θα πρέπει να υποχωρεί όταν δεν μπορούν να γίνουν πολλά για τη βελτίωση της κατάστασής τους ή όταν η όποια βελτίωση μπορεί να επέλθει με την εξάντληση των διαθέσιμων πόρων.

Γενικότερα, οι θεωρίες που ορίζουν ως αντικείμενο της δικαιοσύνης τις δυνατότητες εμπερικλείουν την απαίτηση για την επίτευξη ενός επαρκούς επιπέδου για αυτές (Nielsen και Axelsen, 2017). Ένα παράδειγμα αποτελεί η σύλληψη της Ruge για τις βασικές δυνατότητες στην υγεία, που έχει ήδη αναλυθεί, και αποτελεί ένα υβρίδιο των αρχών της επίτευξης ενός επαρκούς επιπέδου και της προτεραιότητας (Rid, 2016). Σχετική είναι και η προσέγγιση του Venkatapuram (2011), ο οποίος ανέπτυξε περαιτέρω τη θεωρία των δυνατοτήτων του Sen και της Nussbaum ως προς την υγεία. Ως δυνατότητα να είσαι υγιής (capability to be healthy) όρισε την ικανότητα του ανθρώπου να επιτύχει ή να εξασκήσει κάθε μία από το σύνολο των βασικών δυνατοτήτων και λειτουργιών του σε επίπεδο τέτοιο «that constitutes a life worthy of equal human dignity in the modern world». Πρόκειται, επομένως, για μια μετα-δυνατότητα (meta-capability), η οποία συνδέεται με διαφορετικές διαστάσεις και παράγοντες της ανθρώπινης υγείας, όπως είναι η γενετική προδιάθεση, οι εξωτερικοί παθογόνοι παράγοντες, ο οικογενειακός προγραμματισμός, η

αγωγή σε θέματα υγείας και η πρόσβαση σε καθαρό νερό, αέρα, φαγητό και υγειονομική φροντίδα.

Σε ανάλογο πνεύμα, οι Axelsen και Nielsen (Axelsen και Nielsen, 2016· Nielsen και Axelsen, 2017) υποστηρίζουν ότι η υγεία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην παροχή πρόσβασης σε άλλες κεντρικές διαστάσεις της ζωής. Διαχωρίζουν, λοιπόν, τις βασικές δυνατότητες σε εκείνες που είναι σχετικές με: α) τις βιολογικές και φυσικές ανθρώπινες ανάγκες (π.χ. η υγεία, η τροφή και η στέγη), β) τα βασικά συμφέροντα και την ατομική αυτονομία του κάθε ανθρώπινου δρώντα (π.χ. η λογική και η κριτική σκέψη, η κανονιστική αξιολόγηση και οι λειτουργικές και τεχνικές δεξιότητες) και γ) τα βασικά συμφέροντα ενός κοινωνικού όντος που αφορούν στην επιδίωξη πολύτιμων σκοπών εντός μιας κοινότητας (π.χ. οι πολιτικές ελευθερίες, η ελευθερία από διακρίσεις και καταπίεση, και η πρόσβαση σε μια αγορά που λειτουργεί με ισότιμους όρους). Αν και η έννοια των δυνατοτήτων συνεπάγεται την παρουσία κρίσιμων ορίων επάρκειας, οι Axelsen και Nielsen παράλληλα αναγνωρίζουν ότι υπάρχουν κάποια αγαθά (positional goods), η απόλυτη αξία των οποίων επηρεάζεται από την κατανομή τους στην κοινωνία και το εύρος των σχετικών αποκλίσεων μεταξύ των ατόμων. Αυτό το χαρακτηριστικό το διαθέτουν ιδιαίτερα οι δυνατότητες που σχετίζονται με τη διάσταση του ανθρώπου ως κοινωνικό ον. Έτσι, δεν μπορούν κάποια άτομα να απολαμβάνουν περισσότερες ελευθερίες ή κοινωνικό στάτους (υπό την έννοια της Anderson και της συσχετιστικής ισότητας), χωρίς αυτό να μην επιδρά στην άσκηση των ελευθεριών σε απόλυτους όρους από τα υπόλοιπα μέλη της κοινωνίας. Επομένως, τέτοιες ανισότητες ουσιαστικά δημιουργούν ένα έλλειμμα στις σχετικές δυνατότητες και, προκειμένου να επιτευχθεί το επίπεδο επάρκειας, απαιτείται η κατανομή αυτών των αγαθών να είναι σε γενικές γραμμές ίση. Οι δυνατότητες που σχετίζονται με ζητήματα ατομικής αυτονομίας δεν αποτελούν εγγενώς δυνατότητες που επηρεάζονται από τη θέση των υπολοίπων. Ωστόσο, η πραγματική ευκαιρία μετατροπής αυτών σε λειτουργικότητες επηρεάζεται από εξωτερικούς παράγοντες (external conversion factors), όπως είναι η

περίπτωση της αντιστοίχισης των προσωπικών ικανοτήτων με μια ανάλογου επιπέδου θέση στην αγορά εργασίας¹²⁵.

Ειδικά για την υγεία, οι Axelsen και Nielsen (Axelsen και Nielsen, 2016· Nielsen και Axelsen, 2017) θεωρούν ότι αυτή δεν διαθέτει συγκριτική διάσταση. Μέλημα της δικαιοσύνης αποτελεί να βρίσκονται όλα τα άτομα σε ένα επαρκές επίπεδο και όχι να έχουν ίσες δυνατότητες ως προς την υγεία. Ωστόσο, οι ανισότητες υγείας μπορεί να καταστούν ανησυχητικές, στον βαθμό που η χειρότερη κατάσταση υγείας μπορεί να επηρεάσει άλλες πλευρές της ζωής που χαρακτηρίζονται από μια έντονα συγκριτική διάσταση. Εφόσον, λοιπόν, οι ανισότητες υγείας μπορεί να έχουν αντίκτυπο στην αυτονομία, το κοινωνικό στάτους ή τον αυτοσεβασμό των ατόμων, τότε μπορεί να οδηγήσουν στην ανεπάρκεια αυτών των δυνατοτήτων. Αυτό αποκτά μεγαλύτερη αξία λαμβάνοντας υπόψη ότι τα διάφορα κοινωνικά μειονεκτήματα τείνουν να συγκεντρώνονται στα ίδια άτομα. Τέλος, οι Axelsen και Nielsen επισημαίνουν ότι, αυτό που σε πολλές περιπτώσεις θεωρείται ανισότητα, συνιστά στην πραγματικότητα μια ανεπάρκεια, καθώς υποεκτιμώνται οι απαιτήσεις του σχετικού ορίου επάρκειας.

Η ιδανική θεωρία της Ram-Tiktin (2011· 2012· 2016) για τις Βασικές Ανθρώπινες Λειτουργικές Δυνατότητες τοποθετεί τη δικαιοσύνη στην υγεία στο ευρύτερο πλαίσιο της κοινωνικής δικαιοσύνης, αποδεχόμενη ότι κάθε αγαθό πρέπει να κατανέμεται με διαφορετικές αρχές που να αντιστοιχούν στη φύση του, ακολουθώντας τη θεωρία του Walzer (1983) για τις διαφορετικές σφαίρες δικαιοσύνης. Η επικέντρωσή της βρίσκεται στην κατανομή των υγειονομικών πόρων, ωστόσο αναγνωρίζει ότι αυτό που έχει αξία τελικά είναι η ίδια η υγεία, και η υγειονομική περίθαλψη δεν έχει παρά μόνο μια εργαλειακή σημασία, η οποία σχετίζεται με την προώθηση της υγείας. Παράλληλα, αναγνωρίζει και τη σημασία άλλων παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία, όπως είναι η στέγαση,

¹²⁵ Τις δυνατότητες αυτές τις ονομάζουν «quasi-positional capabilities» (Axelsen και Nielsen, 2016· Nielsen και Axelsen, 2017).

η εκπαίδευση και η πρόσβαση σε καθαρό νερό, αέρα και φαγητό, αλλά η κατανομή αυτών δεν απασχολεί το έργο της.

Σύμφωνα με τη θεώρηση της Ram-Tiktin (2011· 2012· 2016), αντικείμενο της δικαιοσύνης αποτελούν οι δυνατότητες¹²⁶, κατά τη σύλληψη του Sen και της Nussbaum. Η έννοια της υγείας εκφράζει τις φυσιολογικές και ψυχολογικές (γνωστικές και συναισθηματικές) λειτουργικές δυνατότητες των ανθρώπων, συμπεριλαμβάνοντας ταυτόχρονα ένα αξιακά απαλλαγμένο (value-free) και ένα αξιακά φορτισμένο (value-laden) στοιχείο. Το πρώτο σχετίζεται με τη βιολογική διάσταση και την απουσία της ασθένειας ή την παρουσία της κανονικής ως προς το ανθρώπινο είδος δομής και λειτουργίας της ομάδας αναφοράς (προσδιορισμένη από το φύλο και την ηλικία). Το δεύτερο αποτελεί έκφραση των φυσιολογικών και ψυχολογικών δυνατοτήτων που προωθούν τα σχέδια ζωής του ατόμου εντός του κοινωνικού περιβάλλοντός του. Οι εννέα Βασικές Ανθρώπινες Λειτουργικές Δυνατότητες¹²⁷ έχουν ως βάση τους την κατάσταση της υγείας από τη βιολογική άποψη, η οποία, όμως, πρέπει να εφαρμοστεί στις εκάστοτε κοινωνικές, πολιτισμικές και πολιτικές περιστάσεις. Η δικαιοσύνη, λοιπόν, απαιτεί οι υγειονομικοί θεσμοί να εξασφαλίζουν ένα επαρκές επίπεδο για κάθε μία από αυτές τις δυνατότητες –και όχι την ίση κατάσταση υγείας– καθότι αποτελούν μια αναγκαία (αν και όχι επαρκής) προϋπόθεση για τους ανθρώπους για να ασκούν την ελευθερία τους, να εφαρμόζουν τα σχέδια της ζωής τους και να διάγουν μια αξιοπρεπή ζωή. Το όριο επάρκειας για κάθε

¹²⁶ Όπως αναφέρει, επιλέγει τις δυνατότητες ως το κεντρικό σημείο της θεώρησης της, καθότι αυτές «more accurately reflect the relative position of individuals in a given society, the extent of freedom individuals are able to enjoy, and their ability to pursue their life plans and live a good human life than do resources, opportunities, or welfare» (Ram-Tiktin, 2016).

¹²⁷ Ως Βασικές Ανθρώπινες Λειτουργικές Δυνατότητες ορίζονται κατά τη Ram-Tiktin (2016): α) η δυνατότητα να σκέφτεσαι και να αισθάνεσαι (thinking and emotions), β) η δυνατότητα να χρησιμοποιείς και τις πέντε αισθήσεις σου για να αντιλαμβάνεσαι τον κόσμο (senses), γ) η δυνατότητα του αίματος και άλλων βασικών στοιχείων να κυκλοφορούν σε διάφορα μέρη του σώματος (circulation), δ) η δυνατότητα παροχής της σωστής δόσης οξυγόνου στα κύτταρα και της αποβολής του διοξειδίου του άνθρακα (respiration), ε) η δυνατότητα να τρως και να μεταβολίζεις όλες τις απαραίτητες τροφές (digestion and metabolism), στ) η δυνατότητα κίνησης όλων των μελών του σώματος σύμφωνα με το κανονικό εύρος κίνησης του ανθρώπινου είδους και αντίστοιχα με το στάδιο ανάπτυξης (movement and balance), ζ) η δυνατότητα του σώματος να προστατεύεται (immunity and excretion), η) η δυνατότητα αναπαραγωγής (fertility) και θ) η δυνατότητα να παράγεις διάφορες απαραίτητες ορμόνες (hormonal control).

δυνατότητα προσδιορίζεται καθορίζοντας αρχικά το εύρος των τιμών των φυσιολογικών και ψυχολογικών μεταβλητών που χαρακτηρίζουν τα τυπικά επίπεδα της ανθρώπινης λειτουργίας και, έπειτα, της απόκλισης από αυτές τις τιμές. Αυτή η απόκλιση συνδέεται με την επιβολή εμποδίων στα επηρεαζόμενα άτομα ως προς την εκπλήρωση των σχεδίων ζωής τους στη δεδομένη κοινωνία. Αναγνωρίζει ακόμη και ένα δεύτερο χαμηλότερο όριο, το οποίο ονομάζει «όριο ατομικότητας» (personhood threshold), κάτω από το οποίο οι άνθρωποι στερούνται των βασικών στοιχείων της ανθρώπινης ζωής (π.χ. τη συνείδηση ή τη δυνατότητα αναπνοής χωρίς μηχανική υποστήριξη), το οποίο είναι καθολικό και δεν επηρεάζεται από τις εκάστοτε κοινωνικές συνθήκες ή κανόνες. Οι πολιτικές, λοιπόν, θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους και τα δύο όρια, καθότι εκφράζουν διαφορετικά επίπεδα σοβαρότητας σε σχέση με την έλλειψη δυνατοτήτων.

Η θεώρηση της Ram-Tiklin (2011· 2012· 2016) αποτελεί ένα παράδειγμα διανεμητικού πλουραλισμού. Αναφορικά με την κατανομή των υγειονομικών πόρων, προτεραιότητα θα πρέπει να δίνεται σε εκείνα τα άτομα που βρίσκονται κάτω από το όριο επάρκειας (ή και κάτω από το όριο ατομικότητας) ή κινδυνεύουν να πέσουν κάτω από αυτό. Στο πλαίσιο των ανταγωνιστικών αξιώσεων κάτω από το όριο επάρκειας, η προτεραιότητα καθορίζεται σε σχέση με α) την απόσταση από το όριο επάρκειας (ιδίως αν κινδυνεύουν να στερηθούν τις απαραίτητες δυνατότητες ατομικότητάς τους ή αν στερούνται περισσότερες δυνατότητες), β) το μέγεθος του οφέλους και γ) τον αριθμό των ατόμων που επωφελούνται (number and benefit-size sufficiency), όπου το μέγεθος του οφέλους λαμβάνει μεγαλύτερη ηθική σημαντικότητα από τον αριθμό των αποδεκτών αυτού του οφέλους. Πάνω από το όριο επάρκειας εφαρμόζεται ένας σταθμισμένος ως προς την ανάγκη ωφελιμισμός (need-weighted utilitarianism). Προτεραιότητα δίνεται σε εκείνους που κινδυνεύουν να πέσουν κάτω από το όριο, με τη παροχή προληπτικών θεραπειών (π.χ. η αγωγή σε θέματα υγείας και οι εμβολιασμοί) έναντι θεραπειών πολυτελείας (π.χ. οι αισθητικές επεμβάσεις), οι οποίες εκφράζουν προτιμήσεις, σύμφωνα με την ωφελιμιστική αρχή του μεγαλύτερου οφέλους για τον μεγαλύτερο αριθμό ατόμων. Σε αυτό το θεωρητικό σχήμα, η προσωπική ευθύνη και η προσπάθεια δεν αποτελούν κριτήρια της δικαιοσύνης, και δεν θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη.

Ενδιαφέρουσα είναι και η σύλληψη του Alvarez (2007), ο οποίος, βασιζόμενος στο παράδειγμα της ακραίας έλλειψης υγειονομικών πόρων στις χώρες χαμηλού εισοδήματος, προτείνει ως αντικείμενο της δικαιοσύνης την επάρκεια της φυσικής και της νοητικής δυνατότητας για την εκτέλεση ορισμένων «ζωτικών λειτουργιών (vital tasks), όπως το να βγάζεις τα προς το ζην ή τα παιδιά να μεγαλώνουν και να μαθαίνουν πως να είναι παραγωγικά μέλη της κοινωνίας. Η επάρκεια της υγείας, όπως ορίστηκε προηγουμένως, αντιστοιχεί στην επάρκεια των υγειονομικών πόρων που είναι απαραίτητη για την επίτευξη και τη διατήρησή της. Ως πλουραλιστής, αποδέχεται την εφαρμογή των αρχών της ισότητας, της προτεραιότητας και της αποτελεσματικότητας, αφού όμως έχει προηγουμένως επιτευχθεί η επάρκεια στην υγεία.

Η σύλληψη της δικαιοσύνης ως ένα επαρκές επίπεδο θα μπορούσε να συνδεθεί και με την εξασφάλιση ενός αξιοπρεπούς ελάχιστου επιπέδου υγειονομικής περίθαλψης για όλους, ανεξαρτήτως της ικανότητας πληρωμής τους (Hauck κ.ά., 2004). Όροι όπως οι «decent minimum» και «basic minimum» εκφράζουν ιδέες σχετικές με την επίτευξη ενός επαρκούς επιπέδου (Rid, 2016), κάνοντας επίκληση στα σχετικά ανθρώπινα δικαιώματα¹²⁸, όπως θα αναλυθούν σε επόμενη ενότητα. Τα περισσότερα σύγχρονα συστήματα υγείας, λοιπόν, είναι δύο επιπέδων (two-tiered), όπου στο πρώτο επίπεδο υπάρχει ένα καλάθι βασικών παροχών προς όλους και στο δεύτερο δίνεται η δυνατότητα αγοράς επιπρόσθετων ή ταχύτερης παροχής ή υψηλότερης ποιότητας υγειονομικών υπηρεσιών. Πολλοί υποστηρίζουν ότι θα πρέπει να επιτρέπεται η αγορά των υπηρεσιών του δεύτερου επιπέδου, εφόσον δεν υπονομεύουν την ποιότητα ή τη βιωσιμότητα του πρώτου, καθότι προσφέρουν μια βελτίωση κατά Pareto, ενώ διαφορετικά θα επρόκειτο για έναν αθέμιτο περιορισμό της ελευθερίας των ατόμων κατά την επιδίωξη των προτιμήσεών τους (Rid, 2016). Ωστόσο, πρόβλημα τίθεται ως προς τον συγκεκριμένο τρόπο προσδιορισμού αυτού του

¹²⁸ Όπως αναφέρει η Rid (2016), υπάρχει μια ευρεία προτίμηση προς το ηθικό δικαίωμα για υγειονομική περίθαλψη και όχι για υγεία, καθότι το δικαίωμα να είσαι υγιής «fails even the most basic feasibility requirement, given that some people will remain ill regardless of how many resources are spent on their health».

πακέτου υπηρεσιών, καθότι θα πρέπει να ικανοποιείται η προϋπόθεση της επάρκειας σε ένα περιβάλλον περιορισμένων διαθέσιμων πόρων. Μια τέτοια μέθοδος είναι η ιεράρχηση όλων των υγειονομικών παρεμβάσεων με βάση το κριτήριο του λόγου κόστους-αποτελεσματικότητας και, κατόπιν, η επιλογή των πιο ανταποδοτικών βάσει της διαθεσιμότητας των πόρων (Hauck κ.ά., 2004). Πάντως, όπως παρατηρούν οι New και Le Grand (1996), ο καθορισμός αυτού του πακέτου θα πρέπει να ενσωματώνει και τις κοινωνικές αξίες αναφορικά με το τι θεωρείται αναγκαίο.

Η οπτική της δικαιοσύνης ως ένα επαρκές επίπεδο έχει υποστεί και αυτή κάποια κριτική. Αρχικά, τίθεται το ζήτημα του προσδιορισμού του ορίου επάρκειας κατά τρόπο που η ανύψωση της κατάστασης ενός ατόμου έως την επίτευξή του να θεωρείται υψίστης ηθικής σημασίας, ενώ περαιτέρω βελτιώσεις στην ευημερία του να μην είναι ηθικά σημαντικές (Arneson, 2013). Ωστόσο, το όριο αυτό θα πρέπει να θεωρείται περισσότερο ως δυσδιάκριτο, παρά ως ηθικά αυθαίρετο, καθότι σε πολλές περιπτώσεις είναι δυνατός ο διαχωρισμός μεταξύ των ατόμων που βρίσκονται σε καλή και εκείνων που βρίσκονται σε κακή κατάσταση (π.χ. λόγω της έλλειψης στέγης) (Hirose, 2015). Έπειτα, η σύλληψη αυτή ενέχει τον κίνδυνο της αδιαφορίας για τις ανισότητες που επικρατούν πάνω από το επίπεδο επάρκειας (Shields, 2012). Το πόσο σημαντικό μπορεί να είναι το πρόβλημα αυτό σχετίζεται και με το ύψος του ορίου επάρκειας και το πεδίο που αφήνει για τις ανισότητες, καθώς με ένα χαμηλό όριο επιτρέπονται μεγάλες ανισότητες, ενώ το αντίθετο συμβαίνει με ένα υψηλό. Μια λύση αποτελεί και η αποδοχή πολλαπλών ορίων, όπου δίνεται λεξικογραφική προτεραιότητα στην επίτευξη του χαμηλότερου στην κατάταξη ορίου, στη συνέχεια του δεύτερου χαμηλότερου κ.ο.κ. (Hirose, 2015). Μια άλλη κριτική αφορά στην προτεραιοποίηση των ατόμων που βρίσκονται κοντά στο όριο επάρκειας από κάποιες θεωρήσεις, καθότι ως στόχος τίθεται η μεγιστοποίηση του αριθμού των ατόμων που το επιτυγχάνουν (*headcount view*). Έτσι, παραγκωνίζονται οι ανάγκες των ανθρώπων που βρίσκονται σε πολύ χειρότερη θέση, καθώς η ίδια μεταφορά πόρων, ενώ θα βελτίωνε σημαντικά τη ζωή τους, δεν θα μπορούσε να τους φέρει μέχρι το επίπεδο επάρκειας (Fourie, 2016). Μια λύση δίνει ο Crisp (2003), ο οποίος προτείνει την παραχώρηση προτεραιότητας στη βελτίωση της κατάστασης της ζωής εκείνων των ατόμων

που βρίσκονται κάτω από το όριο της αξιοπρεπούς ζωής, αντίστοιχης με τον βαθμό στον οποίο είναι χειρότερη η θέση τους. Ωστόσο, η ανάθεση μεγαλύτερης βαρύτητας σε αυτούς που βρίσκονται σε κακή θέση μπορεί να εγείρει την αντίρρηση που σχετίζεται με το «bottomless-pit problem» και την πιθανή εξάντληση των πόρων της κοινωνίας για τις ιατρικές ανάγκες κάποιων ατόμων που βρίσκονται σε ιδιαίτερα κακή κατάσταση, χωρίς μάλιστα να μπορούν να τα ανυψώνουν στο επίπεδο της επάρκειας (Fourie, 2016). Τέλος, καθότι κάποιες συλλήψεις της αρχής αυτής δεν λαμβάνουν υπόψη τα οφέλη που διανέμονται πάνω από το όριο επάρκειας, δεν ικανοποιούν την ασθενή συνθήκη Pareto, κατά την οποία μια έκβαση είναι καλύτερη, εφόσον όλα τα άτομα βρίσκονται σε μια καλύτερη κατάσταση (Holtug, 2007). Για αυτόν τον λόγο, ο Crisp (2003) προτείνει την εφαρμογή ενός αξιολογικού ωφελιμισμού, όπου απόλυτη προτεραιότητα δίνεται σε (ουσιαστικές) βελτιώσεις της ευημερίας κάτω από το όριο επάρκειας, ενώ ίσες αυξήσεις ευημερίας έχουν ίση αξία πάνω από αυτό το όριο.

2.3.4.3. Δικαιοσύνη ως αξιοσύνη ή επάξια ανταμοιβή (desert)

Σύμφωνα με τον Αριστοτέλη, όλοι οι άνθρωποι συμφωνούν ότι στις διανομές των διαφόρων αγαθών το δίκαιο πρέπει να προσδιορίζεται με βάση κάποια αξία, μόνο που την αξία δεν την προσδιορίζουν όλοι με τον ίδιο τρόπο¹²⁹. Αντίστοιχα, ο Kagan (2012) υποστηρίζει ότι, καθότι οι άνθρωποι είναι εξοικειωμένοι στην ιδέα ότι κάποιος είναι πιο άξιος από κάποιους άλλους, πρόκειται για μια αρχή που χρησιμοποιείται από τους ανθρώπους σε καθημερινή βάση. Συνεπώς, μια ακριβής ηθική θεωρία θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει μια εκτίμηση για την ηθικά επάξια ανταμοιβή (moral desert).

Κατά την αρχή της επάξιας ανταμοιβής ή αξιοσύνης (principle of desert), κάποια άτομα, λόγω της ηθικής αξίας του χαρακτήρα τους ή κάποιου επιθυμητού χαρακτηριστικού ή αρετής (virtue) τους ή των πράξεών τους ή της

¹²⁹ Αριστοτέλης, Ηθικά Νικομάχεια, Ε, 1131a.

απόδοσής τους δικαιούνται προτεραιότητα ή περισσότερα έναντι των υπολοίπων μελών της κοινωνίας (Williams και Cookson, 2000). Έτσι διατυπωμένη η αρχή αυτή συνεπάγεται ότι αυτό το επιθυμητό χαρακτηριστικό ή πράξη ή απόδοση είναι ποσοτικά και διαπροσωπικά μετρήσιμα, προκειμένου να είναι δυνατός ο προσδιορισμός της συγκεκριμένης ποσότητας της καλοτυχίας ή της ευημερίας που αναλογεί στο κάθε άτομο (Arneson, 2013).

Ο Segall (2010) υποστηρίζει ότι η επάξια ανταμοιβή μπορεί να προσεγγιστεί από πλευράς είτε ηθικότητας (morality) είτε προνοητικότητας (prudence). Ενώ η ηθικότητα είναι μάλλον εξωστρεφής και σχετίζεται με τα ηθικά χαρακτηριστικά κάποιου και της συμπεριφοράς του προς τους άλλους, η προνοητικότητα αναφέρεται στη φροντίδα των δικών του συμφερόντων. Επιπλέον, διακρίνει μεταξύ επιτρεπτικής (permissive desert) και υποχρεωτικής (mandatory desert) επάξιας ανταμοιβής. Στην πρώτη περίπτωση επιτρέπεται η ανισότητα μεταξύ ατόμων με άνιση αξιοσύνη, ενώ στη δεύτερη, όχι μόνο είναι υποχρεωτική αυτή η ανισότητα, αλλά θα πρέπει και να αντιστοιχεί στον βαθμό της διαφοράς της αξιοσύνης μεταξύ τους. Τέλος, άλλη μια διάκριση που κάνει είναι μεταξύ μη συγκριτικών και συγκριτικών ερμηνειών της αρχής αυτής. Κατά τη μη συγκριτική θέση, σε κάθε αξιέπαινη συμπεριφορά αντιστοιχεί ένα συγκεκριμένο επίπεδο ευημερίας, ενώ κατά τη συγκριτική, αυτό που έχει σημασία για την κατανομή της ευημερίας είναι οι σχετικές διαφορές μεταξύ των ατόμων.

Κατά τους Feldman και Skow (2016), τα στοιχεία που θα πρέπει να ξεκαθαρίζει μια προσέγγιση της δικαιοσύνης με βάση την αξιοσύνη είναι: α) ποιος είναι ο δικαιούχος (deserver), β) τι δικαιούται (το αντικείμενο της ανταμοιβής), γ) ποια είναι η βάση κατά την οποία ο δικαιούχος δικαιούται την ανταμοιβή, δ) από ποιον τη δικαιούται (distributor), ε) τον χρόνο κατά τον οποίο ο δικαιούχος δικαιούται την ανταμοιβή και στ) τον χρόνο κατά τον οποίο ο δικαιούχος δικαιούται να λάβει την ανταμοιβή.

Κατά τον Feinberg (1970), η προσέγγιση της αξιοσύνης δεν θέτει όρια ως προς το υποκείμενο που είναι δικαιούχος, με συνέπεια και ένα μη πρόσωπο να μπορεί να αποτελεί δικαιούχο. Για παράδειγμα, ένα αρχαίο μνημείο μπορεί να δικαιούται διατήρηση, προστασία, καθώς και προβολή. Οι σχετικές αξιώσεις μπορούν να αφορούν σε διάφορα πράγματα, όπως είναι ο σεβασμός, η

επιβράβευση και τα χρήματα. Επιπλέον, διαχωρίζει μεταξύ βασικών και παράγωγων ανταμοιβών. Οι βασικές ανταμοιβές σχετίζονται με την επιδοκιμασία ή την αποδοκιμασία, ενώ οι παράγωγες συνιστούν κατάλληλες εκφράσεις των πρώτων. Για παράδειγμα, η επιδοκιμασία του εργασιακού ήθους μπορεί να εκφράζεται με την αύξηση του μισθού. Γενικότερα, αυτό που δικαιούται κάποιος μπορεί να έχει θετικό ή αρνητικό χαρακτήρα και να προσφέρει ένα όφελος ή μια απώλεια (Kristjánsson, 2003). Υπό αυτήν την οπτική, η τιμωρία μπορεί να συνιστά μια έκφραση αποδοκιμασίας.

Ως προς τη δικαιολογητική βάση της ανταμοιβής, αυτή μπορεί να είναι μια ιδιότητα ή ένα γεγονός, αν και οι δύο έννοιες είναι σχεδόν ταυτόσημες (Feldman και Skow, 2016). Ο Αριστοτέλης είχε προτείνει την αρετή ή τον ηθικό χαρακτήρα ως το κατάλληλο κριτήριο για την οικονομική κατανομή βάσει αυτής της αρχής (Lamont και Favor, 2017). Οι σύγχρονες συλλήψεις μπορούν να διακριθούν κυρίως σε τέσσερις κατηγορίες αναφορικά με τη βάση της ανταμοιβής (Dick, 1975· Lamont, 1997· Lamont και Favor, 2017). Κατά την προσέγγιση της ικανότητας (*ability approach*), τα άτομα θα πρέπει να ανταμείβονται αναλόγως της ικανότητάς (ή και της απόδοσής) τους. Ωστόσο, αυτό το κριτήριο θα μπορούσε να θεωρηθεί μάλλον ακατάλληλο, δεδομένου ότι δύσκολα μπορούν να δικαιολογηθούν ανισότητες μεταξύ των ανθρώπων στη βάση των φυσικών ταλέντων τους (από τις περισσότερες θεωρίες δικαιοσύνης τουλάχιστον). Αντίθετα, φαίνεται πιο εύλογο οι διαφορές σε ικανότητες να αποτελέσουν δικαιολογητική βάση μόνο στον βαθμό που οι σχετικές ανισότητες προκύπτουν από τη διαφορά προσπάθειας για την ανάπτυξη και την εκμετάλλευσή τους. Υπό αυτήν την οπτική, όμως, ως βάση τίθεται ουσιαστικά η προσπάθεια και όχι η ικανότητα. Ωστόσο, η προσέγγιση της προσπάθειας (*effort approach*) επίσης περιορίζεται από την ικανότητα, καθώς η παρουσία ή όχι της ικανότητας μπορεί να επηρεάζει τη διάθεση για προσπάθεια. Κατά την προσέγγιση της συμβολής (*contribution approach*), η συνεισφορά κάθε ατόμου στην κοινωνική ευημερία θα πρέπει να συνδέεται με την ανάλογη ανταμοιβή. Η αξία του οριακού προϊόντος αποτελεί μια καλή προσέγγιση για τη μέτρηση αυτής της συνεισφοράς, η οποία όμως δεν αντιστοιχεί πάντοτε στον κόπο που αποδίδει κάποιος στην παραγωγή. Η προσέγγιση της αποζημίωσης (*compensation approach*) αναφέρεται στην εξίσωση των μη οικονομικών διαφορών μεταξύ των

εργασιών. Αυτό γίνεται με την οικονομική αποζημίωση για όλα τα κόστη που υφίσταται το άτομο κατά την παραγωγική δραστηριότητα, λαμβάνοντας υπόψη τα μη επιθυμητά και μη σχετιζόμενα με τον μισθό γνωρίσματα της εργασίας. Με αυτόν τον τρόπο αντισταθμίζονται αυτά τα αρνητικά χαρακτηριστικά, δίνοντας κίνητρο στα άτομα να αναλάβουν αυτές τις εργασίες. Με αυτόν τον τρόπο, μπορεί να δικαιολογηθεί η μεγαλύτερη αποζημίωση των υψηλών θέσεων στις εταιρίες, καθότι οι κάτοχοί τους αναλαμβάνουν τον φόρτο και το άγχος της διοικητικής ευθύνης. Βέβαια, όπως παρατηρεί και ο Pen (1971), «it is difficult to see why supply and demand should yield exactly a price that is proportionate to a person's responsibilities». Άλλωστε, τα ίδια τα υψηλά στελέχη καθορίζουν τις αμοιβές τους βάσει αυτού που θεωρούν οι ίδιοι ότι αξίζουν. Τέλος, έχει ενδιαφέρον να σημειωθεί εδώ και η προσέγγιση της αξιοσύνης κατά τον Arneson (2007). Σύμφωνα με αυτόν, η αξιοσύνη ορίζεται σε σχέση με την ευσυνειδησία (conscientiousness), όπου το τι δικαιούται κάποιος εξαρτάται από τον βαθμό στον οποίο είναι σταθερά προδιατεθειμένος στην επιδίωξη αυτού που θεωρεί σωστού και καλού, και επομένως θα πρέπει να θεωρείται υποκειμενικά ενάρετος (subjectively virtuous).

Οι περισσότεροι υποστηρικτές της αρχής της αξιοσύνης θεωρούν ότι η επάξια ανταμοιβή εστιάζει στο παρελθόν (backward-looking), καθότι κάποιος μπορεί να αξιώσει κάτι μόνο με βάση τις προγενέστερες πράξεις του (Feinberg, 1970· Miller, 1976). Άλλωστε, είναι δύσκολο να γίνει αποδεκτό ότι ένα άτομο δικαιούται να τιμωρηθεί για μια πράξη που θα κάνει στο μέλλον¹³⁰. Έτσι, η δικαιολογητική βάση της επάξιας ανταμοιβής είτε προηγείται είτε συμβαίνει ταυτόχρονα με το γεγονός της ανταμοιβής. Ωστόσο, υπάρχουν μελετητές που επισημαίνουν περιπτώσεις όπου οι σχετικές αξιώσεις μπορούν να βασίζονται και σε μελλοντικά γεγονότα (future-looking). Ο Feldman (1995) αναφέρει ως παραδείγματα τις περιπτώσεις των μεταλλίων ή των επαίνων που οφείλουμε

¹³⁰ Πρέπει να σημειωθεί βεβαίως ότι οι προπαρασκευαστικές πράξεις μπορεί σε κάποιες περιπτώσεις να χρήζουν τιμωρίας κατά το ποινικό δίκαιο. Η δικαιολόγησή τους δεν μπορεί παρά να βασίζεται στην μελλοντική πράξη την οποία προετοιμάζουν, αλλά, παρόλα αυτά, και αυτές αποτελούν επιλήψιμες ενέργειες στο πλαίσιο του παρόντος.

σε στρατιώτες που πρόκειται να συμμετάσχουν σε αποστολές αυτοκτονίας, καθώς και των δώρων ή των παροχών που δίνονται σε παιδιά με θανατηφόρες ασθένειες από κάποιους οργανισμούς.

Η έννοια της επάξιας ανταμοιβής έχει διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στις θεωρίες τόσο της διανεμητικής όσο και της ανταποδοτικής (retributive) δικαιοσύνης. Ωστόσο, φαίνεται να έχει χάσει τη σημασία της για τις σύγχρονες διανεμητικές συλλήψεις. Η ασυμμετρία αυτή έχει δικαιολογηθεί με βάση δύο επιχειρήματα (Moriarty, 2003). Κατά το μεταφυσικό επιχείρημα, που αναπτύχθηκε κυρίως από τον Rawls, ενώ η επάξια ανταμοιβή απαιτεί υπευθυνότητα, οι πράξεις και τα χαρακτηριστικά των ανθρώπων συνιστούν το αποτέλεσμα της επίπτωσης των φυσικών παραγόντων, επί των οποίων όμως τα άτομα δεν ασκούν έλεγχο και, επομένως, δεν φέρουν τη σχετική ευθύνη. Η αιτιότητα βάσει φυσικών παραγόντων είναι γενικότερα ασύμβατη με την έννοια της υπευθυνότητας¹³¹. Από την άλλη πλευρά, το επιστημολογικό επιχείρημα αναγνωρίζει μόνο τον μερικό προσδιορισμό της ανθρώπινης δράσης από τους φυσικούς παράγοντες. Στον βαθμό, όμως, που τα αποτελέσματα δεν μπορούν να διαχωριστούν βάσει του αν οφείλονται σε ελεύθερες επιλογές των ατόμων ή σε παράγοντες που δεν ελέγχουν, δεν είναι δυνατή η εφαρμογή της αρχής της επάξιας ανταμοιβής στις θεωρίες της διανεμητικής δικαιοσύνης. Με άλλα λόγια, είναι δύσκολο να διακριβωθεί στην πράξη αν η απόδοση κάποιου οφείλεται στην προσπάθεια του ή στις φυσικές προικοδοτήσεις του. Ο Smilansky (2006) επισημαίνει επιπλέον ότι, ενώ η κοινωνία μπορεί ορθολογικά να περιμένει όλοι οι άνθρωποι να ελέγχουν συνεχώς τις πράξεις τους με στόχο τη συμμόρφωση προς τις οδηγίες της ανταποδοτικής δικαιοσύνης (υπακοή στον νόμο), δεν μπορεί να ισχύει το ίδιο και στην διανεμητική σφαίρα της δικαιοσύνης.

¹³¹ Είναι απερίφραστη η απόρριψη της αρχής της αξιοσύνης από τον Rawls (1999) ακόμη και στην περίπτωση του ηθικά υπέρτερου χαρακτήρα: [t]hus it is incorrect that individuals with greater natural endowments and the superior character that has made their development possible have a right to a cooperative scheme that enables them to obtain even further benefits in ways that do not contribute to the advantages of others. We do not deserve our place in the distribution of native endowments, any more than we deserve our initial starting place in society. That we deserve the superior character that enables us to make the effort to cultivate our abilities is also problematic; for such character depends in good part upon fortunate family and social circumstances in early life for which we can claim no credit.

Αναμενόμενα, λοιπόν, μειώνεται και η ηθική σημασία και ο ρόλος της επάξιας ανταμοιβής στις διανεμητικές θεωρίες.

Συνολικά, η σύλληψη της επάξιας ανταμοιβής έχει αναπτυχθεί κυρίως για τα οικονομικά αγαθά και ενδιαφέρεται για τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης (κοινωνικού προϊόντος). Σε αυτό το πλαίσιο, οι κατανομές του εισοδήματος είναι δίκαιες εφόσον αντιστοιχούν στην ικανότητα, την προσπάθεια, τη συμβολή ή τον παραγωγικό κόπο των ατόμων. Επομένως, δεν είναι άδικο ένα πιο άξιο (σύμφωνα με τα συγκεκριμένα κριτήρια) άτομο να βρίσκεται σε καλύτερη θέση από ένα λιγότερο άξιο άτομο, και η αντίστοιχη ανισότητα είναι αποδεκτή από πλευράς δικαιοσύνης. Ως προς τη διανεμητική διάστασή της, η αρχή της επάξιας ανταμοιβής συνεπάγεται ότι όσο μεγαλύτερο είναι το χάσμα μεταξύ αυτού που δικαιούται κάποιος και αυτού που διαθέτει, τόσο μεγαλύτερη ηθική αξία διαθέτει η βελτίωση της κατάστασής του (Arneson, 2013)¹³². Ως παράδειγμα ο Kagan (1999) έθεσε την περίπτωση όπου ένας άγιος απολαμβάνει ένα υψηλό επίπεδο ευημερίας, το οποίο είναι όμως πολύ χαμηλότερο από αυτό που αξίζει, ενώ ένας αμαρτωλός έχει ένα πολύ χαμηλότερο επίπεδο ευημερίας, το οποίο είναι όμως πολύ υψηλότερο από αυτό που δικαιούται. Κατά τη διανομή μιας μονάδας οφέλους ευημερίας, ενώ οι εξισωτιστές θα θεωρούσαν ότι αυτή θα έπρεπε να αποδοθεί στον αμαρτωλό λόγω της χαμηλής ευημερίας του, η προσέγγιση της αξιοσύνης θα την εκχωρούσε στον άγιο, καθότι βρίσκεται σε χειρότερη θέση από ό,τι του αξίζει.

Το σημείο επικέντρωσης του εξισωτισμού της τύχης είναι το αν κάποιος μπορεί να κριθεί υπεύθυνος για τις καλές ή κακές εκβάσεις του και, επομένως, αν τις δικαιούται. Από αυτήν την άποψη, μπορεί να υποστηριχθεί ότι αυτές οι θεωρίες προσομοιάζουν στην αρχή της επάξιας ανταμοιβής ή αξιοσύνης, ιδίως αν ληφθεί υπόψη ότι βασικό χαρακτηριστικό της προσέγγισης της αξιοσύνης

¹³² Θα πρέπει να γίνει ένας εννοιολογικός διαχωρισμός μεταξύ του «desert» και του «entitlement». Αν και έχουν παρόμοια δομή, η πρώτη έννοια δεν απαιτεί την ύπαρξη νόμων ή συμβολαίων ή άλλων δεσμευτικών νομικών ρυθμίσεων. Ένα άτομο μπορεί να δικαιούται (deserve) κάτι χωρίς να έχει και το αντίστοιχο νομικό δικαίωμα (entitlement). Για αυτό και στη βιβλιογραφία γίνεται η αντίστοιχη διάκριση μεταξύ της προ-θεσμικής αξιοσύνης (pro-institutional desert) και της θεσμικής αξιοσύνης (institutional desert). (Feldman και Skow, 2016).

είναι ότι το υποκείμενο αξίζει ένα αντικείμενο (ανταμοιβή) στο πλαίσιο κάποιας δικαιολογητικής βάσης, για την οποία πρέπει να είναι και υπεύθυνος (Rojman και McLeod, 1998· Olsaretti, 2002). Ειδικότερα, η ευθύνη του δρώντα μπορεί να αποτελέσει το κριτήριο απόδοσης της επάξιας ανταμοιβής ή και το αντίστροφο, όπου η αρχή της αξιοσύνης μπορεί να δικαιολογήσει τα οφέλη και τις επιβαρύνσεις που συνδέονται με τον συνεπειοκρατική οπτική της ευθύνης (Knight και Stemplowska, 2011).

Ωστόσο, ο εξισωτισμός της τύχης αποτελεί μια σύλληψη αναδιανεμητικής δικαιοσύνης και δεν συνιστά μια πλήρη θεωρία του ηθικού αγαθού ή του τι είναι ηθικά επιτρεπτό (Lippert-Rasmussen, 2016). Οι Brouwer και Mulligan (2019), συγκρίνοντας τις δύο συλλήψεις, κατέληξαν στο ότι η προσέγγιση του εξισωτισμού της τύχης διαφέρει σε τρία βασικά σημεία από εκείνη της αρχής της αξιοσύνης, τα οποία αντιπροσωπεύουν και αντίστοιχα μειονεκτήματα. Αρχικά, δεν αποζημιώνει τα άτομα για τις πολύτιμες κοινωνικές συνεισφορές τους όταν αυτές προκύπτουν στο πλαίσιο της «τύχης επιλογής». Τέτοια περίπτωση αποτελεί όταν κάποιος υφίσταται κάποια βλάβη στην προσπάθεια του να σώσει τη ζωή κάποιου άλλου, παρά το ότι η συγκεκριμένη πράξη είναι αξιόπαινη, καθότι επρόκειτο για μια εθελοντική επιλογή στο πλαίσιο του εξισωτισμού της τύχης. Έπειτα, δεν αποζημιώνει τα άτομα για τις πολύτιμες κοινωνικές συνεισφορές τους όταν αυτές έχουν προκύψει από «ωμή τύχη». Ως παράδειγμα δίνουν την περίπτωση του Bill Gates, ο οποίος ευτύχησε να συνδυάζει σημαντικά προσωπικά φυσικά ταλέντα με ένα ευκατάστατο οικογενειακό περιβάλλον. Ωστόσο, μια αναδιανομή από αυτά τα άτομα σε άλλα που έχουν χειρότερη «ωμή τύχη» θα δημιουργούσε αντικίνητρα για την αξιοποίηση της καλής «ωμής τύχης» στο μέλλον. Τέλος, ο εξισωτισμός της τύχης έχει περιορισμένο πεδίο εφαρμογής, καθότι ενδιαφέρεται μόνο για τις συγκριτικές ανισότητες και όχι για το αν τα ίδια τα επίπεδα του εκάστοτε αντικείμενου της δικαιοσύνης είναι δίκαια. Αντίθετα, η θεώρηση των Brouwer και Mulligan για την δικαιοσύνη ως αξιοσύνη σχετίζεται με την παραγωγικότητα, όπου όλοι δικαιούνται ένα συγκεκριμένο επίπεδο του κοινωνικού προϊόντος σε αντιστοιχία με το μέγεθος της συμβολής τους.

Ως προς την υγεία, η εφαρμογή της αρχής της αξιοσύνης παρουσιάζει σημαντικές δυσκολίες, όπως στην περίπτωση της παχυσαρκίας. Διαπιστώσαμε

σε προηγούμενες ενότητες πόσο περιπλεγμένες είναι οι αιτίες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά υγείας των ατόμων, κατά τρόπο που δεν μπορεί να θεωρηθεί ως αποκλειστική ευθύνη τους η ανάληψη αρνητικών ή φιλικών προς την υγεία πρακτικών. Για παράδειγμα, το βάρος των ατόμων προσδιορίζεται σε σημαντικό βαθμό από τα γονίδια και το οικογενειακό περιβάλλον τους. Επομένως, είναι δύσκολο να γίνει αποδεκτό ότι ένα παχύσαρκο άτομο δεν δικαιούται κάποια βοήθεια από την κοινωνία για τον λόγο ότι δεν κατέβαλε την προσήκουσα προσπάθεια για να διατηρήσει το βάρος του σε φυσιολογικά επίπεδα. Αυτό διότι, όπως σημειώθηκε πρωτύτερα, ένα από τα απαραίτητα στοιχεία της αρχής της αξιοσύνης είναι η ευθύνη του δικαιούχου ως προς τη δικαιολογητική βάση της επάξιας ανταμοιβής. Με άλλα λόγια, αν το παχύσαρκο άτομο δεν φέρει το ίδιο την ευθύνη για την κατάστασή του, δεν μπορεί να δικαιολογηθεί και η άρνηση παροχής βοήθειας ή αποζημίωσης προς αυτό.

Μια λύση θα μπορούσε να δοθεί από τη σύλληψη της «αρνητικής ευθύνης» (negative responsibility) του Smilansky (1996)¹³³. Στο πλαίσιο αυτής της οπτικής, υποθέτουμε την ύπαρξη ενός επιπέδου αναφοράς ως προς το τι δικαιούται ο κάθε άνθρωπος (baseline of desert). Για παράδειγμα, όλοι μπορεί να δικαιούνται καθαρό αέρα ή καλή υγεία. Ο μόνος τρόπος να μη δικαιούται κάποιος αυτό το επίπεδο αναφοράς είναι μέσω της ευθύνης του για την παρέκκλιση της κατάστασής του από αυτό το επίπεδο. Ως εκ τούτου, τα άτομα που δεν φέρουν τα ίδια την ευθύνη για τις στερήσεις που υπόκεινται σε σχέση με το επίπεδο αναφοράς δικαιούνται να μην πλήττονται από αυτές, και μπορούν να αξιώσουν σχετική αποζημίωση. Επομένως, η επάξια ανταμοιβή δεν απορρέει από τη «θετική ευθύνη» (positive responsibility) κάποιου για την κατάστασή του, αλλά από το ότι πλήττεται από μια δυσβάσταχτη κατάσταση που αποτελεί μια παρέκκλιση από το επίπεδο αναφοράς (π.χ. της καλής υγείας), χωρίς να ευθύνεται το ίδιο το άτομο για αυτήν. Επομένως, η επάξια ανταμοιβή προηγείται χρονικά της δικαιολογητικής βάσης της (pre-desert) σε

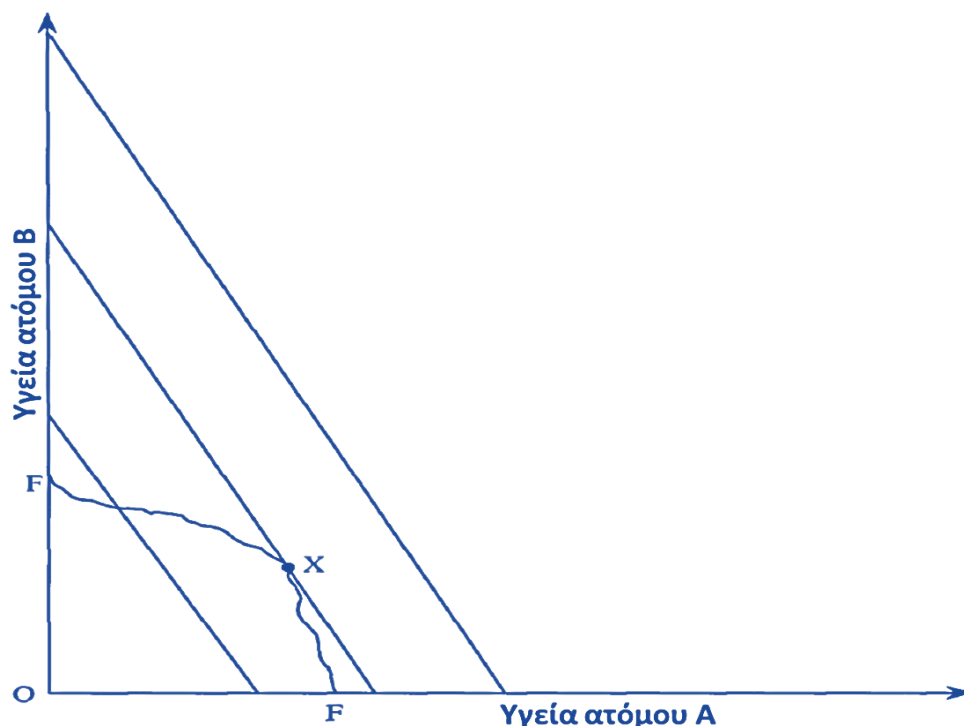
¹³³ Μια αντίστοιχη προσέγγιση είχε προτείνει νωρίτερα και ο Nagel (1991), κατά την οποία η κοινωνία, εφόσον δεν προσπαθήσει να ουδετεροποιήσει τις συνέπειες της κακής τύχης, θα πρέπει να παράσχει σχετική δικαιολόγηση για αυτήν την παράλειψή της.

Η υγεία στο όνομα της δικαιοσύνης

αυτή τη σύλληψη. Σε αυτό το σχήμα, ένα βασικό επίπεδο υγείας (ή και η ισότητα στην κατάσταση υγείας) μπορεί να αποτελεί το εν λόγω επίπεδο αναφοράς, οπότε και τα όποια ελλείμματα υγείας (ή η απόκλιση από την ισότητα στην κατάσταση υγείας) χωρίς την ευθύνη των ίδιων των ατόμων αξιολογούνται ως ηθικά απαράδεκτα.

Στο **Γράφημα 2-15** παρουσιάζεται μια περίπτωση απλής μεγιστοποίησης της κατάστασης υγείας. Καθώς υποθέτουμε ότι το άτομο A παρουσιάζει υψηλότερο επίπεδο αξιοσύνης σε σχέση με το B, η βελτίωση της υγείας του λαμβάνει προτεραιότητα, με συνέπεια η συνάρτηση της κοινωνικής ευημερίας να του αποδίδει υψηλότερη βαρύτητα.

Γράφημα 2-15 Βελτιστοποίηση στην κατανομή της υγείας υπό την αρχή της μεγιστοποίησης, υποθέτοντας διαφορετικό επίπεδο αξιοσύνης



Πηγή: Williams και Cookson (2000)

Η ομάδα των θεωριών που βασίζονται στην αρχή της επάξιας ανταμοιβής έχει συνδεθεί με κάποιες σημαντικές αντιρρήσεις. Αρχικά, η απόδοση και η αξιοσύνη σε ένα πλαίσιο εξαρτάται από τις επιλογές του ατόμου. Ωστόσο, ακόμη και αν θεωρήσουμε ότι οι ανθρωπίνι δρώντες έχουν ελεύθερη βούληση,

από τη μια πλευρά πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν τις επιλογές τους είναι πέρα από τη δύναμη του ελέγχου τους και, επομένως, δεν μπορούν να θεωρηθούν οι ίδιοι ως υπεύθυνοι. Από την άλλη πλευρά, οι εναπομείναντες παράγοντες, που μπορούν να καταλογιστούν στους ίδιους τους δρώντες, είναι τόσο πολύπλοκα περιπλεγμένοι με τους μη ελεγχόμενους παράγοντες, ώστε να μην είναι δυνατός ο διαχωρισμός μεταξύ τους και η διαπίστωση του πραγματικού βαθμού ευθύνης του κάθε ατόμου. Η αδυναμία αυτή, βεβαίως, βρίσκεται σε σύγκρουση με την κατά την κοινή λογική κατανόηση του τι συνιστά η ευθύνη και η αξιοσύνη (Arneson, 2007· Lamont και Favor, 2017)¹³⁴. Έπειτα, οι οικονομικές αγορές δεν λειτουργούν κατά τέτοιο τρόπο που να αποδίδεται σε κάθε άνθρωπο αυτό που πράγματι δικαιούται, καθότι τα διάφορα οφέλη και κόστη που διανέμονται εξαρτώνται από τις περιστάσεις (π.χ. τις προτιμήσεις των καταναλωτών και τη γενική ισορροπία της αγοράς) (Arneson, 2007). Συνδυάζοντας αυτό με το προηγούμενο σημείο, μπορούμε να συνάγουμε ότι η παραγωγικότητα συχνά εξαρτάται από παράγοντες επί των οποίων τα άτομα διαθέτουν μικρό έλεγχο και, επομένως, δεν φέρουν την ευθύνη για την επιλογή λιγότερο ή περισσότερο παραγωγικών δραστηριοτήτων. Τέλος, δυσχερής είναι ακόμη και η μέτρηση του τι αποτελεί συμβολή, προσπάθεια ή παραγωγικό κόστος στο πλαίσιο της σύγχρονης πολύπλοκης οικονομίας (Lamont και Favor, 2017).

Ενδιαφέρουσες σε σχέση με τα παραπάνω είναι οι ιδέες του Miller (1999) για τον ρόλο των παραγόντων που βρίσκονται εκτός του ελέγχου¹³⁵ των ατόμων στην αρχή της επάξιας ανταμοιβής. Κατά τον Miller, η δικαιοσύνη απαιτεί η ανθρώπινη απόδοση που έχει κάποια κοινωνική χρησιμότητα και αξία να αναγνωρίζεται ως τέτοια από κάποιους κοινωνικούς θεσμούς ή πρακτικές, οι οποίες θα αποδίδουν στα άτομα ανταμοιβή ή όφελος σε αντιστοιχία με την

¹³⁴ Ωστόσο, όπως παρατηρεί ο Arneson (2007), η διαπίστωση της δυσκολίας στην απόδοση της ευθύνης δεν μπορεί να φθάσει μέχρι το σημείο να εγκαταλειφθούν και οι κοινές πρακτικές στην κοινωνική ζωή που ρυθμίζουν τη διάδραση των ανθρώπων βάσει της επάξιας ανταμοιβής, καθότι αυτές διαθέτουν κάποια εργαλειακή χρησιμότητα, η οποία διαφέρει, μάλιστα, αναλόγως της κοινωνικής σφαίρας.

¹³⁵ Κατά την αρχή του ελέγχου, τα άτομα δεν θα πρέπει να θεωρούνται υπεύθυνα για ό,τι βρίσκεται εκτός του ελέγχου τους (Arneson, 2007).

απόδοσή τους και το τι δικαιούνται βάσει αυτής. Στο πλαίσιο αυτό, λοιπόν, διακρίνει μεταξύ τριών ειδών τύχης. Η επίπτωση της «ενδογενούς τύχης» (integral luck) λαμβάνει χώρα κατά τη διαδικασία της απόδοσης και επηρεάζει το αποτέλεσμα της, όπως είναι η περίπτωση όπου ένας κακός τοξοβόλος ρίχνει τα βέλη του στον στόχο λόγω καλής τύχης και κερδίζει τον αγώνα. Η «περιστασιακή τύχη» (circumstantial luck) επηρεάζει το αν κάποιος έχει εξ αρχής την ευκαιρία να συμμετάσχει στη διαδικασία όπου θα κριθεί η απόδοσή του, όπως η περίπτωση όπου το αυτοκίνητο ενός τοξοβόλου παθαίνει κάποια βλάβη κατά τη διάρκεια της διαδρομής του προς τον αγώνα, οπότε και χάνει την ευκαιρία να λάβει μέρος σε αυτόν. Έπειτα, είναι και η τύχη που σχετίζεται με τις φυσικές προικοδοτήσεις, η οποία καθιστά κάποιους τοξοβόλους πιο ταλαντούχους από άλλους. Η ενδογενής τύχη, λοιπόν, ακυρώνει την ουσία της αξιοσύνης, καθότι στο πλαίσιο της επίπτωσής της δεν μπορεί να αξιολογηθεί το τι δικαιούται κάποιος και, για αυτόν τον λόγο, θα πρέπει να ουδετεροποιούμε τις επιπτώσεις της. Αναφορικά με την αποσπασματική τύχη, δεν μπορούμε να γνωρίζουμε τι θα έκανε το άτομο αν οι περιστασιακές συνθήκες ήταν διαφορετικές, καθώς σε κάθε περίπτωση αξιολογείται η πραγματική απόδοση και όχι η υποθετική. Επομένως, μόνο η περίπτωση όπου οι ευκαιρίες επηρεάζουν με ξεκάθαρο και άμεσο τρόπο το τι επιτυγχάνει ο κάθε άνθρωπος μπορεί να αποτελέσει βάση, μερικής συνήθως, αποζημίωσης. Ως προς τις διαφορές στα φυσικά ταλέντα, ο Miller είναι αρνητικός στην παράβλεψή τους από τον υπολογισμό της επάξιας ανταμοιβής, καθότι αυτό θα υπονόμει τη σχέση μεταξύ της αξιοσύνης και της απόδοσης. Άλλωστε, τα άτομα δικαιούνται οφέλη μόνο στη βάση της σκόπιμης απόδοσής τους, δηλαδή εκείνης η οποία απαιτεί έλεγχο και προσπάθεια και όχι επειδή έχουν κάποιο ταλέντο¹³⁶. Αναγνωρίζει βέβαια ότι είναι δύσκολο να ξεχωρίσεις την απόδοση και το ταλέντο από την προσπάθεια και τις επιλογές, οι οποίες μπορεί να εξαρτώνται

¹³⁶ Όπως αναφέρει χαρακτηριστικά, «[t]he desert is based on the performance, not the talent that may be its necessary condition. Where there is not even an anticipated performance, as there is in the case of secondary desert judgments, there can be no desert. It follows that people cannot deserve anything merely for having, as opposed to exercising, talents. Whenever people are judged meritorious on the basis of native endowments alone –as in the beauty contest case– we have only sham desert judgments» (Miller, 1999).

από συγκυρίες ευνοϊκές ή δυσμενείς που δεν είναι στον έλεγχο του ατόμου. Ωστόσο, καταλήγει στο ότι δεν μπορούμε να εξαλείψουμε κάθε μορφή τυχαιότητας, καθώς θα πρέπει να υιοθετήσουμε μια προσέγγιση της αξιοσύνης που θα έχει πρακτική εφαρμοσιμότητα σε μια πολιτική κοινότητα, και θα επιτρέπει οι διανεμητικές αποφάσεις να λαμβάνονται βάσει αυτής της αρχής. Τέλος, η προσέγγιση της αρχής της αξιοσύνης του Miller αφήνει χώρο ταυτόχρονης λειτουργίας και για άλλες αρχές δικαιοσύνης, όπως είναι η αποτελεσματικότητα και η κοινωνική ισότητα (ως οι ίσες σχέσεις μεταξύ των πολιτών). Έτσι, κάποια αγαθά και υπηρεσίες που οι άνθρωποι τα θεωρούν ως αναγκαίες, όπως είναι η υγειονομική περίθαλψη και η εκπαίδευση, δεν θα πρέπει να κατανέμονται βάσει της αρχής της αξιοκρατίας, ενώ κάποιες οικονομικές αποφάσεις θα πρέπει καθοδηγούνται από το ενδιαφέρον για την αποτελεσματικότητα.

Επιπλέον, οι συλλήψεις της αρχής της αξιοσύνης έχουν επικριθεί για το ότι αναφέρονται κυρίως στους εργαζόμενους ενήλικους και, κατ' επέκταση, δεν μπορεί να θεωρηθούν ως πλήρεις θεωρίες της δικαιοσύνης (Lamont και Favor, 2017). Μια άλλη κριτική αφορά στο ότι η αρχή της επάξιας ανταμοιβής μπορεί να συνδέεται με μια κυκλικότητα, στον βαθμό που η ηθική αξιότητα κάποιου συγχέεται με την ίδια την επάξια ανταμοιβή (Arneson, 2007)¹³⁷. Τέλος, η μη συγκριτική μορφή της αρχής της αξιοσύνης είναι ασύμβατη με την αρχή της μεγιστοποίησης, καθότι βασίζεται στην απαίτηση ότι ο καθένας πρέπει να λαμβάνει σε απόλυτους όρους ακριβώς αυτό που του αξίζει, ούτε λιγότερο, αλλά ούτε και περισσότερο. Το πρόβλημα της «ισοπέδωσης προς τα κάτω» είναι υπαρκτό και στη συγκριτική μορφή της αρχής της αξιοσύνης, καθώς μπορεί να απαιτήσει τη μείωση της ευημερίας κάποιου, χωρίς απαραίτητα να μπορεί να ωφεληθεί κάποιος άλλος από αυτήν τη μεταφορά, με τη συνολική ευημερία της κοινωνίας να μειώνεται τελικά (Arneson, 2007).

¹³⁷ Για να αναφέρουμε το χαρακτηριστικό παράδειγμα του Arneson (2007), «[i]f justice in part is rewarding people according to their moral desert, and one becomes morally deserving by bringing about fulfillment of the principles of justice, then one becomes morally deserving (in part) by bringing about the rewarding of people according to their moral desert”.

2.3.5. Δικαιοσύνη ως ανθρώπινο δικαίωμα (human rights-based approach)

Η προσέγγιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων για τη δικαιοσύνη στην υγεία έχει τις ρίζες της στις απαιτήσεις που προκύπτουν από τη νομική, πολιτική και ηθική επικύρωση της προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων σε διεθνές επίπεδο (Walker κ.ά., 2016). Η πλειοψηφία των χωρών έχει συμφωνήσει και επικυρώσει σημαντικές διακηρύξεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων, οι οποίες μπορεί να έχουν εφαρμογή και στο πεδίο της υγείας. Πρόκειται για συμφωνίες σε παγκόσμιο επίπεδο επί κάποιων βασικών αρχών, βάσει των οποίων υποχρεούνται τα κράτη να προστατεύουν και να εκπληρώνουν τα δικαιώματα όλων των μελών του πληθυσμού τους (Braveman, 2016). Η βασική ιδέα στην οποία επαφίεται η προσέγγιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων είναι ότι όλοι οι άνθρωποι είναι ίσοι ως προς τα δικαιώματα, την αξιοπρέπεια και την αξία τους (UN General Assembly, 1948). Το ζήτημα, λοιπόν, που προκύπτει είναι τι απαιτήσεις αναδύονται από αυτήν την παραδοχή όσον αφορά στη δικαιοσύνη στην υγεία (Walker κ.ά., 2016). Πάντως, θα πρέπει να γίνει διάκριση μεταξύ των νομικών και των ηθικών δικαιωμάτων (Arras, 2015). Από τη μια πλευρά, τα νομικά δικαιώματα περιλαμβάνονται και οριοθετούνται συγκεκριμένα σε νομικά δεσμευτικά κείμενα, όπως είναι το διεθνές δίκαιο, τα Συντάγματα, οι νόμοι και η νομολογία. Από την άλλη, τα ηθικά δικαιώματα δημιουργούνται ή δικαιολογούνται στη βάση ηθικών επιχειρημάτων. Τα ηθικά δικαιώματα δεν συνεπάγονται συγκεκριμένες νομικές δεσμεύσεις της κοινωνίας έναντι των δικαιούχων τους. Ωστόσο, μπορεί να προσφέρουν τους λόγους για τους οποίους μια ηθική αξίωση μπορεί να μετασχηματιστεί σε νομικό δικαίωμα.

Κατά τον Sen (2004b), για να συμπεριληφθεί μια ελευθερία στα ανθρώπινα δικαιώματα, θα πρέπει να πληρούνται δύο βασικές συνθήκες: α) να φέρει κάποια ιδιαίτερη σημαντικότητα και β) να υπόκειται στην ικανότητα της κοινωνίας να την επηρεάσει. Η Yamin (2008) υποστηρίζει αφενός ότι η σημασία της καλής υγείας για τη διατήρηση ενός κανονικού εύρους επιλογών ζωής είναι αδιαμφισβήτητη, και αφετέρου ότι τα διδάγματα της κοινωνικής επιδημιολογίας έχουν τεκμηριώσει με σαφήνεια την επίδραση των κοινωνικών συνθηκών στην υγεία. Η συμπερίληψη της υγείας στα ανθρώπινα δικαιώματα έχει πολύ σημαντικές τόσο ηθικές όσο και πρακτικές συνέπειες. Υποδηλώνει ότι δεν

πρόκειται για ένα απλό φυσικό αγαθό, το οποίο κατανέμεται βάσει τυχαίων βιολογικών παραγόντων ή των ατομικών επιλογών, αλλά το κράτος και άλλοι κοινωνικοί δρώντες φέρουν ευθύνη για την κατανομή των κοινωνικών παραγόντων που την επηρεάζουν (Yamin, 2008).

Όπως αναφέρει η Forman (2012), η ιστορική διεργασία ανάδειξης των δικαιωμάτων ήταν διαφορετική για τα πολιτικά και τα κοινωνικά δικαιώματα, με τα δεύτερα να αποτελούν μια πιο πρόσφατη εξέλιξη. Ωστόσο, η διασύνδεσή τους θεσμοποιήθηκε στο πλαίσιο της αρχής της αδιαιρετότητας και της αλληλεξάρτησης όλων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Στον Καταστατικό Χάρτη του Π.Ο.Υ. το 1946 περιγράφεται για πρώτη φορά το δικαίωμα στην υγεία ως «the enjoyment of the highest attainable standard of health [which] is a fundamental right of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition», αναγνωρίζοντας ότι τα κράτη έχουν ευθύνη για την υγεία του πληθυσμών τους, «which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures» (UN General Assembly, 1946). Η Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου προέκρινε έναν ακόμη πιο διευρυμένο ορισμό της υγείας ως «a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity», και όρισε ότι «everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services» (UN General Assembly, 1948).

Από το 1948, το διεθνές δίκαιο των δικαιωμάτων έχει εμπλουτιστεί με διάφορες συνθήκες, διακηρύξεις, ψηφίσματα, διεθνείς θεσμούς και προγράμματα δράσεων (Forman, 2012). Η Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου μαζί με το Διεθνές Σύμφωνο για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα (UN General Assembly, 1966a) και το Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα (και τα δύο είναι Προαιρετικά Πρωτόκολλά του) (UN General Assembly, 1966b), τα οποία συνιστούν νομικά δεσμευτικά κείμενα, αποτελούν τον λεγόμενο Διεθνή Χάρτη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (International Bill of Human Rights). Άλλες πιο πρόσφατες σημαντικές διεθνείς συνθήκες που συμπεριλαμβάνουν συγκεκριμένες προβλέψεις για το δικαίωμα στην υγεία είναι η Σύμβαση για την

Κατάργηση κάθε Μορφής Φυλετικών Διακρίσεων (UN General Assembly, 1965), η Σύμβαση για την Κατάργηση κάθε Μορφής Διακρίσεων εναντίον των Γυναικών (UN General Assembly, 1979), η Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού (UN General Assembly, 1989), η Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία (UN General Assembly, 2007), ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης (Council of Europe, 1961) και η Ευρωπαϊκή Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (Council of Europe, 1950).

Η σύλληψη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων δεν αναλύει όλες τις διαστάσεις της δικαιοσύνης στην υγεία, την οποία συνήθως δεν τη συνδέει άμεσα με τους κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστές της (Braveman, 2016). Από την άλλη πλευρά, η έρευνα στους κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστές της υγείας σπάνια αναγνωρίζει την πιθανή χρησιμότητα της προσέγγισης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων για την άμβλυνση των ανισοτήτων στην υγεία (Charman, 2011). Η Charman (2010) χρησιμοποιεί μια επιτυχημένη αναλογία, καθώς χαρακτηρίζει τη σχέση μεταξύ της προσέγγισης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και εκείνης των κοινωνικοοικονομικών προσδιοριστών της υγείας ως «two ships passing in the night, each with little awareness of the other». Μάλιστα, ενώ στο Γενικό Σχόλιο 14, η Επιτροπή για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Μορφωτικά Δικαιώματα επέκτεινε το δικαίωμα στην υγεία και στους υποκείμενους προσδιοριστές της υγείας (underlying determinants of health), αυτοί ορίζονται στενότερα σε σχέση με τους κοινωνικοοικονομικούς, περιλαμβάνοντας «access to safe and potable water and adequate sanitation, an adequate supply of safe food, nutrition and housing, healthy occupational and environmental conditions, and access to health-related education and information, including on sexual and reproductive health» (UN Committee on Economic, 2000). Επιπλέον, η θεώρηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων δεν λαμβάνει υπόψη της τον παράγοντα της κοινωνικής θέσης και των κοινωνικών ανισοτήτων, τις οποίες δεν τις αξιολογεί ως προβληματικές, παρά μόνο όταν μπορεί να παρεμποδίσουν την απόλαυση άλλων δικαιωμάτων (Charman, 2010). Έτσι, η ισότητα συχνά συγχέεται με την εξάλειψη όλων των διακρίσεων, γεγονός που περιορίζει την αρχή αυτή στην απαγόρευση της άνισης μεταχείρισης, αποκλείοντας από το πεδίο εφαρμογής της την ανάγκη αντιμετώπισης των κοινωνικών ανισοτήτων (MacNaughton, 2009). Όπως όμως

παρατηρεί η Charman (2010), πολλοί από τους κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστές της υγείας, όπως είναι η εκπαίδευση, οι αξιοπρεπείς συνθήκες εργασίας, η κατάλληλη στέγαση, η επαρκής διατροφή και οι συνθήκες διαβίωσης, είναι ταυτόχρονα και ανθρώπινα δικαιώματα, που συνδέονται με ανάλογες υποχρεώσεις του κράτους να τους διασφαλίσει ως προς ένα ελάχιστο επίπεδο για όλους τους πολίτες. Ως εκ τούτου, η πλήρης πραγμάτωση αυτών των ανθρωπίνων δικαιωμάτων θα οδηγούσε σε σημαντική βελτίωση του επιπέδου υγείας για τις κοινωνικά μειονεκτούσες ομάδες.

Πάντως, ο Hunt (2016) επισημαίνει τον κίνδυνο απώλειας του κεντρικού ρόλου του δικαιώματος στην υγεία σε μια προσέγγιση βασισμένη στα ανθρώπινα δικαιώματα, εφόσον δεν γίνεται κατηγορηματική αναφορά σε αυτό. Για αυτόν τον λόγο, θα πρέπει να αναγνωριστούν ρητά τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του δικαιώματος στην υγεία. Οι Gruskin κ.ά. (2010) είχαν προτείνει ένα (ελάχιστο) πλαίσιο κανόνων και προτύπων που θα πρέπει να ενσωματωθούν στην προσέγγιση αυτή για να βελτιωθεί η συνεισφορά της στην προώθηση του δικαιώματος της υγείας. Αυτές οι αρχές είναι: α) η συμμετοχή των εμπλεκόμενων κοινοτήτων (participation), β) οι μη διακρίσεις (non-discrimination), γ) η διαθεσιμότητα (availability), η προσβασιμότητα (accessibility), η αποδεκτότητα (acceptability) και η ποιότητα (quality) των σχετικών αγαθών και υπηρεσιών και δ) η διαφάνεια (transparency) και η λογοδοσία (accountability) των μηχανισμών λήψης των αποφάσεων και της αξιολόγησης. Ο Hunt (2016) παρατηρεί ότι η συμμετοχή, οι μη διακρίσεις, η διαφάνεια και η λογοδοσία αποτελούν αρχές που ισχύουν για όλα τα ανθρώπινα δικαιώματα. Από την άλλη πλευρά, οι αρχές της διαθεσιμότητας, της προσβασιμότητας, της αποδεκτότητας και της ποιότητας απορρέουν από το Γενικό Σχόλιο 14 της Επιτροπής του ΟΗΕ για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Μορφωτικά Δικαιώματα (UN Committee on Economic, 2000) και συνδέονται ξεχωριστά με το δικαίωμα στην υγεία. Σε αυτά προσέθεσε και την προοδευτική υλοποίηση (progressive realization), τη χρήση των μέγιστων διαθέσιμων πόρων (maximum available resources) και τη διεθνή αρωγή και συνεργασία (international assistance and cooperation).

Η καλή υγεία δεν αποτελεί μόνο ένα από τα ανθρώπινα δικαιώματα, αλλά και προϋπόθεση για την άσκηση των υπολοίπων (Yamin, 2009). Συνεπώς, οι

κοινωνικοοικονομικές ανισότητες, που δημιουργούν άνιση κατανομή της υγείας στον πληθυσμό, έχουν ως επακόλουθο και την άνιση απόλαυση των υπολοίπων κοινωνικών, οικονομικών και άλλων δικαιωμάτων γενικότερα. Η φτώχεια δεν έχει επιπτώσεις μόνο ως προς την έλλειψη επαρκών πόρων, αλλά και σε σχέση με την ισχνή κοινωνική θέση, την περιθωριοποίηση και τις διακρίσεις¹³⁸. Η Yamín (2009) συνδέει την έννοια της ισότητας στην υγεία με την απαγόρευση κάθε μορφής διάκρισης στο διεθνές δίκαιο, η οποία αποτελεί βάση για την προστασία όχι μόνο της τυπικής, αλλά και για την προώθηση της ουσιαστικής ισότητας (UN Committee on Economic, 2009)¹³⁹. Επιπλέον, στο Γενικό Σχόλιο 14 της Επιτροπής του ΟΗΕ για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Μορφωτικά Δικαιώματα (UN Committee on Economic, 2000) περιγράφεται συγκεκριμένα η υποχρέωση των κρατών να μεριμνούν ώστε η υγειονομική περίθαλψη να είναι διαθέσιμη σε όλα τα άτομα χωρίς διακρίσεις και γεωγραφικά και οικονομικά προσβάσιμη από όλους, ενώ προβλέπει ειδικά για τα φτωχότερα νοικοκυριά την αρχή της αναλογικής με την ικανότητα πληρωμής τους οικονομικής επιβάρυνσής τους.

Παράλληλα με το ανθρώπινο δικαίωμα στην υγεία, αυξανόμενα αποδίδεται διεθνώς σημασία και στην ισοτιμία στην υγεία (Arcaya κ.ά., 2015). Ο Π.Ο.Υ., ήδη από το 2005 και τη σύσταση της Επιτροπής για τους Κοινωνικούς Προσδιοριστές της Υγείας, εφιστά την προσοχή στις υγειονομικές επιδράσεις των κοινωνικών συνθηκών και αναγνωρίζει την ισότητα στην υγεία ως μια προτεραιότητα (Commission on the Social Determinants of Health, 2008). Ακολούθησαν το Ψήφισμα της 62^{ης} Παγκόσμιας Συνέλευσης για την Υγεία το 2009 για τη μείωση των ανισοτήτων υγείας με δράσεις στους κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστές, η Πολιτική Διακήρυξη του Ρίο για τους

¹³⁸ Ωστόσο, η ενδεχόμενη διασύνδεση της απόλυτης υλικής αποστέρησης με μια ευθεία παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων δεν προεκτείνεται κατ' ανάγκη και στην ισότητα, η οποία αποτελεί ζήτημα σχετικής αποστέρησης κατά την Yamín (2009).

¹³⁹ Στο Γενικό Σχόλιο 20 της Επιτροπής του ΟΗΕ για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Μορφωτικά Δικαιώματα (UN Committee on Economic, 2009) ως διακρίσεις ορίζονται «any distinction, exclusion, restriction or preference or other differential treatment that is directly or indirectly based on the prohibited grounds of discrimination and which has the intention or effect of nullifying or impairing the recognition, enjoyment or exercise, on an equal footing, of Covenant rights”.

Κοινωνικούς Προσδιοριστές της Υγείας το 2011, η οποία εγκρίθηκε από την 65^η Παγκόσμια Συνέλευση για την Υγεία το 2012, η Πολιτική Διακήρυξη της Υψηλού-Επιπέδου Σύσκεψης της Γενικής Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών για την Πρόληψη και τον Έλεγχο των μη-Μεταδιδόμενων Ασθενειών το 2011, το Ψήφισμα των Ηνωμένων Εθνών για την Παγκόσμια Υγεία και την Εξωτερική Πολιτική στα τέλη του 2012 και το Ψήφισμα της 67^{ης} Παγκόσμιας Συνέλευσης για την Υγεία αναφορικά με την προώθηση βιώσιμων διατομεακών δράσεων για τη βελτίωση του μέσου επιπέδου και της ισότητας στην υγεία. Όλες αυτές οι διακηρύξεις και τα ψηφίσματα τονίζουν τη σημασία των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων για τη συγκεκριμένη κατανομή της υγείας στον πληθυσμό (UNDP Regional Bureau for Europe and the Commonwealth of Independent States, 2014). Οι «Αναπτυξιακοί Στόχοι της Χιλιετίας» (Millennium Development Goals) των Η.Ε., αν και έθεταν ως στόχο τη βελτίωση της υγείας σε διάφορους τομείς, καθώς και τη βελτίωση των κοινωνικών συνθηκών για τους ανθρώπους (π.χ. με την άμβλυνση της ακραίας φτώχειας), έπασχαν από μια έλλειψη διασύνδεσης των κοινωνικών προσδιοριστών με την υγεία (D'Ambruso, 2013). Μετά το 2015, η ατζέντα αυτή αντικαταστάθηκε από τους «Στόχους για τη Βιώσιμη Ανάπτυξη» (Sustainable Development Goals), οι οποίοι συνέδεσαν την ανάπτυξη με τη βιωσιμότητα και την κλιματική αλλαγή, ενώ επικεντρώθηκαν γενικότερα στην κοινωνική ενσωμάτωση και τη μείωση των ανισοτήτων και, ειδικότερα, στις έμφυλες ανισότητες υγείας και την άνιση πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη (Arcaya κ.ά., 2015· Marmot και Bell, 2018).

Κατά την Yamin (2009), η τυπική ισότητα περιλαμβάνει αξιώσεις ίσης μεταχείρισης με άλλα άτομα ή ομάδες του πληθυσμού και συνδέεται με την καθολικότητα του δικαιώματος στην υγεία. Από την άλλη πλευρά, η ουσιαστική ισότητα σχετίζεται με τις ουσιαστικές ή de facto διακρίσεις και την υποχρέωση διαφορετικής αντιμετώπισης των ανθρώπων, προκειμένου αυτοί να μπορούν να απολαύσουν τα δικαιώματά τους με ισότιμο τρόπο. Σε αυτό το σχήμα, οι ανισότητες στην υγεία αποτελούν άδικες διακρίσεις ως προς την απόλαυση του δικαιώματος στην υγεία, οι οποίες απαιτούν θετικά μέτρα για την άμβλυνσή τους. Επιπλέον, ενώ τονίζει τη σημασία της επίτευξης ενός ελάχιστου επιπέδου πόρων για τους μειονεκτούντες (δανειζόμενη στοιχεία και επιχειρήματα από την «περί δυνατοτήτων» προσέγγιση του Amartya Sen), αναγνωρίζει παράλληλα

ότι οι απαιτήσεις ισότητας είναι σχετικές με το γενικότερο επίπεδο των πόρων στην κοινωνία. Έτσι, όταν η γενικότερη διαθεσιμότητα των πόρων είναι υψηλή σε μια κοινωνία, το ζήτημα της ισοκατανομής τους λαμβάνει περισσότερη βαρύτητα σε σχέση με περιπτώσεις όπου αυτή είναι χαμηλή. Οι προτεραιότητες πολιτικής παρέμβασης θα πρέπει να καθορίζονται βάσει διαβουλευτικών συμμετοχικών διαδικασιών, αν και σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να αποδίδεται προτεραιότητα στα φτωχότερα άτομα, τα οποία παρουσιάζουν και τις υψηλότερες ανάγκες υγείας.

Εκκινώντας από τη βάση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, η Braveman (2016) ορίζει το δικαίωμα στην υγεία ως το δικαίωμα επίτευξης του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας. Χωρίς να περιγράφει κάθε διάσταση της δικαιοσύνης στην υγεία, η βελτίωση της ισοτιμίας στην υγεία συνεπάγεται την προσπάθεια επίτευξης αυτού του επιπέδου υγείας για όλους, δίνοντας έμφαση σε εκείνες τις ομάδες που, λόγω των πενιχρών συνθηκών διαβίωσής τους, παρουσιάζουν υψηλότερο κίνδυνο για κακή υγεία. Συνεπώς, ως επίπεδο αναφοράς χρησιμοποιείται η μέση υγεία της υψηλότερης κοινωνικά προνομιούχου ομάδας. Επιπλέον, η ισοτιμία επιτυγχάνεται με τη βελτίωση της υγείας των κοινωνικά μειονεκτουσών ομάδων και όχι με τη χειροτέρευση της στα ανώτερα κοινωνικά τμήματα του πληθυσμού (Braveman, 2016). Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί με την ανακατανομή όλων των πόρων –και όχι μόνο της υγειονομικής περιθαλψης– που απαιτούνται για να είναι κάποιος υγιής, ώστε να παρέχεται πραγματικά ίση δυνατότητα επίτευξης καλής υγείας σε όλους. Επομένως, η Braveman φαίνεται να έχει επηρεαστεί σε αυτό το σημείο από την «περί δυνατοτήτων» θεώρηση της δικαιοσύνης στην υγεία, κάτι που ισχύει και για άλλους υποστηρικτές της συγκεκριμένης σύλληψης. Η υγεία των υψηλότερων κοινωνικών στρωμάτων δείχνει τι είναι δυνατό για όλη την κοινωνία, καθότι αυτές οι κοινωνικές κατηγορίες έχουν στη διάθεσή τους όλους τους απαραίτητους πόρους, που τους επιτρέπουν να εκμεταλλευτούν πλήρως το δυναμικό υγείας που τους έχει γενετικά προικοδοτηθεί. Άλλωστε, κάποιες αρχές των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, όπως είναι η αδιαιρετότητα, συνηγορούν προς μια ευρεία αντιμετώπιση των προσδιοριστών της υγείας. Η χρήση του μέσου επιπέδου υγείας ως το επίπεδο αναφοράς θα ήταν ένας μάλλον συντηρητικός στόχος, καθότι τα κοινωνικά μειονεκτούντα άτομα οδηγούν προς

τα κάτω τον μέσο όρο, ιδίως σε κοινωνίες που αποτελούν μεγάλο τμήμα του πληθυσμού. Ωστόσο, η Braveman παραδέχεται ότι το επίπεδο υγείας των ανώτερων κοινωνικών στρωμάτων αποτελεί έναν πολύ φιλόδοξο στόχο αναφοράς. Αν και θα πρέπει να παραμείνει ως η απώτατη επιδίωξη, η επίτευξη ενός αξιοπρεπούς ελάχιστου επιπέδου υγείας για όλους θα συνιστούσε σε κάθε περίπτωση ένα σημαντικό βήμα σε πρακτικούς όρους.

Η Braveman (2016) οριοθετεί τις ανισότητες υγείας ως εκείνες τις αποφεύξιμες και συστηματικές διαφορές υγείας που επηρεάζουν αρνητικά τις κοινωνικά μειονεκτούσες ομάδες. Κατά αυτόν τον τρόπο, αποφεύγεται η αναγκαιότητα απόδειξης της αιτιώδους σχέσης που συνδέει το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο με τη χειρότερη υγεία. Αυτό που ενδιαφέρει είναι ότι η κοινωνική μειονεξία τους επιβαρύνεται και με το στοιχείο της κακής υγείας. Άλλωστε, έχει τεκμηριωθεί ο αντίκτυπος που μπορεί να έχει η υγεία στην τοποθέτηση του ατόμου στην κοινωνική ιεραρχία (αντίστροφη αιτιότητα). Αντίθετα, οι ανισοτιμίες υγείας είναι εκείνες οι διαφορές υγείας για τις οποίες έχει διαπιστωθεί ότι οφείλονται στην ανισοκατανομή των κοινωνικοοικονομικών πόρων. Με αυτήν την προσέγγιση αποφεύγεται να αμεληθεί η έρευνα και η αντιμετώπιση περιπτώσεων στις οποίες δεν έχουν εξακριβωθεί οι αιτίες, καθότι έμφαση δίνεται στην ανισοκατανομή τους, η οποία είναι εις βάρος των χαμηλών κοινωνικών στρωμάτων.

2.4. Η βιοηθική και οι ανισότητες στην υγεία

Οι ρίζες της βιοηθικής μπορούν να εντοπιστούν στην ιατρική ηθική (medical ethics) και ειδικότερα στον όρκο του Ιπποκράτη, ο οποίος καθόριζε τις ηθικές διαστάσεις στην άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος (Marcum, 2008). Η βιοηθική αποτελεί έναν διεπιστημονικό κλάδο, ο οποίος επιχειρεί να αποσαφηνίσει και να επιλύσει διάφορα ηθικά ζητήματα που ανακύπτουν στους τομείς που συνδέονται με την υγεία και τις βιολογικές επιστήμες (Παπαδοπούλου, 2015). Στη σύγχρονη εποχή μπορεί να γίνει διάκριση μεταξύ τριών βασικών κατευθύνσεων της βιοηθικής (Arras, 2016). Από τη μια πλευρά, υπάρχουν οι δραστηριότητες που είναι προσανατολισμένες στην πρακτική εφαρμογή. Η πρώτη από αυτές αφορά στην καθημερινή κλινική πρακτική, η

οποία προσπαθεί να λύσει ηθικά ζητήματα ατομικών περιπτώσεων, ιδίως ως προς τη σχέση ιατρού-ασθενούς. Η δεύτερη τοποθετείται στο επίπεδο της πολιτικής και επιχειρεί να βοηθήσει στη λήψη των αποφάσεων που επηρεάζουν μεγαλύτερο αριθμό ατόμων (π.χ. οι περιπτώσεις της κλωνοποίησης και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας). Από την άλλη πλευρά, υπάρχει η αμιγώς θεωρητική αναζήτηση, που στηρίζεται στην ηθική και πολιτική φιλοσοφία¹⁴⁰. Σε γενικές γραμμές, η βιοηθική αφορά σε ηθικούς κανόνες που ρυθμίζουν τις αποφάσεις που στο επίκεντρό τους έχουν το άτομο και τον ασθενή, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι αυτές οι αποφάσεις δεν έχουν συνέπειες και σε ευρύτερες ομάδες του πληθυσμού (Williams και Cookson, 2000).

Κατά τον Arras (2016), πάντως, κάθε ηθική αξιολόγηση μας δεσμεύει ρητά ή άρρητα με τις αρχές κάποιας ανώτερου επιπέδου θεωρίας, όπως είναι η συνεπειοκρατία (π.χ. ο ωφελιμισμός), η δεοντοκρατία (π.χ. η Καντιανή προσέγγιση), η συμβολαιοκρατία (π.χ. η Ρωσιανή σύλληψη) και η ελευθεριακή θεώρηση. Έτσι, υπάρχει μια αλληλεπίδραση μεταξύ της ηθικής θεωρίας και της ηθικής αξιολόγησης κάθε συγκεκριμένης περίπτωσης (Rachels, 2009). Επομένως, ως προς την επίλυση ζητημάτων που σχετίζονται με τις ανισότητες υγείας, η βιοηθική θα αναζητήσει αναγκαστικά καθοδήγηση σε ευρύτερες θεωρίες της δικαιοσύνης. Ο Arras (2016) επισημαίνει, πάντως, διάφορα προβλήματα που μπορεί να ανακύψουν κατά την επίκληση κάποιας ιδανικής θεωρίας για την επίλυση πρακτικών ζητημάτων: α) η απουσία ομοφωνίας ως προς την επιλογή της κατάλληλης θεωρίας, β) η αδυναμία μεταφοράς αρχών που ισχύουν σε έναν ιδανικό κόσμο (όπως αυτός έχει δημιουργηθεί στο πλαίσιο της εκάστοτε θεωρίας) σε πραγματικές καταστάσεις, γ) οι πολιτικές θεωρίες δεν λαμβάνουν υπόψη το πραγματικό όφελος και κόστος των συνιστώμενων δράσεων, δ) η «υψηλή θεωρία» περιλαμβάνει στοιχεία που δεν είναι εύκολο να

¹⁴⁰ Αντίστοιχη είναι και η διάκριση των Beauchamp και Walters (1999) μεταξύ των μη κανονιστικών και των κανονιστικών προσεγγίσεων. Οι πρώτες διαχωρίζονται περαιτέρω στην περιγραφική ηθική, που κάνει μια πραγματολογική περιγραφή των συμπεριφορών και των πεποιθήσεων, και τη μετα-ηθική, που αναλύει τη σημασία κεντρικών όρων στην ηθική. Οι κανονιστικές θεωρίες διαχωρίζονται σε γενικές, που διατυπώνουν και υπερασπίζονται βασικές αρχές που διέπουν την ηθική, και πρακτικές, που επιχειρούν τη σκιαγράφηση πρακτικών οδηγιών δράσεις σε ηθικά διλήμματα.

γίνουν κατανοητά από τον μέσο πολίτη, στοιχείο όμως που είναι σημαντικό στη διαβουλευτική δημοκρατία, και ε) κάποιες συλλήψεις περιλαμβάνουν φιλοσοφικές αρχές που αντιβαίνουν στην κοινή ηθική. Για αυτόν τον λόγο, έχουν αναπτυχθεί διάφορες «αντι-θεωρητικές» προσεγγίσεις, οι οποίες εφαρμόζουν έναν «από κάτω προς τα πάνω» (bottom-up) τρόπο συλλογισμού, όπως είναι η περιπτωσιοκρατία (casuistry)¹⁴¹ και η μερικοκρατία (particularism)^{142,143}.

Ανάμεσα στις πιο δημοφιλείς σύγχρονες θεωρήσεις στη βιοηθική ανήκουν α) η αρεταϊκή ηθική (virtue ethics), η οποία ενδιαφέρεται για τη δομή των κινήτρων του δρώντα, με τις πράξεις να έχουν δευτερεύοντα ρόλο, β) η ηθική της φροντίδας (ethics of care), που επικεντρώνεται σε χαρακτηριστικά των προσωπικών σχέσεων (π.χ. τη συμπάθεια, τη συμπόνοια, την αγάπη και την αφοσίωση), γ) η περιπτωσιοκρατία (casuistry), που προβαίνει σε ηθικές αξιολογήσεις μετερχόμενη προηγούμενες ανάλογες υποθέσεις και δ) η προσέγγιση αρχών (principles-based approach) (Beauchamp και Walters, 1999). Σύμφωνα με την προσέγγιση αρχών, ηθικά ζητήματα που ανακύπτουν στη βιοϊατρική θα πρέπει να επιλύονται στη βάση κάποιων βασικών αρχών, οι οποίες απαιτείται να εξισορροπούνται στο συγκεκριμένο κάθε φορά πλαίσιο (Walker κ.ά., 2016). Πρόκειται για μεσαίου επιπέδου (mid-level) αρχές, οι οποίες μεσολαβούν μεταξύ των ηθικών θεωριών και των ηθικών κανόνων, που με τη σειρά τους χρησιμοποιούνται για να αιτιολογήσουν τις ηθικές αξιολογήσεις

¹⁴¹ Στην περιπτωσιοκρατία, τα βασικά στοιχεία μιας υπόθεσης συγκρίνονται με εκείνα από κάποια από τις «παραδειγματικές περιπτώσεις» (paradigmatic cases), π.χ. γνωστές νομικές υποθέσεις, στο πλαίσιο μιας αναλογικής συλλογιστικής (Arras, 2016). Ο βαθμός ομοιότητας των στοιχείων διαμορφώνει και την ηθική αξιολόγηση για τη συγκεκριμένη περίπτωση κάθε φορά.

¹⁴² Κατά τη μερικοκρατία, δεν είναι δυνατό να υπάρξουν αρχές που να εφαρμόζονται σε κάθε περίπτωση και η ηθική αξιολόγηση εξαρτάται από τη συγκεκριμένη συνάρθρωση των διαφόρων στοιχείων της υπόθεσης (Arras, 2016).

¹⁴³ Σύμφωνα με τον Arras (2016) οι «αντι-θεωρητικές» προσεγγίσεις ενέχουν τον κίνδυνο να αντικατασταθεί η λογική επιχειρηματολογία από ηθικές αξιολογήσεις χωρίς συνέπεια και σταθερότητα. Για αυτό και προκρίνει τις «μη-ιδανικές» θεωρίες (non-ideal theories) ή τρόπους συλλογισμού, όπως είναι η «αναστοχαστική ισορροπία» (reflective equilibrium) του Rawls (1971). Σύμφωνα με αυτήν, η ηθική αξιολόγηση θα πρέπει να βασίζεται σε μια αποδεκτή συνεκτικότητα μεταξύ των ιδιαιτεροτήτων μιας περίπτωσης, των αρχών που θεωρούμε ότι θα πρέπει να διέπουν ανάλογες περιπτώσεις, καθώς και τις θεωρητικές εκτιμήσεις που κάνουμε για τις συνέπειες της αποδοχής αυτής της κρίσης (Daniels, 2016).

(Arras, 2016). Πρόκειται για μια (προοδευτική) διαδικασία μείωσης της απροσδιοριστίας των γενικών αρχών, προκειμένου να τους προσδοθεί η δυνατότητα να αποτελέσουν οδηγό δράσης, διατηρώντας όμως παράλληλα τη διασύνδεση με τις αρχικές νόρμες (Beauchamp και Walters, 1999).

Στη σύγχρονη εποχή, κυρίαρχη φαίνεται να είναι στο πεδίο της βιοηθικής η προσέγγιση αρχών (principlism) των Beauchamp και Childress (2013)¹⁴⁴. Η σύλληψη αυτή περιλαμβάνει τις παρακάτω βασικές αρχές: α) ο σεβασμός στην αυτονομία (autonomy), β) η μη πρόκληση βλάβης (non-maleficence), γ) η αγαθοεργία (beneficence) και δ) η δικαιοσύνη (justice)¹⁴⁵. Η αυτονομία συνδέεται με τη δυνατότητα αυτοκαθορισμού των ανθρώπων. Βασικά στοιχεία της αποτελούν η ελευθερία (ως η απουσία χειριστικών επιρροών) και η αυτόβουλη σκόπιμη δράση (agency). Σύμφωνα με αυτήν την αρχή, ο ασθενής θα πρέπει να μπορεί να λαμβάνει αποφάσεις για τη φροντίδα της υγείας του χωρίς καταναγκασμό και μετά από επαρκή ενημέρωση. Η μη πρόκληση βλάβης απαιτεί την αποφυγή της εκούσιας πρόκλησης βλάβης στους άλλους στο πλαίσιο μιας είτε ακούσιας είτε εκούσιας ιατρικής συνδρομής ή παράλειψης. Η αγαθοεργία συνδέεται με την υποχρέωση δράσης προς όφελος των άλλων με σκοπό την επίτευξη των σημαντικών και νόμιμων συμφερόντων τους. Ειδικά ως προς την υγεία, η αρχή αυτή συνεπάγεται το καθήκον του ιατρού να βοηθήσει τον ασθενή, κατά τρόπο που οι ιατρικές παρεμβάσεις να φέρουν ένα θετικό ισοζύγιο ανάμεσα στα οφέλη που παρέχουν και το ρίσκο που φέρουν. Το ζήτημα της δικαιοσύνης αφορά στον δίκαιο και αποτελεσματικό καταμερισμό των πλεονεκτημάτων και των βαρών στην κοινωνία, ενώ γίνεται αποδεκτή η

¹⁴⁴ Θα πρέπει να επισημανθεί ότι οι Beauchamp και Childress επανατοποθέτησαν την πηγή των μεσαίου επιπέδου αρχών τους από την υψηλή ηθική θεωρία στην κοινή ηθικότητα (common morality) από την τρίτη έκδοση του βιβλίου τους «Principles of Biomedical Ethics» το 1989 (Arras, 2016). Ως κοινή ηθικότητα ορίζουν έναν καθολικό πυρήνα ηθικότητας που αποτελείται από κοινές νόρμες, τον οποίο αποδέχεται κάθε «ηθικά συνειδητοποιημένος» (morally serious) άνθρωπος (Beauchamp και Walters, 1999).

¹⁴⁵ Εκτός από αυτές τις τέσσερις βασικές αρχές, οι Beauchamp και Childress υποστηρίζουν και την ύπαρξη δευτερευόντων κανόνων, που είναι κατά κύριο λόγο παράγωγοι των βασικών αρχών, όπως είναι: α) η υποχρέωση της παροχής αλήθειας στον ασθενή (tell the truth), β) η προστασία της ιδιωτικότητας (protect the privacy), γ) η τήρηση του ιατρικού απορρήτου (confidentiality) και δ) η συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης (informed consent) (Παπαδοπούλου, 2015).

ανάγκη ύπαρξης κατώτατων ορίων ως δίκαια επίπεδα υγείας και υγειονομικής περίθαλψης (Beauchamp, 2016). Η προσέγγιση αυτή περιγράφει διάφορες βασικές αρχές της δικαιοσύνης, χωρίς να αποδέχεται *a priori* μια ολοκληρωμένη θεωρία (π.χ. τον ωφελιμισμό ή την καντιανή προσέγγιση). Γίνεται δεκτή, πάντως, η τυπική αρχή της δικαιοσύνης, δηλαδή η όμοια μεταχείριση των ίσων και η ανόμοια μεταχείριση των άνισων καταστάσεων (Beauchamp και Walters, 1999).

Οι παραπάνω βασικές αρχές δεν θα πρέπει να θεωρούνται απόλυτες, αλλά πρόκειται για *prima facie* αρχές. Ο προσδιορισμός *prima facie* βασίζεται στο έργο του W. D. Ross για την επίλυση των προβλημάτων σύγκρουσης μεταξύ των διαφόρων αρχών. Ο όρος αυτός συνεπάγεται ότι κάθε ηθική αρχή είναι δεσμευτική, εκτός εάν σε κάποια περίπτωση έρχεται σε αντιπαράθεση με κάποια άλλη ηθική αρχή, οπότε και καθίσταται αναγκαία η στάθμιση μεταξύ τους (Beauchamp, 2007).

Οι εφαρμογές της ηθικής αποτελούν πλαίσια (frameworks), τα οποία καθοδηγούν τη λήψη των αποφάσεων ή την πρακτική αναγνωρίζοντας ρητά τις αρχές ή τις ιδέες που θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη (Dawson, 2010· MacDonald κ.ά., 2015b). Η ηθική στη δημόσια υγεία (public health ethics) θα πρέπει να διακριθεί από την ηθική στην κλινική ιατρική (clinical ethics). Ενώ η κλινική ηθική έχει στο επίκεντρό της τη σχέση μεταξύ ασθενούς και παρόχου υγειονομικής περίθαλψης, η ηθική στη δημόσια υγεία έχει στον πυρήνα της την προώθηση της υγείας του πληθυσμού (Lee, 2012). Ως προς το ζήτημα της δικαιοσύνης, στην πρώτη περίπτωση έμφαση δίδεται στην κατανομή των περιορισμένων πόρων της υγειονομικής περίθαλψης (rationing), ενώ στη δεύτερη στην κοινωνική δικαιοσύνη, το δικαίωμα στην υγειονομική περίθαλψη και τις ανισότητες πρόσβασης και αποτελεσμάτων υγείας (Lee, 2012).

Η βιοηθική ως ξεχωριστό επιστημονικό πεδίο ξεκίνησε κατά τις δεκαετίες του 1940 και 1950 για να αντιμετωπίσει διάφορα ηθικά διλήμματα στον τομέα της υγείας, ιδίως ως προς την κατανομή των πόρων και την επίλυση της έντασης μεταξύ της αυτονομίας του ατόμου και την ανάγκη προώθησης της υγείας στον πληθυσμό (Kass, 2004· Lee, 2012). Μέχρι τις αρχές του 2000, οι περισσότερες εφαρμογές της ηθικής στην υγεία βασίζονταν στις προαναφερθείσες βασικές αρχές των Beauchamp και Childress (MacDonald

κ.ά., 2015b), χωρίς το πεδίο της ηθικής στη δημόσια υγεία να έχει αποκρυσταλλωθεί (Kass, 2004)¹⁴⁶. Σε αυτό το πλαίσιο, προτεραιότητα κατείχε η αρχή της αυτονομίας, καθώς η βιοηθική εκφραζόταν κυρίως ως κλινική ηθική (Lee, 2012). Στη συνέχεια, όμως, πολλοί μελετητές άρχισαν να αναπτύσσουν διάφορα πλαίσια αρχών για την πρακτική εφαρμογή της ηθικής στη δημόσια υγεία, καθότι αυτά τα ζητήματα απαιτούν μια ευρύτερη προσέγγιση (Kass, 2004· MacDonald κ.ά., 2015b).

Η Lee (2012) και οι MacDonald κ.ά. (2015b) προχώρησαν σε επισκοπήσεις των σύγχρονων πλαισίων αρχών στην ηθική της δημόσιας υγείας. Η Lee (2012) διαχώρισε μεταξύ εκείνων των πλαισίων που βασίζονται στην πρακτική (practice-based frameworks), τα οποία προέκυψαν από την ανεπάρκεια των υπάρχοντων πλαισίων κλινικής ηθικής για την επίλυση ηθικών διλημμάτων που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες της δημόσιας υγείας, και εκείνων που βασίζονται στη θεωρία (theory-based frameworks), τα οποία αναπτύχθηκαν από μια συγκεκριμένη φιλοσοφική ή ηθική προσέγγιση. Οι MacDonald κ.ά. (2015b) υιοθέτησαν μια διαφορετική κατηγοριοποίηση, διακρίνοντας μεταξύ των παραδοσιακών (traditional), που βασίζονται στην βιοϊατρική ηθική και δίνουν προτεραιότητα στην ατομική ελευθερία και την αυτονομία, των επεκτατικών (expansive), που δίνουν έμφαση στις θεωρίες κοινωνικής δικαιοσύνης και τις δομικές αξίες της δημόσιας υγείας (κοινοτιστική αντίληψη), και των μικτών (mixed) προσεγγίσεων, που βρίσκονται κάπου ανάμεσα στις προηγούμενες δύο κατηγορίες.

To Nuffield Council on Bioethics στη Μεγάλη Βρετανία περιέγραψε στη σχετική έκθεσή του ένα πλαίσιο αρχών ηθικής για τη δημόσια υγεία (Nuffield Council on Bioethics, 2007). Βασισμένο σε μια φιλελεύθερη φιλοσοφία, έδωσε έμφαση μεταξύ άλλων και στην ανάγκη μείωσης των άδικων ανισοτήτων υγείας. Οι παραβιάσεις της ατομικής αυτονομίας θεωρούνται δικαιολογημένες, στον βαθμό που αναπτύσσουν τις δυνατότητες των ανθρώπων να αξιοποιήσουν

¹⁴⁶ Σύμφωνα με τη Lee (2012), φωτεινή εξαίρεση αποτελεί το έργο του Beauchamp (1988), το οποίο προοιωνίσει τη μετέπειτα εξέλιξη του πεδίου της ηθικής στη δημόσια υγεία ως μια ισορροπία μεταξύ της ατομικής ελευθερίας και της ευημερίας της κοινότητας.

πλήρως τις ευκαιρίες της κοινωνίας. Κατά την προσέγγιση αυτή, η υγεία έχει τόσο εργαλειακή όσο και εγγενή αξία και οι ανισότητες υγείας θα πρέπει να διαφοροποιούνται από εκείνες του εισοδήματος. Αυτό διότι η καλή υγεία είναι απαραίτητη για τη φυσιολογική λειτουργία των ανθρώπων, ενώ επηρεάζει παράλληλα και την ποιότητα ζωής τους. Συνεπώς, η καλή υγεία διαθέτει κεντρική σημασία στην έννοια των ίσων σημείων εκκίνησης κατά την επιδίωξη των ευκαιριών ζωής στην κοινωνία. Έτσι, στο πλαίσιο αυτό υποστηρίχτηκε μια στρατηγική παραχώρησης προτεραιότητας στην άμβλυνση των ανισοτήτων ευκαιριών και τη βελτίωση των αποτελεσμάτων στην υγεία στις πιο μειονεκτούσες ομάδες του πληθυσμού.

Η θεώρηση των Baylis κ.ά. (2008) για ένα πλαίσιο ηθικών αρχών στη δημόσια υγεία βασίζεται σε μια συσχετιστική προσέγγιση ή, όπως αναφέρουν, στις έννοιες της συσχετιστικής προσωπικότητας (*relational personhood*), συμπεριλαμβανομένης της συσχετιστικής αυτονομίας και της κοινωνικής δικαιοσύνης και της συσχετιστικής αλληλεγγύης (*relational solidarity*). Σημείο εκκίνησης, λοιπόν, αποτελεί η κοινωνική φύση των ανθρώπων και η αναγνώριση της ανόμοιας κατανομής των προνομίων και των διακρίσεων ανάμεσα στις διαφορετικές κοινωνικές ομάδες. Στόχος του πλαισίου αυτού αποτελεί η προώθηση του δημοσίου συμφέροντος και του «κοινού καλού», το οποίο σχετίζεται με τα συμφέροντα της σημαντικής πλειοψηφίας της κοινωνίας, όπως αυτά αποκρυσταλλώνονται μέσα από συμμετοχικές και διαφανείς διαδικασίες στάθμισης των αντικρουόμενων κοινωνικών στόχων. Σε αυτό το σχήμα, κεντρική σημασία κατέχουν η κοινωνική δικαιοσύνη και, κατ' επέκταση, η μείωση των ανισοτήτων υγείας που εκφράζουν μοτίβα συστηματικής κοινωνικής αδικίας εις βάρος συγκεκριμένων ομάδων του πληθυσμού. Κατά τους μελετητές αυτούς, προτεραιότητα θα πρέπει να δοθεί στη βελτίωση της υγείας στις κοινωνικά και οικονομικά μειονεκτούσες ομάδες, καθότι στο κοινωνικό μειονέκτημά τους προστίθεται και η επιβάρυνση που προκύπτει από τη χειρότερη κατάσταση της υγείας τους.

Η προσέγγιση της Kass (2001) φιλοδοξούσε να αποτελέσει ένα αναλυτικό εργαλείο στα χέρια των επαγγελματιών κατά την εξέταση των ηθικών προεκτάσεων των διαφόρων παρεμβάσεων πολιτικής στον ευρύτερο χώρο της δημόσιας υγείας. Βασικός στόχος των προγραμμάτων θεωρείται ότι πρέπει να

αποτελεί η μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας και σε αυτό το πλαίσιο η Kass παρέχει έναν οδηγό δράσης. Στόχος των παρεμβάσεων δημόσιας υγείας θα πρέπει να είναι η μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων, στον βαθμό που η κοινωνική τάξη αποτελεί προσδιοριστικό παράγοντα των εκβάσεων υγείας. Επομένως, μπορεί να δικαιολογηθούν πολιτικές που στοχεύουν στη μείωση της φτώχειας, τη βελτίωση των συνθηκών κατοικίας, την προώθηση της εκπαίδευσης κ.λπ. Η κατανομή των οφελών των προγραμμάτων δεν πρέπει να είναι απαραίτητα ίση, αλλά δίκαιη, καθότι η ανισοκατανομή τους μπορεί να απαιτείται για να διορθωθούν υπάρχουσες κοινωνικές αδικίες.

Ο Tannahill (2008) περιέγραψε ένα πλαίσιο λήψης αποφάσεων για την προαγωγή της υγείας, τη δημόσια υγεία και τη βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας, το οποίο βασίζεται στο τρίγωνο ηθικές αρχές – θεωρία – τεκμηρίωση. Η αντιμετώπιση των άδικων ανισοτήτων υγείας πρέπει να έχει προτεραιότητα στην ατζέντα των πολιτικών δημόσιας υγείας, αποτελώντας ένα ζήτημα που συνδέεται με την αναδιανεμητική δικαιοσύνη. Η ισοτιμία μπορεί να συνεπάγεται την επιδίωξη της ισότητας στις εκβάσεις υγείας μέσω της εφαρμογής ανισοβαρών δράσεων προς όφελος των μειονεκτουσών ομάδων.

2.5. Αρχές διανομής των περιορισμένων υγειονομικών πόρων

Βασική ιδιαιτερότητα των υγειονομικών πόρων είναι η σταθερή σπανιότητά τους. Αυτό σημαίνει ότι δεν μπορούμε να περιθάλψουμε όλους τους ασθενείς που παρουσιάζουν ιατρικές ανάγκες, αλλά μέσω των διανεμητικών αποφάσεων θα πρέπει να αποφασίζουμε ποιος θα λάβει περίθαλψη και ποιος όχι (Hirose, 2015). Γενικότερα, ο καθορισμός των προτεραιοτήτων περιλαμβάνει «τραγικές επιλογές» (tragic choices), δηλαδή αποφάσεις που αφορούν είτε στο ποιος θα επωφεληθεί, όταν οι διαθέσιμοι πόροι δεν είναι αρκετοί για να ικανοποιηθούν όλες οι ανάγκες, είτε στο ποια αγαθά και υπηρεσίες θα παραχθούν, όταν οι πόροι δεν είναι επαρκείς για να παραχθούν όλα όσα προσφέρουν κάποιο όφελος. Όταν θεωρείται ότι οι αρχές της αγοράς δεν θα πρέπει να αποτελούν το μόνο κριτήριο για αυτές τις αποφάσεις, οι

υπεύθυνοι της λήψης των αποφάσεων χρειάζονται κάποια σχετική καθοδήγηση από άλλες συλλήψεις της δικαιοσύνης (Powers και Faden, 2006).

Ο καθορισμός της υγειονομικής προτεραιότητας αποτελεί μια διαδικασία για να εξακριβωθούν οι ηθικοί λόγοι πάνω στους οποίους μπορεί να βασιστεί η απόρριψη των ιατρικών αναγκών ενός ατόμου έναντι εκείνων κάποιων άλλων που θεωρείται ότι προηγούνται (Slettebø κ.ά., 2010). Οι Persad κ.ά. (2009) υποστηρίζουν ότι δεν μπορεί να υπάρξει διανομή χωρίς να βασίζεται σε κάποια ηθική αρχή. Θα μπορούσαμε, λοιπόν, να διακρίνουμε τις ηθικές αρχές για τη διανομή των υγειονομικών πόρων σε εκείνες που: α) αντιμετωπίζουν τους ασθενείς με ίσο τρόπο, β) ευνοούν τα άτομα που βρίσκονται σε χειρότερη κατάσταση ή παρουσιάζουν μεγαλύτερη ιατρική ανάγκη, γ) μεγιστοποιούν το συνολικό όφελος και δ) προωθούν και ανταμείβουν την κοινωνική χρησιμότητα (Cookson και Dolan, 2000· Persad κ.ά., 2009). Σε αυτά θα μπορούσαν να προστεθούν ο μηχανισμός της αγοράς (Calabresi και Bobbit, 1978), όπως προείπαμε, και οι δίκαιες διαδικασίες (Scheunemann και White, 2011).

Ένα ενδιαφέρον ζήτημα που προκύπτει από τη συζήτηση της προηγούμενης ενότητας για τη βιοηθική είναι ότι η πρακτική εφαρμογή των αρχών της κοινωνικής δικαιοσύνης στην υγεία σε συγκεκριμένες περιπτώσεις μπορεί να μην είναι εύκολη ή να διαφέρει από τη θεωρητική αρχική σύλληψή τους. Έτσι, παρά την ελκυστικότητα της αρχής της διαφοράς του Rawls, η οποία δίνει προτεραιότητα στη βελτίωση της κατάστασης εκείνων που βρίσκονται στη χειρότερη θέση, η εφαρμογή της στην καθημερινή πρακτική μπορεί να παρουσίαζε μη αναμενόμενα αποτελέσματα. Για παράδειγμα, ο κανόνας *maximin* θα μπορούσε να οδηγήσει σε μια ατέρμονη και αλόγιστη μεταφορά πόρων για πολύ μικρές βελτιώσεις υγείας (*bottomless-pit problem*) ή στην επιλογή ενός μικρού αλλά άμεσου οφέλους έναντι μακροπρόθεσμων, αλλά σημαντικότερων βελτιώσεων υγείας (Olsen, 1997). Ο ίδιος ο Rawls είχε υποστηρίξει ότι η αρχή της διαφοράς είναι μια αρχή που εφαρμόζεται στο ευρύτερο κοινωνικό επίπεδο και όχι σε συγκεκριμένες περιπτώσεις (Olsen, 1997). Ωστόσο, αν και οι υγειονομικές ανάγκες είναι απεριόριστες, ο μέχρι ενός βαθμού καταμερισμός τους στην καθημερινή ιατρική πρακτική είναι αναπόφευκτος, όπως γίνεται, για παράδειγμα, στην περίπτωση των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (Scheunemann και White, 2011).

Η ίση αντιμετώπιση ως προς τη διανομή των υγειονομικών πόρων δίνει έμφαση στο ίσο ηθικό στάτους των ατόμων, επιδιώκοντας την παροχή ίσων ευκαιριών σε όλους (Persad κ.ά., 2009· Scheunemann και White, 2011). Τρεις αρχές που ενσωματώνουν αυτές τις αξίες είναι η λοταρία, η προτεραιότητα εξυπηρέτησης κατά τη σειρά άφιξης (first-come, first-served) και η «δικαιοσύνη ως προς τη μακροβιότητα» (fair innings argument). Οι λοταρίες δεν απαιτούν πολλές πληροφορίες για τους αποδέκτες, αντιστέκονται σε πρακτικές διαφθοράς και μπορούν να διεξαχθούν άμεσα, γεγονός που μπορεί να βοηθήσει, για παράδειγμα, στην ανάγκη για ταχεία διανομή του εμβολιασμού για την αποτροπή κάποιας πανδημίας (Arras, 2005). Από την άλλη πλευρά, οι λοταρίες δεν λαμβάνουν υπόψη τους σημαντικούς σχετικούς παράγοντες, όπως είναι οι ανάγκες και η δυνατότητα για όφελος (capacity to benefit) των ασθενών (Persad κ.ά., 2009· Scheunemann και White, 2011). Η αρχή της χρονικής προτεραιότητας, αν και έχει χαρακτηριστικά εξισωτισμού, φαίνεται παρόλα αυτά να ευνοεί εκείνους που βρίσκονται σε καλύτερη οικονομική θέση ή μπορούν να ταξιδέψουν ευκολότερα ή είναι καλύτερα πληροφορημένοι και έχουν περισσότερες διασυνδέσεις και μπορούν μεταφορικά (ή και κυριολεκτικά) να προωθηθούν στις πρώτες σειρές των λιστών αναμονής (Persad κ.ά., 2009· Scheunemann και White, 2011). Η «δικαιοσύνη ως προς τη μακροβιότητα», που έχει αναλυθεί σε προηγούμενες ενότητες, αναφέρεται στην παραχώρηση υψηλότερης βαρύτητας στην υγεία (ως διάρκεια ζωής) των νεότερων γενεών (Cookson και Dolan, 2000).

Η εξισωτική αρχή στη διανομή των υγειονομικών πόρων μπορεί να εκφραστεί και με την αρχή της ίσης πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη. Η ίση πρόσβαση σε πολλές περιπτώσεις συνδέεται με την έννοια της ανάγκης, εκφράζοντας την ιδέα ότι η πρόσβαση θα πρέπει να είναι ίδια για ίσες ανάγκες και διαφορετική για άνισες ανάγκες. Υπάρχουν τουλάχιστον τέσσερις βασικοί τρόποι προσέγγισης της έννοιας της πρόσβασης: α) ως χρήση, β) ως τα κόστη που σχετίζονται με τη λήψη της περίθαλψης, γ) ως η μέγιστη εφικτή κατανάλωση και δ) ως η διαφυγούσα χρησιμότητα που σχετίζεται με την κατανάλωση της υγειονομικής φροντίδας (Culyer και Wagstaff, 1993).

Η παραχώρηση προτεραιότητας στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης σε εκείνους που βρίσκονται στη χειρότερη κατάσταση σχετίζεται με την έννοια

της ανάγκης, όπως αναλύθηκε σε προηγούμενη ενότητα¹⁴⁷. Ο κανόνας της «διάσωσης της ζωής» (rule of rescue) περιγράφει την εύλογη και ισχυρή ψυχολογική παρόρμηση να κάνουμε ό,τι είναι δυνατόν για να διασώσουμε εκείνους που αντιμετωπίζουν άμεσο κίνδυνο για τη ζωή ή την υγεία τους, ανεξαρτήτως του μεγέθους ή της πιθανότητας του οφέλους ή τους πόρους που θα χρειαστεί να διοχετεύσουμε προς αυτόν τον σκοπό. Σχετικά παραδείγματα αποτελούν τα μεταμοσχεύσιμα όργανα και η επείγουσα περίθαλψη (Cookson και Dolan, 2000· Persad κ.ά., 2009). Πάντως, διαφορετικοί ορισμοί της ανάγκης οδηγούν σε διαφορετικές αρχές διανομής. Προτεραιότητα φαίνεται να έχουν οι πιο επείγουσες καταστάσεις, όπως είναι η αποτροπή του θανάτου έναντι της απλής βελτίωσης της υγείας. Ένας ευρύτερος ορισμός μπορεί να λάβει υπόψη του όχι μόνο τον κίνδυνο που είναι άμεσος, αλλά και ολόκληρο το διάστημα της ζωής του ατόμου με κακή υγεία (Cookson και Dolan, 2000). Για παράδειγμα, ένα μεταμοσχεύσιμο όργανο θα μπορούσε να μη διανεμηθεί βάσει του κριτηρίου της χειρότερης υγείας σε μια δεδομένη στιγμή, αλλά λαμβάνοντας υπόψη την εξέλιξη της υγείας στο μέλλον. Διαφορετικά, γίνεται η υπόθεση πως η σπανιότητα των πόρων είναι προσωρινή και στο μέλλον θα είναι δυνατόν να περιθλαφθούν και οι υπόλοιποι ασθενείς (Persad κ.ά., 2009).

Ωστόσο, ο βαθμός του άμεσου κινδύνου της υγείας ή της κακής υγείας δεν λαμβάνει υπόψη του ότι ο ασθενής μπορεί να έχει ανάγκη για υγειονομική φροντίδα λόγω κακής υγείας, χωρίς όμως να υπάρχει θεραπευτική παρέμβαση που να μειώνει το χάσμα μεταξύ της επιθυμητής και της τωρινής κατάστασης

¹⁴⁷ Εφόσον αποδεχτούμε ως κατάλληλη διανεμητική αρχή για τους υγειονομικούς πόρους εκείνη της επίτευξης ενός επαρκούς επιπέδου, τότε είναι μάλλον λογικό να λαμβάνουμε υπόψη όχι μόνο την υγεία, αλλά και τις υπόλοιπες διαστάσεις της ευημερίας ενός ατόμου. Αυτό διότι, όπως εύστοχα παρατηρεί ο Hirose (2015), όλοι οι ασθενείς βρίσκονται κάτω από το επίπεδο της κανονικής λειτουργίας του ανθρώπου ως ανθρώπινο είδος. Καθώς η αρχή της επίτευξης ενός επαρκούς επιπέδου δίνει προτεραιότητα στα άτομα που βρίσκονται κάτω από το όριο επάρκειας βάσει της απόστασής τους από αυτή, η διανομή των υγειονομικών πόρων καταλήγει να γίνεται ουσιαστικά βάσει της ανάγκης του ασθενούς. Επομένως, για να έχει η αρχή της επίτευξης του επαρκούς επιπέδου έναν διακριτό ρόλο στη διανομή των υγειονομικών πόρων σε σχέση με εκδοχές του εξισωτισμού που προϋποθέτουν την εφαρμογή της συνθήκης Ρίγου-Δάλτον, θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη της και τις αρνητικές επιπτώσεις που έχουν πολλές ασθένειες σε διάφορες σημαντικές ανθρώπινες δραστηριότητες και στη συνολική ποιότητα ζωής του ασθενούς.

της υγείας του (Tinghög, 2011). Για αυτόν τον λόγο, έχει προταθεί να οριοθετείται η ανάγκη σε σχέση όχι με την αρχική κατάσταση υγείας, αλλά με τη δυνατότητα του ατόμου να επωφεληθεί από την υγειονομική περίθαλψη. Αυτή η οπτική διαφέρει από τη μεγιστοποιητική αρχή, που θα αναλυθεί στη συνέχεια, κατά το ότι εδώ η διανομή γίνεται αναλογικά¹⁴⁸ του βαθμού με τον οποίο μπορεί να επωφεληθεί κάποιος. Αντίθετα, αν εφαρμοστούν όροι μεγιστοποίησης, μπορεί και να αποκλειστούν από τη διανομή εκείνοι που επωφελοούνται λιγότερο (Cookson και Dolan, 2000). Ωστόσο, η διανομή υγειονομικών πόρων βάσει της δυνατότητας για όφελος των ατόμων μπορεί να συνεπάγεται τον αποκλεισμό κάποιων αναγκών που, ενώ είναι ισοδύναμες, διαφέρουν ως προς το κόστος τους. Για αυτό και μια άλλη προσέγγιση της ανάγκης την ορίζει ως το κόστος για την εξάντληση της δυνατότητας για όφελος (Cookson και Dolan, 2000).

Η μεγιστοποίηση του συνολικού οφέλους από τη διανομή της υγειονομικής περίθαλψης έχει ένα ωφελιμιστικό υπόβαθρο (Persad κ.ά., 2009). Όπως έχει ήδη συζητηθεί, κατά την ωφελιμιστική προσέγγιση μπορεί να υπάρξει συγκεκριμένη ιεράρχηση μεταξύ των θεραπευτικών επιλογών, χρησιμοποιώντας τις οικονομικές μεθόδους των αναλύσεων κόστους-οφέλους, κόστους-αποτελεσματικότητας και κόστους-χρησιμότητας (Powers και Faden, 2006). Βασικός στόχος αυτών των οικονομικών μεθόδων αποτελεί η προσομοίωση της οικονομικής αποτελεσματικότητας των αγορών, η οποία με τη σειρά της συνδέεται με τη μεγιστοποίηση της χρησιμότητας. Κατά την ανάλυση κόστους-οφέλους, η απόφαση στηρίζεται στο κριτήριο της αναλογίας των οφελών προς τα κόστη. Επομένως, θα πρέπει να αποδοθεί μια οικονομική αξία σε όλα τα κόστη και τα οφέλη, η οποία υπολογίζεται βάσει της τεχνικής της «προθυμίας για πληρωμή» σε περιπτώσεις όπου δεν μπορεί να υπάρξει άμεση μέτρηση (π.χ. η αξία της ψυχαγωγίας για τους ανθρώπους). Ένα πρόβλημα που συνδέεται με αυτήν την ανάλυση είναι ότι μπορεί να αντισταθμίσει τους στόχους της δημόσιας υγείας με την οικονομική αποτελεσματικότητα,

¹⁴⁸ Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις η διανομή μπορεί να γίνει αναλογικά του βαθμού της ανάγκης.

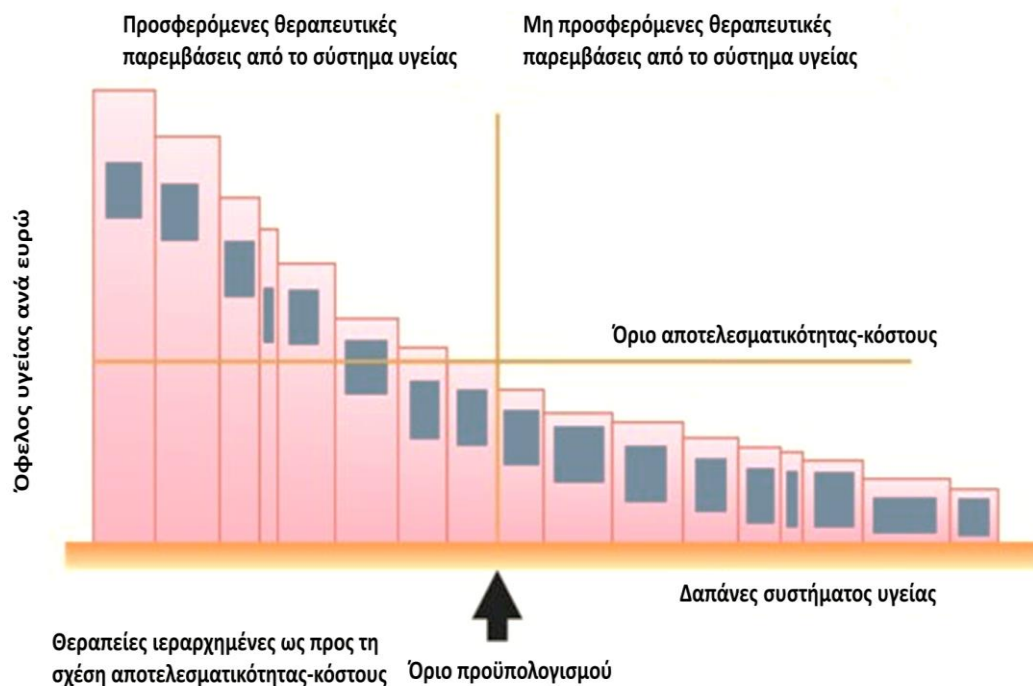
οδηγώντας σε ηθικά προβληματικές πολιτικές. Από την άλλη πλευρά, εάν η χρήση της μεθόδου αυτής περιοριστεί στην υγεία, τότε παύει να ισχύει η αρχική θεωρητική βάση της. Επιπλέον, η ικανότητα πληρωμής επηρεάζει τις προτιμήσεις των ατόμων, με συνέπεια να ευνοούνται τα συμφέροντα των ομάδων υψηλότερου εισοδήματος ή και να υποτιμάται η πραγματική αξία κάποιων παρεμβάσεων (Powers και Faden, 2006).

Η ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας χρησιμοποιεί κάποιες ιατρικές εκβάσεις ως «φυσικές μονάδες» (natural units) αποτελέσματος και έχει ως σκοπό να προσδιορίσει την αναλογία μεταξύ των συνολικών αλλαγών στο κόστος της θεραπευτικής παρέμβασης προς τις συνολικές αλλαγές στις εκβάσεις υγείας. Με σταθερό τον προϋπολογισμό υγείας, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις επιλέγονται με κριτήριο τα κόστη και τα οφέλη που σχετίζονται άμεσα με τους στόχους υγείας (Powers και Faden, 2006) (**Γράφημα 2-16**). Το ζήτημα που τίθεται είναι ποια έκβαση υγείας πρέπει να μεγιστοποιηθεί. Μια πρώτη και εύλογη απάντηση είναι η διάσωση του μεγαλύτερου δυνατού αριθμού ζώων. Μια πιο γενική προσέγγιση είναι η μεγιστοποίηση των ετών ζωής, με τη διανομή των πόρων να γίνεται βάσει της κλινικής πρόγνωσης. Ωστόσο, με αυτήν την επιλογή δεν λαμβάνεται υπόψη τόσο η κατανομή όσο και η ποσότητα και η ποιότητα αυτών των ετών (Cookson και Dolan, 2000). Για παράδειγμα, θα έπρεπε να δοθεί η ίδια βαρύτητα σε κάποιον που έχει ήδη ζήσει πολλά χρόνια σε σχέση με κάποιον που είναι στην αρχή της ζωής του; Επιπλέον, τίθεται το ζήτημα αν η μεγιστοποίηση (μέσω της διανομής) θα έπρεπε να επιτευχθεί δίνοντας λίγα έτη σε πολλούς ή πολλά έτη σε λίγους. Η μεγιστοποίηση της υγείας, πάντως, διαφέρει από εκείνη της ευτυχίας, η οποία και υποστηρίζεται από τον κλασικό ωφελιμισμό, όπως έχει ήδη αναλυθεί. Διαφορετική θα πρέπει να θεωρείται και η ποιότητα ζωής ως οι αντικειμενικές δυνατότητες του ατόμου, όπως είναι η ικανότητα επίτευξης στόχων και η διάδραση με τους άλλους, καθώς και οι υποκειμενικές επιθυμίες (Cookson και Dolan, 2000). Η κλασική ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας επικεντρώνεται σε μια διάσταση της υγείας, κάτι που καθιστά δύσκολη τη σύγκριση θεραπευτικών παρεμβάσεων με διαφορετικούς στόχους, ενώ δεν λαμβάνεται υπόψη και η προτίμηση των ίδιων των ασθενών για το ποια διάσταση της υγείας είναι πιο σημαντική σε κάθε πλαίσιο. Ως εναλλακτική

Η υγεία στο όνομα της δικαιοσύνης

μέθοδος εφαρμόζεται η ανάλυση κόστους-χρησιμότητας, η οποία χρησιμοποιεί ένα ενοποιημένο μέτρο της υγείας, όπως είναι τα QALYs ή τα DALYs. Οι νεοκλασικοί οικονομολόγοι προσεγγίζουν συνήθως τη χρησιμότητα ως την ικανοποίηση από τις ατομικές προτιμήσεις (Powers και Faden, 2006).

Γράφημα 2-16 Προϋπολογισμός του συστήματος υγείας και το όριο αποτελεσματικότητας-κόστους



Πηγή: Culyer (2016)

Η διανομή των υγειονομικών πόρων βάσει κοινωνικών αξιών δίνει προτεραιότητα σε συγκεκριμένα άτομα, προκειμένου να προωθήσει άλλες σημαντικές αξίες ή να τους ανταμείψει για την προώθηση αυτών των αξιών (Persad κ.ά., 2009). Από τη μια πλευρά, η εργαλειακή θεώρηση είναι προσανατολισμένη στην υποστήριξη κάποιας μελλοντικής χρησιμότητας, όπως είναι η παραχώρηση προτεραιότητας φροντίδας στο υγειονομικό προσωπικό κατά τη διάρκεια κάποιας επιδημίας, καθότι με αυτόν τον τρόπο θα σωθούν περισσότερες ζωές στο μέλλον. Από την άλλη πλευρά, η διανομή βάσει αμοιβαιότητας ανταμείβει την παρελθοντική χρησιμότητα ή θυσία. Παραδείγματα αποτελούν η ευνοϊκή μεταχείριση προηγούμενων δωρητών οργάνων ή ατόμων που ακολουθούσαν έναν υγιεινό τρόπο ζωής ή

νοσηλευτικού προσωπικού που νόσησε κατά τη διάρκεια της φροντίδας ασθενών με μεταδοτικές ασθένειες. Βέβαια, τόσο η εργαλειακή προσέγγιση όσο και εκείνη της αμοιβαιότητας μπορεί να απαιτήσουν χρονοβόρες και παρεμβατικές έρευνες για να τεκμηριωθεί η ανάγκη παραχώρησης προτεραιότητας, όπως αν το άτομο ασκούσε επωφελείς για την υγεία του συμπεριφορές (π.χ. δεν κάπνιζε) (Persad κ.ά., 2009).

Στις ηθικά πλουραλιστικές σύγχρονες κοινωνίες είναι σχεδόν ανέφικτο να υπάρξει ομοφωνία ως προς τις ουσιαστικές αρχές πάνω στις οποίες θα πρέπει να βασιστεί η διανομή των υγειονομικών πόρων (Scheunemann και White, 2011). Για αυτόν τον λόγο, έχει προταθεί η λύση της αρχής της δίκαιης διαδικασίας, όπως εκείνη της «λογοδοσίας για την ευλογότητα» των Daniels και Sabin (2008), που έχει ήδη περιγραφεί σε προηγούμενη ενότητα. Πάντως, οι Calabresi και Bobbit (1978) έχουν υποστηρίξει ότι οι άνθρωποι τείνουν να αρνούνται την ηθική ευθύνη για τις αποφάσεις στις οποίες συμμετέχουν, όταν αυτές καταλήγουν στον πόνο ή τη δυστυχία κάποιων. Αυτό έχει ως συνέπεια να μην μπορούν να προκύψουν ανθεκτικές στον χρόνο αποφάσεις για τη διανομή των υγειονομικών πόρων. Για παράδειγμα, ενώ ενδέχεται η ρύθμιση των κανονισμών ασφαλείας των μεταλλωρύχων να μην έχει δημιουργήσει το ασφαλέστερο εργασιακό περιβάλλον για αυτούς, παρόλα αυτά μπορεί να καταβάλλεται κάθε προσπάθεια, ανεξαρτήτως κόστους, για να σωθούν οι εργάτες σε περίπτωση ατυχήματος (Scheunemann και White, 2011). Αυτό σημαίνει αφενός ότι οι αποφάσεις διανομής επαναπροσδιορίζονται συνεχώς, και αφετέρου ότι υπάρχει η τάση να επιλέγονται φαινομενικά μη αμφιλεγόμενες αρχές, μέχρι να αποκαλυφθεί η αντίθεσή τους με άλλες βασικότερες αξίες.

Θα πρέπει, πάντως, να σημειωθεί ότι οι παραπάνω αρχές διανομής των υγειονομικών πόρων δεν είναι απαραίτητα αμοιβαία αποκλειόμενες, αλλά μπορούν να συνδυαστούν στην καθημερινή πρακτική. Αυτό μπορεί να πάρει τη μορφή δευτερευουσών αρχών, οι οποίες εφαρμόζονται σε περιπτώσεις όπου η πρωταρχική αρχή δεν μπορεί να δώσει λύση. Παράδειγμα θα μπορούσε να αποτελέσει μια υποθετική κατάσταση όπου δύο ή περισσότερα άτομα αντιμετωπίζουν τον ίδιο άμεσο κίνδυνο για την ζωή τους, οπότε και η λοταρία θα μπορούσε να συμπληρώσει τη βασική αρχή της «διάσωσης της ζωής» για να τερματιστεί το αδιέξοδο και να ληφθεί η σχετική απόφαση διανομής των

σπανιζόντων υγειονομικών πόρων μεταξύ τους (Cookson και Dolan, 2000). Ένας άλλος τρόπος συνδυασμού αρχών είναι μη απόδοση προτεραιότητας σε κάποια αρχή, αλλά η στάθμιση μεταξύ τους, όπως στο κλασικό δίλημμα της μεγιστοποίησης του συνολικού αθροίσματος υγείας και της μείωσης των ανισοτήτων υγείας (Cookson και Dolan, 2000).

2.6. Διανεμητικές αρχές και κατάσταση υγείας

Ως προς το ζήτημα της κατανομής της κατάστασης υγείας ανάμεσα στα μέλη μια κοινωνίας, οι βασικές διανεμητικές αρχές που θα μπορούσαν να εξεταστούν είναι: η μεγιστοποίηση (maximization), ο εξισωτισμός (egalitarianism), ο κανόνας maximin, η αρχή της προτεραιότητας (prioritarianism), η αρχή της επίτευξης ενός επαρκούς επιπέδου (sufficientarianism) και η αρχή της αξιοσύνης (desert principle). Η σύλληψη της ισότητας των ευκαιριών δεν ενδιαφέρεται για την ισότητα των αποτελεσμάτων, αλλά για την ισότητα των προϋπαρχουσών προοπτικών για αυτά τα αποτελέσματα. Συνεπώς, μια ανισοκατανομή στην κατάσταση υγείας μπορεί να θεωρηθεί δίκαιη μόνο στον βαθμό που προέκυψε στο πλαίσιο συνειδητών και πλήρως ενημερωμένων αποφάσεων των ατόμων και δεν είναι το αποτέλεσμα παραγόντων που εκφεύγουν του ελέγχου τους, όπως είναι οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες ή η «ωμή τύχη». Τέλος, κατά τις διαδικαστικές θεωρίες ή, γενικότερα, για τις συλλήψεις που επιβάλουν απλώς ηθικούς περιορισμούς, μια κατανομή μπορεί να αξιολογηθεί μόνο για το αν είναι δίκαιη ή άδικη, με βάση το αν έχει προκύψει στο πλαίσιο μιας δίκαιης διαδικασίας ή αν τηρούνται οι ηθικοί περιορισμοί που έχουν εκ των προτέρων τεθεί.

Για να εξετάσουμε τις διαφορετικές συνέπειες των παραπάνω διανεμητικών αρχών, έστω το απλοποιημένο παράδειγμα του παρακάτω γραφήματος (**Γράφημα 2-17**), όπου παρουσιάζονται διαφορετικές υποθετικές κατανομές του επιπέδου υγείας¹⁴⁹ μεταξύ δυο ομάδων (Α και Β) του

¹⁴⁹ Φυσικά, αντικείμενο της δικαιοσύνης θα μπορούσε να αποτελεί οτιδήποτε άλλο, αρκεί να πληρούνται τα ίδια χαρακτηριστικά μέτρησης που θέτουμε στη συνέχεια.

πληθυσμού¹⁵⁰. Έστω, επίσης, ότι οι ομάδες αυτές είναι ισοπληθείς, και ότι δεν υπάρχουν άλλες σημαντικές διαφορές μεταξύ τους, όπως είναι ο ανόμοιος (μέσος) βαθμός ευθύνης τους για την κατάσταση υγείας τους. Ακόμη, η υγεία μετριέται σε μια ποσοτική (cardinal) κλίμακα και υπάρχει η δυνατότητα διαπροσωπικών συγκρίσεων των διαφορών στα (μέσα) επίπεδά της, κατά τρόπο που να μπορούμε να διαπιστώσουμε αν η διαφορά στα (μέσα) επίπεδα υγείας μεταξύ δύο καταστάσεων (πολιτικών) για τη μια ομάδα είναι μεγαλύτερη ή μικρότερη ή ίση με τη διαφορά στα (μέσα) επίπεδα υγείας μεταξύ των δύο ίδιων ή δύο άλλων καταστάσεων για την άλλη ομάδα. Έτσι, λοιπόν, στον άξονα y αποτυπώνεται η κατάσταση υγείας μετρούμενη σε μια κλίμακα 0-100, όπου το 0 ισοδυναμεί με τον θάνατο και το 100 δηλώνει την καλύτερη δυνατή υγεία.

Σύμφωνα με την αρχή του αυστηρού εξισωτισμού, η ανισότητα είναι εγγενώς κακή και ανεπιθύμητη και στόχος αποτελεί η ίση κατανομή των αγαθών, ακόμη και αν αυτό οδηγήσει σε μείωση του συνολικού επιπέδου τους στην κοινωνία. Στο παράδειγμά μας, λοιπόν, τα άτομα της ομάδας Α έχουν μέση κατάσταση υγείας ίση με 70 στο πλαίσιο της πολιτικής 1, ενώ ο αντίστοιχος μέσος όρος για την ομάδα Β είναι το 30. Επομένως, υπάρχει μια σημαντική ανισότητα στο (μέσο) επίπεδο υγείας μεταξύ των δύο ομάδων ίση με 40 μονάδες (70 – 30). Έστω η δυνατότητα εφαρμογής της πολιτικής 2, κατά την οποία το (μέσο) επίπεδο υγείας για τη μειονεκτούσα ομάδα Β παραμένει σταθερό, ενώ για την πλεονεκτούσα ομάδα Α βελτιώνεται από 70 σε 75. Σε αυτήν την περίπτωση, λοιπόν, η προσέγγιση του εξισωτισμού θα αξιολογούσε την κατανομή της πολιτικής 2 ως γνησίως χειρότερη εκείνης της πολιτικής 1, καθότι σε αυτήν η ανισότητα είναι μεγαλύτερη. Αντίθετα, ο εξισωτισμός θα ήταν αδιάφορος για την επιλογή μεταξύ των πολιτικών 2 και 3 σε απόλυτους όρους, καθότι, παρόλο που τόσο η μειονεκτούσα όσο και η πλεονεκτούσα ομάδα

¹⁵⁰ Το παράδειγμα που χρησιμοποιούμε αναφέρεται στη λήψη απόφασης σε συνθήκες βεβαιότητας για τις εκβάσεις εναλλακτικών πολιτικών. Υπό συνθήκες αβεβαιότητας, σε κάθε δυνατή έκβαση αντιστοιχίζεται μια πιθανότητα, λειτουργώντας πλέον ως μια προοπτική (prospect). Το πρόβλημα, λοιπόν, που τίθεται σε συνθήκες αβεβαιότητας είναι η εύρεση ενός αποδεκτού κανόνα για την ιεράρχηση των προοπτικών, με την περίπτωση αυτή να διαφέρει από εκείνη της αξιολόγησης βέβαιων εκβάσεων (Adler και Holtug, 2018).

βελτίωσαν το (μέσο) απόλυτο επίπεδο της υγείας τους με την πολιτική 3, η (μέση) απόλυτη διαφορά μεταξύ τους παρέμεινε σταθερή (45 μονάδες). Ωστόσο, εάν ως κριτήριο ετίθετο η σχετική ανισότητα, η έκβαση της πολιτικής 3 θα ήταν προτιμότερη, καθότι η αναλογία του (μέσου) επιπέδου υγείας της πλεονεκτούσας ως προς τη μειονεκτούσα ομάδα για την πολιτική 2 ($75/30 = 2,5$) είναι υψηλότερη από ό,τι στην πολιτική 3 ($80/35 = 2,3$), οπότε και η σχετική ανισότητα είναι μεγαλύτερη. Από την άλλη πλευρά, η αρχή του εξισωτισμού θα ήταν αδιάφορη μεταξύ των πολιτικών 5 και 6, με τις οποίες επιτυγχάνεται πλήρη ισότητα, παρά το ότι στην πρώτη περίπτωση το (μέσο) επίπεδο υγείας είναι υψηλότερο και για τις δύο ομάδες, αναδεικνύοντας το πρόβλημα της «ισοπέδωσης προς τα κάτω».

Ενώ η αρχή του εξισωτισμού είναι συγκριτική, οι διανεμητικές αρχές της μεγιστοποίησης, του κανόνα *maximin*, της προτεραιότητας και εκείνης που αφορά στην επίτευξη ενός επαρκούς επιπέδου είναι μη συγκριτικές, και ενδιαφέρονται για την απόλυτη κατάσταση των ατόμων σε σχέση με το αντικείμενο της δικαιοσύνης. Σύμφωνα με τη μεγιστοποιητική αρχή, που συνήθως ταυτίζεται με τον ωφελιμισμό¹⁵¹, μια κατανομή είναι γνησίως καλύτερη από μια άλλη όταν είναι μεγαλύτερη η συνολική ποσότητα του αγαθού εστίασης. Στο παράδειγμά μας, λοιπόν, το (μέσο) συνολικό επίπεδο της υγείας στον πληθυσμό βελτιώθηκε από 100 σε 105 μονάδες μεταξύ των πολιτικών 1 και 2. Επομένως, εφαρμόζοντας το μεγιστοποιητικό κριτήριο, θα οδηγούμασταν στο συμπέρασμα ότι η πολιτική 2 είναι ηθικά προτιμητέα σε σχέση με την πολιτική 1. Ωστόσο, η μεγιστοποιητική αρχή είναι αδιάφορη κατά την επιλογή μεταξύ της πολιτικής 1, όπου υπάρχει σημαντική ανισότητα στην κατάσταση

¹⁵¹ Όπως έχει ήδη συζητηθεί, αντικείμενο της δικαιοσύνης κατά τον ωφελιμισμό δεν είναι κάποιο συγκεκριμένο αγαθό, αλλά γενικότερα η ευημερία που συνδέεται με την κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών. Ενδεχομένως, η οριακή χρησιμότητα από τη βελτίωση της μέσης υγείας της ομάδας που βρίσκεται στη χειρότερη θέση να ήταν υψηλότερη σε σχέση με την άλλη ομάδα. Σε αυτήν την περίπτωση, η μεγιστοποιητική αρχή θα προέκρινε την κατανομή των διαθέσιμων μονάδων υγείας στην ομάδα με το υψηλότερο οριακό όφελος, έως ότου αυτό να εξισωθεί μεταξύ των ομάδων. Κατόπιν της εξίσωσης της οριακής χρησιμότητας μεταξύ των ομάδων, η συγκεκριμένη κατανομή της χρησιμότητας είναι αδιάφορη για τον ωφελιμισμό. Σε αυτό το παράδειγμα, βέβαια, έχουμε ορίσει ως αντικείμενο της δικαιοσύνης την υγεία και όχι τη χρησιμότητα που αυτή προσφέρει στους ανθρώπους.

υγείας, και της πολιτικής 5, όπου επικρατεί πλήρης ισότητα, καθότι το (μέσο) συνολικό άθροισμα των μονάδων υγείας είναι και στις δύο περιπτώσεις ίσο με 100 μονάδες. Αυτό διότι η μεγιστοποιητική αρχή δεν δίνει καθόλου αξία στην ισότητα και δεν ικανοποιεί τη συνθήκη Ρίγου-Dalton, καθώς ενδιαφέρεται μόνο για το συνολικό επίπεδο της κατανομής.

Η αξιολόγηση των καταστάσεων των πραγμάτων γίνεται περισσότερο πολύπλοκη υπό τις θεωρητικές απαιτήσεις του κανόνα *maximin*. Ο κανόνας αυτός αξιώνει τη μεγιστοποίηση της απόλυτης κατάστασης της ομάδας που βρίσκεται στη χειρότερη θέση στην κοινωνία, καθότι αυτό θα επέλεγε κάθε ορθολογικός άνθρωπος στην αρχική θέση. Επομένως, αυτό που έχει σημασία για τον κανόνα *maximin* σε αυτό το παράδειγμα δεν είναι η επίτευξη της ισότητας υγείας *per se*, αλλά η βελτίωση της υγείας των σοβαρότερα αρρώστων¹⁵². Μεταξύ των πολιτικών 1 και 3, λοιπόν, θα αξιολογούσε ως γνησίως καλύτερη την πολιτική 3, διότι σε αυτήν την κατανομή, παρόλο που η ανισότητα στην (μέση) υγεία μεταξύ των δύο ομάδων διευρύνεται, παράλληλα βελτιώνεται το (μέσο) απόλυτο επίπεδο υγείας των ατόμων της μειονεκτούσας ομάδας^{153, 154}. Αντίστοιχα, μεταξύ των πολιτικών 5 και 6, όπου και στις δύο υπάρχει μια ισοκατανομή στο (μέσο) επίπεδο υγείας, με τον κανόνα *maximin* θα επιλέγαμε την πολιτική 5, καθότι σε αυτήν την περίπτωση είναι βελτιωμένη η (μέση) υγεία και για τις δυο ομάδες, αποφεύγοντας, συνεπώς, το πρόβλημα της «ισοπέδωσης προς τα κάτω».

¹⁵² Θα πρέπει, βεβαίως, να υπενθυμιστεί ότι η υγεία δεν αποτελεί πεδίο άμεσης εφαρμογής των αρχών δικαιοσύνης του Rawls, καθότι αντιμετωπίζεται ως ένα «φυσικό αγαθό». Ο Daniels, ο οποίος συνέδεσε την υγεία με τη δίκαιη κατανομή των ευκαιριών ζωής, θεώρησε ότι το σύνολο των Ρωλσιανών αρχών, και ιδίως εκείνης της διαφοράς, ρυθμίζουν ακούσια τους βασικούς κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστές της και όχι την ίδια την υγεία.

¹⁵³ Κατά τον Shaw (1992), ερμηνεύοντας τον Rawls, «[a]nyone who objected to the emergence of [that kind of] inequality would be (a) shortsighted, because the change would be to his benefit, and (b) envious».

¹⁵⁴ Θα πρέπει να υπενθυμιστεί ότι τόσο ο κανόνας *maximin* όσο και ο κανόνας *leximin* δεν απαιτούν ποσοτική (cardinal) μέτρηση του αγαθού για την αξιολόγηση των εκβάσεων, αλλά αρκεί η δυνατότητα ιεραρχικής σύγκρισης των επιπέδων μεταξύ τους. Αν και στο συγκεκριμένο παράδειγμα υποθέσαμε τη μέτρηση της κατάστασης υγείας σε μια ποσοτική κλίμακα, οι κανόνες αυτοί θα κατέληγαν στα ίδια συμπεράσματα.

Οι δυσκολίες που σχετίζονται με την εφαρμογή του κανόνα *maximin* ανακύπτουν κατά την αξιολογική κρίση μεταξύ των πολιτικών 1 και 2 (αλλά και της 6), καθότι στην πολιτική 2, ενώ βελτιώνεται η θέση της ήδη πλεονεκτούσας (από πλευράς υγείας) ομάδας A, εκείνη της μειονεκτούσας B παραμένει σταθερή. Σύμφωνα με την προσέγγιση του Rawls, έχοντας ως σημείο αναφοράς (*benchmark*) την αρχική θέση της ισότητας στην κοινωνία, οι όποιες αποκλίσεις από αυτήν θα πρέπει να δικαιολογούνται στη βάση της βελτίωσης σε απόλυτους όρους της θέσης όλων των κοινωνικών ομάδων¹⁵⁵. Καθότι η νέα κατανομή δεν το επιτυγχάνει αυτό, και βελτιώνεται η (μέση) υγεία μόνο της προνομιούχου ομάδας A, δεν υπάρχει λόγος να συμφωνήσει η μειονεκτούσα ομάδα B με αυτήν την νέα κατάσταση και θα ασκούσε κάποιου είδους αρνησικυρία (στο πλαίσιο της υποθετικής αρχικής θέσης). Ωστόσο, θα μπορούσε να θεωρηθεί παράλογο να αξιολογηθεί ως άδικη μια πιο άνιση κατανομή, όταν η αύξηση της ανισότητας δεν γίνεται εις βάρος κάποιου, και ιδίως των λιγότερο ευνοημένων, ακόμη και αν προκύπτει λόγω κάποιας τυχαίας αιτίας. Για την περίπτωση, λοιπόν, όπου τα λιγότερο ευνοημένα άτομα δεν επηρεάζονται από τις όποιες αλλαγές (βελτίωσης ή επιδείνωσης) συμβαίνουν στην κατάσταση των περισσότερο ευνοημένων, ο Rawls (1999) εισήγαγε τη λεξικογραφική αρχή της διαφοράς (*lexical difference principle*). Σύμφωνα με τον κανόνα *leximin*, η κατανομή όπου βελτιώνεται η κατάσταση μόνο των περισσότερο προνομιούχων μπορεί να αξιολογηθεί ως δίκαιη, εφόσον δεν μπορούν για κάποιον λόγο να επωφεληθούν οι λιγότερο προνομιούχοι¹⁵⁶. Πάντως, μια τέτοια περίπτωση δεν είναι πιθανό να ισχύει στην περίπτωση των

¹⁵⁵ Ο Rawls (1999) αναφέρει συγκεκριμένα ότι «the difference principle is a strongly egalitarian conception in the sense that unless there is a distribution that makes both persons better off (limiting ourselves to the two-person case for simplicity), an equal distribution is to be preferred».

¹⁵⁶ Η πλήρης ανάπτυξη της λεξικογραφικής αρχής της διαφοράς έχει ως εξής. «[I]n a basic structure with *n* relevant representatives, first maximize the welfare of the worst off representative man; second, for equal welfare of the worst-off representative, maximize the welfare of the second worst-off representative man, and so on until the last case which is, for equal welfare of all the preceding *n*-1 representatives, maximize the welfare of the best-off representative man" (Rawls, 1999). Ο Rawls, παρόλα αυτά, θεωρεί απίθανη την περίπτωση όπου δεν θα είναι δυνατό να βελτιωθεί η κατάσταση των λιγότερο ευνοημένων παράλληλα με εκείνη των προνομιούχων. Έτσι, παραμένει πιστός σε αυτό που ονομάζει «close-knitness», και την απαραίτητη διάχυση των ωφελημάτων της μεγαλύτερης ανισότητας σε όλη την κοινωνία.

πρωταρχικών αγαθών, όπως είναι το εισόδημα, καθότι αυτά είναι ευχερώς μεταβιβάσιμα μεταξύ των ατόμων. Στο συγκεκριμένο παράδειγμα, όμως, θέτουμε ως αντικείμενο της δικαιοσύνης την υγεία, η οποία δεν είναι άμεσα μεταβιβάσιμη¹⁵⁷. Ως εκ τούτου, μπορούμε να υποθέσουμε ότι είναι δυνατή η παρουσία των συνθηκών που ικανοποιούν την προϋπόθεση εφαρμογής του κανόνα *leximin*, βάσει του οποίου η κατανομή της πολιτικής 2 θα αξιολογούταν ως γνησίως καλύτερη της πολιτικής 1. Επίσης, με βάση το ίδιο κριτήριο θα αξιολογούσαμε και την κατάσταση των πραγμάτων με την πολιτική 1 ως γνησίως καλύτερη εκείνης με την πολιτική 6¹⁵⁸.

Πάντως, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι, ακόμη και αν η υγεία δεν είναι άμεσα μεταβιβάσιμη, είναι δυνατή η άμεση τροποποίηση της κατανομής των περισσότερων από τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες που την επηρεάζουν. Υπό αυτήν την παραδοχή, θα έπρεπε να προτιμηθεί η κατανομή της πολιτικής 1, καθότι η βελτίωση της (μέσης) υγείας της ήδη προνομιούχου ομάδας A στην πολιτική 2 προκύπτει από μια ανισοκατανομή των κοινωνικών συνθηκών που την ευνοεί, ενώ, με μια πιο ίση κατανομή τους, θα ήταν δυνατή η βελτίωση της (μέσης) υγείας και της μειονεκτούσας ομάδας B. Ωστόσο, αν και αυτό το επιχείρημα έχει λογική υπόσταση, το συγκεκριμένο παράδειγμα βασίζεται στην υπόθεση ότι δεν υπάρχουν άλλες σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων. Ως εκ τούτου, αυτή η οπτική δεν θα μπορούσε να εφαρμοστεί εδώ. Γενικότερα, πάντως, και αυτό ισχύει για όλες τις διανεμητικές αρχές, η κατανομή των προσδιοριστών της υγείας μπορεί να απαιτείται να ακολουθήσει διαφορετικούς διανεμητικούς κανόνες, προκειμένου να εξασφαλιστεί η ιδανική, κατά την εκάστοτε διανεμητική αρχή, κατανομή του αντικειμένου της δικαιοσύνης (Fourie, 2016). Για παράδειγμα, για την εξασφάλιση ενός επαρκούς επιπέδου υγείας μπορεί να απαιτείται η ίση πρόσβαση σε ποιοτική

¹⁵⁷ Προφανώς, εδώ δεν συμπεριλαμβάνονται οι ακραίες περιπτώσεις της μεταμόσχευσης οργάνων.

¹⁵⁸ Για περισσότερα για το ζήτημα της σχέσης της αρχής της διαφοράς με τη λεξικογραφική αρχή της διαφοράς βλ. Shaw (1992), Lamont (1994), Van Parijs (2002), Cohen (2008) και Donald Moon (2015).

υγειονομική περίθαλψη και όχι απλώς ένα επαρκές επίπεδο υγειονομικών πόρων.

Η αρχή της προτεραιότητας έχει ως βασικό στοιχείο την παραχώρηση υψηλότερης βαρύτητας σε εκείνους που βρίσκονται σε χειρότερη θέση στην κοινωνία, σε αντιστοιχία με το πόσο χειρότερη είναι η απόλυτη κατάσταση στην οποία βρίσκονται. Ωστόσο, η προτεραιοποίηση δεν είναι ο μοναδικός σκοπός αυτής της αρχής, καθώς τη συνδυάζει με μια δέσμευση για τη μεγιστοποίηση του αντικειμένου της δικαιοσύνης. Πιο συγκεκριμένα, μια κατάσταση αξιολογείται ως γνησίως καλύτερη από μια άλλη όταν είναι μεγαλύτερο το συνολικό άθροισμα των σταθμισμένων οφελών των ατόμων, όπου τα οφέλη σταθμίζονται έτσι ώστε να έχουν μεγαλύτερη αξία όσο χειρότερη είναι η απόλυτη κατάσταση του ατόμου που τα λαμβάνει. Η στάθμιση αυτή γίνεται μέσω μιας γνησίως αύξουσας και κοίλης συνάρτησης της ποσότητας του αγαθού της δικαιοσύνης για κάθε άτομο¹⁵⁹, στη συγκεκριμένη περίπτωση της υγείας. Μια προσέγγιση της εκτίμησης της ηθικής αξίας της υγείας ενός ατόμου θα μπορούσε να αποτελέσει η συνάρτηση της τετραγωνικής ρίζας του επιπέδου υγείας του. Εφαρμόζοντας αυτήν τη συνάρτηση στο παράδειγμά μας, το συνολικό άθροισμα της ηθικής αξίας κάθε πολιτικής θα υπολογιζόταν ως εξής: πολιτική 1: $\sqrt{70} + \sqrt{30} = 13,84$, πολιτική 2: $\sqrt{75} + \sqrt{30} = 14,14$, πολιτική 3: $\sqrt{80} + \sqrt{35} = 14,86$, πολιτική 4: $\sqrt{80} + \sqrt{25} = 13,94$, πολιτική 5: $\sqrt{50} + \sqrt{50} = 14,14$, και πολιτική 6: $\sqrt{30} + \sqrt{30} = 10,95$. Συνεπώς, βάσει της διανεμητικής αρχής της προτεραιότητας (και τον συγκεκριμένο τρόπο που επιλέξαμε για τον μετασχηματισμό του επιπέδου υγείας σε ηθική αξία), θα καταλήγαμε στο να κρίνουμε ως γνησίως βέλτιστη κατάσταση μεταξύ των εναλλακτικών σεναρίων εκείνη της πολιτικής 3, η οποία συνδέεται με το μεγαλύτερο άθροισμα της ηθικής αξίας της κατανομής της (μέσης) υγείας μεταξύ των δύο ομάδων. Είναι, επίσης, σημαντικό να επισημανθεί πως με την προσέγγιση αυτή θα

¹⁵⁹ Η αρχή της προτεραιότητας εφαρμόζεται στο επίπεδο των ατόμων και όχι των ομάδων. Αν και το παράδειγμά μας συγκρίνει τη μέση κατάσταση υγείας μεταξύ δύο ομάδων, μπορούμε να αξιολογήσουμε τις κατανομές βάσει αυτής της διανεμητικής αρχής κάνοντας την επιπλέον υπόθεση ότι τα μέλη κάθε ομάδας (που εξ αρχής υποθέτουμε ότι είναι ισοπληθείς) έχουν ίσο επίπεδο υγείας μεταξύ τους.

αξιολογούταν ως γνησίως καλύτερη: α) η πολιτική 2 από την πολιτική 1, παρά το ότι διευρύνεται η ανισότητα με τη βελτίωση της (μέσης) υγείας μόνο της προνομιούχου (από πλευράς υγείας) ομάδας A, β) η πολιτική 2 από την πολιτική 4, καθώς, παρά το ότι το άθροισμα της υγείας είναι ίσο για τις δύο πολιτικές, το όφελος 5 μονάδων υγείας έχει μεγαλύτερη ηθική αξία όταν αυτό το καρπώνεται η μειονεκτούσα ομάδα, γ) η πολιτική 3 από την πολιτική 2, παρά το ότι η ανισότητα σε απόλυτους όρους μεταξύ των ομάδων παρέμεινε σταθερή, δ) η πολιτική 4 από την πολιτική 1, παρά την αύξηση τόσο της απόλυτης όσο και της σχετικής ανισότητας μεταξύ των ομάδων, και ε) η πολιτική 5 από την πολιτική 6, αποφεύγοντας το πρόβλημα της «ισοπέδωσης προς τα κάτω».

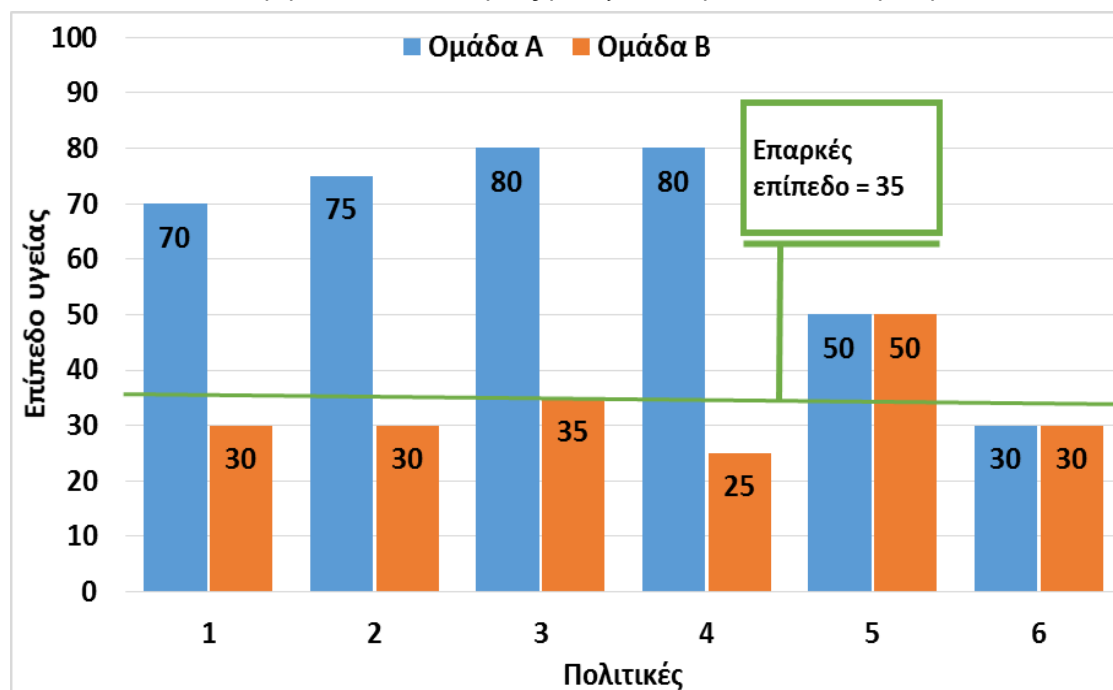
Η αρχή της δικαιοσύνης ως η επίτευξη ενός επαρκούς επιπέδου δεν μπορεί να αξιολογήσει τις κατανομές, χωρίς προηγουμένως να έχει προσδιοριστεί το όριο επάρκειας για το αντικείμενο της δικαιοσύνης. Στο συγκεκριμένο παράδειγμα (αυθαίρετα) ορίσαμε το επίπεδο αυτό στις 35 μονάδες υγείας. Αν θέταμε ως κριτήριο ιεράρχησης των εκβάσεων τον αριθμό των ατόμων που επιτυγχάνουν το όριο επάρκειας, τότε μεταξύ των εναλλακτικών σεναρίων θα αξιολογούσαμε: α) ως γνησίως χειρότερη κατάσταση εκείνη της πολιτικής 6, όπου και οι δύο ομάδες βρίσκονται κάτω από το όριο, και β) ως γνησίως καλύτερες εκβάσεις εκείνες των πολιτικών 3 και 5, όπου και οι δύο ομάδες βρίσκονται πάνω από αυτό. Ωστόσο, δεν θα μπορούσαμε να επιλέξουμε μεταξύ των πολιτικών 3 και 5, καθότι το κριτήριο αυτό δεν λαμβάνει υπόψη τις διαφορές στο επίπεδο υγείας ανάμεσα σε εκείνους που βρίσκονται είτε πάνω είτε κάτω από το όριο επάρκειας. Για τον ίδιο λόγο, θα είμασταν αδιάφοροι και μεταξύ των πολιτικών 1, 2 και 4, όπου η ομάδα A βρίσκεται σταθερά πάνω από το όριο επάρκειας και η ομάδα B βρίσκεται σταθερά κάτω από αυτό, παρά τις σημαντικές διακυμάνσεις στα (μέσα) επίπεδα υγείας τους. Λαμβάνοντας υπόψη το συνολικό (μέσο) έλλειμμα υγείας από το επίπεδο επάρκειας, πάλι δεν θα μπορούσαμε να επιλέξουμε μεταξύ των πολιτικών 3 και 5, καθότι και οι δύο ομάδες βρίσκονται πάνω από το κρίσιμο όριο. Επιπλέον, μεταξύ των πολιτικών 1, 2 και 4, ενώ θα μπορούσαμε να αποκλείσουμε ως γνησίως χειρότερη την πολιτική 4, θα εξακολουθούσαμε να μην μπορούμε να επιλύσουμε το αδιέξοδο της

ισοδυναμίας ανάμεσα στις άλλες δύο εκβάσεις, στις οποίες η ομάδα Β έχει την ίδια (μέση) απόσταση από το επίπεδο επάρκειας. Πάντως, κάποιες εκδοχές της δικαιοσύνης ως ένα επαρκές επίπεδο αποδέχονται ότι είναι δυνατόν να δοθεί αξιολογική λύση σε περιπτώσεις ισοδυναμίας των κατανομών, λαμβάνοντας υπόψη το αστάθμητο άθροισμα του αγαθού της δικαιοσύνης πάνω από το όριο επάρκειας. Ουσιαστικά, πρόκειται για μια μορφή της διανεμητικής δικαιοσύνης που παραχωρεί λεξικογραφική προτεραιότητα στην επίτευξη ενός επαρκούς ορίου υγείας έναντι της μεγιστοποίησής της. Βάσει αυτής της οπτικής, λοιπόν, θα θεωρούσαμε ως γνησίως καλύτερη (και βέλτιστη γενικότερα) κατάσταση εκείνη της πολιτικής 3 έναντι της πολιτικής 5, καθότι σε αυτήν είναι μεγαλύτερο το αστάθμητο άθροισμα της υγείας πάνω από το όριο επάρκειας.

Τέλος, για να εφαρμόζαμε τη διανεμητική αρχή της αξιοσύνης στο παραπάνω υποθετικό παράδειγμα, θα έπρεπε να γνωρίζαμε το (μέσο) επίπεδο αξιοσύνης της κάθε ομάδας. Κατά τη μη συγκριτική εκδοχή της, κάθε ομάδα θα έπρεπε να έχει το συγκεκριμένο (ούτε χαμηλότερο ούτε υψηλότερο) επίπεδο υγείας που αντιστοιχεί στο επίπεδο αξιοσύνης της. Κατά τη συγκριτική εκδοχή της, οι σχετικές διαφορές των ατόμων ως προς το επίπεδο της υγείας τους θα έπρεπε να είναι ανάλογες των σχετικών διαφορών τους ως προς επίπεδο της αξιοσύνης τους. Καθότι έχουμε υποθέσει ότι οι δύο ομάδες δεν διαφέρουν μεταξύ τους ως προς άλλα σημαντικά χαρακτηριστικά, δεν θα μπορούσαμε να χρησιμοποιήσουμε την αρχή της αξιοσύνης για την αξιολόγηση αυτών των εκβάσεων.

Η υγεία στο όνομα της δικαιοσύνης

Γράφημα 2-17 Υποθετικό παράδειγμα πολιτικών με διαφορετικές εκβάσεις ως προς την κατανομή του επιπέδου υγείας μεταξύ δύο ομάδων του πληθυσμού



2.7. Συμπεράσματα και περαιτέρω σκέψεις

Η κοινωνική δικαιοσύνη στο πλαίσιο της κοινωνικής πολιτικής μετουσιώνει την υπερβατική διάσταση της δικαιοσύνης σε μια ρεαλιστική διανεμητική δικαιοσύνη για την καταπολέμηση της άδικης ανισότητας (Βενιέρης, 2015). Πρακτικά, κάθε μοντέλο που υιοθετεί μια κοινωνία εκφράζει τρία ενδεχόμενα: α) προτεραιότητα της ισότητας έναντι της ελευθερίας, β) προτεραιότητα της ελευθερίας έναντι της ισότητας, και γ) κάποια μορφή εξισορρόπησης μεταξύ ισότητας και ελευθερίας. Τα μοντέλα δικαιοσύνης αποτελούν στις περισσότερες περιπτώσεις θεωρητικές κατασκευές που αγνοούν τους περιορισμούς της πραγματικότητας. Αυτό δεν σημαίνει, βέβαια, όπως ορθώς επισημαίνει ο Βενιέρης (2015), ότι το έλλειμμα κοινωνικής δικαιοσύνης δεν είναι πραγματικό. Ακόμη και η μη λήψη διορθωτικών μέτρων της τρέχουσας κατάστασης αποτελεί μια ουσιαστική ηθική στάση έναντι της τρέχουσας κατανομής του εκάστοτε αγαθού (Lamont και Favor, 2017). Επομένως, είναι αδύνατη η μη ανάληψη κάποιας ορισμένης ηθικής στάσης έναντι της διανεμητικής δικαιοσύνης.

Πρωταρχικός στόχος μιας ηθικά βέλτιστης δημόσιας πολιτικής για την υγεία δεν μπορεί να είναι η βελτίωση της πρόσβασης στις υγειονομικές

υπηρεσίες, αλλά η βελτίωση της ίδιας της υγείας με την άμβλυνση τόσο της θνησιμότητας όσο και της νοσηρότητας (Goldberg, 2017). Στον βαθμό που συμβάλει σε αυτόν τον στόχο, η υγειονομική περίθαλψη προσλαμβάνει μια ηθική αξία εργαλειακής μορφής. Ένας δεύτερος κρίσιμος στόχος της δημόσιας πολιτικής για την υγεία αφορά στη συμπίεση των ανισοτιμιών υγείας. Από πολλές επιδημιολογικές πηγές έχει τεκμηριωθεί ότι η έλλειψη πρόσβασης σε υγειονομική φροντίδα δεν είναι ο κύριος παράγοντας ούτε της ευπάθειας στην ασθένεια ούτε και της κατανομής της υγείας στον πληθυσμό (Lantz κ.ά., 2007). Η ανομοιότητα στις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες παράγει ανόμοιες εκβάσεις υγείας στα άτομα ή τις ομάδες που υφίστανται αυτή τη διαφοροποιημένη έκθεση. Ενώ, όμως, ο πρώτος στόχος φαίνεται να συγκεντρώνει μια σχετική επιστημονική ομοφωνία, δεν ισχύει το ίδιο και για τον δεύτερο. Η συζήτηση των ηθικών επιπτώσεων της ανισοκατανομής της υγείας περιστρέφεται γύρω από την έννοια της δικαιοσύνης. Καθότι η ιατρική ηθική έχει ως μονάδα επικέντρωσης τον ασθενή ως άτομο, ανάμεσα στις τέσσερις βασικές αρχές της βιοηθικής αυτή που ξεχωρίζει είναι ο σεβασμός στην αυτονομία του. Καθώς, όμως, αλλάζουμε τη μονάδα ανάλυσης και εστιάζουμε στο σύνολο του πληθυσμού, τότε αναδεικνύονται ζητήματα που θέτουν οι ευρύτερες συλλήψεις της διανεμητικής δικαιοσύνης, γεγονός που επιτρέπει τη συμπερίληψη και την ηθική ανάλυση των επιπτώσεων των κοινωνικοοικονομικών προσδιοριστών της υγείας.

Η διερεύνηση των ανισοτήτων υγείας θέτει δύο βασικά ζητήματα. Το αμιγώς εμπειρικό ασχολείται με την έκταση των ανισοτήτων αυτών και τις αιτίες που τις παράγουν, ενώ το κανονιστικό εξετάζει τους λόγους για τους οποίους η κοινωνία θα πρέπει να ενδιαφέρεται για την άμβλυνσή τους. Δύσκολα κάποιος θα διαφωνούσε *prima facie* με τη διαισθητική θέση της Whitehead (1992) –που αποτελεί και το βασικό ηθικό υποσύλλωμα της κοινωνικής επιδημιολογίας– ότι μια βασική προϋπόθεση για να θεωρηθεί μια ανισότητα υγείας άδικη αποτελεί η αποφευξιμότητά της¹⁶⁰. Να μπορεί, δηλαδή, η κοινωνία να διορθώσει είτε την

¹⁶⁰ Αυτό ισχύει περισσότερο στον δεοντολογικό εξισωτισμό, καθότι, κατά τον αυστηρό τελεολογικό, κάθε περίπτωση ανισότητας, ακόμη και όταν δεν είναι δυνατό να αποφευχθεί,

ανισότητα αυτή καθαυτήν είτε τις συνέπειές της για τα μειονεκτούντα άτομα. Επομένως, ένα πρώτο βήμα για τον προσδιορισμό μιας ανισότητας υγείας ως ανισότιμη και χρήζουσας κάποιας αντιμετώπισης είναι η διερεύνηση των υποκείμενων αιτιών της. Το ενδιαφέρον επικεντρώνεται σε εκείνους τους παράγοντες των οποίων η κατανομή είναι κοινωνικά ελεγχόμενη, όπως είναι το εισόδημα, η εκπαίδευση, το επάγγελμα κ.λπ., καθότι ο κοινωνικός έλεγχος επί της κατανομής τους αυτοδίκαια συνεπάγεται ότι η όποια διαφοροποιημένη επίδρασή τους στην υγεία των ατόμων μιας κοινωνίας είναι και αυτή επιδεκτική τροποποίησης. Όπως θα αναλυθεί εκτενώς στα επόμενα κεφάλαια, υφίσταται μια κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση της υγείας και μια αιτιώδης συνάφεια μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων και των ανισοτήτων υγείας, κατά τρόπο που η μείωση στις πρώτες να οδηγεί σε άμβλυνση στις δεύτερες. Η υγειονομική περίθαλψη επίσης είναι ένας παράγοντας της κατάστασης υγείας που είναι κατανεμημένος βάσει των επιλογών της κοινωνίας. Ωστόσο, η εμπειρική, η θεωρητική και η φιλοσοφική βιβλιογραφία την εξετάζει συνήθως χωριστά (Arneson, 2013) και σε πολλές περιπτώσεις τη διαχωρίζει γενικότερα από τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες (Preda και Voigt, 2015). Άλλωστε, όπως έχει ήδη τεκμηριωθεί, η ισότητα πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη δεν συνεπάγεται και την ισότητα στην κατάσταση υγείας, καθότι η επίπτωση των άλλων κοινωνικών παραγόντων στην υγεία του πληθυσμού είναι μεγαλύτερη (Daniels, 2011a· Wilson, 2011). Πάντως, οι Norheim και Asada (2009) υποστηρίζουν ότι αν μια θεραπευτική επιλογή δεν είναι γενικότερα διαθέσιμη για κάποια ασθένεια, οι σχετικές ανισότητες υγείας δεν μπορούν να αξιολογηθούν ως άδικες.

Παράλληλα, βέβαια, με τους κοινωνικούς προσδιοριστές λειτουργούν και άλλοι παράγοντες που δεν είναι (τουλάχιστον στον σημαντικότερο βαθμό τους)

θεωρείται κακή από μόνη της. Θα πρέπει, πάντως, να επισημανθεί, ότι οι ηθικές προσεγγίσεις δεν στηρίζουν συνήθως την αξιολόγηση τους στο τι είναι εφικτό, αλλά δίνουν κύρια (ή και αποκλειστική κάποιες φορές) σημασία στο κανονιστικό περιεχόμενο της απόφασής τους. Προφανώς, η ανάδειξη της αποφευξιμότητας στη σκέψη μας δείχνει μια κλίση προς την πλευρά της κοινωνικής επιδημιολογίας και μια επικέντρωση στις πρακτικές διαστάσεις των πολιτικών. Σε κάθε περίπτωση, οι πολιτικές επιλογές μπορεί να έχουν ως βάση τους ένα συγκεκριμένο κανονιστικό πλαίσιο.

κοινωνικά ελεγχόμενοι, όπως είναι οι γενετικές προικοδοτήσεις (μέχρι και σήμερα τουλάχιστον) και η «ωμή τύχη»¹⁶¹, καθώς και οι επιπτώσεις των επιλογών των ατόμων (στον βαθμό που αυτές είναι αυτόνομες). Το κυρίαρχο επιδημιολογικό υπόδειγμα θεωρεί τις ανισότητες υγείας που προκύπτουν από τέτοιες διαφοροποιήσεις ως μη ηθικά προβληματικές, κάτι που δεν γίνεται αποδεκτό από όλες τις συλλήψεις της δικαιοσύνης στην υγεία. Σε κάθε περίπτωση, για να θεωρηθούν οι ανισότητες υγείας που οφείλονται σε βιολογικές αιτίες ως άδικες, θα πρέπει να χρησιμοποιήσουμε ως αναλυτική μονάδα το άτομο και όχι τις κοινωνικές ομάδες (Wilson, 2011), στις οποίες βασίζεται η αναλυτική προσέγγιση της κοινωνικής επιδημιολογίας. Για τους λόγους που θα επεξηγηθούν σε επόμενο κεφάλαιο, είναι δύσκολο να γίνει αποδεκτό ότι κάποια βιολογικά χαρακτηριστικά συνδέονται με συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες. Ωστόσο, έχει τεκμηριωθεί ότι μεταξύ των παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση κάποιων ασθενειών συμπεριλαμβάνονται και κάποια χαρακτηριστικά του πληθυσμού που σχετίζονται εμμέσως ή αμέσως με κάποιες βιολογικές ή περιβαλλοντικές διαστάσεις, όπως είναι η γεωγραφική τοποθεσία, οι κλιματικές ιδιαιτερότητες, το φύλο και η φυλή. Αυτό, όμως, δεν σημαίνει απαραίτητα και ότι συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες παρουσιάζουν μια γενικότερη βιολογική ευπάθεια στην ασθένεια και την κακή υγεία, καθώς θα πρέπει να υποθέσουμε ότι ο υψηλότερος κίνδυνος για κάποιες ασθένειες αντισταθμίζεται από τον χαμηλότερο κίνδυνο για άλλες.

Μια διαφορά υγείας για να αξιολογηθεί ως ανισότιμη θα πρέπει, εκτός από αποφεύξιμη, να θεωρηθεί και κανονιστικά άδικη κατά την κοινωνική επιδημιολογία. Αυτόν τον χαρακτήρα μπορεί να τον λάβει μέσω δύο διαδρομών. Κατά την πρώτη, η υγεία διαθέτει κάποια ιδιαίτερη ηθική σπουδαιότητα που είτε τη θέτει ως το κύριο αντικείμενο είτε μεταξύ των βασικών αγαθών με τα οποία ασχολείται η εκάστοτε σύλληψη της διανεμητικής

¹⁶¹ Εδώ η «ωμή τύχη» ορίζεται ανεξάρτητα από τις φυσικές προικοδοτήσεις, εννοώντας συνθήκες και γεγονότα που επηρεάζουν την υγεία του ατόμου κατά τη διάρκεια της ζωής του, τα οποία δεν βρίσκονται υπό τον έλεγχό του και θα μπορούσαν να έχουν είτε θετικές είτε αρνητικές επιπτώσεις.

δικαιοσύνης¹⁶². Οι ανισότητες υγείας αποτελούν την πρωταρχική πηγή της αδικίας, διότι η ανισότητα είτε θεωρείται άδικη αυτή καθαυτήν είτε συνεπάγεται ότι κάποια άτομα έχουν πολύ κακή υγεία. Κατά μια άλλη οπτική, ο ηθικός προβληματισμός μπορεί να μετακλιστεί προς τα πίσω, προς τις αιτίες της. Κατά τη δεύτερη αυτή περίπτωση, λοιπόν, η ανισότητα υγείας δεν αποτελεί την πρωταρχική αδικία, αλλά είναι οι αιτίες αυτής της ανισότητας που προσδιορίζονται ως άδικες. Σύμφωνα με αυτήν την προσέγγιση, και εφόσον δεν υφίσταται παράλληλα κάποια σχετική θεωρητική σύλληψη που να έχει στο επίκεντρό της συγκεκριμένα την κατανομή στην κατάσταση υγείας, η κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση της υγείας ή οι κάθε είδους διακρίσεις που δημιουργούν ανισότητες υγείας αποτελούν την πηγή της αδικίας. Η διαδρομή αυτής της δεύτερης περίπτωσης μπορεί επίσης να είναι διττή. Από τη μια πλευρά, μπορεί να θεωρηθεί ότι οι συγκεκριμένες κοινωνικοοικονομικές ανισότητες είναι άδικες αυτές καθαυτές, ανεξαρτήτως των όποιων συνεπειών έχουν στην υγεία και την κατανομή της. Για παράδειγμα, ο Daniels (αν και η σύλληψή του δίνει στην υγεία μια ιδιαίτερη ηθική σπουδαιότητα, συνδέοντάς τη με τη δίκαιη ισότητα των ευκαιριών) εδραιώνει τον άδικο χαρακτήρα των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας στον βαθμό που οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες αυτές καθαυτές αντιβαίνουν στις αρχές δικαιοσύνης του Rawls που ρυθμίζουν την κατανομή των βασικών κοινωνικοοικονομικών παραγόντων. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει, «[i]n effect, social justice in general is good for population health and its fair distribution»¹⁶³. Στο πλαίσιο αυτής της διαδρομής, ανισότητες υγείας μεταξύ κοινωνικών ομάδων που δεν οφείλονται σε άδικες κοινωνικές ανισότητες (π.χ. σε διαφορές στο κοινωνικό στάτους ή σε διακρίσεις) ή όταν ευνοούν τα μέλη χαμηλότερων κοινωνικών στρωμάτων δεν θεωρούνται αθέμιτες (Wikler, 2006).

¹⁶² Ωστόσο, όταν η υγεία αποτελεί ένα μεταξύ περισσότερων αγαθών που αποτελούν το αντικείμενο της δικαιοσύνης, τίθεται το ζήτημα της στάθμισής μεταξύ τους σε περιπτώσεις όπου η επιδίωξη του ενός μπορεί να γίνει μόνο με θυσία κάποιου άλλου, όπως έχει παρατηρήσει ο Arrow (1973).

¹⁶³ Από μια άλλη άποψη, πάντως, η κοινωνική διαστρωμάτωση –η αιτία των ανισοτιμιών υγείας– επιτελεί και έναν λειτουργικό ρόλο, καθότι η κοινωνία οφείλει να διανείμει άνισους κοινωνικούς ρόλους, με τα αντίστοιχα καθήκοντα που συνοδεύουν αυτές τις κοινωνικές θέσεις (Davis και Moore, 1945).

Από την άλλη πλευρά, δεν είναι απαραίτητο η ανισοκατανομή της υγείας να οφείλεται σε μια ανισοκατανομή των προσδιοριστών της που να εκλαμβάνεται ως άδικη. Έτσι, θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι ο κοινωνικοοικονομικός μηχανισμός γένεσης των ανισοτήτων υγείας είναι άδικος από τον λόγο και μόνο ότι είναι κοινωνικά και όχι βιολογικά ή τυχαία παραγόμενος. Υποστηρίζεται, λοιπόν, ότι υπάρχει μια εγγενής αδικία στη δημιουργία ελλειμμάτων υγείας για λόγους που δεν άπτονται αναγκαστικά των πράξεων ή παραλείψεων του ίδιου του ατόμου και δεν βρίσκονται υπό τον έλεγχό του, όπως είναι οι κοινωνικοοικονομικές αιτίες, γεγονός που δημιουργεί ειδικές εξισωτικές υποχρεώσεις για την κοινωνία (Daniels, 2011a).

Η εμπειρική και η ηθική διάσταση παρουσιάζονται να είναι αλληλεξαρτώμενες στο ζήτημα της άμβλυνσης των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας. Εφόσον αποδεχτούμε την αιτιώδη σχέση μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων και των ανισοτήτων υγείας, κατόπιν απαιτείται μια ηθική βάση πάνω στην οποία θα στηριχθεί η αξίωση για μια ανακατανομή των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων, προκειμένου να οδηγηθούμε σε άμβλυνση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας. Ωστόσο, όπως θα συζητηθεί σε επόμενο κεφάλαιο, πολλές μελέτες έχουν τεκμηριώσει τη δυνατότητα ύπαρξης και μιας αντίστροφης σχέσης στο πλαίσιο του μηχανισμού της κοινωνικής ή φυσικής επιλογής, όπου η υγεία είναι εκείνη που επηρεάζει το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Επιπλέον, οι διάφοροι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες είναι αναπόδραστα διασυνδεδεμένοι με έναν πολύπλοκο τρόπο, με αποτέλεσμα να μην είναι εύκολο να αναγνωρίσουμε τι είναι αυτό ακριβώς που πρέπει να αναδιανείμουμε για να πετύχουμε την εξάλειψη των ανισοτήτων υγείας (Hirose, 2015). Ως εκ τούτου, αν και η διερεύνηση των συλλήψεων της δικαιοσύνης στην υγεία στηρίζεται στην ανάγκη να διαμορφώσουμε πολιτικές βάσει των αρχών που θα θέλαμε να ρυθμίζουν την κοινωνία, συνειδητοποιούμε μια αναγκαστική παλινδρόμηση και αλληλοτροφοδότηση μεταξύ της ηθικής διάστασης και των εμπειρικών ευρημάτων.

Με δύο τρόπους μπορεί γενικότερα να σχετιστεί η υγεία με την δικαιοσύνη (Albertsen και Knight, 2014). Κατά την οπτική της υγειονομικής περίθαλψης (health care view), η δικαιοσύνη ενδιαφέρεται για τη διαφοροποιημένη

πρόσβαση ή/και χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών. Κάποια από τα ζητήματα που αναδεικνύονται μπορεί να αφορούν στην απόσταση από τα σημεία παροχής υγειονομικής φροντίδας, τα αποτελέσματα των θεραπειών και τον τρόπο χρηματοδότησης του συστήματος υγείας. Για παράδειγμα, έχει διαπιστωθεί ότι οι αυξημένες άμεσες ιδιωτικές πληρωμές στο σημείο παροχής των υγειονομικών υπηρεσιών δημιουργούν προβλήματα πρόσβασης και ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας στις οικονομικά ασθενέστερες ομάδες του πληθυσμού, επιδεινώνοντας τα προϋπάρχοντα προβλήματα υγείας τους (Chantzaras και Yfantopoulos, 2018a). Κατά την εναλλακτική οπτική, κύριο μέλημα της δικαιοσύνης είναι η ίδια η υγεία. Βασική συνέπεια αυτής της ευρύτερης προσέγγισης είναι ότι λαμβάνονται υπόψη παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού και πηγές των ανισοτήτων υγείας που δεν σχετίζονται μόνο με το σύστημα υγείας, όπως είναι οι κοινωνικοοικονομικοί προσδιοριστές και η κατανομή τους. Αυτό έχει ως συνέπεια μεταξύ εναλλακτικών πολιτικών να επιλέγεται εκείνη που έχει τα μεγαλύτερα οφέλη υγείας και όχι απαραίτητα εκείνη που αφορά μόνο στο σύστημα υγείας (Albertsen και Knight, 2014).

Η ηθική σπουδαιότητα της υγείας αναγνωρίζεται ήδη από την αρχαιότητα και τα κείμενα του Ιπποκράτη και του Δημόκριτου (Anand, 2006). Από την ανάλυση της σχετικής βιβλιογραφίας της ηθικής και της πολιτικής φιλοσοφίας διαπιστώσαμε ότι η πλειοψηφία των υπαρχουσών ηθικών προσεγγίσεων δεν αποδίδει ιδιαίτερη ηθική αξία στην ίδια την υγεία, καθώς είτε θέτει άλλο αγαθό ως το «νόμισμα» της δικαιοσύνης είτε συμπεριλαμβάνει την υγεία μεταξύ περισσοτέρων αγαθών που κρίνονται ως πολύτιμα (Wilson, 2011). Το δικαίωμα σε ίσο επίπεδο υγείας εκφράζεται συνήθως ως ένα αίτημα για ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Daniels, 1985· Peter και Evans, 2001). Για αυτόν τον λόγο, ίσως έχει δοθεί περισσότερη έμφαση στα στοιχεία των διαδικασιών κατανομής των υγειονομικών πόρων παρά στις ουσιαστικές αρχές ιεράρχησης των προτεραιοτήτων κατανομής τους (Ruger, 2005· Ruger, 2010a). Η έμφαση στην ίση πρόσβαση επικεντρώνεται στην υγειονομική περίθαλψη ως αγαθό ή εμπόρευμα και παραβλέπει τις συνέπειες που μπορούν να έχουν οι υπηρεσίες υγείας στην κατάσταση υγείας (Williams και Cookson, 2000). Ανεξαρτήτως του τρόπου προσέγγισης της υγείας στις διάφορες

θεωρίες, είναι δύσκολο να μην αποδεχτούμε το πόσο σημαντική είναι αυτή για κάθε άνθρωπο, αφενός λόγω της επίπτωσης της στην ευημερία του, και αφετέρου διότι καθορίζει την ικανότητα δράσης του ως προς την επιδίωξη των στόχων που αυτός θεωρεί σημαντικούς για τον εαυτό του (Anand, 2006)¹⁶⁴. Η πρόοδος στην έρευνα της επίδρασης των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων στην υγεία τις τελευταίες δεκαετίες έχει οδηγήσει στην αμφισβήτηση της θεώρησης της κατάστασης υγείας ως ενός «φυσικού αγαθού» (natural good), το οποίο για αυτόν τον λόγο δεν εμπίπτει στο πεδίο της δικαιοσύνης (Voigt και Wester, 2015). Πλέον, οι ανισότητες υγείας που εκπορεύονται από κοινωνικές ανισότητες έχουν αρχίσει να εκλαμβάνονται, τουλάχιστον *prima facie*, ως ζήτημα της κοινωνικής δικαιοσύνης, καθότι έχει τεκμηριωθεί ότι οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες έχουν σημαντικότερες επιπτώσεις στην παραγωγή της υγείας και της ασθένειας από τις διαφοροποιήσεις στην πρόσβαση και τη χρήση στην υγειονομική περίθαλψη (Brock, 2000· Wilkinson και Marmot, 2003).

2.7.1. Θεωρίες επιβολής ηθικών περιορισμών

Η παρούσα διατριβή στοχεύει στην ποσοτικοποίηση των ανισοτιμιών υγείας. Στο πλαίσιο της έρευνας των οικονομικών της υγείας, ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι συλλήψεις από τις οποίες μπορεί να εκμαιευτεί η ιδανική μορφή κατανομής της υγείας στην κοινωνία, καθώς και αρχές αναδιανομής, προκειμένου βάσει αυτών να μειωθούν οι ανισοτιμίες και να προσεγγιστεί μια κατάσταση ακριβοδικίας στην κοινωνία. Οι θεωρίες δικαιοσύνης που έχουν κυρίως διαδικαστικό περιεχόμενο ή γενικότερα επιβάλλουν μόνο ηθικές προϋποθέσεις δεν μπορούν να έχουν χρησιμότητα στο πλαίσιο ενός τέτοιου προσανατολισμού. Οι προσεγγίσεις αυτές μπορούν να ερμηνευτούν ως ηθικοί περιορισμοί του εφικτού συνόλου των δυνατοτήτων υγείας σε ένα στενότερο σύνολο, συρρικνώνοντας την καμπύλη παραγωγικών δυνατοτήτων υγείας προς τα αριστερά (Williams και Cookson, 2000). Μάλιστα, αυτό μπορεί να

¹⁶⁴ Από μια άποψη, βέβαια, η ευημερία και οι στόχοι των ανθρώπων μπορεί να ταυτίζονται.

οδηγήσει και σε δύο ακραία σενάρια. Στην πρώτη περίπτωση, δεν υπάρχει κάποια εφικτή λύση που να κρίνεται ως ηθικά αποδεκτή, και στην άλλη η καμπύλη των δυνατοτήτων υγείας περιορίζεται σε ένα μόνο σημείο εντός της αρχικής καμπύλης. Υπάρχουν, βέβαια, και συλλήψεις δικαιοσύνης που συνδυάζουν ηθικούς περιορισμούς με συγκεκριμένες διανεμητικές αρχές, όπως είναι εκείνη του Rawls.

Ο απόλυτος ηθικός περιορισμός που θέτει η ελευθεριακή προσέγγιση είναι η επιβολή και η προάσπιση των ατομικών ελευθεριών και των δικαιωμάτων ιδιοκτησίας. Στο πλαίσιο αυτό, δεν αποδίδεται ιδιαίτερη ηθική αξία στην υγεία. Το δικαίωμα στην υγεία δεν διαφέρει από τα δικαιώματα για τα υπόλοιπα αγαθά και υπηρεσίες, των οποίων η διάθεση θα πρέπει να ρυθμίζεται από την αγορά. Αυτό, όμως, δεν σημαίνει ότι η σύλληψη αυτή ενδιαφέρεται για το είδος της κατανομής που μπορεί να επιφέρει ο μηχανισμός της αγοράς. Μια κατάσταση θεωρείται δίκαιη εφόσον είναι το αποτέλεσμα ελεύθερων ατομικών συμβολαίων που ικανοποιούν τις συνθήκες της δίκαιης απόκτησης και ανταλλαγής εντός της αγοράς. Εφόσον τηρούνται αυτές οι συνθήκες, πολιτικές αναδιανομής αγαθών για την άμβλυση των κοινωνικών ανισοτήτων ή των ανισοτήτων υγείας δεν μπορούν να δικαιολογηθούν από πλευράς δικαιοσύνης και δεν είναι αποδεκτές. Επομένως, ο συγκεκριμένος τρόπος που έχει κατανεμηθεί η υγεία στον πληθυσμό και οι διαφορές υγείας μεταξύ των κοινωνικών ομάδων δεν ενδιαφέρει αυτήν την ηθική σύλληψη.

Η σπουδαιότητα της υγείας δεν είναι εκ των προτέρων καθορισμένη στις συλλήψεις του κοινοτισμού και της διαβουλευτικής δημοκρατικής διαδικασίας. Κατά την προσέγγιση του κοινοτισμού, λαμβάνοντας υπόψη τη διαφορετικότητα της κάθε κοινότητας ως προς τις αξίες, τους θεσμούς και τις πρακτικές, δεν μπορεί να ισχύει η καθολικότητα μιας συγκεκριμένης θεωρίας δικαιοσύνης, αλλά οι σχετικές αρχές θα πρέπει να προσαρμόζονται στις ιδιαιτερότητες του κάθε κοινωνικού πλαισίου. Οι ιδιαιτερότητες αυτές είναι εκείνες που διαμορφώνουν τις κοινές αντιλήψεις κάθε κοινότητας για τη σημασία του κάθε αγαθού. Ο κοινοτισμός αναδεικνύει την έννοια του «κοινού καλού» σε αντιδιαστολή με τις φιλελεύθερες και ελευθεριακές προσεγγίσεις, κατά τις οποίες η αναζήτηση του «αγαθού» είναι ατομικό ζήτημα (Arras, 2015). Η ταυτότητα του κάθε ανθρώπου διαμορφώνεται και εξαρτάται από τους

κοινούς στόχους της κοινότητας και τον ρόλο που έχει το άτομο εντός αυτής (Tyler, 2007). Η βασική υπόθεση είναι ότι αυτό που είναι καλό για το σύνολο της κοινότητας, είναι καλό και για τα μέρη της. Πάντως, μπορεί να θεωρηθεί ότι κάποια αγαθά, όπως είναι η υγειονομική περίθαλψη, έχουν μια εγγενή σπουδαιότητα λόγω του πολιτικού συμβολισμού τους, καθότι συνδέονται με την ίδια την ιδιότητα του πολίτη (Walzer, 1983). Αντίθετα, εκτεταμένες κοινωνικές ανισότητες μπορεί να υπονομεύσουν την αίσθηση της κοινότητας μεταξύ των μελών της και την ίδια την πολιτική συμμετοχή. Σε αυτό το πλαίσιο, η προώθηση της υγείας των ανθρώπων και η μείωση των ανισοτήτων μπορεί να είναι επιθυμητές πολιτικές, εφόσον συμβάλουν στη συνολική ευημερία της κοινότητας. Ωστόσο, αυτό που είναι καλό για συγκεκριμένα άτομα ή για ομάδες ατόμων ή για την κοινότητα ως σύνολο μπορεί να μην συμπίπτουν απαραίτητα. Ακόμη περισσότερο, υπάρχει ο κίνδυνος να δημιουργηθούν συνθήκες για την παράβλεψη των συμφερόντων και των επιθυμιών κάποιων λιγότερο προνομιούχων ατόμων ή ομάδων (π.χ. κάποιας μειονότητας) στο όνομα της ευημερίας της κοινότητας (Faden και Shebaya, 2016).

Γενικότερα, η κοινοτιστική αντίληψη προϋποθέτει την αποδοχή θυσιών από τα άτομα για την προώθηση του «κοινού καλού». Επομένως, το ζήτημα που τίθεται είναι με ποιες διεργασίες και κριτήρια μπορεί να γίνει η στάθμιση μεταξύ των αντικρουόμενων αξιών. Μια λύση είναι οι διεργασίες που σχετίζονται με τον ηθικό διάλογο και τη διαμόρφωση συναίνεσης (Etzioni, 2011), οι οποίες μπορούν να εκφράζουν την ιδέα των δημοκρατικών διαβουλευτικών διαδικασιών. Αυτή η προσέγγιση αντιπροσωπεύει τις διαδικαστικές αντιλήψεις περί δικαιοσύνης, όπου σημασία για την αξιολόγηση των εκβάσεων έχει η τήρηση των προϋποθέσεων της δίκαιης διαδικασίας. Μια κατανομή της υγείας, ανεξαρτήτως της μορφής της, είναι δίκαιη, εφόσον προέκυψε από δίκαιες διαδικασίες (ή ανταποκρίνεται στις αποφάσεις αυτών) (Williams και Cookson, 2000). Στη συγκεκριμένη περίπτωση, ως δίκαιες διαδικασίες θεωρούνται εκείνες που βασίζονται στον ελεύθερο και δημοκρατικό διάλογο μεταξύ των πολιτών που συμμετέχουν ισότιμα σε αυτόν.

Οι φεμινιστικές προσεγγίσεις δεν ενδιαφέρονται άμεσα για την κατανομή των αγαθών, αλλά εστιάζουν στις σχέσεις κοινωνικής κυριαρχίας μεταξύ των κοινωνικών ομάδων και την καταπίεση που υφίστανται οι γυναίκες και άλλες

ιστορικά μειονεκτούσες μειονότητες. Στόχο της δικαιοσύνης αποτελεί η εξίσωση της κοινωνικής ισχύος μεταξύ των ομάδων του πληθυσμού, η οποία δεν μπορεί να προέλθει μόνο από την αναδιανομή των αγαθών, αλλά σχετίζεται και με την εξάλειψη της εκμετάλλευσης, του κοινωνικού αποκλεισμού και των διακρίσεων, τη γνήσια ίση συμμετοχή στην πολιτική διαδικασία και τη δημόσια σφαίρα, και την αποδοχή της πολιτισμικής ποικιλότητας. Αυτά τα στοιχεία συνδέονται άμεσα με την ευημερία των ατόμων, μέρος της οποίας αποτελεί και η υγεία. Η επιβολή των κυρίαρχων προτύπων υγείας μπορεί να αποτελέσει μια μορφή καταπίεσης, στον βαθμό που δεν ανταποκρίνεται στις προσωπικές αξίες των μειονεκτούντων ατόμων. Πάντως, το έλλειμα υγείας συνιστά μια διάσταση του γενικότερου κοινωνικού μειονεκτήματος και όλοι οι άνθρωποι δικαιούνται ίσες ευκαιρίες για καλή υγεία. Επομένως, τόσο έμμεσα, μέσω της άμβλυνσης των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων που δημιουργούν ανισότητες κοινωνικής ισχύος, όσο και άμεσα, με την έμφαση στην ίδια την υγεία, είναι δυνατή η υιοθέτηση πολιτικών ως συλλογικές λύσεις με στόχο την άμβλυνση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας. Ωστόσο, η φεμινιστική προσέγγιση δεν προκρίνει συγκεκριμένες κατανομές, καθότι αντικείμενο ενδιαφέροντος αποτελούν οι δομές ισχύος σε μια κοινωνία.

Η συσχετιστική ισότητα είναι επίσης μια σύλληψη που δεν ενδιαφέρεται για τη συγκεκριμένη κατανομή των αγαθών ή των εκβάσεων, αλλά εστιάζει στις σχέσεις μεταξύ των ατόμων εντός της πολιτικής κοινότητας. Η ισότητα αποτελεί μια ανεξάρτητη πολιτική και κοινωνική αξία που συνδέεται με την ελεύθερη και αποτελεσματική κοινωνική δράση και την ισότιμη κοινωνική συμμετοχή. Σε αυτό το πλαίσιο, θεωρούνται άδικες οι καταστάσεις περιθωριοποίησης των πολιτών ή οι σχέσεις κυριαρχίας μεταξύ τους. Η υγεία μπορεί να αναδειχθεί στο πλαίσιο της ισότητας των σχέσεων με τρεις τρόπους. Ο πρώτος βασίζεται στη διαφοροποιημένη επίπτωση της κοινωνικής δομής στην υγεία, η οποία αντιβαίνει στην αρχή της ίσης κατανομής των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων ανάμεσα στους πολίτες από την κοινωνία (causal relationism). Η αδικία δεν εδράζεται στην ανισοκατανομή αυτή καθαυτήν των αποτελεσμάτων υγείας, αλλά στο ότι αυτή προήλθε από μια άνιση μεταχείριση των πολιτών από τους κοινωνικούς θεσμούς. Έπειτα, η συμμετοχή στην ίδια πολιτική κοινότητα δημιουργεί ηθικά σημαντικούς πολιτικούς δεσμούς μεταξύ

των μελών της, με συνέπεια να εγείρονται υποχρεώσεις ίσης μέριμνας για την ευημερία όλων των πολιτών και, κατ' επέκταση, ειδικού ενδιαφέροντος προς εκείνους που παρουσιάζουν (μεγαλύτερες) ιατρικές ανάγκες (interpersonal relationism). Συνεπώς, τα πρώτα δύο είδη της συσχετιστικής ισότητας αξιώνουν την ισότητα στα κοινωνικά πλεονεκτήματα και εμπόδια (ίση αντιμετώπιση) και την ισότητα της μέριμνας για κάθε μέλος μιας ηθικά σημαντικής κοινότητας. Η υγεία δεν περιβάλλεται με κάποια ειδική ηθική σπουδαιότητα κατά την αρχή της ίσης αντιμετώπισης, αλλά ρυθμίζεται μέσω των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων της. Επίσης, πεδίο εφαρμογής της αρχής της ίσης μέριμνας συνιστούν γενικότερα οι ανάγκες των πολιτών, μέρος των οποίων σχετίζεται και με την υγεία τους. Το τρίτο είδος της συσχετιστικής ισότητας αναφέρεται στον τρόπο συναναστροφής των ανθρώπων μεταξύ τους (social relationism) και τη δημοκρατική ισότητα. Σύμφωνα με την οπτική αυτή, οι πολίτες θα πρέπει να διαδρούν μεταξύ τους βάσει ενός αμοιβαίου σεβασμού και της ισότιμης συμμετοχής τους στην κοινωνία. Η δημοκρατική ισότητα αποδίδει στην υγεία μια εργαλειακή σημασία, καθώς απαιτείται η επίτευξη ενός επαρκούς επιπέδου υγείας για κάθε άτομο, προκειμένου να είναι δυνατή η ισότιμη κοινωνική συμμετοχή του.

Η προσέγγιση της δημοκρατικής ισότητας πάσχει από το ότι στηρίζεται σε αρχές αφηρημένες, οι οποίες οδηγούν σε ασαφείς υποχρεώσεις της κοινωνίας έναντι της υγείας των πολιτών. Μάλιστα, η δυνατότητα της ίσης δημοκρατικής συμμετοχής μπορεί να ικανοποιείται ακόμη και με ένα χαμηλό επίπεδο πόρων ή υγείας, αρκεί αυτό να είναι ίσο μεταξύ των ατόμων και να έχει προκύψει διαμέσου ισότιμων διαδικασιών. Επιπλέον, τα σχετικά δικαιώματα συνδέονται απαρέγκλιτα με την πολιτική συμμετοχή, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει είτε στην παραμέληση των ατόμων που δεν θέλουν ή δεν μπορούν να συμμετάσχουν στα κοινά είτε στη μη κάλυψη των ασθενειών που δεν δημιουργούν ανισότητες κοινωνικής ισχύος ή εμπόδια στη δημοκρατική συμμετοχή. Παρόλα αυτά, η ισότητα στην κατανομή των βασικών δημοκρατικών δυνατοτήτων μεταξύ των πολιτών συνεπάγεται τη σημαντική άμβλυνση των κοινωνικοοικονομικών αιτών των ανισοτήτων υγείας, μέσω της αποτροπής των κοινωνικών σχέσεων κυριαρχίας και της περιθωριοποίησης, ενώ γενικότερα μπορεί να υποστηρίξει την αναγκαιότητα παροχής των

κοινωνικοοικονομικών πόρων σε σχέση με ένα επαρκές επίπεδο. Από την άλλη πλευρά, ο συνδυασμός της ίσης αντιμετώπισης από τους κοινωνικούς θεσμούς και της ίσης μέριμνας προς τα μέλη της πολιτικής κοινότητας φαίνεται να είναι πιο υποσχόμενος. Έτσι, η αρχή της ίσης αντιμετώπισης παρέχει την ηθική βάση για την επανόρθωση όλων των ελλειμμάτων υγείας που οφείλονται σε κοινωνικά μειονεκτήματα, ενώ η αρχή της ίσης μέριμνας μπορεί να δημιουργήσει επιπλέον ηθικές υποχρεώσεις για την ικανοποίηση των βασικών ιατρικών αναγκών, ανεξαρτήτως της αιτίας τους.

Στο πλαίσιο του συσχετιστικού εξισωτισμού, η βελτίωση των ελλειμμάτων υγείας μπορεί να στηριχθεί και σε μια πιο άμεση λογική επιχειρηματολογία, η οποία αναφέρεται στον κοινωνικό αντίκτυπο των ασθενειών με τη μορφή είτε του στίγματος είτε του μηχανισμού της κοινωνικής επιλογής της υγείας. Ενώ, όμως, οι αρχές της ίσης αντιμετώπισης και της ίσης μέριμνας φαίνεται να μπορούν να αντιμετωπίσουν θεωρητικά και τα δύο ζητήματα εστιάζοντας στην επανόρθωση των προβλημάτων υγείας, η δημοκρατική ισότητα μπορεί να αρκестεί στην άρση των κοινωνικών βάσεων του στίγματος που προκαλούν. Υπάρχουν, βεβαίως περιπτώσεις στίγματος που δεν σχετίζονται άμεσα με κάποιο πρόβλημα υγείας, όπως είναι η φυσική εμφάνιση, όπου οι αξιώσεις της δημοκρατικής ισότητας μπορούν να ανταποκριθούν καλύτερα σε σχέση με τις άλλες θεωρήσεις της ισότητας των σχέσεων.

Υπάρχουν, λοιπόν, κάποιες συλλήψεις δικαιοσύνης, οι οποίες επιβάλλουν μόνο ηθικούς περιορισμούς, οι οποίοι θα πρέπει να ικανοποιηθούν για να θεωρηθεί μια κατάσταση ως ηθικά αποδεκτή. Αυτό μπορεί να ερμηνευτεί ως ένας περιορισμός του συνόλου των εφικτών αποτελεσμάτων σε ένα μικρότερο σύνολο ηθικά αποδεκτών εκβάσεων (Williams και Cookson, 2000). Σε αυτό το πλαίσιο, όμως, αυτά τα ηθικά προαπαιτούμενα μπορεί να διαμορφώσουν ένα ηθικά αποδεκτό αποτέλεσμα, το οποίο τελικά δεν θα είναι και εφικτό. Για παράδειγμα, η διαβουλευτική δημοκρατική διαδικασία μπορεί να καταλήξει σε μια απόφαση που να προκρίνει ταυτόχρονα τη μεγιστοποίηση της υγείας για κάθε άτομο του πληθυσμού και παράλληλα την πλήρη εξάλειψη των ανισοτήτων υγείας. Όσο επιθυμητοί και αν είναι αυτοί στόχοι, η ποικιλότητα των κανονιστικών στάσεων αλλά και κυρίως οι περιορισμοί του πραγματικού κόσμου, με βασικότερο την σπανιότητα των πόρων, δεν επιτρέπουν την

ταυτόχρονη πραγματοποίησή τους. Σε αυτές τις περιπτώσεις απαιτείται να χαλαρώσει κάποια ηθική αξίωση, προκειμένου να προκύψουν λύσεις που να είναι εφικτές. Ωστόσο, η επιλογή της προϋπόθεσης που θα πρέπει να παρακαμφθεί και η έκταση αυτής της παράκαμψης απαιτεί κάποιου είδους ιεράρχηση μεταξύ των ηθικών περιορισμών, καθώς και την επίκληση ενός υψηλότερου επιπέδου βελτιστοποιητικού κριτηρίου. Αυτό, βέβαια, αποτελεί μια δύσκολη υπόθεση, καθότι αυτές οι θεωρίες δεν διαθέτουν μια αντικειμενική συνάρτηση που θα πρέπει να μεγιστοποιηθεί (*maximand*) (Williams και Cookson, 2000). Παρόλα αυτά, η αντίθεση που φαίνεται να υπάρχει μεταξύ των διαδικαστικών και των συνεπειοκρατικών θεωριών ενδεχομένως να μην είναι τόσο αναπόφευκτη. Η Ruge (2005· 2010a), για παράδειγμα, προσπάθησε να συνδυάσει τους δύο κλάδους της ηθικής στη δική της θεωρία. Γενικότερα, η διεθνής τάση φαίνεται να ευνοεί τις πλουραλιστικές συλλήψεις δικαιοσύνης, και οι περισσότεροι φιλόσοφοι τείνουν να ενσωματώνουν περισσότερες ηθικές αξίες ή/και διανεμητικές αρχές στη θεωρία τους, προκειμένου να ξεπεράσουν τις αντιρρήσεις των παραδοσιακών προσεγγίσεων.

2.7.2. Welfarism και extra-welfarism

Για να γίνει άμεσα αντιληπτή η σημασία της ανάδειξης της ιδιαίτερης ηθικής σημασίας της υγείας, έστω το παράδειγμα των θεωριών που θέτουν ως αντικείμενο της δικαιοσύνης την ευημερία, με την υγεία να συνδέεται με αυτή είτε άμεσα είτε έμμεσα με τη δυνατότητα που προσφέρει στα άτομα να απολαμβάνουν την κατανάλωση άλλων αγαθών και υπηρεσιών. Κάποια από τα παρακάτω ζητήματα, αν και παρουσιάζονται στο πλαίσιο του ωφελιμισμού, μπορούμε να τα συναντήσουμε κατά την εφαρμογή και άλλων διανεμητικών αρχών, όταν το αντικείμενο της δικαιοσύνης παραμένει η ευημερία. Στο πλαίσιο της παράδοσης του welfarism στον ωφελιμισμό, λοιπόν, το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στη μεγιστοποίηση της συνολικής κοινωνικής ωφελιμότητας. Η υγεία λαμβάνεται υπόψη μόνο στον βαθμό που καθιστά δυνατή την εξαγωγή της ωφελιμότητας από την υγειονομική περίθαλψη (Coast κ.ά., 2008). Επομένως, δεν αναγνωρίζεται κάποια εγγενής αξία στην υγεία, αλλά μόνο εργαλειακή, στον βαθμό που βελτιώνει την ευημερία των ατόμων. Ωστόσο, η ωφελιμότητα μπορεί να παραχθεί και μέσω άλλων αγαθών. Υπό αυτές τις

συνθήκες, τα άτομα μπορούν να αποζημιωθούν για το έλλειμμα ωφελιμότητας που προκύπτει από την κακή υγεία τους, μέσω της βελτίωσης της ωφελιμότητας που λαμβάνουν από άλλες πηγές (Coast, 2009).

Ζητήματα αναδιανομής και μείωσης των ανισοτήτων σε αγαθά και υπηρεσίες στο θεωρητικό σχήμα του welfarism μπορούν να τεθούν μόνο όσον αφορά στην επίτευξη της αποτελεσματικής (efficient) κατανομής τους, που σχετίζεται με τη μεγιστοποίηση του συνολικού αθροίσματος των ατομικών χρησιμοτήτων. Αυτό που φαίνεται σιωπηρά να αποδέχονται όλες οι θεωρίες κοινωνικής δικαιοσύνης είναι η μέγιστη αποδοτική χρήση των διαθέσιμων πόρων (Pareto-efficiency). Εάν υπάρχουν πόροι αχρησιμοποίητοι ή που χρησιμοποιούνται με τρόπο μη αποδοτικό, τότε δεν τίθεται ζήτημα αναδιανομής των πόρων, αλλά καλύτερης χρήσης των υπαρχόντων¹⁶⁵. Στο πλαίσιο του welfarism, ζητήματα μεταφοράς πόρων από αυτούς που βρίσκονται σε καλύτερη κατάσταση σε εκείνους που βρίσκονται σε χειρότερη εγείρονται μέχρι το σημείο της εξίσωσης της οριακής ωφελιμότητας μεταξύ τους. Επομένως, ο ωφελμισμός μπορεί να υποστηρίξει μια πιο ίση κατανομή των αγαθών (και της υγείας, αν θεωρήσουμε ότι μπορεί να μεταβιβαστεί), αλλά αυτή η εξισωτική διάσταση του αποτελεί υποπροϊόν του στόχου της αποτελεσματικότητας ως προς τη χρησιμότητα και δεν φθάνει να υποστηρίξει την ισότητα της χρησιμότητας, πολλώ δε μάλλον της κατάστασης υγείας μεταξύ των ανθρώπων. Επομένως, οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες και οι συνολικές ανισότητες υγείας μπορούν να αξιολογούνται ως αποδεκτές, στον βαθμό που συνεισφέρουν στη μεγιστοποίηση της ευημερίας (Hirose, 2015). Τα ζητήματα ισότητας είναι πλήρως διαχωρισμένα από την αποτελεσματικότητα στην ωφελιμότητα, στην οποία και εστιάζει αυτή η προσέγγιση.

Όπως παρατηρεί η Hurley (2007), ειδικά το ζήτημα της προσαρμογής των προτιμήσεων των ατόμων στην εκάστοτε κατάσταση τους δημιουργεί επιπλέον

¹⁶⁵ Παρόλα αυτά, θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι το στοιχείο της αδικίας ενυπάρχει, καθότι αφενός η κοινωνία δεν πραγματώνει τις πραγματικές δυνατότητες υγείας που διαθέτει, και αφετέρου οι διαθέσιμοι υγειονομικοί πόροι θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την άμβλυνση των ανισοτήτων υγείας. Και σε αυτήν την περίπτωση, βεβαίως, θα ετίθετο το ζήτημα της επιλογής των αρχών διανομής αυτών των αχρησιμοποίητων πόρων.

περιπλοκές όταν δεν αποδίδεται ιδιαίτερη ηθική σημασία στην υγεία, αλλά ευρύτερα στην ευημερία. Βασική προϋπόθεση του ωφελιμισμού αποτελεί η κατανομή των πόρων βάσει της δυνατότητας μετατροπής τους σε ευημερία, κατά τρόπο που θα πρέπει να προτιμάται για λόγους μη ευνοιοκρατίας (non favoritism) η κατανομή που μεγιστοποιεί τη συνολική ευημερία. Ωστόσο, τα πιο υγιή άτομα είναι συνήθως πιο αποτελεσματικοί μετατροπείς των πόρων σε ευημερία από ό,τι τα μη υγιή και οι ανάπηροι. Ως εκ τούτου, η αρχή του ωφελιμισμού μπορεί να οδηγήσει στην κατανομή περισσότερων πόρων στα πιο υγιή άτομα, κάτι που αντιβαίνει στην μάλλον επικρατούσα αντίληψη για τη δίκαιη κατανομή. Από την άλλη πλευρά, οι μακροχρόνια ασθενείς μαθαίνουν να διαχειρίζονται τις σχετικές δυσκολίες τους συν τω χρόνω και να προσαρμόζουν τις προτιμήσεις τους για την κατάσταση της υγείας τους, καταλήγοντας να μην τη θεωρούν τόσο κακή όσο πραγματικά είναι¹⁶⁶. Αυτό, όμως, έχει ως αποτέλεσμα το επίπεδο ευημερίας τους αλλά και η μελλοντική δυνατότητα παραγωγής της να είναι υψηλότερα από αυτά που κανονικά θα αντιστοιχούσαν στην κατάστασή τους. Εντούτοις, εάν για αυτό το άτομο που έχει προσαρμόσει τις προτιμήσεις του καταστεί δυνατή η βελτίωση της υγείας ή η πλήρης άρση της αναπηρίας του, προκύπτει μια παράδοξη κατάσταση, αφού το επίπεδο της ευημερίας του θα είναι λογικά υψηλότερο από ένα άλλο μη ανάπηρο άτομο μετά από αυτήν την παρέμβαση! Καθότι προβλέπεται μια αναπροσαρμογή των προτιμήσεων του ατόμου για την αποκατεστημένη πλέον κατάστασή του και μείωση της ευημερίας του σε σύντομο χρόνο, η διαισθητικά αποδεκτή υποχρέωση της κοινωνίας να άρει την αναπηρία του αποδυναμώνεται στη βάση της αρχής της μεγιστοποίησης της ευημερίας. Πάντως, αντίστοιχο πρόβλημα μπορεί να δημιουργηθεί και για τον εξισωτισμό, όταν θέτει ως αντικείμενο της δικαιοσύνης την ευημερία και όχι μόνο στο πλαίσιο της ωφελιμιστικής αρχής (Hurley, 2007). Καθώς, λοιπόν, η προσαρμογή των προτιμήσεων του ανάπηρου ατόμου ενισχύει την ευημερία του,

¹⁶⁶ Ένα χαρακτηριστικό και ενδιαφέρον παράδειγμα το οποίο αναφέρουν αρκετοί θεωρητικοί της διανεμητικής δικαιοσύνης είναι εκείνο του «Μικρού Τιμ» στη νουβέλα του Κάρολου Ντίκενς «Το πνεύμα των Χριστουγέννων».

αποδυναμώνεται το κίνητρο διοχέτευσης πόρων σε αυτούς έναντι των υγιών ατόμων¹⁶⁷. Επομένως, το πρόβλημα με την προσαρμοστικότητα των προτιμήσεων προκύπτει από την αντιμετώπιση της υγείας ως ένα μέσο για την ευημερία και όχι ως ένα αγαθό με ειδική σημασία. Άλλωστε, φαντάζει άδικο να «τιμωρήσουμε» το άτομο για την προσαρμογή που επιτυγχάνει στις κακουχίες που βιώνει και να ευνοήσουμε εκείνο που δεν μπορεί να προσαρμοστεί σε αυτές.

Από την άλλη πλευρά, στη νεότερη παράδοση του *extra-welfarism*, η κανονιστική αξιολόγηση βασίζεται σε ένα ευρύτερο σύνολο πληροφοριών σε σχέση με την ωφελιμότητα. Η υγεία αποτελεί η ίδια το *maximand* και έχει αξία από μόνη της και όχι μόνο σε σχέση με τη χρησιμότητα που μπορεί να προκύψει από αυτή. Επιπλέον, η σχετιζόμενη με την υγεία συνάρτηση κοινωνικής ευημερίας μπορεί να ενσωματώσει και ηθικά ζητήματα που δεν σχετίζονται με την ωφελιμότητα, όπως είναι οι αντιλήψεις για την ισότητα, την αξιοσύνη, την ανάγκη αλλά και άλλα κριτήρια. Αυτές οι ηθικές διαστάσεις διαμορφώνουν την καμπυλότητα της συνάρτησης της κοινωνικής ευημερίας, δηλαδή τον βαθμό αποστροφής για την ανισότητα και την αντιστάθμιση μεταξύ της ισότητας και της αποτελεσματικότητας (μεγιστοποίηση της υγείας), καθώς και τη σχετική βαρύτητα του οφέλους υγείας για κάθε άτομο που τα λαμβάνει βάσει των χαρακτηριστικών του. Με αυτόν τον τρόπο, μπορούν να ληφθούν υπόψη οι επιλογές της κοινωνίας για την επιθυμητή κατανομή της υγείας στον πληθυσμό. Τέλος, η προσέγγιση του *extra-welfarism* μπορεί να επιτρέψει τη συμπερίληψη όχι μόνο διανεμητικών ζητημάτων, αλλά και των ηθικών προαπαιτούμενων της σύλληψης της δικαιοσύνης που ενδιαφέρεται για τις διαδικασίες με τις οποίες κατανεμήθηκαν τα αγαθά, όπως είναι ο σεβασμός στα ανθρώπινα δικαιώματα (Hurley, 2014).

Στην προσέγγιση του *extra-welfarism* δεν μπορεί να υπάρξει διαχωρισμός μεταξύ της αποτελεσματικότητας και της ισοτιμίας, καθώς η παραγωγή της

¹⁶⁷ Η Hurley (2007), βεβαίως, παρατηρεί ότι, εφόσον λαμβάνεται υπόψη η ισότητα ευημερίας κατά τη διάρκεια όλων των περιόδων ζωής των ατόμων, τότε παραμένει ένας λόγος για την κατανομή έξτρα πόρων για την επανόρθωση της αναπηρίας τους.

υγείας συμβαίνει παράλληλα με την κατανομή της και δεν είναι δυνατή η αποζημίωση εντός του συγκεκριμένου αξιολογικού χώρου. Με άλλα λόγια, κατόπιν της παραγωγής της, η υγεία δεν μπορεί να ανακατανεμηθεί (Coast, 2009). Οπότε, το ζήτημα που ανακύπτει σχετίζεται με τον προσδιορισμό της μορφής της συνάρτησης κοινωνικής ευημερίας και των σχετικών σταθμίσεων που μπορούν να προκύψουν, μέσω είτε εμπειρικών μεθόδων εκμαίευσης των κοινωνικών προτιμήσεων είτε διαβουλευτικών διαδικασιών ή γνωμοδοτήσεων ειδικών ή απόφασης των ιδιώντων. Σε κάθε περίπτωση, ως βάση αξιολόγησης δεν χρησιμοποιείται η εκτίμηση των ίδιων των ατόμων για τα οφέλη στην υγεία τους, αλλά οι κοινωνικές αξίες. Στην πράξη, πάντως, η σχετική αξιολόγηση ανατίθεται στους υπεύθυνους χάραξης των πολιτικών και γίνεται αποδεκτή μόνο η αξίωση για τη μεγιστοποίηση της υγείας, παραμερίζοντας τα όποια άλλα ηθικά ζητήματα (Coast, 2009). Ωστόσο, έρευνες έχουν τεκμηριώσει ότι οι πολίτες έχουν ισχυρή προτίμηση προς την ισότητα στο πεδίο της υγείας. Μια συστηματική επισκόπηση της βιβλιογραφίας (Dolan κ.ά., 2005) έδειξε ότι οι κοινωνικές αξίες δεν είναι ουδέτερες ως προς τα χαρακτηριστικά των ατόμων, και αποδίδουν προτεραιότητα στη βελτίωση της υγείας όταν υπάρχουν χειρότερες προοπτικές υγείας στο σύνολο της ζωής ή σοβαρότερες παθήσεις ή εξαρτώμενα μέλη στην οικογένεια. Επιπλέον, έχει γενικότερα τεκμηριωθεί η κοινωνική προτίμηση για την άμβλυνση των ανισοτήτων υγείας –και ανάμεσα στις κοινωνικοοικονομικές ομάδες– αν και ο βαθμός αποστροφής δεν είναι απόλυτος ή μοναδικός, καθώς υπάρχει μια αντιστάθμιση με τις σχετικές απώλειες των περισσότερο ευνοημένων μελών της κοινωνίας (Coast, 2009).

Διαπιστώνουμε, λοιπόν, με παράδειγμα τη μεγιστοποιητική αρχή του ωφελιμισμού και γενικότερα τις θεωρίες που έχουν ως σημείο εστίασης την ευημερία, ότι η μη απόδοση στην υγεία κεντρικής σημασίας από πλευράς δικαιοσύνης μπορεί να έχει μη αναμενόμενες –ενδεχομένως και μη επιθυμητές– επιπτώσεις για την υγεία του πληθυσμού. Ωστόσο, ακόμη και αν η υγεία τεθεί στο κέντρο της εστίασης της δικαιοσύνης, το αν θα λαμβάνονται υπόψη και άλλα αγαθά επίσης συνδέεται με σημαντικές συνέπειες (Albertsen και Knight, 2014). Η «απομονωτιστική οπτική» (isolationist view) αντιμετωπίζει την υγεία ως ένα ξεχωριστό ζήτημα που δεν συνδέεται με άλλα και εφαρμόζεται συνήθως στην ιατρική ηθική (medical ethics). Το πρόβλημα αυτής της οπτικής

αναδεικνύεται σε περιπτώσεις μειονεκτήματος στην υγεία που δεν μπορεί να επανορθωθεί, οπότε και η προσέγγιση έχει μικρή χρησιμότητα. Αντίθετα, η «ενσωματωσιακή οπτική» (integrationist view) μπορεί να προτείνει την αντιστάθμιση του μειονεκτήματος στην υγεία με την αποζημίωση του ατόμου που την υφίσταται με άλλον τρόπο. Ακόμη περισσότερο, η απομονωτική οπτική μπορεί να επιβάλει τιμωρία ή επιβαρύνσεις σε άτομα για την υγεία τους (π.χ. σε εκείνα που επιλέγουν έναν ριψοκίνδυνο για την υγεία τους τρόπο ζωής), παρόλο που μπορεί ήδη να υφίστανται κάποιο σημαντικό κοινωνικό μειονέκτημα σε άλλες σφαίρες της ζωής τους, για το οποίο δεν φέρουν την ευθύνη. Για αυτόν τον λόγο, μια σύλληψη δικαιοσύνης θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη της όλες τις διαστάσεις της ζωής των ανθρώπων κατά τους Albersen και Knight (2014).

2.7.3. Αυστηρός εξισωτισμός

Ο τελεολογικός ή αυστηρός εξισωτισμός μπορεί να θέσει το αγαθό της υγείας ως το αντικείμενο της διανεμητικής δικαιοσύνης στο πλαίσιο μιας μορφής ενός ειδικού εξισωτισμού. Αυτό διότι μπορεί να θεωρήσουμε ότι κάποια αγαθά θα πρέπει να κατανέμονται περισσότερο ισομερώς σε σχέση με το εισόδημα ή, διαφορετικά, σε σχέση με τον τρόπο που θα κατανέμονταν από την αγορά, λαμβάνοντας υπόψη την ανισότητα εισοδήματος (Anand, 2002). Εφαρμοζόμενος στην υγεία, ο αυστηρός εξισωτισμός δεν ενδιαφέρεται για τις αιτίες των ανισοτήτων υγείας, είτε αυτές αφορούν σε κοινωνικοοικονομικές ανισότητες είτε όχι. Εφόσον εφαρμοστεί η σύλληψη αυτή στο πεδίο της υγείας, οποιαδήποτε ανισότητα υγείας θεωρείται κακή από μόνη της, χωρίς να χρειάζεται να έχει προηγουμένως εφαρμοστεί οποιαδήποτε κανονιστική αξιολόγηση ή να έχουν ικανοποιηθεί κάποιες προϋποθέσεις. Ως εκ τούτου, αν και ο αυστηρός εξισωτισμός δεν ενδιαφέρεται για τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας *per se*, η εφαρμογή αυτής της αρχής οδηγεί στην άμβλυνση όλων των διαφοροποιήσεων υγείας, ανεξαρτήτως της πηγής τους, συμπεριλαμβανομένων, επομένως, και εκείνων που προκαλούνται από την

ανισοκατανομή των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων¹⁶⁸. Καθότι, βεβαίως, η άμεση μεταφορά μεριδίων υγείας μεταξύ των ανθρώπων είναι στις περισσότερες περιπτώσεις αδύνατη –και σε άλλες ανήθικη– η εξάλειψη των ανισοτήτων υγείας γίνεται κατά κύριο λόγο διαμέσου πολιτικών για την ανακατανομή των παραγόντων που επηρεάζουν την κατάσταση υγείας και είναι επιδεκτικοί κοινωνικής παρέμβασης.

Ωστόσο, η εφαρμογή του αυστηρού εξισωτισμού μπορεί να οδηγήσει στο πρόβλημα της «ισοπέδωσης προς τα κάτω», όπου, επειδή η ισότητα έχει μια εγγενή αξία, προτιμώνται πιο ίσες κατανομές της υγείας, ακόμη και αν αυτό συνεπάγεται χαμηλότερο επίπεδο υγείας για όλους. Καθώς το πρόβλημα αυτό είναι έμφυτο σε αυτήν την προσέγγιση, συνήθως γίνεται επίκληση και άλλων αρχών για την αξιολόγηση των καταστάσεων, με συνηθέστερη εκείνη της μεγιστοποίησης. Σε αυτό το πλαίσιο, γίνεται ένας συμβιβασμός μεταξύ των αρχών της ισότητας και της μεγιστοποίησης, με συνέπεια ακόμη και πιο ίσες κατανομές να μπορούν να θεωρηθούν υποδεέστερες βάσει της σχετικής στάθμησης που γίνεται μεταξύ τους. Σε κάθε περίπτωση, το αγαθό της υγείας διαθέτει διαφορετικά χαρακτηριστικά σε σχέση με εκείνα του εισοδήματος ή του πλούτου. Αποτελεί μια πεπερασμένη έννοια, η οποία συνήθως αντιμετωπίζεται ως ένα επίπεδο που πρέπει να επιτευχθεί. Ως εκ τούτου, οι αρχές τόσο του εξισωτισμού όσο και της μεγιστοποίησης επιδιώκουν την επίτευξη του ίδιου μάλλον στόχου όταν εφαρμόζονται στην υγεία, δηλαδή να καταστήσουν όλους τους ανθρώπους υγιείς, απλώς διαφέρουν στις στρατηγικές που προκρίνουν (Daniels, 2008).

¹⁶⁸ Με εξαίρεση την περίπτωση του αυστηρού εξισωτισμού, η κανονιστική αξιολόγηση των ανισοτήτων υγείας εξαρτάται από τις αιτίες της σε όλες τις άλλες προσεγγίσεις της διανεμητικής δικαιοσύνης που εξετάσαμε και, επομένως, απαιτείται αναφορά στην εμπειρική βιβλιογραφία της κοινωνικής επιδημιολογίας.

2.7.4. Απόλυτη προτεραιότητα στη βελτίωση της κατάστασης των περισσότερο μειονεκτουσών ομάδων

Η θεωρία της δικαιοσύνης ως ακριβοδικία (justice as fairness) του Rawls (1999) έδινε προτεραιότητα στην εξασφάλιση ίσων βασικών ελευθεριών και στη δίκαιη ισότητα των ευκαιριών, ενώ το ζήτημα της κατανομής των πρωταρχικών αγαθών το έλυσε με την αρχή της διαφοράς. Σύμφωνα με την αρχή της διαφοράς, οι ανισότητες στον δείκτη των πρωταρχικών αγαθών επιτρέπονται μόνο όταν μεγιστοποιούν τις προοπτικές των μελών της ομάδας που βρίσκεται στην χειρότερη κατάσταση στην κοινωνία. Ενώ, όμως, ο Rawls προσδιόριζε συγκεκριμένες αρχές διανεμητικής δικαιοσύνης για τα πρωταρχικά αγαθά και διαρρύθμιζε την ηθική αξιολόγηση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων, παράλληλα δεν συμπεριελάμβανε στην προσέγγισή του το ζήτημα της κατανομής της υγείας. Άλλωστε, η σύλληψη της αρχικής θέσης εκκινούσε από την υπόθεση των πλήρως υγιών ατόμων. Πάντως, επισήμανε στη συνέχεια την ανάγκη ικανοποίησης των βασικών υγειονομικών αναγκών και της εξασφάλισης ενός ελάχιστου επιπέδου υγείας για όλους, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι το αγαθό της υγείας θα πρέπει να διαρρυθμίζεται κατά την αρχική θέση από τις αρχές της δικαιοσύνης.

Ο Daniels (2008) προσάρμοσε τη θεωρία του Rawls στην υγεία και την υγειονομική περίθαλψη, αποδίδοντας ειδική ηθική σπουδαιότητα στην υγεία, την οποία τη συνέδεσε με τη δίκαιη κατανομή των ευκαιριών ζωής για τους ανθρώπους. Ο Daniels, λοιπόν, εξακριβώνει τον άδικο χαρακτήρα των ανισοτήτων υγείας από το αν προκλήθηκαν από κάποια άδικη ανισοκατανομή των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας. Η δίκαιη κατανομή αυτών των παραγόντων εξασφαλίζεται από την εφαρμογή των αρχών της δικαιοσύνης του Rawls, οι οποίες, επομένως, ρυθμίζουν ακούσια την κατανομή της υγείας, διαμέσου των βασικών κοινωνικοοικονομικών προσδιοριστών της. Ωστόσο, ενώ οι αρχές του Rawls τείνουν προς την ισοκατανομή των πρωταρχικών πόρων, επιτρέπουν παρόλα αυτά την ύπαρξη κάποιων κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων, στον βαθμό που αυτές είναι προς όφελος των περισσότερο μειονεκτουσών ομάδων (π.χ. μέσω της αύξησης της συνολικής παραγωγικότητας), υπό τον περιορισμό της λεξικογραφικής προτεραιότητας των πολιτικών ελευθεριών και της δίκαιης ισότητας των ευκαιριών. Επομένως,

κατά τη σύλληψη του Daniels, είναι επιτρεπτές κάποιες κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας, εφόσον ευνοούν την κατάσταση υγείας εκείνων που βρίσκονται στη χειρότερη θέση σε απόλυτους όρους (π.χ. μέσω των καλύτερων οικονομικών συνθηκών για αυτά τα άτομα, που προκύπτουν από την αυξημένη συνολική κοινωνική παραγωγικότητα). Αυτό που οφείλει η κοινωνία είναι η λήψη μέτρων, εντός και εκτός του συστήματος υγείας, που να προστατεύουν την κανονική λειτουργία των ατόμων και, επομένως, το τυπικό εύρος ευκαιριών ζωής τους. Ακόμη και αν δεν μπορούμε να αποτρέψουμε ή να θεραπεύσουμε τη βλάβη στην κανονική λειτουργία των πολιτών, υφίσταται μια κοινωνική υποχρέωση για την αντιστάθμιση αυτών των ελλειμμάτων υγείας με άλλα μέσα, τα οποία θα επιτρέπουν στα άτομα να συμμετέχουν ως πλήρως λειτουργικά μέλη στην κοινωνία. Αυτή η κοινωνική υποχρέωση για την ικανοποίηση των βασικών ιατρικών αναγκών των πολιτών ανεξαρτήτως των αιτιών τους (κοινωνικές, βιολογικές ή εθελοντικές επιλογές) ενυπάρχει στις συλλήψεις τόσο του Rawls (στην νεότερη εκδοχή της) όσο και του Daniels, προκειμένου να εξασφαλιστεί η ισότιμη και πλήρη συμμετοχή τους στην κοινωνία και η προστασία των προοπτικών ζωής τους.

Πάντως, θα πρέπει να σημειωθεί ότι, ενώ οι ανισότητες στην κατοχή των πρωταρχικών αγαθών –και όχι στην χρησιμότητα που παρέχουν– θεωρητικά δεν έχουν περιορισμό (εφόσον ικανοποιούν την αρχή της διαφοράς), το επίπεδο υγείας έχει συγκεκριμένα άνω και κάτω όρια (πεπερασμένη έννοια). Οι επιτρεπόμενες κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας θα είναι απαραίτητα πάντοτε μικρότερου εύρους από τις επιτρεπόμενες ανισότητες στα πρωταρχικά αγαθά, στον βαθμό που ισχύει το φθίνον οριακό όφελός τους ως προς την υγεία. Από την ανάποδη οπτική, εφόσον ισχύει η «υπόθεση του σχετικού εισοδήματος», η οποία θα αναλυθεί στη συνέχεια, μια βελτίωση των οικονομικών συνθηκών στις μειονεκτούσες ομάδες όχι μόνο θα οδηγήσει στην καλύτερευση του επιπέδου υγείας τους, αλλά θα αμβλύνει και τις σχετικές ανισότητες υγείας στην κοινωνία. Επομένως, η εφαρμογή των αρχών δικαιοσύνης του Rawls στην υγεία μπορεί να επιφέρει ακόμη μεγαλύτερη ισοκατανομή από ό,τι στα πρωταρχικά αγαθά. Καθότι, μάλιστα, η ισότητα των ευκαιριών έχει προτεραιότητα έναντι της αρχής της διαφοράς, θα μπορούσε να δοθεί μεγαλύτερη βαρύτητα στην υγεία έναντι των πρωταρχικών αγαθών. Αυτό

θα είχε ως συνέπεια η διεύρυνση των σχετικών οικονομικών ανισοτήτων να μην μπορεί πλέον να δικαιολογηθεί από τη βελτίωση του απόλυτου επιπέδου του εισοδήματος εκείνων που βρίσκονται στη χειρότερη κοινωνικοοικονομική θέση, λόγω της παράλληλης αρνητικής επίπτωσής των ανισοτήτων αυτών στην υγεία τους, μέσω των μηχανισμών του κοινωνικού κεφαλαίου και του στρες (Daniels κ.ά., 2006). Ο Venkatapuram (2011) εντοπίζει άλλη μια ρήξη μεταξύ των Ρωλσιανών αρχών και της σύλληψης του Daniels, στον βαθμό που τα άτομα που βρίσκονται στη χειρότερη θέση μπορεί να επιδιώξουν καλύτερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση, θέτοντας σε κίνδυνο την υγεία τους, για παράδειγμα σε επικίνδυνες, αλλά καλύτερα αμειβόμενες εργασίες. Ωστόσο, ο Daniels δεν υποστηρίζει την αυστηρή ισότητα στις εκβάσεις υγείας, αλλά την ισότητα στις ευκαιρίες υγείας, καθώς και ότι δεν θα πρέπει να περιορίζουμε τις επιλογές των ατόμων για πατερναλιστικούς λόγους. Πάντως, αν και η ανισότητα σε άλλα πρωταρχικά αγαθά μπορεί να δικαιολογηθεί στη βάση οικονομικών κινήτρων (αλλά και της αξιοσύνης, στον βαθμό που σχετίζεται με την προσωπική προσπάθεια και τις ικανότητες), δεν συμβαίνει το ίδιο και με τις ανισότητες υγείας. Αυτό διότι δεν φαίνεται οι ανισότητες υγείας να μπορούν να προσφέρουν κάποιο όφελος στην κοινωνία ως σύνολο (Anand, 2006) και, επομένως, δεν μπορούν να δικαιολογηθούν με αυτόν τον τρόπο.

2.7.5. Ίση αφετηρία εκκίνησης και εξισωτισμός βάσει της ευθύνης

Μια άλλη ομάδα θεωριών δεν ενδιαφέρεται για την ισοκατανομή στις εκβάσεις υγείας, αλλά για την ισότητα των ευκαιριών για καλή υγεία. Η ουσιαστική ισότητα των ευκαιριών συμπληρώνει την τυπική μορφή της αξιώνοντας την άρση κάθε κοινωνικού εμποδίου που επηρεάζει τις προοπτικές ζωής των ανθρώπων. Η αρχή της δίκαιης ισότητας των ευκαιριών του Rawls αποτελεί μια περίπτωση τέτοιας σύλληψης. Εφόσον εφαρμοζόταν στην υγεία, θα απαιτούσε την άρση κάθε κοινωνικού εμποδίου στην προσπάθεια των ανθρώπων να επιτύχουν ή να διατηρήσουν σε καλό επίπεδο την υγεία τους, ενώ θα αποδεχόταν τις ανισότητες που θα πρόκυπταν λόγω διαφορών στις γενετικές προικοδοτήσεις.

Γενικότερα, κεντρική σημασία στην προσέγγιση της ισότητας των ευκαιριών κατέχει η έννοια της εθελοντικής επιλογής. Οι ιδέες του Dworkin αποτέλεσαν τη βάση των σύγχρονων εξισωτικών θεωριών που είναι ευαίσθητες ως προς την προσωπική ευθύνη των ατόμων. Στο πλαίσιο της θεωρίας του, όλοι οι άνθρωποι θα πρέπει να ξεκινούν με δέσμες εξωτερικών πόρων που να είναι ίσες ως προς τη δυνατότητά τους να προωθήσουν τα σχέδια ζωής του κάθε ατόμου. Η υγεία δεν φέρει κάποια ειδική σπουδαιότητα, αλλά αποτελεί, όπως και τα ταλέντα, ένας εσωτερικός πόρος. Ωστόσο, δεν θα ήταν παράλογο να υποτεθεί ότι τα άτομα επιλέγουν τέτοια σύνολα κοινωνικοοικονομικών πόρων, ώστε να αμβλύνεται σημαντικά ή και να εξουδετερώνεται πλήρως η κοινωνική διαβάθμιση της υγείας. Κατόπιν της ίσης αφετηρίας, οι όποιες κοινωνικές ανισότητες –επομένως και ανισότητες υγείας– προκύπτουν στο πλαίσιο των επιλογών των ατόμων δεν θεωρούνται άδικες. Τα προβλήματα υγείας που οφείλονται στις γενετικές προικοδοτήσεις ή την κακή «ωμή τύχη» γενικότερα είτε επανορθώνονται μέσω της υγειονομικής περίθαλψης είτε αποζημιώνονται με εξωτερικούς πόρους μέχρι την ικανοποίηση της δοκιμασίας φθόνου. Η σύλληψη αυτή δεν συνεπάγεται την ισότητα στις εκβάσεις υγείας, αλλά τις ίσες ευκαιρίες ασφάλισης έναντι των παραγόντων που βρίσκονται εκτός του ελέγχου των ατόμων ή προϋπήρχαν της οποιας δυνατότητάς τους για υπεύθυνη επιλογή, όπως είναι η κοινωνικοποίηση και το πρώιμο οικογενειακό περιβάλλον. Πάντως, δύσκολα το μέσο άτομο θα παρουσίαζε τόσο έντονη αποστροφή για τον κίνδυνο, ώστε να επιλέξει ένα επίπεδο ασφάλισης που θα το αποζημίωνε πλήρως για τις επιπτώσεις των πιθανών ελλειμμάτων του σε φυσικές προικοδοτήσεις. Από την άλλη πλευρά, η κακή υγεία των ατόμων που οφείλεται στην κακή «τύχη επιλογής» τους δεν είναι αποζημιώσιμη, καθότι πρόκειται για μια έκβαση που το άτομο θα μπορούσε να την είχε προβλέψει ή αποφύγει, λαμβάνοντας υπόψη τις αρχικές ίσες ευκαιρίες για καλή υγεία. Παρόλα αυτά, συμπεριφορές που εκφράζουν εθισμό, όπως η χρήση ναρκωτικών ή το κάπνισμα, στον βαθμό που το άτομο θα προτιμούσε να μην τις έχει, συνιστούν αναπηρίες και χρήζουν αποζημίωσης.

Η εστίαση στην προσωπική ευθύνη απαιτεί κάποιου είδους διαχωρισμό των καταστάσεων ή των συνθηκών υπό τις οποίες το άτομο διαθέτει πραγματική ελευθερία επιλογής από εκείνες που εκφεύγουν του προσωπικού

ελέγχου του (Williams και Cookson, 2000). Οι περισσότεροι μάλλον θα συμφωνούσαν πως οι άνθρωποι θα πρέπει να θεωρούνται υπεύθυνοι για τον τρόπο ζωής τους που επηρεάζει την υγεία τους. Αυτή η θέση λαμβάνει μεγαλύτερη σπουδαιότητα αν αναλογιστούμε ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ανισοτήτων υγείας μπορεί να εξηγηθεί από διαφορές στους παραδοσιακούς παράγοντες κινδύνου που ανάγονται στον τρόπο ζωής (Marchman Andersen κ.ά., 2013). Αν και το ενδιαφέρον για τον ρόλο του κάθε ατόμου ως προς τη διατήρηση της υγείας του δεν είναι νέο, η σημασία του αναδείχθηκε κατόπιν της επιδημιολογικής μετάβασης (Wikler, 2006).

Γενικότερα, η έννοια της ευθύνης περιλαμβάνει τέσσερις βασικές διαστάσεις (Schmidt, 2009): Κάποιος (υποκείμενο της ευθύνης) είναι υπεύθυνος για κάτι (αντικείμενο της ευθύνης) απέναντι σε κάποιον ή κάποια οντότητα (αξιολογητική ή δικαστική αρχή) λαμβάνοντας υπόψη συγκεκριμένα κανονιστικά πρότυπα (κανονιστικό υπόβαθρο). Υποκείμενα της ευθύνης αποτελούν όχι μόνο οι ασθενείς, αλλά και άτομα με άλλες καταστάσεις υγείας, όπως είναι οι υγιείς και εκείνοι που αναρρώνουν. Αντικείμενο της ευθύνης είναι παρελθοντικές (*retrospective responsibilities*) ή μελλοντικές (*prospective responsibilities*) ενέργειες που επηρεάζουν είτε την υγεία του ίδιου του ατόμου ή άλλων είτε τη λειτουργία συνολικά του συστήματος υγείας (π.χ. η σπατάλη υγειονομικών πόρων λόγω της μη προσέλευσης σε ραντεβού με ιατρό ή της μη έγκαιρης ακύρωσής τους). Όταν οι ευθύνες που σχετίζονται με την υγεία έχουν προηγουμένως ρητά προσδιορισθεί, η σχετική αρχή (π.χ. οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης ή οι επαγγελματίες υγείας) διενεργεί τις απαραίτητες αξιολογήσεις και προχωρεί στην επιβολή κυρώσεων ή την παροχή επιβραβεύσεων στη βάση της τήρησης των σχετικών υποχρεώσεων.

Κατά τον εξισωτισμό της τύχης, οι ανισότητες υγείας είναι δίκαιες μόνο στην περίπτωση που είναι το αποτέλεσμα των επιλογών των ατόμων, για τις οποίες και καθίστανται υπεύθυνοι. Στο πλαίσιο αυτό, η κακή υγεία που οφείλεται σε παράγοντες που βρίσκονται εκτός του ελέγχου ή της ευθύνης του ατόμου, είτε αυτοί είναι βιολογικοί είτε κοινωνικοοικονομικοί, θα πρέπει είτε να επανορθώνονται είτε να αποζημιώνονται. Ωστόσο, αυτή η προσέγγιση αποτελεί το κανονιστικό πλαίσιο υπό το οποίο η ευθύνη εντάσσεται στην αξιολόγηση της διανεμητικής δικαιοσύνης, με την έννοια της ευθύνης να μπορεί τελικά να

ερμηνευτεί με πολλούς διαφορετικούς τρόπους (Voigt, 2013). Κάποιοι, όπως ο Dworkin, υποστηρίζουν ότι οι άνθρωποι είναι υπεύθυνοι για τις «ακριβείς προτιμήσεις» τους, ενώ άλλοι, όπως ο Cohen, αποδέχονται ότι κάποιες επιλογές μπορεί να μην ανήκουν στον έλεγχό τους. Στο πλαίσιο της «εύλογης αποφευξιμότητας» του Segall, ενώ η εκκίνηση του καπνίσματος μπορεί να θεωρηθεί ως ακούσια και εξαρτώμενη από το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον του, είναι εύλογο να αναμένουμε ότι το άτομο θα έπρεπε να το είχε διακόψει, καθότι οι κίνδυνοι που ενέχει το κάπνισμα για την υγεία είναι ευρέως γνωστοί. Σύμφωνα με τη Hurley (2003), ένα άτομο μπορεί να θεωρηθεί υπεύθυνο για μια πράξη ή παράλειψη (agent causality) αφενός εάν είχε τη δυνατότητα να δράσει διαφορετικά, και αφετέρου αν είναι υπεύθυνο και για κάθε αιτία που προηγήθηκε στην αλυσίδα της αιτιότητας (regressive causality). Επομένως, αν οι πράξεις είναι προκαθορισμένες ή τυχαίες, το άτομο δεν μπορεί να θεωρηθεί υπεύθυνο. Αυτή η θεώρηση, βεβαίως, μπορεί να οδηγήσει στο παράλογο συμπέρασμα ότι κανένας δεν είναι υπεύθυνος για τίποτα (Marchman Andersen κ.ά., 2013). Δύο άλλες κομπατιμπιλιστικές προσεγγίσεις είναι η «αληθινή ταυτότητα» (true identity) και η «ανταπόκριση στους λόγους» (responsiveness to reasons) (Nielsen και Andersen, 2014). Κατά την πρώτη προσέγγιση, για να θεωρηθεί ένας δρώντας υπεύθυνος, θα πρέπει να υπάρχει αντιστοιχία ανάμεσα στις προτιμήσεις πρώτης τάξεως (first-order preferences) και στη βούλησή του για το ποιος πραγματικά θέλει να είναι (second-order volition). Κατά τη δεύτερη σύλληψη, για να θεωρηθεί το άτομο υπεύθυνο, θα πρέπει αφενός να έχει πληροφόρηση για τα χαρακτηριστικά και τις συνέπειες της πράξης (π.χ. της υπερκατανάλωσης τροφής), και αφετέρου ο μηχανισμός που τον οδηγεί στην πράξη να ανταποκρίνεται σε αυτήν την πληροφόρηση και να είναι δικός του, δηλαδή να αναγνωρίζει τον εαυτό του ως δρώντα βάσει του συγκεκριμένου μηχανισμού.

Ο Pettit (2001) συλλαμβάνει την ελευθερία του δρώντα ως την «καταλληλότητα για να θεωρηθείς υπεύθυνος» (fitness to be held responsible), η οποία περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις: α) την ελευθερία ενέργειας από τον δρώντα, β) τη δυνατότητα του δρώντα για ταυτοποίηση και κυριότητα των ενεργειών του και γ) το να διαθέτει ο δρώντας ένα κοινωνικό στάτους που να του επιτρέπει να ενεργεί ανεξάρτητα των εξωτερικών πιέσεων. Κατά το

ψυχολογικό μοντέλο των «δύο συστημάτων» (two-systems psychological model), η κοινωνική συμπεριφορά επηρεάζεται από δύο αλληλοεπιδρώντα συστήματα. Ενώ το «στοχαστικό σύστημα» (reflective system) οδηγεί σε αποφάσεις συμπεριφοράς που στηρίζονται στις γνώσεις για γεγονότα και αξίες που προσανατολίζονται προς ορισμένο σκοπό, το «παρορμητικό σύστημα» (impulsive system) απαιτεί μικρή ή και καθόλου γνωστική προσπάθεια για την πρόκληση μιας συμπεριφοράς (Strack και Deutsch, 2004). Μάλιστα, έχει αναφερθεί ότι πάνω από το 45% των συμπεριφορών οφείλεται σε συνήθεια ή ψυχαναγκασμό και δεν ελέγχεται από συνειδητές γνωστικές διαδικασίες (Brown, 2013). Στις περιπτώσεις αυτές θα μπορούσαμε να εντάξουμε και εκείνες που ο Dworkin θεωρεί ως εθισμό.

Γενικότερα, η εκάστοτε επιλογή μπορεί να μην εκφράζει την πραγματική προτίμηση του ατόμου, καθώς η πρόσβαση σε ένα περιορισμένο σύνολο εναλλακτικών πορειών δράσης λόγω θεσμικών, κοινωνικών ή πολιτισμικών εμποδίων¹⁶⁹, η έλλειψη επαρκούς πληροφόρησης για τις συνέπειες κάθε απόφασης, καθώς και ο εξαναγκαστικός χαρακτήρας κάποιων εμμονών ή εθισμών διαμορφώνουν εξωτερικά/προσωπικά και εσωτερικά/ψυχολογικά εμπόδια κατά τη διαδικασία λήψης των αποφάσεων (Wikler, 2006· Ekmeççi και Arda, 2015). Όπως θα τεκμηριωθεί σε επόμενα κεφάλαια, υπάρχει μια στενή διασύνδεση μεταξύ του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και της συμπεριφοράς που σχετίζεται με την υγεία, κατά τρόπο που οι ριψοκίνδυνες συμπεριφορές υγείας να είναι πιο συχνές σε άτομα χαμηλής κοινωνικοοικονομικής θέσης (Goldberg, 2017). Έτσι, οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες μπορούν να θεωρηθούν ότι βρίσκονται πιο πίσω στην αλυσίδα της αιτιότητας (upstream factors) σε σχέση με τον τρόπο ζωής (downstream factors) (Hirose, 2015). Ακόμη και η προσοχή, η δυνατότητα γνωστικής επεξεργασίας και κατανόησης,

¹⁶⁹ Η πολιτισμική και θρησκευτική ταυτότητα επηρεάζει τις στάσεις για την υγεία όχι μόνο για τις μειονότητες, αλλά και για κάθε μέλος της κοινωνίας, η οποία χαρακτηρίζεται αναπόδραστα από κάποιες κοινές νόρμες και κοινωνικές αξίες. Γενικότερα, τα άτομα αποφεύγουν να επιλέξουν νόρμες διαφορετικές από εκείνες της κοινωνικής ομάδας στην οποία ανήκουν, καθότι υφίστανται τον κίνδυνο του κοινωνικού αποκλεισμού, ενώ, αντίθετα, η συμμόρφωση με αυτές συνδέεται με σεβασμό και αποδοχή από την κοινότητά τους (Ekmeççi και Arda, 2015).

ο αυτοέλεγχος, η σύνεση και η αποφυγή του ρίσκου που σχετίζονται με την υγεία αποτελούν φυσικές ικανότητες, οι οποίες διαδρούν με το κοινωνικό περιβάλλον. Έχει τεκμηριωθεί ότι τα άτομα χαμηλότερης κοινωνικοοικονομικής θέσης είναι λιγότερο πιθανό να αναπτύξουν τους απαραίτητους μηχανισμούς αυτοελέγχου και περισσότερο πιθανό να εκτίθενται σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα που προωθούν αρνητικές για την υγεία συμπεριφορές (Brown, 2013). Καθότι, όμως, οι συνθήκες εντός των οποίων οι άνθρωποι κάνουν τις επιλογές τους είναι ιδιαίτερα ανισοκατανεμημένες, αντίστοιχα ανισοκατανεμημένοι είναι και οι παράγοντες που ευνοούν τον ριψοκίνδυνο τρόπο ζωής (Voigt, 2013). Ωστόσο, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο στο οποίο γεννήθηκε το άτομο δεν αποτελεί επιλογή του, αλλά μάλλον θα πρέπει να θεωρηθεί αποτέλεσμα της καθαρής «ωμής τύχης». Γενικότερα, η τύχη επηρεάζει τις υποκείμενες συνθήκες (background conditions) διαμορφώνοντας τόσο το σύνολο των επιλογών που είναι διαθέσιμες για τα άτομα όσο και την ικανότητά τους για την ανάληψη συγκεκριμένων από αυτές (Barry, 2008).

Από τα παραπάνω μπορεί να συναχθεί ότι η κατάσταση των ανθρώπων που υφίστανται κοινωνικοοικονομική αποστέρηση δεν φαίνεται να πληροί (τουλάχιστον σε όλες τις περιπτώσεις) τις συνθήκες της ελευθερίας που είναι απαραίτητες για να θεωρηθεί κάποιος πλήρως υπεύθυνος για τη συμπεριφορά του που επηρεάζει αρνητικά την υγεία του. Επομένως, είναι αμφίβολο αν το κάπνισμα (ή όποια άλλη ριψοκίνδυνη συμπεριφορά) και οι συνακόλουθες αρνητικές επιπτώσεις του στην υγεία αποτελεί πραγματική επιλογή του ατόμου ή επηρεάζεται από παράγοντες που είναι εκτός του ελέγχου του. Ακόμη περισσότερο, είναι δυνατόν μια τυχαία παρόρμηση, για την οποία δεν υπήρχε χρόνος να εξεταστούν εκτενώς οι συνέπειές της, να εξουδετερώσει τη σύνεση και την προσπάθεια που είχε επιδείξει το ίδιο άτομο μέχρι εκείνο το χρονικό σημείο (Ekmekçi και Arda, 2015). Σε κάθε περίπτωση, η μη σύνδεση των προθέσεων με τα αποτελέσματα των επιλογών φαίνεται να είναι προβληματική, στον βαθμό που παραβλέπεται η ακεραιότητα του ανθρώπινου χαρακτήρα και τα βαθύτερα κίνητρα που μπορεί να έχουν μια ευρύτερη θετική κοινωνική επενέργεια, όπως είναι η αλληλεγγύη, η συμπόνοια, η γενναιότητα και η αγάπη (Wikler, 2006· Ekmekçi και Arda, 2015). Αν τα άτομα δεν μπορούν να θεωρηθούν πραγματικά υπεύθυνα για τη συμπεριφορά τους που επηρεάζει την

υγεία τους, τότε δεν μπορούν να κατηγορηθούν ή τιμωρηθούν για αυτές, ενώ οι προκύπτουσες ανισότητες υγείας αποτιμώνται ως άδικες και η κοινωνία οφείλει να τις επανορθώσει ή αποζημιώσει.

Βέβαια, για τον Albertsen (2015), το παραπάνω ζήτημα δεν αρκεί για να καταστήσει τον εξισωτισμό της τύχης ως μια προσέγγιση διανεμητικής δικαιοσύνης ακατάλληλη για να εφαρμοστεί στην υγεία. Αυτό διότι, πολύ απλά, εφόσον ισχύουν οι υποθέσεις για τους μηχανισμούς επίδρασης των κοινωνικών περιστάσεων στις επιλογές των ατόμων, τότε ο εξισωτισμός της τύχης θα θεωρήσει τις προκύπτουσες ανισότητες υγείας ως άδικες και θα αξιώσει την αποζημίωσή τους ως μέλημα της δικαιοσύνης. Αυτό, βέβαια, πάντοτε εξαρτάται από τον βαθμό στον οποίο οι επιλογές των ατόμων επηρεάζονται από παράγοντες που βρίσκονται εκτός του ελέγχου τους, καθότι αυτή η σχέση δεν μπορεί να θεωρηθεί απόλυτα ντετερμινιστική. Άλλωστε, δύσκολα μπορεί να υποστηριχθεί ότι τα προβλήματα υγείας είναι δυνατόν να προκύψουν από μία και μόνο απόφαση, καθώς συνήθως αποτελούν τη συνέπεια πολλαπλών επιλογών των ανθρώπων κατά τη διάρκεια της ζωής τους, οι οποίες αλληλοεπιδρούν με παράγοντες της «φυσικής λοταρίας» που το άτομο δεν έχει επιλέξει, όπως είναι οι γενετικές ασθένειες και το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο γεννήθηκε (π.χ. το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, οι πολιτισμικές και θρησκευτικές στάσεις απέναντι στην υγεία και η εθνότητα) (Ekmekçi και Arda, 2015). Γενικότερα, επομένως, φαίνεται ορθότερο να αναφερόμαστε στην έννοια της συνυπευθυνότητας στην υγεία (*health as co-responsibility*), όπου αναζητούμε τον βαθμό ευθύνης του ατόμου σε κάθε συγκεκριμένη περίπτωση (Schmidt, 2009). Μια λύση ως προς αυτό το ζήτημα δόθηκε από τον Roemer (1998· 2002a· 2002b· 2003· 2016), όπως έχει ήδη αναλυθεί, ο οποίος αντιστόιχησε τον βαθμό ευθύνης –όχι απλά την ευθύνη– των ατόμων με την προσπάθειά τους σε σχέση με τη μέση προσπάθεια των ατόμων του (κοινωνικοοικονομικού) τύπου στον οποίον ανήκουν.

Συνολικά, λοιπόν, κατά τον εξισωτισμό της τύχης, οι ανισότητες υγείας θα πρέπει να θεωρούνται άδικες στον βαθμό που προκαλούνται από τις κοινωνικοοικονομικές περιστάσεις είτε άμεσα είτε έμμεσα μέσω της επίδρασής τους στις επιλογές των ατόμων, που με τη σειρά τους επηρεάζουν αρνητικά την υγεία τους. Το ενδιαφέρον με αυτήν την προσέγγιση είναι ότι πηγή της αδικίας

δεν είναι μόνο οι κοινωνικοοικονομικές διαφορές αλλά και οι βιολογικές ή άλλες «φυσικές» ανισότητες. Αυτό, βεβαίως, διακρίνει αυτήν τη σύλληψη από την κλασική αντίστοιχη της Whitehead (1992) και του Π.Ο.Υ. (Commission on the Social Determinants of Health, 2008), κατά την οποία οι βιολογικές ή «φυσικές» διακυμάνσεις δεν θα πρέπει να θεωρούνται άδικες. Έτσι, ο εξισωτισμός της τύχης δεν ενδιαφέρεται για την αποφευξιμότητα των ανισοτήτων ή για τη διάκριση μεταξύ «φυσικών» ή κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας (Voigt, 2013). Σε κάθε περίπτωση, δεν μπορεί να υπάρξει γνήσια ισότητα ευκαιριών στην υγεία, χωρίς προηγουμένως να έχει εξασφαλιστεί η ισότητα των ευκαιριών για όλα τα υπόλοιπα αγαθά. Αυτό διότι, εφόσον ισχύει η συνθήκη της φθίνουσας οριακής χρησιμότητας για τα αγαθά εκτός της υγείας, τα άτομα που υφίστανται κοινωνικοοικονομικό έλλειμμα θα χρειαστεί να υποστούν μεγαλύτερες θυσίες σε όρους χρησιμότητας για να επιτύχουν το ίδιο επίπεδο υγείας με εκείνα που δεν υφίστανται αντίστοιχο κοινωνικό μειονέκτημα (Williams και Cookson, 2000). Πάντως, η εφαρμογή μιας προσέγγισης που αξιώνει τη διερεύνηση του τρόπου με τον οποίον επήλθαν οι ανισότητες για να αξιολογήσει μια κατάσταση απαιτεί τέτοιου μεγέθους λεπτομερή πληροφόρηση, που είναι μάλλον αδύνατο να εφαρμοστεί στον πραγματικό κόσμο (τουλάχιστον στη σημερινή εποχή). Για αυτόν τον λόγο, ο Barry (2008) προτείνει την ισότητα των αποτελεσμάτων ως την καλύτερη προσέγγιση του εξισωτισμού της τύχης.

Εφόσον γίνει αποδεκτό ότι τα άτομα θα πρέπει να καθίστανται υπεύθυνα για τις επιλογές που επηρεάζουν την υγεία τους, τότε η ατομική ευθύνη μπορεί να αποτελέσει τη βάση αφενός για τη θέσπιση υποχρεωτικών κανόνων που απαιτούν τη συμμόρφωση προς επιλογές προστατευτικές ή προωθητικές της υγείας (π.χ. η ζώνη στα αυτοκίνητα), και αφετέρου για τις διανεμητικές αποφάσεις των υγειονομικών πόρων και την άρνηση παροχής ή παροχής χαμηλότερης ποσότητας ή ποιότητας υγειονομικών υπηρεσιών ή της παραχώρησης χαμηλότερης προτεραιότητας στην υγειονομική περίθαλψη ή και τη μετακύλιση του κόστους της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας απευθείας στα απερίσκεπτα άτομα (cost-responsibility) (Wikler, 2006· Voigt, 2013· Albertsen και Knight, 2014). Η επιβολή από την κοινωνία ορισμένων συμπεριφορών μπορεί να θεωρηθεί πατερναλιστική, στον βαθμό που επιδιώκει να προστατεύσει τα άτομα από τις απερίσκεπτες παρορμήσεις τους (Wikler,

2006). Επιπλέον, η διανομή των υγειονομικών πόρων βάσει του κριτηρίου της ευθύνης φαντάζει τουλάχιστον δύσκολη, αν όχι και προβληματική. Αυτό διότι ο επαγγελματίας υγείας δεν διαθέτει τον χρόνο ή και τη γενικότερη δυνατότητα να λάβει το πλήρες ιστορικό ενός ασθενούς με κάποιο επείγον πρόβλημα υγείας. Ούτως ή άλλως, σε τέτοιες περιπτώσεις επικρατούν οι αξίες της ιατρικής ηθικής, όπως είδαμε στη σχετική υποενότητα, με βασικότερες τη μη πρόκληση βλάβης, την αγαθοεργία, τον σεβασμό στην αυτονομία (Ekmekçi και Arda, 2015) και τον κανόνα της «διάσωσης της ζωής».

Μια άλλη πρακτική προσέγγιση που μπορεί να εφαρμοστεί στο πλαίσιο του εξισωτισμού της τύχης είναι η χρηματοδότηση του κόστους περίθαλψης των ασθενών που είναι υπεύθυνοι για την κακή υγεία τους από τους ίδιους μέσω άμεσων ιδιωτικών πληρωμών στο σημείο παροχής των υγειονομικών υπηρεσιών (*ex-post cost-responsibility*). Αυτή η πολιτική, βεβαίως, ενέχει τον κίνδυνο πολλά άτομα να αδυνατούν να ανταπεξέλθουν σε αυτό το κόστος και να μην έχουν πρόσβαση στο σύστημα υγείας (Yfantopoulos κ.ά., 2017a· Chantzaras και Yfantopoulos, 2018a), ιδίως λαμβάνοντας υπόψη ότι οι ριψοκίνδυνες συμπεριφορές συνήθως συγκεντρώνονται στις κοινωνικά μειονεκτούσες ομάδες του πληθυσμού. Έπειτα, μια άλλη συνήθης στρατηγική είναι η φορολόγηση των δραστηριοτήτων ή των καταναλωτικών αγαθών που μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την υγεία, όπως είναι τα τσιγάρα και το αλκοόλ (*ex-ante cost-responsibility*), η οποία μπορεί να οδηγήσει πατερναλιστικά στη μείωση αυτής της συμπεριφοράς, αν και δεν μπορεί να εφαρμοστεί σε όλες τις περιπτώσεις (π.χ. σε παράνομες συνήθειες, όπως είναι η χρήση ναρκωτικών και τα ακραία αθλήματα). Σχετική με αυτό είναι η πολιτική όπου το ύψος των ασφαλιστρών υγείας για ένα άτομο ανταποκρίνεται στον κίνδυνο που ενέχει η συμπεριφορά του που σχετίζεται με την υγεία του. Αν και είναι δύσκολο να εφαρμοστεί αυτό το μέτρο σε ένα σχήμα δημόσιας ασφάλισης, στο πλαίσιο των ιδιωτικών φορέων ασφάλισης τα ασφάλιστρα υπολογίζονται βάσει της αξιολόγησης κινδύνου, η οποία συμπεριλαμβάνει και τον τρόπο ζωής του ατόμου. Τέλος, οι διάφορες πολιτικές υγείας μπορεί να χρηματοδοτηθούν μέσω της γενικής φορολόγησης του εισοδήματος και της περιουσίας. Αυτή η λύση λαμβάνει υπόψη της και τις άλλες σφαίρες της ζωής των ανθρώπων και τις ακούσιες οικονομικές ανισότητες, που μαζί με την κακή υγεία επιβάλλουν διπλό

φορτίο στα φτωχότερα στρώματα (Marchman Andersen κ.ά., 2013· Voigt, 2013· Albertsen και Knight, 2014· Ekmekçi και Arda, 2015)¹⁷⁰. Τα παραπάνω, λοιπόν, μπορεί να λειτουργήσουν ως αντικίνητρα ή και τιμωρία για τα άτομα που δεν φροντίζουν την υγεία τους και ως επιβράβευση για τα υπόλοιπα που το κάνουν. Αυτό λαμβάνει μεγαλύτερη σημασία στο σύννηθες πλαίσιο των περιορισμένων πόρων, ιδίως των υγειονομικών, όπου το κριτήριο της διανομής τους καθίσταται ιδιαίτερα σημαντικό για την επίτευξη των στόχων του συστήματος υγείας (Ekmekçi και Arda, 2015).

Το ενδιαφέρον για την ατομική ευθύνη θα μπορούσε να αποτελέσει και τη θεωρητική δικαιολογητική βάση των πολιτικών για την παροχή κινήτρων προς τα άτομα για να βελτιώσουν την υγεία τους. Ωστόσο, όπως επισημαίνει και ο Daniels (2008), ο εξισωτισμός της τύχης δεν προσφέρει θεωρητικά επιχειρήματα υπέρ της προώθησης της υγείας. Μια άλλη διάσταση της ευθύνης σχετίζεται με την έννοια της αμοιβαιότητας στο σύστημα υγείας, εννοώντας την αξίωση να δοθεί χαμηλότερη προτεραιότητα περίθαλψης σε εκείνα τα άτομα που δεν συνεισφέρουν στο σύστημα με την αλλαγή της συμπεριφοράς τους (Voigt, 2013).

¹⁷⁰ Μια σχετική κριτική για τον εξισωτισμό της τύχης στην υγεία αναφέρεται στις πιθανώς αντίστροφα προοδευτικές συνέπειες που μπορεί να έχουν οι πολιτικές που στηρίζονται σε αυτήν την προσέγγιση. Πιο συγκεκριμένα, η απόδοση της ευθύνης μπορεί να εκφραστεί με τον καταλογισμό του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης στα ίδια τα άτομα που συνδέονται με κάποια ριψοκίνδυνη συμπεριφορά υγείας. Όμως, καθότι αυτά τα άτομα συνήθως είναι ήδη κοινωνικά μειονεκτούντα, με αυτόν τον τρόπο η κοινωνικοοικονομική θέση τους γίνεται ακόμη πιο δυσχερής. Μάλιστα, το αποτέλεσμα αυτό καθίσταται περισσότερο ηθικά προβληματικό αν εξαρχής δεν είχαν ευθύνη για αυτό το κοινωνικό μειονέκτημά τους (Cavallero, 2011). Ωστόσο, αυτή η κριτική έχει εφαρμογή μόνο στην περίπτωση όπου ο εξισωτισμός της τύχης επικεντρώνεται αποκλειστικά στην υγεία και όχι στις άλλες σφαίρες της δικαιοσύνης (Albertsen, 2015). Έχει ακόμη διατυπωθεί πως ο εξισωτισμός της τύχης ενδιαφέρεται μόνο για την εξουδετέρωση ή την αποζημίωση για τις συνέπειες των κοινωνικοοικονομικών περιστάσεων και όχι για την εξάλειψή τους. Σε πραγματικούς όρους, ωστόσο, ο εξισωτισμός της τύχης δεν αποκλείει καμία στρατηγική, αλλά επιλέγει εκείνη που θα διασφαλίσει καλύτερα τον σκοπό της δικαιοσύνης (Albertsen και Knight, 2014).

2.7.6. Αρχή της αξιοσύνης

Όταν η αρχή της αξιοσύνης λαμβάνει τη μορφή μιας ολοκληρωμένης σύλληψης της διανεμητικής δικαιοσύνης, αυτή ενδιαφέρεται κυρίως για την κατανομή του κοινωνικού προϊόντος ανάμεσα στα μέλη μιας κοινωνίας. Βάση της επάξιας ανταμοιβής συνήθως αποτελούν οι ικανότητες ή η προσπάθεια ή η συμβολή ή και η συνολική επιβάρυνση/κόπος κατά την παραγωγική διαδικασία. Κατά τη μη συγκριτική εκδοχή της αρχής της αξιοσύνης, είναι άδικο κάποια άτομα να λαμβάνουν λιγότερα ή και περισσότερα σε σχέση με αυτά που δικαιούνται, καθώς για κάθε επίπεδο μιας αξιέπαινης συμπεριφοράς αντιστοιχεί μια συγκεκριμένη ποσότητα της επάξιας ανταμοιβής, είτε αυτή αποτελεί το κοινωνικό προϊόν ή την ευημερία είτε, γενικότερα, κάποιου άλλου είδους επιδοκιμασία. Κατά τη συγκριτική εκδοχή της, είναι άδικο οι σχετικές διαφορές μεταξύ των ατόμων ως προς το επίπεδο του αγαθού της δικαιοσύνης να μην είναι ανάλογες των σχετικών διαφορών τους ως προς το επίπεδο της αξιοσύνης τους.

Όταν η σύλληψη αυτή εφαρμόζεται στο πεδίο της υγείας, η αξιοσύνη προσδιορίζεται γενικότερα σε σχέση με την προνοητικότητα του ατόμου και είτε προσιδιάζει στον εξισωτισμό της τύχης είτε αποτελεί συνιστώσα μιας πλουραλιστικής σύλληψης της δικαιοσύνης, όπως είναι εκείνη της ισότητας ως συγκριτική ακριβοδικία του Temkin (2017). Ενώ ο εξισωτισμός της τύχης ενδιαφέρεται για τις σχετικές ανισότητες, η αρχή της αξιοσύνης συνήθως εκλαμβάνεται με τη μη συγκριτική μορφή της από τους περισσότερους μελετητές. Μια προσαρμογή της αρχής της αξιοσύνης στο πεδίο των ανισοτήτων υγείας θα μπορούσε να είναι η εξής: Εφόσον αυτό που δικαιούται ο καθένας συνδέεται με την υγεία του και ως δικαιολογητική βάση αναγνωρίζεται η προσπάθειά ή η ευθύνη του, το επίπεδο υγείας του κάθε ανθρώπου θα πρέπει να αντιστοιχεί στον συγκεκριμένο βαθμό της προσπάθειας ή της ευθύνης του. Στο πλαίσιο αυτό, σε άνισα επίπεδα της προσπάθειάς ή της ευθύνης των ατόμων θα πρέπει να αντιστοιχούν συγκεκριμένα άνισα επίπεδα στην κατάσταση υγείας τους. Τέτοιες ανισότητες υγείας δεν είναι μόνο αποδεκτές, αλλά και απαιτητές από πλευράς δικαιοσύνης. Συνεπώς, ενώ ο εξισωτισμός της τύχης (τουλάχιστον στις περισσότερες ερμηνείες του) δεν θα αξιολογούσε ως άδικη μια περίπτωση όπου όλοι

βρίσκονται σε μια εξίσου καλή κατάσταση λόγω καλής «ωμής τύχης», η αρχή της αξιοσύνης θα απαιτούσε την επαναφορά των ανισοτήτων που ανταποκρίνονται στα συγκεκριμένα επίπεδα της αξιοσύνης των ατόμων, αφαιρώντας τα οφέλη της καλής «ωμής τύχης» από εκείνους που δεν δικαιούνται αυτήν την καλή κατάστασή τους. Σε κάθε περίπτωση, καθότι η δικαιολογητική βάση της αξιοσύνης στηρίζεται πάντοτε στη σκόπιμη δράση του ατόμου, ανακύπτουν εκ νέου οι προηγούμενοι προβληματισμοί για τη δυνατότητα απόδοσης της ευθύνης στο ίδιο το άτομο. Επιπλέον, το επίπεδο αξιοσύνης δεν εξαρτάται από παράγοντες που δεν ελέγχει ή για τους οποίους δεν έχει ευθύνη το άτομο, όπως είναι οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και οι φυσικές προικοδοτήσεις του. Συνεπώς, οι όποιες αποκλίσεις από το επίπεδο υγείας που δικαιούται ο κάθε άνθρωπος βάσει του συγκεκριμένου επιπέδου αξιοσύνης του θα πρέπει να επανορθώνονται ή αποζημιώνονται. Πάντως, θα πρέπει να αποδεχτούμε ότι η τελική αξιολογική κρίση εξαρτάται από τη συγκεκριμένη δικαιολογητική βάση της αξιοσύνης που επιλέγεται κάθε φορά¹⁷¹.

Επίσης, μια σημαντική κανονιστική διαφορά με τον εξισωτισμό της τύχης έγκειται στο ότι αυτός αποτελεί μια αναδιανεμητική αρχή και δεν συνιστά μια πλήρη θεωρία του ηθικού αγαθού, δηλαδή δεν απαιτεί από τα άτομα να συμπεριφέρονται με συγκεκριμένο τρόπο. Αντίθετα, η αρχή της αξιοσύνης συνδέει την ηθικότητα των πράξεων με τη δικαιολογητική βάση της. Ως προς το ζήτημα της κατανομής της υγείας, εκ πρώτης όψεως αυτή η διαφοροποίηση δεν φαίνεται να έχει σημαντικές συνέπειες. Όμως, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι αυτό για το οποίο είναι υπεύθυνος κάποιος μπορεί να διαφέρει από αυτό που δικαιούται. Πρόκειται για ένα σημείο για το οποίο ο εξισωτισμός της τύχης έχει κατηγορηθεί ως πολύ αυστηρός. Επομένως, όταν κάποιο πρόβλημα υγείας ενός ατόμου προέκυψε από μια εθελοντική επιλογή του, η οποία όμως συνδέεται με κάποια γενικότερα πολύτιμη κοινωνική συνεισφορά, μπορεί να

¹⁷¹ Θα πρέπει να τονισθεί εκ νέου ότι οι έννοιες της προνοητικότητας, της προσπάθειας, του ελέγχου και της ευθύνης, που χρησιμοποιούνται ευρέως σε αυτό το κεφάλαιο, αν και συμπίπτουν σε σημαντικό βαθμό, μπορεί να έχουν διαφορετικές συνέπειες η κάθε μία. Για παράδειγμα, ένα άτομο μπορεί να μην είναι υπεύθυνο για την ανεπαρκή προσπάθεια του ή, ενώ είναι προνοητικό, να μην είχε έλεγχο επί κάποιου αποτελέσματος.

δικαιολογηθεί η επανόρθωση ή η αποζημίωση του. Αυτό διότι μπορούμε να υποθέσουμε ότι το άτομο εμποδίστηκε από το να επιδείξει την προσήκουσα επιμέλεια της υγείας του εξαιτίας παραγόντων ανωτέρας βίας, επιδεικνύοντας παρόλα αυτά μια αξιέπαινη κοινωνική συμπεριφορά.

2.7.7. Σχετική προτεραιότητα βάσει ανάγκης

Ενώ η μεγιστοποιητική αρχή του ωφελιμισμού ασχολείται με τη συνολική κατάσταση ενός πληθυσμού και όχι με την κατανομή των οφελών, την αρχή της ισότητας την απασχολεί τι είδους βίο διάγουν οι άνθρωποι σε σχέση με τους υπόλοιπους και όχι η συνολική κατάσταση στην κοινωνία, αξιολογώντας κάθε μορφή ανισότητας ως άδικη. Αν και αποτελεί κοινή αντίληψη ότι κύριο μέλημα της δικαιοσύνης θα πρέπει να είναι η βοήθεια προς τα άτομα των οποίων οι βασικές ανάγκες δεν ικανοποιούνται, καμία από τις δύο προαναφερθείσες προσεγγίσεις δεν ενδιαφέρεται άμεσα για αυτό το ζήτημα –ούτε καν στο πλαίσιο ενός πλουραλιστικού συγκερασμού της εξισωτικής και της μεγιστοποιητικής αρχής. Κατά την αρχή της προτεραιότητας, μια κατανομή είναι γνησίως καλύτερη όταν είναι μεγαλύτερο το άθροισμα των σταθμισμένων οφελών των ατόμων, όπου τα οφέλη σταθμίζονται έτσι ώστε να έχουν μεγαλύτερη αξία όσο χειρότερη είναι η κατάσταση του ατόμου που τα λαμβάνει. Επομένως, γίνεται ένας διαχωρισμός μεταξύ του μεγέθους της ηθικής αξίας και του μεγέθους του οφέλους. Η αρχή της προτεραιότητας ουσιαστικά σταθμίζει την αρχή της μεγιστοποίησης της ηθικής αξίας που συνδέεται με το όφελος ενός αγαθού (αποτελεσματικότητα) με την παραχώρηση προτεραιότητας σε εκείνα τα άτομα που βρίσκονται σε χειρότερη κατάσταση (μορφή ισότητας). Στο ένα άκρο, λοιπόν, συμπίπτει με την ωφελιμιστική αρχή (μεγιστοποίηση του συνολικού αθροίσματος), και στο άλλο με την αρχή της διαφοράς του Rawls (παραχώρηση απόλυτης προτεραιότητας στα άτομα που βρίσκονται στη χειρότερη κατάσταση).

Στο πλαίσιο των γενικών θεωριών της διανεμητικής δικαιοσύνης, οι αποδέκτες της προτεραιότητας είναι εκείνοι που βρίσκονται στη χειρότερη θέση ως προς τη γενικότερη ευημερία τους. Ωστόσο, όπως έχουμε ήδη συζητήσει, η υγεία διαθέτει διαφορετικά χαρακτηριστικά σε σχέση με τα υπόλοιπα αγαθά που

συνεισφέρουν στην ευημερία των ανθρώπων. Η καλή υγεία αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση για την επίτευξη σχεδόν όλων των σκοπών που θεωρούνται πολύτιμοι από τα άτομα και, επομένως, δεν είναι δυνατόν ένα έλλειμμα υγείας να αποζημιωθεί με κάποιο πλεόνασμα σε άλλα αγαθά. Αποδεχόμενοι, λοιπόν, μια θέση περί διακριτών σφαιρών δικαιοσύνης, όπως εκείνη του Walzer (1983), μπορούμε να θέσουμε την κατάσταση υγείας ως το «νόμισμα» της δικαιοσύνης, ή αλλιώς το κριτήριο προσδιορισμού της θέσης τους στην κοινωνία, ιδίως κατά τη διανομή των υγειονομικών πόρων. Σε αυτήν την περίπτωση, λοιπόν, αυτοί που βρίσκονται στη χειρότερη θέση είναι οι περισσότερο άρρωστοι ή αυτοί που έχουν την χειρότερη κατάσταση υγείας.

Στο πλαίσιο της αρχής της προτεραιότητας, η ιδανική κατανομή της υγείας θα είναι πάντοτε μια ίση κατανομή, καθότι είναι η κατάσταση όπου, με σταθερή τη συνολική ποσότητα υγείας, η αρνητική αξία μιας μείωσης της υγείας οποιουδήποτε ατόμου θα είναι πάντοτε μεγαλύτερη σε σχέση με την αξία ενός ίδιου μεγέθους οφέλους υγείας οποιουδήποτε άλλου. Από το σημείο της ισοκατανομής, επομένως, οποιαδήποτε περαιτέρω μεταφορά ποσότητας υγείας από ένα άτομο σε ένα άλλο μειώνει τη συνολική αξία της υγείας για τον πληθυσμό, καθιστώντας τη νέα κατάσταση γνησίως χειρότερη. Με άλλα λόγια, η αρχή της προτεραιότητας συνδέεται με μια εργαλειακή προτίμηση προς την ισότητα, με την προτεραιότητα προς εκείνους που βρίσκονται σε χειρότερη θέση να ικανοποιεί τη συνθήκη Pigou-Dalton (Fleurbaey, 2015). Παρόλα αυτά, καθότι ως βάση της αξιολόγησης των εκβάσεων χρησιμοποιείται το συνολικό άθροισμα της αξίας της υγείας όλων των ατόμων, αυτό μπορεί να έχει ως συνέπεια να κριθούν ως καλύτερες κάποιες εκβάσεις που παρουσιάζουν υψηλότερη ανισότητα. Έτσι, η βελτίωση της υγείας οποιουδήποτε ατόμου (*ceteris paribus*), ακόμη και στην περίπτωση της ισοκατανομής, γνησίως αυξάνει το συνολικό άθροισμα της ηθικής αξίας (και της συνολικής ποσότητας της υγείας, αν και αυτό δεν είναι το άμεσο κριτήριο της απόφασης)¹⁷² και,

¹⁷² Πάντως, καθότι αυξάνεται το συνολικό άθροισμα, δεν ικανοποιούνται οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή του κριτηρίου Pigou-Dalton.

επομένως, βελτιώνει την κατάσταση των πραγμάτων, παρόλο που μπορεί πλέον να δημιουργούνται ή και να μεγαλώνουν οι ανισότητες υγείας.

Ειδικότερα ως προς το ζήτημα των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας, θα πρέπει να τονισθεί ότι προτεραιότητα δίνεται στα άτομα που έχουν τις μεγαλύτερες ανάγκες υγείας και όχι απαραίτητα σε εκείνους που πάσχουν από κακή υγεία και παράλληλη σημαντική κοινωνική μειονεξία. Ωστόσο, τα διάφορα μειονεκτήματα τείνουν να συγκεντρώνονται στα ίδια άτομα. Επομένως, η παραχώρηση προτεραιότητας στους σοβαρότερα ασθενείς θα έχει ως αποτέλεσμα να αμβλύνονται παράλληλα και οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας. Πάντως, όπως τονίσθηκε προηγουμένως, είναι δυνατόν να θεωρηθεί γνησίως καλύτερη μια κατανομή με μεγαλύτερη ανισότητα υγείας – μέρος της οποίας μπορεί να οφείλεται σε κοινωνικοοικονομικά αίτια– όταν είτε βελτιώνεται το επίπεδο υγείας οποιουδήποτε ατόμου (υψηλότερης κοινωνικοοικονομικής θέσης), με την κατάσταση των υπολοίπων να παραμένει σταθερή, είτε η ηθική αξία του οφέλους υγείας σε άτομα που είναι σε καλύτερη θέση (υγείας και κοινωνικοοικονομική) υπερακοντίζει την αξία της απώλειας υγείας σε άτομα που είναι σε χειρότερη θέση (υγείας και κοινωνικοοικονομική). Αυτό που προϋποτίθεται από αυτήν την περίπτωση είναι ότι το συνολικό άθροισμα της ηθικής αξίας της κατανομής αυξάνεται, παρά την παράλληλη διεύρυνση της ανισότητας. Βέβαια, η αρχή αυτή συνεπάγεται την προτεραιότητα των ατόμων που βρίσκονται στη χειρότερη θέση, οπότε το όποιο διαθέσιμο όφελος υγείας θα πρέπει να δοθεί πρώτα σε αυτούς για εργαλειακούς λόγους. Πάντως, στην εξαιρετική περίπτωση όπου δεν είναι αυτό δυνατό (π.χ. όταν κάποιου είδους τεχνολογική εξέλιξη σχετίζεται με ασθένειες που συνδέονται με λιγότερο σοβαρά προβλήματα υγείας και είναι πιο συχνές σε ανώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα), η παροχή κάποιου οφέλους υγείας σε άτομα που δεν παρουσιάζουν τις μεγαλύτερες ιατρικές (αλλά και κοινωνικές) ανάγκες οδηγεί σε μια καλύτερη έκβαση, παρά την αύξηση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας.

Επιπλέον, είναι δυνατή η προσαρμογή των αξιώσεων υγείας των ατόμων βάσει χαρακτηριστικών τους που σχετίζονται με την υγεία τους¹⁷³. Έτσι, θα μπορούσε να συνδεθεί η ισχύς αυτών των αξιώσεων με το επίπεδο αξιοσύνης (desert) του κάθε ατόμου, όπως είναι ο βαθμός σύνεσής του ως προς την υγεία του¹⁷⁴. Σε αυτό το πλαίσιο, μεταξύ δύο ατόμων με το ίδιο κακή υγεία, εκείνο που ευθύνεται λιγότερο για την κατάστασή του έχει πιο ισχυρές αξιώσεις ή, διαφορετικά, αντιστοιχεί μεγαλύτερη ηθική αξία στο ίδιο όφελος υγείας που θα λάβει αυτό το άτομο έναντι του άλλου. Επομένως, κρίνεται ως ηθικά πιο σημαντική ή επείγουσα η βελτίωση της υγείας των ανθρώπων που δεν αξίζουν την κακή θέση στην οποία βρίσκονται. Βέβαια, εδώ τίθενται εκ νέου τα ζητήματα που αναφέρονται στο κατά πόσο ένα άτομο μπορεί να θεωρηθεί πράγματι υπαίτιο για μια συμπεριφορά του που θέτει σε κίνδυνο την υγεία του.

2.7.8. Επαρκές επίπεδο, ίσες δυνατότητες και ανθρώπινα δικαιώματα

Η σύλληψη της επίτευξης ενός επαρκούς επιπέδου, όπως και η αρχή της προτεραιότητας, επίσης δίνει έμφαση στη βελτίωση της ζωής των ατόμων που βρίσκονται σε κακή κατάσταση ή συνδέονται με τις μεγαλύτερες ανάγκες. Στην περίπτωση αυτή, όμως, ως στόχος τίθεται η επίτευξη ενός επαρκούς επιπέδου για το αγαθό της δικαιοσύνης για όλα τα άτομα, ενώ οι ανισότητες δεν φέρουν κάποια ηθική σημαντικότητα πάνω από αυτό το όριο και, κατ' επέκταση, δεν συνεπάγονται αξιώσεις για την επανόρθωσή τους. Ο προσδιορισμός του

¹⁷³ Ενδεχομένως, τα χαρακτηριστικά αυτά θα ήταν δυνατό να αναφέρονται και σε οποιαδήποτε άλλη διάσταση των ατόμων, π.χ. στην οικονομική συνεισφορά ή το οικονομικό επίπεδό τους. Θα μπορούσε, για παράδειγμα, να θεωρηθεί μέλημα της δικαιοσύνης να μην συμπίπτουν περισσότερα μειονεκτήματα στο ίδιο άτομο ή ότι υπάρχει κάποιο χαρακτηριστικό (ως μια μορφή αξιοσύνης), του οποίου το συγκεκριμένο επίπεδο στο κάθε άτομο τροποποιεί την ισχύ των αξιώσεων του σε σχέση με το «νόμισμα» της δικαιοσύνης. Ωστόσο, η αξιολόγηση κατά την εφαρμογή της αρχής της προτεραιότητας στο πεδίο της υγείας θα πρέπει μάλλον να στηρίζεται σε χαρακτηριστικά που σχετίζονται άμεσα με την υγεία, καθότι η αρχή αυτή εκφράζει μια αγαθοεργία υπέρ εκείνων που βρίσκονται στη χειρότερη κατάσταση, που στη συγκεκριμένη περίπτωση προσδιορίζεται ειδικά από το επίπεδο της υγείας τους.

¹⁷⁴ Η προσέγγιση αυτή βασίζεται στο έργο του Arneson και τη μετατόπιση της διανεμητικής βάσης του εξισωτισμού της τύχης από την αρχή της ισότητας σε εκείνη της προτεραιότητας, θέτοντας, όμως, ως αντικείμενο της δικαιοσύνης τη γενικότερη ευημερία και όχι ειδικά την υγεία (Arneson, 2000· Arneson, 2009).

κρίσιμου ορίου εξαρτάται τόσο από τα χαρακτηριστικά του αγαθού της δικαιοσύνης που θα επιλεγθεί όσο και από το τι είναι εφικτό σε σχέση με το συγκεκριμένο επίπεδο της τεχνολογικής και οικονομικής ανάπτυξης στην κοινωνία όπου θα εφαρμοσθεί. Μια έκβαση αξιολογείται ως γενεσιώς καλύτερη όταν είναι μικρότερη η συνολική αρνητική αξία που προκύπτει από το έλλειμμα ευημερίας (ή του όποιου αγαθού της δικαιοσύνης) σε σχέση με ένα κρίσιμο όριο. Σε περιπτώσεις ισοδυναμίας μπορεί να αξιολογηθεί ως γενεσιώς καλύτερη η έκβαση με το μεγαλύτερο άθροισμα της ευημερίας πάνω από το όριο επάρκειας.

Η σημασία της υγείας στη δικαιοσύνη ως ένα επαρκές επίπεδο αναδεικνύεται συνήθως έμμεσα, ως διάσταση είτε της ευημερίας είτε των δυνατοτήτων. Παράλληλα, όμως, αναγνωρίζεται από τις περισσότερες συλλήψεις ο σημαντικός ρόλος της ύπαρξης ενός ικανοποιητικού επιπέδου υγείας για την επάρκεια των υπολοίπων διαστάσεων ή δυνατοτήτων. Αυτό που ενδιαφέρει, λοιπόν, τη δικαιοσύνη είναι η εξασφάλιση ενός επαρκούς επιπέδου υγείας για όλα τα άτομα, ενώ οι διαφορές υγείας πάνω από αυτό το όριο δεν αποτελούν μέλημά της. Το όριο επάρκειας μπορεί να οριστεί σε σχέση με το βέλτιστο ή το μέσο επίπεδο ή αναφορικά με το επίπεδο υγείας που επιτρέπει μια αξιοπρεπή ζωή ικανοποιητικής διάρκειας. Το να έχουν κάποιοι καλύτερο επίπεδο υγείας δεν αρκεί από μόνο του για να προσδώσει σε μια κατανομή τον χαρακτήρα της αδικίας, αλλά αυτό που έχει ηθική σημασία είναι η εξάλειψη των περιπτώσεων με πολύ κακή υγεία. Οι ανισότητες υγείας είναι πάντως χρήσιμες για την αξιολόγηση του τι είναι τεχνολογικά δυνατό τόσο για τη διάρκεια ζωής όσο και για το επίπεδο υγείας των ανθρώπων. Προσφέρουν τη λογική θεμελίωση του καθήκοντος της δημόσιας υγείας για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, όπου αυτό κρίνεται ότι είναι δυνατό (Powers και Faden, 2006). Επομένως, οι έννοιες της αποφευξιμότητας και της θεραπευσιμότητας φαίνεται να μπορούν να διαδραματίσουν έναν σημαντικό ρόλο στο πλαίσιο αυτής της σύλληψης. Πάντως, κατά τους Axelsen και Nielsen (Axelsen και Nielsen, 2016· Nielsen και Axelsen, 2017), είναι δυνατόν οι ανισότητες υγείας αυτές καθαυτές να καταστούν ηθικά προβληματικές, όταν μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την επάρκεια σε άλλες πλευρές της ζωής των ανθρώπων, όπως είναι η αυτονομία και το κοινωνικό στάτους.

Καθότι το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στην επίτευξη ενός επαρκούς επιπέδου, οι αιτίες για τις οποίες κάποια άτομα είναι κάτω από αυτό το κρίσιμο όριο δεν είναι ηθικά σημαντικές, είτε αυτές αφορούν σε τυχαίους λόγους, είτε στις «γνήσιες επιλογές» των ίδιων των ατόμων, είτε σε κάποιο κοινωνικοοικονομικό μειονέκτημα. Αυτό που έχει σημασία από πλευράς δικαιοσύνης είναι η ικανοποίηση των βασικών υγειονομικών αναγκών. Στον βαθμό, πάντως, που οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες οδηγούν σε σημαντικό έλλειμμα υγείας, αναδύονται εμμέσως αξιώσεις για την άμβλυνση τους. Ωστόσο, πρωταρχικό μέλημα παραμένει η βελτίωση του πολύ χαμηλού επιπέδου υγείας για κάποια άτομα και όχι η επικέντρωση σε περιπτώσεις με συγκεκριμένες αιτίες. Η απόφαση για το πώς θα προέλθει αυτή η βελτίωση βασίζεται μάλλον στο κριτήριο της αποτελεσματικότητας και όχι στην αξιολόγηση της ηθικής αξίας του τρόπου με τον οποίο αυτή θα επιτευχθεί. Με άλλα λόγια, θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι η ηθική αξία των διαδρομών ή των μηχανισμών βελτίωσης της υγείας μέχρι το επίπεδο επάρκειάς της εντοπίζεται στην αποτελεσματικότητά τους ως προς αυτόν τον σκοπό. Επομένως, δεν μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι δίδεται ηθική προτεραιότητα ειδικά στις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας, ούτε ότι το μέγεθός τους αυτό καθαυτό αποτελεί κριτήριο ηθικής αξιολόγησης. Εντούτοις, στην περίπτωση κατά την οποία ως αντικείμενο της δικαιοσύνης προσδιοριστεί η ευημερία, με την υγεία να αποτελεί μια από τις βασικές διαστάσεις της και όχι το βασικό αγαθό, όπως στο μοντέλο των Powers και Faden (2006), οι ανισότητες υγείας που οφείλονται σε χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο μπορούν εμμέσως να λάβουν ειδική ηθική προτεραιότητα, στον βαθμό που εκφράζουν τη συγκέντρωση μειονεκτημάτων σε περισσότερες διαστάσεις της ζωής των ανθρώπων. Για αυτό και οι ανισότητες υγείας υπέρ των γυναικών λαμβάνουν μικρότερη ηθική σπουδαιότητα από πλευράς δικαιοσύνης σε σχέση με τις αντίστοιχες φυλετικές. Πιο συγκεκριμένα, ενώ οι έμφυλες διαφορές υγείας οφείλονται κυρίως σε βιολογικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των φύλων, το μειονέκτημα υγείας των ανδρών αντισταθμίζεται από τα κοινωνικά πλεονεκτήματά τους σε άλλους τομείς. Αντίθετα, οι φυλετικές διαφορές υγείας συνήθως ανταποκρίνονται σε αντίστοιχης κατεύθυνσης κοινωνικές ανισότητες.

Σύμφωνα με τη σύλληψη για τις δυνατότητες του Sen και των συνεχιστών του, το τι οφείλουμε ο ένας στον άλλον δεν μπορεί να προκύψει με την επικέντρωσή μας στην κατανομή των κοινωνικών αγαθών. Τα αγαθά αυτά αποτελούν τα μέσα για την ανθρώπινη ευδαιμονία και όχι το τέλος της. Αυτό που έχει σημασία είναι η ελευθερία επιλογής μεταξύ διαφορετικών ανθρώπινων λειτουργικοτήτων. Οι πόροι αποτελούν ανεπαρκείς δείκτες των πραγματικών ευκαιριών για την επίτευξη των λειτουργικοτήτων αυτών, στον βαθμό που οι άνθρωποι διαφέρουν ως προς την ικανότητα μετατροπής των μέσων που διαθέτουν σε ένα σύνολο ίσων δυνατοτήτων. Οι παράγοντες μετατροπής μπορεί να είναι (Robeyns, 2016): α) προσωπικοί, όπως είναι οι φυσικές ικανότητες και οι γενετικές προικοδοτήσεις, β) κοινωνικοί, όπως είναι οι δημόσιες πολιτικές, οι κοινωνικές νόρμες, οι διακρίσεις, οι κοινωνικές ιεραρχίες και οι σχέσεις ισχύος, και γ) περιβαλλοντικοί, όπως είναι οι γεωγραφικές ιδιομορφίες, το κλίμα και η μόλυνση του περιβάλλοντος. Ο Sen, αν και αρχικά απέφυγε να απαριθμήσει ποιες είναι αυτές οι δυνατότητες, στη συνέχεια επισήμανε σε πολλές περιπτώσεις τη σημασία της δυνατότητας για καλή υγεία για τους ανθρώπους (Sen, 2006)¹⁷⁵. Η Nussbaum (2011) συμπεριέλαβε την υγεία στη λίστα της με τις βασικές δυνατότητες, αν και η ίσως πιο αξιοσημείωτη προσπάθεια ανάδειξης της σημασίας της υγείας εντός της θεωρίας των δυνατοτήτων προήλθε από τον Venkatapuram (2011). Κατά τον Venkatapuram, η δυνατότητα να είσαι υγιής αποτελεί μια μετα-δυνατότητα, η οποία είναι απαραίτητη για την επίτευξη ή την άσκηση των κεντρικών δυνατοτήτων των ανθρώπων. Αυτές οι κεντρικές δυνατότητες αποτελούν τη βάση του προσδιορισμού ενός κοινωνικά αξιοπρεπούς ελάχιστου επιπέδου αξιώσεων αναφορικά με τις σημαντικές διαστάσεις της ζωής ενός ατόμου και, επομένως, σχετίζονται με την επίτευξη ενός συγκεκριμένου επαρκούς ορίου ευκαιριών για την επιδίωξη εύλογων και ποικίλων αντιλήψεων για την «καλή

¹⁷⁵ Κατά τον Sen (2006), οι εκβάσεις υγείας αποτελούν έναν καλό οδηγό αξιολόγησης των υποκείμενων δυνατοτήτων υγείας, καθότι οι περισσότεροι άνθρωποι τείνουν να δίνουν προτεραιότητα στην υγεία τους όταν έχουν πραγματική ευκαιρία να επιλέξουν. Αυτό, βεβαίως δεν μπορεί να ισχύει στην περίπτωση των εθισμών ή όταν υπάρχουν κοινωνικοοικονομικά εμπόδια, όπως έχει ήδη συζητηθεί.

ζωή» (good life). Αποδίδοντας προτεραιότητα στη δυνατότητα να είσαι υγιής, καθώς θεωρείται απαραίτητη για την επίτευξη των άλλων βασικών δυνατοτήτων, αντίστοιχα αναδεικνύεται και η σπουδαιότητα της υγείας εντός αυτού του υποδείγματος. Η δυνατότητα να είσαι υγιής θεωρείται ότι προκύπτει από μια προ-πολιτική δέσμευση προς τον ίσο σεβασμό για την αξιοπρέπεια κάθε ανθρώπου. Επιπλέον, η δυνατότητα αυτή παράγεται από τη διάδραση μεταξύ των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών/αναγκών, των ικανοτήτων μετατροπής (conversion skills), των υλικών αγαθών και των κοινωνικών συνθηκών, με τη διάδραση αυτή, μάλιστα, να μεταβάλλεται κατά τη διάρκεια της ζωής του κάθε ανθρώπου.

Η εξίσωση του συνόλου των δυνατοτήτων μεταξύ των ανθρώπων μεταφράζεται συνήθως ως μια αξίωση για την εξασφάλιση ενός επαρκούς ελάχιστου επιπέδου των δυνατοτήτων για κάθε άτομο. Ωστόσο, όπως παρατηρεί ο Venkatapuram (2011), διαμέσου της επίπτωσης των ψυχοκοινωνικών μηχανισμών, οι κοινωνικές ανισότητες επηρεάζουν την υγεία και υπονομεύουν την ισότητα στη δυνατότητα να είσαι υγιής και πέρα από την επίτευξη ενός ορίου υλικών πόρων. Επομένως, δεν αρκεί μόνο η εξασφάλιση ενός ελάχιστου επιπέδου υλικών αγαθών και συνθηκών και κάποιες κοινωνικές ανισότητες δεν θα πρέπει να επιτρέπονται λόγω της αρνητικής επίπτωσης που συνεχίζουν να έχουν στην ισότητα της δυνατότητας για καλή υγεία. Οι ανισότητες στην κατανομή της δυνατότητας να είσαι υγιής μπορεί να εξηγηθούν από τις διαφοροποιήσεις στις τέσσερις βασικές αιτιώδεις συνιστώσες που αναφέρθηκαν προηγουμένως (ιδιαίτερα χαρακτηριστικά/ανάγκες, ικανότητες μετατροπής, υλικά αγαθά, κοινωνικές συνθήκες). Επομένως, η δυνατότητα να είσαι υγιής βρίσκεται συνεχώς σε μια ρευστή κατάσταση, η οποία διαμορφώνεται από τις δυναμικές διαδικασίες που ξεκινούν από τις βιολογικές διεργασίες στο υπο-ατομικό επίπεδο (φυσικές προικοδοτήσεις), κατόπιν συμπεριλαμβάνουν τις επιδράσεις των υλικών και κοινωνικών συνθηκών των ατόμων και καταλήγουν στις πολιτικές και οικονομικές διεργασίες σε εθνικό και παγκόσμιο επίπεδο. Η εξασφάλιση ενός επαρκούς επιπέδου για τη δυνατότητα να είσαι υγιής συνεπάγεται την άσκηση παρέμβασης στην κοινωνική βάση κάθε αιτιώδους συνιστώσας, της οποίας η σχετική επίδραση είναι διαφορετική και συνεχώς μεταβαλλόμενη για κάθε άτομο. Η προσαρμογή στις ιδιαιτερότητες του

κάθε ανθρώπου σημαίνει ότι η εξασφάλιση της δυνατότητας μπορεί και πρέπει να προέλθει με διαφορετικούς τρόπους. Δεν αρκεί, για παράδειγμα, η εξίσωση των υλικών πόρων μεταξύ των ανθρώπων για την εξασφάλιση των λειτουργικοτήτων που συνδέονται με την υγεία, καθώς υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ τους ως προς τη δυνατότητα μετατροπής τους σε δυνατότητες, π.χ. ως προς τις γενετικές προικοδοτήσεις ή σε σχέση με τις ανάγκες που συνδέονται με τις διαφορετικές περιόδους της ζωής.

Συνολικά, λοιπόν, η συμπερίληψη της υγείας στην προσέγγιση των δυνατοτήτων μπορεί να οδηγήσει στη σημαντική άμβλυνση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας στον βαθμό που αυτές επιδρούν αρνητικά στην επίτευξη ενός επαρκούς επιπέδου στη δυνατότητα να είσαι υγιής για όλα τα άτομα. Αν και αυτή η θεώρηση φαίνεται να αφήνει ανοιχτό το ενδεχόμενο κάποιες κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας να θεωρούνται αποδεκτές, θα πρέπει να τονιστεί ότι αυτό το κρίσιμο όριο φαίνεται να τίθεται αρκετά υψηλά, παρόλο που η σχετική οριοθέτηση συνδέεται με την εκ πρώτης όψεως ελάχιστη αξίωση μιας ζωής αντάξιας της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Αυτό συμβαίνει λόγω του προσδιορισμού συγκεκριμένα των δυνατοτήτων ως το αντικείμενο της δικαιοσύνης, οι οποίες δεν αναφέρονται απλώς σε ένα ελάχιστο επίπεδο αγαθών, αλλά στις πραγματικές ευκαιρίες για την επιτέλεση εναλλακτικών λειτουργιών ή σκοπών. Ακόμη περισσότερο, αναγνωρίζονται οι ιδιαιτερότητες των ανθρώπων, με τον καθένα να συνδέεται με διαφορετικές ανάγκες και ικανότητες μετατροπής των πόρων σε δυνατότητες. Η εξίσωση των πόρων και των κοινωνικών συνθηκών φθάνει έως ένα σημείο την άμβλυνση των ανισοτήτων των εκβάσεων ή των δυνατοτήτων υγείας, αλλά δεν μπορεί να οδηγήσει στην πλήρη εξίσωσή τους αν δε ληφθούν υπόψη και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ατόμων. Τέλος, στο πλαίσιο της προσέγγισης των δυνατοτήτων αναδεικνύεται η σημασία όχι μόνο του υλιστικού μηχανισμού των πόρων, αλλά και του ψυχοκοινωνικού, όπως είναι ο ρόλος του στρες, της κοινωνικής υποστήριξης και των κοινωνικών δικτύων. Αυτή η αναγνώριση, λοιπόν, μπορεί να οδηγήσει στη μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων (και κατ' επέκταση των ανισοτήτων στις εκβάσεις ή τις δυνατότητες υγείας που επηρεάζουν) και πέρα από την αξίωση για την επίτευξη ενός επαρκούς επιπέδου για τους ανθρώπους. Πάντως, εναπόκειται σε κάθε άτομο

συγκεκριμένα ο βαθμός στον οποίον θα αξιοποιήσει τις δυνατότητές του για καλή υγεία. Επομένως, δεν επιζητείται η ισοκατανομή των αποτελεσμάτων υγείας, αλλά η εξίσωση των πραγματικών ευκαιριών για καλή υγεία, το οποίο επιτυγχάνεται μέσω της δημιουργίας κατάλληλων συνθηκών, που είτε διευκολύνουν ή ευνοούν την ανθρώπινη δράση προς αυτήν την κατεύθυνση είτε ενισχύουν την ικανότητα των ανθρώπων να ανταποκρίνονται στις ανάγκες υγείας τους. Ωστόσο, όπως έχει ήδη επισημανθεί, οι ανισότητες στις εκβάσεις υγείας εκφράζουν σε σημαντικό βαθμό τις υποκείμενες ανισότητες στις δυνατότητες υγείας, καθότι οι περισσότεροι άνθρωποι τείνουν να δείχνουν προτίμηση στην επίτευξη ενός καλού επιπέδου υγείας.

Σε πρακτικούς όρους, η δικαιοσύνη ως ένα επαρκές επίπεδο στην υγεία εκφράζεται συνήθως ως ένα δικαίωμα, το οποίο όμως δεν λαμβάνει τη μορφή μιας απαίτησης για την επίτευξη ενός συγκεκριμένου επιπέδου υγείας, αλλά μιας αξίωσης για την παροχή ενός επαρκούς επιπέδου υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικής υποστήριξης (Parfit, 1984). Η προσέγγιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στην υγεία βασίζεται σε κάποιες νομικά δεσμευτικές συμφωνίες και διακηρύξεις, οι οποίες έχουν επικυρωθεί σε διεθνές επίπεδο, για την προστασία κάποιων βασικών δικαιωμάτων για όλους τους ανθρώπους. Οι υποστηρικτές αυτής της σύλληψης δίνουν έμφαση στη σημασία της υγείας για την απόλαυση των υπολοίπων δικαιωμάτων και τη διατήρηση ενός κανονικού εύρους επιλογών ζωής για τα άτομα. Προτεραιότητα αποδίδεται στις κοινωνικά μειονεκτούσες ομάδες, καθότι, αφενός το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδό τους αυξάνει τους κινδύνους για την υγεία τους, και αφετέρου η κοινωνική μειονεξία τους επιβαρύνεται από προβλήματα υγείας, δημιουργώντας πολλαπλά εμπόδια κατά την απόλαυση των δικαιωμάτων τους. Ωστόσο, αν και οι διεθνείς διακηρύξεις περιλαμβάνουν συγκεκριμένες προβλέψεις για το δικαίωμα στην υγεία, δεν το συνδέουν άμεσα με τους κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστές της. Αντίστοιχα, ο στόχος της ισότητας αντιπροσωπεύεται με την απαγόρευση των άνισων μεταχειρίσεων και την εξασφάλιση εκείνων των συνθηκών που είναι επαρκείς για την άσκηση των βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων και όχι με μια απαίτηση ανακατανομής των κοινωνικοοικονομικών πόρων. Πάντως, παρά το περιορισμένο πεδίο εφαρμογής, για αρκετούς από τους υποκείμενους κοινωνικά κατανεμημένους προσδιοριστές της υγείας

αξιώνεται η διασφάλιση τους ως προς ένα ελάχιστο επίπεδο για όλους (π.χ. η βασική εκπαίδευση, η επαρκής στέγαση και διατροφή και οι ασφαλείς και αξιοπρεπείς συνθήκες εργασίας). Συνεπώς, η ουσιαστική εφαρμογή των απαιτήσεων που απορρέουν από αυτές τις συμφωνίες θα συνεπαγόταν μια σημαντική βελτίωση του επιπέδου υγείας για τις κοινωνικά μειονεκτούσες ομάδες. Επίσης, θα πρέπει να επισημανθεί ότι αυξανόμενα προωθείται διεθνώς τα τελευταία χρόνια η ανάληψη πολιτικών για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και της μείωσης των ανισοτήτων υγείας μέσω διατομεακών δράσεων που αφορούν στους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες της υγείας. Ωστόσο, τα κείμενα στα οποία συμπεριλαμβάνονται αυτοί οι στόχοι δεν είναι συνήθως νομικά δεσμευτικά.

Κατά την Παπαρηγοπούλου-Πεχλιβάνη (2013), το δικαίωμα στην υγεία αποτελεί ένα κοινωνικό δικαίωμα, που μπορεί να «εγείρει ο άνθρωπος έναντι του κράτους, προκειμένου το τελευταίο να του παρέχει υπηρεσίες υγείας και να προβαίνει σε θετικές ενέργειες, ώστε να του εξασφαλίζει προληπτικά ή θεραπευτικά την ανώτερη δυνατή σωματική, ψυχική και διανοητική ευεξία». Η κατοχύρωση των κοινωνικών δικαιωμάτων αποτελεί καταρχήν έργο του νομοθέτη και δεν μπορεί να αξιολογηθεί από τον δικαστή, καθότι οι συνδεόμενες παροχές ή θετικές ενέργειες του κράτους απαιτούν χρηματοδότηση και επιμερισμό του κρατικού προϋπολογισμού. Ωστόσο, μια τέτοια απόφαση δεν μπορεί παρά να είναι πολιτική, καθώς πρέπει να αντισταθμίσουν αντικρουόμενες αξίες και οι διάφοροι στόχοι και λειτουργίες του κράτους. Παρόλα αυτά, η αρχή του κοινωνικού κράτους παρέχει έναν κατευθυντήριο χαρακτήρα στο ελληνικό νομοθετικό όργανο. Αν και τα κοινωνικά δικαιώματα δεν εγείρουν αυτόματα αξιώσεις από τη συνταγματική πρόβλεψή τους και μόνο, αλλά χρειάζονται νομοθετική εξειδίκευση, από τη στιγμή που αυτή πραγματοποιηθεί, ο νομοθέτης δεν μπορεί κατόπιν να θίξει τον πυρήνα των σχετικών θεσμών, για παράδειγμα με την κατάργηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Πάντως, ο δικαστικός έλεγχος λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας δεν είναι ευχερής, καθώς στο μικρο-επίπεδο πρόκειται κατά κανόνα για τεχνικές κρίσεις που αφορούν στην ιατρική επιστήμη και στο μακρο-επίπεδο σχετίζεται με τις γενικότερες δυνατότητες του συστήματος.

Μια σύνοψη των κύριων συμπερασμάτων αυτού του κεφαλαίου αναφορικά με την εφαρμογή των θεωριών δικαιοσύνης στις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα (**Πίνακας 2-1**). Αυτό που έχει σημασία από πλευράς πολιτικών επιλογών είναι ο τρόπος αξιολόγησης των εκβάσεων της κατανομής της υγείας (social ordering) λαμβάνοντας υπόψη κάθε σχετική άποψη για την κρίση αυτή. Με αυτόν τον τρόπο, καθίσταται δυνατή η δικαιολόγηση της υπάρχουσας κατάστασης ή της προώθησης μιας εναλλακτικής πολιτικής. Σε πολλές περιπτώσεις, είναι πιθανόν οι διάφορες προσεγγίσεις δικαιοσύνης να συγκλίνουν σε παρόμοια συμπεράσματα αναφορικά με μια κατανομή υγείας, έχοντας όμως διαφορετικά θεωρητικά υποστυλώματα και διαφορετική αιτιολογική βάση (Holtug, 2007). Συνήθως, όμως, θα υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ τους και, επομένως, θα πρέπει να θεωρούνται ανταγωνιστικές.

Οι συλλήψεις της δικαιοσύνης επιδιώκουν να έχουν έναν γενικό και καθολικό χαρακτήρα. Όμως, δεν υπάρχει ένας επιστημονικός τρόπος επιλογής μεταξύ τους, καθότι πρόκειται για κανονιστικές αρχές και, επομένως, είναι ένα ζήτημα πολιτικής επιλογής. Ο Rawls (2005) εφιστά την προσοχή σε αυτό που ονομάζει «τα βάρη της αξιολόγησης» (burdens of judgement). Η πολυπλοκότητα, λοιπόν, των ηθικών ζητημάτων στον πραγματικό κόσμο δημιουργούν τις συνθήκες για την ύπαρξη μιας εύλογης διαφωνίας μεταξύ ορθολογικών ανθρώπων κατά την αξιολόγησή τους. Συνεπώς, είναι δύσκολο να υπάρξει μια προσέγγιση της δικαιοσύνης που να είναι εφοδιασμένη με όλους τους θεωρητικούς πόρους που απαιτούνται για την άρση όλων αυτών των διαφωνιών.

Ωστόσο, δεν είναι απαραίτητο να εφαρμόζονται οι ίδιες αρχές σε κάθε περίπτωση απόφασης που σχετίζεται με την υγεία και την κατανομή της στον πληθυσμό. Όπως επισημαίνει και ο Hurley (2000), τέτοιου είδους κανονιστικές αρχές εξαρτώνται από το συγκεκριμένο πλαίσιο που πρόκειται να εφαρμοστούν. Έτσι, καθώς αλλάζει το επίπεδο όπου λαμβάνονται οι αποφάσεις, υπεισέρχονται και άλλοι ηθικοί παράγοντες στη σχετική διαδικασία. Για παράδειγμα, εφόσον ένας ασθενής προσφύγει στα επείγοντα ενός δημόσιου νοσοκομείου με πρόβλημα υγείας που απειλεί τη ζωή του, είναι

δύσκολο να εξεταστεί η συγκεκριμένη περίπτωση υπό το πρίσμα κάποιας πολύπλοκης θεωρίας της δικαιοσύνης (π.χ. αν έχει πραγματική ευθύνη για το πρόβλημα υγείας του), αλλά θα επικρατήσει ο κανόνας της «διάσωσης της ζωής». Άλλες, λοιπόν, παράμετροι ισχύουν στο μακρο-επίπεδο της δημόσιας υγείας, που αφορά στο σύνολο της κοινωνίας, και άλλοι ηθικοί περιορισμοί λειτουργούν σε χαμηλότερα επίπεδα. Για αυτόν τον λόγο, τα διάφορα πλαίσια αρχών της δημόσιας υγείας που προσανατολίζονται στην πρακτική εφαρμοσιμότητά τους συνδυάζουν αρχές από διαφορετικές φιλοσοφικές προσεγγίσεις. Επομένως, θα πρέπει να γίνει αποδεκτό ότι τα ηθικά ζητήματα που τίθενται αναφορικά με τους κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστές της υγείας και οι τρόποι προσέγγισής τους μπορεί να διαφέρουν από εκείνα της υγειονομικής περιθαλψης –τουλάχιστον έως έναν ορισμένο βαθμό. Το ίδιο θα πρέπει να υποθέσουμε ότι ισχύει και σε άλλες περιπτώσεις, όπως ανάμεσα στο πεδίο της δημόσιας υγείας και τη διανομή των σπανιζόντων υγειονομικών πόρων ή και μεταξύ των διαφόρων επιπέδων της υγειονομικής περιθαλψης. Για παράδειγμα, η αρχή της προτεραιότητας εξυπηρέτησης κατά τη σειρά άφιξης, είναι μια εξισωτική αρχή, στον βαθμό που αντιμετωπίζει όλα τα άτομα με όμοιο τρόπο (Persad κ.ά., 2009). Ωστόσο, είναι δύσκολο να γίνει αποδεκτό ότι κάποιος με διάστρεμμα στον αστράγαλό του θα πρέπει να λάβει προτεραιότητα περιθαλψης έναντι κάποιου άλλου που υπέστη καρδιακή προσβολή, μόνο και μόνο επειδή εισήλθε πρώτος στα επείγοντα (Hurley, 2000). Όμως, η εκχώρηση προτεραιότητας σε εκείνους που βρίσκονται σε χειρότερη κατάσταση υγείας ανήκει στην οπτική της δικαιοσύνης κατά προτεραιότητα και δεν είναι εγγενώς εξισωτική, όπως είναι η αρχή της χρονικής προτεραιότητας (Persad κ.ά., 2009).

Μια κανονιστική λύση προσφέρει η προσέγγιση του ηθικού πλουραλισμού. Ο Lippert-Rasmussen (2016) υποστηρίζει ότι ο ηθικός πλουραλισμός είναι δυνατός σε τρία επίπεδα. Αρχικά, μπορεί να υπάρχουν διαφορετικές αντικρουόμενες αξίες που να προσδιορίζουν μαζί το τι πρέπει να κάνουμε, με τη δικαιοσύνη να είναι μία από αυτές. Έπειτα, μπορεί να υπάρχουν διαφορετικές αξίες δικαιοσύνης που να προσδιορίζουν τι είναι δίκαιο, με τη διανεμητική δικαιοσύνη να είναι μία από αυτές. Τέλος, μπορεί να υπάρχουν διαφορετικές διανεμητικές αρχές δικαιοσύνης, με τον εξισωτισμό να είναι απλώς μία από αυτές.

Η υγεία στο όνομα της δικαιοσύνης

Πίνακας 2-1 Προσεγγίσεις διανεμητικής δικαιοσύνης στην υγεία και κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας

Σύλληψη δικαιοσύνης	Βασικοί εκπρόσωποι	Βασικό αγαθό ενδιαφέροντος	Πρωταρχική διανεμητική αρχή	Τρόπος αξιολόγησης των εκβάσεων	Ηθική σημαντικότητα της υγείας	Κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας
Κοινοτισμός	Black, Callahan, Emanuel, Mooney, Walzer	«Κοινό καλό» της κοινότητας	Άνευ συγκεκριμένης διανεμητικής αρχής	Μια έκβαση είναι δίκαιη εφόσον προάγει τις ηθικές αξίες και το «κοινό καλό» της κοινότητας.	Μπορεί να αναδειχθεί η σπουδαιότητα της υγείας στο πλαίσιο της δημόσιας υγείας αλλά και της αυτονομίας των μελών της κοινότητας, κατά την προώθηση του «κοινού καλού».	Η κοινότητα οφείλει να υποστηρίξει εκείνα τα μέλη της, των οποίων η κοινωνική συμμετοχή ή και η αυτονομία τους διακυβεύεται από κοινωνικά μειονεκτήματα ή από ασθένειες. Εμμέσως, συνεπάγεται σημαντική άμβλυνση, αλλά όχι απαραίτητα και πλήρη εξάλειψή τους.
Διαβουλευτικές δημοκρατικές διαδικασίες	Blachsher, Fleck, Mansbridge	Δημοκρατικές διαβουλευτικές διαδικασίες	Άνευ συγκεκριμένης διανεμητικής αρχής	Μια έκβαση είναι δίκαιη εφόσον είναι το αποτέλεσμα δίκαιων διαδικασιών.	Η σημασία της υγείας κρίνεται από το αποτέλεσμα της διαβούλευσης.	Δεν περιλαμβάνονται ουσιαστικές αρχές δικαιοσύνης.
Ελευθεριακή προσέγγιση	Hayek, Nozick	Ατομικές ελευθερίες / δικαιώματα ιδιοκτησίας	Άνευ συγκεκριμένης διανεμητικής αρχής / Εξίσωση ατομικών ελευθεριών	Μια έκβαση είναι δίκαιη εφόσον είναι το ιστορικό αποτέλεσμα ελεύθερων ιδιωτικών συναλλαγών.	Η υγεία και η υγειονομική περίθαλψη δεν έχουν ιδιαίτερη ηθική σπουδαιότητα.	Τα ίδια τα άτομα φέρουν την ευθύνη για την υγεία τους, έχοντας τη δυνατότητα ελεύθερης επιλογής μεταξύ της αγοράς ή όχι υγειονομικής περίθαλψης και ασφάλισης. Οι ανισότητες υγείας είναι δίκαιες, εφόσον προκύπτουν από κατανομές κοινωνικοοικονομικών πόρων στο πλαίσιο του σεβασμού των δικαιωμάτων ιδιοκτησίας.
Φεμινιστική προσέγγιση	Anderson, Barclay, Lindemann Nelson, Purdy, Rogers, Young	Ανισότητες ισχύος μεταξύ κοινωνικών ομάδων	Άνευ συγκεκριμένης διανεμητικής αρχής / Εξίσωση κοινωνικής ισχύος	Είναι άδικη η καταπίεση, οι διακρίσεις και η περιθωριοποίηση εις βάρος των γυναικών και άλλων μειονοτήτων. Η αξιολόγηση είναι συγκριτική με τα άλλα άτομα.	Τα προβλήματα υγείας μπορεί να αναδειχθούν ως άλλο ένα μειονέκτημα ευκαιριών που προκύπτει από την καταπίεση συγκεκριμένων κοινωνικών ομάδων.	Κύριο μέλημα αποτελεί η εξάλειψη των ανισοτήτων ισχύος, της καταπίεσης και των διακρίσεων εις βάρος των γυναικών και άλλων κοινωνικών ομάδων. Εμμέσως, συνεπάγεται σημαντική άμβλυνση, αλλά όχι και πλήρη εξάλειψή τους.

Η υγεία στο όνομα της δικαιοσύνης

Συσχετιστική ισότητα	Anderson, Kelleher, Pogge, Scheffler, Schemmel, Voigt, Wester	Ισότητα των σχέσεων	Άνευ συγκεκριμένης διανεμητικής αρχής / Ισότητα αντιμετώπισης, μέριμνας, κοινωνικής συμμετοχής & διάδρασης	Είναι άδικες οι εκβάσεις που προκύπτουν από την άνιση αντιμετώπιση των πολιτών από τους κοινωνικούς θεσμούς ή την άνιση μέριμνα προς τις ανάγκες τους ή από σχέσεις κυριαρχίας ή περιθωριοποίησης. Η αξιολόγηση είναι συγκριτική με τα άλλα άτομα.	Η υγεία δεν περιβάλλεται με ειδική ηθική σπουδαιότητα, αλλά αναδεικνύεται η εργαλειακή σημασία της για την ισότιμη κοινωνική συμμετοχή.	Δεν ενδιαφέρει η συγκεκριμένη κατανομή των αποτελεσμάτων υγείας. Πάντως, συνεπάγεται τη σημαντική άμβλυση των κοινωνικοοικονομικών αιτών των ανισοτήτων υγείας αλλά και γενικότερα την ικανοποίηση των βασικών ιατρικών αναγκών, ανεξαρτήτως της αιτίας τους. Επιπλέον, μπορεί να οδηγήσει στην εξουδετέρωση του κοινωνικού αντικτύπου των ασθενειών και του στίγματος.
Ωφελιμισμός & οικονομικά της ευημερίας	Bentham, Bergson, Brouwer, Caldor, Cookson, Culyer, Hicks, Mill, Pareto, Samuelson, Williams	Ευημερία	Ωφελιμιστική / Μεγιστοποιητική	Μια πράξη είναι ηθικά επιτρεπτή εφόσον μεγιστοποιεί τη συνολική κοινωνική ευημερία. Μια έκβαση είναι γνησίως καλύτερη όταν είναι μεγαλύτερο το συνολικό άθροισμα της ευημερίας.	Στο πλαίσιο του welfarism, η κοινωνική ευημερία είναι συνάρτηση της ατομικής ωφελιμότητας, που παράγεται από την κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών. Στο πλαίσιο του extra-welfarism, και άλλες εκβάσεις πέρα από την ωφελιμότητα μπορεί να χρησιμοποιηθούν, όπως είναι η υγεία.	Στο πλαίσιο του welfarism προκύπτουν ζητήματα αναδιανομής των αγαθών στη βάση της φθίνουσας οριακής χρησιμότητας. Στο πλαίσιο του extra-welfarism η συνάρτηση κοινωνικής ευημερίας μπορεί να ενσωματώσει και ηθικά ζητήματα ισοτιμίας που δεν σχετίζονται με τη χρησιμότητα.
Αυστηρός εξισωτισμός	Christianno, Hirose, Persson, Temkin	Ισότητα	Εξισωτική	Μια κατάσταση είναι δίκαιη μόνο όταν όλοι οι άνθρωποι βρίσκονται στην ίδια θέση. Η ισότητα αυτή καθαυτήν έχει επιθυμητότητα ή η ανισότητα αυτή καθαυτήν είναι άδικη. Η αξιολόγηση είναι συγκριτική με τα άλλα άτομα, και θεωρείται καλύτερη η εναλλακτική που προσεγγίζει περισσότερο την ισότητα κατάστασης μεταξύ των ατόμων.	Ο εξισωτισμός μπορεί να είναι γενικός ή ειδικός, π.χ. ως προς την υγεία.	Μπορεί να οδηγήσει στην άμβλυση όλων των ανισοτήτων υγείας, ανεξαρτήτως της αιτίας τους ή των χαρακτηριστικών των ατόμων. Πάντως, υπάρχει κίνδυνος «ισοπέδωσης προς τα κάτω». Συνήθως γίνεται αντιστάθμιση με άλλες αρχές, π.χ. της μεγιστοποίησης.

Η υγεία στο όνομα της δικαιοσύνης

Εξισωτισμός πρωταρχικών αγαθών	Rawls, Daniels	Πρωταρχικά αγαθά / Η κατάσταση εκείνων που βρίσκονται στη χειρότερη θέση	Εξισωτική / Κανόνες maximin & leximin	Οι κοινωνικές & οικονομικές ανισότητες δικαιολογούνται μόνο και στον βαθμό που μεγιστοποιούν την προοπτική ενός αντιπροσωπευτικού μέλους της ομάδας που βρίσκεται στην χειρότερη κατάσταση στην κοινωνία με βάση το επίπεδο των πρωταρχικών αγαθών που διαθέτει. Η ιεράρχηση των εκβάσεων γίνεται βάσει του κανόνα maximin (ή και leximin), όπου επιλέγεται η εναλλακτική που μεγιστοποιεί το χειρότερο αποτέλεσμα μεταξύ των εναλλακτικών σεναρίων.	Η σύλληψη του Rawls δεν είχε ως σκοπό να λειτουργήσει στο πλαίσιο της υγείας, η οποία αποτελεί ένα «φυσικό αγαθό», όπως τα ταλέντα. Άλλωστε, η θεωρία των «πρωταρχικών αγαθών» περιορίζεται σε υγιή άτομα. Στη συνέχεια, επισήμανε πάντως την ανάγκη εξασφάλισης ενός ελάχιστου επιπέδου υγείας για όλους. Ο Daniels αναγνωρίζει στην υγεία μια ηθική σπουδαιότητα καθώς τη συσχετίζει με τις ευκαιρίες ζωής των ανθρώπων.	Κατά τον Daniels, οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας είναι άδικες αξιολογώντας τις αιτίες τους και όχι εφαρμόζοντας κάποιες αρχές ισότητας απευθείας στην κατάσταση υγείας. Η γενική συμμόρφωση προς τις Ρωλσιανές αρχές μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική άμβλυνση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας, καθότι ρυθμίζουν ακούσια από μόνες τους βασικούς κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστές, έχοντας μια ισχυρή τάση προς την εξίσωση της κατανομής τους. Υπάρχει ηθική υποχρέωση της κοινωνίας για την ικανοποίηση των βασικών ιατρικών αναγκών των πολιτών, ανεξαρτήτως των αιτιών τους.
Ισότητα ευκαιριών	Rawls (αρχή της δίκαιης ισότητας των ευκαιριών)	Ευκαιρίες	Εξισωτική	Είναι άδικο κάποια άτομα να βρίσκονται σε χειρότερη κατάσταση από κάποια άλλα με τα ίδια ταλέντα και φιλοδοξίες, ενώ έχουν καταβάλλει την ίδια προσπάθεια. Η αξιολόγηση είναι συγκριτική με τα άλλα άτομα και θεωρείται καλύτερη η εναλλακτική που προσεγγίζει περισσότερο την ισότητα των ευκαιριών μεταξύ των ατόμων.	Η ισότητα ευκαιριών μπορεί να εφαρμοστεί στην υγεία, κατά τον τρόπο που ισχύει για τις ευκαιρίες ως προς τις κοινωνικές θέσεις. Ο εξισωτισμός πόρων και ο εξισωτισμός της τύχης ανήκουν στην ευρύτερη ομάδα των συλλήψεων της ουσιαστικής ισότητας των ευκαιριών.	Οδηγεί στην άρση κάθε κοινωνικοοικονομικού εμποδίου κατά την προσπάθεια των ατόμων για καλή υγεία. Επιτρέπει διαφορές υγείας που προκύπτουν από γενετικούς ή τυχαίους παράγοντες.

Η υγεία στο όνομα της δικαιοσύνης

Εξισωτισμός των πόρων	Dworkin	Πόροι	Εξισωτική	Εφόσον έχει προηγηθεί η ίση αφηρητή εκκίνηση με την ισοκατανομή των εξωτερικών πόρων, οι ανισότητες στους πόρους αυτούς δεν χρήζουν αποζημίωσης, όταν αντικατοπτρίζουν τη διαφοροποιημένη «τύχη επιλογής» των ατόμων. Οι αρνητικές επιπτώσεις της κακής «ωμής τύχης» θα πρέπει να αποζημιώνονται με εξωτερικούς πόρους μέχρι την ικανοποίηση της δοκιμασίας φθόνου. Κατά την ιεράρχηση των εκβάσεων, μπορεί να θεωρηθεί καλύτερη η εναλλακτική που ικανοποιεί περισσότερο την αρχή της αδιαφορίας ή μη φθόνου ως προς τα σύνολα των εσωτερικών και εξωτερικών πόρων των ατόμων. Μπορεί να εκληφθεί και ως μια διαδικαστική θεωρία δικαιοσύνης, οπότε μια έκβαση μπορεί να αξιολογηθεί μόνο ως δίκαιη ή άδικη.	Η υγεία δεν φέρει μεγαλύτερη σημασία σε σχέση με τους υπόλοιπους εσωτερικούς πόρους, όπως τα ταλέντα.	Τα προβλήματα υγείας που οφείλονται στις γενετικές προικοδοτήσεις ή την κακή «ωμή τύχη» γενικότερα είτε επανορθώνονται είτε αποζημιώνονται με εξωτερικούς πόρους. Δεν συνεπάγεται την ισότητα στις εκβάσεις υγείας, αλλά την ίση ευκαιρία ασφάλισης έναντι παραγόντων που βρίσκονται εκτός του ελέγχου των ατόμων ή προϋπήρχαν της οποιασδήποτε δυνατότητάς τους για υπεύθυνη επιλογή, όπως είναι η κοινωνικοποίηση και το πρώιμο οικογενειακό περιβάλλον. Η κακή υγεία των ατόμων που οφείλεται σε επιλογές τους δεν είναι αποζημιώσιμη, αλλά οι εθισμοί συνιστούν αναπηρίες και απαιτείται η αποζημίωσή τους.
Εξισωτισμός της τύχης	Arneson, Barry, Cohen, Knight, Le Grand, Lippert-Rasmussen, Rakowski, Roemer, Segall, Tan	«Ωμή τύχη»	Εξισωτική	Είναι άδικο κάποιοι άνθρωποι να βρίσκονται σε χειρότερη κατάσταση λόγω κακής «ωμής τύχης». Αντίθετα, τα άτομα είναι υπεύθυνα για τις επιπτώσεις των επιλογών τους. Η αξιολόγηση είναι συγκριτική με τα άλλα άτομα και θεωρείται καλύτερη η εναλλακτική που προσεγγίζει περισσότερο στην ουδετεροποίηση των διαφοροποιημένων συνεπειών της κακής «ωμής τύχης». Δεν αποτελεί μια πλήρη θεωρία του ηθικού αγαθού.	Πολλές εκδοχές έχουν στο επίκεντρό τους την υγεία, χωρίς όμως να δικαιολογούν απαραίτητα και την ηθική σημασία της.	Οι ανισότητες υγείας είναι <i>pro tanto</i> άδικες, εκτός αν είναι το αποτέλεσμα των επιλογών των ατόμων. Στο πλαίσιο αυτό, η κακή υγεία που οφείλεται σε αιτίες που βρίσκονται εκτός του ελέγχου των ατόμων, είτε αυτές είναι βιολογικές είτε κοινωνικοοικονομικές, θα πρέπει είτε να επανορθώνεται είτε να αποζημιώνεται. Καθότι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες επηρεάζουν τόσο το σύνολο των δυνατών επιλογών όσο και τη διαδικασία λήψης των σχετικών αποφάσεων από το άτομο, είναι δύσκολο να αποδοθεί ευθύνη στο ίδιο για τις επιλογές του.

Η υγεία στο όνομα της δικαιοσύνης

<p>Προσέγγιση περί δυνατοτήτων</p>	<p>Axelsen, Nussbaum, Ram-Tiktin, Ruger, Sen, Venkatapuram</p>	<p>Δυνατότητες</p>	<p>Εξίσωση δυνατοτήτων / Ως προς ένα επαρκές επίπεδο</p>	<p>Είναι άδικο κάποιοι άνθρωποι να μην έχουν ελευθερία επιλογής μεταξύ εναλλακτικών δεσμών δυνατοτήτων. Οι δυνατότητες αποτελούν την πραγματική ευκαιρία επίτευξης λειτουργικότητας που οι ίδιοι θεωρούν ως πολύτιμες για τους εαυτούς τους και οι οποίες θα πρέπει να εξασφαλίζονται σε ένα επαρκές επίπεδο, το οποίο συνδέεται με μια αξιοπρεπή διαβίωση. Κατά την ιεράρχηση των εκβάσεων, θεωρείται καλύτερη η εναλλακτική που εξασφαλίζει τη μεγαλύτερη ελευθερία επιλογής μεταξύ εναλλακτικών δεσμών δυνατοτήτων ή ένα επαρκές επίπεδο δυνατοτήτων σε περισσότερες διαστάσεις της ζωής των ατόμων.</p>	<p>Κάποιες δυνατότητες θα πρέπει να θεωρούνται πιο σημαντικές για μια αξιοπρεπή ανθρώπινη ζωή. Η δυνατότητα για καλή υγεία αποτελεί μια μετα-δυνατότητα, που είναι απαραίτητη για την επίτευξη ή την άσκηση των υπολοίπων δυνατοτήτων. Οι αναπηρίες θα πρέπει είτε να αποτρέπονται ή επανορθώνονται είτε να αποζημιώνονται, καθότι συνδέονται με μειωμένη ικανότητα μετατροπής των πόρων σε πραγματικές ευκαιρίες επιλογής.</p>	<p>Σε όλους τους ανθρώπους θα πρέπει να εξασφαλίζεται ίση δυνατότητα για καλή υγεία, μέσω της δημιουργίας κατάλληλων συνθηκών που είτε ευνοούν την ανθρώπινη δράση προς αυτήν την κατεύθυνση είτε ενισχύουν την ικανότητα των ανθρώπων να ανταποκρίνονται στις ανάγκες υγείας τους, αίροντας παράλληλα τα όποια προσωπικά, κοινωνικά ή περιβαλλοντικά εμπόδια. Η εξίσωση αυτή δεν μπορεί να επιτευχθεί με την επιδείνωση των ευκαιριών για υγεία των υπολοίπων ατόμων ή μέσω ανισότιμων διαδικασιών. Οι ανισότητες στις εκβάσεις υγείας εκφράζουν σε σημαντικό βαθμό τις υποκείμενες ανισότητες στις δυνατότητες υγείας, καθότι οι περισσότεροι δίνουν προτεραιότητα στην καλή υγεία τους.</p>
<p>Αρχή της προτεραιότητας</p>	<p>Arneson, Brock, Fleurbaey, Holtug, Parfit</p>	<p>Η κατάσταση εκείνων που βρίσκονται στη χειρότερη θέση</p>	<p>Κατά προτεραιότητα</p>	<p>Μια κατάσταση είναι γνησίως καλύτερη όταν είναι μεγαλύτερο το άθροισμα των σταθμισμένων οφελών των ατόμων, όπου τα οφέλη σταθμίζονται έτσι ώστε να έχουν μεγαλύτερη αξία όσο χειρότερη είναι η κατάσταση του ατόμου που τα λαμβάνει. Η αξιολόγηση δεν είναι συγκριτική με τα άλλα άτομα.</p>	<p>Ως κριτήριο προσδιορισμού εκείνων που βρίσκονται στη χειρότερη θέση στην κοινωνία μπορούμε να θέσουμε, εκτός από το επίπεδο της ευημερίας, και την κατάσταση υγείας τους.</p>	<p>Δίνεται προτεραιότητα στη βελτίωση της κατάστασης εκείνων που έχουν κακό επίπεδο υγείας, με αποτέλεσμα να υπάρχει μια ισχυρή εργαλειακή τάση για άμβλυση των ανισοτήτων υγείας, ανεξαρτήτως των αιτιών τους. Ωστόσο, μια έκβαση με υψηλότερο συνολικό άθροισμα της αξίας της υγείας θα θεωρείται καλύτερη, ακόμη και αν συνδέεται με μεγαλύτερη ανισότητα. Η ισχύς των αξιώσεων μπορεί να συνδεθεί και με το επίπεδο αξιοσύνης του κάθε ατόμου, όπως είναι ο βαθμός ευθύνης του για την καλή ή κακή υγεία του.</p>

Η υγεία στο όνομα της δικαιοσύνης

<p>Αρχή της επίτευξης ενός επαρκούς επιπέδου</p>	<p>Alvarez, Axelsen, Casal, Crisp, Faden, Fourie, Frankfurt, Nielsen, Nussbaum, Powers, Ram-Tiktin, Ruger, Sen, Shields, Venkatapuram</p>	<p>Επαρκές επίπεδο για ικανοποιητική ζωή (δυνατότητες ή διαστάσεις της ευημερίας)</p>	<p>Ως προς ένα επαρκές επίπεδο</p>	<p>Είναι άδικο κάποιοι άνθρωποι να μην έχουν αρκετά, ευρισκόμενοι κάτω από ένα όριο που θεωρείται ότι είναι επαρκές. Ανισότητες πάνω από το όριο αυτό δεν θεωρούνται άδικες. Η αξιολόγηση δεν είναι συγκριτική με τα άλλα άτομα. Μια κατάσταση είναι γνησίως καλύτερη όταν είναι μικρότερη η συνολική αρνητική αξία που προκύπτει από το έλλειμμα ευημερίας (ή του όποιου αγαθού της δικαιοσύνης) σε σχέση με ένα κρίσιμο όριο. Σε περιπτώσεις ισοδυναμίας μπορεί να αξιολογηθεί ως γνησίως καλύτερη η έκβαση με το μεγαλύτερο άθροισμα της ευημερίας πάνω από το όριο επάρκειας.</p>	<p>Η σημασία της υγείας αναδεικνύεται συνήθως έμμεσα, ως διάσταση είτε της ευημερίας είτε των δυνατοτήτων. Παράλληλα, όμως, αναγνωρίζεται ο σημαντικός ρόλος της καλής υγείας για την επάρκεια των υπολοίπων διαστάσεων ή δυνατοτήτων.</p>	<p>Πρωταρχικό μέλημα αποτελεί η εξασφάλιση ενός επαρκούς επιπέδου υγείας, με την ικανοποίηση των βασικών υγειονομικών αναγκών, ανεξαρτήτως των αιτιών δημιουργίας τους. Ωστόσο, από μια άποψη, οι ανισότητες υγείας που οφείλονται σε χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο μπορούν να λάβουν εμμέσως ειδική ηθική προτεραιότητα, καθότι εκφράζουν τη συγκέντρωση περισσότερων μειονεκτημάτων στις διάφορες διαστάσεις της ζωής των ανθρώπων.</p>
<p>Αρχή της αξιοσύνης ή της επάξιας ανταμοιβής</p>	<p>Brouwer, Feinberg, Feldman, Kagan, McLeod, Miller</p>	<p>Αξιοσύνη</p>	<p>Ως ηθικά επάξια ανταμοιβή ή βάσει αξιοσύνης</p>	<p>Κατά τη μη συγκριτική εκδοχή, είναι άδικο κάποια άτομα να λαμβάνουν λιγότερα ή και περισσότερα σε σχέση με αυτά που δικαιούνται, καθώς για κάθε επίπεδο μιας αξιέπαινης συμπεριφοράς αντιστοιχεί μια συγκεκριμένη ποσότητα της επάξιας ανταμοιβής είτε αυτή αποτελεί το κοινωνικό προϊόν ή την ευημερία είτε, γενικότερα, κάποια επιδοκιμασία. Κατά τη συγκριτική εκδοχή της, είναι άδικο οι σχετικές διαφορές μεταξύ των ατόμων ως προς το επίπεδο του αγαθού της δικαιοσύνης να μην είναι ανάλογες των σχετικών διαφορών τους ως προς το επίπεδο της αξιοσύνης τους.</p>	<p>Κύριο μέλημα αποτελεί η κατανομή του κοινωνικού προϊόντος. Όταν εφαρμόζεται στην υγεία, η αξιοσύνη προσδιορίζεται σε σχέση με την προνοητικότητα του ατόμου και είτε προσιδιάζει στον εξισωτισμό της τύχης είτε αποτελεί συνιστώσα μιας πλουραλιστικής σύλληψης της δικαιοσύνης.</p>	<p>Οι όποιες αποκλίσεις από το επίπεδο υγείας που δικαιούται ο κάθε άνθρωπος βάσει του συγκεκριμένου επιπέδου αξιοσύνης του θα πρέπει να επανορθώνονται ή να αποζημιώνονται, είτε αυτές οφείλονται σε κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες είτε στις φυσικές προικοδοτήσεις τους. Καθότι η αρχή της αξιοσύνης στηρίζεται στη σκόπιμη δράση του ατόμου, ανακύπτουν εκ νέου οι προηγούμενοι προβληματισμοί για τη δυνατότητα απόδοσης της ευθύνης στο ίδιο το άτομο.</p>

Η υγεία στο όνομα της δικαιοσύνης

<p>Προσέγγιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων</p>	<p>Bogecho, Braveman, Chapman, Ferguson, Forman, Gruskin, Hunt, Yamin, H.E., Π.Ο.Υ.</p>	<p>Ανθρώπινα δικαιώματα</p>	<p>Ως προς ένα επαρκές επίπεδο</p>	<p>Είναι άδικο, ενδεχομένως και νομικά επιλήψιμο, κάποια άτομα να μην απολαμβάνουν τα βασικά ατομικά, πολιτικά, οικονομικά και κοινωνικά δικαιώματα. Η αξιολόγηση δεν είναι συγκριτική με τα άλλα άτομα.</p>	<p>Το δικαίωμα στην υγεία συμπεριλαμβάνεται μεταξύ των βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Συνήθως εκφράζεται ως η παροχή ενός επαρκούς επιπέδου υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικής υποστήριξης.</p>	<p>Αν και οι διεθνείς διακηρύξεις δεν συνδέουν το δικαίωμα στην υγεία άμεσα με τους κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστές της, για αρκετούς από αυτούς αξιώνεται η διασφάλιση τους ως προς ένα ελάχιστο επίπεδο για όλους τους πολίτες. Συνεπώς, η ουσιαστική εφαρμογή αυτών των απαιτήσεων θα συνεπαγόταν μια σημαντική βελτίωση του επιπέδου υγείας για τις κοινωνικά μειονεκτούσες ομάδες.</p>
---	---	-----------------------------	------------------------------------	--	--	---

3. Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

3.1. Εισαγωγή

Το εκάστοτε θεωρητικό υπόδειγμα των ανισοτήτων υγείας διαμορφώνει με διαφορετικό τρόπο τα σχετικά ερευνητικά ερωτήματα, το σχέδιο έρευνας, καθώς και την ανάλυση και την ερμηνεία των αποτελεσμάτων, ενώ συνεπάγεται και συγκεκριμένες κάθε φορά παρεμβάσεις πολιτικής (Roux, 2012). Επομένως, η λεπτομερής αποτύπωση των διαφόρων θεωρητικών προσεγγίσεων αλλά και των συγκεκριμένων μηχανισμών επίδρασης των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων στην υγεία είναι απαραίτητη για την καλύτερη κατανόησή τους. Αν και δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν όλες οι παρακάτω προσεγγίσεις απαραίτητα ως ολοκληρωμένες θεωρίες, ιδίως υπό μια πιο αυστηρή οπτική, παρόλα αυτά λογίζονται ως τέτοιες για αναλυτικούς λόγους. Επίσης, τα όρια μεταξύ αυτών των θεωρητικών προσεγγίσεων δεν είναι πάντοτε ευκρινή, ωστόσο είναι χρήσιμη μια αναλυτική κατηγοριοποίησή τους.

Το κρίσιμο σημείο σε οποιαδήποτε ανάλογη προσπάθεια φαίνεται να είναι η αποσαφήνιση μεταξύ των βαθύτερων ή απώτερων παραγόντων (distal factors) από τους εγγύς παράγοντες (proximal factors), καθότι συχνά παρουσιάζεται μια σύγχυση μεταξύ τους. Ιδίως διότι, όταν η ενδεχόμενη παρέμβαση πολιτικής επικεντρώνεται στους τελευταίους, μειώνεται η πιθανότητα να επιφέρει διαρκή αποτελέσματα (Roux, 2012). Ως βαθύτερες αιτίες θεωρούμε τους κοινωνικοπολιτικούς παράγοντες, ενώ οι εγγύς παράγοντες περιλαμβάνουν τους συγκεκριμένους μηχανισμούς μέσω των οποίων το κοινωνικοπολιτικό πλαίσιο επηρεάζει τα αποτελέσματα υγείας. Κάποιοι ερευνητές έχουν υποστηρίξει την προτεραιότητα που πρέπει να δοθεί στην ανάπτυξη πιο αποτελεσματικών στρατηγικών για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού στη βάση των ήδη καθιερωμένων παραγόντων κινδύνου, θεωρώντας ότι προσπάθειες για την ταυτοποίηση νέων μηχανισμών και παραγόντων κινδύνου δεν είναι αποδοτική, αφού το μεγαλύτερο μέρος των ανισοτήτων υγείας έχει ήδη εξηγηθεί (Claussen κ.ά., 2005).

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

Σκοπός αυτού του κεφαλαίου είναι η αποτύπωση των βασικών θεωρητικών υποδειγμάτων και των ειδικότερων μηχανισμών που εξηγούν της κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας. Αρχικά, εξετάζεται η έννοια της υγείας και οι διάφορες θεωρητικές και εμπειρικές προσεγγίσεις της στη σύγχρονη εποχή. Ακολούθως αναλύονται οι βασικές θεωρητικές συλλήψεις αναφορικά με τις απώτερες αιτίες δημιουργίας των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας: α) το επιδημιολογικό υπόδειγμα, β) το γενετικό υπόδειγμα και η επιγενετική, και γ) οι θεωρήσεις της κοινωνικής επιδημιολογίας. Η ομάδα των θεωριών της κοινωνικής επιδημιολογίας διακρίνεται ειδικότερα στα παρακάτω υποδείγματα: α) τα κοινωνικοπολιτικά υποδείγματα, β) τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας, γ) το ψυχοκοινωνικό υπόδειγμα, δ) τη θεωρία των θεμελιωδών αιτιών, ε) τα πολυεπίπεδα υποδείγματα και στ) την οικοκοινωνική θεωρία. Στη συνέχεια, γίνεται εξέταση των ειδικότερων μηχανισμών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας ή διαφορετικά των μηχανισμών διαμέσου των οποίων το κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο μπορεί να επηρεάζει την υγεία: α) το στατιστικό κατασκεύασμα, β) η φυσική ή κοινωνική επιλογή και γ) η κοινωνική αιτιότητα. Σε σχέση με την κοινωνική αιτιότητα, διαχωρίζουμε επιπλέον μεταξύ των παρακάτω μηχανισμών: α) τον υλικό, β) τον ψυχοκοινωνικό, γ) τον νεο-υλιστικό, δ) τον συμπεριφορικό και ε) την προσέγγιση του «κύκλου ζωής» (life course approach). Το κεφάλαιο καταλήγει με κάποια συμπεράσματα και τη σύνοψη των βασικών διαδρομών σύνδεσης των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων με την υγεία.

3.2. Η έννοια της υγείας στην εμπειρική έρευνα

3.2.1. Προσεγγίσεις της υγείας

Η ανάλυση της έκθεσης Black (Department of Health and Social Security, 1980) είχε περιοριστεί στην εξέταση της περιγεννητικής και της βρεφικής θνησιμότητας, της θνησιμότητας από οποιαδήποτε αιτία ή από συγκεκριμένες κύριες αιτίες στον εργαζόμενο πληθυσμό, καθώς και στις χρόνιες ασθένειες, τις ημέρες περιορισμένης δραστηριότητας και τις ιατρικές επισκέψεις. Ωστόσο, η υγεία αποτελεί μάλλον ένα πολυδιάστατο φαινόμενο. Έκτοτε, πολλές διαφορετικές διαστάσεις της έχουν προσεγγισθεί στο πλαίσιο της μέτρησης των

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

ανισοτήτων υγείας, όπως είναι η αυτοαξιολογούμενη γενική υγεία (self-rated general health), η ψυχοκοινωνική ή ψυχική υγεία, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, καθώς και διάφορα άλλα μέτρα νοσηρότητας (Macintyre, 1997a).

Διαφορετικοί επιστημονικοί κλάδοι έχουν προτείνει διαφορετικές θεωρητικές και εμπειρικές προσεγγίσεις για τη μέτρηση της κατάστασης υγείας. Ο Yfantopoulos (2001b), σε μια προσπάθεια ταξινόμησης των σχετικών πεδίων, εντοπίζει τέσσερις βασικές κατηγορίες:

1. Την επιδημιολογική ή βιοϊατρική προσέγγιση, η οποία εξετάζει την υγεία ως ένα βιολογικό φαινόμενο και επικεντρώνεται στον διαχωρισμό των διαφόρων ασθενειών.
2. Τη λειτουργική προσέγγιση, η οποία αποτελεί προέκταση του βιοϊατρικού υποδείγματος και εστιάζει στον αντίκτυπο των καταστάσεων υγείας ή των ασθενειών στη δυνατότητα εκτέλεσης των καθημερινών δραστηριοτήτων.
3. Την πολιτισμική προσέγγιση, η οποία υπερβαίνει και συμπληρώνει τις προηγούμενες δύο, δίνοντας έμφαση στην προσωπική αντίληψη των ατόμων για την κατάσταση υγείας τους.
4. Τέλος, την οικονομική προσέγγιση, η οποία αποδίδει μια ωφελιμότητα (utility) σε κάθε κατάσταση υγείας.

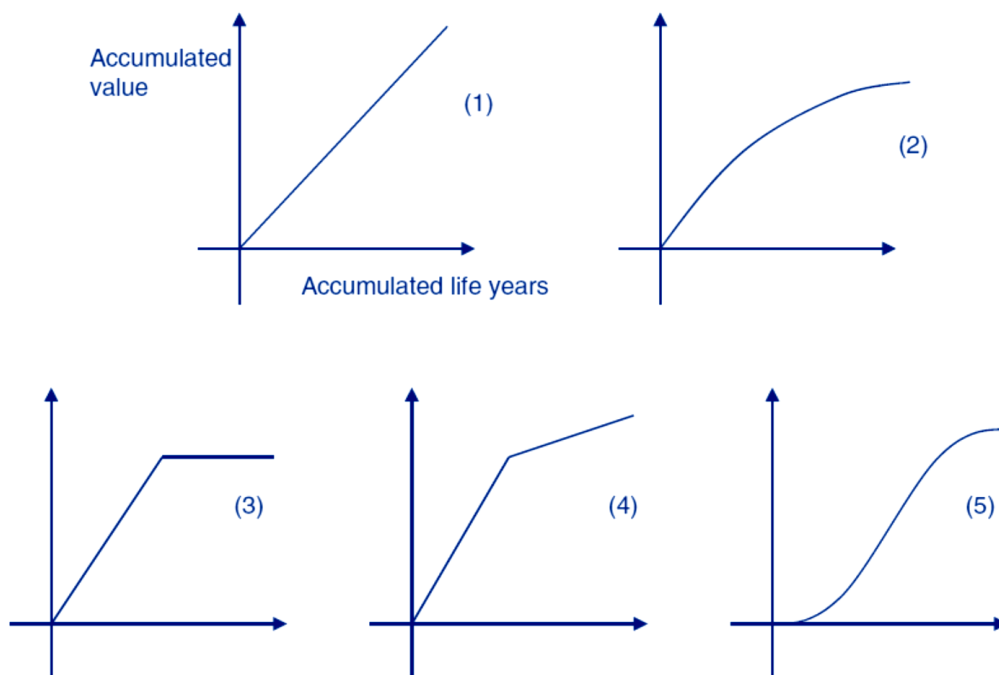
Μια πρώτη βασική διάσταση της υγείας είναι η διάρκεια της ζωής. Σε αυτό το πλαίσιο, σκοπός της δημόσιας πολιτικής μπορεί να είναι η αύξηση του προσδόκιμου ζωής για τον πληθυσμό. Ένα ζήτημα που προκύπτει αμέσως είναι εάν η παράταση της διάρκειας της ζωής έχει διαφορετική ηθική αξία αναλόγως του σταδίου της ζωής στην οποία επιφέρει βελτίωση¹⁷⁶. Κατά τον Brülde (2011), υπάρχουν πέντε δυνατές απαντήσεις σε αυτό το ερώτημα: 1) κάθε έτος ζωής που προστίθεται είναι εξίσου πολύτιμο, 2) η ηθική αξία ενός

¹⁷⁶ Τα ηθικά ζητήματα της υγείας και των ανισοτήτων υγείας έχουν ήδη αναπτυχθεί διεξοδικά στο κεφάλαιο για τη δικαιοσύνη στην υγεία.

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

επιπρόσθετου έτους φθίνει με την αύξηση της ηλικίας, 3) κάθε βελτίωση στη διάρκεια της ζωής μετά από κάποια ηλικία δεν έχει ηθική αξία, 4) κάθε βελτίωση στη διάρκεια της ζωής μετά από κάποια ηλικία έχει μικρότερη ηθική αξία και 5) κάποια προσαρμογή ή συγκερασμός στα προηγούμενα σενάρια, όπως είναι η μικρότερη ηθική αξία σε βελτιώσεις στα πρώτα χρόνια της ζωής αλλά και σε προχωρημένη ηλικία (**Γράφημα 3-1**).

Γράφημα 3-1 Γραφική αναπαράσταση των σεναρίων διαφορετικής στάθμισης στη βελτίωση της διάρκειας της ζωής



Πηγή: Brülde (2011)

Ωστόσο, σημασία για την αξιολόγηση της υγείας δεν έχει μόνο η διάρκειά της, αλλά και η ποιότητα αυτής. Παραδείγματα σύνθετων δεικτών που συμπεριλαμβάνουν τόσο την ποσοτική όσο και την ποιοτική διάσταση της υγείας είναι τα ποιοτικά σταθμισμένα χρόνια επιβίωσης (quality-adjusted life years ή QALYs), το προσδόκιμο υγιούς ζωής (healthy life expectancy ή HALY), το προσδόκιμο ζωής απαλλαγμένο από αναπηρίες (disability free life expectancy ή DFLE), το σταθμισμένο ως προς την αναπηρία προσδόκιμο ζωής (disability-adjusted life expectancy ή DALE) και τα έτη ζωής χωρίς αναπηρία (disability-adjusted life years ή DALYs). Η βασική λογική αυτών των μέτρων

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

είναι ο συνδυασμός της διάρκειας με μια υγιή ζωή καλής ποιότητας (Brülde, 2011).

Η παραδοσιακή βιοϊατρική προσέγγιση της υγείας επικεντρώνεται αποκλειστικά στη φυσιολογική κατάσταση του ατόμου και στην παρουσία ή απουσία συμπτωμάτων ή ασθένειας. Κατά αυτήν την έννοια, η υγεία δεν δηλώνει μια θετική κατάσταση, αλλά την απουσία μιας αρνητικής, δηλαδή της ασθένειας ή μιας φυσικής δυσλειτουργίας (Weiss και Lonquist, 2015). Πρόκειται για μια αξιακά ελεύθερη σύλληψη της υγείας, που συνδέεται με μια κανονικότητα στη λειτουργία, δηλαδή την ικανότητα τέλεσης των συνηθισμένων φυσιολογικών λειτουργιών με την (τουλάχιστον) αναμενόμενη επάρκεια (Boorse, 1977). Σε αυτό το πλαίσιο, η προώθηση της υγείας σχετίζεται πρωταρχικά με την αποφυγή της ασθένειας και των τραυματισμών. Η ασθένεια αποτελεί μια σωματική ή ψυχική κατάσταση (ή διαδικασία), που συνήθως εκδηλώνεται με κάποιου είδους ανεπιθύμητα συμπτώματα. Επομένως, περιλαμβάνει δύο βασικά στοιχεία, αποτελώντας α) μια ανεπιθύμητη (συνιστώσα αξίας) κατάσταση, καθώς συνδέεται με κάποια βλάβη (είτε δυσφορία ή αναπηρία είτε αυξημένο κίνδυνο για τα προηγούμενα ή για πρόωρο θάνατο) και β) μια εσωτερική κατάσταση ή διαδικασία (πραγματολογική συνιστώσα) (Brülde, 2011). Το επίπεδο της υγείας, λοιπόν, συνδέεται με την απουσία ή τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων μιας ασθένειας.

Κατά τον λειτουργικό ορισμό, η καλή υγεία συνδέεται με τη δυνατότητα καλής λειτουργίας του ατόμου ως σύνολο (οργανισμό). Οι καταστάσεις υπό τις οποίες μπορεί να αξιολογηθεί η λειτουργία του ανθρώπου είναι: α) το πραγματικό περιβάλλον του, β) οι κανονικές συνθήκες λειτουργίας, γ) οι λογικές συνθήκες λειτουργίας και δ) τα διαφορετικά είδη συνθηκών λειτουργίας (Brülde, 2011). Περαιτέρω, οι δυνατότητες βάσει των οποίων μπορεί να μελετηθεί η υγεία των ατόμων είναι: α) η ικανοποίηση βασικών αναγκών, β) η πραγματοποίηση στόχων, γ) η επίτευξη ζωτικών στόχων, δ) η απόκτηση της δυνατότητας για την πραγματοποίηση των ζωτικών στόχων, ε) το να ζεις μια κανονική ζωή, στ) το να ζεις μια κανονική ζωή που αρμόζει σε εσένα, ενώ εξαρτάται επίσης και από το ζ) ποιες βασικές ικανότητες διαθέτουν τα άτομα και η) από την ικανότητά τους να τις αξιοποιήσουν (Brülde, 2011).

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

Ωστόσο, η παραπάνω οπτική δεν λαμβάνει υπόψη της ότι η υγεία δεν επηρεάζεται μόνο από τη βιολογική υπόσταση των ατόμων, αλλά και από την ψυχολογική και κοινωνική κατάστασή τους, οι οποίες περιλαμβάνουν και θετικές λειτουργίες. Επιπλέον, πρόκειται για μια αντίληψη που αποκόβει το άτομο από το ευρύτερο κοινωνικοοικονομικό και ιστορικό πλαίσιο (Σούλης κ.ά., 2001). Έτσι, η παρουσία, η διάγνωση και η θεραπεία μιας ασθένειας δεν είναι αποκλειστικά αντικειμενικά φαινόμενα. Το πολιτισμικό υπόβαθρο και τα «σημαντικά πρόσωπα» (significant others) στη ζωή του ατόμου επηρεάζουν τόσο την παρουσία των συμπτωμάτων όσο και την αντίδραση προς αυτά αλλά και την ίδια την αναφορά τους από τα άτομα (Wolinsky, 1988). Ο τρόπος που αντιλαμβανόμαστε την υγεία διαφέρει βάσει των πολιτισμικών προτύπων, τη θέση μας στην κοινωνική ιεραρχία, ενώ επηρεάζεται και από κοινωνικά και δημογραφικά κριτήρια. Για παράδειγμα, οι νεότεροι άνδρες τείνουν να δίνουν μεγαλύτερη σημασία στη φυσική δύναμη, ενώ οι γυναίκες στην ενέργεια και τη ζωτικότητα (Wolinsky, 1988). Ο Π.Ο.Υ. συνέδεσε την υγεία με την ευημερία, προσεγγίζοντάς την ως μια κατάσταση πλήρους φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά ως την απουσία της ασθένειας ή της αναπηρίας (World Health Organization, 1948)¹⁷⁷. Το άτομο, λοιπόν, θεωρείται ότι είναι ταυτόχρονα ένα βιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό ον (Scambler και Scambler, 2013), με την παραδοχή αυτή να έχει οδηγήσει σε νέες κοινωνιολογικές εννοιολογήσεις της υγείας.

Ο όρος κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας (social determinants of health) στην κοινή πρακτική αναφέρεται συνήθως στους κοινωνικούς προσδιοριστές της ασθένειας, της αναπηρίας, της νοσηρότητας, της (πρώρης) θνησιμότητας και άλλων αρνητικών καταστάσεων της υγείας. Ωστόσο, υπάρχουν και άλλοι θετικοί ορισμοί της υγείας, οι οποίοι σχετίζονται με την ανθεκτικότητα (resilience), την ευημερία, τη μακροζωία, την ευτυχία και την

¹⁷⁷ Βεβαίως, αυτή η έννοια της πλήρους ευεξίας έχει υποστεί σημαντική κριτική. Ενώ είναι χρήσιμος ο προτεινόμενος λειτουργικός διαχωρισμός μεταξύ της υγείας και της ασθένειας, πρόκειται για μια ανέφικτη ή και «ουτοπική» κατάσταση του ανθρώπου, που ενδεχομένως δεν μπορεί να εντοπιστεί στην κοινωνική πραγματικότητα (Σούλης κ.ά., 2001).

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

ικανοποίηση από τη ζωή (Venkatapuram και Marmot, 2015). Νεότερες –και κυρίαρχες πλέον– πλουραλιστικές απόψεις τονίζουν τις κοινωνικές και πολιτισμικές προεκτάσεις της υγείας και της ασθένειας. Έμφαση δίνεται στη θετική δυνατότητα του ατόμου να επιτελεί κοινωνικούς ρόλους, και αναφορά γίνεται σε όλες τις διαστάσεις που έχουν επίπτωση στην κοινωνική συμμετοχή του. Για παράδειγμα, ο Parsons (1975) ορίζει την υγεία ως την κατάσταση της βέλτιστης ικανότητας του ατόμου για την αποτελεσματική επιτέλεση των κοινωνικών ρόλων και αποστολών του. Όταν ένας άνθρωπος ασθενεί, μεταβαίνει στον ρόλο του αρρώστου, ενώ η θεραπεία αφορά ακριβώς στην επανόρθωση της μεγιστοποίησης της λειτουργικότητάς του (White, 2008). Οι προσεγγίσεις που τοποθετούν την υγεία και την ασθένεια στο ευρύτερο κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο αναδεικνύουν τους γενικότερους περιορισμούς και προκλήσεις του περιβάλλοντος που πρέπει να υπερβεί το άτομο, προκειμένου να μεταβεί από την κατάσταση της ασθένειας σε εκείνη της υγείας (Σούλης κ.ά., 2001). Κατά αυτόν τον τρόπο, η κατάσταση του ανθρώπου θα μπορούσε να προσεγγιστεί και ως μια συνεχή μεταβολή και προσαρμογή του σε ένα συνεχές, όπου στο ένα άκρο υπάρχει η υγεία και στο άλλο η ασθένεια.

3.2.2. Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής

Τα τελευταία χρόνια η ποιότητα ζωής χρησιμοποιείται αυξανόμενα ως στόχος πολιτικής αλλά και ως τρόπος αξιολόγησης δράσεων που σχετίζονται με κοινωνικές πολιτικές και, ειδικότερα, την υγεία του πληθυσμού. Η ποιότητα ζωής συγκεντρώνει το επιστημονικό ενδιαφέρον ήδη από την αρχαιότητα, με τον Αριστοτέλη να τη συνδέει με την έννοια της ευδαιμονίας¹⁷⁸, τον τελικό σκοπό των πράξεων του ανθρώπου (Οικονόμου κ.ά., 2001). Οι επιστημονικές ρίζες του όρου όπως χρησιμοποιείται στη σύγχρονη εποχή μπορούν να αναζητηθούν στη διακήρυξη του Π.Ο.Υ. (Yfantopoulos, 2001b), στην οποία

¹⁷⁸ «Ουν σχεδόν υπό των πλείστων ομολογείται την γαρ ευδαιμονίαν και οι πολλοί και οι χαρίεντες λέγουσιν, το δ' ευ ζην και το ευ πράττειν ταύτον απολαμβάνουσι τω ευδαιμονείν» (Αριστοτέλης, *Ηθικά Νικομάχεια Α*. Κεφ. 4).

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

αναφερθήκαμε νωρίτερα. Ωστόσο, δεν φαίνεται να υφίσταται μια ομοφωνία αναφορικά με τον ορισμό της ποιότητας ζωής μεταξύ των ερευνητών. Το τι αποτελεί σημαντικό για τη ζωή κάθε ανθρώπου θα μπορούσε αφενός να θεωρηθεί υποκειμενικό, καθότι κάθε άνθρωπος δίνει διαφορετική σημασία στα διάφορα αγαθά. Αφετέρου, σε κάθε περίπτωση αυτό που θεωρείται σημαντικό μεταβάλλεται με τον χρόνο, καθώς αλλάζει ο (τυπικός) τρόπος ζωής της κοινωνίας αλλά και οι ανάγκες του κάθε ατόμου ξεχωριστά (Νάκου, 2001).

Η έννοια της ποιότητας ζωής είναι ευρεία και πολυδιάστατη και αναφέρεται σε διάφορες πλευρές της ζωής του ατόμου, όπως είναι η υγεία, η εργασία, η κατοικία, η ασφάλεια, η διασκέδαση και η κατανάλωση (Υφαντόπουλος, 2007). Γενικότερα, ο όρος χρησιμοποιείται για να προσδιορίσει την αντιληπτή ευεξία που σχετίζεται με την προσωπική εμπειρία ζωής ενός ανθρώπου ή, ακόμη, και τους αντικειμενικούς παράγοντες της ζωής του ή και έναν συνδυασμό των δυο προσεγγίσεων (Zautra και Goodhart, 1979· Υφαντόπουλος και Σαρρής, 2001). Επομένως, πρόκειται για ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, στο οποίο μπορεί να αποδοθεί ένας χαρακτήρας που συνδυάζει τόσο υποκειμενικά όσο και αντικειμενικά στοιχεία. Για αυτόν το λόγο και προτείνεται η χρήση πολλαπλών ερωτήσεων κατά τη μέτρηση της ποιότητας ζωής, ακόμη και για την εκτίμηση μίας και μόνο διάστασής της, προκειμένου να ενισχυθεί η εγκυρότητα του σχετικού οργάνου μέτρησης (Υφαντόπουλος και Σαρρής, 2001).

Ο Parfit (1984) διακρίνει μεταξύ τριών βασικών συλλήψεων της «καλής ζωής» (good life). Κατά την ηδονιστική θεωρία (hedonistic theory), η καλή ζωή αποτελεί συνάρτηση του πόση απόλαυση ή ευχαρίστηση αυτή περιλαμβάνει. Κατά τη θεωρία επίτευξης επιθυμιών ή προτιμήσεων (desire-fulfilment theory), η «καλή ζωή» εξαρτάται από το αν τα άτομα διαβιούν τη ζωή που επιθυμούν. Τέλος, κατά τον αντικειμενικό πλουραλισμό (objective pluralism), η «καλή ζωή» δεν συνιστά ένα υποκειμενικό ζήτημα, αλλά σχετίζεται με συγκεκριμένες αντικειμενικές αξίες (π.χ. την αγάπη, τη φιλία και την ελευθερία).

Γενικότερα, κάθε επιστημονικό πεδίο προσεγγίζει διαφορετικά την έννοια της ποιότητας ζωής, δίνοντας έμφαση σε συγκεκριμένες παραμέτρους της και επιλέγοντας αντίστοιχους δείκτες μέτρησης κάθε φορά. Στις δεκαετίες του '60

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

και του '70, η ποιότητα ζωής συνδεόταν με την κατανομή πόρων επαρκών για την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών, αν και υπήρχαν και ερευνητές που έδιναν έμφαση στην υποκειμενική διάσταση που δίνει το κάθε άτομο (Οικονόμου κ.ά., 2001). Αυτή η αντίληψη συνάδει κυρίως με την οικονομική προσέγγιση της έννοιας, η οποία εστιάζει στους οικονομικούς πόρους ως μέσα πρόσβασης σε αγαθά και υπηρεσίες που βελτιώνουν το επίπεδο της ζωής του πληθυσμού. Αναφορικά με την υγεία, χρησιμοποιούνταν κυρίως ποσοτικοί και αντικειμενικοί δείκτες, όπως είναι η θνησιμότητα, τα χρόνια επιβίωσης και το κόστος θεραπείας. Τα μέτρα αυτά εμπλουτίστηκαν σταδιακά και με ποιοτικά χαρακτηριστικά, όπως είναι τα ποιοτικά σταθμισμένα χρόνια επιβίωσης του ατόμου. Αντίθετα, η κοινωνιολογική σκοπιά αναγνωρίζει τον πολυδιάστατο χαρακτήρα της ποιότητας ζωής, υπογραμμίζοντας τόσο τις ανάγκες (αντικειμενική διάσταση) όσο και τις επιθυμίες (υποκειμενική διάσταση) των ανθρώπων, χρησιμοποιώντας μια σειρά κοινωνικών δεικτών, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που αξιολογούν το κοινωνικό και εργασιακό περιβάλλον. Το πεδίο της ψυχολογίας ενδιαφέρεται κυρίως για την «εσωτερική» ποιότητα ζωής, δηλαδή την ψυχική υγεία, όπως αυτή εκφράζεται από το επίπεδο των κοινωνικών δραστηριοτήτων, των διαπροσωπικών σχέσεων, καθώς και την αυτοεκτίμηση και τη διάθεση του ατόμου (Νάκου, 2001).

Το ενδιαφέρον της ιατρικής επιστήμης για την ποιότητα ζωής μετά τις δεκαετίες του '60 και του '70 εκκίνησε ως μια προσπάθεια να λαμβάνεται υπόψη η υποκειμενική αντίληψη του ασθενούς για τη θεραπευτική αγωγή που θα ακολουθήσει (Υφαντόπουλος και Σαρρής, 2001). Μέχρι τότε, στόχος των θεραπευτικών παρεμβάσεων αποτελούσε κυρίως η παράταση του χρόνου επιβίωσης, με αποτέλεσμα να παραβλέπονται άλλες ανάγκες του ασθενούς, όπως είναι η ψυχική υγεία, οι κοινωνικοί ρόλοι, καθώς και οι προτιμήσεις του ασθενούς για τη θεραπεία του (Οικονόμου κ.ά., 2001). Ωστόσο, άρχισε να γίνεται αντιληπτό ότι σημασία δεν έχει μόνο η αύξηση των χρόνων ζωής, αλλά και κατά πόσο αυτός ο επιπλέον χρόνος είναι ποιοτικός. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (health-related quality of life ή HRQoL) δίνει έμφαση σε εκείνες τις παραμέτρους της ποιότητας ζωής που επηρεάζονται από την κατάσταση υγείας ή από την ασθένεια ή και τη θεραπεία αυτής (Υφαντόπουλος,

2007). Τέτοιες διαστάσεις αποτελεί η κατάσταση υγείας γενικά, τα σωματικά συμπτώματα, η σεξουαλική, η κοινωνική (οικογένεια, κοινωνικές σχέσεις, εργασία, οικονομική κατάσταση), η γνωστική και η συναισθηματική λειτουργικότητα (Οικονόμου κ.ά., 2001). Επομένως, ουσιαστικά αναγνωρίζεται ότι οι κλινικές και εργαστηριακές αξιολογήσεις αποτυπώνουν ένα μόνο μέρος της κατάστασης υγείας του ατόμου και θα πρέπει να αξιολογούνται επιπλέον τόσο ο βαθμός λειτουργικότητας και η συμπεριφορά του όσο και η αυτοαντίληψη της κατάστασής του και η ευεξία του (Νάκου, 2001).

Τις τελευταίες δεκαετίες το ενδιαφέρον για την αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής είναι αυξανόμενο. Πλέον, οι περισσότερες μελέτες θεραπευτικών παρεμβάσεων μετέρχονται σταθμισμένα ερωτηματολόγια για την αξιολόγηση είτε του γενικού επιπέδου υγείας είτε των επιπτώσεων ασθενειών ή των θεραπειών τους στην ποιότητα ζωής των ασθενών (Υφαντόπουλος, 2007). Κάποια εργαλεία είναι προσαρμοσμένα στις ιδιαιτερότητες συγκεκριμένων ασθενειών ή καταστάσεων υγείας (disease-specific tools), ενώ άλλα έχουν ευρύτερο επίπεδο εφαρμογής και μπορούν να εκτιμήσουν τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ενός πληθυσμού (generic tools), όπως είναι το EQ-5D (EuroQol, 1990· Yfantopoulos, 2001a· Yfantopoulos και Chantzaras, 2016), το 15D (Sintonen, 2001· Yfantopoulos, 2001c), το SF-36 (Dauden κ.ά., 2013) και το WHOQOL (The Whoqol Group, 1998). Σε κάθε περίπτωση, όλα αυτά τα εργαλεία στηρίζονται σε μια κοινή παραδοχή, σύμφωνα με την οποία η βιολογική λειτουργικότητα δεν είναι ένας επαρκής δείκτης εκτίμησης της κατάστασης υγείας του ατόμου, αλλά απαιτείται και μια αξιολόγηση της γενικής ευεξίας και λειτουργικότητας του στην κοινωνία (Υφαντόπουλος, 2007). Είναι προφανές πως η ταυτόχρονη χρησιμοποίηση περισσότερων εργαλείων μέτρησης στην ίδια έρευνα επιτρέπει τη βελτίωση του εύρους ή/και του βάθους της εκτίμησης του επιπέδου της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής του ερευνώμενου πληθυσμού (Υφαντόπουλος και Σαρρής, 2001).

3.2.3. Μέτρηση της υγείας και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής

Η υγεία συνιστά μια πολύπλοκη έννοια με πολλαπλές διαστάσεις, όπως αναλύθηκε προηγουμένως. Αυτό που διαπιστώνεται από τις διάφορες εμπειρικές έρευνες είναι ότι η κατανόηση των ανισοτήτων υγείας εξαρτάται εν μέρει και από την επιλογή του δείκτη υγείας (Anand κ.ά., 2001). Η υγεία μπορεί να θεωρηθεί ως μια συνεχής μεταβλητή, στο πλαίσιο της οποίας εκτιμάται το επίπεδό της και δεν εξετάζονται διχοτομικές καταστάσεις, η μέτρηση των οποίων κυριαρχεί στο παραδοσιακό βιοϊατρικό υπόδειγμα (Dahl, 1994). Ωστόσο, υπάρχουν περιπτώσεις, όπως είναι η απουσία ή η ύπαρξη μιας ασθένειας, όπου η διχοτομική οπτική μπορεί να θεωρηθεί ως καταλληλότερη. Επίσης, σε άλλες περιστάσεις μπορεί να χρησιμοποιηθεί η ιεραρχική κλίμακα μέτρησης, όπως με την κλασική πενταβάθμια κλίμακα απαντήσεων της αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας (πολύ κακή, κακή, μέτρια, καλή και πολύ καλή). Υπάρχει, βεβαίως, και η δυνατότητα μέτρησης βιοδεικτών σε μια ποσοτική, συνεχή κλίμακα, όπως ισχύει στις περιπτώσεις εξέτασης των επιπέδων χοληστερίνης ή της πίεσης του αίματος (Anand κ.ά., 2001).

Η επισκόπηση του Ware (1986) αναγνώρισε έξι βασικές κατευθύνσεις στη μέτρηση της υγείας: 1) τη φυσική λειτουργία, 2) την ψυχική υγεία, 3) την κοινωνική ευημερία, 4) τη λειτουργία επιτέλεσης ρόλων (συνήθεις καθημερινές δραστηριότητες), 5) την αυτοαξιολογούμενη υγεία και 6) τα συμπτώματα. Έχει παρατηρηθεί ότι το μέγεθος της επίδρασης της κοινωνικοοικονομικής ομάδας στις ανισότητες υγείας διαφοροποιείται αναλόγως του αν το συγκεκριμένο μέτρο της υγείας ή της λειτουργικότητας που έχει επιλεγθεί επικεντρώνεται στη θνησιμότητα ή τη νοσηρότητα, καθώς τους συγκεκριμένους δείκτες που χρησιμοποιούνται (Macintyre, 1997a). Σε κάθε περίπτωση, η άμεση μέτρηση των χαρακτηριστικών φυσικής ανάπτυξης ή λειτουργικότητας, όπως είναι το βάρος κατά τη γέννηση, το ύψος, η πίεση του αίματος κ.λπ., παρουσιάζει ως πλεονέκτημα τα σχετικά αποτελέσματα να μην υπόκεινται στο πρόβλημα της μεροληπτικής αναφοράς (reporting bias) από τους συμμετέχοντες.

Η αυτοαξιολογούμενη υγεία έχει θεωρηθεί ως ένας αξιόπιστος δείκτης του επιπέδου φυσικής υγείας, καθώς και της επακόλουθης θνησιμότητας (Idler και

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

Benyamini, 1997· Singh-Manoux κ.ά., 2006). Ωστόσο, έχει παρατηρηθεί ότι η αυτοαντίληψη επηρεάζεται από την κοινωνική θέση του ατόμου, καθώς και από το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο διαβιεί (Anand κ.ά., 2001). Υφίστανται, λοιπόν, διαφορές ως προς τη συμπεριφορά αναφοράς της υγείας (reporting behaviour ή reporting heterogeneity), με συνέπεια οι ανισότητες ως προς την αυτοαξιολογούμενη υγεία να μην εκφράζουν απόλυτα διαφορές στην πραγματική υγεία («true» health). Η ετερογένεια αναφοράς μπορεί να οφείλεται σε διάφορους παράγοντες, όπως είναι οι γλωσσικές συμβάσεις, η σύγκριση μεταξύ ομολόγων (peer comparison), οι διαφορές ως προς τις προσδοκίες για την υγεία, τις κοινωνικές αξίες και τον ορισμό της υγείας (Dowd, 2012). Για παράδειγμα, έχει διαπιστωθεί ότι οι φτωχοί σε αναπτυσσόμενες χώρες, παρόλο που εμφανίζουν μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας, αναφέρουν χαμηλότερη νοσηρότητα από ό,τι οι πλούσιοι (Sen κ.ά., 1994)¹⁷⁹. Μια εξήγηση που έχει δοθεί αναδεικνύει τη μεγαλύτερη πιθανότητα των ατόμων υψηλότερης κοινωνικής θέσης να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και, κατ' επέκταση, να διαγνωστεί κάποια ασθένειά τους (Anand κ.ά., 2001). Επομένως, η αυτοαξιολόγηση της υγείας ως κακής δεν εκφράζει τόσο τη χειρότερη υγεία όσο την υψηλότερη δυνατότητα χρήσης των υγειονομικών υπηρεσιών. Χρησιμοποιώντας άλλους πιο αντικειμενικούς τρόπους μέτρησης θα μπορούσαμε να διαπιστώσουμε πιο απότομες κοινωνικοοικονομικές διαβαθμίσεις της υγείας, με τους φτωχούς να συνδέονται με χαμηλότερα επίπεδα (Anand κ.ά., 2001).

Ο Hausman (2015) ομαδοποιεί τις θεωρίες για την ευημερία στις παρακάτω κατηγορίες, οι οποίες σχετίζονται και με τον τρόπο μέτρησης της υγείας: α) η ευημερία συνίσταται σε ψυχικές καταστάσεις, όπως είναι η ευτυχία, η απόλαυση ή η ικανοποίηση από τη ζωή, β) η ευημερία αποτελεί ένα ζήτημα φυσικής και ψυχικής ευδαιμονίας (flourishing) μαζί με την επιτυχία σε ένα

¹⁷⁹ Για τη θέση του Sen (1992) αναφορικά με το «inability to desire», σύμφωνα με το οποίο οι προτιμήσεις των ατόμων επηρεάζονται από τις εμπειρίες του κοινωνικού περιβάλλοντος, βλ. το προηγούμενο κεφάλαιο αναφορικά με την κοινωνική δικαιοσύνη στην υγεία και, ειδικότερα, τα μειονεκτήματα της προσέγγισης του welfarism.

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

σημαντικό σχέδιο ζωής, γ) η ευημερία συνίσταται σε ένα σύνολο αντικειμενικών αγαθών, όπως είναι η ευχαρίστηση, οι προσωπικές σχέσεις, τα επιτεύγματα και η ανθρώπινη αξιοπρέπεια, και δ) η ευημερία έγκειται στην ικανοποίηση των επιθυμιών ή των προτιμήσεων.

Για να αξιολογηθεί η ποιότητα ζωής ενός ατόμου ή μιας ομάδας του πληθυσμού απαιτείται ένα συγκριτικό σημείο αναφοράς. Αυτό μπορεί να είναι είτε ο γενικός πληθυσμός είτε ένας άλλος πληθυσμός ή μια ομάδα με παρόμοια ή και διαφορετικά χαρακτηριστικά είτε οι εκτιμήσεις για τα ίδια άτομα ή ομάδα κατά το παρελθόν (Υφαντόπουλος και Σαρρής, 2001). Σε αυτήν την τελευταία περίπτωση, βεβαίως, αυξάνεται η πιθανότητα μεροληπτικού συμπεράσματος, λόγω των προβλημάτων που ακολουθούν τους περιορισμούς του αναδρομικού χαρακτήρα των απαντήσεων ή, διαφορετικά, το σφάλμα ανάκλησης (recall bias). Με άλλα λόγια, ο συνεντευξιαζόμενος ενδέχεται να αδυνατεί να θυμάται με ακρίβεια τις εμπειρίες ή την κατάστασή του στο παρελθόν.

Τα ερωτηματολόγια της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής γενικού επιπέδου αξιολογούν διάφορες διαστάσεις της υγείας των ατόμων ανεξαρτήτως των κοινωνικοδημογραφικών ή επιδημιολογικών χαρακτηριστικών τους. Συνήθως, αυτά τα εργαλεία εκτιμούν τη σωματική και την κοινωνική λειτουργικότητα, την ψυχική υγεία, καθώς και την αυτοαξιολογούμενη κατάσταση γενικής υγείας. Το πλεονέκτημα αυτών των εργαλείων σχετίζεται με τη δυνατότητα εφαρμογής τους στον γενικό πληθυσμό, καθώς και με τη δυνατότητα πραγματοποίησης συγκρίσεων μεταξύ ατόμων ή ομάδων του πληθυσμού που παρουσιάζουν διαφορετικές καταστάσεις υγείας. Από την άλλη πλευρά, τα εργαλεία αυτά αδυνατούν να συμπεριλάβουν τις ιδιαιτερότητες που παρουσιάζουν συγκεκριμένες ασθένειες και καταστάσεις υγείας, ένα μειονέκτημα που αιτιολογεί την εφαρμογή προσαρμοσμένων ερωτηματολογίων (Υφαντόπουλος, 2007)¹⁸⁰.

¹⁸⁰ Για τη μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής βλ. και την ενότητα για την προσέγγιση του extra-welfarism.

3.3. Οι περίοδοι της εμπειρικής έρευνας στις ανισότητες υγείας

Οι Adler και Stewart (2010) διαχωρίζουν την έρευνα στις ανισότητες υγείας σε πέντε βασικές περιόδους:

- Η πρώτη περίοδος χρησιμοποίησε το όριο της φτώχειας ως έναν κατηγορικό κοινωνικοοικονομικό προσδιοριστή της υγείας.
- Η δεύτερη εξέτασε την ύπαρξη μιας διαβάθμισης στη σχέση μεταξύ της κατάστασης υγείας και της κοινωνικοοικονομικής θέσης, η οποία πλέον προσδιορίζεται όχι μόνο σε σχέση με το εισόδημα, αλλά λαμβάνονται υπόψη και άλλοι κοινωνικοί πόροι, όπως είναι η εκπαίδευση και η απασχόληση.
- Η τρίτη περίοδος εστίασε στον προσδιορισμό των συγκεκριμένων μηχανισμών που δημιουργούν τη διαβαθμισμένη σχέση μεταξύ του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και της υγείας.
- Η τέταρτη περίοδος προσέθεσε στα προηγούμενα τη μελέτη των παραγόντων του γεωγραφικού και γενικότερου πλαισίου στο οποίο διαβιών τα άτομα και εισήγαγε την πολυεπίπεδη ανάλυση.
- Τέλος, η πέμπτη περίοδος εξετάζει τις διαδράσεις μεταξύ των παραγόντων διαφορετικού επιπέδου.

Κάθε μία από τις παραπάνω περιόδους εμβάθυνε τις αναζητήσεις της προηγούμενης προσθέτοντας επιπλέον πολυπλοκότητα στο ερευνητικό πεδίο, χωρίς, όμως, αυτό να σημαίνει ότι τα ερωτήματα των προηγούμενων περιόδων έπαυαν να παρουσιάζουν επιστημονικό ενδιαφέρον στο πλαίσιο της εκάστοτε νέας ερευνητικής φάσης.

3.3.1. Η πρώιμη περίοδος μελέτης της σχέσης της ακραίας υλικής στέρξης με ασθένειες

Η αναγνώριση της ύπαρξης κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία έλκει τις ρίζες της από τις πρώτες κοινωνικές έρευνες του 19^{ου} αιώνα στη Μ. Βρετανία. Οι μελέτες αυτές κατέγραψαν κοινωνικές διαφοροποιήσεις ως προς τον τρόπο διαβίωσης, τις συνθήκες εργασίας και τον θάνατο (Farr, 1859· Rowntree, 1901·

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

Booth, 1903), συμβάλλοντας στην ανάληψη μιας σειράς κοινωνικών μέτρων για την άσκηση δικαιότερης οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής.

Αν και οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία συγκέντρωσαν σημαντική επιστημονική προσοχή μετά τη δημοσίευση της έκθεσης Black το 1980 (Department of Health and Social Security, 1980), η έκθεση αυτή αποτελούσε μέρος μιας μακράς παράδοσης ενδιαφέροντος για τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και της σχέσης τους με τη δημόσια υγεία στη Μ. Βρετανία. Επαναλαμβανόμενες μελέτες είχαν τεκμηριώσει τη σταθερή ύπαρξη ανισοτήτων υγείας μεταξύ των κοινωνικοεπαγγελματικών κατηγοριών για περισσότερο από 70 χρόνια πριν την έκθεση Black (Registrar General, 1913· Stevenson, 1928· Titmuss, 1944· Logan, 1954). Επομένως, υφίστατο μια σχετική επιστημονική συμφωνία αναφορικά με τον υψηλότερο κίνδυνο εκδήλωσης ασθένειας ή πρόωρου θανάτου στα φτωχότερα στρώματα του πληθυσμού. Ωστόσο, στις αρχές του 20^{ου} αιώνα υπήρχε μια διαφωνία ως προς τα αίτια της κοινωνικής διαφοροποίησης στην κατάσταση υγείας. Από τη μια πλευρά, υπήρχαν εκείνοι που θεωρούσαν ότι η σχέση της κοινωνικής θέσης με την υγεία οφειλόταν σε κληρονομούμενα (ή και επίκτητα) οργανικά και συμπεριφορικά χαρακτηριστικά (hereditarians). Επομένως, θεωρείτο ότι η κοινωνική τάξη εξέφραζε τη γενετική κληρονομικότητα και τα μέλη του εργατικού στρώματος συνδέονταν με υποδεέστερες φυσικές και πνευματικές δυνατότητες. Από την άλλη πλευρά, υπήρχαν εκείνοι που έδιναν έμφαση στις πιθανές βλαπτικές επιδράσεις του περιβάλλοντος (environmentalists) και ιδίως στις κακές συνθήκες διαβίωσης και εργασίας, τις οποίες θεωρούσαν αποτρέψιμες, αλλά και κάποιοι άλλοι που υποστήριζαν ορισμένες θεωρίες περί μητρικής άγνοιας ή ανευθυνότητας, αναφερόμενες κυρίως στο φαινόμενο της βρεφικής θνησιμότητας (Macintyre, 1997a).

Στις δεκαετίες του '60 και του '70 το επιστημονικό ενδιαφέρον στην υγεία επικεντρωνόταν κυρίως στην υγειονομική περίθαλψη. Ωστόσο, το 1974 έλαβε χώρα ένα συμπόσιο ειδικά για τις ανισότητες υγείας, επαναφέροντας αυτό το θέμα στην πολιτική ατζέντα. Στα μέσα αυτής της δεκαετίας δινόταν έμφαση κυρίως στην προσωπική ευθύνη του ατόμου για την υγεία του, η οποία σχετιζόταν με τη συγκεκριμένη επιλογή του για τον τρόπο ζωής του (Macintyre,

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

1997a). Σε διεθνές επίπεδο, βέβαια, το σχετικό θεωρητικό πλαίσιο ήταν πιο ευρύ. Για παράδειγμα, μια σχετική έκθεση υγείας στον Καναδά αναγνώρισε τη σημαντικότητα για την ανθρώπινη υγεία όχι μόνο της ανθρώπινης βιολογίας και του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, αλλά και του περιβάλλοντος του ατόμου (Lalonde, 1974).

Μέχρι τη δεκαετία του '80, η πλειοψηφία των μελετών των ανισοτήτων υγείας εστίαζε στις επιπτώσεις της φτώχειας στη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα των ατόμων Σύμφωνα με το κυρίαρχο υπόδειγμα, οι διαφορές στη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα συνιστούσαν το αποτέλεσμα της ακραίας υλικής αποστέρησης. Σε αυτό το πλαίσιο, μεταφορές εισοδήματος προς τα φτωχότερα στρώματα θα μπορούσαν να βελτιώσουν την υγεία των φτωχών ατόμων μόνο μέχρι αυτά να ανέλθουν πάνω από το όριο της φτώχειας, καθώς κατόπιν η επίπτωση του εισοδήματος στην υγεία τους είναι ελάχιστη ή και μηδαμινή. Έτσι, άλλες διαστάσεις της κοινωνικοοικονομικής θέσης δεν βρίσκονταν στο επίκεντρο της έρευνας σε αυτήν την περίοδο (Adler και Stewart, 2010). Υπήρχαν, βέβαια, και κάποιες σημαντικές εξαιρέσεις, όπως το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο του Engel (1977), το οποίο τόνιζε τη σημασία των κοινωνικών, ψυχολογικών και συμπεριφορικών παραγόντων στην εκδήλωση ασθενειών, καθώς και οι υγειογενετικές (salutogenetic) διαστάσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος κατά τον Antonovsky (1979), που υπήρξε ο προάγγελος των μελετών για την επίπτωση της κοινωνικής συνοχής και του κοινωνικού κεφαλαίου στην υγεία. Επιπλέον, δημοσιεύθηκαν και κάποιες μελέτες, ιδίως στις Η.Π.Α., για τις φυλετικές διαφορές στο επίπεδο υγείας, χωρίς όμως να εξετάζονται από τη σκοπιά των συνεπειών των κοινωνικοοικονομικών διακρίσεων (Adler κ.ά., 1994).

3.3.2. Η έκθεση Black και πέρα από αυτήν

Η έκθεση Black (Department of Health and Social Security, 1980) ήταν το αποτέλεσμα της ομάδας ειδικών για τις ανισότητες υγείας που είχε συγκροτηθεί το 1977 από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης του Η.Β., και τελούσε τις εργασίες της υπό την προεδρία του Sir Douglas Black. Η έκθεση αυτή περιλάμβανε: α) περιγραφή των διαφορών στη θνησιμότητα, τη

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

νοσηρότητα και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας ανάμεσα στις διάφορες επαγγελματικές κατηγορίες, τις διαχρονικές τάσεις αυτών και μια σύγκριση με άλλες βιομηχανικές χώρες, β) μια ανάλυση των πιθανών εξηγήσεων αυτών των ανισοτήτων και γ) συστάσεις για μελλοντικές έρευνες.

Η έκθεση Black αρχικά επιβεβαίωσε την ύπαρξη αξιοσημείωτων ανισοτήτων τόσο στη θνησιμότητα όσο και στην εκδήλωση ασθενειών και τη χρήση υπηρεσιών υγείας εις βάρος των επαγγελματικών κατηγοριών χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού στάτους (Department of Health and Social Security, 1980). Επιπλέον, προχώρησε στη διαμόρφωση του πρώτου θεωρητικού πλαισίου για τις ανισότητες υγείας, προσδιορίζοντας τέσσερις πιθανές βασικές εξηγήσεις του φαινομένου, το οποίο θα μπορούσε να είναι απόρροια: α) ενός κατασκευάσματος των σφαλμάτων κατά τη μέτρησή τους, β) της κοινωνικής επιλογής, γ) της συμπεριφοράς των ατόμων και δ) των κοινωνικών, ψυχολογικών και υλικών συνθηκών διαβίωσης των ατόμων.

Κατά την Macintyre (1997a), κάθε μία από τις παραπάνω θεωρήσεις αποτελείται από μια «αυστηρή» (hard) και μια «ήπια» (soft) εκδοχή. Κατά την αυστηρή εκδοχή της πρώτης πιθανής εξήγησης, δεν υπάρχει πραγματική σχέση μεταξύ της κοινωνικής τάξης και της υγείας, αλλά αυτή προκύπτει ως κατασκευάσμα του τρόπου με τον οποίον προσεγγίζονται μετρικά τα κοινωνικά φαινόμενα. Αντίθετα, η ήπια εκδοχή της αναγνωρίζει την επίδραση του τρόπου μέτρησης των μεταβλητών στο μέγεθος των ανισοτήτων, χωρίς όμως αυτό να ακυρώνει την ίδια την ύπαρξή τους.

Σύμφωνα με την εξήγηση της κοινωνικής/φυσικής επιλογής, υφίσταται πράγματι μια σχέση μεταξύ της κοινωνικής θέσης και της υγείας, αλλά η φορά της αιτιότητας είναι αντίστροφη, δηλαδή είναι η κατάσταση υγείας εκείνη που διαμορφώνει τις κοινωνικοοικονομικές περιστάσεις και όχι το αντίστροφο (αυστηρή εκδοχή). Η πιο ήπια ερμηνεία αυτής της οπτικής αποδίδει στην υγεία έναν ρόλο περισσότερο άμεσου ή έμμεσου επηρεασμού, παρά εκείνου του προσδιορισμού των διαδικασιών κοινωνικής επιλογής. Για παράδειγμα, είναι πιθανό αφενός κάποια προβλήματα υγείας κατά την παιδική ηλικία να οδηγήσουν σε χαμηλότερες εκπαιδευτικές επιδόσεις, επηρεάζοντας αρνητικά τη μελλοντική δυνατότητα για επαγγελματικά επιτεύγματα, και αφετέρου η

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

εκδήλωση κάποιας ασθένειας να οδηγήσει και ευθέως στην απώλεια της θέσης εργασίας κατά την ενήλικη ζωή (Macintyre, 1997a).

Η τρίτη θεωρητική εξήγηση των ανισοτήτων υγείας αναφέρεται στις βλαπτικές για την υγεία συμπεριφορές των ατόμων χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Ενώ, όμως, η αυστηρή εκδοχή της αποδίδει σε αυτήν τη συμπεριφορά έναν ανεξάρτητο, αυτόνομο χαρακτήρα, που σχετίζεται με την προσωπική ευθύνη του κάθε ατόμου, η ήπια αναγνωρίζει την ενσωμάτωσή της στις κοινωνικές δομές (Benzval κ.ά., 2014). Έτσι, η κακή διαίτα, το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ δεν εξηγούν τις κοινωνικοοικονομικές διαφορές στην κατάσταση υγείας, αλλά τείνουν να είναι πιο διαδεδομένες μεταξύ των χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων (Macintyre, 1997a).

Η θεωρία της κοινωνικής αιτιότητας, στην οποία και δόθηκε η έμφαση από την έκθεση Black, συχνά ταυτίζεται με μια «υλική προσέγγιση» των ανισοτήτων υγείας, κατά την οποία η κοινωνική μειονεξία των ατόμων δημιουργεί προβλήματα στην υγεία τους μόνο μέσω των υλικών στερήσεων που συνδέονται με αυτήν (Macintyre, 1997a). Ωστόσο, μια πιο ήπια ερμηνεία τονίζει τόσο τις υλικές όσο και τις ψυχοκοινωνικές συνθήκες διαβίωσης, όπως είναι η ικανοποίηση από την εργασία και η σχετιζόμενη με αυτήν φυσική και ψυχολογική καταπόνηση.

Η έκθεση Black (Department of Health and Social Security, 1980) κατέληγε στην απόρριψη των αυστηρών ερμηνειών του στατιστικού κατασκευάσματος, της κοινωνικής επιλογής και της ατομικής ευθύνης για τις ανθυγιεινές συμπεριφορές και στην υιοθέτηση τόσο της υλικής όσο και της ψυχοκοινωνικής κοινωνικής αιτιότητας. Με αυτό τον τρόπο προσπάθησαν να αποφύγουν κάποια επιχειρήματα εκείνης της περιόδου που δεν απέδιδαν στις ανισότητες υγείας ένα χαρακτήρα άξιο πολιτικής παρέμβασης. Τέλος, η ομάδα εργασίας έδωσε επίσης έμφαση στην εκπαίδευση ως κοινωνικοοικονομικό παράγοντα αλλά και στην αγωγή υγείας, στα άτομα με ειδικές ανάγκες και στις επιζήμιες για την υγεία συμπεριφορές (Macintyre, 1997a).

3.3.3. Κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση της υγείας

Κατά τη δεύτερη περίοδο της έρευνας των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας, που ξεκίνησε από τα μέσα της δεκαετίας του '80, συνεχίστηκε και καθιερώθηκε το επιστημονικό πεδίο των ανισοτήτων υγείας. Οι μελέτες Whitehall I (Marmot κ.ά., 1984) και II (Marmot κ.ά., 1991· Marmot και Brunner, 2005) σε Βρετανούς δημοσίους υπαλλήλους ενδυνάμωσε την υπόθεση για την ύπαρξη μιας διαβαθμισμένης σχέσης μεταξύ του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και της υγείας, σε αντίθεση με την πρωταρχικότητα του ορίου υλικής αποστέρησης που είχε αναδείξει η προηγούμενη περίοδος. Συγκεκριμένα, οι μελέτες Whitehall τεκμηρίωσαν αρχικά την ύπαρξη μιας αντίστροφης συνεχούς σχέσης μεταξύ της θέσης στην επαγγελματική ιεραρχία και των δεικτών της θνησιμότητας και της νοσηρότητας, με τα άτομα των χαμηλότερων βαθμίδων να παρουσιάζουν χειρότερα αποτελέσματα υγείας σε σχέση με εκείνα των υψηλότερων. Ακόμη περισσότερο, το γεγονός πως το επίπεδο διαβίωσης των συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν πάνω από το επίπεδο της υλικής αποστέρησης, έθετε σε αμφισβήτηση τη σημασία του ορίου της φτώχειας στην αιτιολόγηση των ανισοτήτων υγείας και ταυτόχρονα αναδείκνυε τη σημασία άλλων προσδιοριστών της κοινωνικοοικονομικής θέσης. Επιπλέον, καθώς υπήρχε όμοια και καθολική πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη ανάμεσα στους δημοσίους υπαλλήλους, ο ρόλος της διαφοροποιημένης πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας στη δημιουργία των ανισοτήτων υγείας αναπόφευκτα έχανε τη σπουδαιότητά του (Adler και Stewart, 2010). Συνεπώς, η κοινωνική επιδημιολογία στόχευε όχι μόνο στην ταυτοποίηση των αιτιών της εκδήλωσης ασθενειών σε συγκεκριμένα άτομα, αλλά και στη διαφορετική κατανομή αυτών μεταξύ των κοινωνικών ομάδων (Venkatapuram και Marmot, 2015).

Την περίοδο αυτή μελετήθηκε επίσης και το χρονικό διάστημα γένεσης των ανισοτήτων υγείας, καθώς και η έντασή τους κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου. Η ύπαρξη διαφοροποιήσεων στην υγεία διαπιστώθηκε από τη γέννηση ακόμη, όπως είναι οι περιπτώσεις της πρόωρης γέννας και του χαμηλού βάρους του εμβρύου, οι οποίες συνδέονταν με το χαμηλότερο εισόδημα ή/και επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας (Wise κ.ά., 1985· Kramer

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

κ.ά., 2000). Η χαμηλή κοινωνικοοικονομική θέση των γονέων σχετίστηκε επιπλέον και με μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης προβλημάτων υγείας, όπως είναι οι χρόνιες παθήσεις και οι τραυματισμοί, κατά την παιδική ηλικία (Chen κ.ά., 2002). Αυτές οι πρώιμες αρνητικές εμπειρίες υγείας ενδέχεται μάλιστα να επηρεάζουν δυσμενώς τις προοπτικές του μελλοντικού εισοδήματος (Smith, 1999) και του επιπέδου υγείας του ατόμου κατά την ενήλικη ζωή του (Smith, 2004). Τα αποτελέσματα των μελετών για την περίοδο της εφηβείας δεν είχαν σαφή κατεύθυνση, καθώς κάποιες έρευνες τεκμηριώναν τη διατήρηση της κοινωνικοοικονομικής διαβάθμισης της υγείας (Case κ.ά., 2001), ενώ άλλες διαπίστωναν τη μείωση των σχετικών ανισοτήτων υγείας (Wise κ.ά., 1985). Οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας εμφανίζονταν να κορυφώνονται κατά την ενήλικη ζωή, καθώς αθροίζονται οι προηγούμενες αρνητικές εμπειρίες της έκθεσης σε δυσμενή κοινωνικοοικονομικά περιβάλλοντα, ενώ παρουσιάζονταν να συρρικνώνονται στους ηλικιωμένους, λόγω της ύπαρξης κοινωνικών και κρατικών δικτύων ασφαλείας (Adler και Stewart, 2010).

3.3.4. Οι μηχανισμοί ανάμεσα στο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και την υγεία

Κατά την τρίτη περίοδο διερεύνησης των ανισοτήτων υγείας, έμφαση δόθηκε στα θεωρητικά υποδείγματα και τους μηχανισμούς διαμέσου των οποίων οι διάφορες ψυχοσωματικές και συμπεριφορικές διαδικασίες συνδέουν το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο με τις εκβάσεις υγείας (Adler και Stewart, 2010). Επίσης, συνέχισαν να δίνονται στις μελέτες των προηγούμενων περιόδων αναφορικά με τη σημασία των υλικών πόρων στην υγεία. Ωστόσο, η σχετική έρευνα επεκτάθηκε σε νεο-υλιστικές (neo-materialist) προσεγγίσεις, ξεφεύγοντας από τον οικονομικό ντετερμινισμό, ενώ διερευνήθηκε και η επίδραση του ευρύτερου πλαισίου του ατόμου, καθώς και του περιβάλλοντος. Παράλληλα, συνεχίστηκε η έρευνα των μηχανισμών διαμέσου των οποίων το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο επιδρά στην υγεία των παιδιών και των εφήβων (Adler και Stewart, 2010).

Οι Lynch κ.ά. (2000) εξέτασαν τους διάφορους μηχανισμούς με τους οποίους συνδέεται η οικονομική ανισότητα με την υγεία. Σύμφωνα με αυτούς

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

τους ερευνητές, διάφορες ιστορικές, πολιτισμικές και πολιτικοοικονομικές διαδικασίες διαμορφώνουν τη διαθεσιμότητα των ιδιωτικών πόρων, καθώς και τις επενδύσεις σε δημόσιες υποδομές (όπως η παιδεία, οι υπηρεσίες υγείας και η περιβαλλοντική προστασία), διαμορφώνοντας τις νεο-υλικές συνθήκες διαβίωσης των ατόμων, που επηρεάζουν τόσο την ατομική όσο και τη μέση υγεία του πληθυσμού. Άλλοι συγγραφείς, όπως ο Wilkinson (1996), ασχολήθηκαν με τους ψυχοκοινωνικούς μηχανισμούς της ανισοκατανομής του εισοδήματος, τους οποίους και αξιολόγησαν ως τους πιο σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη μέση υγεία του πληθυσμού στις ανεπτυγμένες χώρες. Επιπλέον, τεκμηριώθηκε ότι το χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου περιβάλλον εκθέτει τα άτομα πιο συχνά και με περισσότερη ένταση σε στρεσογόνους παράγοντες, ενώ ταυτόχρονα παρέχει και λιγότερους πόρους για την αντιμετώπισή τους (Stephoe και Feldman, 2001· Feldman και Steptoe, 2004).

Στις Η.Π.Α., λόγω της μη καθολικής υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού, το επιστημονικό ενδιαφέρον συγκέντρωσε η μελέτη της άνισης πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη ως αιτία των κοινωνικοοικονομικών και φυλετικών ανισοτήτων υγείας (Adler και Stewart, 2010). Αναφορικά με τις βλαπτικές για την υγεία συμπεριφορές, αναδείχτηκε η άρρηκτη σύνδεσή τους με τη χαμηλή κοινωνικοοικονομική θέση. Έτσι, ο επιπολασμός του καπνίσματος βρέθηκε να είναι μεγαλύτερος ανάμεσα σε άτομα χαμηλότερης εκπαίδευσης και εισοδήματος, καθότι εκείνα που βρίσκονται σε υψηλότερες θέσεις στην κοινωνική ιεραρχία έχουν καλύτερη πρόσβαση στην πληροφόρηση για τις αρνητικές συνέπειές του, ενώ διαθέτουν και περισσότερους πόρους στη διάθεση τους για να διακόψουν το κάπνισμα.

Παρόμοιο μοτίβο διαπιστώθηκε να ισχύει και στην παχυσαρκία, η οποία σχετίζεται με την κακή διαίτα και την έλλειψη φυσικής άσκησης. Ωστόσο, εκτός από την οικονομική δυνατότητα των ατόμων, ερευνήθηκε και η επίπτωση των εξωτερικών παραγόντων του περιβάλλοντος στην υγεία ή τη συμπεριφορά που σχετίζεται με την υγεία, όπως είναι η εγγύτητα διάθεσης υγιεινού φαγητού και η ύπαρξη εξωτερικών χώρων για φυσικές δραστηριότητες, οι οποίοι συνδέονται με το ευρύτερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της περιοχής (Adler και Stewart,

2010). Σε αυτό το πλαίσιο, γενικότερα μελετήθηκε και η έκθεση σε περιβαλλοντικούς κινδύνους της υγείας, όπως είναι οι χημικές και οι τοξικές ουσίες. Διαπιστώθηκε, λοιπόν, ότι άτομα με χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο συνδέονται με μεγαλύτερο κίνδυνο να είναι εκτεθειμένοι σε ατμοσφαιρική ρύπανση και μόλυνση των υδάτων (Evans και Kantrowitz, 2002).

3.3.5. Επιδράσεις πολλαπλών επιπέδων

Κατά την επόμενη περίοδο, η έρευνα συνεχίστηκε στους διάφορους μηχανισμούς παραγωγής των ανισοτήτων υγείας, εξετάζοντας παράλληλα με τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του ατόμου και εκείνα της περιοχής και της κοινότητας στην οποία διαβίει. Τα συγκεντρωτικά χαρακτηριστικά της περιοχής χρησιμοποιούνταν σε προηγούμενες –οικολογικές κυρίως– μελέτες ως δείκτες των ατομικών ιδιοτήτων των κατοίκων (Adler και Stewart, 2010). Ωστόσο, οι νέες έρευνες έδειξαν ότι η υγεία των κατοίκων μπορεί να επηρεάζεται από τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά της περιοχής με διαδικασίες που λειτουργούν στο ευρύτερο πλαίσιο και ανεξάρτητα από τους ατομικούς κοινωνικοοικονομικούς πόρους (Pickett και Pearl, 2001). Έτσι, διαπιστώθηκαν ανεξάρτητες επιδράσεις της περιοχής στη θνησιμότητα των κατοίκων, με τον σχετικό κίνδυνο να είναι αυξημένος στις πιο φτωχές ή υποβαθμισμένες γειτονιές (Anderson κ.ά., 1997· Sloggett και Joshi, 1998). Στατιστικά σημαντικές επιπτώσεις της περιοχής στην υγεία τεκμηριώθηκαν σε σχέση τόσο με τη βρεφική και την παιδική υγεία, καθώς σε περιοχές με υψηλότερη ανεργία βρέθηκε να υπάρχει μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης χαμηλού βάρους κατά τη γέννηση (O'Campo κ.ά., 1997), όσο και με την αυτοαξιολογούμενη υγεία (self-rated health) (Robert, 1998) και τη νοσηρότητα (Jones και Duncan, 1995· Diez-Roux κ.ά., 1997). Αναφορικά με τις συμπεριφορές υγείας, οι έρευνες επικεντρώθηκαν στην οικολογική ενσωμάτωση των παραγόντων κινδύνου εκδήλωσης ασθενειών που επηρεάζονται από το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (Adler και Stewart, 2010). Διαπιστώθηκε, λοιπόν, αυξημένη πιθανότητα καπνίσματος σε υποβαθμισμένες περιοχές (Kleinschmidt κ.ά., 1995), ενώ η κακή διατροφή και η κατανάλωση αλκοόλ βρέθηκαν να είναι συνηθέστερες ανάμεσα σε εφήβους σε περιοχές

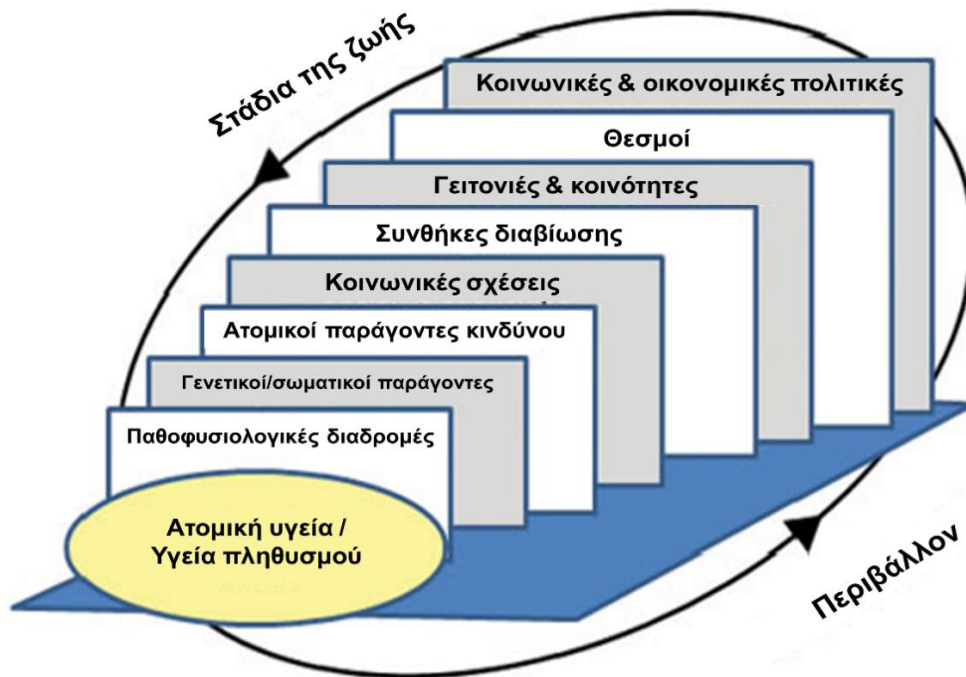
χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης και υψηλής ανεργίας (Karvonen και Rimpelä, 1996).

3.3.6. Διαδράσεις και συνδυασμοί μεταξύ των παραγόντων

Αν και η προηγούμενη περίοδος διερεύνησε το ζήτημα της επίπτωσης των προσδιοριστών της υγείας που λειτουργούν πέρα από το ατομικό επίπεδο, η εμβάθυνση στις διαδράσεις μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων επίδρασης πραγματοποιήθηκε σε επόμενη ερευνητική φάση (**Γράφημα 3-2**). Οι Winkleby κ.ά. (2006) έδειξαν ότι το υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της περιοχής δεν βελτιώνει τις πιθανότητες θνησιμότητας σε άτομα χαμηλής κοινωνικοοικονομικής θέσης, τα οποία φαίνεται να μην μπορούν να εκμεταλλευτούν την υψηλότερη διαθεσιμότητα πόρων. Σύμφωνα με τους ερευνητές αυτούς, η υστέρηση που βιώνουν τα άτομα σε σχέση με τους υπόλοιπους κατοίκους ενδεχομένως να τους στερεί από πόρους που είναι απαραίτητοι για να αντιμετωπίσουν στρεσογόνα συμβάντα. Επιπλέον, αυτή η σχετική κοινωνική μειονεξία τους μπορεί να συνδυάζεται με χαμηλότερη κοινωνική υποστήριξη και αίσθηση ελέγχου, επιβαρύνοντας τον πραγματικό ή και τον αντιλαμβανόμενο κοινωνικό αποκλεισμό και επιτείνοντας τις κοινωνικές διακρίσεις. Αυτοί οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες επιδρούν στην υγεία των ατόμων τόσο άμεσα, μέσω της νευροενδοκρινικής ή ανοσολογικής λειτουργίας, όσο και έμμεσα, επηρεάζοντας τον τρόπο ζωής τους. Παρόμοια, διαπιστώθηκε διακύμανση στο μέγεθος των εθνικών/φυλετικών ανισοτήτων υγείας αναλόγως των χαρακτηριστικών της περιοχής (Subramanian κ.ά., 2005) αλλά και διαφορετική υγειονομική επίδραση των κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών αναλόγως της φυλετικής/εθνοτικής ομάδας (Erel κ.ά., 2004).

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

Γράφημα 3-2 Πολυεπίπεδο υπόδειγμα παραγωγής της ασθένειας



Πηγή: Kaplan (2002)

Σε αυτήν την περίοδο, παράλληλα με την ανάδειξη των πολύπλοκων διαδράσεων μεταξύ των διαφορετικού επιπέδου παραγόντων, πραγματοποιείται και μια προσπάθεια διερεύνησης της αιτιότητας αυτής καθαυτήν. Καθότι η πλειοψηφία των σχετικών μελετών μέχρι τότε ήταν συγχρονικές (cross-sectional), δεν μπορούσαν να αποκλείσουν τη δυνατότητα παρουσίας σχέσεων ενδογένειας ή και αντίστροφης αιτιότητας (Adler και Stewart, 2010). Αυξανόμενα, λοιπόν, αρχίζουν να διεξάγονται έρευνες κοόρτης (cohort studies), οι οποίες, χρησιμοποιώντας διαχρονικά δεδομένα και νέες τεχνικές, ερευνούν την κατεύθυνση της αιτιότητας μεταξύ της κοινωνικοοικονομικής βαθμίδας και της υγείας (Benzeval και Judge, 2001).

3.3.7. Δομικές αιτίες των ανισοτήτων υγείας

Το μεγαλύτερο μέρος της έρευνας των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας την τελευταία εικοσαετία ακολούθησε την κυρίαρχη προσέγγιση του υποδείγματος της κοινωνικής επιδημιολογίας, δηλαδή εκείνο των παραγόντων κινδύνου (risk factor model). Στο πλαίσιο αυτό, κύριο μέλημα υπήρξε η μελέτη των αιτιωδών σχέσεων και των βιολογικών διαδρομών που εξηγούν την επίδραση της κοινωνικοοικονομικής θέσης στην υγεία στο επίπεδο του ατόμου

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

(Gaitonde, 2018). Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται και μια τάση της βιβλιογραφίας για τη μελέτη των παραγόντων του ευρύτερου κοινωνικού πλαισίου, όπως είναι η επίπτωση του πολιτικού συστήματος, των κοινωνικοπολιτικών σχέσεων και διαδικασιών και των δημοσίων πολιτικών στην υγεία του πληθυσμού και τις ανισότητες υγείας. Ένα συγκεκριμένο παρακλάδι, που εστιάζει στην πολιτική οικονομία της υγείας, διερευνά μάλιστα τις συνέπειες των διαφορετικών οργανώσεων του κράτους και των πολιτικών και οικονομικών συστημάτων. Η διαφορά με την παραδοσιακή προσέγγιση είναι ότι αυτούς τους παράγοντες δεν τους θεωρεί αμετάβλητους και στατικές ιδιότητες των ατόμων (Beckfield και Krieger, 2009). Ουσιαστικά, γίνεται διάκριση μεταξύ των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας και των κοινωνικών διαδικασιών διαμόρφωσης της κοινωνικής κατανομής τους (Graham, 2004). Αντίστοιχα, το θεωρητικό υπόδειγμα για τις ανισότητες υγείας της Επιτροπής για τους Κοινωνικούς Προσδιοριστές της Υγείας του Π.Ο.Υ. κάνει διάκριση μεταξύ α) των δομικών προσδιοριστών (ή κοινωνικών προσδιοριστών των ανισοτήτων υγείας), που εκφράζουν τη διάδραση μεταξύ του κοινωνικοπολιτικού πλαισίου, τους δομικούς μηχανισμούς παραγωγής της κοινωνικής διαστρωμάτωσης και της επακόλουθης κοινωνικής ιεράρχησης των ατόμων και β) των ενδιάμεσων προσδιοριστών της υγείας, που διαμεσολαβούν τις επιπτώσεις υγείας των δομικών προσδιοριστών (υλικές συνθήκες, ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, συμπεριφορικοί και βιολογικοί παράγοντες) (Solar και Irwin, 2010). Μια άλλη σχετική διάκριση που βρίσκουμε στη βιβλιογραφία είναι μεταξύ (Krieger, 2011):

- α. Των κοινωνικών (social) προσδιοριστών της υγείας, που προκύπτουν από το κοινωνικό περιβάλλον, όπως αυτό δομείται από τις κυβερνητικές πολιτικές και τις κοινωνικές ιεραρχίες, με τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας να προκύπτουν από τη διαφοροποιημένη έκθεση των κοινωνικών ομάδων σε αυτούς τους παράγοντες. Συνεπώς, οι κοινωνικοί προσδιοριστές αποτελούν «τις αιτίες των αιτιών» της ασθένειας.
- β. Των κοινωνικοπολιτικών (societal) προσδιοριστών της υγείας, ως τα πολιτικοοικονομικά συστήματα, οι συγκεκριμένες διευθετήσεις των οποίων διαμορφώνουν τις κοινωνικές ανισότητες υγείας μέσα από την

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

προώθηση των πολιτικών και οικονομικών συμφερόντων εκείνων των ομάδων που διαθέτουν τη μεγαλύτερη ισχύ και προνόμια. Επομένως, οι κοινωνικοπολιτικοί προσδιοριστές συνιστούν «τις αιτίες των αιτιών των αιτιών»

Οι Beckfield και Krieger (2009) πραγματοποίησαν μια επισκόπηση των εμπειρικών μελετών που διερευνούσαν τις ανισότητες υγείας σε σχέση με τα πολιτικά συστήματα, την πολιτική οικονομία και τις αλλαγές στην πολιτική (politics) και τις δημόσιες πολιτικές (public policies). Η επισκόπηση αυτή διαπίστωσε ότι οι σχετικές έρευνες μπορούν να ομαδοποιηθούν αναφορικά με τέσσερις πολιτικούς παράγοντες: 1) τη μετάβαση από μια συγκεντρωτική σε μια καπιταλιστική οικονομία, 2) τη νεοφιλελεύθερη αναδιοργάνωση των οικονομικών σχέσεων, 3) το κράτος πρόνοιας και τα καθεστώτα του κράτους πρόνοιας και 4) την πολιτική ενσωμάτωση των μειονεκτούντων φυλετικών/εθνοτικών και ιθαγενών ομάδων και γυναικών. Σε μια ανάλογη επισκόπηση, οι Muntaner κ.ά. (2011a) κατηγοριοποίησαν τις μελέτες που διερευνούσαν τις ανισότητες υγείας με βάση το αν ασχολούνταν με την υγειονομική επίπτωση των εξής πολιτικών παραγόντων: α) των δημοκρατικών θεσμών ή των πολιτικών δικαιωμάτων (δημοκρατία), β) την ενσωμάτωση των χωρών στα παγκόσμια δίκτυα εμπορίου, επενδύσεων και πολυεθνικών εταιριών (παγκοσμιοποίηση), γ) την πολιτική διάσταση (π.χ. αριστερή/δεξιά παράδοση) και δ) το καθεστώς ή άλλα χαρακτηριστικά του κράτους πρόνοιας.

3.4. Βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

Η επιστημονική θεωρία αναφέρεται σε ένα σύστημα ιδεών ή υποθέσεων που προβάλλεται ως ικανό για να καταστήσει κατανοητό ένα φαινόμενο (Popper, 2014). Στη συγκεκριμένη περίπτωση που μελετάμε, οι σχετικές θεωρίες θα πρέπει να εκφράζουν σε ένα ενιαίο εννοιολογικό πλαίσιο τις απώτερες αιτίες αλλά και τους εγγύτερους μηχανισμούς διαμέσου των οποίων δημιουργούνται οι ανισότητες υγείας μέσα σε ένα ορισμένο κοινωνικό πλαίσιο. Υιοθετούμε έναν σαφή διαχωρισμό μεταξύ των θεωριών γένεσης των ανισοτήτων υγείας και των συγκεκριμένων μηχανισμών τους, οι οποίοι και θα

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

παρουσιαστούν στην επόμενη υποενότητα. Οι θεωρίες των ανισοτήτων υγείας μπορεί να προτείνουν ή και να ταυτίζονται με συγκεκριμένους μηχανισμούς διαμέσου των οποίων το κοινωνικό περιβάλλον επηρεάζει την υγεία ή, ακόμη, και να μην εστιάζουν στις διαδρομές βιολογικής ενσωμάτωσης των συνθηκών του κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος. Η εξέλιξη στη γνώση για αυτούς τους μηχανισμούς προήλθε κυρίως από το κυρίαρχο υπόδειγμα κοινωνικής επιδημιολογίας της δημόσιας υγείας, όπου οι κοινωνικοοικονομικοί προσδιοριστές αντιμετωπίζονται ως παράγοντες κινδύνου. Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι μηχανισμοί αυτοί μπορούν να εφαρμοστούν σχεδόν στο σύνολό τους στις περισσότερες από τις παρακάτω θεωρίες.

3.4.1. Βασικό επιδημιολογικό υπόδειγμα των πολλαπλών ατομικών παραγόντων κινδύνου

Από τις αρχές του 19^{ου} αιώνα διάφορες μελέτες βασίζονταν στην υπόθεση της επίδρασης των κοινωνικών συνθηκών στην υγεία. Για παράδειγμα, ο Villermé εξέτασε τις διαφορές στη θνησιμότητα μεταξύ των φτωχών και των πλουσίων στρωμάτων στη Γαλλία, ο Virchow διερεύνησε τον ρόλο των κακών συνθηκών διαβίωσης στην επιδημία του τυφοειδούς πυρετού στη Γερμανία και ο Chadwick επισήμανε τα προβλήματα στη δημόσια υγεία που προκαλεί η μόλυνση του εδάφους, του αέρα και του νερού στην Αγγλία και προώθησε την εφαρμογή αποχετευτικών συστημάτων για τα αστικά απόβλητα (Honjo, 2004· Krieger, 2011).

Η έλευση της θεωρίας των μικροβίων στα τέλη του 19^{ου} αιώνα επισκίασε τη σημασία των κοινωνικών συνθηκών στην υγεία και οι επιδημιολογικές έρευνες επικεντρώνονταν πλέον στην ανεύρεση των μεμονωμένων παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων των μικροβίων που προκαλούσαν την κάθε ασθένεια (Honjo, 2004). Από τα μέσα του 20^{ου} αιώνα, τα κυρίαρχα υποδείγματα της επιδημιολογίας ήταν το βιοϊατρικό μοντέλο και ο τρόπος ζωής (lifestyle). Πρόκειται για μη θεωρητικές (atheoretical) προσεγγίσεις, οι οποίες έχουν τα παρακάτω βασικά χαρακτηριστικά (Krieger, 2011):

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

- α. Οι πραγματικές αιτίες της ασθένειας είναι οι βιοφυσικοί παράγοντες, τα γονίδια και οι παράγοντες κινδύνου, η έκθεση στους οποίους συνιστά συνέπεια κυρίως των ατομικών χαρακτηριστικών και συμπεριφορών.
- β. Αυτές οι αιτίες είναι επαρκείς για να εξηγήσουν τη συχνότητα των ασθενειών στον πληθυσμό.
- γ. Η διατύπωση υποθέσεων για την εμφάνιση των ασθενειών είναι ισοδύναμη με τη διατύπωση υποθέσεων για τις αιτίες τους σε σχέση με τους μηχανισμούς που λειτουργούν στο επίπεδο των βιολογικών οργανισμών, ενώ οι θεωρίες σε επίπεδο πληθυσμού δεν διαθέτουν κάποια επεξηγηματική σημαντικότητα.

Στόχος του βιοϊατρικού υποδείγματος είναι η κατανόηση της κανονικής και της μη κανονικής λειτουργίας του ανθρώπινου σώματος, από τον γονότυπο μέχρι τον φαινότυπο, και η παροχή της βάσης για προληπτικές ή θεραπευτικές παρεμβάσεις στην ανθρώπινη ασθένεια. Έμφαση, λοιπόν, δίνεται στην εργαστηριακή έρευνα και την ιατρική τεχνολογία και τους βιολογικούς προσδιοριστές της ασθένειας που είναι επιδεκτικοί παρέμβασης από το σύστημα υγείας. Επιπλέον, υιοθετείται η προσέγγιση του αναγωγισμού (reductionism), όπου οι αιτιώδεις διαδρομές εκκινούν από τις ιδιότητες των μερών και οι βιολογικοί οργανισμοί και οι ασθένειές τους γίνονται κατανοητές αποκλειστικά μέσω της γενετικής και της μοριακής βιολογίας και των βιολογικών διαδικασιών. Από την άλλη πλευρά, οι συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία συνιστούν ελεύθερα επιλεγμένους από το κάθε άτομο παράγοντες, οι οποίοι μπορούν να επηρεάσουν την υγεία μέσω ενδογενών διεργασιών παθογένειας (Krieger, 2011). Επομένως, η υπόθεση που γίνεται είναι ότι οι διαφοροποιήσεις που παρατηρούνται σε επίπεδο βιολογικών μηχανισμών οδηγούν στη διαμόρφωση των ανισοτήτων υγείας. Η προσέγγιση αυτή δεν ενδιαφέρεται για τις αιτίες που οδηγούν στην άνιση κατανομή των βιοφυσικών παραγόντων, των γονιδίων και των παραγόντων κινδύνου στον πληθυσμό, η οποία και οδηγεί στη διαμόρφωση των ανισοτήτων υγείας.

Τα ευρήματα των επιδημιολογικών ερευνών οδήγησαν στη συνένωση της βιοϊατρικής προσέγγισης και του τρόπου ζωής σε ένα υπόδειγμα πολλαπλής αιτιότητας ή «ιστού της αιτιότητας» (web of causation), σύμφωνα με το οποίο

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

κάθε ασθένεια οφείλεται σε πολλαπλούς παράγοντες που λειτουργούν πιθανοτικά και όχι ντετερμινιστικά ως προς την παραγωγή της ασθένειας (Honjo, 2004· Krieger, 2011). Τρεις σύγχρονες επεκτάσεις αυτού του υποδείγματος αποτελούν η επιγενετική επιδημιολογία, η εξελικτική ιατρική και οι «αναπτυξιακές πηγές της υγείας και της ασθένειας» (developmental origins of health and disease). Παρόλα αυτά, η επίπτωση του κοινωνικού περιβάλλοντος εξακολουθεί να παραμελείται από αυτήν την προσέγγιση και η έμφαση δίδεται στις άμεσες βιολογικές αιτίες των ασθενειών (Krieger, 2011).

3.4.2. Γενετικό υπόδειγμα και επιγενετική

Το γενετικό υπόδειγμα αναφέρεται στον ρόλο των γενετικών παραγόντων στη γένεση των ανισοτήτων υγείας. Γίνεται η υπόθεση, λοιπόν, ότι η κληρονομικότητα σε ορισμένα γενετικά χαρακτηριστικά εξηγεί τις διαφοροποιήσεις στην εκδήλωση των ασθενειών ή και στη συμπεριφορά και την ένταξη σε κοινωνικοοικονομική τάξη, που με τη σειρά τους μπορεί να επιδρούν στην υγεία (Holtzman, 2002). Συνεπώς, οι γενετικές διαφοροποιήσεις οδηγούν σε ανισότητες υγείας. Κατά τον Herrnstein (1971), εάν δεν υπήρχαν τα διάφορα κοινωνικά μέτρα ισότητας, τα άτομα θα κατηγοριοποιούνταν σε τάξεις λόγω των γενετικών παραγόντων, οι οποίες θα διαιωνίζονταν στις επόμενες γενεές εξαιτίας της κληρονομικότητας αυτών των γενετικών διαφοροποιήσεων. Η παραπάνω οπτική έχει εφαρμοσθεί κυρίως στις μελέτες για τις φυλετικές ή εθνικές ανισότητες και, καθότι έχει τις ρίζες της στην ευγονική, έχει προκαλέσει έντονη συζήτηση και αμφισβήτηση (Roux, 2012).

Ωστόσο, έχει διαπιστωθεί ότι το ποσοστό των γενετικών διαφοροποιήσεων σε σχέση με τη φυλή ή το έθνος είναι τελικά πολύ χαμηλό, με τους σχετικούς γονιδιακούς τόπους να αφορούν κυρίως σε κλιματικές διαφορές (Holtzman, 2002). Η φυλή ή το έθνος δεν αποτελούν καλούς δείκτες γενετικού υπόβαθρου, αλλά είναι κοινωνικές και ιστορικές κατασκευές και, επομένως, η αιτία των σχετικών κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας θα πρέπει να αναζητηθεί στις κοινωνικές, ιστορικές, πολιτισμικές και περιβαλλοντικές διαστάσεις τους (Braun, 2002· Roux, 2012). Παρόλα αυτά, η σχετική συζήτηση έχει αναζωπυρωθεί τα τελευταία χρόνια, με κάποιες μελέτες

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

–και μέσα από τις νέες δυνατότητες και στατιστικές τεχνικές έρευνας– να έχουν διαπιστώσει ότι κάποιες ομάδες γενετικών δεικτών μπορούν να ταξινομήσουν τα άτομα σε κατηγορίες, οι οποίες με τη σειρά τους σχετίζονται σημαντικά με τις φυλετικές/εθνικές ομάδες (Risch κ.ά., 2002· Rosenberg κ.ά., 2002· Roux, 2012).

Βέβαια, ακόμη και η ύπαρξη –μικρότερης ή μεγαλύτερης– γενετικής διαφοροποίησης δεν σημαίνει αυτομάτως ότι αυτές οι γενετικές διαφορές έχουν και κάποια ιατρική σημασία σχετιζόμενη με μια (σημαντική) αύξηση του κινδύνου για κάποιες κοινές νόσους. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα λαμβάνοντας υπόψη τη μέχρι σήμερα αδυναμία της πλήρους ταυτοποίησης των γονιδιακών παραγόντων όλων των ασθενειών. Ακόμη περισσότερο, δεν φαίνεται να εξηγούν όλες τις διαστάσεις των ανισοτήτων υγείας, οι οποίες αφορούν γενικότερα σε ένα ιδιαίτερα ευρύ σύνολο αποτελεσμάτων υγείας (Roux, 2012). Σε κάθε περίπτωση, έχει διαπιστωθεί ότι η γενετική ποικιλότητα είναι μεγαλύτερη εντός αυτών των γενετικά ταυτοποιημένων ομάδων, παρά μεταξύ τους (Rosenberg κ.ά., 2002). Επίσης, η υψηλή συσχέτιση της γονιδιακής μεταβλητότητας με τη φυλή ή το έθνος, αναπόφευκτα ακολουθείται από μια ανάλογη συσχέτιση με κοινωνικά και περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά, καθιστώντας πρακτικά αδύνατο τον διαχωρισμό του αντικτύπου μεταξύ των γονιδιακών και των κοινωνικών αιτιών (Roux, 2012).

Κατά τον Holtzman (2002), τα διάφορα πλεονεκτικά ατομικά γνωρίσματα δεν μπορούν να εξηγηθούν από συστηματικές γενετικές διαφοροποιήσεις. Τα αλληλόμορφα ενός και μόνο γονιδιακού τόπου δεν μπορούν να διαμορφώσουν πολύπλοκα γνωρίσματα, όπως είναι η ευφυΐα, η δυνατότητα ηγεσίας και η επιχειρηματικότητα, τα οποία μπορεί να συνδέονται με την κοινωνική τάξη. Επομένως, είναι πρακτικά αδύνατο να μεταβιβαστεί άθικτο το συγκεκριμένο σύνολο των αλληλόμορφων από τους διαφορετικούς γονιδιακούς τόπους στην επόμενη γενεά, ειδικά λαμβάνοντας υπόψη την επίδραση των περιβαλλοντικών επιδράσεων στα γονίδια. Όσο πιο πολύπλοκη είναι αυτή η ικανότητα τόσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των διαφορετικών γονιδιακών τόπων που θα πρέπει να συνδυαστούν για να την παράγουν και τόσο μικρότερο το ποσοστό των απογόνων που θα εκδηλώσουν αυτό το γνώρισμα. Επιπλέον, ακόμη και

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

αν θεωρήσουμε ότι κάποτε υπήρξε κάποια επωφελής γονιδιακή μετάλλαξη που διαμόρφωσε τις κοινωνικοοικονομικές τάξεις, τα τυχαία ζευγαρώματα των ανθρώπων δεν μπορεί παρά να μειώνουν τη γενετική ομοιογένεια εντός των κοινωνικών ομάδων, αποτρέποντας τη συγκέντρωση των πλεονεκτικών χαρακτηριστικών σε ορισμένες μόνο τάξεις ατόμων. Ακόμη περισσότερο, θα πρέπει να υποθέσουμε ότι, ακόμη και αν κάποια κοινωνική τάξη σχετιζόταν με μια ιδιαίτερη προδιάθεση ως προς την εκδήλωση κάποιων ασθενειών, η μακροχρόνια παρουσία αυτών των ασθενειών θα έπρεπε να είχε περιορίσει την επιβίωση και την αναπαραγωγή των ατόμων αυτής της τάξης. Αυτό έχει ως συνέπεια να μην μπορεί να διατηρηθεί εις το διηνεκές ούτε η ομοιογένεια αυτής της κοινωνικής ομάδας ούτε οι κοινωνικές ανισότητες υγείας ως προς αυτές τις ασθένειες.

Τα προηγούμενα επιχειρήματα, βέβαια, δεν συνεπάγονται ότι οι γενετικοί παράγοντες δεν διαδραματίζουν κάποιο ρόλο στην εκδήλωση ασθενειών ή ότι δεν μπορεί να αντισταθμιστεί η σχετική προδιάθεσή τους. Ούτε, φυσικά, ότι τα χαρακτηριστικά και οι συμπεριφορές των ατόμων δεν έχουν ταυτόχρονα υγειονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις. Ωστόσο, οι σχετικές διαδικασίες είναι τόσο πολύπλοκες, ώστε να είναι αδύνατη η συγκέντρωση παρόμοιων γενετικών παραλλαγών στα μέλη κάθε κοινωνικοοικονομικής τάξης. Η δυνατότητα διαστρωμάτωσης του πληθυσμού σε ομάδες βάσει κοινής καταγωγής που διαφοροποιεί τη γενετική αρχιτεκτονική είναι μεν ευρέως αποδεκτή, αλλά οι σχετικές αναλύσεις θα υπόκεινται πάντοτε στη συγχυτική επίδραση των κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που συνδέονται με αυτήν την καταγωγή (Roux, 2012).

Σχετική με τα παραπάνω είναι η μελέτη της επίπτωσης των κοινωνικών συνθηκών στην διαφοροποιημένη γονιδιακή έκφραση (gene expression) (Kuzawa και Sweet, 2009). Ως πεδίο μελέτης, η επιγενετική περιγράφει μηχανισμούς διαμέσου των οποίων το περιβάλλον μπορεί να επηρεάσει την έκφραση των γονιδίων (Roux, 2012). Το διαδραστικό εννοιολογικό υπόδειγμα δίνει έμφαση στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ διαφόρων παραγόντων, ιδίως με το περιβάλλον, οι οποίοι μπορεί να είναι αμφότερα κοινωνικοί και γονιδιακοί. Η ανάλυση αυτής της διάδρασης συμβάλλει στη διαφώτιση αφενός της γενετικής

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

βάσης κάποιων πολύπλοκων ασθενειών, και αφετέρου της κληρονομικότητας κάποιων αγνώστων γενετικών συντελεστών (Mountain και Risch, 2004· Manolio κ.ά., 2009).

Οι Shanahan και Hofer (2005) πρότειναν μια τυπολογία για τους τρόπους με τους οποίους το περιβάλλον τροποποιεί την έκφραση των γονιδίων. Η πρώτη περίπτωση αφορά στην κατάσταση κατά την οποία μια γενετική ευπάθεια εκδηλώνεται υπό την παρουσία ενός στρεσογόνου ή άλλου περιβαλλοντικού παράγοντα που λειτουργεί ως μηχανισμός ενεργοποίησης (contextual triggering). Για παράδειγμα, η πιθανότητα εκδήλωσης σοβαρής κατάθλιψης σε άτομα με χαμηλό γενετικό κίνδυνο είναι πολύ μεγαλύτερη σε άτομα που έχουν βιώσει σοβαρά αγχωτικά γεγονότα (π.χ. λόγω οικονομικής πίεσης) από ό,τι σε άτομα που δεν είχαν αυτήν την εμπειρία (Kendler κ.ά., 1995). Δεν αρκεί, λοιπόν, η παρουσία του γονότυπου ή της συγκεκριμένης περιβαλλοντικής έκθεσης για να αυξηθεί η πιθανότητα του φαινότυπου, αλλά απαιτείται ο συνδυασμός τους. Από την άλλη πλευρά, το κοινωνικό περιβάλλον μπορεί να λειτουργήσει αντισταθμιστικά ως προς μια αρνητική γενετική προδιάθεση (social context as compensation). Αυτού του είδους οι κοινωνικές επιδράσεις μπορούν να αφορούν είτε στην απουσία ενός αρνητικού περιβαλλοντικού παράγοντα (π.χ. του στρες) είτε στην ύπαρξη ενός αξιοσημείωτα θετικού περιβάλλοντος, όπως συμβαίνει με το υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των γονέων, το οποίο μειώνει την πιθανότητα διακοπής της εκπαίδευσης σε παιδιά με γενετικές εγκεφαλικές δυσλειτουργίες (Shostak κ.ά., 2008). Ο τρίτος τύπος σχετίζεται με τη δυνατότητα των κοινωνικών προτύπων και δομών να περιορίζουν τις γενετικά προδιατεθειμένες συμπεριφορές και επιλογές (social context as control). Σε αυτήν τη βάση αιτιολογείται η διαγενεακή παχυσαρκία, η οποία δεν μπορεί να αποδοθεί αποκλειστικά σε κάποια γενετικά κληρονομούμενη ευπάθεια (Martin, 2008). Ο τελευταίος μηχανισμός διάδρασης περιγράφει μια προερχόμενη από το περιβάλλον ενίσχυση των επωφελών γενετικών προδιαθέσεων προς υψηλότερα επίπεδα λειτουργίας (social context as enhancement), όπως στην περίπτωση της υψηλότερης κληρονομικότητας της λεκτικής νοημοσύνης, όταν οι γονείς έχουν υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο (Rowe κ.ά., 1999).

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

Παρά την πιθανή χρησιμότητα αυτού του υποδείγματος, λόγω διαφόρων μεθοδολογικών ζητημάτων (π.χ. εντοπισμός των διαδράσεων και η ανάγκη για μεγάλα δείγματα), δεν έχει ερευνηθεί επαρκώς η συμβολή των διαδράσεων των γονότυπων με το περιβάλλον στις κοινωνικές ανισότητες υγείας, κάτι που επιτείνεται από την εγγενή πολυπλοκότητα αυτών των σχέσεων (Roux, 2012).

3.4.3. Υποδείγματα κοινωνικής επιδημιολογίας

Από τη δεκαετία του '70, η επιδημιολογία άρχισε να στρέφεται προς τη διερεύνηση της σημασίας του κοινωνικού πλαισίου στην υγεία (Krieger, 2001). Η κοινωνική επιδημιολογία αποτελεί έναν κλάδο της επιδημιολογίας που επικεντρώνεται στη μελέτη των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας και της κατανομής τους στον πληθυσμό (Berkman και Kawachi, 2014). Η κοινωνική επιδημιολογία αποτελεί συγκεκριμένα ένα διεπιστημονικό πεδίο, που αντλεί μεθόδους και έννοιες από πολλούς άλλους επιστημονικούς κλάδους, όπως είναι η κοινωνιολογία, η ψυχολογία, η πολιτική επιστήμη, η οικονομική επιστήμη, η δημογραφία και η βιολογία (Berkman και Kawachi, 2014). Αυτό που υποθέτει είναι ότι η εμφάνιση της ασθένειας και η κατανομή της υγείας στον πληθυσμό ακολουθεί τα μοτίβα κατανομής των κοινωνικών πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων, με μια αμοιβαία διάδραση μεταξύ των κοινωνικών, ατομικών και βιολογικών παραγόντων (Honjo, 2004). Σε αυτό το πλαίσιο, το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά τη διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου της ασθένειας. Η υπόθεση αυτή υπήρχε από την αυγή του πεδίου της δημόσιας υγείας, αλλά απέκτησε νέα δυναμική μέσα από τον φακό της επιδημιολογίας τις τελευταίες δεκαετίες. Άλλα βασικά χαρακτηριστικά αυτής της προσέγγισης είναι: α) η σύνδεση των ατομικών παραγόντων κινδύνου με εκείνους του πληθυσμού (population perspective), β) η χρήση νέων στατιστικών προσεγγίσεων, όπως είναι η πολυεπίπεδη ανάλυση, γ) η διάκριση των συνθετικών εξηγήσεων (compositional explanations), όπου οι διαφορές μεταξύ των ομάδων σχετίζονται με τις διαφορές των χαρακτηριστικών των ατόμων που τις απαρτίζουν, από εκείνες του πλαισίου (contextual), οι οποίες επηρεάζουν είτε ανεξάρτητα είτε σε συνδυασμό με τα ατομικά χαρακτηριστικά την υγεία των ατόμων, και δ) η χρήση θεωριών για την

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

κατασκευή των υποθέσεων (Krieger, 2001· Honjo, 2004· Beckfield και Krieger, 2009· Berkman και Kawachi, 2014).

3.4.3.1. Κοινωνικοπολιτικά υποδείγματα

Εξαρχής θα πρέπει πάλι να επισημανθεί η διάκριση μεταξύ των αιτιών των ασθενειών και των αιτιών των αιτιών (Rose, 2001). Η μελέτη των αιτιών των ασθενειών αναφέρεται στους εγγύς παράγοντες (proximal factors) και στο κυρίαρχο υπόδειγμα της κοινωνικής επιδημιολογίας στη δημόσια υγεία, έχοντας επιπλέον έναν περισσότερο ατομικιστικό χαρακτήρα. Αντίθετα, η διερεύνηση των αιτιών των αιτιών εστιάζει στο ευρύτερο κοινωνικοπολιτικό πλαίσιο και σε απώτερους παράγοντες (distal factors), που δεν μπορούν να προσεγγισθούν στο ατομικό επίπεδο. Αναφέρεται στο πολιτικό, οικονομικό και κοινωνικό σύστημα και στο πως αυτό διαμορφώνει την κοινωνική διαστρωμάτωση και, κατ' επέκταση, τις ευκαιρίες και τις επιλογές υγείας των ατόμων. Περιλαμβάνει παράγοντες όπως είναι οι πολιτικοί θεσμοί και ο τρόπος διακυβέρνησης της κοινωνίας, οι σχέσεις πολιτικής ισχύος και τα δικαιώματα των κοινωνικών ομάδων, οι κανόνες για την ιδιοκτησία και την εργασία, το κράτος πρόνοιας και οι κοινωνικές και οικονομικές πολιτικές, το εκπαιδευτικό σύστημα, οι κοινωνικές διεργασίες και αξίες και οι πολιτικές και οικονομικές σχέσεις με άλλες κοινωνίες και διεθνείς οργανισμούς (Krieger, 2011).

Η κοινωνική παραγωγή της ασθένειας (social production of disease) και η πολιτική οικονομία της υγείας (political economy of health), αν και έχουν τις ρίζες τους στις κοινωνικές αναλύσεις της υγείας στα μέσα του 19^{ου} αιώνα αλλά και των δεκαετιών του '30 και του '40, αναδύθηκαν στο πλαίσιο των πολιτικών και κοινωνικών κινημάτων της δεκαετίας του '60 ως κριτική στον κυρίαρχο μέχρι τότε μεθοδολογικό ατομικισμό (Krieger, 2001). Έχοντας ρίζες στις μαρξιστικές ιδέες και βασιζόμενες στις αρχές του διαλεκτικού ιστορικού υλισμού, αυτές οι προσεγγίσεις αποδίδουν τις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία μεταξύ αλλά και εντός των χωρών στη δομή, τις αξίες και τις προτεραιότητες των πολιτικών και οικονομικών συστημάτων τους και στο πώς αυτά διαδρούν μεταξύ τους, σε συνδυασμό πάντοτε με τη διαθέσιμη τεχνολογία. Οι κοινωνίες αποτελούν δυναμικές οντότητες, που απαρτίζονται από αλληλοσυγκρουόμενες ομάδες,

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

των οποίων οι σχέσεις ισχύος μεταξύ τους διαμορφώνουν τα κοινωνικά μοτίβα της υγείας, της ασθένειας και της ευημερίας τους. Η υποκείμενη υπόθεση είναι ότι τα πολιτικά και οικονομικά συστήματα και θεσμοί παράγουν, ενισχύουν και διαιωνίζουν τα κοινωνικά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Η διαδικασία αυτή δημιουργεί διαφοροποιήσεις στις κοινωνικές και υλικές συνθήκες διαβίωσης και εργασίας των ανθρώπων, οι οποίες με τη σειρά τους διαμορφώνουν τις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία (Krieger, 2011). Στο επίκεντρο βρίσκεται η συσσώρευση του κεφαλαίου και η επιβολή του από το κράτος κατά τρόπο που να ευνοεί τα οικονομικά συμφέροντα των λίγων έναντι των πολλών. Ωστόσο, σκοπός αυτών των προσεγγίσεων είναι να μπορούν να εφαρμοστούν σε κάθε είδους κοινωνία (Krieger, 2011). Έτσι, οι αναλύσεις των προσδιοριστών της υγείας διεξάγονται με αναφορά στο ποιες ομάδες ωφελούνται από τις εκάστοτε πολιτικές και κοινωνικές πρακτικές και εις βάρος ποιων άλλων. Βασικά ζητήματα που αναλύονται είναι ο υγειονομικός αντίκτυπος της προτεραιοποίησης της συσσώρευσης κεφαλαίου έναντι των ανθρώπινων αναγκών (π.χ. μέσω επικίνδυνων συνθηκών εργασίας, ανεπαρκών μισθών, εκτεταμένης μόλυνσης και εμπορευματοποίησης κάθε ανθρώπινης δραστηριότητας, ανάγκης και επιθυμίας) και των πολιτικών που ενισχύουν αυτές τις προτεραιότητες. Οι θεωρητικές και εμπειρικές αναλύσεις εστιάζουν στις ταξικές ανισότητες υγείας εντός των χωρών αλλά και στις διαφοροποιήσεις υγείας μεταξύ των κρατών, καθώς και στις συνέπειες στην υγεία της αυξανόμενης οικονομικής ανισότητας, των διαρθρωτικών προγραμμάτων προσαρμογής των διεθνών οργανισμών, των νεοφιλελεύθερων πολιτικών, των κοινωνικών ανισοτήτων και των οικονομικών και μη οικονομικών διακρίσεων βάσει φύλου, φυλής/εθνότητας και σεξουαλικότητας (Krieger, 2001· Krieger, 2011). Σε αυτό το σχήμα, η διόρθωση των ανισοτήτων υγείας δεν μπορεί να προέλθει με την τροποποίηση της ατομικής συμπεριφοράς, αλλά μόνο μέσω στρατηγικών για την ενδυνάμωση των κοινοτήτων και μέσω κοινωνικών αλλαγών στις σχέσεις μεταξύ των κοινωνικών ομάδων και της αποψίλωσης των υφιστάμενων δομών των κοινωνικών πλεονεκτημάτων με βάση ένα σαφές όραμα κοινωνικής δικαιοσύνης (Krieger, 2001).

Παρόμοια με τις προσεγγίσεις της κοινωνικής παραγωγής της ασθένειας και της πολιτικής οικονομίας της υγείας, στη δεκαετία του '70 αναδύθηκαν τα

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

θεωρητικά ρεύματα της κοινωνικής ιατρικής (social medicine) στη Λατινική Αμερική και της συλλογικής υγείας (collective health) στη Βραζιλία. Αν και επίσης βασιζόμενες στη μαρξιστική παράδοση, αυτές οι θεωρίες διαφέρουν από τις ανάλογες δυτικές κατά το ότι δίνουν περισσότερο προσοχή στην καπιταλιστική ανάπτυξη, τον ιμπεριαλισμό και την πολιτική στην υγεία. Επιπλέον, επικρίνουν εκτενώς τον θετικισμό και τον δομικό λειτουργισμό των κυρίαρχων βιοϊατρικών θεωριών, που επικεντρώνονται στις εκβάσεις υγείας και όχι στη διαδικασία υγεία-ασθένεια-φροντίδα. Πιο πρόσφατες μελέτες εξετάζουν τις υγειονομικές επιπτώσεις των ταξικών αλλά και άλλων τύπων σχέσεων (π.χ. σε σχέση με το φύλο ή τη σεξουαλικότητα). Επιπλέον, λόγω των περιορισμένων δυνατοτήτων για παρεμβάσεις δημόσιας υγείας και του πλαισίου των καταπιεστικών κυβερνήσεων των χωρών αυτών, οι προσεγγίσεις αυτές δίνουν έμφαση στη συλλογική δράση μη κρατικών δρώντων (συλλογικότητες και κοινωνικά υποκείμενα, όπως είναι οι κοινωνικές τάξεις και τα κινήματα) στην προώθηση της υγείας του πληθυσμού. Η υγεία αποτελεί ένα δικαίωμα, το οποίο θα πρέπει να ενισχυθεί μέσω μετασχηματιστικών πολιτικών προγραμμάτων, για τα οποία η κοινωνική συμμετοχή και συναίνεση θεωρούνται απαραίτητες (Krieger, 2011).

Μια τρίτη κοινωνικοπολιτική προσέγγιση της κοινωνικής επιδημιολογίας είναι εκείνη της πολιτικής επιδημιολογίας. Το ρεύμα αυτό αναδύθηκε κυρίως κατά την τελευταία δεκαπενταετία με σκοπό να επαναπολιτικοποιήσει το κυρίαρχο υπόδειγμα της κοινωνικής επιδημιολογίας των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας, το οποίο εστιάζει αποκλειστικά στους ατομικούς πόρους και παραμελεί τους δομικούς πολιτικούς και κοινωνικούς παράγοντες των ανισοτήτων υγείας. Σε αυτό το πλαίσιο, γίνεται διάκριση μεταξύ των κοινωνικών (social) και των κοινωνικοπολιτικών (societal) προσδιοριστών της υγείας. Οι πρώτοι αναφέρονται στους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και προκύπτουν από το κοινωνικό περιβάλλον, όπως αυτό δομείται από τις δημόσιες πολιτικές και την κοινωνική διαστρωμάτωση. Οι δεύτεροι αφορούν στα πολιτικοοικονομικά συστήματα, ως οι αιτίες των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας μέσα από την προώθηση των πολιτικών και οικονομικών συμφερόντων των κοινωνικών ομάδων με ισχύ και πλεονεκτήματα εις βάρος των υπολοίπων (Krieger, 2011). Η πολιτική επιδημιολογία είναι η προσέγγιση

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

που μελετάει τον αντίκτυπο: α) των καθεστώτων των κρατών πρόνοιας, β) των πολιτικών θεσμών και γ) συγκεκριμένων πολιτικών στην υγεία και στην ισότητα στην υγεία (Pega κ.ά., 2013)¹⁸¹. Οι αναλύσεις των καθεστώτων πρόνοιας βασίζονται στην υπόθεση ότι υπάρχουν συστηματικές διαφορές μεταξύ των χωρών αναφορικά με τα κοινωνικά δικαιώματα και την κοινωνική προστασία, οι οποίες συνεπάγονται ανάλογες διαφοροποιήσεις ως προς την υγεία του πληθυσμού και την ισότητα στην υγεία (Lundberg, 2010). Αν και κάποιες μελέτες καταλήγουν στον θετικό υγειονομικό αντίκτυπο των σοσιαλδημοκρατικών καθεστώτων (Muntaner κ.ά., 2011b), άλλες επισημαίνουν την ασυνέπεια των ευρημάτων σε σχέση με τη θεωρία των καθεστώτων των κρατών πρόνοιας (Brennenstuhl κ.ά., 2012). Η προσέγγιση της πολιτικής (politics) διερευνά τον αντίκτυπο στην υγεία των πολιτικών παραδόσεων (π.χ. του νεοφιλελευθερισμού) και της ιδεολογίας, των πολιτικών διαδικασιών (π.χ. της παγκοσμιοποίησης, της διαφθοράς) και των θεσμών (π.χ. της γραφειοκρατίας, των πολιτικών κομμάτων) (Pega κ.ά., 2013). Οι Χαντζάρας και Υφαντόπουλος (2013) εξέτασαν τους μηχανισμούς επίδρασης του πολιτικο-διοικητικού συστήματος στην υγεία σε μια συγχρονική μελέτη 137 χωρών. Από την εμπειρική ανάλυση προέκυψε ότι η δημοκρατικότητα των πολιτικών θεσμών, που προσφέρει περισσότερες και πιο ισότιμες ευκαιρίες διεκδικήσεων στα φτωχά και μεσαία στρώματα του πληθυσμού, και η αποτελεσματικότητα του διοικητικού μηχανισμού στη διαμόρφωση και εφαρμογή των κατάλληλων πολιτικών συνδέονται με θετικά αποτελέσματα για την υγεία του πληθυσμού, ακόμη και μετά τον έλεγχο της επίπτωσης των υποθέσεων του απόλυτου και του σχετικού εισοδήματος. Επίσης, οι Navarro κ.ά. (2006), διαπίστωσαν την ύπαρξη μιας θετικής σχέσης μεταξύ των πολιτικών κομμάτων με εξισωτική ιδεολογία και των εκβάσεων υγείας, μέσω της εφαρμογής αναδιανεμητικών

¹⁸¹ Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η Krieger (2011) ορίζει ως ένα ξεχωριστό θεωρητικό πλαίσιο των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία εκείνο της υγείας ως ανθρώπινο δικαίωμα (health and human rights). Ωστόσο, θεωρούμε ότι πρόκειται περισσότερο για μια προσέγγιση κοινωνικής δικαιοσύνης στην υγεία, παρά ένα επιδημιολογικό αναλυτικό σύστημα που μπορεί να βοηθήσει στη μελέτη αυτού του φαινομένου. Η επίπτωση της προώθησης και της παραβίασης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στην υγεία θα μπορούσε να ενταχθεί στο ρεύμα της πολιτικής επιδημιολογίας.

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

πολιτικών. Τέλος, η προσέγγιση των πολιτικών διερευνά τον υγειονομικό αντίκτυπο μεμονωμένων πολιτικών (π.χ. τις σχετικές με το σύστημα υγείας, την κοινωνική προστασία, την εκπαίδευση και την αγορά εργασίας) στο επίπεδο του ατόμου ή του πληθυσμού (Pega κ.ά., 2013).

3.4.3.2. Κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας

Με ορόσημο την έκθεση Black το 1980 (Department of Health and Social Security, 1980), η επιδημιολογική έρευνα άρχισε να απο-πολιτικοποιείται και να βασίζεται λιγότερο στα θεωρητικά πλαίσια (Gaitonde, 2018). Κάποιες βασικές ιδέες της κοινωνικής κατανομής της ασθένειας και της πολιτικής οικονομίας της υγείας παρέμειναν, ωστόσο η ανάλυση διαφοροποιήθηκε ως προς το ποιος χάνει από το status quo (Krieger, 2011). Οι εννοιολογικές προσεγγίσεις των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας (social determinants of health) του Π.Ο.Υ. και της υγείας του πληθυσμού (population health) στον Καναδά αναγνωρίζουν τη σημασία των κοινωνικοοικονομικών ατομικών χαρακτηριστικών αλλά και της ποιότητας του περιβάλλοντος και της κατάλληλης υγειονομικής φροντίδας για την υγεία των ατόμων. Ωστόσο, το κύριο ενδιαφέρον τους είναι οι βιολογικοί μηχανισμοί διαμέσου των οποίων οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού¹⁸² και δίνουν ελάχιστη προσοχή στα πολιτικο-οικονομικά συστήματα και τις διαφορετικές δομές, προτεραιότητες, εσωτερικές συγκρούσεις και ισορροπίες που έχουν ως συνέπεια τις διαφοροποιήσεις στις υλικές και κοινωνικές συνθήκες διαβίωσης των ατόμων. Επιπλέον, αποδέχονται την ύπαρξη μιας κοινωνικοοικονομικής διαβάθμισης της υγείας, όπου το επίπεδό της για κάθε άτομο εξαρτάται από τη θέση του στην κοινωνική ιεραρχία. Αντίθετα, η κοινωνική κατανομή της ασθένειας και η πολιτική οικονομία της υγείας ενδιαφέρονται λιγότερο για τους βιολογικούς μηχανισμούς και υιοθετούν ρητές

¹⁸² Αυτοί οι μηχανισμοί θα αναλυθούν διεξοδικά σε επόμενη ενότητα του κεφαλαίου αυτού.

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

πολιτικές και οικονομικές αναλύσεις των ωφελούμενων και των χαμένων από τις υφιστάμενες ανισότητες (Krieger, 2011).

3.4.3.3. Ψυχοκοινωνικό υπόδειγμα

Μια άλλη σημαντική θεωρητική προσέγγιση της κοινωνικής επιδημιολογίας ασχολείται με τους ψυχοκοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας, δίνοντας έμφαση στις αντιλήψεις και τις αξιολογήσεις (π.χ. απειλητικές ή επιβραβευτικές, δίκαιες ή άδικες) των ανθρώπων για τις (άμεσες ή αναμενόμενες) κοινωνικές συνθήκες, τις κοινωνικές διαδράσεις και το κοινωνικό στάτους τους και τις συνακόλουθες επιβλαβείς ή ενισχυτικές της υγείας τους βιολογικές, ψυχολογικές και συμπεριφορικές αποκρίσεις τους. Σε αυτό το πλαίσιο, λαμβάνονται υπόψη όχι μόνο οι δυσμενείς στρεσογόνοι παράγοντες, αλλά και σχετικά κοινωνικά φαινόμενα που υποθετικά προστατεύουν από τον αντίκτυπό τους (π.χ. η κοινωνική υποστήριξη, τα κοινωνικά δίκτυα και το κοινωνικό κεφάλαιο) (Krieger, 2011).

Η προέλευση αυτού του ρεύματος μπορεί να εντοπιστεί στο έργο των δεκαετιών του '40 και του '50 αναφορικά με την επίπτωση των στρεσογόνων παραγόντων στην εμφάνιση και την κατανομή της ασθένειας (Krieger, 2001· Krieger, 2011). Το ιδιαίτερα επιδραστικό έργο του Cassel στα μέσα της δεκαετίας του '70 εστίαζε στις διαδικασίες μέσω των οποίων οι κοινωνικοί παράγοντες δημιουργούν μια γενική ευπάθεια ή επιδεκτικότητα προς την ασθένεια (Cassel, 1976). Σε αυτό το πλαίσιο, η εκδήλωση μιας συγκεκριμένης ασθένειας επηρεάζεται από τις εκθέσεις που αφορούν στο περιβάλλον και τον τρόπο ζωής, καθώς και τη βιολογική και τη γενετική συγκρότηση του ατόμου. Ωστόσο, η γενικότερη νοσηρότητα και πρόωρη θνησιμότητα των κοινωνικών ομάδων εξαρτάται από τις στρεσογόνες κοινωνικές καταστάσεις (Berkman και Kawachi, 2014). Ενώ, λοιπόν, οι παθογόνοι παράγοντες είναι πανταχού παρόντες, το κοινωνικό περιβάλλον, που αποτελείται από ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που δημιουργούνται από την ανθρώπινη διάδραση, είναι εκείνο που καθιστά κάποια άτομα περισσότερο ευάλωτα στις παθογόνες συνέπειές τους (Cassel, 1976).

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

Στις δεκαετίες του '80 και του '90 εισάγονται δύο βασικές έννοιες για το ψυχοκοινωνικό υπόδειγμα. Αρχικά εκείνη της αλλόστασης (allostasis), που αντιπαραβάλλεται σε εκείνη της ομοιόστασης, εκφράζοντας την επίτευξη σταθερότητας από τα ρυθμιστικά συστήματα των βιολογικών οργανισμών μέσω της αλλαγής τους (Sterling και Eyer, 1988). Ο διάδοχος όρος της αλλόστασης ήταν το αλλοστατικό φορτίο (allostatic load), που περιέγραφε τη φθορά από τη μακροχρόνια υπερδραστηριότητα ή υποδραστηριότητα των συστημάτων που, ανταποκρινόμενα σε εσωτερικούς και εξωτερικούς στρεσογόνους παράγοντες, προστατεύουν το σώμα, συμπεριλαμβανομένου του αυτόνομου νευρικού συστήματος, του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων και του καρδιαγγειακού, μεταβολικού και ανοσοποιητικού συστήματος (McEwen, 1998). Οι ψυχοκοινωνικές θεωρήσεις για την γενική επιδεκτικότητα ή ψυχοκοινωνική αντίσταση του ξενιστή (psychosocial host resistance) εστιάζουν στις διαδικασίες μέσω των οποίων οι στρεσογόνες εμπειρίες ενεργοποιούν πολλαπλές ορμόνες και φλεγμονώδεις διεργασίες που επηρεάζουν πολλαπλά φυσιολογικά συστήματα (Berkman και Kawachi, 2014). Η αντίληψη των ανθρώπων για τη θέση τους στην κοινωνική ιεραρχία αλλά και οι ίδιες οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες που βιώνουν μπορεί να οδηγήσουν σε χρόνια στρες και στην επακόλουθη μεταβολή της ευπάθειάς τους στην ασθένεια μέσα από νευροενδοκρινικούς μηχανισμούς (Berkman και Kawachi, 2014). Επιπλέον, το χρόνια στρες, η χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική θέση και η ανεργία έχουν σχετιστεί με μικρότερου μήκους τελομερή (Cherkas κ.ά., 2006· Epel κ.ά., 2008· Batty κ.ά., 2009), τα οποία συνδέονται με τη βιολογική γήρανση, τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα (Cawthon κ.ά., 2003· Bakaysa κ.ά., 2007). Άμεσες θεωρητικές συνέπειες των παραπάνω είναι αφενός ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες δεν επηρεάζουν μόνο την ευπάθεια των ατόμων, αλλά συνδέονται και με άμεσα παθογόνους μηχανισμούς, και αφετέρου ότι η ασθένεια μπορεί να προκύψει από την απορρύθμιση φυσιολογικών ρυθμιστικών συστημάτων και όχι μόνο από κάποια εγγενής ατέλεια του οργανισμού (Krieger, 2001· Krieger, 2011).

Οι βασικές ιδέες της σύγχρονης ψυχοκοινωνικής προσέγγισης είναι οι παρακάτω (Krieger, 2011):

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

1. Η κατανομή των επιβλαβών στρεσογόνων παραγόντων (όπως και των προστατευτικών μηχανισμών έναντι αυτών) συνδέεται με την κοινωνική θέση των ατόμων και τις συνθήκες διαβίωσης και εργασίας τους.
2. Η σχετική θέση των ατόμων στην κοινωνική ιεραρχία συνιστά έναν σημαντικό στρεσογόνο παράγοντα.
3. Το επιβλαβές στρες, ιδίως το χρόνιο, μπορεί να υπονομεύσει τη σωματική και την ψυχική υγεία μέσω ανεξάρτητων ή συνεργιστικών μηχανισμών, που μπορεί να περιλαμβάνουν το κεντρικό νευρικό σύστημα, τα ρυθμιστικά συστήματα, τη συμπεριφορά που σχετίζεται με την υγεία και την ίδια την ασθένεια.

Πιο συγκεκριμένα, οι μηχανισμοί μέσω των οποίων οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες επιδρούν στην υγεία είναι οι ακόλουθοι (Krieger, 2011):

1. Η διαμεσολαβούμενη από τον εγκέφαλο αλλοστατική υπερφόρτωση, η οποία είτε οδηγεί άμεσα σε κάποια ασθένεια (π.χ. υπέρταση) είτε επιδεινώνει την ευπάθεια του οργανισμού στην έκθεση σε άλλους επιβλαβείς παράγοντες (π.χ. καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος).
2. Η ενεργοποίηση επιβλαβών για την υγεία συμπεριφορών (π.χ. έναρξη καπνίσματος, υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ).
3. Η αύξηση του κινδύνου για ψυχικές ασθένειες (π.χ. κατάθλιψη), οι οποίες μπορεί να έχουν αρνητικές συνέπειες και στη σωματική υγεία.

Τα τελευταία χρόνια, ένα μέρος της έρευνας στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες έχει επικεντρωθεί και στις έννοιες της κοινωνικής συνοχής και του κοινωνικού κεφαλαίου, οι οποίοι θα αναλυθούν στη συνέχεια διεξοδικά. Ωστόσο, πολύ συνοπτικά, αυτοί οι μηχανισμοί αναφέρονται κυρίως είτε στην κοινωνική υποστήριξη που παρέχει η συμμετοχή σε κοινωνικές σχέσεις είτε στους πόρους που απορρέουν από τα κοινωνικά δίκτυα, συμπεριλαμβανομένης της επίπτωσης που έχει το κοινωνικό πλαίσιο στον τρόπο ζωής και τη συμπεριφορά που σχετίζεται με την υγεία (Solar και Irwin, 2010).

Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις, αν και ενδιαφέρονται για τις ψυχοκοινωνικές συνέπειες στην υγεία του κοινωνικού

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

πλαισίου και της κοινωνικής διαστρωμάτωσης, δεν δίνουν αντίστοιχη προσοχή στις πολιτικές ή κοινωνιολογικές αναλύσεις των διαδικασιών δημιουργίας της συγκεκριμένης κοινωνικής κατανομής αυτών των παραγόντων, σε αντίθεση με τις κοινωνικοπολιτικές θεωρίες (Krieger, 2001· Krieger, 2011).

3.4.3.4. Θεμελιώδεις αιτίες

Το υπόδειγμα των θεμελιωδών αιτιών αναδεικνύει τη σημασία των δομικών παραγόντων που σχετίζονται με την κοινωνικοοικονομική οργάνωση, οι οποίοι αξιολογούνται ως οι θεμελιώδεις αιτίες των ανισοτήτων υγείας. Έχει αρκετές ομοιότητες με την προσέγγιση των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας, ωστόσο, υποβαθμίζει τη σημασία συγκεκριμένων εκθέσεων σε κοινωνικούς παράγοντες κινδύνου και συγκεκριμένων ασθενειών στην κατανομή της υγείας στον πληθυσμό, έχοντας έναν περισσότερο κοινωνιολογικό προσανατολισμό (Krieger, 2011). Η θεωρία αυτή έχει τις ρίζες της στην έννοια περί των βασικών αιτιών που διατύπωσε ο Lieberson (1985). Αυτές οι βασικές αιτίες διακρίνονται από τις επιφανειακές, καθότι η αλλαγή μόνο στις πρώτες μπορεί να επιφέρει μόνιμη μεταβολή του αποτελέσματος υγείας. Αντίθετα, αλλαγές στις επιφανειακές αιτίες δεν καταλήγουν απαραίτητα σε μεταβολή του αποτελέσματος, καθότι νέοι επιφανειακοί μηχανισμοί μπορεί να αναδυθούν διατηρώντας την έκβαση αναλλοίωτη μακροπρόθεσμα (Roux, 2012).

Το βασικό στοιχείο της προσέγγισης αυτής είναι ότι δεν πρόκειται για μια θεωρία ειδικότερων άμεσων μηχανισμών που διαμορφώνουν μια διαρκή σχέση μεταξύ κοινωνικοοικονομικής θέσης και υγείας. Υποστηρίζεται ότι υπάρχει ένας (απώτερος) «μετα-μηχανισμός», ο οποίος είναι και η αιτία της συνεχούς παραγωγής και διαιώνισης των εγγύτερων μηχανισμών που διατηρούν αμετάβλητη τη σχέση μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών και της υγείας (Lutfey και Freese, 2005). Κατά τους Link και Phelan, οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες είναι οι βαθύτερες αιτίες της ασθένειας (Link και Phelan, 1996· Phelan κ.ά., 2004· Phelan και Link, 2005· Phelan κ.ά., 2010) ή, όπως το θέτουν, «factors that put people at risk of risks» (Link και Phelan, 1995). Επομένως, οι πρότερες αιτίες θα πρέπει να αναζητηθούν στις

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές δομές της κοινωνίας. Όταν κάποιος υφιστάμενος μηχανισμός παύει να έχει επίδραση, εμφανίζονται νέοι μηχανισμοί για να διατηρήσουν τη σχέση του κοινωνικοοικονομικού πλαισίου με την υγεία σταθερή. Οι θεμελιώδεις συντελεστές μπορούν συνεπώς να επηρεάσουν την υγεία –γενικότερα ή ειδικότερα ως προς κάποια συγκεκριμένη διάσταση της– μέσα από διαφορετικούς μηχανισμούς ή παράγοντες κινδύνου, αιτιολογώντας με αυτόν τον τρόπο την ύπαρξη ανισοτήτων υγείας ταυτόχρονα σε διαφορετικές εκβάσεις υγείας (Phelan κ.ά., 2010). Οι ανισότητες υγείας δεν εξασθενούν στον χρόνο καθότι η συνολική επίπτωση στην υγεία –ως η καθαρή συνδυαστική επίδραση (combined net effect) αυτών των συνεχώς εμφανιζόμενων μηχανισμών– τείνει συστηματικά προς μια κατεύθυνση, ήτοι προς το μειονέκτημα υγείας των χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών τάξεων και γενικότερα των μειονεκτουσών ομάδων (Roux, 2012).

Η παραπάνω συστηματική ασυμμετρία αποδίδεται στο ευρύ φάσμα ευέλικτων πόρων (flexible resources) που έχουν στη διάθεσή τους τα άτομα υψηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, όπως είναι το χρήμα, το κύρος, η ισχύς, η γνώση και οι επωφελείς κοινωνικές διασυνδέσεις, τους οποίους χρησιμοποιούν για να αποφύγουν κινδύνους ή να ελαχιστοποιήσουν τις συνέπειες των προβλημάτων υγείας τους (Phelan κ.ά., 2010). Οι πόροι αυτοί ονομάζονται ευέλικτοι, διότι μπορεί να χρησιμοποιηθούν με διαφορετικούς τρόπους σε διαφορετικές καταστάσεις. Για παράδειγμα, στην περίπτωση κάποιας καρδιαγγειακής πάθησης, το άτομο με υψηλότερους πόρους μπορεί καλύτερα να διατηρήσει έναν τρόπο ζωής ευνοϊκό για την καλή κατάσταση της καρδιάς ή να έχει πρόσβαση στην καλύτερη δυνατή περίθαλψη, εφόσον αυτό καταστεί αναγκαίο. Ωστόσο, αυτοί οι ευέλικτοι πόροι δεν θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν πριν εδραιωθούν αυτές οι νέες διαδικασίες παραγωγής ανισοτήτων (π.χ. νέες θεραπείες) στην κατάσταση υγείας (Phelan κ.ά., 2010).

Κατά το μοντέλο των Link και Phelan ο παραπάνω μετα-μηχανισμός αφορά στη σκόπιμη δράση (purposive action) –υποκινούμενη από την καλύτερη πληροφόρηση– των ανώτερων κοινωνικοοικονομικών ομάδων να χρησιμοποιήσουν αυτούς τους πόρους σε δραστηριότητες που βελτιώνουν την υγεία τους, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης και της θεραπείας (Link και

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

Phelan, 1996· Phelan κ.ά., 2004· Phelan και Link, 2005· Phelan κ.ά., 2010· Roux, 2012). Οι ευέλικτοι πόροι δύνανται να λειτουργήσουν τόσο σε ατομικό όσο και στο ευρύτερο επίπεδο. Στο επίπεδο του ατόμου διαμορφώνουν τις συμπεριφορές υγείας, καθώς επηρεάζουν τη γνώση/πληροφόρηση, την πρόσβαση, την οικονομική προσιτότητα και την κοινωνική υποστήριξη στις προσπάθειές τους για την υιοθέτηση συμπεριφορών που προστατεύουν την υγεία τους. Το ευρύτερο πλαίσιο μπορεί να αναφέρεται στη δυνατότητα των ατόμων να διαβιούν σε προνομιούχες περιοχές, με χαμηλότερους δείκτες εγκληματικότητας, θορύβου, μόλυνσης κ.λπ. Βέβαια, το υπόδειγμα αυτό αναγνώρισε στη συνέχεια την ύπαρξη και ακούσιων διαδικασιών που δημιουργούν όφελος για την υγεία, όπως είναι τα κοινωνικά πρότυπα και οι πολιτισμικές πρακτικές σε σχέση με το φαγητό, την άσκηση και άλλες καταστάσεις που σχετίζονται με την υγεία, καθώς και τη συμμετοχή σε συγκεκριμένους θεσμούς του ευρύτερου πλαισίου διαβίωσης ή εργασίας που μπορεί να ευνοούν την υγεία τους (Phelan κ.ά., 2010· Roux, 2012).

Κατά τους Phelan και Link (2013), η θεωρία αυτή ανήκει στις ενδιάμεσες θεωρίες (*middle-range theories*), που βρίσκονται ανάμεσα στις ευρύτερες θεωρήσεις (κοινωνικοπολιτικές), οι οποίες όμως δεν είναι εύκολα εμπειρικά εξετάσιμες, και των χαμηλότερου επιπέδου υποθέσεων εργασίας, οι οποίες αδυνατούν να παράγουν σύνθετες εξηγήσεις. Βέβαια, ακόμη και αυτή η θεωρία δεν μπορεί στο σύνολό της να τεκμηριωθεί εύκολα εμπειρικά, παρά μόνο επιβεβαιώνοντας τα βασικά της στοιχεία, δηλαδή ότι το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο: 1) επηρεάζει πολλαπλώς την υγεία, 2) αφορά σε πολλαπλούς κινδύνους υγείας, 3) σχετίζεται με την υγεία μέσα από τη χρησιμοποίηση (ευέλικτων) πόρων και 4) η σχέση του αυτή με την υγεία αναπαράγεται στο διηνεκές μέσα από τη διαρκή αντικατάσταση των παρεμβαινόντων μηχανισμών (Phelan κ.ά., 2010).

Ενώ οι πρώτες δύο υποθέσεις υποστηρίζονται σθεναρά από τα εμπειρικά ευρήματα κάνοντας λόγο για την ύπαρξη μια πλειάδας μηχανισμών (Lutfey και Freese, 2005), η τρίτη πρόταση απαιτεί τον αναλυτικό διαχωρισμό των πόρων από το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Τέτοια αποτελεί η περίπτωση όπου τα άτομα ανώτερης βαθμίδας δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν τους πόρους

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

τους και, επομένως, δεν διαθέτουν κάποιο πλεονέκτημα από τη διαθεσιμότητά τους. Πράγματι, έχει διαπιστωθεί ότι η σχέση μεταξύ του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και της θνησιμότητας είναι πολύ πιο ισχυρή όταν η αιτία του θανάτου ήταν αποφεύξιμη από ό,τι σε περιστάσεις όπου δεν ήταν (Song και Byeon, 2000· Phelan κ.ά., 2004· Dahl κ.ά., 2007). Αυτό υποδηλώνει εμμέσως τη σημασία της δυνατότητας χρήσης των πόρων, η οποία δυνατότητα θα πρέπει να διακρίνεται από τη διαθεσιμότητά τους (Phelan κ.ά., 2010).

Το τέταρτο βασικό στοιχείο αυτής της θεωρίας σχετίζεται με την ανάπτυξη νέων μηχανισμών ή παρεμβάσεων που ακολουθεί την ανάδυση νέας γνώσης αναφορικά με ζητήματα υγείας, οι οποίοι ωφελούν περισσότερο την υγεία των ατόμων υψηλότερης κοινωνικοοικονομικής θέσης. Πράγματι, έχει διαπιστωθεί ότι σε περιπτώσεις ασθενειών όπου υπάρχει σημαντική πρόοδος σε σχέση με την πρόληψη ή τη θεραπεία τους αφενός τα συνολικά ποσοστά θνησιμότητας μειώνονται, και αφετέρου οι λιγότερο προνομιούχες φυλετικές ή κοινωνικοοικονομικές ομάδες εξακολουθούν να συνδέονται με σχετικά υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας, υποδηλώνοντας μια μικρότερου μεγέθους αξιοποίηση αυτής της νέας γνώσης/τεχνολογίας (Phelan και Link, 2005). Το φαινόμενο αυτό παρουσιάζεται πιο ξεκάθαρο στην εκπαιδευτική διαβάθμιση (educational gradient) της υγείας, όπου τα άτομα υψηλότερου κοινωνικού επιπέδου τείνουν να υιοθετούν σε μεγαλύτερο βαθμό τις επιστημονικές ανακαλύψεις αναφορικά με τις προωθητικές της υγείας συμπεριφορές, όπως στην περίπτωση της διακοπής του καπνίσματος (Link, 2008).

Η θεωρία περί των θεμελιωδών αιτιών έχει εφαρμοστεί και στις φυλετικές/εθνικές διαφοροποιήσεις υγείας. Σύμφωνα με τον Williams (1997), η κουλτούρα, η βιολογία και η γεωγραφική προέλευση, ο ρατσισμός, οι οικονομικές δομές και οι πολιτικοί και νομικοί παράγοντες διαδρούν μεταξύ τους ως οι βασικές αιτίες των φυλετικών διαφορών στην υγεία. Επομένως, δεν αναγνωρίζεται αυστηρά μόνο μία βασική διαδικασία γένεσης των φυλετικών ανισοτήτων υγείας, όπως στο αρχικό μοντέλο των Phelan κ.ά. (2010). Στην κουλτούρα περιλαμβάνεται ο ρόλος των θρησκευτικών πεποιθήσεων και της συμπεριφοράς, της παραδοσιακής ιατρικής και των εναλλακτικών πάροχων ιατρικής φροντίδας και ο κοινωνικοοικονομικός και ψυχολογικός αντίκτυπος της

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

μετανάστευσης και της πολιτισμικής αφομοίωσης. Το πολιτικό και θεσμικό πλαίσιο και οι οικονομικές δομές αποτελούν τον στίβο άσκησης επιρροής μεταξύ των κοινωνικών ομάδων, επηρεάζοντας την πρόσβαση και την κατανομή των πόρων (κατά την έννοια των Link και Phelan). Παράλληλα με τους κοινωνικούς παράγοντες αναγνωρίζεται και η πιθανή συμβολή της βιολογίας στην εκδήλωση κάποιων ασθενειών, ειδικά όταν δεν είναι δυνατός ο προσδιορισμός καλύτερων δεικτών από τη φυλή για τον ρόλο των γενετικών προδιαθέσεων. Ο θεσμικός ρατσισμός –ως ο συστηματικός περιορισμός των ευκαιριών κάποιων ομάδων βάσει φύλου ή εθνότητας– είναι εκείνος που συνδέει τελικά το φύλο ή το έθνος με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, του οποίου οι διαφοροποιήσεις δημιουργούν και τις κοινωνικές ανισότητες υγείας. Η φυλή δεν θεωρείται η ίδια ως η θεμελιώδης αιτία, αλλά ως μια αναλυτική κατηγορία κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, που αποτυπώνει τις σχέσεις ισχύος σε μια κοινωνία προσδιορισμένη στο ιστορικό πλαίσió της. Οι επιφανειακές αιτίες ή, διαφορετικά, οι μηχανισμοί που παρεμβαίνουν μεταξύ του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και της υγείας συμπεριλαμβάνουν τη συμπεριφορά υγείας, το στρες στο οικογενειακό, εργασιακό και οικιστικό περιβάλλον, τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και την υγειονομική περίθαλψη (Williams, 1997). Οι Link και Phelan αναγνώρισαν την παραπάνω διάσταση, και στη συνέχεια την ενέταξαν στη θεωρία τους, συμπεριλαμβάνοντας και άλλες κοινωνικές δυνάμεις ή θεσμικές διακρίσεις που σχετίζονται, για παράδειγμα, με το φύλο και τον σεξουαλικό προσανατολισμό, και συνδέονται με την κατανομή των ευέλικτων πόρων (Phelan και Link, 2013).

Συνολικά, από τα παραπάνω διαφαίνεται η σημασία της υψηλότερης συγκέντρωσης κάποιων πόρων στις προνομιούχες ομάδες, η οποία τους δίνει κάποιο πλεονέκτημα ως προς την πρόληψη ή την θεραπεία προβλημάτων υγείας. Συνεπώς, όσο υπάρχει η ανισότητα κατανομής αυτών των ατομικών και συλλογικών ευέλικτων πόρων, οι ανισότητες στην υγεία θα συνεχίσουν να υπάρχουν. Βεβαίως, ο αντίκτυπος αυτών των νέων μηχανισμών αλλά και η βαθμιαία μείωση της σημασίας των παλαιότερων μηχανισμών –καθώς και η ίδια η διαδικασία– δεν μπορούν παρά να διαφέρουν από κοινωνία σε κοινωνία. Υπάρχουν, μάλιστα, και μηχανισμοί των οποίων δεν απομειώνεται η σημασία τους με την πάροδο του χρόνου. Βέβαια, οι υποστηρικτές της θεωρίας αυτής

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

αναγνωρίζουν την ύπαρξη και ενός «give-back effect», καθώς αυτές οι νέες τεχνολογίες αναπόδραστα τείνουν να έχουν μεγαλύτερη χρησιμότητα στις ομάδες υψηλότερου κινδύνου (Phelan κ.ά., 2010). Επομένως, εάν ο κίνδυνος αυτός είναι πιο κοινός στις μη προνομιούχες ομάδες, η νέα γνώση θα ενισχύσει την ισότητα, δηλαδή θα υπάρχει μεγαλύτερο όφελος σε αυτές τις ομάδες, παρά την άνιση κατανομή αυτής της νέας γνώσης.

Επιπλέον, είναι δυνατό κάποια άτομα να μην δίνουν προτεραιότητα στην υγεία και τη μακροζωία τους και να διοχετεύουν τους διαθέσιμους πόρους τους σε άλλες δραστηριότητες. Αντίθετα, άλλοι στόχοι, όπως είναι η ισχύς, η ομορφιά και το στάτους (π.χ. ο «ανδρισμός»), ενδέχεται συχνά να αποτελούν πιο ισχυρά κίνητρα, λειτουργώντας ως αντισταθμιστικοί μηχανισμοί (countervailing mechanisms) της «θεμελιώδους σχέσης» (Phelan κ.ά., 2010· Phelan και Link, 2013· Berkman κ.ά., 2014). Παρόλα αυτά, ο αντίκτυπος αυτών των μηχανισμών φαίνεται να είναι σχετικά μικρότερος από εκείνον του θεμελιώδους μετα-μηχανισμού, με συνέπεια να διατηρούνται τα ευνοϊκότερα για τα άτομα υψηλότερου κοινωνικοοικονομικού στάτους αποτελέσματα υγείας (Luthey και Freese, 2005). Σε κάθε περίπτωση, η πρωταρχικότητα της υγείας φαίνεται να έχει παραμερίσει ή και κοινωνικά ανασυγκροτήσει άλλες πλευρές της ευχαρίστησης ή του πόνου, με την υποστήριξη βεβαίως των κοινωνικών προτύπων και δικτύων, όπως στις περιπτώσεις της στροφής προς την άσκηση και της αποχής από το κάπνισμα (Phelan κ.ά., 2010). Αυτή η τάση εξαρτάται από τα σχετικά πολιτισμικά πρότυπα και συνήθειες, οι οποίες όμως σχετίζονται με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, όπως θα αναλυθεί στη συνέχεια.

Οι Freese και Luthey (2011) επέκτειναν τη θεωρία των Link και Phelan προτείνοντας την ύπαρξη τεσσάρων μετα-μηχανισμών. Ο πρώτος συμπίπτει με την εκούσια χρήση ευέλικτων πόρων για τη βελτίωση της υγείας. Ο δεύτερος αναγνωρίζει τη δυνατότητα διάχυσης των θετικών για την υγεία αποτελεσμάτων από τον πρώτο μετα-μηχανισμό στο κοινωνικό δίκτυο του ατόμου. Ο τρίτος σχετίζεται με τις συνέπειες της σχετιζόμενης με την υγεία συμπεριφοράς, η οποία αντανακλά κυρίως τις προτιμήσεις του ατόμου και δεν στοχεύει σκόπιμα στη βελτίωση της υγείας. Τέλος, ο τέταρτος μηχανισμός αναφέρεται στις επιπτώσεις της διαφοροποιημένης αντιμετώπισης από το σύστημα υγείας των

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

ασθενών βάσει του κοινωνικοοικονομικού τους επιπέδου αλλά και σε σχέση με το φύλο ή την εθνότητα τους.

Ο κρυφός κίνδυνος της εστίασης στους ατομικούς παράγοντες κινδύνου, που ουσιαστικά παρεμβαίνουν μεταξύ των θεμελιωδών παραγόντων και της υγείας, αφορά στη διατήρηση ή και μεγέθυνση των ανισοτήτων υγείας, παρά τη βελτίωση της μέσης υγείας του πληθυσμού. Για την επιδίωξη ταυτόχρονα και των δύο ευκαταίων αποτελεσμάτων θα πρέπει να προτιμηθούν πολιτικές που περιορίζουν τις ανισότητες στους κοινωνικοοικονομικούς πόρους, όπως είναι η ανακατανομή πόρων, οι κοινωνικές πολιτικές περιορισμού της φτώχειας και η κοινωνική ασφάλεια. Επιπλέον, απαιτούνται παρεμβάσεις οι οποίες εκ φύσεως κατανέμονται πιο ισότιμα μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων, δηλαδή η υιοθέτησή τους είναι ανεξάρτητη των πόρων τους ή και των προδιαθέσεων συμπεριφοράς τους (Phelan κ.ά., 2010). Αυτό συνεπάγεται είτε την καθολικότητα της παρέμβασης είτε, όπου αυτό δεν είναι δυνατό, παρεμβάσεις οικονομικά προσιτές, απλές στην εφαρμογή και εύκολες στη διάχυση και την υιοθέτηση, κάτι που απαιτεί και την πλήρη ενημέρωση των ενδιαφερομένων (Chang και Lauderdale, 2009· Phelan κ.ά., 2010· Phelan και Link, 2013). Τέλος, σε πολλές περιπτώσεις υπάρχει η αναγκαιότητα παρέμβασης στους βαθύτερους παράγοντες δημιουργίας ανισοτήτων, όπως είναι η περίπτωση του οικιστικού περιβάλλοντος στις φτωχογειτονίες, το οποίο δεν προωθεί την κατανάλωση υγιεινού φαγητού (Phelan και Link, 2013).

3.4.3.4.1. Διάχυση της τεχνολογίας/καινοτομίας υγείας

Σχετικές με τα προηγούμενα είναι οι μελέτες που διερευνούν τη διάχυση της τεχνολογίας/καινοτομίας υγείας στον πληθυσμό (Mackenbach, 2012). Καθότι δεν αναφέρονται ρητά στη θεωρία των θεμελιωδών αιτιών, παρουσιάζονται χωριστά, αν και η σύνδεση είναι εμφανής. Έχει παρατηρηθεί, λοιπόν, ότι τα άτομα που βρίσκονται υψηλότερα στην κοινωνική κλίμακα τείνουν να υιοθετούν πρώτοι παρεμβάσεις και νέες πρακτικές που προωθούν την υγεία, το οποίο μπορεί να οφείλεται σε διαφορές στους οικονομικούς πόρους και στο πολιτισμικό κεφάλαιο (cultural capital). (Rogers, 2010). Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση των ανισοτήτων υγείας κατά τις δυναμικές

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

φάσεις των υγειονομικών βελτιώσεων, καθότι τα οριακά οφέλη υγείας της καλύτερης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης γίνονται προσωρινά μεγαλύτερα (Mackenbach, 2012).

Γενικότερα, κατά τα πρώτα στάδια της διάδοσής της, η νέα τεχνογνωσία υγείας είναι συνήθως ακριβή, οπότε η κατοχή οικονομικών πόρων βελτιώνει τη σχετική δυνατότητα πρόσβασης (Mackenbach, 2012). Στη συνέχεια, αυτές οι τεχνολογίες μπορεί να γίνονται πιο οικονομικά προσιτές, όπως συμβαίνει με τα γενόσημα φάρμακα, τα οποία είναι φθηνότερα από τα πρωτότυπα και, επομένως, ευχερέστερα προσβάσιμα από τις μειονεκτούσες ομάδες. Ο Wadsworth (1997) είχε επισημάνει –νωρίτερα μάλιστα από την καθιέρωση της σύγχρονης συζήτησης για τις ανισότητες υγείας με την έκθεση Black (Department of Health and Social Security, 1980)– την ύπαρξη του «νόμου της αντιστρόφως ανάλογης ιατρικής φροντίδας» (inverse care law). Ο νόμος αυτός περιγράφει μια κατάσταση αντίστροφης σχέσης μεταξύ της προσφοράς για ποιοτική ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και της πραγματικής ανάγκης για αυτήν στον πληθυσμό που την έχει διαθέσιμη. Ο Hart υποστηρίζει ότι το φαινόμενο αυτό παρουσιάζεται πιο έντονο σε καταστάσεις υψηλότερης έκθεσης στις δυνάμεις της αγοράς, με συνέπεια η παραπάνω κακή κατανομή των ιατρικών πόρων να επιτείνεται. Μάλιστα, όσο περισσότερο αποτελεσματική είναι η τεχνολογία υγείας, τόσο πιθανότερο είναι αυτή η σχέση να συμβάλει στις ανισότητες υγείας (Barker κ.ά., 1989). Ωστόσο, η επινόηση τεχνολογιών αρκετά αποτελεσματικών για να βελτιώσουν σημαντικά την υγεία του πληθυσμού είναι μια σχετικά πρόσφατη εξέλιξη, με συνέπεια η πρόσβαση σε αυτήν την τεχνογνωσία στις πιο πρόσφατες κοόρτες να μην παρουσιάζει σημαντική κοινωνικοοικονομική κλιμάκωση που να είναι ανεξάρτητη των ιατρικών αναγκών (Illsley, 1955).

Σημαντική επίσης μπορεί να είναι και η συμβολή του πολιτισμικού κεφαλαίου (Mackenbach, 2012). Το πολιτισμικό κεφάλαιο αναφέρεται για να τονίσει τις διαφορές στις κανονιστικές αντιλήψεις, στη γνώση και την πληροφόρηση και στις συμπεριφορές που δημιουργούν ανισότητες στην κατάσταση υγείας (Abel, 2008). Η ανάγκη για κοινωνική διάκριση, δηλαδή η τάση των ατόμων να συμπεριφέρονται διαφορετικά προκειμένου να διακρίνουν

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

την κοινωνική θέση τους –κατά τη σύλληψη του Bourdieu (1986)– μπορεί να οδηγεί στην υιοθέτηση διαφορετικών καταναλωτικών συμπεριφορών, με αντίστοιχα ανόμοιες επιδράσεις στην υγεία. Μάλιστα, είναι πιθανόν η επιθυμία για κοινωνική διάκριση να έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια στις δυτικές κοινωνίες, καθότι οι ευκαιρίες ανάδειξης μέσα από έκδηλα σύμβολα οικονομικής ευμάρειας έχουν μειωθεί (Mackenbach, 2012).

Σχετική με τα παραπάνω είναι και η έννοια της «αφύσικης ιστορίας της ασθένειας» (unnatural history of disease) των Clouston κ.ά. (2011). Σύμφωνα με αυτήν τη σύλληψη, κατά την πρώτη φάση της εμφάνισης μιας ασθένειας, τη φάση της «φυσικής θνησιμότητας», η κατανομή της μπορεί να ευνοεί τις προνομιούχες ομάδες ή και όχι, αναλόγως των παραγόντων κινδύνων της. Πάντως, πρόκειται για μια φάση όπου δεν υπάρχει γνώση για την πρόληψη ή τη θεραπεία της. Κατά τη δεύτερη φάση, εκείνη της «παραγωγής ανισοτήτων», τα οφέλη της νέας ιατρικής γνώσης συγκεντρώνονται κυρίως στις υψηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου ομάδες. Καθώς όμως οι νέες ιατρικές δυνατότητες αποκτούν πιο καθολικό χαρακτήρα και οι ανώτερες κοινωνικές ομάδες δεν μπορούν να επωφεληθούν περισσότερο, εισερχόμαστε στη φάση της μείωσης των κοινωνικών ανισοτήτων υγείας. Τέλος, στην τέταρτη φάση, η νέα ιατρική γνώση έχει διαχυθεί πλήρως. Έτσι, η κοινωνία δεν μπορεί να επωφεληθεί πλέον από αυτήν, ανεξαρτήτως μάλιστα του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, λόγω είτε της μειωμένης θνησιμότητας είτε της εξάλειψης της ασθένειας. Η μετάβαση από το ένα στάδιο της ασθένειας στο άλλο εξαρτάται από παράγοντες πολιτικούς, όπως είναι η πολιτική επιθυμία για τη μείωση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας στις μειονεκτούσες ομάδες, βιολογικούς, όπως είναι το διάστημα εξέλιξης της ασθένειας, και πολιτισμικούς, όπως είναι η βασισμένη σε ιδεολογικούς ή θρησκευτικούς λόγους ανταπόκριση σε κάποια ιατρική παρέμβαση (Phelan και Link, 2013).

3.4.3.5. Πολυεπίπεδα υποδείγματα

Ως απάντηση στον μεθοδολογικό ατομικισμό αλλά και τις αδυναμίες των κοινωνικοπολιτικών θεωριών, που δεν δίνουν έμφαση στις βιολογικές διαδικασίες, και της κυρίαρχης προσέγγισης της κοινωνικής επιδημιολογίας,

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

που δεν ενδιαφέρεται για τις απώτερες διαδικασίες δημιουργίας των ανισοτήτων υγείας, τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί κάποια πολυεπίπεδα υποδείγματα διερεύνησης των ανισοτήτων υγείας (Gaitonde, 2018).

3.4.3.5.1. Η κοινωνική παραγωγή των ανισοτήτων στην υγεία – υπόδειγμα Diderichsen

Το μοντέλο των Diderichsen και Hallqvist (1998), το οποίο στη συνέχεια προσαρμόστηκε από τον Diderichsen (2004), περιγράφει τους μηχανισμούς της κοινωνικής παραγωγής των ανισοτήτων υγείας. Το υπόδειγμα αυτό αναγνωρίζει την ύπαρξη τεσσάρων βασικών μηχανισμών: α) η κοινωνική διαστρωμάτωση, β) η διαφοροποιημένη έκθεση (differential exposure), γ) η διαφοροποιημένη ευαισθησία ή ευπάθεια (differential vulnerability) και δ) οι διαφοροποιημένες κοινωνικές επιπτώσεις της κακής υγείας (**Γράφημα 3-3**).

Κατά τους Diderichsen κ.ά. (2001), το κοινωνικό πλαίσιο περιλαμβάνει παράγοντες που δεν μπορούν να μετρηθούν στο επίπεδο του ατόμου και αφορούν στην κουλτούρα, τη δομή και τη λειτουργία του κοινωνικού συστήματος. Τέτοιοι προσδιοριστές της υγείας είτε προκύπτουν ως το άθροισμα των χαρακτηριστικών των ατόμων, όπως είναι, για παράδειγμα, το ποσοστό ανεργίας σε μια περιοχή, είτε αποτελούν αναπόσπαστα μέρη ενός ευρύτερου πλαισίου αναφοράς και λειτουργίας, όπως είναι οι θεσμικές διευθετήσεις. Ενδιαφέρον έχει επίσης και η εννοιολογική πλευρά αυτής της οπτικής, καθώς υπερβαίνει τον μεθοδολογικό ατομικισμό και δίνει έμφαση στις επαφές μεταξύ των ατόμων, που μπορεί να είναι βιολογικοί φορείς ασθενειών αλλά και συμπεριφορών. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν, «the social context encompasses those central engines in society that generate and distribute power, wealth, and risks» (Diderichsen κ.ά., 2001). Τέτοιοι μηχανισμοί είναι οι πολιτικές για την εκπαίδευση, την εργασία και την οικονομία αλλά και τα πολιτισμικά πρότυπα για τις σχέσεις μεταξύ των δύο φύλων και μεταξύ των διαφορετικών κοινωνικών ομάδων.

Όλο αυτό το πλαίσιο, λοιπόν, διαμορφώνει την κοινωνική διαστρωμάτωση (social stratification) και τις κοινωνικές θέσεις, οι οποίες υπάρχουν στην κοινωνία ανεξάρτητα των ατόμων που τις καταλαμβάνουν. Η μορφή της

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

κοινωνικής διευθέτησης εξαρτάται από τις κυρίαρχες πολιτισμικές, οικονομικές και πολιτικές δυνάμεις, οπότε μπορεί να διαφέρουν σημαντικά από κοινωνία σε κοινωνία. Κοινό σημείο, πάντως, είναι η διασύνδεση διαφορετικής ποσότητας και ποιότητας πολύτιμων πόρων, για παράδειγμα της ισχύος, του πλούτου και των ευκαιριών, σε κάθε κοινωνική θέση, με συνέπεια η δυσανάλογη κατανομή των πόρων να δημιουργεί τις κοινωνικές ανισότητες. Ο δίκαιος χαρακτήρας αυτών των διευθετήσεων εξαρτάται από τον τρόπο με τον οποίο αντιστοιχούνται τόσο αυτοί οι πόροι σε συγκεκριμένες κοινωνικές θέσεις όσο και τα άτομα στις θέσεις αυτές (Diderichsen κ.ά., 2001).

Κατά τους Grusky και Ku (2008) τα βασικά στοιχεία κάθε συστήματος κοινωνικής διαστρωμάτωσης είναι: α) οι θεσμικές διαδικασίες που προσδιορίζουν την αξία και, κατ' επέκταση, την επιθυμητότητα (desirability) κάποιων πόρων, β) οι κανόνες κατανομής αυτών των πόρων ανάμεσα σε διάφορους κοινωνικούς ρόλους και γ) οι διαδικασίες κοινωνικής κινητικότητας που συνδέουν τα άτομα με αυτούς τους κοινωνικούς ρόλους άνισης προικοδότησης. Μάλιστα, επειδή ακριβώς οι πόροι είναι ετερογενείς, κάποιοι από αυτούς κατανέμονται πιο ισομερώς σε σχέση με τους υπόλοιπους. Αυτό ίσως να εξηγεί μέρος του ανόμοιου μεγέθους των κοινωνικών ανισοτήτων υγείας που ανακύπτουν με τη χρήση διαφορετικών κοινωνικοοικονομικών παραγόντων στις σχετικές μετρήσεις, ακόμη και όταν διεξάγονται στο πλαίσιο του ίδιου πληθυσμού.

Χρησιμοποιώντας το παραπάνω μοντέλο μπορούμε να προσεγγίσουμε με ανάλογο τρόπο την παραγωγή και τη λειτουργία των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας¹⁸³. Αρχικά, θεωρούμε ότι υπάρχουν οι μηχανισμοί κοινωνικής κινητικότητας (ή απλώς τοποθέτησης, αν είναι λιγότερο δυναμική η διαδικασία) που εντάσσουν τα άτομα στα διάφορα κοινωνικοοικονομικά στρώματα (είτε ως άτομα είτε ως ομάδες/τάξεις) με τις αντίστοιχες

¹⁸³ Μια αντίστοιχη σκέψη προτείνει και ο Mackenbach (2012).

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

διαφοροποιήσεις μεταξύ τους¹⁸⁴. Αυτές οι κοινωνικοοικονομικές θέσεις συνδέονται, διαμέσου των διαδικασιών κατανομής τους, με διαφορετικούς ποσοτικά και ποιοτικά υλικούς και άυλους πόρους. Αυτή η θεώρηση δίνει έμφαση σε δύο παράλληλες διαδικασίες αντιστοίχησης, όπου οι κοινωνικοί ρόλοι σχετίζονται με συγκεκριμένες δέσμες πόρων επιβράβευσης (reward packages) άνισης αξίας (Grusky και Ku, 2008), και τα άτομα κατανέμονται στους ρόλους αυτούς, νεμόμενοι τις συνδεόμενες με αυτούς επιβραβεύσεις. Οι πόροι αυτοί, μέσα από διάφορους μηχανισμούς, παρέχουν συγκεκριμένα οφέλη υγείας στο άτομο που τα κατέχει, λειτουργώντας είτε προστατευτικά και βελτιωτικά της υγείας είτε αποτρεπτικά και επανορθωτικά ή ως μέσο αντιμετώπισης της ασθένειας. Συνεπώς, οι διαφοροποιήσεις στην κατοχή πόρων δημιουργούν ανάλογες διαφορές στη δυνατότητα διατήρησης ή επίτευξης καλής κατάστασης υγείας ή στους παράγοντες διακινδύνευσης της υγείας και, κατ' επέκταση, παράγουν ανισότητες υγείας.

Σύμφωνα με τους Diderichsen κ.ά. (2001), ο μηχανισμός της διαφοροποιημένης έκθεσης περιγράφει την κατάσταση κατά την οποία ο τύπος, η ποσότητα και η διάρκεια της έκθεσης σε κινδύνους υγείας διαφέρει αναλόγως της κοινωνικής ομάδας. Έτσι, οι χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές θέσεις συνδέονται συχνότερα και πιο έντονα με την επιλογή ανθυγιεινών πρακτικών συμπεριφοράς, δυσμενείς συνθήκες διαβίωσης κατά την κρίσιμη παιδική ηλικία, χειρότερες συνθήκες στέγασης, υποβαθμισμένες περιοχές διαβίωσης, αυξημένο κίνδυνο έκθεσης σε τοξικές ουσίες και επικίνδυνα εργασιακά περιβάλλοντα κ.ο.κ. Αυτό φαίνεται να εξηγεί τη συγκέντρωση μεγαλύτερων

¹⁸⁴ Θα πρέπει να τονιστεί ότι αυτοί οι μηχανισμοί εντάσσονται προφανώς στο υφιστάμενο κοινωνικοπολιτικό πλαίσιο και επηρεάζονται από αυτό. Σε ένα ανώτερο επίπεδο ανάλυσης (ή υπό μια διαφορετική επιστημονική προσέγγιση), ενδεχομένως αυτοί οι μακρο-παράγοντες να διαδραματίζουν και τον σημαντικότερο ρόλο, διαμορφώνοντας κάθε φορά ένα τελείως διαφορετικό περιβάλλον στο οποίο (ανα)παράγονται οι ανισότητες υγείας, κάτι που επομένως θα αναδείκνυε την ανάγκη διαμόρφωσης διαφορετικών υποδειγμάτων ανάλυσης. Ωστόσο, η επίδραση των οικονομικών και πολιτικών δομών, συστημάτων και παραδόσεων εκφεύγει του σκοπού και των στόχων της παρούσας διατριβής.

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

κινδύνων για κάποιες ασθένειες ή τραυματισμούς στις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες.

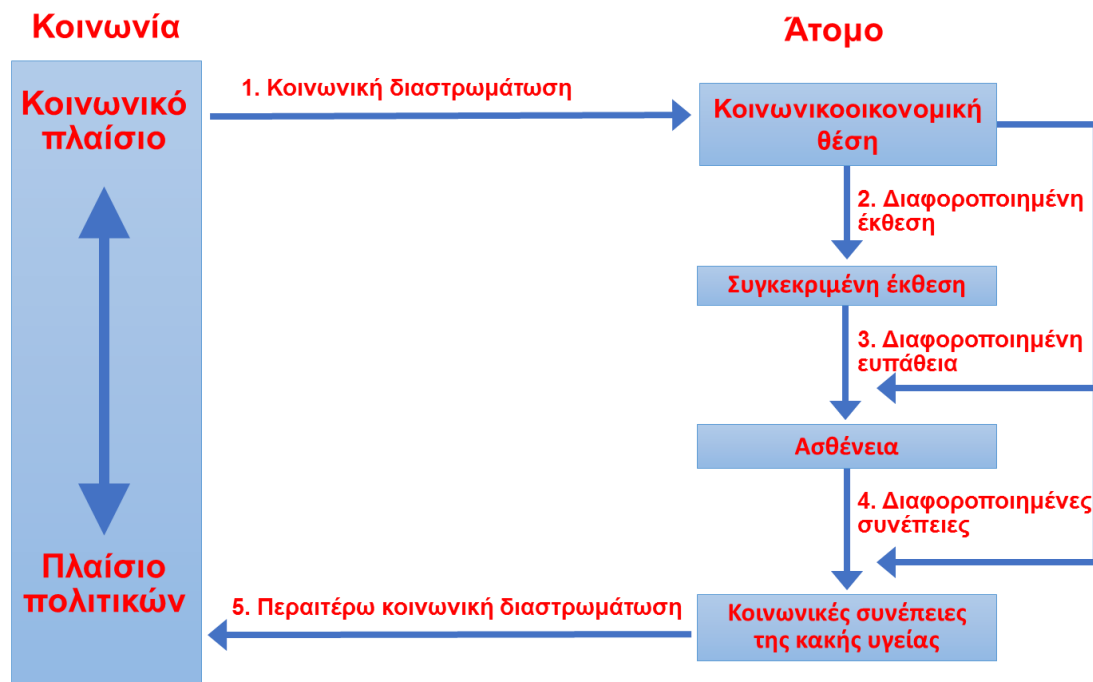
Ωστόσο, ακόμη και σε περίπτωση ισοκατανομής των παραγόντων κινδύνου, ο αντίκτυπος που έχουν στην υγεία μπορεί να διαφέρει μεταξύ των κοινωνικών ομάδων, λόγω διαφοροποιημένης ευαισθησίας ή ευπάθειας (Diderichsen κ.ά., 2001). Αυτό μπορεί να σχετίζεται αφενός με τη σύμπτωση περισσότερων παραγόντων κινδύνου, που ενδεχομένως διαδρούν μεταξύ τους, στις χαμηλότερες κοινωνικές θέσεις. Κατά αυτήν την έννοια, υπάρχει κάποια επιπλέον βιολογική επιβάρυνση, η οποία είναι δυσχερέστερα διαχειρίσιμη από ό,τι σε περιπτώσεις ύπαρξης ενός μόνο επιβλαβούς παράγοντα. Αυτές οι βιολογικές διαφοροποιήσεις μπορούν να συνδεθούν και με την ιδέα του «βιολογικού προγραμματισμού». Συνοπτικά, αυτή η σύλληψη περιγράφει την αρνητική επίπτωση που έχουν για την ενήλικη υγεία οι δυσμενείς συνθήκες σε κρίσιμες περιόδους ανάπτυξης του εμβρύου (Barker κ.ά., 1989). Ο μηχανισμός της ευπάθειας μπορεί να συνδέεται επίσης με το κοινωνικό πλαίσιο και ιδίως την ψυχοκοινωνική υποστήριξη από το άμεσο περιβάλλον, αλλά και το περιεχόμενο διαφόρων πολιτικών. Για παράδειγμα, η καθολική πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη ή το ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα θα μπορούσαν να συμβάλουν στη μείωση της ευπάθειας των μειονεκτουσών κοινωνικών ομάδων. Στα παραπάνω θα μπορούσαμε να προσθέσουμε τη σημασία των πόρων για την αντιμετώπιση των περιστάσεων κακής υγείας. Έτσι, οι χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές θέσεις συνδέονται με λιγότερους οικονομικούς, κοινωνικούς και άλλους πόρους για να ανταπεξέλθουν τα άτομα σε περιπτώσεις ασθενειών ή τραυματισμών.

Οι κοινωνικές επιπτώσεις της κακής υγείας αναφέρονται στις συνέπειες που μπορεί να έχει μια ασθένεια ή ένας τραυματισμός στις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες διαβίωσης του ατόμου και του άμεσου οικογενειακού περιβάλλοντός του (Diderichsen κ.ά., 2001). Τέτοια περιστατικά υγείας μπορεί να οδηγήσουν σε καταστροφικές δαπάνες για υπηρεσίες υγείας, καθώς και σε απουσίες από την εργασία ή και την απώλεια αυτής, οπότε και συνεπάγεται μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος. Καταστροφικές πληρωμές για την υγεία θεωρούνται εκείνες οι πληρωμές που είναι τόσο μεγάλου

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

μεγέθους, ώστε να μειώνεται το βιοτικό επίπεδο των νοικοκυριών (O'Donnell κ.ά., 2008· Wagstaff, 2008). Τα μέλη των ανώτερων κοινωνικών ομάδων δύνανται να απορροφήσουν αυτά τα κόστη χωρίς σημαντικές επιπτώσεις στην ευημερία τόσο τη δική τους όσο και του περιβάλλοντός τους. Αντίθετα, τα χαμηλότερα στρώματα δεν διαθέτουν σε πολλές περιπτώσεις την ικανότητα πληρωμής για να ανταποκριθούν στις ιατρικές ανάγκες τους ούτε τη δυνατότητα ιδιωτικής ασφάλισης, οπότε και καταφεύγουν στην οικονομική βοήθεια άλλων μελών της οικογένειας ή σε ρευστοποίηση περιουσίας ή και σε δανεισμό, με συνέπεια τη δημιουργία ενός φαύλου κύκλου χρεών και τη φτωχοποίησή τους (Van Doorslaer κ.ά., 2007· Kim και Hong, 2015). Επιπλέον, οι κοινωνικοοικονομικές συνέπειες της ασθένειας εξαρτώνται όχι μόνο από τη σοβαρότητά της και την κοινωνικοοικονομική θέση του ατόμου, αλλά και από το κοινωνικό περιβάλλον και τις πολιτικές κοινωνικής προστασίας. Αυτός ο αντίκτυπος της ασθένειας, λοιπόν, μπορεί να ανατροφοδοτήσει την κοινωνικοοικονομική βάση της ασθένειας, ενώ μπορεί να επηρεάσει και τη συνολική κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη (Diderichsen, 2004).

Γράφημα 3-3 Οι μηχανισμοί της κοινωνικής παραγωγής των εκβάσεων υγείας και της κατανομής τους στην κοινωνία



Πηγή: Προσαρμογή από Diderichsen κ.ά. (2001)

3.4.3.5.2. Το ενιαίο θεωρητικό πλαίσιο του Π.Ο.Υ.

Η Επιτροπή για τους Κοινωνικούς Προσδιοριστές της Υγείας του Π.Ο.Υ. συνέθεσε το παραπάνω υπόδειγμα των Diderichsen κ.ά. (2001) και άλλες προηγούμενες θεωρητικές προσεγγίσεις σε ένα ενιαίο θεωρητικό πλαίσιο δράσης για τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας (Solar και Irwin, 2010), το οποίο παρουσιάζεται στο **Γράφημα 3-4**. Για τους κοινωνικούς προσδιοριστές υιοθετούν έναν ευρύ ορισμό, θεωρώντας τους ως το πλήρες σύνολο των κοινωνικών συνθηκών στις οποίες οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται. Το κοινωνικοοικονομικό και πολιτικό πλαίσιο δίνει έμφαση στους κοινωνικούς, οικονομικούς και πολιτικούς θεσμούς και διαδικασίες δημιουργίας και διατήρησης της κοινωνικής διαστρωμάτωσης. Οι διαδικασίες αυτές περιλαμβάνουν όλους τους κοινωνικούς και πολιτικούς μηχανισμούς, συμπεριλαμβανομένων των μακροοικονομικών πολιτικών, της διακυβέρνησης, του κράτους πρόνοιας και των αναδιανεμητικών πολιτικών, των κοινωνικών πολιτικών που αφορούν στην αγορά εργασίας, τη στέγαση, το σύστημα εκπαίδευσης, το σύστημα υγείας και την κοινωνική υποστήριξη, καθώς και των κοινωνικών αξιών (π.χ. η αξία που ανατίθεται στο αγαθό της υγείας). Οι περισσότερες μελέτες των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας αμελούν να διερευνήσουν τη σημασία των πολιτικών μεταβλητών στη διαμόρφωση των κοινωνικών ανισοτήτων που οδηγούν σε ανισότητες υγείας.

Οι παραπάνω κοινωνικοπολιτικοί μηχανισμοί, λοιπόν, δημιουργούν την κοινωνική διαστρωμάτωση και τον κοινωνικοοικονομικό διαχωρισμό στην κοινωνία, τοποθετώντας τα άτομα στις διάφορες κοινωνικοοικονομικές θέσεις στις ιεραρχίες της ισχύος, του κύρους και της πρόσβασης σε πόρους. Βασικοί αντιπροσωπευτικοί δείκτες αυτής της κοινωνικής ιεραρχίας αποτελούν η κοινωνική τάξη, το εισόδημα, το επίπεδο εκπαίδευσης, το επάγγελμα, το φύλο και η φυλή/εθνότητα. Το κοινωνικοοικονομικό και πολιτικό πλαίσιο, οι μηχανισμοί δημιουργίας της κοινωνικής διαστρωμάτωσης και η προκύπτουσα κοινωνική ιεράρχηση των ατόμων συνιστούν τους δομικούς παράγοντες (structural determinants) των ανισοτήτων υγείας. Οι δομικοί παράγοντες θα πρέπει να λαμβάνουν προτεραιότητα έναντι των ενδιάμεσων παραγόντων (intermediary determinants), διαμέσου των οποίων επηρεάζουν την υγεία του

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

πληθυσμού, καθότι βρίσκονται πιο πίσω στην αλυσίδα της αιτιότητας της παραγωγής της κακής υγείας.

Η κοινωνικοοικονομική θέση, λοιπόν, διαμορφώνει τους ενδιάμεσους προσδιοριστές της υγείας, οι οποίοι ανταποκρίνονται στη θέση των ατόμων στην κοινωνική ιεραρχία. Αυτοί οι παράγοντες μπορεί να διακριθούν ως εξής:

- Υλικές συνθήκες, όπως είναι η οικονομική δυνατότητα αγοράς φαγητού, κατάλληλης ένδυσης, αξιοπρεπούς στέγασης κ.λπ., οι παράγοντες που αφορούν στην ποιότητα διαβίωσης στη γειτονιά και το εργασιακό περιβάλλον (φυσική, ψυχική, χημική και εργονομική καταπόνηση). Αναλόγως της ποιότητάς τους, αυτοί οι παράγοντες μπορεί να λειτουργήσουν είτε ως πόροι προώθησης της υγείας είτε ως κίνδυνοι αυτής.
- Παράγοντες που σχετίζονται με τη συμπεριφορά, όπως είναι η διατροφή, το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ και η φυσική άσκηση, που μπορούν να λειτουργήσουν είτε προστατευτικά και ενισχυτικά (π.χ. άσκηση) είτε ως κίνδυνοι (π.χ. κάπνισμα) της υγείας. Επιπλέον, υπάρχουν και οι βιολογικοί παράγοντες, όπως είναι οι γενετικοί, η ηλικία και το φύλο.
- Ψυχοκοινωνικές συνθήκες, όπως είναι οι ψυχοκοινωνικοί στρεσογόνοι παράγοντες (π.χ. αρνητικά συμβάντα και η εργασιακή καταπόνηση), οι συνθήκες που προκαλούν χρόνιο άγχος (π.χ. υψηλό χρέος), η κοινωνική υποστήριξη και οι μηχανισμοί αντιμετώπισης προβλημάτων. Οι διάφορες κοινωνικές ομάδες εκτίθενται σε διαφορετικού βαθμού απειλητικές και δύσκολες στην αντιμετώπιση εμπειρίες και καταστάσεις.

Έτσι, οι ανισότητες στην κοινωνικοοικονομική θέση συνεπάγονται την άνιση κατανομή των ενδιάμεσων προσδιοριστών της υγείας στα άτομα και, κατ' επέκταση, διαφοροποιήσεις στην έκθεση τους σε ζημιογόνους ή προστατευτικούς για την υγεία παράγοντες, καθώς και στην ευπάθεια τους σε επιβλαβείς για την υγεία καταστάσεις. Επιπλέον, στο πλαίσιο του μηχανισμού της κοινωνικής επιλογής, η κακή υγεία μπορεί να συνεπάγεται κοινωνικοοικονομικές συνέπειες (π.χ. μειώνοντας τις ευκαιρίες εργασίας των ασθενών), οι οποίες επίσης μπορεί να διαφοροποιούνται βάσει της κοινωνικοοικονομικής θέσης. Μάλιστα, το μέγεθος ορισμένων ασθενειών

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

μπορεί να επηρεάσει άμεσα και το κοινωνικοοικονομικό και πολιτικό πλαίσιο, όπως στην περίπτωση της πανδημίας του HIV/AIDS στην Υποσαχάρια Αφρική.

Στους ενδιάμεσους παράγοντες μπορεί να συμπεριληφθεί και το σύστημα υγείας, το οποίο διαμέσου του ζητήματος της πρόσβασης ενσωματώνει τις διαφοροποιήσεις στην έκθεση και την ευπάθεια των ατόμων, ενώ διαμεσολαβεί και τις ανόμοιες συνέπειες της ασθένειας στη ζωή των ανθρώπων. Το σύστημα υγείας μπορεί να αντιμετωπίσει τις ανισότητες υγείας με τους εξής τρόπους:

- α. Άμβλυση της επίπτωσης της φτώχειας με παρεμβάσεις σε τομείς όπως είναι η διατροφή, η στέγαση και οι εργασιακές συνθήκες (διατομεακές δράσεις).
- β. Μείωση της ευπάθειας στην άνιση έκθεση σε επιβλαβείς παράγοντες με διάφορα μέσα, όπως είναι οι εμβολιασμοί και η κοινωνική υποστήριξη.
- γ. Θεραπεία και αποκατάσταση των προβλημάτων υγείας που συνεπάγονται κοινωνικοοικονομικές συνέπειες.
- δ. Πολιτικές που ενισχύουν τους παράγοντες πλαισίου, όπως είναι το κοινωνικό κεφάλαιο, που τροποποιούν τις επιπτώσεις της φτώχειας στην υγεία.
- ε. Προστασία έναντι των κοινωνικοοικονομικών συνεπειών της ασθένειας διαμέσου ασφαλιστικών παροχών και πολιτικών για την αγορά εργασίας.

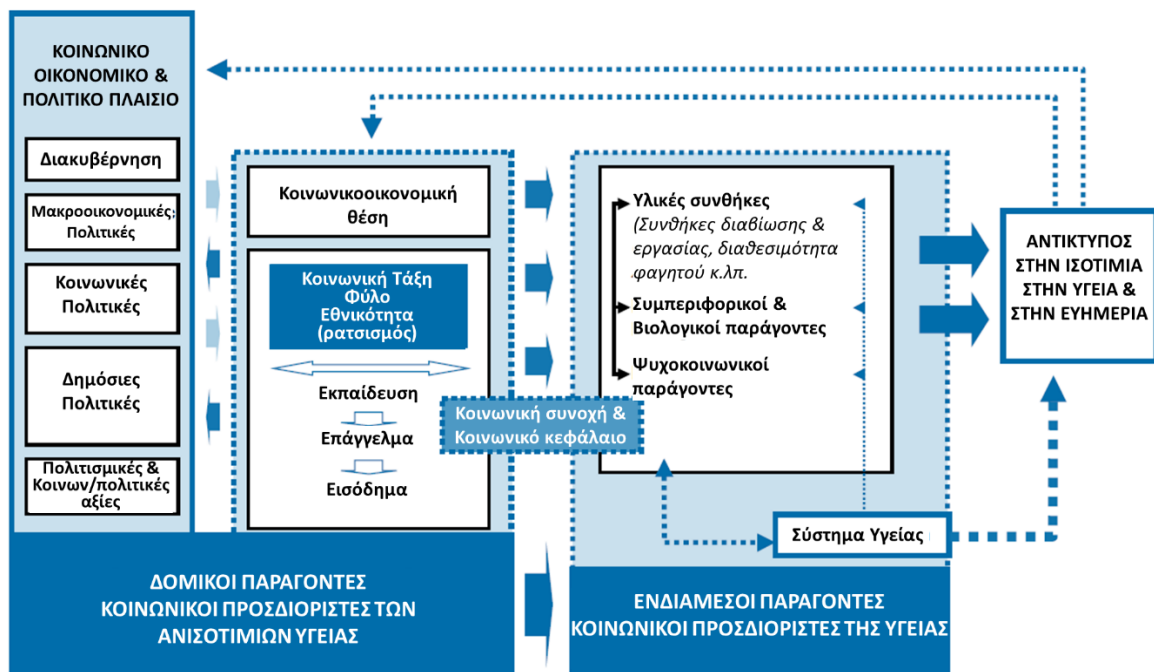
Στα παραπάνω θα πρέπει να προστεθούν και οι μηχανισμοί της κοινωνικής συνοχής και του κοινωνικού κεφαλαίου, που δρουν τόσο στους δομικούς όσο και στους ενδιάμεσους παράγοντες. Στο συγκεκριμένο θεωρητικό πλαίσιο, οι μηχανισμοί αυτοί συνδέουν τους κοινωνικούς και πολιτικούς θεσμούς με την υγεία του πληθυσμού. Το κράτος, λοιπόν, κατέχει έναν βασικό ρόλο στην κοινωνική προστασία των ατόμων με την αποτελεσματική και ισότιμη παροχή δημοσίων υπηρεσιών. Για αυτόν τον λόγο, δίνεται έμφαση στη σημασία της ενδυνάμωσης της πρόσβασης και της συμμετοχής των πολιτών στη διαδικασία λήψης των αποφάσεων και σχεδιασμού των πολιτικών που επηρεάζουν την ευημερία τους.

Αυτό που τονίζεται σε αυτό το πλαίσιο είναι ότι θα πρέπει να γίνεται ένας διαχωρισμός μεταξύ των κοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία και των κοινωνικών διαδικασιών που καθορίζουν την άνιση κατανομή τους. Οι

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

παρεμβάσεις στους προσδιοριστές της υγείας εστιάζουν στη μείωση στην συνολική έκθεση του πληθυσμού σε επιβλαβείς για την υγεία παράγοντες. Η καταπολέμηση των παραγόντων που δημιουργούν ανισότητες υγείας αφορά στην καταπολέμηση της άνισης κατανομής των προσδιοριστών της υγείας. Εάν ως σκοπός τίθεται η μείωση του χάσματος υγείας, τότε οι σχετικές δράσεις θα πρέπει να επικεντρώνονται στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των φτωχότερων ομάδων σε σχέση με την πλειοψηφία του πληθυσμού. Εάν, όμως, ως σκοπός τίθεται η μείωση της κοινωνικοοικονομικής διαβάθμισης της υγείας, τότε οι σχετικές πολιτικές θα πρέπει να στοχεύουν στη βελτίωση του επιπέδου των κοινωνικών προσδιοριστών σε όλη την κοινωνία σε σχέση με την υψηλότερη κοινωνικοοικονομική ομάδα.

Γράφημα 3-4 Συνοπτικό εννοιολογικό πλαίσιο της Επιτροπής για τους Κοινωνικούς Προσδιοριστές της Υγείας αναφορικά με τη γένεση των ανισοτήτων υγείας



Πηγή: Solar και Irwin (2010)

3.4.3.6. Οικοκοινωνικό υπόδειγμα

Ένα αναδυόμενο υπόδειγμα στη δημόσια υγεία είναι εκείνο των πολύπλοκων συστημάτων, τα οποία ενσωματώνουν διαφορετικές οπτικές (Roux, 2012). Οι προσεγγίσεις αυτές αποδέχονται τόσο την ύπαρξη

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

πολλαπλών μηχανισμών που οδηγούν στο ίδιο αποτέλεσμα υγείας όσο και την επίδραση του ίδιου μηχανισμού σε περισσότερες εκβάσεις υγείας. Αναγνωρίζουν τις διαδράσεις μεταξύ των γονιδίων και του περιβάλλοντος, καθώς και των παραγόντων που βρίσκονται στο ατομικό και το ευρύτερο επίπεδο αλλά και τις δυναμικές, μη-γραμμικές σχέσεις μεταξύ ατόμων, πληθυσμών και περιβάλλοντος εντός της ιστορικής διάστασης τους. Επιπλέον, τα δυναμικά συστήματα χρησιμοποιούν τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά δεδομένα, πολλαπλά επίπεδα ανάλυσης, καθώς και αμφότερους τους απώτερους και τους εγγύς παράγοντες που λειτουργούν σε διαφορετικό ιστορικό πλαίσιο κάθε φορά (Roux, 2012· Speybroeck κ.ά., 2013). Το κύριο χαρακτηριστικό αυτών των συστημάτων είναι η σύνδεσή τους με κάποια πολιτική ή παρεμβάσεις. Σκοπός τους είναι η μοντελοποίηση των διαφόρων παραγόντων και διαδικασιών για τη διερεύνηση της λειτουργίας του συστήματος με τη χρήση μοντέλων προσομοίωσης δρώντων (agent-based models) και δυναμικών μοντέλων συστημάτων (Epstein, 2006· Homer και Hirsch, 2006) αλλά και πιο παραδοσιακών μεθόδων, όπως είναι οι παρατηρητικές και οι πειραματικές μελέτες (Roux, 2012· Speybroeck κ.ά., 2013). Συνεπώς, ο χαρακτήρας αυτών των υποδειγμάτων δεν είναι παραγωγικός (deductive) ή θεωρητικός, αλλά κυρίως επαγωγικός (inductive).

Ως προς την επιδημιολογική θεωρία, από τα μέσα της δεκαετίας του '90 έχουν αναδυθεί κάποια οικολογικά, ενοποιητικά, πολυεπίπεδα και δυναμικά θεωρητικά σχήματα, τα οποία συνδέουν ρητά τους κοινωνικοπολιτικούς και τους βιοφυσικούς παράγοντες της κατανομής της ασθένειας και λαμβάνουν υπόψη ολόκληρο τον κύκλο ζωής και τις διαγενεακές σχέσεις σε ένα γεωγραφικό και ιστορικό πλαίσιο (Krieger, 2001· Krieger, 2011). Ένα τέτοιο παράδειγμα αποτελεί η οικοκοινωνική θεωρία της Nancy Krieger (2011). Ενώ έχει ως βάση την πολιτική οικονομία της υγείας και την κοινωνική παραγωγή της ασθένειας, δίνει παρόλα αυτά ρητή έμφαση στις βιολογικές διαδικασίες διαμέσου των οποίων οι κοινωνικές συνθήκες επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού σε ένα πιο ευρύ οικολογικό πλαίσιο. Βασικό ερώτημα αυτής της θεωρίας αποτελεί το ποιος και τι επιφέρει τα υφιστάμενα και μεταβαλλόμενα μοτίβα στις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία.

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

Η «ενσωμάτωση» (embodiment) αποτελεί μια βασική έννοια στην οικοκοινωνική προσέγγιση και αναφέρεται στη διαδικασία κατά την οποία οι άνθρωποι ως ζώντες οργανισμοί ενσωματώνουν βιολογικά τον υλικό και άυλο κόσμο στον οποίο διαβιούν, εντός του εκάστοτε κοινωνικοπολιτικού και οικολογικού πλαισίου, δημιουργώντας συγκεκριμένα μοτίβα κατανομής στην υγεία και την ασθένεια. Τα επιδημιολογικά προφίλ των κοινωνιών διαμορφώνονται από τις συνθήκες διαβίωσης σε ένα δυναμικό και οικολογικό πλαίσιο. Πρόκειται για εξωγενείς των ανθρώπινων σωμάτων παράγοντες, που καθορίζονται από τις σχέσεις μεταξύ των ομάδων και τις κοινωνικές διευθετήσεις ισχύος, ιδιοκτησίας, παραγωγής και αναπαραγωγής τόσο της κοινωνικής όσο και της βιολογικής ζωής. Οι παράγοντες αυτοί δρουν σε διαφορετικά επίπεδα και περιλαμβάνουν διαφορετικές χωροχρονικές κλίμακες, με εκείνους που λειτουργούν σε μακρο-επίπεδο να είναι πιο πιθανό να καθοδηγούν τα φαινόμενα των χαμηλότερων επιπέδων. Οι μηχανισμοί της ενσωμάτωσης λειτουργούν μέσω ποικίλων, συντρεχουσών και αλληλεπιδρυσών διαδικασιών, που συμπεριλαμβάνουν την επιβλαβή έκθεση και τη διαφοροποιημένη βιολογική ευπάθεια και ανθεκτικότητα ως προς: την κοινωνική και οικονομική αποστέρηση, τους εξωγενείς παθογενείς και επικίνδυνους παράγοντες, τις διακρίσεις και άλλες μορφές κοινωνικά προκαλούμενου τραύματος, τη στοχευμένη διαφήμιση επιβλαβών αγαθών (π.χ. καπνός, αλκοόλ, ανθυγιεινό φαγητό), την ανεπαρκή ή υποτιμητική υγειονομική φροντίδα και την υποβάθμιση των οικοσυστημάτων. Αυτή η θεωρία δίνει έμφαση στην ικανότητα των θεσμών και των μεμονωμένων ατόμων να δρουν (agency) και στην ευθύνη τους ως προς το είτε να απέχουν είτε να προχωρούν σε συγκεκριμένες ενέργειες για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων υγείας.

3.5. Μηχανισμοί επίδρασης των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων στην υγεία

3.5.1. Στατιστικό κατασκεύασμα

Από την έκθεση Black είχε διατυπωθεί η πιθανή εξήγηση ότι τόσο η υγεία όσο και η κοινωνική τάξη είναι αναπόδραστα κατασκευάσματα της διαδικασίας

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

μέτρησης τους, υποδηλώνοντας ότι και η παρατηρούμενη σχέση μεταξύ τους μπορεί να είναι επίσης τεχνητή, χωρίς να υπάρχει πραγματική αιτιώδης συνάφεια (Department of Health and Social Security, 1980). Γενικότερα, το στατιστικό κατασκεύασμα μπορεί να συνδέεται με τη μέτρηση είτε της υγείας, είτε της κοινωνικοοικονομικής θέσης, είτε της σχέσης μεταξύ τους. Για παράδειγμα, η αλλαγή της επαγγελματικής δομής μπορεί να έχει μειώσει την είσοδο σε κάποια χειρωνακτικά επαγγέλματα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τα εναπομείναντα μέλη αυτών των επαγγελμάτων να ανήκουν σε παλαιότερες κοόρτες και, επομένως, να είναι μεγαλύτερης ηλικίας, με τα συνακόλουθα προβλήματα υγείας που φέρνει το γήρας¹⁸⁵.

Έχει επίσης παρατηρηθεί ότι στις περιπτώσεις διωνυμικών εκβάσεων (όπως και στα μέτρα που είναι συναρτήσεις αυτών), η μεταβολή στον επιπολασμό του αποτελέσματος οδηγεί σε αλλαγή και στις σχετικές διαφορές κινδύνου (Scanlan, 2000· Scanlan, 2006· Eikemo κ.ά., 2009). Για παράδειγμα, όταν μειώνονται τα ποσοστά θανάτου, ο σχετικός κίνδυνος αυξάνεται από την επιρροή ενός προσδιοριστή. Συνεπώς, η μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας λόγω της εξέλιξης της τεχνολογίας υγείας ή γενικότερα του πιο ανεπτυγμένου κράτους πρόνοιας επιτρέπει στους διάφορους κοινωνικούς προσδιοριστές να παράγουν υψηλότερο σχετικό κίνδυνο, παρόλο που την ίδια στιγμή οι απόλυτες διαφορές αμβλύνονται (Mackenbach, 2012). Ωστόσο, οι Houweling κ.ά. (2007) έδειξαν ότι η υψηλότερη ανισότητα δεν είναι μια μαθηματική αναγκαιότητα σε υψηλότερα επίπεδα (ή χαμηλότερα προβλήματα) υγείας, ενώ και ο λόγος των πιθανοτήτων ως μέτρο σχετικής ανισότητας δεν υφίσταται ανάλογους περιορισμούς. Επιπλέον, κατέληξαν στο ότι τόσο στα απόλυτα όσο και στα σχετικά μέτρα ανισότητας θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το συνολικό επίπεδο υγείας.

Παρόλο που διάφορα προβλήματα που σχετίζονται με τη μέτρηση εξακολουθούν να υφίστανται, γενικότερα φαίνεται να υπάρχει μια ευρύτερη

¹⁸⁵ Βεβαίως, στη συνέχεια παρουσίασαν στοιχεία που έδειχναν πως το ποσοστό της ανειδίκευτης τάξης δεν έχει μειωθεί τόσο πολύ (μέχρι τη δεκαετία του '80).

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

συμφωνία για την απόρριψη αυτής της εξήγησης. Η τεκμηρίωση της ύπαρξης κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας, παρά τη χρήση διαφορετικών μέτρων του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και της υγείας, έχει πλήρως ανασκευάσει αυτήν την προσέγγιση (McCartney κ.ά., 2013).

3.5.2. Φυσική ή κοινωνική επιλογή

Στη βάση αυτής της θεώρησης βρίσκεται η οπτική κατά την οποία η κατάσταση υγείας του ατόμου είναι εκείνη που το εντάσσει σε συγκεκριμένη κοινωνικοοικονομική βαθμίδα και όχι το αντίστροφο (Dahl, 1994· Solar και Irwin, 2010). Η προσέγγιση αυτή ενσωματώνει δύο βασικές παραδοχές. Η πρώτη σχετίζεται με έναν «φυσικό» χαρακτήρα, καθώς υποδηλώνει μια βιολογική βάση, ενώ η δεύτερη εκφράζει (για τον ίδιο λόγο) και μια ηθική ουδετερότητα ως προς αυτό το φαινόμενο. Σε αυτό το πλαίσιο, συνεπώς, οι ανισότητες υγείας δεν φαίνεται να χρήζουν ούτε κοινωνικής ανησυχίας ούτε συλλογικής παρέμβασης (Macintyre, 1997a).

Σύμφωνα με μια άμεση προσέγγιση αυτής της θεώρησης, η φορά της αιτιότητας μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών προσδιοριστών και της υγείας είναι αντίστροφη σε σχέση με εκείνη της κοινωνικής αιτιότητας, με συνέπεια τα προβλήματα υγείας να οδηγούν σε μια καθοδική κοινωνική κινητικότητα (direct health selection). Έχει γίνει επίσης η υπόθεση ότι κάποια φυσικά ή προσωπικά χαρακτηριστικά των ατόμων, όπως είναι το ύψος, το βάρος, η εμφάνιση, η ευφυΐα και η προσωπικότητα αλλά και το εκπαιδευτικό επίπεδο, έχουν έναν συγχυτικό ρόλο, καθώς επηρεάζουν τόσο την υγεία όσο και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των ατόμων (indirect health selection), καθορίζοντας τις εκπαιδευτικές ή επαγγελματικές ευκαιρίες αλλά και τις μισθολογικές απολαβές τους (West, 1991).

3.5.2.1. Κοινωνική επιλογή

Η θεώρηση της κοινωνικής επιλογής δίνει έμφαση σε μια διαδικασία κοινωνικής κινητικότητας, όπου η υγεία είναι εκείνη που τοποθετεί τα άτομα στις διάφορες κοινωνικοοικονομικές θέσεις και όχι το αντίστροφο (Οικονόμου,

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

2013). Η κοινωνική κινητικότητα αναφέρεται στη δυνατότητα μεταβολής της κοινωνικής θέσης των ατόμων σε σχέση είτε με εκείνη των γονιών τους (διαγενεακή κινητικότητα) είτε με τη δική τους σε προγενέστερο σημείο του χρόνου (ενδογενεακή κινητικότητα) (Solar και Irwin, 2010). Σε αυτό το πλαίσιο, η καλή υγεία φαίνεται να συνδέεται με μεγαλύτερες πιθανότητες ανοδικής κοινωνικής κινητικότητας, ενώ η κακή με κοινωνική ολίσθηση.

Θεωρείται, λοιπόν, ότι η δομή της επαγγελματικής τάξης λειτουργεί ως κοινωνικός ταξινομητής των ατόμων, με την υγεία να αποτελεί τον σημαντικότερο διαλογέα (Department of Health and Social Security, 1980· Stronks κ.ά., 1997). Έτσι, μια κατάσταση κακής υγείας μπορεί να εμποδίσει το άτομο από το να εργαστεί ή να μειώσει τις σχετικές επιλογές του ή να περιορίσει τον δυνατό χρόνο εργασίας του ή να το οδηγήσει σε πρόωρη συνταξιοδότηση και, επομένως, να του μειώσει το εισόδημα, εντάσσοντάς το σε χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική θέση. Για παράδειγμα, τα άτομα με αναπηρία συνδέονται με διπλάσιο κίνδυνο να βρίσκονται εκτός της αγοράς εργασίας και τριπλάσιο να είναι άνεργοι, καθώς και με χαμηλότερα επίπεδα μισθών σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό (Οικονόμου, 2013). Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί ότι οι εισοδηματικές ανισότητες υγείας αυξάνονται μέχρι τη μέση ηλικία, ενώ στη συνέχεια παρατηρείται μια τάση μετριασμού τους. Αν εξετάσουμε τις εισοδηματικές ανισότητες εντός της ομάδας των εργαζομένων, θα διαπιστώσουμε ότι είναι αρκετά μικρότερες, το οποίο επιβεβαιώνει την υπόθεση πως η επίδραση της υγείας στην εργασία είναι εκείνη που διαμορφώνει τη μεταβαλλόμενη με την ηλικία επίπτωση του εισοδήματος στην υγεία. Αντίθετα, το μοτίβο της διεύρυνσης και στη συνέχεια της μείωσης των εισοδηματικών ανισοτήτων υγείας παραμένει για την ομάδα των μη εργαζομένων. Αυτό δείχνει είτε την επίδραση του εισοδήματος (ή άλλου συνδεόμενου κοινωνικοοικονομικού παράγοντα) στην υγεία είτε τη μεγαλύτερη πιθανότητα τα μη εργαζόμενα άτομα να βρίσκονται εκτός εργασίας λόγω προβλημάτων υγείας κατά τη μέση ηλικία της ζωής τους (O'Donnell, 2009).

Σε ένα ευρύτερο επίπεδο, ο μηχανισμός αυτός συνδέεται με τα χαμηλά ποσοστά θνησιμότητας σε περιοχές με υψηλή οικονομική δραστηριότητα και οικονομικές ευκαιρίες, καθώς αυτές οι συνθήκες ελκύουν το πιο υγιές εργατικό

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

δυναμικό από υποβαθμισμένες οικονομικά περιφέρειες (Department of Health and Social Security, 1980). Σε πολλές περιπτώσεις, μάλιστα, τα ίδια τα χαρακτηριστικά της εργασίας απαιτούν συγκεκριμένη φυσική δύναμη και αντοχή (π.χ. όταν είναι χειρωνακτική), λειτουργώντας ως ένα κριτήριο πρόσληψης (healthy worker effect). Το σχετικό φαινόμενο του «υγιούς μετανάστη» (healthy migrant effect) έχει παρατηρηθεί και στην Ελλάδα, με τους μετανάστες να παρουσιάζουν χαμηλότερο επιπολασμό κακής υγείας σε σχέση με τον πληθυσμό που έχει γεννηθεί στην Ελλάδα, λόγω των φυσικών και ψυχικών απαιτήσεων της μετανάστευσης (Chantzaras και Yfantopoulos, 2018b).

Από διάφορες μελέτες έχει παρατηρηθεί ότι οι κοινωνικές ανισότητες στη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα τείνουν να εκδηλώνονται με λιγότερο έντονο τρόπο κατά τη διάρκεια της εφηβείας από ό,τι στην πρώιμη ενήλικη ζωή (Glendinning κ.ά., 1992· Rahkonen και Lahelma, 1992· West, 1997)¹⁸⁶. Σύμφωνα με μια εξήγηση, ενώ οι έφηβοι διαθέτουν σε γενικές γραμμές ένα υψηλό επίπεδο υγείας, κατά την ενήλικη ζωή δεν υπάρχει τόση ομοιογένεια και λαμβάνει χώρα μια διαδικασία κοινωνικής επιλογής των πιο υγιών ατόμων από την εκπαιδευτική και επαγγελματική αγορά (Blane κ.ά., 1994). Έτσι, τα προβλήματα υγείας κατά την παιδική ηλικία ενδέχεται να πλήξουν τις σχολικές επιδόσεις, με μακροχρόνιο αποτέλεσμα τη μείωση των επαγγελματικών ευκαιριών και τις οικονομικές απολαβές κατά τη διάρκεια της ζωής (Benzeval κ.ά., 2014)¹⁸⁷. Επιπλέον, έχει υποστηριχθεί ότι η υγεία και η ευημερία των γονέων μπορούν να επηρεάσουν την υγεία και την ανάπτυξη του παιδιού, γεγονός που με τη σειρά του επιδρά στις κοινωνικοοικονομικές ευκαιρίες του ως ενήλικα (Benzeval κ.ά., 2014).

Παρόλο που στην έκθεση Black (Department of Health and Social Security, 1980) έσπευσαν να απορρίψουν αυτή τη θεωρία, στις οικονομικές

¹⁸⁶ Περισσότερα στην ενότητα που αφορά τον μηχανισμό του «κύκλου ζωής».

¹⁸⁷ Στην περίπτωση της ασθένειας κατά την παιδική ηλικία, η σχετική κοινωνική επιλογή συνδέεται με μια διαγενεακή κοινωνική ολίσθηση, ενώ εάν η ασθένεια εκδηλωθεί κατά την ενήλικη ζωή, τότε έχει αρνητικές επιδράσεις στην ενδογενεακή κινητικότητα (Οικονόμου, 2013).

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

έρευνες η σχέση μεταξύ της υγείας και του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου συχνά εξετάζεται αμφιδρόμως. Στην κοινωνική επιδημιολογία, ιδίως στο πλαίσιο της αυξανόμενης επιρροής της θεωρίας του «κύκλου ζωής», οι βιολογικές επιδράσεις στη μελλοντική υγεία και οι κοινωνικοοικονομικές επιδράσεις αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της σχετικής συζήτησης (Benzeneal κ.ά., 2014). Τα αποτελέσματα των ερευνών για τη συγκεκριμένη επίπτωση της υγείας στην κοινωνική κινητικότητα και στις ανισότητες υγείας δεν είναι πάντως σαφή (Solar και Irwin, 2010). Η σοβαρότητα της ασθένειας φαίνεται να παίζει κάποιο ρόλο στην πρωταρχικότητα της κοινωνικής επιλογής έναντι της κοινωνικής αιτιότητας. Για παράδειγμα, ανάμεσα στις ψυχικές διαταραχές, εκείνες που συνδέονται με «βαρύτερο» αναπηρικό χαρακτήρα και πρώιμη εκδήλωση –και συνακόλουθα κληρονομικότητα– όπως είναι η σχιζοφρένεια και η διπολική διαταραχή, είναι περισσότερο πιθανό να συνδέονται με διαδικασίες κοινωνικής επιλογής (Muntaner κ.ά., 2013).

Πολλά από τα εμπειρικά αποτελέσματα δεν φαίνεται να συνηγορούν υπέρ αυτού του υποδείγματος (Dahl, 1994) τόσο για τη διαγενεακή όσο και για την ενδογενεακή κινητικότητα (Οικονόμου, 2013). Μελέτες διαχρονικών δεδομένων επιβεβαίωσαν την ύπαρξη μιας μικρής μόνο συνεισφοράς της σχετιζόμενης με την υγεία κοινωνικής κινητικότητας στις ανισότητες υγείας (Whitehead, 1989). Έχει, μάλιστα, υποστηριχθεί και ότι η σχετιζόμενη με την υγεία κοινωνική κινητικότητα δεν διευρύνει τις ανισότητες υγείας (Bartley και Plewis, 1997). Αυτό διότι τα προς τα κάτω κοινωνικά κινούμενα άτομα διαθέτουν παρόλα αυτά καλύτερο μέσο επίπεδο υγείας από εκείνο των ατόμων που βρίσκονται στη χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική θέση στην οποία καταλήγουν και, επομένως, βελτιώνουν (τουλάχιστον προσωρινά) τη μέση κατάσταση υγείας που αντιστοιχεί σε αυτό το κοινωνικοοικονομικό στρώμα. Από την άλλη πλευρά, τα ανοδικά κινούμενα άτομα διαθέτουν χαμηλότερο μέσο επίπεδο υγείας από εκείνο των ατόμων που βρίσκονται στην υψηλότερη κοινωνικοοικονομική θέση και, συνεπώς, υποβαθμίζουν τη μέση υγεία της κοινωνικοοικονομικής τάξης στην οποία ανέρχονται. Αντίστοιχα, οι Blane κ.ά. (1999) υποστηρίζουν ότι η ανοδική κοινωνική κινητικότητα μετριάζει τις σχετικές μέσες διαφορές υγείας μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών βαθμίδων (gradient constraint). Αυτό συμβαίνει διότι η τρέχουσα κατάσταση υγείας επηρεάζεται από πρότερες

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

εμπειρίες και επομένως τα ανοδικά κινούμενα άτομα δεν μπορούν να επωφεληθούν πλήρως από τις ευεργετικές για την υγεία επιδράσεις της καλύτερης κοινωνικής θέσης τους. Ωστόσο, υπάρχουν και ερευνητές που έχουν καταλήξει στο αντίθετο συμπέρασμα, θεωρώντας ότι η κοινωνική επιλογή και η κοινωνική κινητικότητα ενισχύουν τις ανισότητες υγείας (Manor κ.ά., 2003· Boyle κ.ά., 2009), ενώ οι Claussen κ.ά. (2005) υποστηρίζουν ότι η κοινωνική επιλογή και η κοινωνική αιτιότητα αλληλοακυρώνονται κατά την κοινωνική κινητικότητα.

3.5.2.2. Προσωπικά χαρακτηριστικά – Φυσική επιλογή

Σύμφωνα με έναν άλλον μηχανισμό, η υγεία μπορεί να επηρεάσει τις επαγγελματικές ευκαιρίες διαμέσου διαφόρων μεροληψιών και διακρίσεων στην αγορά εργασίας, καθώς κάποια χαρακτηριστικά των ατόμων, όπως είναι η παχυσαρκία, το ύψος και η εμφάνιση, επηρεάζουν τη θέση τους (Han κ.ά., 2009· Judge κ.ά., 2009· Hakim, 2010· Benzval κ.ά., 2014). Αυτό που υποθέτει αυτός ο μηχανισμός είναι μια διαδικασία κατά την οποία οι ρυθμιστές εισόδου στην αγορά εργασίας (π.χ. οι υπεύθυνοι τμημάτων επιλογής προσωπικού) ή και τα διοικητικά στελέχη που αποφασίζουν για τις προαγωγές και τους μισθούς του προσωπικού επηρεάζονται υποσυνείδητα από κάποια χαρακτηριστικά της εμφάνισης των ανθρώπων, συσχετίζοντάς τα με άλλα θετικά χαρακτηριστικά που αφορούν στην απόδοσή τους, μεροληπτώντας, επομένως, υπέρ αυτών που τα κατέχουν (Langlois κ.ά., 2000· Benzval κ.ά., 2014). Ωστόσο, η εμφάνιση μπορεί να επηρεάσει την κοινωνική θέση και με άλλους τρόπους. Για παράδειγμα, ο Illsley (1955) διαπίστωσε ότι οι γυναίκες που ανεβαίνουν κοινωνικά μέσω γάμου τείνουν να είναι ψηλότερες και να έχουν και καλύτερη υγεία.

Μια παραπλήσια διαδρομή επίδρασης στην υγεία που έχει διατυπωθεί σε σχέση με αυτήν τη θεώρηση είναι η αλληλοτροφοδότηση μεταξύ των κοινωνικών επιδράσεων και των ατομικών χαρακτηριστικών. Ένα παράδειγμα αποτελεί η περίπτωση όπου η κοινωνικοοικονομική μειονεξία ευνοεί την αύξηση του σωματικού βάρους. Στη συνέχεια, όμως, η παχυσαρκία φαίνεται να συνδέεται με ένα κοινωνικό στίγμα το οποίο μπορεί να υποβαθμίσει τις

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

εργασιακές, εκπαιδευτικές και κοινωνικές ευκαιρίες του ατόμου (Adler και Stewart, 2009). Σε πολλές περιπτώσεις, μάλιστα, έχει διαπιστωθεί αυτές οι θεσμικές και διαπροσωπικές διακρίσεις να είναι πιο σημαντικές και από εκείνες που σχετίζονται με το φύλο ή τη φυλή (Puhl κ.ά., 2008)¹⁸⁸.

Ως προέκταση –ή και απαρχή από μια άλλη άποψη– της θεωρίας της κοινωνικής επιλογής, παρουσιάζεται η σημασία κάποιων προσωπικών, σε κάποιες περιπτώσεις κληρονομικών, χαρακτηριστικών των ατόμων που προσδιορίζουν τόσο την υγεία όσο και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδό τους, όπως είναι η γνωστική ικανότητα ή ευφυΐα και η προσωπικότητα (Οικονόμου, 2013· Benzval κ.ά., 2014). Έτσι, έχει υποστηριχθεί ότι η υψηλότερη γνωστική ικανότητα αποτελεί ένα εκπαιδευτικό πλεονέκτημα, το οποίο διευκολύνει την επαγγελματική επιτυχία και, συνεπώς, το εισόδημα κατά την ενήλικη ζωή (Benzval κ.ά., 2014). Μάλιστα, οι διαφορές στη γνωστική ικανότητα εξηγούν το 20-50% των ανισοτήτων στην υγεία που σχετίζονται με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (Mackenbach, 2010). Ειδικότερα, η ευφυΐα μπορεί να επηρεάσει την υγεία με τους εξής τρόπους (Batty κ.ά., 2007):

- Υψηλότερη κοινωνικοοικονομική θέση κατά την ενήλικη ζωή.
- Καλύτερη επεξεργασία και αξιοποίηση των σχετιζόμενων με την υγεία γνώσεων, που οδηγεί στην υιοθέτηση προστατευτικών της υγείας συμπεριφορών και την αποτροπή ασθενειών.
- Καλύτερη αυτοδιαχείριση σε περιπτώσεις ασθενειών, με πιο έγκαιρη αναζήτηση των κατάλληλων υγειονομικών υπηρεσιών και σωστή τήρηση των ιατρικών οδηγιών.
- Μικρότερος κίνδυνος για ψυχιατρικές ασθένειες.

Η προσωπικότητα επίσης αποτελεί έναν πιθανό προσωπικό παράγοντα που παρεμβάλλεται στη σχέση μεταξύ της κοινωνικοοικονομικής θέσης και της

¹⁸⁸ Οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην παχυσαρκία προκύπτει να έχουν μειωθεί τις τελευταίες δεκαετίες σε ανεπτυγμένες χώρες (Zhang και Wang, 2004), καθότι οι ευνοϊκές για την αύξηση του σωματικού βάρους περιβαλλοντικές συνθήκες φαίνεται να είναι πλέον τόσο κυρίαρχες, ώστε να επηρεάζουν πλέον τα άτομα όλων των κοινωνικοοικονομικών βαθμίδων (Adler και Stewart, 2009).

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

υγείας (Mackenbach, 2010). Οι Chapman κ.ά. (2010) μελέτησαν την κατανομή των πέντε βασικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας (big 5 personality traits), δηλαδή τη συναισθηματική σταθερότητα (neuroticism), την εξωστρέφεια (extraversion), τη δεκτικότητα σε νέες εμπειρίες (openness to experience), τη συγκαταβατικότητα (agreeableness) και την ευσυνειδησία (conscientiousness), ως προς το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Τα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, λοιπόν, συνδέονταν με υψηλότερα επίπεδα συγκαταβατικότητας και έλλειψης συναισθηματικής σταθερότητας και χαμηλότερα επίπεδα εξωστρέφειας, δεκτικότητας σε νέες εμπειρίες και ευσυνειδησίας (αν και τα αποτελέσματα δεν ήταν όλα στατιστικά σημαντικά). Συνολικά, οι διαφορές στο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο εξηγούσαν το 8-10% του κινδύνου παρουσίας αρνητικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας. Από την άλλη πλευρά, οι διαφοροποιήσεις ως προς την κατανομή των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας ευθύνονταν για το 20% των ανισοτήτων στη θνησιμότητα, με ένα σημαντικό μέρος αυτών να διαμεσολαβούνται από τη συμπεριφορά που σχετίζεται με την υγεία. Άλλοι μηχανισμοί μπορεί να αφορούν στη συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας και τον τρόπο αντιμετώπισης των ασθενειών, καθώς και στην τροποποίηση των υγειονομικών επιπτώσεων άλλων παραγόντων κινδύνου (Deary κ.ά., 2010).

Κατά τον Mackenbach (2010), υπάρχουν τουλάχιστον τρεις μηχανισμοί που να εξηγούν τη σχέση μεταξύ της προσωπικότητας ή της γνωστικής ικανότητας και της κοινωνικοοικονομικής θέσης: α) οι γενετικοί παράγοντες, β) οι επιδράσεις του πρώιμου περιβάλλοντος και γ) η κοινωνική κινητικότητα. Ως προς τους γενετικούς παράγοντες, έχουμε ήδη αναπτύξει τους λόγους για τους οποίους δεν φαίνεται να αποτελεί έναν βασίμο μηχανισμό. Αν και οι πρώτες σχετικές υποθέσεις προσέγγιζαν την έννοια της φυσικής επιλογής τονίζοντας τη σημασία των γενετικών παραγόντων (Οικονόμου, 2013), έχει υποστηριχθεί ότι ακόμη και η ευφυΐα αποτελεί μια συνέπεια των κοινωνικο-δομικών επιρροών (McCartney κ.ά., 2013). Τόσο η προσωπικότητα όσο και η γνωστική ικανότητα αποτελούν πολύπλοκα χαρακτηριστικά, που καθορίζονται από πολλαπλά γονίδια, τα οποία δεν μπορούν να μεταβιβαστούν άθικτα από τους γονείς στα παιδιά. Ακόμη και αν αυτή η μεταβίβαση έχει πραγματοποιηθεί, η γενετική ομοιογένεια κάποιων κοινωνικών ομάδων θα είχε υπονομευτεί από την

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

κοινωνική κινητικότητα και τα τυχαία ζευγαρώματα εντός μερικών γενεών¹⁸⁹. Από την άλλη πλευρά, το περιβάλλον στο οποίο μεγαλώνουν τα παιδιά επηρεάζει την ανάπτυξη τόσο της γνωστικής ικανότητας όσο και των χαρακτηριστικών της προσωπικότητάς τους διαμέσου, για παράδειγμα, του μηχανισμού του στρες, της κοινωνικο-συναισθηματικής ανάπτυξης, της γνωστικής διέγερσης και των επενδύσεων στο ανθρώπινο κεφάλαιο του παιδιού (Mackenbach, 2010· McCartney κ.ά., 2013· Benzeval κ.ά., 2014).

Η αύξηση της διαγενεακής κινητικότητας στις χώρες υψηλού εισοδήματος μετά τον 2^ο Παγκόσμιο Πόλεμο στις ανεπτυγμένες χώρες –ιδίως αναφορικά με την εκπαίδευση και το επάγγελμα– μπορεί να έχει δημιουργήσει ένα πλαίσιο αύξησης των ανισοτήτων υγείας μέσα από διαδικασίες κοινωνικής επιλογής ακόμη και σε κράτη με γενναιόδωρο καθεστώς πρόνοιας. Αυτό μπορεί να συμβαίνει διότι σε κοινωνίες αξιοκρατίας κάποια ατομικά χαρακτηριστικά, όπως είναι η γνωστική δυνατότητα και η προσωπικότητα, αποτιμώνται ως σημαντικά. Αυτό μπορεί να ενισχύει τις ευκαιρίες επιλογής σε υψηλότερες κοινωνικές θέσεις για τα άτομα που διαθέτουν αυτά τα χαρακτηριστικά, καθότι οι επαγγελματικές και εκπαιδευτικές επιδόσεις δεν εξαρτώνται από το οικογενειακό υπόβαθρο, αλλά από την προσωπική ικανότητα και προσπάθεια (Mackenbach, 2012). Παράλληλα, τα ίδια χαρακτηριστικά ευνοούν και την υγεία, ιδίως μέσα από την υιοθέτηση ευνοϊκών ως προς αυτήν συμπεριφορών (π.χ. άσκηση, αποχή από κάπνισμα και καλή διατροφή). Οπωσδήποτε, τα χαρακτηριστικά του πρώιμου περιβάλλοντος του παιδιού ενδέχεται να περιορίσουν την πλήρη ανάπτυξη του δυναμικού αυτών των χαρακτηριστικών (Mackenbach, 2010). Ωστόσο, οι σχετικές διαφοροποιήσεις ως προς το κοινωνικό πλαίσιο ανατροφής των παιδιών έχουν μάλλον μειωθεί με την πάροδο του χρόνου, ιδίως μάλιστα σε χώρες με ανεπτυγμένο κράτος πρόνοιας (Mackenbach, 2012). Σύμφωνα, λοιπόν, με την παραπάνω υπόθεση, η παρεμπόδιση της κοινωνικής κινητικότητας σε λιγότερο αξιοκρατικές κοινωνίες

¹⁸⁹ Εκτός, βέβαια, αν η κοινωνική κινητικότητα επηρεάζεται από τους σχετιζόμενους φαινότυπους (Mackenbach, 2010).

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

οδηγεί στην άμβλυνση της σχέσης μεταξύ των ατομικών ικανοτήτων και της υγείας, περιορίζοντας τα σχετικά συστηματικά χάσματα υγείας (McCartney κ.ά., 2013).

Κατά τον West (1991), η κοινωνική ή φυσική επιλογή αποτελεί ένα φαινόμενο που δεν χρειάζεται να ιδωθεί από μια δαρβινιστική ή ευγονική οπτική, αλλά μάλλον ως μια κοινωνική διαδικασία. Η άρνηση της κοινωνικής επιλογής στηρίζεται κυρίως σε μια μεροληπτική σύνδεσή της με τον δαρβινισμό, ο οποίος δεν συνάδει με την κυρίαρχη πολιτική ορθότητα. Στην πραγματικότητα, όμως, οι θεωρίες για την κοινωνική επιλογή και την κοινωνική αιτιότητα, η οποία θα αναλυθεί στη συνέχεια, δεν είναι αμοιβαία αποκλειόμενες, αλλά μπορούν να λειτουργούν διαδοχικά ή/και αθροιστικά. Ο επαναπροσδιορισμός της θεωρίας ως μια αλληλεπίδραση μεταξύ των επιθυμητών χαρακτηριστικών των ατόμων και των δομών ευκαιριών δίνει στη διαδικασία μια διάσταση διακρίσεων (discrimination) του ίδιου χαρακτήρα με εκείνες που εντοπίζονται μεταξύ των φύλων ή των φυλών (West, 1991). Σε αυτό το πλαίσιο, η υγεία ή το δυναμικό της υγείας αξιολογείται από τους ελεγκτές εισόδου (gate-keepers) των δομών εκπαίδευσης, κατάρτισης και απασχόλησης ως μια επιθυμητή ιδιότητα, με αυτή τη διαδικασία να έχει και τον μεγαλύτερο αντίκτυπο κατά την περίοδο της μετάβασης στην ενηλικίωση. Αυτή η λεπτή αναδιατύπωση της οπτικής της κοινωνικής επιλογής ως ένα κοινωνικό ζήτημα έχει ως βασική συνέπεια την επανατοποθέτησή της στη συζήτηση για τις ανισότητες υγείας, καθότι πλέον αποτελεί έναν πολιτικά αποδεκτό όρο. Επιπρόσθετα, η προσοχή στρέφεται από το άτομο στο ευρύτερο επίπεδο των κοινωνικοπολιτικών δομών, καθότι αυτές οι δομές είναι εκείνες που δημιουργούν τις ευκαιρίες στο πλαίσιο της κοινωνικής επιλογής (West, 1991). Υπάρχουν στοιχεία, όπως η ζήτηση στην αγορά εργασίας, τα οποία αφενός χαρακτηρίζονται από έναν ηθικά ουδέτερο χαρακτήρα, και αφετέρου μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο πολιτικής προς την κατεύθυνση της ενίσχυσης της θέσης των ατόμων με προβλήματα υγείας.

3.5.3. Κοινωνική αιτιότητα

Κατά τη θεώρηση της κοινωνικής αιτιότητας, το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον στο οποίο διαβιούν τα άτομα τα εκθέτει σε επιζήμιους για την υγεία κινδύνους και η κατανομή των πόρων που επιτρέπουν την αντιμετώπιση αυτών των απειλών είναι επίσης ανισοκατανεμημένη μέσα από τις κοινωνικές διαδικασίες (Οικονόμου, 2013). Συνεπώς, είναι η κοινωνική διαστρωμάτωση που οδηγεί στην άνιση κατανομή των κοινωνικοοικονομικών πόρων και, κατ' επέκταση, στην άνιση κατανομή των παραγόντων κινδύνου για την υγεία, καθώς και της δυνατότητας για πρόληψη και αντιμετώπιση των ασθενειών (Solar και Irwin, 2010). Όλοι οι παρακάτω μηχανισμοί δεν αποτελούν τις πρωταρχικές αιτίες των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία –οι οποίες είναι οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες– αλλά οι διαδρομές μέσω των οποίων οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες επιδρούν στις εκβάσεις υγείας (McCartney κ.ά., 2013).

Η Roux (2012) επισημαίνει διάφορες προκλήσεις του μοντέλου αυτού, όπως είναι οι μεθοδολογικές δυσκολίες της τεκμηρίωσης των ενδιάμεσων παραγόντων μέσα από παρατηρητικές μελέτες, οι οποίες τελούν υπό την συγχυτική παρουσία άλλων συμμεταβλητών. Επιπλέον, η ενσωμάτωση προσδιοριστών από διαφορετικά επίπεδα ανάλυσης και χρονικά σημεία καθιστά το υπόδειγμα ολοένα και πιο περίπλοκο, ιδίως αν ληφθούν υπόψη ότι κάποιοι από αυτούς είναι αλληλένδετοι και με μη-γραμμικές και αμφίδρομες βιολογικές επιπτώσεις. Το υπόδειγμα των μηχανισμών της κοινωνικής αιτιότητας δίνει γενικότερα έμφαση στις διάφορες εγγύς βιολογικές διαδικασίες διαμέσου των οποίων οι απώτεροι παράγοντες επηρεάζουν την υγεία των ατόμων και δεν στηρίζεται απαραίτητα σε κάποια ευρύτερη θεωρία για τη διαιώνιση των κοινωνικών ή φυλετικών/εθνικών ανισοτήτων υγείας (Roux, 2012). Επομένως, το υπόδειγμα αυτό ενέχει τον κίνδυνο της συγκέντρωσης της προσοχής στους ενδιάμεσους μηχανισμούς και του ερευνητικού παραγκωνισμού των απώτερων αιτιών, κάτι που προσπαθεί να επανορθώσει η θεωρία των «θεμελιωδών αιτιών», όπως το έχουμε ήδη αναλύσει.

3.5.3.1. Υλική προσέγγιση

Η υλική προσέγγιση¹⁹⁰ επικεντρώνεται στη σχέση μεταξύ της κοινωνικοοικονομικής θέσης και των υλικών συνθηκών διαβίωσης, όπως είναι η διατροφή, η ένδυση, η στέγαση, η πρόσβαση σε υπηρεσίες και ανέσεις, το εργασιακό και φυσικό περιβάλλον κ.ά. (Solar και Irwin, 2010). Οι συνθήκες ζωής βιώνονται στο εγγύς περιβάλλον του ατόμου, όπως αυτό διαμορφώνεται από συνδυασμούς γεωγραφικών ορίων (π.χ. χώρα, γειτονιά), λειτουργικότητας (π.χ. χώρος εργασίας, οικογένεια), δομής (π.χ. ρόλος, δίκτυα) και ποιότητας (π.χ. συνθήκες εργασίας) (McLeod, 2013). Οι διαφορές, λοιπόν, στους οικονομικούς και άλλους πόρους δημιουργούν διαφοροποιημένη συσσώρευση εμπειριών και εκθέσεων σε επιβλαβείς παράγοντες στα άτομα και οδηγούν στη δημιουργία ανισοτήτων υγείας (Solar και Irwin, 2010· Benzval κ.ά., 2014).

Το σημαντικότερο μέρος των υλικών συνθηκών αναφέρεται στον υλικό μηχανισμό της λειτουργίας του εισοδήματος, στον οποίο θα γίνει διεξοδική ανάλυση στη συνέχεια, οπότε δεν θα γίνει επανάληψη των ίδιων επιχειρημάτων εδώ. Ωστόσο, θα πρέπει να επισημανθεί ότι η υλική αποστέρηση αφενός αυξάνει τον κίνδυνο έκθεσης σε επιζήμιους για την υγεία παράγοντες, και αφετέρου αποστερεί από τα άτομα τις διάφορες δυνατότητες άμβλυνσης των συνεπειών και αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας, λόγω της έλλειψης διαθέσιμων πόρων και τον περιορισμό της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας (Solar και Irwin, 2010· Οικονόμου, 2013). Επομένως, το δυναμικό της υγείας των ατόμων από τη μια πλευρά στερείται ευκαιριών για την πλήρη ανάπτυξή του, και από την άλλη επιβαρύνεται με επιπλέον κινδύνους για την υγεία. Συνεπώς, η οικονομική ενδυνάμωση των φτωχών στρωμάτων θα πρέπει να συνιστά προτεραιότητα οποιασδήποτε πολιτικής παρέμβασης η οποία έχει ως στόχο τη μείωση των ανισοτήτων υγείας που προκύπτουν από τις συνθήκες διαβίωσης. Θα πρέπει, επιπλέον, να τονισθεί η σημασία της διάρκειας και της

¹⁹⁰ Θα πρέπει να γίνει διάκριση μεταξύ της υλιστικής (materialist) εξήγησης των ανισοτήτων υγείας, ο οποίος διατυπώθηκε στην έκθεση Black και αναφέρεται στους δομικούς παράγοντες γένεσης των κοινωνικών ανισοτήτων, και τον υλικό μηχανισμό, που αφορά στους υλικούς προσδιοριστές της υγείας (Benzval κ.ά., 2014).

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

χρονικής περιόδου της έκθεσης σε κακές συνθήκες διαβίωσης. Έτσι, έχει διαπιστωθεί ότι η επίμονη φτώχεια και η υλική αποστέρηση κατά την πρώιμη περίοδο της ζωής έχουν σημαντικότερες και περισσότερο μακροπρόθεσμες συνέπειες για την ψυχική υγεία των ατόμων (McLeod, 2013). Πρόκειται για διαδικασίες που θα αναλυθούν ενδελεχέστερα στην ενότητα της θεωρίας για τον «κύκλο ζωής».

3.5.3.2. Ψυχοκοινωνική (psychosocial) προσέγγιση

Η ψυχοκοινωνική θεώρηση προέκυψε ως κριτική και συμπλήρωμα της στενά υλικής οπτικής του εισοδήματος, η οποία φάνηκε ανεπαρκής στην αιτιολόγηση της αναντιστοιχίας του χαμηλού βαθμού μείωσης της θνησιμότητας και της νοσηρότητας σε σχέση με τους υψηλούς ρυθμούς οικονομικής ανάπτυξης στις περισσότερες χώρες (Οικονόμου, 2013). Η οπτική αυτή εξετάζει τις άμεσες και τις έμμεσες επιπτώσεις των ψυχοκοινωνικών παραγόντων κινδύνου και υποστήριξης, οι οποίοι αναφέρονται σε διεργασίες που συνδέουν τις κοινωνικές δομές με την ατομική υγεία κυρίως μέσα από ψυχοσωματικές διαδικασίες. Ασφαλώς, όπως έχει ήδη επισημανθεί, αυτή η διάδραση μεταξύ του ατομικού και του μεσο-επιπέδου μπορεί να επηρεάσει τα αποτελέσματα υγείας και μέσα από μη ψυχοκοινωνικές διαδρομές (Egan κ.ά., 2008). Οι δύο κύριοι ψυχοκοινωνικοί μηχανισμοί είναι το στρες που σχετίζεται με την κοινωνικοοικονομική θέση και η περιορισμένη διαθεσιμότητα του κοινωνικού κεφαλαίου (Uphoff κ.ά., 2013).

3.5.3.2.1. Ο ρόλος του στρες

Η κύρια έμφαση σε αυτήν την προσέγγιση δίνεται στον κίνδυνο από τη μεγαλύτερη έκθεση σε στρεσογόνους παράγοντες (stress process model), που προκαλούν είτε η χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική θέση αυτή καθαυτήν είτε οι συνδεόμενες κακές ή οι σχετικά χειρότερες συνθήκες διαβίωσης και εργασίας, καθώς και η μικρότερη πρόσβαση σε ψυχοκοινωνικούς πόρους αντιμετώπισης του στρες (Kawachi κ.ά., 2002· McLeod, 2013). Το χρόνιο στρες, η ανεπαρκής κοινωνική υποστήριξη και η απουσία ελέγχου στον εργασιακό χώρο έχουν ιδιαίτερα αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία των κατώτερων κοινωνικών

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

στρωμάτων. Υποστηρίζεται, μάλιστα, ότι βάσει αυτής της υπόθεσης μπορεί να εξηγηθεί γενικότερα η κοινωνική διαβάθμιση της υγείας στις σύγχρονες, πλούσιες κοινωνίες (Macinko κ.ά., 2004).

Ο ψυχοκοινωνικός μηχανισμός συνδέεται καταρχήν με την έννοια της σχετικής αποστέρησης (relative deprivation). Σύμφωνα με τον Townsend (1985), η κατανόηση της φτώχειας δεν θα πρέπει να γίνεται σε απόλυτους όρους, αλλά σε σχετικούς, καθότι οι ανάγκες των ανθρώπων προσαρμόζονται στις συνθήκες της κοινωνίας στην οποία διαβιούν. Διατυπώνεται η υπόθεση, λοιπόν, πως τίθενται σε λειτουργία γνωστικές διαδικασίες κοινωνικής σύγκρισης, οι οποίες οδηγούν στην αύξηση του στρες ιδίως στα άτομα χαμηλότερης σχετικής κοινωνικής θέσης, γεγονός που συνδέεται με χειρότερες εκβάσεις υγείας (Wilkinson, 1996). Η αδυναμία απόκτησης αυτών που θεωρούνται απαραίτητα για μια καλή ζωή σε σχέση με τα εκάστοτε κοινωνικά πρότυπα και η απουσία του κοινωνικού στάτους που συνδέονται με τα σχετικά αγαθά επιφέρει χρόνιο στρες, το οποίο βλάπτει την ψυχική και τη σωματική υγεία. Αυτός ο μηχανισμός μπορεί να ενεργοποιηθεί και από τη συμπεριφορά των υπολοίπων μελών της κοινωνίας προς εκείνα τα άτομα των οποίων οι ελλείψεις σε αγαθά δηλώνει χαμηλότερο κοινωνικό στάτους (Aittomaki κ.ά., 2010)¹⁹¹. Βέβαια, δεν θα πρέπει να παραβλεφθεί το γεγονός πως η απόλυτη οικονομική αποστέρηση αποτελεί τον βασικό στρεσογόνο παράγοντα (Pearlin κ.ά., 2005).

Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου μπορούν να προκύψουν και από την περιορισμένη δυνατότητα του ατόμου να ελέγχει τους όρους διαβίωσης και των συνθηκών εργασίας του, από την αδυναμία εξισορρόπησης μεταξύ της εργασίας και της προσωπικής ζωής, καθώς και από την αναντιστοιχία μεταξύ του κόπου και των αμοιβών στην

¹⁹¹ Βέβαια, ο ρόλος της σχετικής θέσης στην υγεία μπορεί να μη διαμεσολαβείται μόνο μέσω των κοινωνικών συγκρίσεων και του στρες, αλλά και να εκφράζει την έλλειψη των συγκεκριμένων νεο-υλικών συνθηκών που είναι απαραίτητες για ένα καλό επίπεδο υγείας στη σύγχρονη εποχή, σε συμφωνία με τη νεο-υλιστική προσέγγιση που θα αναλύσουμε στη συνέχεια

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

εργασία (Οικονόμου, 2013). Ο χρονίζων χαρακτήρας και η σοβαρότητα αυτών των παραγόντων πίεσης σε συνδυασμό με την έλλειψη προσωπικών και διαπροσωπικών πόρων αντιστάθμισής τους τούς μετασχηματίζει σε τοξικό για την υγεία στρες (Adler και Stewart, 2010). Το κοινωνικό περιβάλλον μπορεί να επιβάλλει σημαντικό ψυχολογικό φορτίο στα άτομα, ιδίως μέσα από συνθήκες εργασιακής και προσωπικής ανασφάλειας, κοινωνικού αποκλεισμού, εξαναγκασμού και καταπίεσης (Οικονόμου, 2013).

Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις μέσω του στρες που συνδέεται με το εργασιακό περιβάλλον εξετάζονται από τη βιβλιογραφία κυρίως μέσα από δύο θεωρητικά μοντέλα: το μοντέλο απαιτήσεων-ελέγχου της εργασίας (demand-control) των Karasek κ.ά. (1981) και το μοντέλο ανισορροπίας μεταξύ προσπάθειας και ανταμοιβής (effort-reward imbalance) του Siegrist (1996). Το πρώτο υπόδειγμα σχετίζεται με τα υψηλότερα επίπεδα άγχους των εργαζομένων σε περιβάλλοντα με υψηλές απαιτήσεις και χαμηλό έλεγχο, τα οποία οδηγούν σε αρνητικές συναισθηματικές αποκρίσεις (π.χ. κατάθλιψη, επιθετικότητα). Το δεύτερο βασίζεται στην αμοιβαία και δίκαιη σχέση που πρέπει να υπάρχει μεταξύ των προσπαθειών (εργασιακές απαιτήσεις και υποχρεώσεις) και των ανταμοιβών (χρήματα, κύρος, ευκαιρίες καριέρας κ.λπ.) στην εργασία. Το μοντέλο υποθέτει ότι όταν υπάρχει ανισορροπία μεταξύ τους, δηλαδή η προσπάθεια που καταβάλλεται είναι μεγαλύτερη από τα οφέλη, αυτό προκαλεί αρνητικά συναισθήματα και άγχος, έως και καρδιαγγειακές παθήσεις στον εργαζόμενο. Αυτό το φαινόμενο παρουσιάζεται ιδιαίτερα έντονο στους υπερδεδεσμευμένους με τη δουλειά τους (overcommitted) εργαζόμενους, οι οποίοι υποτιμούν τις εργασιακές απαιτήσεις και υπερεκτιμούν τις ικανότητές τους. Αυτό έχει ως συνέπεια τη συναισθηματική εξάντλησή τους, η οποία επιδεινώνει τις αρνητικές ψυχοκοινωνικές συνέπειες της σχετικής ανισορροπίας (van Vegchel κ.ά., 2005· Sperlich και Geyer, 2015).

Το στρες μπορεί να προσεγγισθεί ως ένα εξωτερικό, αντικειμενικό γεγονός (στρεσογόνος παράγοντας), το οποίο απαιτεί κάποια αλλαγή ή προσαρμογή από ένα άτομο και/ή θεωρείται ότι έχει αρνητική επίπτωση (Adler και Stewart, 2010). Καθότι όλα τα άτομα δεν αντιμετωπίζουν με τον ίδιο τρόπο ένα γεγονός, κάποιοι ερευνητές, όπως οι Lazams και Folkman (1984), ορίζουν

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

το στρες ως μια υποκειμενική κατάσταση, την οποία τα άτομα την αξιολογούν να είναι μη αντιμετωπίσιμη με τους πόρους που έχουν στη διάθεσή τους (Folkman, 2013). Άλλοι μελετητές προσπαθούν να υπερβούν αυτήν την υποκειμενικότητα, δίδοντας έμφαση στους φυσιολογικούς δείκτες ενεργοποίησης του συστήματος απόκρισης στο στρες (νευρικό σύστημα ή άξονας υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων), όπως είναι τα επίπεδα κορτιζόλης, η πίεση του αίματος και ο καρδιακός ρυθμός (Adler και Stewart, 2010). Σε αυτό το πλαίσιο, η άμεση αρνητική επενέργεια του στρες στην υγεία σχετίζεται με την έννοια του αλλοστατικού φορτίου, το οποίο συλλαμβάνει τις βιολογικές συνέπειες του (Kawachi κ.ά., 2002). Η αλλόσταση αποτελεί την προσαρμοστική διαδικασία του οργανισμού για τη συντήρηση της σταθερότητας ή ομοιοστασίας του μέσω της μεταβολής της λειτουργίας διαφόρων οργανικών συστημάτων και των μεσολαβητικών ουσιών τους, όπως είναι οι ορμόνες των επινεφριδίων και οι νευροδιαβιβαστές. Επομένως, το στρες δεν είναι απαραίτητα επιζήμιο σε καταστάσεις βραχυπρόθεσμης έκθεσης σε στρεσογόνους παράγοντες, καθότι επιτρέπει στο σώμα να αντιμετωπίσει κάποια άμεση απειλή (fight or flight απόκριση) (Benzeval κ.ά., 2014). Σε περίπτωση όμως συνεχούς –ή και ανεπαρκούς– δραστηριότητας αυτών των μεσολαβητών, δημιουργείται η λεγόμενη αλλοστατική κατάσταση, η οποία συνδέεται με ένα σημαντικό ψυχοσωματικό κόστος (αλλοστατικό φορτίο) από τη συσσωρευμένη φθορά του οργανισμού, λόγω της παρατεταμένης έκθεσης σε δυσμενείς συνθήκες ζωής (McEwen και Seeman, 1999· Rammos και Ziakkas, 2007).

Το χρόνιο στρες συνδέεται με απορρύθμιση πολλαπλών συστημάτων του σώματος, όπως είναι η αυξημένη πίεση του αίματος, η ευπάθεια σε μολύνσεις, οι καρδιαγγειακές παθήσεις και η ατροφία των εγκεφαλικών κυττάρων (Flier κ.ά., 1998· Seeman κ.ά., 2004) Κατά τον Geronimus (1991), το υψηλότερο αλλοστατικό φορτίο που σχετίζεται με τη χαμηλή κοινωνικοοικονομική θέση συμβάλλει επίσης στην επιτάχυνση της διαδικασίας γήρανσης, με τα συνδεόμενα προβλήματα υγείας που επιφέρει. Έχει γίνει μάλιστα η υπόθεση ότι αυτή η επιτάχυνση της γήρανσης συμβαίνει σε κυτταρικό επίπεδο. Τα τελομερή στοιχεία του DNA, τα οποία προστατεύουν τα χρωμοσώματα από τη φθορά, μικραίνουν με την ηλικία, για αυτό και έχουν θεωρηθεί ως ένας

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

βιολογικός δείκτης γήρανσης. Σύμφωνα με τους Erel κ.ά. (2004), τόσο το αντικειμενικό (βασισμένο σε γεγονότα/περιβάλλον) όσο και το υποκειμενικό (αντιλαμβανόμενο) άγχος σχετίζονται με μικρότερου μήκους τελομερή. Ομοίως, οι Cherkas κ.ά. (2006) διαπίστωσαν σημαντικά κοντύτερα τελομερή σε γυναίκες χαμηλής κοινωνικοοικονομικής θέσης, όπως αυτή οριζόταν από τον χειρωνακτικό χαρακτήρα του επαγγέλματός τους ή εκείνου των συζύγων τους.

Η οικονομική αποστέρηση αποτελεί μια στρεσογόνος κατάσταση για τις οικογένειες, η οποία μπορεί να επηρεάσει άμεσα την υγεία των παιδιών (π.χ. συνδέεται με χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση) ή/και να οδηγήσει σε χειροτέρευση των συναισθηματικών, συμπεριφορικών και εκπαιδευτικών εκβάσεων, διαμέσου του χαμηλότερου συναισθηματικού δεσίματος ή της υιοθέτησης ενός αυταρχικού στυλ διαπαιδαγώγησης από τους γονείς (Benzeval κ.ά., 2014). Ακόμη περισσότερο, οι εμπειρίες στην αρχή της ζωής διαμορφώνουν έναν συγκεκριμένο τρόπο ερμηνεύσης των κοινωνικών ερεθισμάτων. Επαναλαμβανόμενη έκθεση σε «απειλές» από το εξωτερικό περιβάλλον στα πρώτα χρόνια της ζωής, λόγω του χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, ενδέχεται να καταστήσει τα άτομα πιο επιρρεπή στο να εκλάβουν μια κατάσταση ως «απειλή» και, επομένως, να υποστούν τις αρνητικές συνέπειες στην υγεία τους από το παραγόμενο στρες (Adler και Stewart, 2010). Ως εκ τούτου, είναι πιθανόν άτομα που μεγάλωσαν σε χαμηλό κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον να είναι περισσότερο εκτεθειμένα στο χρόνιο στρες, λόγω της συνεχούς επιφυλακής στην οποία βρίσκονται απέναντι σε εξωτερικά ερεθίσματα (Chen κ.ά., 2004).

Το επιζήμιο για την υγεία στρες προκύπτει κυρίως όταν το άτομο είναι χρονίως εκτεθειμένο σε μη ελεγχόμενους στρεσογόνους παράγοντες, μια κατάσταση της οποίας η πιθανότητα εμφάνισης μεγαλώνει όταν το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο είναι χαμηλότερο (Karlamangla κ.ά., 2005). Το στρες, λοιπόν, είναι φύσει αρνητικό, αλλά όχι αναπόδραστα και βλαπτικό της υγείας, ιδίως στην περίπτωση όπου το άτομο έχει επαρκείς κοινωνικούς και ψυχολογικούς πόρους για να ανταπεξέλθει στον συναισθηματικό αντίκτυπο. Η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να περιλαμβάνει κάποιου είδους πρακτική ή οικονομική βοήθεια, συμβουλές αλλά και συναισθηματική στήριξη. Τα άτομα με

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

λιγότερους οικονομικούς πόρους συνδέονται με μικρότερες πιθανότητες να διαθέτουν επαρκή κοινωνική υποστήριξη και να διαβιούν σε περιβάλλοντα που συνδέονται με υποστηρικτικά είδη κοινωνικών σχέσεων. Οι εύπορες κοινότητες χαρακτηρίζονται από ετερογενή κοινωνικά δίκτυα τόσο ισχυρών όσο και ασθενών δεσμών, τα οποία επιτρέπουν τη διάχυση της πληροφορίας και των ευκαιριών για κοινωνική κινητικότητα. Αντίθετα, οι μειονεκτούσες κοινότητες συνδέονται με χαμηλά επίπεδα συνοχής, κοινωνικής συμμετοχής και αλληλοβοήθειας (Benzeneal κ.ά., 2014).

Τέλος, η έμμεση επίδραση του στρες προκύπτει από την αλλαγή της σχετιζόμενης με την υγεία συμπεριφοράς, καθώς αυξάνει την πιθανότητα υιοθέτησης ριψοκίνδυνων καθημερινών πρακτικών, όπως είναι για παράδειγμα το κάπνισμα και η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ (Kawachi κ.ά., 2002). Ωστόσο, τα αποτελέσματα των σχετικών ερευνών δεν φαίνεται να είναι ξεκάθαρα λόγω των προβλημάτων στη μέτρηση και την απουσία διαχρονικών δεδομένων για τη διερεύνηση της διαμεσολάβησης μεταξύ τους, της παρουσίας πιθανών συγχυτικών παραγόντων και της αμφίδρομης σχέσης μεταξύ των ψυχοκοινωνικών και των συμπεριφορικών προσδιοριστών (Roux, 2012)¹⁹².

3.5.3.2.2. Το κοινωνικό κεφάλαιο

Γενικότερα, το κοινωνικό περιβάλλον επηρεάζει με πολύπλευρους μηχανισμούς την υγεία των ατόμων στην έρευνα των κοινωνικών ανισοτήτων υγείας (Uphoff κ.ά., 2013). Η ψυχοκοινωνική προσέγγιση στρέφει την προσοχή της σε ένα ευρύτερο επίπεδο ανάλυσης, όπου η έμφαση δεν δίδεται πλέον στο άτομο και τους ατομικούς υλικούς πόρους που έχει στη διάθεσή του, αλλά στους κοινωνικούς πόρους, την κοινωνική δυναμική και τις κοινωνικές σχέσεις. Στη συζήτηση μπαίνει η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού, που αναφέρεται

¹⁹² Επιπλέον, η ψυχοκοινωνική προσέγγιση αναγνωρίζει την ύπαρξη του στρες και σε κοινωνικά πλεονεκτικότερες θέσεις, το οποίο όμως οδηγεί σε διαφορετικούς κινδύνους υγείας (McLeod, 2013). Για παράδειγμα, θεωρείται ότι οι στρεσογόνοι παράγοντες στα υψηλού κύρους επαγγέλματα συνδέονται περισσότερο με τον θυμό και τη χρήση ουσιών, παρά με την κατάθλιψη (Schieman και Reid, 2009).

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

σε μια κατάσταση πολυδιάστατης αποστέρησης του ατόμου από πρόσβαση σε κοινωνικά αγαθά και δικαιώματα, όπως είναι η εκπαίδευση, η απασχόληση και η υγεία (Οικονόμου, 2013). Στο μακρο-επίπεδο, λοιπόν, οι κοινωνικές ανισότητες μπορεί να επιδεινώσουν τις ευρύτερες κοινωνικές σχέσεις, ενισχύοντας ένα κλίμα δυσπιστίας, μειωμένης συνεργασίας, αποδυναμωμένων κοινωνικών δεσμών και χαμηλότερης συμμετοχής σε εθελοντικούς θεσμούς (Macinko κ.ά., 2004).

Η μελέτη της κοινωνικής επιρροής στη συμπεριφορά που σχετίζεται με την υγεία χρονολογείται ήδη από το έργο του Durkheim, ο οποίος διαπίστωσε υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας σε κοινωνίες με χαμηλότερη κοινωνική συνοχή (Οικονόμου, 2013). Ο μηχανισμός αυτός θεωρείται, λοιπόν, neo-Durkheimian, καθότι δίνει έμφαση στον ρόλο των κοινωνικών σχέσεων στη διαμόρφωση της υγείας τόσο σε ατομικό όσο και σε πληθυσμιακό επίπεδο (Macinko κ.ά., 2004). Ο Wilkinson (1996) ήταν ο πρώτος που εισήγαγε την έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου του Putnam κ.ά. (1994) στη σύγχρονη έρευνα της δημόσιας υγείας (Szreter και Woolcock, 2004). Ο Wilkinson επισήμανε τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις στα άτομα των χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών βαθμίδων της αντίληψής τους για τον βαθμό της συνοχής και της ανισότητας στην κοινωνία όπου διαβιών. Η εντύπωση μιας κοινωνικά άδικης κατάστασης μπορεί να οδηγήσει σε χρόνιες καταστάσεις στρες, χαμηλή κοινωνική υποστήριξη και αυξημένα επίπεδα δυσπιστίας μεταξύ των πολιτών, ακόμη και σε αυξημένη εγκληματικότητα.

Την τελευταία δεκαπενταετία η έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου βρίσκεται στο επίκεντρο της συζήτησης για τη δημόσια υγεία (Kawachi κ.ά., 2008). Γενικότερα, η μελέτη αυτού του αντικειμένου πάσχει από μια έλλειψη επιστημονικής ομοφωνίας ως προς τόσο τον ορισμό όσο και τη μέτρησή του, ιδίως διότι απασχολεί διαφορετικά πεδία της επιστήμης (Uphoff κ.ά., 2013). Κατά τον Putnam (2001), το κοινωνικό κεφάλαιο αφορά στα χαρακτηριστικά των κοινωνικών οργανώσεων, όπως είναι τα δίκτυα, τα κοινωνικά πρότυπα και η εμπιστοσύνη, τα οποία διευκολύνουν τη δράση και τη συνεργασία κατά τρόπο αμοιβαία επωφελή. Ενώ ο Putnam θεωρεί το κοινωνικό κεφάλαιο ως έναν κοινωνικό πόρο που είναι ελεύθερα διαθέσιμος στα μέλη της κοινωνικής

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

οργάνωσης, ο Bourdieu (1986) αντιλαμβάνεται την έλλειψη οικονομικού και πολιτισμικού κεφαλαίου ως πρόσχωμα στην απόκτηση και τη χρήση του. Το κοινωνικό κεφάλαιο αποτελεί το σύνολο των πραγματικών ή διαθέσιμων πόρων που συνδέονται με την συμμετοχή σε ένα διαρκές δίκτυο θεσμοποιημένων σχέσεων αμοιβαίας γνωριμίας ή αναγνώρισης, το οποίο κινητοποιείται προς όφελός των ατόμων που το έχουν στη διάθεσή τους. Οι Coleman και Coleman (1994) διαφωνούν με τη θεώρηση του κοινωνικού κεφαλαίου κατά τον Bourdieu ως ένα δυνητικό πλεονέκτημα των προνομιούχων, εκλαμβάνοντάς το αντίθετα ως ένα δημόσιο αγαθό που διευκολύνει τις ενέργειες όλων των προσώπων που συμμετέχουν σε αυτήν την κοινωνική δομή, μέσα από την προσδοκία αμοιβαιότητας, την εμπιστοσύνη και τις κοινές αξίες εντός των δικτύων.

Οι Kawachi κ.ά. (2008) αναγνωρίζουν δύο βασικές συλλήψεις του κοινωνικού κεφαλαίου: ως κοινωνική συνοχή και ως πόροι. Η σχολή της «κοινωνικής συνοχής» (social cohesion, π.χ. Wilkinson και Putnam) ερμηνεύει το κοινωνικό κεφάλαιο ως μια ιδιότητα της οργάνωσης, από την οποία μπορούν να επωφεληθούν όλα τα άτομα της δομής, ανεξαρτήτως της δικής τους συμμετοχής, συνεργατικότητας κ.λπ. (free-riding), δίνοντας έμφαση σε χαρακτηριστικά όπως είναι η διαπροσωπική εμπιστοσύνη και τα πρότυπα αμοιβαιότητας και αλληλοβοήθειας (Verhaeghe και Tampubolon, 2012). Η δεύτερη οπτική αντιλαμβάνεται το κοινωνικό κεφάλαιο ως σπανίζοντες (υλικοί, άυλοι ή συμβολικοί) πόροι που είναι διαθέσιμοι στα άτομα από τη συμμετοχή τους σε δίκτυα ή κοινωνικές δομές (Portes, 2000), όπως είναι οι ιδέες, οι πληροφορίες, οι χάρες, τα χρήματα και οι υπηρεσίες, καθώς και η προσδοκία της συμπεριφοράς των άλλων συμμετεχόντων σε αυτές τις σχέσεις (Szreter και Woolcock, 2004). Η «θεωρία των δικτύων» (network theory, π.χ. Bourdieu και Coleman) κατανοεί το κοινωνικό κεφάλαιο ως πολύτιμους πόρους που είναι ενσωματωμένοι στα δίκτυα ενός ατόμου στα διάφορα πεδία της ζωής (π.χ. την ιδιωτική ζωή, το εργασιακό περιβάλλον), όπως είναι η κοινωνική υποστήριξη, οι δίαυλοι πληροφορίας και τα κοινωνικά διαπιστευτήρια (κύρος, επιρροή) (Van der Gaag και Webber, 2008). Αυτή η προσέγγιση δυνητικά αποδέχεται τόσο την ατομική όσο και τη συλλογική ιδιοκτησία του κοινωνικού κεφαλαίου (αν και δεν μελετούν πολυεπίπεδα το φαινόμενο όλοι οι ερευνητές των δικτύων), από τα οποία μπορούν να επωφεληθούν τα άτομα (Lin, 2002).

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

Σχετική με τα προηγούμενα είναι η διάκριση του κοινωνικού κεφαλαίου σε δομικό και γνωστικό, με τους δύο τύπους να λειτουργούν συμπληρωματικά μεταξύ τους. Το δομικό κοινωνικό κεφάλαιο αναφέρεται σε αντικειμενικά μετρήσιμες δραστηριότητες σχέσεων, δικτύων και θεσμών, που συνδέουν άτομα και ομάδες μεταξύ τους, όπως είναι η συμμετοχή στα κοινά και η έκταση και η πυκνότητα των δικτύων. Το γνωστικό κοινωνικό κεφάλαιο σχετίζεται με την κοινωνική συνοχή των δικτύων και προσεγγίζεται από υποκειμενικούς δείκτες εμπιστοσύνης, κοινωνικής υποστήριξης, αμοιβαιότητας και φιλαλληλίας (συλλογικοί ηθικοί πόροι) (Islam κ.ά., 2006· McKenzie και Harpham, 2006· Ferlander, 2007· Uphoff κ.ά., 2013). Σε αντίθεση με τη γνωστική διάσταση του κοινωνικού κεφαλαίου, που σχετίζεται με το συναίσθημα της αίσθησης του «ανήκειν» σε μια κοινότητα και φαίνεται να επηρεάζει περισσότερο την ψυχική υγεία (De Silva κ.ά., 2005), η δομική αναφέρεται στον βαθμό διασύνδεσης των ατόμων μέσα στην κοινότητα και φαίνεται να επιδρά κυρίως στη φυσική υγεία (π.χ. χρήση δικτύων για πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας) (Harpham και Lives, 2002· Nyqvist κ.ά., 2014).

Ο τύπος των διασυνδέσεων μεταξύ των ατόμων είναι επίσης σημαντικός για την κατανόηση των μηχανισμών και της επίπτωσης του κοινωνικού κεφαλαίου στην υγεία. Δύο τέτοιοι τύποι έχουν αναγνωριστεί: το οριζόντιο και το κάθετο κοινωνικό κεφάλαιο. Το οριζόντιο κοινωνικό κεφάλαιο (horizontal social capital) αντιπροσωπεύει τους εθελοντικούς δεσμούς μεταξύ ισότιμων σε στάτους και ισχύ ατόμων ή ομάδων. Οι οριζόντιοι δεσμοί διακρίνονται περαιτέρω σε συγκολλητικούς ή συγγενικούς (bonding ή exclusive) και σε γεφυρωτικούς (bridging ή inclusive). Το συγκολλητικό κοινωνικό κεφάλαιο σχετίζεται με τους πόρους που ενυπάρχουν σε ισχυρά δίκτυα μεταξύ ατόμων με κοινή κοινωνική ταυτότητα (π.χ. ηλικία, φυλή/εθνότητα, εκπαίδευση), όπως είναι η οικογένεια και οι στενοί φίλοι. Το γεφυρωτικό κοινωνικό κεφάλαιο αφορά στους πόρους που μπορούν να αντληθούν από πιο χαλαρές σχέσεις μεταξύ ατόμων με διακριτή κοινωνική ταυτότητα, όπως είναι μεταξύ συναδέλφων στην εργασία και γειτόνων. Αντίθετα με το οριζόντιο, το κάθετο ή συνδετικό κοινωνικό κεφάλαιο (vertical ή linking social capital) αναφέρεται σε δεσμούς ανάμεσα σε άτομα με άνισους πόρους ή ισχύ, συνήθως μέσα από επίσημα ή θεσμοποιημένα δίκτυα ισχύος ή εξουσίας, όπως ανάμεσα στους πολίτες και τη

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

δημόσια διοίκηση (Szreter και Woolcock, 2004· Islam κ.ά., 2006· Ferlander, 2007· Kawachi κ.ά., 2008· Uphoff κ.ά., 2013).

Οι περισσότερες μελέτες τείνουν να τονίζουν τις ευεργετικές για την υγεία συνέπειες του κοινωνικού κεφαλαίου, ωστόσο, όπως και κάθε μορφή κεφαλαίου, μπορεί να έχει υπό συνθήκες και αρνητικές επιπτώσεις και όχι μόνο στο πλαίσιο της έλλειψής του (Szreter και Woolcock, 2004· Kawachi κ.ά., 2008). Η κυρίαρχη άποψη για τα ισχυρά και πυκνά συγκολλητικά δίκτυα είναι υπέρ της επωφελούς επενέργειάς τους στην υγεία, κυρίως την ψυχική (Ferlander, 2007). Συνδέονται με υψηλά επίπεδα αμοιβαίας υποστήριξης, ιδίως σε μειονεκτούσες κοινότητες (Kawachi κ.ά., 2008), και μπορεί να ευνοήσουν την ανάπτυξη φιλικών προς την υγεία προτύπων, να ενισχύσουν τον έλεγχο της αντικοινωνικής συμπεριφοράς (Cullen και Whiteford, 2001) και να προωθήσουν την αίσθηση του προσωπικού ελέγχου και, κατ' επέκταση, να οδηγήσουν στη μείωση του στρες (Ferlander, 2007). Από την άλλη πλευρά, όμως, τέτοια δίκτυα δεν επιτρέπουν στα μέλη άλλων ομάδων να συμμετάσχουν σε αυτές τις σχέσεις, επιφέροντας αρνητικές συνέπειες στην υγεία και την ευημερία των αποκλεισμένων ατόμων (Rostila, 2013). Έπειτα, οι στενοί δεσμοί μπορούν να επιβάλλουν υπερβολικές απαιτήσεις στα μέλη τους (Portes, 2000· Portes, 2014) ή να χαρακτηρίζονται από ένταση, άγχος, απειλές, φυσική ή ψυχολογική βία, που μπορεί να οδηγήσουν σε ψυχολογική πίεση, απογοήτευση ή κακή ψυχολογική κατάσταση, ακόμη και σε καταπίεση και διαμάχες, ζημιώνοντας την ψυχική υγεία, ιδίως στους φορείς της υποστήριξης (Ferlander, 2007· Kawachi κ.ά., 2008· Rostila, 2013). Μάλιστα, οι σχέσεις αυτές δεν είναι πάντοτε υποστηρικτικές και αμοιβαίες, αλλά είναι δυνατόν στη βάση ενός κοινού κανονιστικού πλαισίου κάποια άτομα να επιβαρύνονται δυσανάλογα το κόστος της διατήρησης του κοινωνικού δικτύου, χωρίς να μπορούν να επωφεληθούν ανάλογα από αυτό, ενώ για κάποια άλλα άτομα ισχύει το ακριβώς αντίθετο (*free-rider problem*) (Rostila, 2013). Επίσης, η συμμόρφωση που απαιτούν και ο κοινωνικός έλεγχος με τον οποίο συνδέονται μπορεί να συνεπάγεται την υποχρεωτική υιοθέτηση συγκεκριμένων συμπεριφορών. Σε αυτό το πλαίσιο, τα πρότυπα συμπεριφοράς που προάγονται εντός των στενών δικτύων μπορεί σε κάποιες περιπτώσεις να μην ευνοούν την ατομική υγεία (π.χ. η χρήση ναρκωτικών, η κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα) (Berkman κ.ά., 2000·

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

Ferlander, 2007) ή μπορεί να ενώνουν τα άτομα στην υποστήριξη επιβλαβών για την υγεία συλλογικών δραστηριοτήτων, όπως είναι ο πόλεμος και οι βίαιες εκδηλώσεις (Rostila, 2013). Ακόμη περισσότερο, αυτός ο κοινωνικός έλεγχος μπορεί να περιορίζει τις ευκαιρίες για ανοδική κοινωνική κινητικότητα των ανθρώπων και, συνεπώς, να επηρεάζει την υγεία μέσω της αρνητικής επίδρασης στο κοινωνικοοικονομικό επίπεδό τους (Rostila, 2013). Έπειτα, μια κοινωνία με ισχυρούς συγκολλητικούς και αδύναμους γεφυρωτικούς δεσμούς τείνει να είναι κοινωνικά διαχωρισμένη, γεγονός που υπονομεύει την κοινωνική συνοχή (Ferlander, 2007). Τέλος, τα ισχυρά ατομικά δίκτυα μπορούν να έχουν αρνητικές συνέπειες στο συλλογικό κεφάλαιο μέσω αρνητικών εξωτερικοτήτων, όπως στην περίπτωση της Μαφίας και των φονταμενταλιστικών θρησκευτικών ομάδων (Rostila, 2013).

Αντίθετα, οι θετικές επιπτώσεις του γεφυρωτικού κοινωνικού κεφαλαίου φαίνεται να είναι λιγότερο αμφισβητήσιμες (Kawachi κ.ά., 2008). Θεωρητικά, η παρουσία αυτού του κεφαλαίου μπορεί να προσφέρει τη δυνατότητα σε λιγότερο προνομιούχες ομάδες να έχουν πρόσβαση σε πληροφόρηση και πόρους μέσα από τη δικτύωσή τους με περισσότερο προνομιούχες ομάδες, ενώ η συμμετοχή σε ανομοιογενείς ομάδες αμβλύνει τις θρησκευτικές, διεθνотικές και άλλες διαμάχες και βία (Islam κ.ά., 2006). Πέρα από την ψυχολογική επίδραση και τον έλεγχο συμπεριφοράς, τόσο οι γεφυρωτικοί όσο και οι διασυνδεδετικοί δεσμοί μετέρχονται μηχανισμούς παροχής ευκαιριών, όπως είναι η συνάσπιση πολιτών για τη διεκδίκηση καλύτερων κοινωνικών και υγειονομικών υπηρεσιών από την πολιτεία (Ferlander, 2007). Ωστόσο, οι κάθετες διασυνδέσεις μπορούν να δημιουργήσουν διαφορετικά αποτελέσματα υγείας ανάλογα με την θέση που κατέχει το κάθε άτομο σε αυτήν την ιεραρχία, ενώ ενδέχεται να συνδεθούν και με φαινόμενα νεποτισμού, διαφθοράς και καταπίεσης (Szreter και Woolcock, 2004).

Ο Rostila (2013) συγκέντρωσε τους μηχανισμούς μέσω των οποίων το ατομικό και το κοινωνικό κεφάλαιο μπορούν να επηρεάσουν θετικά την υγεία των ατόμων. Ως προς το ατομικό κεφάλαιο, οι Cohen κ.ά. (2000c) προτείνουν δύο υποδείγματα. Κατά το υπόδειγμα της κύριας επίπτωσης (main effect model), η συμμετοχή σε κοινωνικά δίκτυα συνδέεται με μια επωφελή επίδραση

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

στην υγεία των ατόμων, η οποία μπορεί να πάρει τις εξής μορφές: α) κοινωνικής επιρροής που ευνοεί την ανάληψη προωθητικών για την υγεία συμπεριφορών, β) θετικών ψυχολογικών και πνευματικών καταστάσεων (π.χ. προβλεψιμότητα και σταθερότητα, αίσθημα του ανήκειν, ασφάλεια και αυτοεκτίμηση από την ανταπόκριση στις κοινωνικές προσδοκίες) που αμβλύνουν την απόγνωση, ωθούν στην φροντίδα του εαυτού τους και περιορίζουν τις αρνητικές νευροενδοκρινικές αποκρίσεις του στρες, γ) πηγές πληροφοριών που μπορούν να είναι επωφελείς για την υγεία είτε άμεσα (π.χ. μετάδοση σχετιζόμενων με την υγεία γνώσεων ή πληροφοριών για ιατρικές υπηρεσίες, μείωση στρεσογόνων καταστάσεων) είτε έμμεσα (π.χ. πληροφορίες για εργασιακές ευκαιρίες) και δ) παροχής απτών υλικών πόρων και υπηρεσιών (π.χ. φαγητό, ένδυση, στέγαση) που μειώνουν την έκθεση σε επιβλαβείς συνθήκες διαβίωσης. Σύμφωνα με το υπόδειγμα της προστασίας από το στρες (stress-buffering model), το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να ωφελήσει την υγεία των ατόμων μόνο σε σχέση με το στρες, όπου μέσω των παρεχόμενων κοινωνικών πόρων και υποστήριξης μπορεί: α) το συμβάν να μην εκληφθεί ως στρεσογόνο, β) να αμβλυνθεί η συναισθηματική, η φυσιολογική και η επιβλαβής συμπεριφορική ανταπόκριση στο στρεσογόνο γεγονός και γ) να μειωθεί ο αντίκτυπος του στρες με την παροχή κάποιας λύσης στο πρόβλημα, τη μείωση της αντιλαμβανόμενης σημαντικότητάς του ή την απόσπαση της προσοχής από αυτό.

Ως προς το συλλογικό κεφάλαιο, το οποίο υπονομεύεται από την οικονομική ανισότητα, ο Rostila (2013) αναφέρει τους παρακάτω μηχανισμούς που το συνδέουν με την υγεία: α) υψηλότερες επενδύσεις στην κοινωνική προστασία, την υγεία και τους άλλους κοινωνικούς θεσμούς, οι οποίες ενισχύονται από την πιο ισότιμη πολιτική συμμετοχή και την ώθηση των συλλογικών διεκδικήσεων για την παροχή κοινωνικών αγαθών για το σύνολο του πληθυσμού, β) ταχύτερη διάδοση των γνώσεων και των καινοτομιών τεχνολογίας που προωθούν την υγεία, γ) ανεπίσημος κοινωνικός έλεγχος στην αποκλίνουσα συμπεριφορά των άλλων πολιτών (π.χ. κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών, εγκληματικότητα) και δ) αμοιβαία υποστήριξη και αλληλοσεβασμός, που επηρεάζουν την υγεία μέσω ψυχοκοινωνικών διαδικασιών.

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

Ειδικότερα για τις κοινωνικές ανισότητες υγείας, οι Urhoff κ.ά. (2013) έκαναν τρεις υποθέσεις για τη σχέση μεταξύ κοινωνικών ανισοτήτων, κοινωνικού κεφαλαίου και υγείας. Η πρώτη αναφέρεται στις προστατευτικές ιδιότητες του κοινωνικού κεφαλαίου ως προς το στρες και άλλες αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των ατόμων χαμηλότερης κοινωνικοοικονομικής θέσης, ενώ αντίθετα στα άτομα υψηλότερης βαθμίδας δεν φαίνεται να έχει κάποια επίδραση. Η περίπτωση αυτή σχετίζεται κυρίως με το συγκολλητικό κοινωνικό κεφάλαιο, ιδίως εντός εθνοτικών ομάδων, καθώς και με την αλληλεγγύη μεταξύ των μελών της εργατικής τάξης. Η δεύτερη υπόθεση συνδέεται με το μοντέλο του Bourdieu (1986) και την εξάρτηση του κοινωνικού από το οικονομικό και το πολιτισμικό κεφάλαιο. Τα άτομα μειονεκτουσών ομάδων, λοιπόν, έχουν γενικότερα χαμηλότερη ποσότητα κοινωνικού κεφαλαίου στη διάθεσή τους. Επιπλέον, αυτό που κατέχουν δεν μπορούν να το χρησιμοποιήσουν προς όφελος της υγείας τους το ίδιο αποδοτικά με τις πλεονεκτούσες ομάδες. Η τρίτη υπόθεση στηρίζεται στο συλλογικό κοινωνικό κεφάλαιο που βρίσκεται διαθέσιμο στον κοινωνικό χώρο (σε αντίθεση με τον ατομικό). Σύμφωνα με αυτήν την προσέγγιση, ο κοινωνικός αποκλεισμός μπορεί αφενός να ωφελεί την υγεία των ατόμων σε καλύτερη κοινωνική κατάσταση, και αφετέρου να επιδεινώνει την υγεία των μειονοτήτων ή των χαμηλόβαθμων τάξεων. Η συστηματική ανασκόπηση που πραγματοποίησαν οι Urhoff κ.ά. (2013) στο πλαίσιο των προηγούμενων υποθέσεων αρχικά αποκάλυψε ότι η έλλειψη κοινωνικού κεφαλαίου πράγματι σχετίζεται με χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική θέση, η οποία φαίνεται να περιορίζει τις ευκαιρίες για την απόκτηση και τη χρήση του. Αυτό φαίνεται να συμφωνεί με την προσέγγιση του κοινωνικού κεφαλαίου του Bourdieu ως ένας πόρος των προνομιούχων για τη διατήρηση της θέσης τους. Από την άλλη πλευρά, οι συγκολλητικοί δεσμοί φαίνεται να λειτουργούν προστατευτικά της υγείας των μειονεκτουσών ομάδων και η έλλειψη γεφυρωτικού και συνδετικού κεφαλαίου παρουσιάζεται ιδιαίτερα επιζήμια για την υγεία των φτωχών ατόμων.

Βέβαια, η ψυχοκοινωνική προσέγγιση έχει υποστεί και σημαντική κριτική. Πέρα από τους περιορισμούς που αναφέρθηκαν στην ενότητα για την ψυχοκοινωνική επιρροή του εισοδήματος, της προσάπτεται επιπλέον ότι μπορεί να αποκρύψει τις πραγματικές αιτίες των ανισοτήτων υγείας, που είναι

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

οι δομικές ανισότητες, με συνέπεια να μην οδηγεί στην υιοθέτηση αποτελεσματικών λύσεων (Οικονόμου, 2013). Θεωρείται, λοιπόν, ότι η ψυχοκοινωνική οπτική, με την έμφασή της στην κοινωνική υποστήριξη και τις κοινωνικές σχέσεις, δεν δίνει την πρέπουσα σημασία στην πραγματική ρίζα του προβλήματος, που είναι οι ανισότητες στην πρόσβαση στους υλικούς πόρους. Αυτό μπορεί να έχει ως επιπλοκή να παραμελείται ο ρόλος της αναγκαιότητας αναδιανομής του πλούτου και της εξουσίας (Szreter και Woolcock, 2004).

3.5.3.3. Νεο-υλιστική (neo-materialistic) προσέγγιση και οι θεσμικές επιδράσεις

Κατά την ψυχοκοινωνική προσέγγιση, οι ανισότητες υγείας επηρεάζουν το σύνολο του πληθυσμού και όχι μόνο τα φτωχότερα στρώματα. Επιπλέον, οι ανισότητες στην κατάσταση υγείας δεν οφείλονται σε διαφορές στην πρόσβαση σε υλικούς πόρους, αλλά σε διαφοροποιήσεις στο κοινωνικό στάτους και τη σχετική αποστέρηση, που βλάπτουν την υγεία μέσω της βιολογικής διαδικασίας της δημιουργίας στρες και της κοινωνικής διαδικασίας της υποβάθμισης της κοινωνικής συνοχής και του κοινωνικού κεφαλαίου (Fritzell κ.ά., 2007). Σε αυτό το πλαίσιο, η ψυχοκοινωνική προσέγγιση επικρίνεται για το ότι δεν δίνει βαρύτητα στον ρόλο των ταξικών σχέσεων στην κατανομή των υλικών πόρων στην κοινωνία, καθώς επικεντρώνεται στις αρνητικές βιολογικές (αρνητικά αισθήματα που προκαλούν οι κοινωνικές συγκρίσεις) και κοινωνικές συνέπειες (διάχυτη δυσπιστία, αντικοινωνική συμπεριφορά, μειωμένη κοινωνική συνοχή και κοινωνικό κεφάλαιο) της σχετικής ανισότητας (Lynch, 2000). Επιπλέον, δεν φαίνεται να τεκμηριώνεται η ψυχοκοινωνική επίδραση της ανισότητας του εισοδήματος στην υγεία μεταξύ ή εντός των πλουσίων χωρών, παρά μόνο σε συγκεκριμένα πλαίσια και για ορισμένες εκβάσεις υγείας (π.χ. ανθρωποκτονίες) (Lynch κ.ά., 2004).

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

Ως απάντηση στην ψυχοκοινωνική θεώρηση, η νεο-υλιστική (neo-materialistic)¹⁹³ οπτική τονίζει τις ιστορικές, πολιτικές, οικονομικές και κοινωνικές δυνάμεις και διαδικασίες που διαμορφώνουν την άνιση κατανομή των νεο-υλικών παραγόντων (Lynch κ.ά., 2000· McLaren, 2014). Ενώ η παροχή καθαρού νερού, η επαρκής σε θερμίδες ποσότητα φαγητού και η ανεξαρτήτου ποιότητας στέγαση ήταν σημαντικοί παράγοντες για τις κοινωνικές διαφοροποιήσεις στην υγεία κατά τον 19^ο αιώνα, οι υλικές συνθήκες που ασκούν επιρροή στις ανισότητες υγείας στη σύγχρονη εποχή έχουν μεταβληθεί. Έτσι, η ικανοποίηση των πιο βασικών υλικών αναγκών δεν είναι αρκετή για την άμβλυνση των κοινωνικών διαφοροποιήσεων στην υγεία στη σύγχρονη εποχή. Για παράδειγμα, η εξασφάλιση ενός επαρκούς αριθμού θερμίδων δεν είναι το ίδιο με μια ισορροπημένη, χαμηλή σε λιπαρά και πλούσια σε φρούτα και λαχανικά διατροφή (Lynch και Kaplan, 2000).

Οι νεο-υλικές συνθήκες διαβίωσης συνιστούν στρατηγικές δημόσιες και ιδιωτικές επενδύσεις σε υλικούς πόρους που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού (Lynch, 2000· Lynch κ.ά., 2000). Η νεο-υλιστική προσέγγιση, τονίζει τη σημασία που έχει η έκθεση σε κακές συνθήκες διαβίωσης και σε νέες διαστάσεις της υλικής αποστέρησης, ακόμη και σε ευημερούσες κοινωνίες, όπως είναι η χαμηλής ποιότητας στέγαση, τροφή και ένδυση, οι περιβαλλοντικοί κίνδυνοι (π.χ. ρύπανση), τα ατυχήματα και η διαβίωση σε περιοχές υψηλής εγκληματικότητας (Szreter και Woolcock, 2004). Η νεο-υλιστική θεώρηση επισημαίνει επιπλέον τη σημασία για την υγεία που διαδραματίζει η παροχή δημοσίων υπηρεσιών, όπως είναι η υγειονομική περίθαλψη και η εκπαίδευση (Οικονόμου, 2013). Οι ανισότητες υγείας

¹⁹³ Η νεο-υλιστική προσέγγιση αναγνωρίζεται εδώ ως ένας μηχανισμός μέσω του οποίου το κοινωνικό περιβάλλον επιδρά στην υγεία. Υπό αυτήν την οπτική, θα μπορούσαμε να μεταφράσουμε το «neo-materialistic» ως «νεο-υλική» ως μια θεωρητική εξέλιξη του υλικού (material) μηχανισμού. Ωστόσο, η «υλιστική» (materialistic) θεώρηση αποτέλεσε μια από τις πιθανές εξηγήσεις των ανισοτήτων υγείας που διατυπώθηκαν από την έκθεση Black, που αναφερόταν στον ρόλο των οικονομικών και των σχετιζόμενων κοινωνικο-δομικών παραγόντων στην κατανομή της υγείας και της ευημερίας στον πληθυσμό. Λόγω, λοιπόν, του σαφούς κοινωνικοπολιτικού περιεχομένου και της μαρξιστικής προέλευσης της νεο-υλιστικής προσέγγισης προτιμήθηκε η συγκεκριμένη μετάφραση.

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

θεωρούνται ως το αποτέλεσμα της διαφοροποιημένης συσσώρευσης επιβλαβών εκθέσεων και εμπειριών και της έλλειψης πόρων που αναφέρονται στον υλικό κόσμο για την αντιμετώπιση του αρνητικού αντικτύπου τους, καθώς και των ανεπαρκών κοινωνικών επενδύσεων (π.χ. στην εκπαίδευση, την κοινωνική υποστήριξη, τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας, την προστασία του περιβάλλοντος, τη δημόσια συγκοινωνία, τη ρύθμιση των εργασιακών συνθηκών), που επηρεάζουν δυσανάλογα τα χαμηλότερα στρώματα (Lynch, 2000· Lynch κ.ά., 2000). Συνεπώς, αυτή η προσέγγιση ενσωματώνει όχι μόνο τους ατομικούς, αλλά και τους κοινωνικούς υλικούς πόρους, η ανισοκατανομή των οποίων στον πληθυσμό διαμορφώνει τις ανισότητες στην υγεία (Macinko κ.ά., 2004). Πρόκειται για διαστάσεις των συνθηκών διαβίωσης που είτε μειώνουν την έκθεση σε επιβλαβείς για την υγεία παράγοντες είτε αυξάνουν τους προστατευτικούς για την υγεία πόρους (Lynch, 2000).

Μια σημαντική συνέπεια του νεο-υλιστικού μηχανισμού είναι ο διαχωρισμός μεταξύ των ατομικών και των κοινωνικών πόρων. Έτσι, κατά τον ίδιο τρόπο που μπορεί να διακριθούν τα οικονομικά σε μικρο- και μακρο-οικονομικά, έτσι και η κοινωνική επιδημιολογία μπορεί να διακριθεί σε μικρο- και μακρο-επιδημιολογία (Venkatapuram και Marmot, 2015). Ενώ στη μικρο-επιδημιολογία εξετάζονται οι επιπτώσεις των κοινωνικοοικονομικών προσδιοριστών στην ατομική υγεία, στη μακρο-επιδημιολογία το ενδιαφέρον συγκεντρώνουν οι κοινωνικοί, οικονομικοί και πολιτικοί θεσμοί και οι κοινωνικές επιλογές (social choices) για συλλογική δράση σε ζητήματα όπως οι επενδύσεις στην ιατρική κάλυψη, τη δημόσια υγειονομική περίθαλψη και την παιδεία.

Η προσέγγιση των Beckfield κ.ά. (2015)¹⁹⁴, την οποία ονομάζουν θεσμική θεωρία, βασίζεται αλλά και συνεισφέρει στην αναπτυσσόμενη θεσμική στροφή της σύλληψης της κοινωνικής διαστρωμάτωσης. Η θεωρία αυτή, λοιπόν,

¹⁹⁴ Θα πρέπει να σημειώσουμε ότι οι θέσεις των Beckfield κ.ά. (2015) δεν είναι πάντοτε σαφείς στο κείμενό τους. Για παράδειγμα, δεν είναι ξεκάθαροι στους ορισμούς τους για το αν αυτοί οι μηχανισμοί αφορούν άμεσα στο αγαθό της υγείας ή τους προσδιοριστές του. Ιδιαίτερη σύγχυση φαίνεται να υπάρχει μάλιστα αναφορικά με τον μηχανισμό της διαμεσολάβησης (mediation).

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

διερευνά τους μηχανισμούς μέσω των οποίων οι θεσμοί επηρεάζουν τις ανισότητες υγείας:

- α. Ο πρώτος μηχανισμός σχετίζεται με την άμεση αναδιανομή των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας (redistribution), όπως με τις μεταβιβάσεις εισοδήματος του κράτους πρόνοιας.
- β. Ο δεύτερος μηχανισμός αφορά στον περιορισμό των κάτω ή και άνω ορίων κάποιων παραγόντων της υγείας (compression), όπως με το ελάχιστο πακέτο υγειονομικών παροχών ή τον κατώτατο μισθό.
- γ. Ο τρίτος μηχανισμός σχετίζεται με τις θεσμικές επιδράσεις σε τρίτες μεταβλητές, οι οποίες με τη σειρά τους επηρεάζουν τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας (mediation), όπως με τη μείωση των εκπαιδευτικών ανισοτήτων ή των επιτοκίων των στεγαστικών δανείων.
- δ. Ο τέταρτος μηχανισμός αναφέρεται στην ταυτόχρονη λειτουργία περισσότερων θεσμών (institutional imbrication), οι οποίοι είτε ενισχύουν είτε αμβλύνουν είτε εναλλάσσουν τις θεσμικές επιδράσεις, όπως όταν οι εκπαιδευτικές ανισότητες συνδυάζονται με μια ισχυρή εκπαιδευτική διαβάθμιση της υγειονομικής περίθαλψης, λόγω της περιπλοκότητας των θεραπευτικών αγωγών.
- ε. Μολονότι δεν αναφέρεται ως πέμπτος μηχανισμός, υποστηρίζεται επιπλέον ότι, αν και οι θεσμοί δεν μεταβάλλονται το ίδιο γρήγορα όπως το σώμα, οι θεσμικές επιδράσεις που υφίσταται το κάθε άτομο καθόλη τη διάρκεια της ζωής του μπορεί να αλλάζουν (welfare lifecourse).
- στ. Τέλος, επισημαίνεται ότι η αξιοποίηση των παροχών του κράτους πρόνοιας και ο μετασχηματισμός τους σε οφέλη υγείας εξαρτάται από τους συγκεκριμένους παράγοντες μετατροπής (conversion factors) των ατόμων, οι οποίοι εντοπίζονται τόσο στο ατομικό όσο και στο κοινωνικό επίπεδο¹⁹⁵. Για παράδειγμα, μπορεί να απαιτείται ένα τουλάχιστον επαρκές επίπεδο μόρφωσης για την κατάλληλη χρήση των υγειονομικών

¹⁹⁵ Για περισσότερα για τις δυνατότητες μετατροπής βλ. τη θεωρία «περί δυνατοτήτων» σε προηγούμενο κεφάλαιο.

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

και κοινωνικών υπηρεσιών ή συγκεκριμένα κοινωνικά πρότυπα και αξίες (π.χ. θετικές αντιλήψεις για τις εργαζόμενες μητέρες) για τη διευκόλυνση της χρήσης των προνοιακών υπηρεσιών από τις μειονεκτούσες ομάδες.

Γενικότερα, δεν έχει τεκμηριωθεί επαρκώς η σχέση μεταξύ της έκτασης ή του περιεχομένου των κοινωνικών πολιτικών και του είδους του κράτους πρόνοιας με το μέγεθος των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας. Η σχέση αυτή δεν παρουσιάζεται να είναι συνεπής στις σχετικές εμπειρικές μελέτες (Beckfield και Krieger, 2009· Muntaner κ.ά., 2011b· Mackenbach, 2012) και η συζήτηση παραμένει ανοιχτή. Η απλή παροχή καθολικής ασφαλιστικής κάλυψης δεν εγγυάται ταυτόχρονα ανάλογα ίση πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας. Παράγοντες όπως είναι η εγγύτητα, το κόστος, η δυνατότητα μεταφοράς και η αίσθηση αυτεπάρκειας και ελέγχου, που κατεξοχήν συνδέονται με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, επηρεάζουν την ικανότητα των ατόμων να εκμεταλλεύονται τη δυνατότητα πρόσβασης (Adler και Stewart, 2010). Ακόμη περισσότερο, η κατάσταση υγείας προσδιορίζεται καταρχήν από την πρόληψη και, επομένως, όχι τόσο από την περίθαλψη, αλλά από την εκ των προτέρων αποφυγή της ασθένειας (McGinnis κ.ά., 2002). Σε κάθε περίπτωση, η παροχή υγειονομικής περίθαλψης σε κοινωνικά μειονεκτούσες ομάδες σίγουρα μπορεί να βελτιώσει το επίπεδο υγείας τους, παράλληλα αμβλύνοντας –αλλά όχι και εξαλείφοντας– τις σχετικές κοινωνικές ανισότητες υγείας (Frenk, 1998).

Οι Beckfield και Krieger (2009) πραγματοποίησαν μια επισκόπηση των εμπειρικών μελετών που διερευνούσαν τις ανισότητες υγείας σε σχέση με τους πολιτικούς παράγοντες. Αν και διαπίστωσαν ότι οι επιπτώσεις των πολιτικών παραγόντων δεν είναι μονοσήμαντες και αυστηρά μιας κατεύθυνσης, κατέληξαν σε κάποια γενικά συμπεράσματα: α) η μετάβαση στον καπιταλισμό μάλλον διεύρυνε τις σχετικές με την εκπαίδευση ανισότητες υγείας, β) οι νεοφιλελεύθερες μεταρρυθμίσεις είτε επιτείνουν είτε παγιώνουν τις υφιστάμενες σχετικές και απόλυτες ανισότητες υγείας, γ) η σχέση μεταξύ του είδους του κράτους πρόνοιας και του μεγέθους των ανισοτήτων υγείας είναι ασθενής μεταξύ των ανεπτυγμένων κρατών και δ) η δημοκρατική ενσωμάτωση των

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

κοινωνικών ομάδων μπορεί να μειώσει τόσο τις σχετικές όσο και τις απόλυτες ανισότητες υγείας.

Μια άλλη βιβλιογραφική επισκόπηση συνέθεσε τα ευρήματα των ερευνών που ασχολούνται με την πολιτική οικονομία της υγείας και τις επιπτώσεις των καθεστώτων των κρατών πρόνοιας (Muntaner κ.ά., 2011a). Το βασικό συμπέρασμά της ήταν ότι οι αριστερές/εξισωτικές πολιτικές παραδόσεις τείνουν να έχουν τα σημαντικότερα θετικά αποτελέσματα στην υγεία, καθότι οδηγούν στη διαμόρφωση ισχυρών κρατών πρόνοιας, τα οποία εφαρμόζουν αναδιανεμητικές πολιτικές, μειώνουν τις κοινωνικές ανισότητες και βελτιώνουν την υγεία του πληθυσμού. Επιπλέον, τα βαθύτερα δημοκρατικά καθεστώτα σχετίζονται σταθερά με καλύτερη μέση υγεία για τον πληθυσμό, με τις σχετικές υγειονομικές επιπτώσεις να είναι τόσο άμεσες, μέσω του ατομικού εισοδήματος και της ικανοποίησης των βασικών αναγκών, όσο και έμμεσες, διαμέσου της οικονομικής ανάπτυξης και των ισχυρών πολιτικών θεσμών. Τα γενναιόδωρα κράτη πρόνοιας με μακρόχρονη σοσιαλδημοκρατική παράδοση, με την παροχή καθολικών κοινωνικών πολιτικών και την απο-εμπορευματοποίηση (decommodification)¹⁹⁶ της αγοράς εργασίας, τείνουν να έχουν ισχυρά θετικές συνέπειες στη μέση υγεία του πληθυσμού, αλλά μόνο μέτρια θετικές στη μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων υγείας. Τέλος, οι περιορισμένου αριθμού έρευνες του υγειονομικού αντικτύπου της παγκοσμιοποίησης έδωσαν ενδείξεις για τις επιβλαβείς συνέπειες του διεθνούς καπιταλισμού στην υγεία των λιγότερο ανεπτυγμένων χωρών.

3.5.3.4. Συμπεριφορική προσέγγιση

Οι κοινωνικοί παράγοντες δεν παράγουν μόνο ασθένειες αλλά και την ίδια την υγεία, με έναν τέτοιο μηχανισμό να συνιστά η σχετιζόμενη με την υγεία

¹⁹⁶ Η έννοια της απο-εμπορευματοποίησης αναφέρεται στον βαθμό στον οποίο το κράτος πρόνοιας, μέσω των κοινωνικών μεταβιβάσεων και άλλων πολιτικών του, καθιστά τις συνθήκες διαβίωσης των ατόμων λιγότερο εξαρτώμενες από την απόδοσή τους στην αγορά εργασίας (Eikemo και Bambra, 2008).

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

συμπεριφορά (Cockerham, 2013). Η κατανομή των φυσιολογικών παραγόντων κινδύνου της υγείας δεν φαίνεται να σχετίζεται με τα κοινωνικά πρότυπα, παρά μόνο στο πλαίσιο των επιζήμιων για την υγεία συμπεριφορών (Macleod κ.ά., 2005· Houweling κ.ά., 2007). Στις βλαπτικές για την υγεία συμπεριφορές αποδίδεται περίπου το 40% της πρόωρης θνησιμότητας (McGinnis κ.ά., 2002). Κατά τον Cockerham (2005), μια σειρά παραγόντων της σύγχρονης εποχής έχουν μεταθέσει την ευθύνη για την υγεία στο ίδιο το άτομο, ενισχύοντας τη σημασία των επιλογών που επηρεάζουν την υγεία του. Μεταξύ αυτών των παραγόντων είναι: α) η επιδημιολογική μετάβαση από τις μεταδιδόμενες στις χρόνιες ασθένειες ως οι κύριες αιτίες θανάτου, β) η μείωση του κύρους και της αυθεντίας του ιατρού μέσα από τη διάχυση της ιατρικής γνώσης και την προώθηση του μοντέλου της αμοιβαίας συμμετοχής στη σχέση ιατρού-ασθενή και γ) η πρωταρχικότητα των συνηθειών (στυλ) κατανάλωσης έναντι του επαγγέλματος στη διαμόρφωση της κοινωνικής ταυτότητας.

Μπορούν να αναγνωριστούν τέσσερις βασικές διαστάσεις της συμπεριφοράς που σχετίζεται με την υγεία (Alonzo, 1993):

1. Η πρόληψη, που έχει ως σκοπό την ελαχιστοποίηση του κινδύνου εκδήλωσης ασθένειας, τραυματισμού ή αναπηρίας, όπως είναι η τακτική άσκηση και η υγιεινή διαίτα, ο εμβολιασμός κ.λπ.
2. Η ανίχνευση νόσων, που περιλαμβάνει δραστηριότητες που διαγιγνώσκουν την ασθένεια, τον τραυματισμό ή την αναπηρία πριν την εκδήλωση των συμπτωμάτων (προσυμπτωματικός έλεγχος).
3. Η προαγωγή της υγείας, που αποσκοπεί στην ενθάρρυνση των ατόμων προς την υιοθέτηση θετικών και την αποφυγή αρνητικών ως προς την υγεία συμπεριφορών.
4. Η προστασία της υγείας μέσα από δραστηριότητες που βελτιώνουν τις συνθήκες διαβίωσης και εργασίας των ανθρώπων, όπως είναι οι φυσικές υποδομές, η διαθεσιμότητα καθαρού νερού και αέρα κ.λπ.

Οι συμπεριφορές που επηρεάζουν την υγεία, όπως είναι το κάπνισμα, η χρήση ναρκωτικών, η κατανάλωση αλκοόλ, η φυσική άσκηση και η διαίτα, όταν ερευνώνται σε σχέση με το ευρύτερο πλαίσιο, θεωρείται ότι επηρεάζονται από τους πόρους (χρόνος και χρήμα), το περιβάλλον (οικιστικό και εργασιακό), την

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

κουλτούρα (κοινωνικά πρότυπα και παραδόσεις) και άλλες κοινωνικές διαδικασίες (π.χ. στρες, διακρίσεις) (Roux, 2012), το κόστος των δραστηριοτήτων αυτών, καθώς και τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ανθρώπων (Weiss και Lonnquist, 2015). Έχει παρατηρηθεί, λοιπόν, ότι κάποιες επιβλαβείς για την υγεία συμπεριφορές είναι πιο συνήθεις σε κοινωνικά μειονεκτούσες ομάδες (Benzeval κ.ά., 2014). Για παράδειγμα, η παχυσαρκία παρουσιάζεται να είναι περισσότερο κοινή ανάμεσα σε άτομα χαμηλότερου εισοδήματος και εκπαιδευτικού επιπέδου (Adler και Stewart, 2009)¹⁹⁷. Αυτή η άνιση κατανομή των επιζήμιων για την υγεία συμπεριφορών μεταξύ των κοινωνικών ομάδων είναι που οδηγεί στη διαμόρφωση ανισοτήτων υγείας. Παρόλα αυτά, έχει παρατηρηθεί ότι τα μοτίβα συμπεριφοράς διαφέρουν σημαντικά από χώρα σε χώρα. Για παράδειγμα, στη Νότια Ευρώπη ο επιπολασμός του καπνίσματος είναι μεγαλύτερος στις υψηλές εισοδηματικές ομάδες (Solar και Irwin, 2010).

Δεν είναι εύκολη η αποκρυστάλλωση των θεωριών που αφορούν στη συμπεριφορά υγείας, καθότι αυτές προέρχονται από όλους τους επιστημονικούς κλάδους της κοινωνικής έρευνας (Morris κ.ά., 2012). Κύριο σημείο επιστημονικής διαφωνίας αποτελεί η βαρύτητα της αυτόβουλης δράσης των υποκειμένων έναντι των χαρακτηριστικών της κοινωνικής δομής (agency vs. structure) στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς των ατόμων (Cockerham, 2005). Το ερώτημα που τίθεται, λοιπόν, αφορά στο εάν οι αποφάσεις που παίρνουν οι άνθρωποι σε σχέση με τη συμπεριφορά υγείας τους είναι τελικά θέμα προσωπικής, ελεύθερης επιλογής ή αν προκύπτουν από την επιρροή των χαρακτηριστικών του δομικού περιβάλλοντος, όπως είναι το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και το φύλο (Cockerham, 2005). Με άλλα λόγια, το ζήτημα σχετίζεται με την προτεραιότητα της σημασίας της επιρροής των μικρο-παραγόντων των προσωπικών επιλογών έναντι της επίδρασης των

¹⁹⁷ Κατά τον Olshansky (2005), η σύγχρονη επιδημία παχυσαρκίας μπορεί όχι μόνο να μειώσει, αλλά και να αντιστρέψει την τάση βελτίωσης του προσδόκιμου ζωής, η οποία αποδίδεται και στη μείωση του ποσοστού του καπνίσματος.

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

μακρο-παραγόντων των κοινωνικοδομικών συνθηκών (Weiss και Lonnhquist, 2015).

Η αυτόβουλη δράση προϋποθέτει ότι τα άτομα έχουν τη δυνατότητα αυτοκαθορισμού της συμπεριφοράς τους (Hitlin και Elder, 2007), όπου, ανακαλώντας παρελθούσες εμπειρίες και εικάζοντας τις μελλοντικές δράσεις τους, αξιολογούν κριτικά την παρούσα κάθε φορά κατάσταση και προχωρούν σε επιλογές συμπεριφοράς βάσει αυτής της αξιολόγησης (Emirbayer και Mische, 1998). Από την άλλη πλευρά, το κοινωνικό περιβάλλον συνιστά σύνολα αμοιβαία συντηρούμενων «σχημάτων» (γενικεύσιμοι κανόνες και διαδικασίες κατά την παραγωγή/αναπαραγωγή της κοινωνικής ζωής) και πόρων (ανθρώπινων, όπως η φυσική δύναμη και η γνώση, και μη ανθρώπινων, όπως οι υλικοί) που ενδυναμώνουν ή περιορίζουν την κοινωνική δράση και τείνουν να αναπαράγονται από αυτήν (Sewell Jr, 1992). Η επιτρεπτική φύση των πόρων προκύπτει από τη δυνατότητά τους να αυξάνουν τις δυνατές επιλογές και η περιοριστική από το ότι περιορίζουν τις επιλογές στο πλαίσιο του δυνατού (Cockerham, 2005).

Στο πλαίσιο της επικέντρωσης της ανάλυσης στο άτομο έχουν προβληθεί διάφορα κοινωνιογνωστικά ερμηνευτικά υποδείγματα, όπως είναι το Μοντέλο Πεπιοθήσεων Υγείας (Health Belief Model), οι Θεωρίες Έλλογης Δράσης (Theory of Planned Behaviour και Theory of Reasoned Action κ.λπ.), η εξέταση των οποίων εκφεύγει των σκοπών αυτής της διατριβής¹⁹⁸. Ωστόσο, το κύριο χαρακτηριστικό αυτών των θεωριών είναι ότι αποδέχονται την ορθολογικότητα της ανθρώπινης συμπεριφοράς, σύμφωνα με την οποία το άτομο αξιολογεί τα πιθανά οφέλη και τα κόστη ή τους κινδύνους μιας απόφασης βάσει γνωστικών και συναισθηματικών παραγόντων (πεπιοθήσεων και στάσεων) (Sutton, 2001· Munro κ.ά., 2007· Morris κ.ά., 2012). Δεν απορρίπτουν την επίδραση των απώτερων προσδιοριστών του κοινωνικού περιβάλλοντος στη συμπεριφορά, όμως υποθέτουν ότι αυτή δεν είναι άμεση και ότι διαμεσολαβείται από τους

¹⁹⁸ Ο τόμος των Glanz κ.ά. (2008) αποτελεί μια εξαιρετική προσπάθεια κατηγοριοποίησης και εξέτασης των διαφόρων σχετικών θεωριών.

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

εγγύς παράγοντες που περιγράφονται από τα συγκεκριμένα υποδείγματα (νοητικές αναπαραστάσεις του κοινωνικού κόσμου), διατηρώντας πάντοτε στο επίκεντρο το άτομο (Sutton, 2001). Για παράδειγμα, η διαφορετική κοινωνική υποστήριξη και έκθεση στο στρες λόγω του ανόμοιου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου οδηγεί σε διαφοροποίηση της συναισθηματικής εμπειρίας, των πεποιθήσεων και τελικά της πιθανότητας ανάληψης ριψοκίνδυνων πρακτικών, όπως είναι η κατανάλωση αλκοόλ (Beattie και Longabaugh, 1999).

Ωστόσο, έχει διαπιστωθεί ότι οι κοινωνικές μεταβλητές επηρεάζουν τελικά τη συμπεριφορά ως προς τις δυνατές επιλογές, έχοντας μάλιστα και άμεσες επιπτώσεις, ενώ μπορούν ακόμη να τροποποιήσουν και τη σχέση μεταξύ των πεποιθήσεων και της συμπεριφοράς. Τέτοια είναι η περίπτωση όπου οι υποβαθμισμένες περιοχές συνδέονται με υψηλότερο επιπολασμό καπνίσματος και λιγότερη άσκηση αλλά και παράλληλα με μια μετρίαση της σημασίας της πρόθεσης κάθε ατόμου για συμμετοχή σε φυσική δραστηριότητα, λόγω της ελλιπούς διαθεσιμότητας αθλητικών εγκαταστάσεων (Prins κ.ά., 2010· Abraham κ.ά., 2011). Δεν φαίνεται, λοιπόν, να υπάρχει χώρος στην κοινωνία όπου τα άτομα δρουν απολύτως ανεξάρτητα από τους δομικούς παράγοντες. Αυτό διότι αυτοί αφενός προσδιορίζουν ποιες επιλογές είναι διαθέσιμες για τους δρώντες, και αφετέρου καθορίζουν την κατάταξη και την καταλληλότητα των σχετικών επιλογών (Cockerham, 2013).

Σύμφωνα με μια εξήγηση, λοιπόν, οι επιλογές των ατόμων επηρεάζονται από τις κοινωνικές και πολιτισμικές συνθήκες στις οποίες διαβιούν (Bartley, 2017). Στη σύγχρονη εποχή, η κατανάλωση και οι επιλογές συμπεριφοράς που σχετίζονται με την υγεία αποτελούν έναν μηχανισμό κοινωνικής διαφοροποίησης ή κοινωνικής διάκρισης (social distinction) μεταξύ των ατόμων (Mackenbach, 2012· Oude Groeniger κ.ά., 2019). Το πολιτισμικό περιβάλλον φαίνεται να είναι πολύ σημαντικό, καθότι αυτό συνθέτει τις προϋποθέσεις της κοινωνικής αποδοχής μιας ανθυγιεινής συνήθειας ή, αντίθετα, διευκολύνει την υιοθέτηση συμπεριφορών που προάγουν την υγεία (Benzeval κ.ά., 2014). Σχετική με το παραπάνω είναι και η έννοια του πολιτισμικού κεφαλαίου (cultural capital) κατά τον Bourdieu (1986). Πρόκειται για συμβολικούς και πληροφοριακούς/γνωστικούς πόρους (π.χ. αξίες, κανονιστικές αντιλήψεις,

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

γνώση), λειτουργικές ικανότητες, γλωσσικά ύφη, αξίες και πρότυπα, τα οποία συγκροτούν τις κοινωνικές ικανότητες και την επάρκεια για δράση των ατόμων (Abel, 2008). Υπό αυτήν τη μορφή, το πολιτισμικό κεφάλαιο παρέχει στα άτομα τους απαιτούμενους μη υλικούς πόρους για την ανάπτυξη φιλικών προς την υγεία πρακτικών και τη δυνατότητα να αντιμετωπίσουν με αποτελεσματικό τρόπο τα καθημερινά ζητήματα υγείας που τους απασχολούν. Πρόκειται για λειτουργικές κοινωνικές δεξιότητες δράσης, τις οποίες αποκτά το άτομο κυρίως μέσα από την εκπαίδευση και την κοινωνική μάθηση, που λαμβάνουν τρεις βασικές μορφές (Abel, 2008): α) το ενσωματωμένο (π.χ. αξίες, ικανότητες, γνώση), β) το αντικειμενικοποιημένο (π.χ. βιβλία και εργαλεία) και γ) το θεσμοποιημένο (π.χ. εκπαιδευτικά και επαγγελματικά διαπιστευτήρια) πολιτισμικό κεφάλαιο. Καθώς αυτές οι συνθήκες μάθησης είναι διαφορετικές στα διάφορα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, ανάλογα ανόμοια είναι και η διαθεσιμότητα αυτών των πόρων στα μέλη τους. Στο πλαίσιο αυτής της εξήγησης, η εκπαίδευση διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, καθότι παρέχει τους απαραίτητους πολιτισμικούς και ψυχοκοινωνικούς πόρους για την υιοθέτηση προστατευτικών της υγείας συμπεριφορών, ενισχύει τη σχετιζόμενη με την υγεία γνώση και προωθεί την αίσθηση του ελέγχου (Benzeval κ.ά., 2014).

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, οι πόροι του πολιτισμικού κεφαλαίου αποκτώνται κυρίως μέσα από την κοινωνική μάθηση, με τις σχετικές συνθήκες να επηρεάζονται από το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον. Ωστόσο, μια από τις βασικές υποθέσεις του Bourdieu (1986) είναι η δυνατότητα μετατροπής και η αλληλοεπίδραση μεταξύ των διαφόρων μορφών κεφαλαίου (οικονομικό, πολιτισμικό, κοινωνικό και συμβολικό). Έτσι, το οικονομικό κεφάλαιο παρέχει το εύρος των επιλογών των ατόμων σχετικά με πρακτικές που επηρεάζουν την υγεία τους, αλλά το πολιτισμικό κεφάλαιο (γνώσεις, αξίες, πρότυπα) είναι εκείνο που διαμορφώνει τις τελικές προτιμήσεις τους. Αν και η βαρύτητα του υποκειμένου στην αποδοχή, απόρριψη ή τροποποίηση των πρακτικών παραμένει πάντοτε σημαντική, η κοινωνική δομή είναι εκείνη που περιορίζει τη διαθεσιμότητα των κάθε φορά δυνατών επιλογών, δημιουργώντας τελικά μια διαλεκτική σχέση μεταξύ της αυτόβουλης δράσης και του κοινωνικού πλαισίου (Cockerham, 2013). Επίσης, η απόκτηση του κοινωνικού κεφαλαίου (ως δίκτυα υποστήριξης), το οποίο μπορεί να είναι επωφελές για την ατομική και την

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

κοινοτική υγεία, διευκολύνεται από τους οικονομικούς (π.χ. τέλη εισόδου) και του πολιτισμικούς (π.χ. κατάλληλο επικοινωνιακό στυλ) πόρους. Παρόμοια, το οικονομικό κεφάλαιο μπορεί να αξιοποιηθεί για τη συμμετοχή σε πολιτισμικές δραστηριότητες ή προγράμματα και πηγές μάθησης και τα κοινωνικά δίκτυα να χρησιμοποιηθούν για την ανεπίσημη πρόσβαση σε πληροφορίες υγείας και συμβουλές ειδικών (Abel, 2008).

Στο πλαίσιο της συμπεριφορικής-πολιτισμικής εξήγησης, η πολιτισμική αποδοχή των συμπεριφορών που αφορούν στην υγεία διαφέρει αναλόγως της κοινωνικοοικονομικής ομάδας, με την κάθε μία να συνδέεται με διαφορετικά κοινωνικά πρότυπα (Skalicka κ.ά., 2009). Η επικέντρωση στο άτομο και την ελευθερία των επιλογών του ενέχει τον κίνδυνο της αξιολόγησης της συμπεριφοράς του ανεξάρτητα από τις επιρροές της κοινωνικής δομής, καταλήγοντας, τελικά, στο να «κατηγορείται το ίδιο το θύμα» (blaming the victim), το οποίο επιλέγει αρνητικές για την υγεία του πρακτικές, υποτιθέμενα λόγω των προσωπικών χαρακτηριστικών του (Blane, 1985). Για τον ίδιο λόγο, έχει κατακριθεί και η θεωρία για την «κουλτούρα της φτώχειας» (culture of poverty) (Οικονόμου, 2013). Κατά τον Lewis (1971), η διαβίωση σε κοινότητες με υψηλή οικονομική ανέχεια (συγκέντρωση της φτώχειας) μπορεί να επηρεάσει τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά των ατόμων, τα οποία με τη σειρά τους έχουν επίπτωση στην ατομική υγεία τους. Προκειμένου να προσαρμοστούν και να ανταποκριθούν στο δύσκολο περιβάλλον τους και την κοινωνική περιθωριοποίηση, οι φτωχοί, που διαβιούν σε περιοχές που μαστίζονται από κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα, υιοθετούν έναν ριψοκίνδυνο για την υγεία τους τρόπο ζωής. Αυτός ο τρόπος ζωής χαρακτηρίζεται από τη μοιρολατρία και την έλλειψη προνοητικότητας, τη δυσπροσαρμοστικότητα και την αντικοινωνικότητα, καθώς στις «ανομικές» κοινωνίες ή κοινότητες αναδύονται και επικρατούν αποκλίνοντα πρότυπα συμπεριφοράς (Wilson, 2012). Η κουλτούρα της φτώχειας τείνει να αυτοδαιωνίζεται, καθώς τα παιδιά σε νεαρή ηλικία αφομοιώνουν τις στάσεις και τις συμπεριφορές της υποκουλτούρας του περιβάλλοντός τους (πολιτισμική μετάδοση), με αποτέλεσμα να μην μπορέσουν να επωφεληθούν πλήρως από ενδεχόμενες αλλαγές συνθηκών ή ευκαιρίες που θα παρουσιαστούν κατά τη

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

διάρκεια της ζωής τους (Cockerham, 2013)¹⁹⁹. Ωστόσο, ακόμη και αν υπήρχε μια τέτοιου είδους κουλτούρα, θα ήταν δύσκολο να υποστηριχθεί ότι προϋπήρχε ή μπορεί να λειτουργεί χωρίς να συνδέεται με τις υποκείμενες κοινωνικοοικονομικές ανισότητες (McCartney κ.ά., 2013).

Έπειτα, σύμφωνα με το υπόδειγμα της ευπάθειας λόγω στρες (stress vulnerability model), κάποιες ανθυγιεινές συνήθειες, όπως είναι το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ, χρησιμοποιούνται ως μηχανισμοί αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων (Benzeval κ.ά., 2014). Μάλιστα, έχει υποστηριχθεί ότι η αίσθηση ανίας και απελπισίας, που συνδέεται με επίμονα υποβαθμισμένες συνθήκες διαβίωσης, αυξάνει την πιθανότητα ανάληψης ριψοκίνδυνων αποφάσεων υγείας (Goldberg, 2017). Αυτές οι δυσκολίες οδηγούν το άτομο στο να μην επενδύει στην υγεία του, αλλά να αρκείται στην ωφελιμότητα που προκύπτει από την άμεση ικανοποίηση ή εκτόνωση από το άγχος που προσφέρουν αυτές οι συμπεριφορές.

Μια άλλη διαδρομή που συνδέει την κοινωνικοοικονομική θέση με την υγεία αναφέρεται στις μελλοντικές προσδοκίες και τις προτιμήσεις χρόνου (time preferences) των ατόμων αναφορικά με τις επενδύσεις στην υγεία τους. Έτσι, άτομα με χαμηλό εισόδημα τείνουν να επικεντρώνονται στο παρόν και να μην επενδύουν στην υγεία και τη μακροβιότητά τους, ιδίως διότι οι κίνδυνοι για την υγεία κάποιων συμπεριφορών χρειάζονται σημαντικό χρόνο για να αναπτυχθούν (Lawlor κ.ά., 2003). Υπάρχει μια ασυμμετρία μεταξύ των επιβαρύνσεων και των οφελών υγείας. Για την υγιεινή κατανάλωση, τα οικονομικά κόστη και οι επενδύσεις χρόνου γίνονται στο παρόν και τα οφέλη δράττονται στο μέλλον, ενώ για την ανθυγιεινή κατανάλωση συμβαίνει το αντίθετο. Οι άνθρωποι, λοιπόν, διαφέρουν ως προς τη δυνατότητα καθυστέρησης της επιβράβευσης και της επένδυσης στο μέλλον. Σε αυτό το

¹⁹⁹ Βέβαια, η συμμετοχή σε μια προστατευτική ή αρνητική για την υγεία δραστηριότητα δεν συνεπάγεται αυτόματα την υιοθέτηση και άλλων με αντίστοιχα θετική ή αρνητική επιρροή. Παρόλα αυτά, έχουν αναγνωριστεί κάποιες σταθερές σχέσεις, όπως αυτή του καπνίσματος με την κατανάλωση αλκοόλ, καθώς και του αλκοόλ με κακές διαιτητικές συνήθειες (Weiss και Lonnquist, 2015).

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

πλαίσιο, τα άτομα που είτε έχουν υψηλό προεξοφλητικό επιτόκιο (discount rate) είτε υποεκτιμούν τις συνέπειες υγείας των ανθυγιεινών συμπεριφορών ή τα οφέλη υγείας των υγιεινών συμπεριφορών στρέφονται λιγότερο σε επιλογές που προωθούν την υγεία τους και περισσότερο σε συμπεριφορές που την βλάπτουν (Galama και van Kippersluis, 2020).

Οι ανισότητες στη συμπεριφορά υγείας εξηγούνται επίσης από το ότι κάποιες υγιεινές συνήθειες είναι περισσότερο δαπανηρές, όπως είναι η υγιεινή διατροφή ή η συμμετοχή σε κάποια αθλήματα. Έτσι, τα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα διαθέτουν περιορισμούς στην οικονομική πρόσβασή τους σε τέτοια αγαθά (Goldberg, 2017). Κάποιες έρευνες έχουν επικεντρωθεί στους περιβαλλοντικούς παράγοντες των συμπεριφορών υγείας. Σύμφωνα με αυτήν την οπτική, η άνιση κατανομή των περιβαλλοντικών πόρων ή κινδύνων που ενδυναμώνουν ή περιορίζουν τις δυνατότητες για έναν υγιεινό τρόπο ζωής συμβάλλουν στην κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση των συμπεριφορών αυτών (Adler και Stewart, 2010). Σε αυτό το πλαίσιο, οι Adler και Stewart (2009), αναζητώντας τα αίτια της παχυσαρκίας, μίλησαν για την έννοια «behavioral justice». Υποστήριξαν, λοιπόν, ότι το βιοϊατρικό μοντέλο επικεντρώνεται κυρίως στη θεραπεία, υποθέτοντας ότι τα άτομα είναι ανεξάρτητοι και υπεύθυνοι δρώντες που προχωρούν σε συνειδητές επιλογές συμπεριφοράς, αναγνωρίζοντας παράλληλα και κάποιες γενετικές προδιαθέσεις. Καθότι η τροποποίηση των γενετικών προδιαθέσεων δεν είναι δυνατή επί του παρόντος, έμφαση δίνεται στην ελεύθερη ατομική επιλογή και στην αυτονομία του ατόμου. Η αυτονομία αυτή πρέπει να ενδυναμωθεί με πληροφόρηση που θα το κινητοποιήσει για να τροποποιήσει τα πρότυπα διατροφής και δραστηριότητάς του, κατά τρόπο που να προάγουν την υγεία του. Από την άλλη πλευρά, το υπόδειγμα της δημόσιας υγείας εστιάζει την προσοχή του στην πρόληψη, λαμβάνοντας επίσης υπόψη του ένα ευρύτερο φάσμα αιτιολογικών παραγόντων (Adler και Stewart, 2009). Υπό αυτήν την οπτική, δεν αποδίδεται ευθύνη τόσο στο άτομο όσο στα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος, τα οποία, για παράδειγμα, μπορούν να ενθαρρύνουν την υψηλή πρόσληψη θερμίδων και να αποθαρρύνουν τη φυσική δραστηριότητα (French κ.ά., 2001). Έχει διαπιστωθεί, λοιπόν, ότι οι φτωχότερες περιοχές διαθέτουν λιγότερες υπεραγορές τροφίμων, περισσότερα εστιατόρια ταχείας

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

εξυπηρέτησης (fast-food outlets) και λιγότερες διαθέσιμες και ασφαλείς δυνατότητες για εξωτερικές (κυρίως) ψυχαγωγικές δραστηριότητες (Morland κ.ά., 2002· Powell κ.ά., 2007). Έτσι, η περιορισμένη δυνατότητα βαδίσματος (walkability), η οποία έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των πιθανοτήτων για την εμφάνιση της παχυσαρκίας, έχει διαπιστωθεί να σχετίζεται με το υποβαθμισμένο φυσικό και κτιριακό περιβάλλον αλλά και το κοινωνικό, με έμφαση στα ποσοστά της εγκληματικότητας και την πολιτική της αποκομιδής των σκουπιδιών στην περιοχή (Sallis κ.ά., 2007). Είναι αυτές οι περιβαλλοντικές επιδράσεις που καθιστούν προεπιλεγμένες –ή τουλάχιστον ευκολότερη την υιοθέτησή τους– τις ανθυγιεινές επιλογές, οι οποίες απαιτούν, πέρα από την αγωγή για θέματα υγείας, και ρυθμιστικές παρεμβάσεις από το κράτος (Adler και Stewart, 2009).

Στο παραπάνω πλαίσιο, τα άτομα δεν μπορούν να θεωρούνται υπόλογα της βλαπτικής για την υγεία συμπεριφοράς τους, παρά μόνο όταν έχουν στη διάθεσή τους όλους τους απαραίτητους περιβαλλοντικούς πόρους (Adler και Stewart, 2009). Για παράδειγμα, ο επιπολασμός της παχυσαρκίας φαίνεται να είναι μεγαλύτερος σε μειονεκτούσες φυλετικές/εθνικές και κοινωνικοοικονομικές ομάδες, γεγονός που δεν οφείλεται τόσο σε γενετικές προδιαθέσεις ή ατομική ευπάθεια. Αυτές οι ομάδες, λοιπόν, εκτίθενται δυσανάλογα σε περιβαλλοντικές επιρροές που ευνοούν την παχυσαρκία και σε άλλους περιορισμούς στην υιοθέτηση πρακτικών που προωθούν την υγεία τους (Adler και Stewart, 2009). Η προσέγγιση «behavioral justice» δέχεται τη σημασία της προσωπικής ευθύνης, ωστόσο αμφισβητεί τον ελεύθερο χαρακτήρα των επιλογών υπό την παρουσία σημαντικών περιβαλλοντικών επιδράσεων και περιορισμών. Επομένως, η κύρια ευθύνη μεταφέρεται από τα άτομα στην κοινωνία, η οποία οφείλει να παράσχει ίσες ευκαιρίες στα άτομα για την επιλογή συμπεριφορών που προάγουν την υγεία τους.

Οι Cohen κ.ά. (2000b) αναγνωρίζουν τέσσερις δομικούς παράγοντες που δύνανται να επηρεάσουν τη συμπεριφορά των ατόμων μέσα από το περιεχόμενο συγκεκριμένων πολιτικών:

1. Η διαθεσιμότητα –και η πρόσβαση– σε αγαθά που επηρεάζουν (αρνητικά ή θετικά) τα αποτελέσματα υγείας, η οποία μπορεί είτε να

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

περιοριστεί, για παράδειγμα με τη ρύθμιση του χώρου πώλησης ή τη φορολόγησή τους, είτε να ενισχυθεί, όπως με την επιχορήγηση ή την δωρεάν διανομή τους μέσα από κοινωνικές, οικονομικές και ρυθμιστικές πολιτικές.

2. Τα φυσικά χαρακτηριστικά των αγαθών, που ρυθμίζονται με κανονισμούς ασφάλειας, ζωνών και συγκεκριμένες απαιτήσεις κατά την παραγωγή.
3. Οι κοινωνικές ρυθμίσεις που απαγορεύουν ή απαιτούν συμπεριφορές, όπως είναι η απαγόρευση πώλησης αλκοόλ σε ανηλίκους και η υποχρεωτική χρήση ζώνης ασφαλείας.
4. Η επιρροή από τα μέσα ενημέρωσης και τις συνήθειες πολιτισμικές πρακτικές, η οποία επιδρά στα κανονιστικά πρότυπα και τις αξίες των ατόμων για κατανάλωση.

Ο Cockerham (2013) τόνισε τη διαλεκτική σχέση ανάμεσα στις προσωπικές επιλογές και τις δομικές ευκαιρίες, προσεγγίζοντας τις επιλογές του ατόμου που επηρεάζουν την υγεία του μέσω της σειράς των δυνατοτήτων που του είναι διαθέσιμες βάσει των ευκαιριών ζωής (life chances) που διαθέτει. Οι δομικοί παράγοντες που προτείνονται από αυτό το θεωρητικό σχήμα είναι: α) η ταξική κατάσταση, β) η ηλικία, το φύλο και η εθνότητα/φυλή, γ) οι συλλογικότητες (κοινωνικές σχέσεις και δίκτυα) και δ) οι συνθήκες διαβίωσης. Η κοινωνικοποίηση και οι κοινωνικές εμπειρίες διαμορφώνουν την ικανότητα των ατομικών επιλογών, οι οποίες διαδρούν με τις ευκαιρίες διαβίωσης, παράγοντας τις ατομικές προδιαθέσεις για δράση (habitus). Αυτές οι προδιαθέσεις διαμορφώνουν πρακτικές δράσεων, όπως είναι το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η άσκηση κ.λπ., κατά τρόπο που δεν είναι πάντοτε συνειδητός, αλλά μπορεί και να βασίζεται στη συνήθεια ή, ακόμη, και στη διαίσθηση. Στη συνέχεια, αυτές οι πρακτικές αναπαράγονται ή και μεταβάλλονται μέσα από μια διαδικασία αυτοτροφοδότησης του habitus.

Σε αρκετές εμπειρικές έρευνες η σχέση μεταξύ της κοινωνικοοικονομικής θέσης και της νοσηρότητας ή θνησιμότητας αντιμετωπίζεται αφού ελεγχθεί η επίδραση γνωστών παραγόντων κινδύνου, συμπεριλαμβανομένης της συμπεριφοράς του ατόμου, όπως είναι η κατανάλωση αλκοόλ, ο δείκτης μάζας

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

σώματος, το κάπνισμά κ.λπ. Υπάρχει, λοιπόν, μια τάση στη βιβλιογραφία να χρησιμοποιείται η κοινωνικοοικονομική θέση ως παράγοντας ελέγχου (control factor), χωρίς να εξετάζεται η ανεξάρτητη επίπτωσή της στις ίδιες τις συμπεριφορές (Macintyre, 1997a). Αυτό όμως ενέχει τον κίνδυνο της θεώρησης κάποιων μεταβλητών που μεσολαβούν μεταξύ του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και της υγείας (mediating variables) ως εξωγενών (συγχυτικών) παραγόντων (confounding factors) στη σχέση αυτή. Ωστόσο, η κοινωνικοοικονομική θέση δεν μπορεί να έχει άμεση επίδραση –εκτός ίσως από την περίπτωση των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων– στα αποτελέσματα υγείας. Αλλά προηγείται και προκαθορίζει (τουλάχιστον εν μέρει) αυτές τις συμπεριφορές υγείας, οι οποίες δεν ενεργοποιούνται αυτόνομα εντός ενός ορισμένου κοινωνικού πλαισίου (Macintyre, 1997a). Τα παραπάνω, βέβαια, δεν σημαίνουν ότι οι σχετιζόμενες με την υγεία συμπεριφορές καθορίζονται αναπόδραστα από τις υλικές συνθήκες διαβίωσης του ατόμου. Η θέση στην κοινωνική ιεραρχία δεν προσδιορίζεται μόνο από τις υλικές συνθήκες, οι οποίες, επιπλέον, δεν επηρεάζουν την υγεία αποκλειστικά ως ένας μηχανισμός που λειτουργεί μέσω κάποιων συμπεριφορών που βλάπτουν ή προάγουν την υγεία.

3.5.3.5. Προσέγγιση του «κύκλου ζωής» (life course approach)

Ήδη από την έκθεση Black (Department of Health and Social Security, 1980) είχε σημειωθεί ότι η καταλληλότητα επιλογής ενός παράγοντα ή μιας εξήγησης ή ενός μηχανισμού επίδρασης του κοινωνικού πλαισίου στην υγεία εξαρτάται από το στάδιο του κύκλου ζωής ενός ατόμου, κατά τη διάρκεια του οποίου επιδρούν στην υγεία του. Από τις δεκαετίες του '80 και του '90, ο Barker είχε διατυπώσει τη θεωρία του περί του «βιολογικού προγραμματισμού» κατά την περίοδο τη κύησης. Η σύλληψη αυτή βασίζεται στην υπόθεση της επιρροής των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών στη μητρική υγεία, η οποία με τη σειρά της επιδρά στα σύγχρονα μοτίβα των ανισοτήτων υγείας (Barker, 1990· Barker και Fall, 1993· Barker, 1994· Barker, 2001).

Η προσέγγιση του «κύκλου ζωής» αναζητά την προέλευση των ανισοτήτων υγείας στον χρόνο. Η χρονική υστέρηση ανάμεσα στην έκθεση σε κάποιον επιβλαβή παράγοντα, την έναρξη της ασθένειας και τη διάγνωση

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

(λανθάνουσα περίοδος) δείχνει τη σημασία των εμπειριών σε προηγούμενα στάδια της ζωής (Solar και Irwin, 2010). Σύμφωνα, λοιπόν, με αυτήν τη θεώρηση, η κατάσταση υγείας σε οποιαδήποτε δεδομένη ηλικία ενός ατόμου αντανακλά όχι μόνο τις τρέχουσες συνθήκες διαβίωσης, αλλά ενσωματώνει και όλες τις προηγούμενες εμπειρίες από τη μήτρα και έπειτα (Kawachi κ.ά., 2002). Η βαρύτητα της κοινωνικοοικονομικής θέσης συνδέεται σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό με την αύξηση του κινδύνου νοσηρότητας και θνησιμότητας κατά τη διάρκεια όλης της ζωής. Σημασία δίνεται στο πως δρουν οι κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας ξεχωριστά σε κάθε επίπεδο της ανάπτυξης του ανθρώπου (βρεφική ηλικία, παιδική ηλικία, εφηβεία και ενήλική ζωή) τόσο άμεσα όσο και ως βάση για τα αποτελέσματα υγείας σε επόμενα στάδια της ζωής (Solar και Irwin, 2010). Φαίνεται, λοιπόν, ο μηχανισμός αυτός να περιγράφει μια επιδημική διάσταση, όπου οι αρνητικές κοινωνικοοικονομικές επιδράσεις στην υγεία σε μια περίοδο αναπαράγουν τον εαυτό τους σε νέα προβλήματα υγείας στο μέλλον. Υπό αυτήν την οπτική, είναι σημαντικό να υπάρξει εστίαση στους παράγοντες που διαμορφώνουν μια ευπάθεια ή ανθεκτικότητα έναντι της ασθένειας στο άτομο-«ξενιστή» (host), το οποίο αναπόφευκτα αναδεικνύει τη σημασία της εξέλιξης κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου (Hertzman, 1999).

Κατά τον Hertzman (1999), υπάρχουν τρεις διαδρομές διαμέσου των οποίων προκύπτουν οι επιδράσεις του «κύκλου ζωής» στην ενήλικη υγεία. Αρχικά, οι βιολογικοί παράγοντες (Barker, 2001) και οι συνθήκες του αναπτυξιακού περιβάλλοντος, όπως είναι τα συναισθηματικά και πνευματικά ερεθίσματα (Rutter, 1998), σε κρίσιμες περιόδους της ζωής (critical periods model) –ιδίως στα πρώτα χρόνια– έχουν λανθάνουσες βιολογικές, δια βίου επιπτώσεις στην υγεία (latent effects) (Hertzman, 1999· Hertzman και Power, 2005). Ένα παράδειγμα τέτοιου τύπου διαδρομής αποτελεί η έκθεση σε αμίαντο στην παιδική ηλικία, η οποία αυξάνει τον κίνδυνο διαφόρων μορφών καρκίνου μετά από δεκαετίες (Hertzman και Power, 2005). Γενικότερα, προκρίνονται δύο βασικές χρονικές περίοδοι στη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου κατά τις οποίες γεννιούνται οι κοινωνικές ανισότητες υγείας: η πρώτη αναφέρεται στην περίοδο της κύησης, ενώ η δεύτερη αφορά στην εφηβική ηλικία, όπου οι βιολογικές και κοινωνικές συνθήκες επηρεάζουν την υγεία του ατόμου είτε άμεσα είτε σε βάθος

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

χρόνου, ενώ διαμορφώνουν και τις κοινωνικοοικονομικές τροχιές που θα ακολουθήσουν στη συνέχεια (Wadsworth, 1997). Η έκθεση σε σοβαρούς παράγοντες κινδύνου σε αυτές τις κρίσιμες περιόδους μπορεί να οδηγήσει σε μια μη αναστρέψιμη και χρόνια βλάβη των φυσιολογικών συστημάτων του οργανισμού ή σε ασθένειες (Ben-Shlomo και Kuh, 2002).

Κατά την έναρξη της ζωής, οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες φαίνεται να επιδρούν καταρχάς στη βρεφική θνησιμότητα. Αν και κάποιοι ερευνητές θεωρούν ότι από ένα σημεία και έπειτα αυτή η επίδραση παύει να υφίσταται και επανεμφανίζεται στην ενήλική ζωή, οι Hertzman κ.ά. (Hertzman, 1999· Hertzman και Power, 2005· Hertzman και Boyce, 2010) υποστηρίζουν ότι το περιβάλλον και οι εμπειρίες κατά τα πρώτα στάδια της ζωής επηρεάζουν την ανάπτυξη του ανθρώπου μέσα από μια διαδικασία βιολογικής ενσωμάτωσης (biological embedding) αυτών των πρώιμων εμπειριών. Η βιολογική ενσωμάτωση επηρεάζει σημαντικά βιολογικά συστήματα, με τους Hertzman και Boyce (2010) να αναφέρουν τέσσερα τέτοια ως υποψήφια: 1) τον άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια με την έκκριση κορτιζόλης, 2) το αυτόνομο νευρικό σύστημα και την επινεφρίνη και τη νορεπινεφρίνη, 3) τον προμετωπιαίο φλοιό και τη μνήμη, την προσοχή και τις λοιπές εκτελεστικές λειτουργίες και 4) τα συστήματα κοινωνικής ενσωμάτωσης, που αφορούν στις συνδέσεις μεταξύ της αμυγδαλής και του υπομέλανα τόπου και στις υψηλότερης τάξης εγκεφαλικές συνδέσεις, οι οποίες διαμεσολαβούνται από τη σεροτονίνη και άλλες ορμόνες. Ο «βιολογικός προγραμματισμός», λοιπόν, του εμβρύου αυξάνει την ευπάθεια ιδίως σε χρόνιες ασθένειες, όπως είναι ο διαβήτης και οι καρδιαγγειακές παθήσεις (Barker κ.ά., 1989).

Καθότι το περιβάλλον και οι εμπειρίες του παιδιού συναρτώνται κυρίως με την κοινωνικοοικονομική βαθμίδα του περιβάλλοντος του –κατά κύριο λόγο των γονέων του– μπορούμε να υποθέσουμε ότι το κοινωνικό υπόβαθρο της οικογένειας οδηγεί σε μια κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση (socioeconomic gradient) στην υγεία των ενήλικών ατόμων. Οι συστηματικές διαφορές του περιβάλλοντος σε κρίσιμες περιόδους κατά την ανάπτυξη του ατόμου διαμορφώνουν διαφορετικές βιο-αναπτυξιακές καταστάσεις (bio-developmental states), με τις διαφορές αυτές να είναι μακροπρόθεσμες και

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

σταθερές καθόλη τη διάρκεια της ζωής (Hertzman και Boyce, 2010). Οι διαφορές στις βιο-ανταπτυξιακές καταστάσεις αντανακλώνται καταρχάς σε φυσικές μετρήσεις ύψους ή βάρους, καθώς έχουν διαπιστωθεί συστηματικές διαφορές αναλόγως των συνθηκών διαβίωσης, με τα παιδιά που μεγαλώνουν σε πιο ευνοϊκά περιβάλλοντα να αναπτύσσονται πλήρως και περισσότερο γρήγορα (Hertzman και Power, 2005). Αυτές οι διαφορές στη φυσική ανάπτυξη φαίνεται να διαμορφώνουν και το δυναμικό υγείας του ατόμου καθόλη τη διάρκεια της ζωής του και, συνακόλουθα, των απογόνων του, συντελώντας σε μια ανυποχώρητη διαγενεακή κοινωνική ανισότητα (Emanuel κ.ά., 1992). Έπειτα, το περιβάλλον επιδρά και στην ετοιμότητα του παιδιού για το σχολείο, επενεργώντας στη γνωστική και τη συμπεριφορική ανάπτυξή του. Με τη σειρά της, η εγκεφαλική ανάπτυξη έχει επίπτωση στις σχολικές και τις ακαδημαϊκές επιδόσεις, καθώς και στην κοινωνική προσαρμογή, σχηματίζοντας ακολούθως ανάλογες κοινωνικοοικονομικές τροχιές στην ενήλικη ζωή, οι οποίες επηρεάζουν την κατάσταση υγείας μέσω διαφόρων μηχανισμών. Επομένως, φαίνεται ότι και σε αυτήν την περίπτωση υφίσταται η δυνατότητα αναπαραγωγής μεταξύ των γενεών των κοινωνικοοικονομικών διαφορών στο οικογενειακό περιβάλλον (Hertzman και Power, 2005).

Σύμφωνα με έναν δεύτερο μηχανισμό της προσέγγισης του «κύκλου ζωής», το περιβάλλον κατά τα πρώτα στάδια της ζωής τοποθετεί τα άτομα σε διαφορετικές κοινωνικοοικονομικές τροχιές ζωής, οι οποίες και επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας τους (pathway ή trajectory ή chain-of-risk effects) (Hertzman, 1999). Ουσιαστικά, υπάρχει μια εξαρτημένη ακολουθία έκθεσης σε παράγοντες κινδύνου, όπου η έκθεση σε ένα πρώιμο στάδιο της ζωής επηρεάζει την πιθανότητα της μελλοντικής έκθεσης σε άλλους παράγοντες κινδύνου στη συνέχεια (Hertzman και Power, 2005). Για παράδειγμα, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των γονέων καθορίζει την κοινότητα όπου το παιδί αναπτύσσεται, η οποία στη συνέχεια διαμορφώνει τις ευκαιρίες ζωής του παιδιού μέσα από τα κοινωνικά δίκτυα και τις δυνατότητες ανέλιξης που του παρέχει (Klebanov κ.ά., 1998) και, επομένως, όλη την κοινωνικοοικονομική πορεία κατά τη διάρκεια της ζωής του.

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

Κατά τον τρίτο μηχανισμό, η ένταση και η διάρκεια της έκθεσης σε ευνοϊκές ή δυσμενείς συνθήκες δημιουργεί μια αθροιστική επενέργεια (cumulative effect), που είναι ανεξάρτητη από τις συνέπειες των τρεχουσών περιστάσεων, διαμορφώνοντας αντίστοιχα αποτελέσματα υγείας (Hertzman, 1999). Αυτές οι συνθήκες μπορεί να αφορούν σε έναν επαναλαμβανόμενο παράγοντα, όπως είναι η περίπτωση όπου έχει διαπιστωθεί ισχυρότερη διασύνδεση της θνησιμότητας με το μακροχρόνια χαμηλό εισόδημα, παρά με τη βραχυπρόθεσμη οικονομική αδυναμία του τελευταίου χρόνου (McDonough κ.ά., 1997), έναν αθροιστικό συνδυασμό ή και τη διάδραση διαφορετικών παραγόντων κατά τη διάρκεια της ζωής (Hertzman και Power, 2005). Έπειτα, στο πλαίσιο της κοινωνικής δομής υπάρχει μια τάση συγκέντρωσης των πλεονεκτημάτων ή των μειονεκτημάτων. Για παράδειγμα, ένα άτομο που εκτίθεται σε επικίνδυνες συνθήκες εργασίας βρίσκεται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να ζει υπό συνθήκες κακής στέγασης, σε περιοχή με υψηλή ατμοσφαιρική ρύπανση και να έχει στη διάθεσή του περιορισμένους οικονομικούς πόρους για επενδύσεις στην υγεία του (Blane κ.ά., 2007). Η αθροιστική έκθεση σε παράγοντες κινδύνου κατά τη διάρκεια της ζωής μπορεί να οφείλεται και σε ακολουθίες κινδύνων (chain of risk), όπου μια δυσμενής έκθεση μπορεί να οδηγήσει σε μια επόμενη κ.ο.κ. Για παράδειγμα, η ανεργία μπορεί να οδηγήσει σε οικονομική ανασφάλεια, η οικονομική ανασφάλεια σε οικογενειακές εντάσεις, και οι οικογενειακές εντάσεις σε σωματική κακοποίηση και σε διαζύγιο. Σε αυτήν την περίπτωση, η αλυσίδα της αιτιότητας μπορεί να προσεγγισθεί είτε ως ένα αθροιστικό αποτέλεσμα των διαφόρων βλαπτικών εκθέσεων (additive effect) είτε σε σχέση με τον τελευταίο κρίκο της που οδήγησε στις ψυχοκοινωνικές συνέπειες του χωρισμού (trigger effect) (Ben-Shlomo και Kuh, 2002).

Κατά τους Hertzman και Boyce (2010), η κοινωνική αιτιότητα είναι μη ειδική, δηλαδή σχετίζεται με μια γενικότερη επιδεκτικότητα σε κάποια αποτελέσματα υγείας, χωρίς να περιγράφει σχέσεις μεταξύ μοναδικών κοινωνικοοικονομικών αιτιών και αποτελεσμάτων υγείας. Για αυτόν τον λόγο, δεν μπορούμε να υποθέσουμε την ύπαρξη γραμμικών συνδέσεων, καθώς υφίστανται μάλλον μη γραμμικές, δυναμικές σχέσεις, που αφορούν στη συσσώρευση της έκθεσης σε παράγοντες κατά τη διάρκεια της ζωής και τις διαδράσεις μεταξύ τους. Οι παράγοντες αυτοί δεν αναφέρονται μόνο στις

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

δυσκολίες του φυσικού περιβάλλοντος, αλλά περιλαμβάνουν πρωτίστως ψυχοκοινωνικές διαδικασίες εξαρτώμενης αιτιώδους συνάφειας, όπου οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην υγεία οφείλονται τουλάχιστον εν μέρει σε διαφορές στην αίσθηση ταυτότητας των ατόμων, τον σεβασμό και τη σχετική θέση τους στις κοινωνικές ανισότητες ως προς τις δομές και τις ευκαιρίες ζωής.

Πέρα από τους παραπάνω μηχανισμούς, υπάρχει βέβαια και ο προφανής μηχανισμός του άμεσου κινδύνου (*immediate risk model*), όπου η επίδραση στις εκβάσεις υγείας μιας έκθεσης σε έναν αρνητικό παράγοντα είναι ουσιαστικά άμεση (Berkman κ.ά., 2014). Επιπλέον, έχει προταθεί και το λεγόμενο υπόδειγμα της κοινωνικοοικονομικής αστάθειας (*socioeconomic instability model*), σύμφωνα με το οποίο η ίδια η κοινωνική κινητικότητα μπορεί να προκαλέσει αρνητικές ή θετικές επιπτώσεις στην υγεία (Berkman κ.ά., 2014). Αν και τα αρνητικά αποτελέσματα της καθοδικής κοινωνικής κινητικότητας είναι αναμενόμενα, αντίστοιχα επιζήμια έχει διαπιστωθεί να είναι παραδόξως σε κάποιες περιπτώσεις και η ανοδική κοινωνική κινητικότητα. Βραχυπρόθεσμα, αυτό μπορεί να εξηγηθεί από την εισοδηματική ελαστικότητα της ζήτησης κάποιων ανθυγιεινών συμπεριφορών, όπως είναι το κάπνισμα. Τα προηγουμένως χαμηλού κοινωνικού επιπέδου άτομα, λοιπόν, στερούνται κάποιους απαραίτητους πόρους (π.χ. γνώσεις, κοινωνικές σχέσεις) για να επενδύσουν τα πλεονεκτήματα της υψηλότερης κοινωνικής θέσης τους στην υγεία τους (Berkman κ.ά., 2014). Επιπλέον, η αναντιστοιχία μεταξύ του εμβρυακού περιβάλλοντος και των συνθηκών μετά τη γέννηση μπορεί να είναι επιβλαβής για την υγεία μέσα από φυσιολογικούς και συμπεριφορικούς μηχανισμούς προσαρμογής (Kubzansky κ.ά., 2014). Η θεωρία της ασυνέπειας στο στάτους (*status inconsistency theory*) αναφέρεται στις συνέπειες υγείας – κυρίως μέσω του στρες– που προκαλεί είτε η υπέρμετρη προσπάθεια κοινωνικής ανόδου (*John Henryism hypothesis*) είτε η προσπάθεια προσαρμογής σε ένα υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον (*Eliza Doolittle effect*) για άτομα προερχόμενα από χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (Berkman κ.ά., 2014).

Η σχέση μεταξύ των διαφόρων τύπων επιδράσεων του κύκλου ζωής δεν είναι εύκολο να αποκρυπτογραφηθεί. Είναι πιθανό ένας παράγοντας κατά την

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

πρώιμη ζωή να επηρεάζει την ενήλικη υγεία με όλους τους δυνατούς τρόπους (Hertzman και Power, 2005). Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, μπορούμε να υποθέσουμε ότι το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο επιδρά στην κατάσταση υγείας διαμέσου των παραγόντων του «κύκλου ζωής», των τρεχουσών συνθηκών, καθώς και των διαδράσεων μεταξύ τους, με διαφορετικές πιθανές καταστάσεις υγείας να προκύπτουν από αυτές τις διαδράσεις (Hertzman, 1999). Μάλιστα, η προσέγγιση του «κύκλου ζωής» μπορεί να επεκταθεί και πέρα από τη μια γενεά και να συμπεριλάβει τη μετάδοση βιολογικών και κοινωνικών παραγόντων κινδύνου μεταξύ των γενεών (Ben-Shlomo και Kuh, 2002).

Γενικότερα, μπορούμε να διακρίνουμε τις διάφορες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες αναλόγως με το επίπεδο ανάλυσης (Hertzman, 1999· Hertzman και Power, 2005). Στο μακρο-επίπεδο, το οποίο αφορά στην κοινωνία ως σύνολο, οι κυριότεροι παράγοντες είναι το μέσο εισόδημα (θεωρία απόλυτου εισοδήματος) και η κατανομή του (θεωρία σχετικού εισοδήματος), καθώς και οι σχετικές υποστηρικτικές δημόσιες πολιτικές (Hertzman και Power, 2005). Στο ενδιάμεσο μεσο-επίπεδο της κοινότητας, αναφερόμαστε σε προσδιοριστές της υγείας που σχετίζονται με την οργανωμένη κοινωνία, όπως είναι ο εθελοντισμός, η κοινωνική συμμετοχή και η αλληλοβοήθεια, η κοινωνική συνοχή, οι διακρίσεις και ο κοινωνικός αποκλεισμός, καθώς και οι συνθήκες εργασίας. Τέλος, στο μικρο-επίπεδο δρουν προσδιοριστές της υγείας που σχετίζονται με τη ζωή του ατόμου, όπως είναι η φύση και η ποιότητα της κοινωνικής υποστήριξης για το συγκεκριμένο άτομο και οι διαπροσωπικές σχέσεις (Berkman, 1995· Hertzman, 1999).

Διάφορες μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι οι συνέπειες των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία διαφέρουν αναλόγως του σταδίου ζωής. Μάλιστα, ο σχετικός αντίκτυπος παρουσιάζεται να είναι γενικότερα μικρότερος στην εφηβεία και την πρώιμη ενήλικη ζωή (Macintyre, 1997a). Η διαφοροποίηση αυτή έχει δικαιολογηθεί με διάφορους τρόπους, μεταξύ των οποίων συμπεριλαμβάνονται (Macintyre και West, 1991· West, 1991· Blane κ.ά., 1993· Blane κ.ά., 1994· Smith κ.ά., 1994· Macintyre, 1997a): α) η πιθανή άμβλυνση των ανισοτήτων στην επόμενη γενεά, β) η μέχρι τότε μη

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

έκθεση στις κοινωνικοοικονομικά καθορισμένες συνθήκες διαβίωσης και εργασίας και στις επιπτώσεις των σχετιζόμενων με την υγεία συμπεριφορών, γ) η υστέρηση χρόνου στην επίπτωση του περιβάλλοντος της περιόδου της κύησης και της πρώιμης παιδικής ηλικίας, δ) η μεροληπτική αναφορά (reporting bias), που προέρχεται από τη διαφορετική αντίληψη των ατόμων λόγω του συγκεκριμένου κοινωνικοοικονομικού υποβάθρου τους για το τι αποτελεί, για παράδειγμα, καλή υγεία ή ατύχημα και ε) η περίπτωση της κοινωνικής (εκπαιδευτικής ή εργασιακής) επιλογής, όπου στους πιο υγιείς εφήβους ανατίθενται καλύτερες κοινωνικές θέσεις κατά την είσοδό τους στην αγορά εργασίας.

Εφόσον η θεωρία του «κύκλου ζωής» βρεθεί στο επίκεντρο της συζήτησης για τις ανισότητες υγείας, πέρα από τις προεκτάσεις που αφορούν στις αιτιολογικές διαδρομές και μηχανισμούς, υπάρχουν και σημαντικές συνέπειες στις πολιτικές αντιμετώπισης των ανισοτήτων υγείας. Στο πλαίσιο αυτό, λοιπόν, δεν θα πρέπει να γίνεται εστίαση στους τρέχοντες –κατά την ενήλικη περίοδο– κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες κινδύνου της υγείας, αλλά να λαμβάνονται υπόψη τόσο το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον της μητέρας κατά την κύηση όσο και οι περιστάσεις κατά την παιδική ηλικία και, γενικότερα, οι προηγούμενες εμπειρίες ζωής κατά τον σχεδιασμό των πολιτικών υγείας, καθότι φαίνεται ότι σε πολλές περιπτώσεις η πηγή των προβλημάτων υγείας θα πρέπει να εντοπίζεται σε παρελθούσες επιδράσεις. Σε κάθε περίπτωση, όπως και με τη διάκριση μεταξύ των υλικών και των ψυχοκοινωνικών μηχανισμών, δεν φαίνεται να υπάρχει και εδώ κάποιος βάσιμος λόγος για να μην επιδρούν αθροιστικά οι μηχανισμοί του «βιολογικού προγραμματισμού» και της συνεχιζόμενης κοινωνικοοικονομικής μειονεξίας (Macintyre, 1997a). Οι διάφοροι μηχανισμοί του «κύκλου ζωής» μπορούν να επιδρούν στην τρέχουσα υγεία είτε εναλλακτικά, είτε συνδυαστικά και αθροιστικά, είτε και συνεργιστικά. Έπειτα, αυτό που συνεπάγεται αυτή η προσέγγιση είναι ότι, στο μέτρο που η ενήλικη υγεία επηρεάζεται από τις συνθήκες και τις περιστάσεις της πρώιμης ζωής, οι ανισότητες υγείας κατά τη διάρκεια της ζωής δεν μπορούν να είναι το αποτέλεσμα μόνο προσωπικών επιλογών (Kawachi κ.ά., 2002). Επομένως, θα πρέπει να αποκλειστούν ως πιθανές εξηγήσεις των ανισοτήτων υγείας οι θεωρήσεις που συνδέονται με την

ατομική ευθύνη ή τη φυσική επιλογή και να προκριθούν οι δομικές κοινωνικές αιτίες.

3.6. Συμπεράσματα και περαιτέρω σκέψεις

Παρόλο που η υγεία συνδέεται αναπόδραστα με τη βιολογική υπόσταση και τις επιλογές συμπεριφοράς του ατόμου, δεν μπορεί να θεωρηθεί ως μια απλή περιγραφική και άνευ αξιακού περιεχομένου έννοια. Οι παρεμβάσεις πολιτικής διαφέρουν αναλόγως της συγκεκριμένης εννοιολόγησης της υγείας. Στην περίπτωση κατά την οποία η σύλληψή της περιοριστεί στις βιολογικές διαστάσεις της, τότε αναπόφευκτα παραβλέπεται η κοινωνική βάση της, καθώς και η κοινωνική κατανομή της. Η ύπαρξη διαφορών υγείας μεταξύ των ατόμων θα πρέπει να θεωρούνται αναπόφευκτες. Έτσι, βιολογικές διαφοροποιήσεις, εκθέσεις σε περιβαλλοντικούς παράγοντες, (πραγματικά) ελεύθερες επιλογές συμπεριφοράς και τυχαία γεγονότα διαμορφώνουν διαφορετικές εκβάσεις υγείας για τον καθένα μας (Peter και Evans, 2001). Ζήτημα εγείρεται στην περίπτωση που αυτές οι ανισότητες δεν κατανέμονται τυχαία στον πληθυσμό, αλλά ακολουθούν κάποιο κοινωνικό μοτίβο, με την ύπαρξη συστηματικών διαφορών υγείας μεταξύ ομάδων του πληθυσμού που διαθέτουν κοινά κοινωνικά χαρακτηριστικά. Τα ευρήματα της κοινωνικής επιδημιολογίας βοήθησαν στο να αναδειχθεί η σημασία των κοινωνικών συνθηκών, καθώς και ο ρόλος που μπορεί να έχουν οι δημόσιες πολιτικές για την πρόληψη και την άμβλυνση των χασμάτων υγείας. Όπως παρατηρήθηκε στη θεωρητική ανάλυση που προηγήθηκε, το άτομο δεν έχει παρά έναν μερικό μόνο έλεγχο της κατάστασης υγείας του κατά τη διάρκεια της ζωής του (Peter και Evans, 2001). Πέρα από τη βιολογική προικοδότησή μας, κατά την ενήλικη περίοδο εκτιθέμεθα στις επιπτώσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος, επί του οποίου δεν διαθέτουμε σημαντικό έλεγχο. Καθώς μεγαλώνουμε, η επιρροή που ασκούμε στην υγεία μας διευρύνεται μέσα από τις επιλογές συμπεριφοράς που σχετίζονται με την υγεία. Ωστόσο, οι προηγούμενες εμπειρίες ζωής μας μάς βάζουν σε συγκεκριμένες κοινωνικοοικονομικές τροχιές και πορείες υγείας, από τις οποίες είναι δύσκολο να παρεκκλίνουμε. Επιπλέον, οι επιλογές μας δεν

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

γίνονται στο κενό, αλλά επιτρέπονται ή περιορίζονται ή και επηρεάζονται από το κοινωνικό περιβάλλον.

Η ισχυρή σχέση μεταξύ της κοινωνικοοικονομικής θέσης και της υγείας δεν είναι πλέον αμφισβητήσιμη. Η αποδοχή των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων ως προσδιοριστών της υγείας συνεπάγεται ότι, εφόσον τεθεί ως στόχος η μείωση των ανισοτήτων υγείας, αυτός δεν μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσω της βελτίωσης της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη ή με τη στόχευση σε συγκεκριμένους παράγοντες κινδύνου ή με άλλες μονοδιάστατες παρεμβάσεις, καθώς απαιτούνται ευρύτερες διατομεακές πολιτικές για την προώθηση της δημόσιας υγείας (Benzeneal κ.ά., 2014). Πάντως, αυτή η εξήγηση δεν φαίνεται να είναι απόλυτα ντετερμινιστική, καθώς περιγράφει μια γενική ευπάθεια (general susceptibility) στις ασθένειες, η οποία συνδέεται με την κοινωνικοοικονομική μειονεξία. Πάντως, οι εξαιρέσεις των νόσων αφθονίας (diseases of affluence), όπως είναι το άσθμα, οι καρδιαγγειακές παθήσεις, η παχυσαρκία και ο διαβήτης τύπου 2, καταδεικνύουν την ύπαρξη ακόμη και συγκεκριμένων μηχανισμών παραγωγής ασθενειών που σχετίζονται με τη χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική θέση (Macleod κ.ά., 2005). Το πραγματικό διακύβευμα φαίνεται να είναι, λοιπόν, η ανάλυση των συγκεκριμένων πολύπλοκων μηχανισμών που διαμεσολαβούν στη σχέση μεταξύ της υγείας και του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Στόχος της κοινωνικής επιδημιολογίας αποτελεί η κατανόηση των μηχανισμών που έχουν κάποια πρακτική εφαρμοσιμότητα για τη βελτίωση της υγείας των κοινωνικά μειονεκτουσών ομάδων και τη μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία (Berkman κ.ά., 2014). Σε αυτό το πλαίσιο, ακόμη και αν αποδεχτούμε ότι υπάρχει μια αιτιώδης σύνδεση μεταξύ της εκπαίδευσης και της υγείας, κατόπιν θα πρέπει να κατανοήσουμε τους μηχανισμούς μέσω των οποίων συμβαίνει αυτό, προκειμένου να επιλεγθούν οι κατάλληλες δράσεις πολιτικής.

Αν και κάποιοι ερευνητές τείνουν να υποστηρίζουν μια συγκεκριμένη σύλληψη της αιτιώδους διαδρομής μεταξύ της κοινωνικοοικονομικών συνθηκών και της υγείας σε αντιδιαστολή με όλες τις υπόλοιπες, αρκετοί μελετητές τονίζουν ότι οι διάφορες προσεγγίσεις δεν είναι αναγκαστικά ανταγωνιστικές ή αμοιβαία αποκλειόμενες, καθώς φαίνεται να υφίσταται ένας

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

πολύπλοκος ιστός αιτιωδών παραγόντων και διαδρομών (Benzeneal κ.ά., 2014). Υπάρχει, λοιπόν, μια αλληλεξάρτηση μεταξύ των διαφόρων μηχανισμών, οι οποίοι αλληλοσυνδέονται και διαδρούν με πολύπλοκους τρόπους κατά τη διάρκεια της ζωής των ανθρώπων, επηρεάζοντας την υγεία τους. Επομένως, αν και πολλές φορές οι μηχανισμοί που αναλύθηκαν σε αυτό το κεφάλαιο χρησιμοποιούνται ανταγωνιστικά, στην πραγματικότητα λειτουργούν μάλλον συμπληρωματικά ή συνεργιστικά (Lynch κ.ά., 2000). Για παράδειγμα, οι ψυχοκοινωνικοί προσδιοριστές έχουν ως βάση τους τις υλικές συνθήκες διαβίωσης, καθώς η έλλειψη χρημάτων ή συγκεκριμένων αγαθών, πέρα από τα άμεσα αρνητικά αποτελέσματα που επιφέρουν, συνεπάγονται και έμμεσες, ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις μέσω της απογοήτευσης, της ανασφάλειας και του κοινωνικού στρες που προκαλούν.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται με βάση μια διαφορετική οπτική οι μηχανισμοί επίδρασης του κοινωνικού πλαισίου στην υγεία και, κατ' επέκταση, παραγωγής των κοινωνικών ανισοτήτων υγείας που έχουν ήδη αναλυθεί στο κεφάλαιο αυτό (**Πίνακας 3-1**). Οι μηχανισμοί αυτοί, λοιπόν, έχουν κατηγοριοποιηθεί σε τρία επίπεδα με βάση το πόσο κοντά βρίσκονται στο άτομο και για κάθε μηχανισμό παραθέτουμε τις βασικές διαδρομές μέσω των οποίων οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες συνδέονται με την υγεία. Στο πρώτο επίπεδο ανήκουν οι απώτερες αιτίες κατά τις κοινωνικοπολιτικές θεωρητικές προσεγγίσεις, οι οποίες αφορούν στις διαδικασίες με τις οποίες το πολιτικό, οικονομικό και κοινωνικό σύστημα διαμορφώνει την κοινωνική διαστρωμάτωση και, συνεπώς, τις συνθήκες διαβίωσης και εργασίας, τις ευκαιρίες και τις επιλογές υγείας των ατόμων. Στο ενδιάμεσο επίπεδο περιλαμβάνουμε τους μηχανισμούς: α) της κοινωνικής συνοχής (ή συλλογικού κοινωνικού κεφαλαίου), το οποίο συνιστά μια ιδιότητα της κοινωνίας, εκφράζοντας στοιχεία όπως είναι η διαπροσωπική εμπιστοσύνη και τα πρότυπα αμοιβαιότητας και αλληλοβοήθειας, από την οποία μπορούν να επωφεληθούν όλα τα μέλη της· β) των θεσμοποιημένων διακρίσεων βάσει φύλου, φυλής/εθνότητας, σεξουαλικότητας, ηλικίας και άλλων κοινωνικά κατασκευασμένων διαχωρισμών, που δημιουργούν διαφορές στις δομές των ευκαιριών, τον βαθμό οικονομικής αποστέρησης, τον οικιστικό διαχωρισμό και τις συνθήκες εργασίας· γ) των θεσμικών επιδράσεων, δηλαδή τους τρόπους με

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

τους οποίους οι κοινωνικές, μακρο-οικονομικές και άλλες πολιτικές επιδρούν στη διαθεσιμότητα και την κατανομή των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας· και δ) της προσέγγισης των «θεμελιωδών αιτιών», η οποία βασίζεται στην ιδέα της σκόπιμης αξιοποίησης των περισσότερων ευέλικτων πόρων που έχουν στη διάθεσή τους οι προνομιούχες ομάδες για την προστασία και την προαγωγή της υγείας τους. Τέλος, στο εγγύς επίπεδο περιλαμβάνονται:

- α. Η φυσική ή κοινωνική επιλογή, που ασχολείται με τις διαδικασίες κατά τις οποίες η υγεία ή άλλα φυσικά ή προσωπικά χαρακτηριστικά των ατόμων επιδρούν στο κοινωνικοοικονομικό επίπεδό τους.
- β. Ο υλικός μηχανισμός, που αφορά στην υγειονομική επίπτωση των υλικών συνθηκών διαβίωσης.
- γ. Ο ψυχοκοινωνικός μηχανισμός, που ενδιαφέρεται για τις ψυχοκοινωνικές επιδράσεις υγείας του στρες και του κοινωνικού κεφαλαίου.
- δ. Ο νεο-υλιστικός μηχανισμός, που αναφέρεται στην υγειονομική επίπτωση των νεο-υλικών συνθηκών διαβίωσης.
- ε. Η συμπεριφορική προσέγγιση, που αξιολογεί την επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος των ατόμων στις επιλογές τους που επηρεάζουν την υγεία τους.
- στ. Η επιγενετική, που εστιάζει στη διάδραση μεταξύ των γενετικών παραγόντων και του περιβάλλοντος του ατόμου.
- ζ. Τέλος, η προσέγγιση του «κύκλου ζωής», που εξετάζει τη χρονική διάσταση της έκθεσης σε θετικούς ή αρνητικούς βιολογικούς ή κοινωνικούς παράγοντες.

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

Πίνακας 3-1 Μηχανισμοί επίδρασης του κοινωνικού πλαισίου στην υγεία και παραγωγής των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

Επίπεδο	Μηχανισμοί	Κύριες διαδρομές σύνδεσης των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων με την υγεία
Απώτερο	Κοινωνικοπολιτικοί	Το πολιτικό, οικονομικό και κοινωνικό σύστημα διαμορφώνει την κοινωνική διαστρωμάτωση και, κατ' επέκταση, τις συνθήκες διαβίωσης και εργασίας, τις ευκαιρίες και τις επιλογές υγείας των ατόμων.
Ενδιάμεσο	Κοινωνικής συνοχής	Το συλλογικό κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να είναι επωφελές για την υγεία μέσω:
		α) Των υψηλότερων κοινωνικών επενδύσεων. β) Της ταχύτερης διάδοσης των γνώσεων και των καινοτομιών/τεχνολογίας υγείας. γ) Του ανεπίσημου κοινωνικού ελέγχου της αποκλίνουσας συμπεριφοράς. δ) Την αμοιβαία υποστήριξη και τον αλληλοσεβασμό, που επηρεάζουν την υγεία μέσω ψυχοκοινωνικών διαδικασιών.
	Θεσμικοί (κοινωνικές, μακρο-οικονομικές και άλλες πολιτικές)	Άμεση αναδιανομή των κοινωνικοοικονομικών προσδιοριστών (redistribution).
		Περιορισμός των κάτω ή και άνω ορίων κάποιων παραγόντων της υγείας (compression).
		Επιδράσεις σε τρίτες μεταβλητές, οι οποίες με τη σειρά τους επηρεάζουν τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας (mediation).
		Ταυτόχρονη λειτουργία περισσότερων θεσμών (institutional imbrication), οι οποίοι είτε ενισχύουν, είτε αμβλύνουν, είτε εναλλάσσουν τις θεσμικές επιδράσεις.
	Οι θεσμικές επιδράσεις που υφίσταται το κάθε άτομο καθόλη τη διάρκεια της ζωής του μπορεί να μεταβάλλονται (welfare lifecourse).	
Η αξιοποίηση των παροχών του κράτους πρόνοιας και ο μετασχηματισμός τους σε οφέλη υγείας εξαρτάται από τους συγκεκριμένους παράγοντες μετατροπής (conversion factors) των ατόμων.		
Διακρίσεις (discrimination)	Οι θεσμοποιημένες διακρίσεις βάσει φύλου, φυλής/εθνότητας, σεξουαλικότητας, ηλικίας και άλλων κοινωνικά κατασκευασμένων διαχωρισμών δημιουργούν διαφορές στις δομές των ευκαιριών, τον βαθμό οικονομικής αποστέρησης, τον οικιστικό διαχωρισμό και τις συνθήκες εργασίας ²⁰⁰ .	
Θεμελιώδεις μετα-μηχανισμοί	Οι ανώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις δρουν σκόπιμα (purposive action) για την προώθηση της υγείας τους με τη χρήση μιας σειράς ευέλικτων πόρων, όπως είναι το χρήμα, το κύρος, η ισχύς, η γνώση και οι επωφελείς κοινωνικές διασυνδέσεις.	
	Τα θετικά για την υγεία αποτελέσματα διαχέονται μέσω των κοινωνικών δικτύων.	
	Η σχετιζόμενη με την υγεία συμπεριφορά αντανακλά τις προτιμήσεις των ατόμων.	
	Οι θεσμοποιημένες διακρίσεις οδηγούν σε άνιση υγειονομική περίθαλψη.	
	Οι υψηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες τείνουν να υιοθετούν πρώτοι νέες τεχνολογίες προωθητικές της υγείας, το οποίο μπορεί να οφείλεται σε διαφορές στην οικονομική προσβασιμότητα και στο πολιτισμικό κεφάλαιο.	

²⁰⁰ Ο μηχανισμός των διακρίσεων δεν αναπτύχθηκε συστηματικά σε αυτό το κεφάλαιο, κάτι που θα γίνει στο επόμενο. Αν και συμπεριλαμβάνεται μεταξύ των διαδικασιών που προτείνονται στο πλαίσιο της νεότερης προσέγγισης της θεωρίας των «θεμελιωδών αιτιών», θεωρούμε ότι θα πρέπει να παρατεθεί ξεχωριστά, λόγω της ιδιαίτερης σημαντικότητάς του.

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

Εγγύτερο	Φυσική ή κοινωνική επιλογή	<p>Τα προβλήματα υγείας οδηγούν σε μια καθοδική κοινωνική κινητικότητα, λόγω της αρνητικής επίπτωσης τους στις ευκαιρίες απασχόλησης και εκπαίδευσης αλλά και των καταστροφικών ή φτωχοποιητικών υγειονομικών δαπανών.</p> <p>Τα ανοδικά κινούμενα άτομα δεν μπορούν να επωφεληθούν πλήρως από τις επωφελείς για την υγεία επιδράσεις της καλύτερης κοινωνικής θέσης τους και, καθότι εκκινούν από ένα χαμηλότερο επίπεδο υγείας, υποβαθμίζουν τη μέση υγεία της κοινωνικοοικονομικής ομάδας στην οποία ανέρχονται.</p> <p>Οι φυσικές και ψυχικές απαιτήσεις κάποιων εργασιών αλλά και της μετανάστευσης έχουν ως αποτέλεσμα να προσλαμβάνονται και να μεταναστεύουν σχετικά υγιή άτομα, οπότε αποκρύπτονται τα προβλήματα υγείας που προκαλούν οι κακές συνθήκες εργασίας και το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο.</p> <p>Η υγεία μπορεί να επηρεάσει τις επαγγελματικές και άλλες ευκαιρίες διαμέσου διαφόρων μεροληψιών, ενώ παράλληλα κάποια φυσικά χαρακτηριστικά (π.χ. καλή εμφάνιση, χαμηλό βάρος) αξιολογούνται επίσης θετικά από τους ρυθμιστές εισόδου στην αγορά εργασίας (θεσμικές ή διαπροσωπικές διακρίσεις).</p> <p>Κάποια προσωπικά χαρακτηριστικά των ατόμων, όπως είναι η υψηλή ευφυΐα και τα θετικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, θεωρείται ότι είναι επωφελή τόσο για την υγεία όσο και για το κοινωνικοοικονομικό επίπεδό τους, με την επίπτωσή τους να επιτείνεται σε αξιοκρατικές κοινωνίες. Ωστόσο, το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο μεγαλώνουν τα παιδιά επηρεάζει την ανάπτυξη τόσο της γνωστικής ικανότητας όσο και των χαρακτηριστικών της προσωπικότητάς τους.</p>
	Υλικός	<p>Οι χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες:</p> <p>α) Συνδέονται με υψηλότερη συσσώρευση εμπειριών και εκθέσεων σε επιβλαβείς παράγοντες που σχετίζονται με το υλικό περιβάλλον, όπως είναι η διατροφή, η ένδυση, η στέγαση, η πρόσβαση σε υπηρεσίες και ανέσεις, το εργασιακό και φυσικό περιβάλλον.</p> <p>β) Στερούνται τις υλικές δυνατότητες άμβλυσης των συνεπειών και αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας.</p>
	Ψυχοκοινωνικός	<p>Οι αντιλήψεις των ανθρώπων για τις συνθήκες διαβίωσης και εργασίας τους και το κοινωνικό στάτους τους σε σχέση με τα υπόλοιπα μέλη της κοινωνίας οδηγούν σε συγκεκριμένες ψυχολογικές, βιολογικές και συμπεριφορικές αποκρίσεις. Οι στρεσογόνες καταστάσεις είναι πιο συχνές και επιβαρύνουν περισσότερο τις χαμηλές κοινωνικοοικονομικές τάξεις. Το χρόνιο στρες:</p> <p>α) Μπορεί να οδηγήσει είτε σε μια γενική ευπάθεια του οργανισμού μέσω της μακροχρόνιας φθοράς και της απορρύθμισης πολλαπλών φυσιολογικών συστημάτων (π.χ. νευρικού, ενδοκρινικού, ανοσοποιητικού) είτε σε συγκεκριμένες σωματικές ασθένειες (π.χ. υπέρταση).</p> <p>β) Συνδέεται με μικρότερου μεγέθους τελομερή, τα οποία σχετίζονται με την πρόωρη γήρανση, τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα.</p> <p>γ) Αυξάνει τον κίνδυνο για ψυχικές ασθένειες (π.χ. κατάθλιψη).</p> <p>δ) Μπορεί να ενεργοποιήσει επιβλαβείς για την υγεία συμπεριφορές (π.χ. έναρξη καπνίσματος).</p> <p>Η κοινωνική υποστήριξη (πρακτική ή οικονομική βοήθεια, συμβουλές και συναισθηματική στήριξη) από τις κοινωνικές σχέσεις και οι πόροι (υλικοί, άυλοι, συμβολικοί) που είναι διαθέσιμοι μέσω των κοινωνικών δικτύων είναι σε υψηλότερα επίπεδα στις προνομιούχες κοινωνικές ομάδες. Το ατομικό κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να είναι επωφελές για την υγεία μέσω:</p> <p>α) Της θετικής κοινωνικής επιρροής, που προάγει προωθητικές για την υγεία συμπεριφορές.</p> <p>β) Της ενίσχυσης των θετικών ψυχολογικών και πνευματικών καταστάσεων.</p> <p>γ) Της παροχής πληροφοριών χρήσιμων για την υγεία.</p> <p>δ) Της παροχής απτών υλικών πόρων και υπηρεσιών.</p> <p>ε) Της προστασίας από το στρες.</p>

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

	<p>Τα (ισχυρά συγκολλητικά κυρίως) κοινωνικά δίκτυα μπορεί να καταστούν επιζήμια για την υγεία:</p> <p>α) Αποκλείοντας τα μέλη άλλων ομάδων από επωφελή κοινωνικά δίκτυα.</p> <p>β) Επιβάλλοντας υπερβολικές ή δυσανάλογες απαιτήσεις στα μέλη τους.</p> <p>γ) Όταν χαρακτηρίζονται από ένταση, άγχος, απειλές, φυσική ή ψυχολογική βία.</p> <p>δ) Προάγοντας αρνητικές για την υγεία συμπεριφορές ή συλλογικές δραστηριότητες.</p> <p>ε) Περιορίζοντας την ανοδική κοινωνική κινητικότητα.</p> <p>στ) Μέσω αρνητικών εξωτερικοτήτων (π.χ. η περίπτωση των φονταμενταλιστικών οργανώσεων).</p>
Νεο-υλιστικός	<p>Οι μειονεκτούσες ομάδες εκτίθενται σε κακές συνθήκες διαβίωσης και σε νέες διαστάσεις της υλικής αποστέρησης, όπως είναι η χαμηλής ποιότητας στέγαση, τροφή και ένδυση, οι περιβαλλοντικοί κίνδυνοι, τα ατυχήματα και η διαβίωση σε περιοχές υψηλής εγκληματικότητας.</p> <p>Οι ανεπαρκείς κοινωνικές επενδύσεις (π.χ. στην εκπαίδευση, την κοινωνική υποστήριξη, τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας, την προστασία του περιβάλλοντος και τη ρύθμιση των εργασιακών συνθηκών) επηρεάζουν δυσανάλογα τα χαμηλότερα στρώματα.</p>
Συμπεριφορική προσέγγιση	<p>Η υιοθέτηση επιβλαβών για την υγεία συμπεριφορών είναι το αποτέλεσμα της συνειδητής, αυτόβουλης επιλογής των ανεξάρτητων και υπεύθυνων δρώντων.</p> <p>Κάποιες επιβλαβείς για την υγεία συμπεριφορές είναι πιο συνήθεις σε κοινωνικά μειονεκτούσες ομάδες, ως το αποτέλεσμα των επιδράσεων του ευρύτερου κοινωνικού και πολιτισμικού πλαισίου (πόροι, όπως χρόνος, χρήμα και γνώσεις, οικιστικό και εργασιακό περιβάλλον, κοινωνικά πρότυπα, κοινωνικές διαδικασίες, όπως το στρες και οι διακρίσεις, κόστος και κρατική ρύθμιση των δραστηριοτήτων, καθώς και άλλα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά), το οποίο:</p> <p>α) Επιτρέπει ή περιορίζει τις δυνατές επιλογές.</p> <p>β) Τροποποιεί τη σχέση μεταξύ των πεποιθήσεων και της συμπεριφοράς, καθορίζοντας την κατάταξη και την καταλληλότητα των σχετικών επιλογών.</p>
Επιγενετική	<p>Το περιβάλλον μπορεί να επηρεάσει την έκφραση των γονιδίων:</p> <p>α) Ενεργοποιώντας μια γενετική ευπάθεια (π.χ. μέσω του στρες).</p> <p>β) Αντισταθμίζοντας μια γενετική προδιάθεση (π.χ. μέσω των διαθέσιμων πόρων).</p> <p>γ) Περιορίζοντας τις γενετικά προδιατεθειμένες συμπεριφορές (π.χ. μέσω των κοινωνικών προτύπων).</p> <p>δ) Ενισχύοντας τις επωφελείς γενετικά προδιαθέσεις προς υψηλότερα επίπεδα λειτουργίας.</p>
Προσέγγιση του «κύκλου ζωής»	<p>Η επίδραση στις εκβάσεις υγείας μιας έκθεσης σε έναν αρνητικό παράγοντα είναι ουσιαστικά άμεση (immediate risk).</p> <p>Η έκθεση σε θετικούς ή αρνητικούς βιολογικούς ή κοινωνικούς παράγοντες σε κρίσιμες περιόδους (critical periods) της ανάπτυξης (κύηση, εφηβεία) έχουν λανθάνουσες βιολογικές, δια βίου επιπτώσεις στην υγεία.</p> <p>Το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον κατά τα πρώτα στάδια της ζωής τοποθετεί τα άτομα σε διαφορετικές κοινωνικοοικονομικές τροχιές ζωής (trajectory effects), οι οποίες και επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας τους.</p> <p>Η ένταση και η διάρκεια της έκθεσης σε ευνοϊκές ή δυσμενείς συνθήκες δημιουργεί μια αθροιστική επενέργεια (cumulative effect), που επηρεάζει τα αποτελέσματα υγείας ανεξάρτητα από τις συνέπειες των τρεχουσών συνθηκών.</p> <p>Η ίδια η κοινωνική κινητικότητα, μέσω της κοινωνικοοικονομικής αστάθειας (socioeconomic instability) μπορεί να προκαλέσει αρνητικές ή θετικές επιπτώσεις στην υγεία.</p>

Θεωρητικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

		Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο επιδρά στην κατάσταση υγείας διαμέσου των μηχανισμών του «κύκλου ζωής», των τρεχουσών συνθηκών, της διαγενεακής μετάδοσης βιολογικών και των κοινωνικών παραγόντων κινδύνου, καθώς και των διαδράσεων μεταξύ τους, με διαφορετικές πιθανές καταστάσεις υγείας να προκύπτουν από αυτές τις διαδράσεις.
--	--	--

4. Η κοινωνικοοικονομική βάση της υγείας και της ασθένειας

4.1. Εισαγωγή

Η επιστημονική έρευνα των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας συνήθως επικεντρώνεται αφενός στη θεωρητική σύλληψη και την τεκμηρίωση των μηχανισμών που αναπτύσσονται στο πλαίσιο του εκάστοτε κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος, και αφετέρου στην προσπάθεια μέτρησης του μεγέθους των κοινωνικών διαφοροποιήσεων στην υγεία εφαρμόζοντας διάφορες τεχνικές. Λόγω της παραπάνω έμφασης στους μηχανισμούς που συνδέουν το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο με την (μέση) υγεία των ατόμων, των ομάδων ή και των περιοχών συχνά παραβλέπεται η βαθύτερη εξέταση του κοινωνικού υποβάθρου των ανισοτήτων υγείας. Ωστόσο, δεν μπορούμε παρά να αποδεχθούμε ότι οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας προκύπτουν από κάποια μορφή κοινωνικής διαφοροποίησης. Ως εκ τούτου, η ανάλυση των ανισοτήτων υγείας θα πρέπει να εκκινεί από την κατανόηση των σχετικών κοινωνικών διαδικασιών. Άλλωστε, εφόσον αυτές οι κοινωνικές διαδικασίες εκληφθούν ως άδικες, ανάλογα θα θεωρηθούν και τα αποτελέσματα και οι διαφοροποιήσεις στην κατάσταση υγείας –και μόνο με αυτήν τη σειρά.

Γενικότερα, δεν φαίνεται να υπάρχει κάποια επιστημονική ομοφωνία ως προς τον βέλτιστο δείκτη της κοινωνικοοικονομικής θέσης, ο οποίος να είναι εφαρμόσιμος σε όλες τις δυνατές περιπτώσεις έρευνας. Επομένως, η κατανόηση της θεωρητικής βάσης και των υποκείμενων μηχανισμών που συνδέουν το κάθε μέτρο κοινωνικοοικονομικής θέσης με την υγεία είναι σημαντική για την εξαγωγή σωστών συμπερασμάτων (Bartley κ.ά., 1999). Το κεφάλαιο αυτό πραγματοποιεί μια θεωρητική επισκόπηση των σχέσεων μεταξύ των βασικών κοινωνικοοικονομικών δεικτών, της υγείας και των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας. Ειδικότερα, κάνουμε διάκριση μεταξύ δύο θεωρητικών ρευμάτων της κοινωνικής διαστρωμάτωσης: α) της κοινωνικής διαβάθμισης και β) των σχέσεων μεταξύ κοινωνικών ομάδων ή τάξεων. Ως προς την πρώτη κοινωνιολογική τάση, εξετάζουμε τους παράγοντες του εισοδήματος (καθώς και των άμεσα συνδεδεμένων χαρακτηριστικών του

πλούτου και των συνθηκών στέγασης), της εκπαίδευσης, του επαγγέλματος, της περιοχής ή πλαισίου και του υποκειμενικού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Ως προς το δεύτερο ρεύμα, ξεχωρίζουμε περαιτέρω μεταξύ της νεο-βεμπεριανής και της νεο-μαρξιστικής προσέγγισης, καθώς και του φύλου, της φυλής/εθνότητας και άλλων κοινωνικά κατασκευασμένων ομαδοποιήσεων, οι οποίες σχετίζονται με τον μηχανισμό των κοινωνικών διακρίσεων.

4.2. Η έννοια της κοινωνικοοικονομικής θέσης

Η κοινωνική ανισότητα σχετίζεται με την άνιση θέση των ατόμων ή των ομάδων στην κοινωνική δομή, όπως αυτή ανακύπτει από τη διαφοροποιημένη πρόσβασή τους σε κοινωνικοοικονομικούς πόρους, κύρος και ισχύ, που σχετίζεται με το επάγγελμα και τη σχέση τους με τα μέσα παραγωγής ή τη θέση τους στην αγορά εργασίας (Muntaner κ.ά., 2013). Η κοινωνικοοικονομική θέση (socioeconomic position), λοιπόν, αναφέρεται στους κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες που διαμορφώνουν τη θέση των ατόμων ή/και των ομάδων εντός της κοινωνικής δομής (Lynch και Kaplan, 2000· Galobardes κ.ά., 2006b). Η έννοια της κοινωνικοοικονομικής θέσης είναι ευρέως χρησιμοποιούμενη στη βιβλιογραφία των ανισοτήτων υγείας. Διάφοροι παρόμοιοι όροι χρησιμοποιούνται εναλλακτικά για να δηλώσουν την ίδια έννοια, όπως είναι η κοινωνική τάξη (social class) και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (socioeconomic status) (Krieger κ.ά., 1997), αν και ο κάθε ένας από αυτούς εκφράζει διαφορετικές ιστορικές, εννοιολογικές και σχετικές με το επιστημονικό πεδίο ρίζες (Lynch και Kaplan, 2000)²⁰¹.

Ο αντίκτυπος της κοινωνικής ανισότητας στην υγεία μπορεί να προσεγγισθεί σε όρους κοινωνικής διαστρωμάτωσης είτε κοινωνικής

²⁰¹ Έτσι, η κοινωνικοοικονομική θέση είναι μια έννοια που οριοθετεί τη θέση των ατόμων σε σχέση με τα υπόλοιπα, ενώ το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο χρησιμοποιείται για να δηλώσει τις διαφορές μεταξύ των ανθρώπων ως προς την κατοχή πόρων (Berkman κ.ά., 2014). Παρόλα αυτά, στην παρούσα διατριβή χρησιμοποιούνται εναλλακτικά οι παραπάνω έννοιες, εκτός και αν γίνεται επικέντρωση σε συγκεκριμένες κοινωνικές διαδικασίες, όπως στην περίπτωση της μαρξιστικής προσέγγισης της κοινωνικής τάξης.

διαβάθμισης είτε κοινωνικών σχέσεων (κοινωνική περιχαράκωση ή κοινωνική τάξη) (Muntaner κ.ά., 2013). Η κοινωνική διαβάθμιση αναφέρεται στη διαβαθμιστική ταξινόμηση των ατόμων ή των ομάδων βάσει της πρόσβασής τους σε χαρακτηριστικά και υλικές συνθήκες, με το επίπεδο της υγείας να ακολουθεί αντίστοιχα ανοδικά (ή καθοδικά) την κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Από την άλλη πλευρά, η οπτική των κοινωνικών σχέσεων αναφέρεται στις σχέσεις μεταξύ των κοινωνικών ομάδων, οι οποίες διαθέτουν άνισο έλεγχο σε οικονομικούς και παραγωγικούς πόρους.

Πολλές από τις έννοιες που χρησιμοποιούνται στην έρευνα των κοινωνικών ανισοτήτων υγείας προέρχονται από τους δύο μεγάλους κοινωνιολόγους Karl Marx και Max Weber (Galobardes κ.ά., 2006b). Κατά τον Marx, η κοινωνικοοικονομική θέση προσδιορίζεται από την κοινωνική τάξη, η οποία προκύπτει από τη σχέση του ατόμου με τα μέσα παραγωγής. Η τάξη αποτελεί συνέπεια των σχέσεων εκμετάλλευσης στην κοινωνία, όπου η διαφοροποιημένη κατανομή της εργασίας επιτρέπει την ιδιοποίηση του συσσωρευμένου πλεονάσματος της καπιταλιστικής παραγωγής από έναν μικρό αριθμό ατόμων. Υπάρχει, λοιπόν, μια εγγενής ταξική σύγκρουση μεταξύ των κατόχων (καπιταλιστών) και των μη κατόχων των μέσων παραγωγής (εργατών) (Lynch και Kaplan, 2000). Αντίθετα, η προσέγγιση του Weber προσδίδει στην κοινωνία μια ιεραρχική δομή μεταξύ ομάδων, όπου τα μέλη κάθε μίας χαρακτηρίζονται από μια κοινή θέση στην αγορά, που διαμορφώνει τις ευκαιρίες ζωής τους (π.χ. οικονομικά αγαθά, συνθήκες διαβίωσης, προσωπικές εμπειρίες). Συνεπώς, η εστίαση δεν γίνεται πλέον στις σχέσεις εκμετάλλευσης, αλλά στο πως οι σχέσεις στην αγορά διαμορφώνουν διαφορετικές ευκαιρίες ζωής. Επιπλέον, ο Weber θεωρούσε ότι δεν είναι μόνο η κατοχή οικονομικών πόρων που καθορίζει την κατανομή της κοινωνικής ισχύος και των κοινωνικών πλεονεκτημάτων (Lynch και Kaplan, 2000). Οι διαφορετικές κοινωνικές θέσεις βασίζονται σε τρεις διαστάσεις: την τάξη (class), το κοινωνικό κύρος (status) και την ισχύ. Η τάξη αναφέρεται στη θέση στην οικονομία και σχετίζεται με την ιδιοκτησία και τον έλεγχο των πόρων. Το κύρος δηλώνεται με τον σεβασμό και την αναγνώριση της αξίας που απολαμβάνει το κάθε άτομο εντός της κοινωνίας και συνδέεται με κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες, όπως είναι το οικογενειακό περιβάλλον, ο τρόπος ζωής και τα

κοινωνικά δίκτυα. Τέλος, η ισχύς έχει πολιτικό περιεχόμενο και αφορά στη δυνατότητα κοινωνικής επιρροής (Solar και Irwin, 2010). Συνολικά, λοιπόν, ενώ η μαρξιστική παράδοση δίνει έμφαση στους οικονομικούς και τους σχετιζόμενους με την εργασία παράγοντες και τις σχέσεις παραγωγής και εκμετάλλευσης, η βεμπεριανή επικεντρώνεται στις ιεραρχικές ανισότητες των πόρων και των ευκαιριών (LaHelma, 2009). Η βεμπεριανή προσέγγιση έχει έναν περισσότερο ατομικιστικό προσανατολισμό, καθώς συνεπάγεται ότι τα άτομα μπορούν να βελτιώσουν τη θέση τους στην αγορά και, κατ' επέκταση, τις ευκαιρίες ζωής τους. Αντίθετα, η μαρξιστική οπτική επικεντρώνεται περισσότερο στις δομικές σχέσεις και τα ανθρώπινα κόστη της εκμετάλλευσης που επιβάλλονται από την καπιταλιστική οικονομία (Lynch και Kaplan, 2000).

4.3. Κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση και υγεία

Στη διαβαθμιστική προσέγγιση της κοινωνικής ανισότητας, τα άτομα κατατάσσονται σε ένα συνεχές ιεραρχημένων κοινωνικών, οικονομικών ή πολιτισμικών χαρακτηριστικών ή πόρων (attributes ή assets), όπως είναι το εισόδημα, ο πλούτος, το μορφωτικό επίπεδο, η επαγγελματική κατηγορία και το πρεστίζ (LaHelma, 2009). Η μεγάλη πλειοψηφία των εμπειρικών ερευνών καταλήγει στην ύπαρξη μιας θετικής σχέσης μεταξύ των διαφόρων δεικτών της υγείας και του οικονομικού επιπέδου. Διαφορετικά, η βελτίωση της θέσης στην κοινωνική ιεραρχία συνδέεται με καλύτερα αποτελέσματα υγείας. Αυτή η οπτική έρχεται σε αντίθεση με παλαιότερες αντιλήψεις που έδιναν πρωταρχικότητα στον παράγοντα της υλικής αποστέρησης ως προς την εκδήλωση ασθενειών αλλά και τις ανισότητες υγείας στον πληθυσμό (Diderichsen κ.ά., 2001). Από τους κοινωνικοοικονομικούς διαβαθμιστές της υγείας, πρωτεύουσα σημασία έχει δοθεί στο επίπεδο εκπαίδευσης, το επάγγελμα και το εισόδημα (Οικονόμου, 2013). Και οι τρεις παράγοντες αντανakλούν τη θέση του ατόμου στην κοινωνική ιεραρχία. Η αμερικάνικη κοινωνιολογική παράδοση επιλέγει συνήθως το εισόδημα ή/και το επίπεδο εκπαίδευσης ως κοινωνικοοικονομικούς δείκτες, ενώ η ευρωπαϊκή έχει την τάση να χρησιμοποιεί περισσότερο την επαγγελματική κατηγορία (Dahl, 1994).

Στο πλαίσιο ενός ιεραρχημένου ή και ποσοτικού κοινωνικού πόρου, όπως είναι το εισόδημα ή η εκπαίδευση, η διερεύνηση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας μπορεί να γίνει είτε σε σχέση με ένα επίπεδο (threshold model) είτε ως κοινωνική διαβάθμιση. Κατά την πρώτη επιλογή, γίνεται η υπόθεση ότι η θετική επίδραση στην υγεία από τη βελτίωση ενός κοινωνικοοικονομικού παράγοντα φτάνει μέχρι ένα συγκεκριμένο ύψος ή βαθμίδα του, ενώ πάνω από αυτό παύει να υφίσταται. Αντίθετα, κατά τη κοινωνική διαβάθμιση της υγείας, θεωρείται ότι ισχύει ένα υπόδειγμα δόσης-απόκρισης (dose-response model), όπου, για παράδειγμα, η θετική επίδραση της εκπαίδευσης στην υγεία αυξάνεται με τα επιπρόσθετα χρόνια σπουδών (Arcaya κ.ά., 2015).

4.3.1. Εισόδημα

Η επιβεβαίωση της αιτιώδους συνάφειας μεταξύ του χαμηλού εισοδήματος και της κακής υγείας (π.χ. εκδήλωση λοιμωδών ασθενειών, ατυχήματα) διαμέσου των κακών συνθηκών στέγασης και υγιεινής συνιστούσε μια πρόσφορη επιστημονική επιλογή στα πρώτα χρόνια της έρευνας των ανισοτήτων υγείας. Ωστόσο, πλέον, οι σχετικές αιτιώδεις διαδρομές θεωρούνται περισσότερο πολύπλοκες, καθώς το επάγγελμα, όντας η κύρια πηγή του εισοδήματος, επηρεάζεται από το επίπεδο εκπαίδευσης, το οποίο με τη σειρά του προσδιορίζεται από το περιβάλλον κατά την παιδική ηλικία και, επομένως, από το εισόδημα και τον πλούτο των γονέων (Benzval κ.ά., 2014). Έτσι, η σχέση μεταξύ του εισοδήματος και της υγείας φαίνεται να είναι διαγενεακή και αμφίδρομη (Benzval κ.ά., 2014). Για παράδειγμα, το εισόδημα των γονέων επηρεάζει την κατάσταση υγείας των παιδιών, η οποία υγεία με τη σειρά της επηρεάζει τη μελλοντική βιοποριστική ικανότητά και, συνεπώς, το εισόδημά τους.

Από τη μια πλευρά, το εισόδημα αντανακλά την αγοραστική δύναμη και τους υλικούς πόρους του νοικοκυριού (Dahl, 1994). Από την άλλη, μπορεί να εκφράζει την ανταμοιβή για την επαγγελματική απόδοση. Αυτό υποδηλώνει την ύπαρξη και ψυχοκοινωνικών διαμεσολαβητικών μηχανισμών μεταξύ του εισοδήματος και της υγείας, όπως είναι η αυτοεκτίμηση και η αίσθηση ελέγχου.

Σχετική με τη συζήτηση για τους υλικούς και τους ψυχοκοινωνικούς μηχανισμούς διαμέσου των οποίων οι διάφοροι κοινωνικοοικονομικοί προσδιοριστές παράγουν ανισότητες υγείας είναι και η διάκριση μεταξύ της υπόθεσης του απόλυτου εισοδήματος (absolute income hypothesis) και της υπόθεσης της οικονομικής ανισότητας (income inequality hypothesis)²⁰², οι οποίες θα συζητηθούν εκτενώς στη συνέχεια.

Ο δείκτης τους εισοδήματος χρησιμοποιείται ευρέως, καθότι επιτρέπει την ιεραρχική ταξινόμηση των ατόμων βάσει των υλικών πόρων που διαθέτουν, καθώς και τη χρήση μιας αναλογικής μεταβλητής για την σύγκριση της κοινωνικοοικονομικής θέσης των ατόμων (Lynch και Kaplan, 2000). Επιπλέον, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη δημιουργία των ορίων φτώχειας σε επίπεδο ατόμων αλλά και στη μελέτη συγκεντρωτικών δεικτών σε ανώτερα επίπεδα αναφοράς, όπως σε εκείνο της γειτονιάς, της γεωγραφικής περιφέρειας ή της χώρας (Ross και Mirowsky, 2011). Ωστόσο, δεν αποτελεί ένα απλό μέτρο, καθότι κατασκευάζεται από διαφορετικές συνιστώσες, όπως είναι ο μισθός, τα επιδόματα, οι τόκοι, οι διάφορες κοινωνικές μεταβιβάσεις και οι συντάξεις. Προσθέτοντας τις διάφορες συνιστώσες μπορούμε να υπολογίσουμε το συνολικό μεικτό εισόδημα, από το οποίο θα πρέπει να αφαιρέσουμε τους φόρους και τις ασφαλιστικές εισφορές για να καταλήξουμε στο καθαρό εισόδημα του ατόμου ή του νοικοκυριού (Solar και Irwin, 2010). Παρόλα αυτά, κάποιοι ερευνητές εστιάζουν σε συγκεκριμένες πλευρές ή πηγές του εισοδήματος, όπως είναι οι μισθοί (Smith, 1999), ο ρόλος του χρέους και ο πλούτος (Aittomäki κ.ά., 2010).

Το ισοδύναμο οικογενειακό εισόδημα θεωρείται ως το πιο ακριβές μέτρο του εισοδήματος (Atkinson, 1992), αποτελώντας και τον επικρατέστερο δείκτη στη βιβλιογραφία που επικεντρώνεται στη σχέση της υγείας με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (Benzeval και Judge, 2001). Ο δείκτης αυτός

²⁰² Σε πολλές περιπτώσεις στη βιβλιογραφία η διάκριση γίνεται μεταξύ των υποθέσεων του απόλυτου και του σχετικού εισοδήματος. Ωστόσο, η υπόθεση του σχετικού εισοδήματος (relative income hypothesis) αναφέρεται σε έναν ειδικότερο μηχανισμό διαμέσου του οποίου η οικονομική ανισότητα μπορεί να επηρεάσει την υγεία των ατόμων.

λαμβάνει υπόψη του το συνολικό εισόδημα του νοικοκυριού, καθώς και το μέγεθος και τη σύνθεσή του, εφαρμόζοντας κάποια κλίμακα ισοδυναμίας. Το οικογενειακό εισόδημα προτιμάται έναντι του ατομικού, διότι τα οφέλη της κατανάλωσης και της συσσώρευσης των περιουσιακών στοιχείων συνήθως διαμοιράζονται μεταξύ των μελών του νοικοκυριού. Παρόλα αυτά, θα πρέπει να σημειωθεί ότι αυτός ο διαμοιρασμός δεν είναι απαραίτητα ισότιμος, λόγω του συγκεκριμένου καταμερισμού της εργασίας και της ισχύος εντός κάθε νοικοκυριού (Solar και Irwin, 2010).

Σημαντικό πρόβλημα στη χρησιμοποίηση του εισοδήματος ως κοινωνικοοικονομικού δείκτη αποτελεί η χαμηλή αποκρισιμότητα (responsiveness) στις έρευνες πεδίου, λόγω της γενικότερης απροθυμίας αποκάλυψης προσωπικών οικονομικών πληροφοριών (Liberatos κ.ά., 1988· Galobardes κ.ά., 2006b). Επίσης, καθότι το επίπεδο του εισοδήματος διακυμαίνεται σημαντικά κατά τη διάρκεια της ζωής, είναι δύσκολη η εδραίωση της αιτιώδους σχέσης του με την υγεία, ιδίως αν ληφθεί υπόψη και η επίδραση του πλούτου (Ross και Mirowsky, 2011). Το εισόδημα είναι περισσότερο αντιπροσωπευτικός δείκτης της κοινωνικοοικονομικής θέσης κατά την περίοδο όπου τα άτομα έχουν τις υψηλότερες εργασιακές απολαβές, ενώ για τους νεότερους και ηλικιωμένους ανθρώπους είναι λιγότερο αξιόπιστος (Solar και Irwin, 2010).

Το μέγεθος της φτώχειας αποτελεί έναν σημαντικό δείκτη της έκτασης της υλικής αποστέρησης σε μια κοινωνία. Όμως, δεν είναι μόνο η σοβαρή μειονεκτική θέση που προκαλείται από την έλλειψη στοιχειωδών αγαθών, καθώς η ύπαρξη της φτώχειας επιβάλλει επιπλέον στα άτομα και τη χαμηλή κοινωνικοοικονομική θέση τους. Αυτό μπορεί να εξηγήσει και την αποτυχία στην προσπάθεια για την άμβλυση των ανισοτήτων υγείας, παρά τη μείωση της απόλυτης φτώχειας σε διεθνές επίπεδο. Σε αυτό το πλαίσιο, αναδεικνύεται και η σημασία της σχετικής φτώχειας και οι συνέπειες που αυτή έχει ως προς όχι μόνο τον υλικό αλλά και τον ευρύτερο ψυχοκοινωνικό αποκλεισμό των ατόμων (Wilkinson, 1992).

4.3.1.1. Υπόθεση του απόλυτου εισοδήματος

Ο Preston (1975) θεώρησε το οικονομικό επίπεδο ως έναν σημαντικό κοινωνικοοικονομικό προσδιοριστή της μέσης υγείας του πληθυσμού, καθότι αποτελεί τον καλύτερο δείκτη των συνθηκών διαβίωσης του²⁰³. Σύμφωνα με την υπόθεση του απόλυτου εισοδήματος, υφίσταται μια σχέση δόσης-απόκρισης (dose-response relationship), όπου, διατηρώντας σταθερούς τους άλλους παράγοντες, το υψηλότερο εισόδημα συνδυάζεται με καλύτερη υγεία, καθότι επιτρέπει την αυξανόμενη επίτευξη των βασικών υλικών προϋποθέσεων της καλής υγείας (Solar και Irwin, 2010). Προκύπτει, λοιπόν, ότι ένα βασικό επίπεδο εισοδήματος είναι αρχικά απαραίτητο για την ικανοποίηση κάποιων ελάχιστων συνθηκών που είναι αναγκαίες για την επίτευξη καλής υγείας. Στη συνέχεια, ωστόσο, η σχετική διασύνδεση φαίνεται να έχει έναν μάλλον πιο βαθμιαίο χαρακτήρα (Benzeval κ.ά., 2014). Άλλωστε, αν και θεωρείται πως υπάρχει ένα όριο εισοδήματος που δηλώνει την ικανοποίηση όλων των βασικών αναγκών, έχει υποστηριχθεί ότι οι ανάγκες αυτές δεν έχουν απόλυτο χαρακτήρα, αλλά σχετίζονται με την κοινωνία στην οποία εντάσσονται τα άτομα (Benzeval κ.ά., 2014).

Το εισόδημα, λοιπόν, αποτελεί ένα μέτρο των υλικών πόρων που είναι διαθέσιμοι στα άτομα και τα νοικοκυριά (Ross και Mirowsky, 2011) και μπορεί να επηρεάζει την υγεία με τους εξής τρόπους (Pritchett και Summers, 1996· Galobardes κ.ά., 2006b· Gregg κ.ά., 2008· Adler και Stewart, 2010· Benzeval κ.ά., 2014):

- α. Δίνει πρόσβαση σε μεγαλύτερης ποσότητας και καλύτερης ποιότητας υλικούς πόρους (π.χ. διατροφή, ένδυση, στέγαση) που βελτιώνουν τις ευκαιρίες υγείας.

²⁰³ Ο Preston (1975) διαπίστωσε μια ισχυρή, θετική συσχέτιση μεταξύ των εθνικών επιπέδων εισοδήματος και του προσδόκιμου ζωής στις φτωχότερες χώρες. Αντίθετα, η συνάφεια βρέθηκε να είναι χαμηλότερης έντασης για τις πλουσιότερες, λόγω της μη-γραμμικότητας της σχετικής σχέσης. Επίσης, κατέληξε στο ότι αυτή η σχέση μεταβάλλεται, με το προσδόκιμο ζωής να αυξάνεται με την πάροδο του χρόνου σε όλα τα επίπεδα εισοδήματος.

- β. Επιτρέπει την πρόσβαση σε υπηρεσίες που είτε αμέσως (π.χ. υγειονομική περίθαλψη, ψυχαγωγικές δραστηριότητες) είτε εμμέσως (π.χ. επένδυση στην εκπαίδευση) βελτιώνουν το επίπεδο της υγείας ή την αντιμετώπιση της κακής υγείας. Η ενισχυμένη πρόσβαση δεν αφορά μόνο στο κόστος των ίδιων των υπηρεσιών, αλλά και στη διαθεσιμότητα, το κόστος και τον χρόνο της μεταφοράς, την ευελιξία στον προγραμματισμό, την αίσθηση της αυτο-αποτελεσματικότητας και ελέγχου και τη δυνατότητα τροποποίησης ή προσαρμογής του οικιστικού ή εργασιακού περιβάλλοντος στις ιατρικές ανάγκες.
- γ. Ενισχύει την αυτοεκτίμηση και την κοινωνική θέση με την παροχή των εξωτερικών υλικών χαρακτηριστικών που σχετίζονται με την κοινωνική συμμετοχή²⁰⁴.
- δ. Οι χαμηλότερου εισοδήματος γειτονίες συνδέονται με υψηλότερη έκθεση σε περιβαλλοντική μόλυνση, μικρότερη πρόσβαση σε χώρους για εξωτερικές δραστηριότητες, περισσότερα καταστήματα fast-food και αυξημένο κίνδυνο αυτοκινητιστικών ατυχημάτων.
- ε. Το χαμηλό εισόδημα καθόλη τη διάρκεια της ζωής επηρεάζει το επίπεδο της σύνταξης, με πιθανές συνέπειες στην υγεία στην τρίτη ηλικία.
- στ. Το εισόδημα των γονέων αποτελεί βασικό παράγοντα για την ανάπτυξη του ανθρώπινου κεφαλαίου των παιδιών, καθότι επιτρέπει ή καθιστά δυσχερέστερη την επένδυση στην εκπαίδευσή τους (human capital accumulation theory). Έπειτα, το φυσικό περιβάλλον (π.χ. θόρυβος, συνωστισμός, ποιότητα στέγασης) και οι διαθέσιμοι υλικοί πόροι κατά την παιδική ηλικία επηρεάζουν την κοινωνικο-συναισθηματική ανάπτυξη, τη γνωστική διέγερση και τα εκπαιδευτικά επιτεύγματά του παιδιού (financial capability model).

Η αρνητική επίδραση του χαμηλού εισοδήματος στην υγεία έχει βρεθεί να περιορίζεται από τον σοσιαλδημοκρατικό χαρακτήρα του κράτους πρόνοιας (Dahl, 1994). Το κράτος πρόνοιας μπορεί να εξομαλύνει τις εισοδηματικές

²⁰⁴ Αυτός ο μηχανισμός θα μπορούσε βέβαια να θεωρηθεί και ως ψυχοκοινωνικός.

επιπτώσεις της απώλειας της εργασίας μέσω ανταποδοτικών και μη ανταποδοτικών παροχών (Bambra και Eikemo, 2009). Οι σύγχρονες κοινωνίες εφαρμόζουν κοινωνικοοικονομικές πολιτικές αναφορικά με την κοινωνική προστασία, την αγορά εργασίας, την εκπαίδευση και την παροχή υγειονομικής περίθαλψης, παρέχοντας σε πολλές περιπτώσεις ένα σημαντικό μέρος αυτών των υπηρεσιών. Επομένως, η έκταση, η προσβασιμότητα και η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών μπορεί να τροποποιήσει τον τρόπο που το εισόδημα και η υγεία διαδρούν (Benzeval κ.ά., 2014).

Γενικότερα, η ισχύς της υπόθεσης του απόλυτου εισοδήματος συνδέεται με τουλάχιστον τρεις περιορισμούς. Πρώτον, η σχέση ανάμεσα στο υψηλό εισόδημα και την καλή υγεία ενδέχεται να συγχέεται από άλλους παράγοντες που αφορούν στο ευρύτερο πλαίσιο, όπως είναι οι πολιτισμικές αξίες και η καλή διακυβέρνηση, οι οποίοι δεν είναι εύκολα παρατηρήσιμοι. Δεύτερον, είναι πιθανόν να ισχύει τελικά μια αντίστροφη αιτιότητα, όπου οι πιο υγιείς εργαζόμενοι είναι και πιο παραγωγικοί, το οποίο και στη συνέχεια βελτιώνει τις προϋποθέσεις για μεγαλύτερο εισόδημα (Pritchett και Summers, 1996). Τρίτον, έχει παρατηρηθεί –και μέσα από την καμπύλη του Preston– η ύπαρξη φθινουσών αποδόσεων του εισοδήματος στην υγεία και ότι στις ανεπτυγμένες χώρες μια περαιτέρω βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης έχει μικρή μονάχα επίδραση στην υγεία του πληθυσμού. Αυτές οι χώρες έχουν περάσει το στάδιο της επιδημιολογικής μετάβασης, με συνέπεια οι εκφυλιστικές και όχι οι λοιμώδεις ασθένειες να αποτελούν πλέον τον κύριο κίνδυνο για την υγεία του πληθυσμού (Wilkinson, 1996).

4.3.1.2. Υπόθεση της οικονομικής ανισότητας

Ο Preston (1975) διαπίστωσε ότι το προσδόκιμο ζωής παρουσιάζει μια μη γραμμική σχέση με το Α.Ε.Π. και ότι ένα μέρος της διακύμανσης του προσδόκιμου ζωής μεταξύ των πλουσίων χωρών μπορεί να οφείλεται σε διακυμάνσεις της κατανομής του εισοδήματος. Ο Rodgers (1979) επεξεργάστηκε περαιτέρω τη σχέση μεταξύ της υγείας και της οικονομικής ανισότητας. Παρατήρησε, λοιπόν, ότι υπάρχει μια διαφορά 5 έως 10 ετών στο

προσδόκιμο ζωής μεταξύ των χωρών με σχετικά πιο ίση και εκείνων με σχετικά πιο άνιση κατανομή του εισοδήματος (εις βάρος των δευτέρων).

Ως κριτική και συμπλήρωση της προσέγγισης της υπόθεσης του απόλυτου εισοδήματος, λοιπόν, παρουσιάστηκε η υπόθεση της οικονομικής ανισότητας (ή του σχετικού εισοδήματος για κάποιους μελετητές), σύμφωνα με την οποία το επίπεδο υγείας στις ανεπτυγμένες χώρες επηρεάζεται όχι μόνο από το εισόδημα του ατόμου, αλλά και από το εισόδημα των υπολοίπων στην κοινωνία (Wilkinson, 1992· Wilkinson, 1996· Kawachi κ.ά., 2002). Η υπόθεση αυτή λειτουργεί σε επίπεδο κοινωνίας ή άλλων κοινωνικών συλλογικοτήτων και εξηγεί τις διαφορές στα μέσα επίπεδα υγείας μεταξύ τους (Layte, 2011). Στο πλαίσιο αυτής της υπόθεσης, λοιπόν, θεωρείται ότι πέρα από ένα συγκεκριμένο μέσο επίπεδο εισοδήματος, η σχέση μεταξύ του (μέσου) απόλυτου εισοδήματος και της (μέσης) υγείας εξασθενεί, με συνέπεια η κατανομή του εισοδήματος να καθίσταται πλέον ο πιο σημαντικός προσδιοριστής της υγείας του πληθυσμού (Wilkinson, 1992· Wilkinson, 1996). Έτσι, για κάθε ύψος εισοδήματος, το ατομικό επίπεδο υγείας εξαρτάται από την κατάταξη του ατόμου στην κατανομή του εισοδήματος και την απόστασή του από το μέσο εισόδημα αυτής της κατανομής (Kawachi κ.ά., 2002).

Υπάρχουν αρκετοί μηχανισμοί διαμέσου των οποίων η οικονομική ανισότητα μπορεί να επενεργήσει στην υγεία (Macinko κ.ά., 2003· Mayer και Sarin, 2005). Ο πρώτος αφορά στη μη γραμμικότητα της σχέσης του ατομικού εισοδήματος με την ατομική υγεία (επίδραση του απόλυτου εισοδήματος). Κατά τον Gravelle (1998), αυτή η εξήγηση δείχνει ότι η υπόθεση του σχετικού εισοδήματος δεν είναι παρά ένα κατασκεύασμα του απόλυτου εισοδήματος. Αυτό διότι σε πιο άνισες κοινωνίες υπάρχουν περισσότερα άτομα στα χαμηλά εισοδηματικά στρώματα, με το χαμηλό εισόδημα να αυξάνει τον ατομικό κίνδυνο νοσηρότητας και θνησιμότητας μέσα από τους μηχανισμούς της υλικής αποστέρησης. Πάντως, αυτό που έχει σημασία εδώ είναι ότι αν η επίδραση του εισοδήματος είναι μεγαλύτερη μεταξύ των φτωχών από ό,τι στους πλούσιους, λόγω των φθινουσών αποδόσεών του, τότε μια ανέξοδη αναδιανομή του εισοδήματος από τα πλούσια προς τα φτωχά στρώματα μπορεί να βελτιώσει τη μέση υγεία του πληθυσμού. Αν όμως η υγεία είχε γραμμική σχέση με το

εισόδημα, τότε μια πολιτική αναδιανομής του εισοδήματος δεν θα είχε καμία επίδραση στο μέσο επίπεδο υγείας. Συνεπώς, δεν θα είχε σημασία πόσο ακραία είναι η ανισότητα του εισοδήματος και πόσο έντονη είναι η επίπτωση των σχετικών ανισοτήτων στην υγεία (Deaton, 2002). Η παραπάνω επίδραση ενδεχομένως να είναι ακόμη περισσότερο αντιληπτή στην περίπτωση της παιδικής θνησιμότητας, η οποία συνδέεται κατεξοχήν με τα χαμηλά εισοδήματα.

Ένας άλλος μηχανισμός ονομάζεται υπόθεση του σχετικού εισοδήματος, και αφορά στο άγχος που σχετίζεται με την κοινωνική θέση (status anxiety), κατά την ψυχοκοινωνική προσέγγιση που αναλύθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο. Οι ψυχοκοινωνικοί μηχανισμοί του άγχους της κοινωνικής θέσης και της κοινωνικής συνοχής στηρίζονται στο έργο του Emile Durkheim (Macinko κ.ά., 2003). Καταρχάς, η διαβίωση με χαμηλό εισόδημα προκαλεί η ίδια άγχος στα άτομα, με σημαντικές αιτίες να αποτελούν (McLeod, 2013): η επισιτιστική ανασφάλεια, η εργασιακή ανασφάλεια, η δυσχέρεια στην αποπληρωμή λογαριασμών, η διαβίωση σε υποβαθμισμένες περιοχές και οι οικογενειακές συγκρούσεις. Γενικότερα, έχει διαπιστωθεί ότι ο επιπολασμός των στρεσογόνων συμβάντων (συμπεριλαμβανομένης της βίας ή της απειλής βίας) είναι υψηλότερος στα άτομα που βρίσκονται στα χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα (Solar και Irwin, 2010). Έπειτα, θεωρείται ότι τα άτομα συμμετέχοντας σε μια κοινωνία προχωρούν σε κοινωνικές συγκρίσεις, οι οποίες παράγουν δυο διακριτούς τύπους ψυχολογικών επιπτώσεων: α) τον ανταγωνισμό θέσεως και β) τις παραβιάσεις των κανόνων του αισθήματος της δικαιοσύνης (Kawachi και Subramaniam, 2014). Ο ανταγωνισμός θέσεως σχετίζεται με την επίδειξη του κοινωνικού στάτους μέσω της αγοράς πολυτελών αγαθών και υπηρεσιών. Μάλιστα, αυτή η συμπεριφορά δεν περιορίζεται μόνο στα πλουσιότερα στρώματα μιας κοινωνίας, καθώς μπορεί να παρασύρει ακόμη και τις χαμηλότερες κοινωνικές ομάδες. Η υπόθεση του σχετικού εισοδήματος συνδέεται με την έννοια της σχετικής αποστέρησης, στο πλαίσιο της οποίας ένα άτομο δεν διαθέτει ένα επιθυμητό αγαθό, αλλά το έχουν άλλα άτομα μιας κοινωνίας με τα οποία συγκρίνει τον εαυτό του (Kawachi και Subramaniam, 2014). Σύμφωνα με τους Wilkinson και Pickett (Wilkinson, 1996· Wilkinson και Pickett, 2006· Wilkinson και Pickett, 2009), η χαμηλή θέση στην κοινωνική ιεραρχία ενδέχεται να προκαλέσει αρνητικά συναισθήματα

απογοήτευσης και κατωτερότητας, τα οποία μπορεί να επιδεινώσουν την υγεία αφενός διαμέσου νευροενδοκρινικών μηχανισμών, και αφετέρου μέσω της ενίσχυσης επιβλαβών για την υγεία συμπεριφορών, όπως είναι το κάπνισμα και η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, οι οποίες ενεργοποιούνται από το άγχος (Mayer και Sarin, 2005· Layte, 2011). Αυτές οι δυο διαδρομές μπορούν να συνδυαστούν αν ληφθεί υπόψη πως το τι αποτελεί αναγκαιότητα για την πλήρη συμμετοχή σε μια κοινωνία δεν μπορεί να προσδιοριστεί σε απόλυτους όρους, αλλά εξαρτάται από τις κοινωνικές νόρμες και προσδοκίες (Sen, 1999b). Βάσει της υπόθεσης του σχετικού εισοδήματος, μπορούμε να υποθέσουμε ότι εκείνοι που ανήκουν σε χαμηλότερο οικονομικό στρώμα παρουσιάζουν χειρότερα αποτελέσματα υγείας σε οικονομικά πιο άνισες από ό,τι σε οικονομικά πιο ομοιογενείς κοινωνίες. Σε μια μελέτη μετα-ανάλυσης, οι Kondo κ.ά. (2009) διαπίστωσαν ότι αυτό το όριο ανισότητας σε σχέση με τον δείκτη GINI είναι μεγαλύτερο ή ίσο του 0,3. Πάντως, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η ενεργοποίηση αυτού του μηχανισμού δεν είναι αυτόματη, αλλά εξαρτάται από το αν το άτομο ενδιαφέρεται για τις κοινωνικές συγκρίσεις (Kawachi και Subramaniam, 2014).

Ενώ η επίπτωση του σχετικού εισοδήματος (δυνητικά) έχει αρνητικές συνέπειες μόνο για τα άτομα των (σχετικά) χαμηλότερων κοινωνικών θέσεων, άλλοι μηχανισμοί συνδέουν την οικονομική ανισότητα με την υγεία με πιο άμεσο τρόπο και οι συνέπειές τους επηρεάζουν σχεδόν το σύνολο της κοινωνίας (contextual effect) (Kawachi και Subramaniam, 2014). Έτσι, η οικονομική ανισότητα φαίνεται επίσης να αυξάνει και τον γεωγραφικό οικονομικό διαχωρισμό μεταξύ διαφορετικού εισοδηματικού επιπέδου νοικοκυριών (Mayer, 2001). Αυτή η οικονομική απομόνωση έχει συνδεθεί με υψηλότερα επίπεδα θνησιμότητας (Waitzman και Smith, 1998b), ενώ το αρνητικό αποτέλεσμα του χαμηλού εισοδήματος στην υγεία έχει βρεθεί να μετριάζεται από τη διαμονή σε εύπορες γειτονιές (Kawachi και Berkman, 2003). Αυτή η περίπτωση μπορεί να συνδέεται με αυξημένη εγκληματικότητα, χαμηλότερου επιπέδου υποδομές, υψηλότερη ρύπανση, υποβαθμισμένους δημόσιους χώρους και άλλους ανάλογους παράγοντες που παρουσιάζονται σε οικονομικά μειονεκτούσες περιοχές.

Σύμφωνα με τη νεο-υλιστική προσέγγιση, υπάρχει μια συστηματική υποεπένδυση σε κοινωνικές υποδομές, υπηρεσίες και κοινωνική προστασία στις πιο άνισες κοινωνίες (Lynch κ.ά., 2000· Layte, 2011). Η εισοδηματική ανισότητα είναι αποτέλεσμα ιστορικών, πολιτισμικών και πολιτικοοικονομικών διαδικασιών, οι οποίες αντανakλώνται και στις παροχές δημοσίων αγαθών και υπηρεσιών, ιδιαίτερα μάλιστα προς τα φτωχότερα στρώματα (Layte, 2011). Η διεύρυνση της διαφοράς εισοδήματος συνεπάγεται και μεγαλύτερη διαφοροποίηση των συμφερόντων των επιμέρους κοινωνικών ομάδων. Οι υψηλότερες εισοδηματικές τάξεις ενδιαφέρονται για τη μείωση των φόρων, κάτι που όμως περιορίζει τη δυνατότητα του κράτους για κοινωνικές δαπάνες για κοινωνική προστασία, υγεία, εκπαίδευση κ.λπ. (Porta κ.ά., 2002). Η μείωση των δυνατοτήτων ανάπτυξης του ανθρωπίνου κεφαλαίου απομειώνει και τις ευκαιρίες κοινωνικής ανόδου για τα φτωχότερα στρώματα, δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο χαμηλού εισοδήματος και ανεπαρκούς κοινωνικής υποστήριξης. Παράλληλα, έχει διαπιστωθεί ότι στις αναπτυσσόμενες χώρες επικρατούν, ταυτόχρονα με τις οικονομικές, και άλλου είδους ανισότητες, όπως είναι οι πολιτικές και οι εθνικές, οι οποίες αποστερούν από κάποιες ομάδες του πληθυσμού τα δικαιώματα που έχουν άλλες (Deaton, 2002).

Έπειτα, υποστηρίζεται ότι η απουσία κοινωνικοοικονομικής εγγύτητας οδηγεί στην κοινωνική διαφοροποίηση και απομόνωση, επιδρώντας αρνητικά στην κοινωνική συνοχή και το κοινωνικό κεφάλαιο (Kennelly κ.ά., 2003· Layte, 2011). Το κοινωνικό κεφάλαιο αναφέρεται στους πόρους που ενυπάρχουν μεταξύ των δρώντων και διευκολύνουν την επίτευξη μιας σειράς κοινωνικών στόχων (Parcel και Dufur, 2001). Αποτελεί ένα χαρακτηριστικό της κοινωνικής οργάνωσης, με στοιχεία όπως είναι η συμμετοχή των πολιτών, τα πρότυπα κοινωνικής αμοιβαιότητας, υποστήριξης και εμπιστοσύνης ανάμεσα στα άτομα, η ύπαρξη του οποίου σε υψηλά επίπεδα διευκολύνει τον διαμοιρασμό πόρων και πληροφορίας και την κοινωνική συνεργασία και δράση (Coleman, 1988· Kawachi και Berkman, 2000· Parcel και Dufur, 2001). Η υψηλότερη οικονομική ανισότητα επηρεάζει αρνητικά αυτήν ακριβώς τη διαπροσωπική εμπιστοσύνη και την κοινωνική συνοχή και δύναται να προκαλέσει ακόμη και την έξαρση κοινωνικής βίας (Wilkinson, 1996· Kawachi και Kennedy, 1997· Kawachi και Kennedy, 1999· Wilkinson και Pickett, 2006· Wilkinson και Pickett, 2009). Κατά

τους Wilkinson και Pickett (2006), οι μεγαλύτερες κοινωνικές ανισότητες συνοδεύονται από αυξημένη τάση για αντικοινωνική συμπεριφορά, βία και παραβατικότητα ως αντίδραση στα αρνητικά συναισθήματα που συνδέονται με τη χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική θέση.

Σύμφωνα με τους Kawachi και Berkman (2000), το κοινωνικό κεφάλαιο φαίνεται να επιδρά στην υγεία με τρεις τουλάχιστον τρόπους. Αρχικά, η διαπροσωπική εμπιστοσύνη επηρεάζει την κοινωνική συμμετοχή και αλληλοβοήθεια, όπως είναι η βοήθεια μεταξύ γειτόνων σε περίπτωση ανάγκης. Έπειτα, αυξάνει τη συνοχή μεταξύ των μελών της κοινότητας, το οποίο ενδεχομένως μπορεί να ενισχύσει την αποτελεσματικότερη διεκδίκηση καλύτερων δημοσίων υπηρεσιών. Έτσι, σε επίπεδο χώρας, υψηλότερο κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να οδηγήσει σε πιο ισότιμες μορφές πολιτικής συμμετοχής και ενισχυμένη κοινωνική υποστήριξη για υπηρεσίες που παρέχει το κράτος σε όλα τα μέλη της κοινωνίας. Τέλος, το κοινωνικό κεφάλαιο είναι πιθανόν να επηρεάζει τις ψυχοκοινωνικές διαδικασίες αυτοεκτίμησης και αμοιβαίας εμπιστοσύνης. Γενικότερα, προκύπτει να υπάρχει κάποια επικάλυψη μεταξύ των μηχανισμών του κοινωνικού κεφαλαίου και των ψυχοκοινωνικών διαδικασιών. Στα προηγούμενα θα μπορούσε να προστεθεί και η σημασία των κοινωνικών σχέσεων, καθώς η κοινωνική μειονεξία φαίνεται να συνδέεται με τη φύση και την ποιότητά τους. Οι κοινωνικές ομάδες είναι σε γενικές γραμμές ομοιογενείς, με συνέπεια τα κοινωνικά μειονεκτούντα άτομα να αποτελούν μέλη ανεπαρκών σε πόρους συλλογικοτήτων (McLeod, 2013).

Εδώ και τουλάχιστον τρεις δεκαετίες έχει διαπιστωθεί η στατιστική σχέση ανάμεσα στην εισοδηματική ανισότητα και την ατομική υγεία (Rodgers, 1979· Flegg, 1982)²⁰⁵. Ωστόσο, στα εμπειρικά αποτελέσματα δεν φαίνεται να υπάρχει απόλυτη συνέπεια (Lynch κ.ά., 2004). Οι Wilkinson και Pickett (2006), κατόπιν βιβλιογραφικής επισκόπησης 168 ερευνών, υποστήριξαν ότι η μη επιβεβαίωση της υπόθεσης του σχετικού εισοδήματος από κάποιες μελέτες οφειλόταν αρχικά

²⁰⁵ Η συζήτηση, ωστόσο, φαίνεται να ξεκίνησε από την εργασία του Preston (1975).

στο μικρό μέγεθος του δείγματος ή των περιοχών που εξετάζονταν. Έπειτα, θεώρησαν ότι κάποιες μελέτες χρησιμοποιούσαν ως μεταβλητές ελέγχου κάποιες που είχαν περισσότερο χαρακτήρα κοινωνικής διαστρωμάτωσης ή μεσολαβούσαν στη σχέση μεταξύ της υγείας και της κοινωνικής τάξης και για αυτό κατέληγαν σε μη στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Τέλος, σύμφωνα με τους συγγραφείς, κάποιες διακρατικές έρευνες εξέταζαν την περίοδο από τα τέλη της δεκαετίας του '80 μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του '90, κατά την οποία η σχέση μεταξύ της ανισότητας και της υγείας δεν μπορούσε να τεκμηριωθεί σε διεθνές επίπεδο, καθότι οι εισοδηματικές διαφορές διευρύνονταν με ιδιαίτερα υψηλούς ρυθμούς σε αρκετές χώρες.

Η υπόθεση της οικονομικής ανισότητας έχει υποστεί βεβαίως και σημαντική θεωρητική κριτική. Αρχικά, υποστηρίζεται ότι η προσέγγιση αυτή αποτελεί ένα στατιστικό κατασκευάσμα (Gravelle, 1998). Η μία διάσταση του κατασκευάσματος συνδέεται με τη φτωχή ποιότητα των διακρατικών δεδομένων για το εισόδημα, την εισοδηματική ανισότητα, καθώς και τη θνησιμότητα και το προσδόκιμο ζωής, ιδίως στις αναπτυσσόμενες χώρες (Deaton, 2002)²⁰⁶. Η άλλη διάσταση σχετίζεται με ένα είδος οικολογικής πλάνης (ecological fallacy). Έτσι, λοιπόν, η εισοδηματική ανισότητα δεν έχει επίδραση στην ατομική υγεία, αλλά οι επιπτώσεις της στη μέση υγεία του πληθυσμού προέρχονται από την άθροιση των μη γραμμικών σχέσεων του ατομικού εισοδήματος με την υγεία (Gravelle, 1998). Από αυτό το αθροιστικό αποτέλεσμα προκύπτει και η σύνδεση στο συγκεντρωτικό επίπεδο της εισοδηματικής ανισότητας με την υγεία, η οποία, επομένως, δεν φαίνεται να αποτελεί τελικά έναν πραγματικό παράγοντα κινδύνου της ατομικής υγείας (Deaton, 2002). Έπειτα, η σχετική θεωρία περιορίζεται στις ανεπτυγμένες

²⁰⁶ Τέτοιου είδους προβλήματα αποτελούν: α) η έλλειψη επαρκούς συστήματος καταγραφής δεδομένων στις αναπτυσσόμενες χώρες, β) οι σχεδιαστικές ανεπάρκειες των σχετικών ερευνών, όπως είναι η συλλογή δεδομένων βάσει δαπανών και όχι εισοδήματος, οι μικρές περίοδοι αναφοράς και γενικότερα η χρήση ερωτήσεων σχεδιασμένων για να καταγράψουν μέσους όρους και όχι διαφορές και διασπορά, ενώ ακόμη δεν έχουν τυποποιηθεί διεθνώς οι σχετικές με τη δήλωση του εισοδήματος ερωτήσεις, γ) η έλλειψη επαρκούς αριθμού παρατηρήσεων (χωρών) για την ανισότητα και δ) τα αποτελέσματα είναι ευαίσθητα στην επιλογή χωρών, χρονικών περιόδων και πηγών δεδομένων (Deaton, 2002).

χώρες, και για αυτό αγνοεί τον αντίκτυπο των διεθνών οικονομικών σχέσεων στις εισοδηματικές ανισότητες, ενώ παράλληλα δεν φαίνεται να ενδιαφέρεται και για τους κοινωνικούς μηχανισμούς που τις παράγουν (Porta κ.ά., 2002). Επίσης, όπως και στην υπόθεση του απολύτου εισοδήματος, ενδέχεται να υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που λειτουργούν στο συλλογικό επίπεδο, οι οποίοι δεν είναι εύκολα αναγνωρίσιμοι και μετρήσιμοι (Deaton, 2002). Τέλος, έχει υποστηριχθεί ότι η κοινωνική συνοχή μπορεί να μην έχει μόνο θετικές, αλλά και αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία, όπως στην περίπτωση των φασιστικών καθεστώτων, όπου έχει χρησιμοποιηθεί ως μέσο κοινωνικού ελέγχου (Porta κ.ά., 2002).

Βεβαίως, το γεγονός ότι δεν προκύπτουν πάντοτε στατιστικά σημαντικά ευρήματα υπέρ της υπόθεσης του σχετικού εισοδήματος, δε σημαίνει ότι η ανισότητα εισοδήματος δεν επηρεάζει την υγεία του πληθυσμού με μηχανισμούς διαφορετικούς από τους δείκτες της εισοδηματικής ανισότητας σε όρους υλικών πόρων. Η κοινωνική ανισότητα δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνο υπό το πρίσμα των οικονομικών διαφορών, αλλά υπάρχουν και άλλοι είδους μηχανισμοί και ανισοκατανομές κοινωνικών πόρων, όπως είναι η εκπαίδευση, η απασχόληση, η στέγαση, η πρόσβαση σε δημόσιες υπηρεσίες, καθώς και οι κοινωνικές διακρίσεις βάσει φύλου, εθνότητας και ηλικίας, που μπορεί να επηρεάζουν δυσμενώς την υγεία των μη προνομιούχων (Lynch και Smith, 2002). Στην πραγματικότητα, ενώ η εισοδηματική ανισότητα αποτελεί σημαντικό προσδιοριστικό παράγοντα της υγείας σε ατομικό επίπεδο, δεν μπορεί το ίδιο να επιβεβαιωθεί στο πλαίσιο μιας μακροσκοπικής αξιολόγησης. Πρώτον, διότι μπορεί να υπερακοντίζεται από μακρο-παράγοντες που δεν προσδιορίζονται στο ατομικό επίπεδο, αλλά είναι σημαντικοί επεξηγηματικοί συντελεστές στο κοινωνικό επίπεδο του προσδόκιμου ζωής (Wilkinson, 1996). Δεύτερον, είναι ο σχετικός χαρακτήρας του εισοδήματος εντός του κοινωνικού πλαισίου, ο οποίος δεν μπορεί να αναγνωριστεί στο συγκεντρωτικό επίπεδο όταν διαμεσολαβείται από τον ευρέως χρησιμοποιούμενο δείκτη ανισοκατανομής GINI. Πέρα από τους ατομικούς παράγοντες, υπάρχουν επίσης κοινωνικά μοτίβα και περιστάσεις που διαδρούν με έναν ιδιαίτερα πολύπλοκο τρόπο. Το πολύπλοκο αποτέλεσμα, που αντανακλάται στη συγκεκριμένη περίπτωση από συγκεντρωτικούς δείκτες υγείας (π.χ. το

προσδόκιμο ζωής), δεν αποτελεί κυριότητα ενός μόνο παράγοντα, ούτε μπορεί εύκολα να προβλεφθεί ή να συναχθεί από συνθήκες που επικρατούν σε χαμηλότερο ή υψηλότερο επίπεδο ανάλυσης. Δεν είναι επιδεκτικό σε αναγωγή και δεν μπορεί να αποδοθεί σε έναν μόνο ή μια ομάδα παραγόντων. Πρόκειται για μια συνέργεια²⁰⁷ διάφορων προσδιοριστών, όπου η συνδυαστική –ή και συνεργατική– επενέργεια τους προς ένα αποτέλεσμα δεν μπορεί να επιτευχθεί με κανένα άλλο τρόπο.

Επιπρόσθετα, ενώ μετακινούμαστε σε ένα ανώτερο επίπεδο ανάλυσης, ο αριθμός των διαδράσεων μεταξύ των επεξηγηματικών παραγόντων αυξάνεται σε αντιστοιχία με τα στοιχεία που προσθέτουμε. Με αυτόν τον τρόπο, δύναται να δημιουργηθούν νέοι ουσιώδεις τύποι διαδράσεων και, επομένως, να αναδυθεί ένα νέο αποτέλεσμα. Εάν χρησιμοποιήσουμε το μέσο εισόδημα για κάθε χώρα στο πλαίσιο μιας διακρατικής ανάλυσης, τότε η διακύμανση ουσιαστικά συνιστά την εισοδηματική ανισότητα μεταξύ των χωρών (Wilkinson, 2002), το οποίο σημαίνει ότι δε μπορούμε να αντιμετωπίσουμε την υγεία σαν να ήταν υποκείμενη μόνο στις επιπτώσεις του απόλυτου εισοδήματος. Όπως και όλοι οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, έτσι και η εισοδηματική ανισότητα συνδέεται με μια ορισμένη λειτουργία, η οποία όμως δε μπορεί να απομονωθεί ως ένα συγκεκριμένο μέρος της συνολικής παραγωγικής διαδικασίας που διαμορφώνει το κεφάλαιο της υγείας. Αντίθετα, ασκεί κάποια μόχλευση με τέτοιο τρόπο που οι επιδράσεις της να συμβάλλουν αθροιστικά και πολλαπλασιαστικά στην όλη διαδικασία.

Θα πρέπει, επίσης, να δοθεί προσοχή σε μηχανισμούς που αναγνωρίζουν την αλληλεξάρτηση ανάμεσα στην υγεία και παράγοντες που σχετίζονται με την παραγωγή του εισοδήματος, όπως είναι η εργασιακή ασφάλεια. Έτσι, μέσα από μια διαδικασία αντίστροφης αιτιότητας, καθώς και στο πλαίσιο μιας καλύτερης υγειονομικής περίθαλψης, θα μπορούσαν να περιοριστούν οι συνέπειες της κακής υγείας και, κατ' επέκταση, οι επιπτώσεις των εισοδηματικών ή άλλων

²⁰⁷ Για περισσότερα για την έννοια της συνέργειας βλ. Corning (1998).

ανισοτήτων (Deaton, 2002). Σε κάθε περίπτωση, ακόμη και αν θεωρήσουμε αδύναμη τη σχέση μεταξύ της θνησιμότητας και της εισοδηματικής ανισότητας, θα μπορούσαμε να υποθέσουμε ότι αυτή επηρεάζει άλλες διαστάσεις της υγείας, όπως είναι η ποιότητα ζωής (Lynch και Smith, 2002).

Ο υλικός και ο ψυχοκοινωνικός μηχανισμός συνήθως αντιμετωπίζονται ανταγωνιστικά και σε πολλές περιπτώσεις ως αμοιβαία αποκλειόμενες εξηγήσεις. Ωστόσο, δεν φαίνεται να υπάρχει κάποια λογική βάση για να μην λειτουργούν συμπληρωματικά (αθροιστικά) ή και συνεργιστικά –κατά την έννοια που συζητήσαμε προηγουμένως– αναλόγως του συγκεκριμένου πλαισίου (Macintyre, 1997a). Γενικότερα, η επιλογή ενός από τους δύο μηχανισμούς (υλικού ή ψυχοκοινωνικού) σχετίζεται με την αντίστοιχη προτίμηση της απόλυτης ή της σχετικής κοινωνικής θέσης στην επιστημονική έρευνα (Arcaya κ.ά., 2015). Στην πρώτη περίπτωση γίνονται δεκτοί οι ορισμοί της φτώχειας σε σχέση με ένα σταθερό χρηματικό σημείο αναφοράς, ενώ στη δεύτερη η φτώχεια ορίζεται συγκριτικά με το δεδομένο εισόδημα των υπολοίπων στην εισοδηματική κατανομή. Κατά τη σύλληψη της απόλυτης φτώχειας, θεωρείται ότι η υγεία του ατόμου δεν επηρεάζεται από την αύξηση του εισοδήματος των υπολοίπων, εφόσον οι οικονομικοί πόροι του ίδιου παραμένουν αμετάβλητοι. Κατά την οπτική της σχετικής φτώχειας, τα αγαθά που απαιτούνται για την πλήρη κοινωνική συμμετοχή εξαρτώνται από το μέσο οικονομικό επίπεδο, με συνέπεια να δραστηριοποιούνται ψυχοκοινωνικοί μηχανισμοί βλαπτικοί για την υγεία του ατόμου που οι οικονομικοί του πόροι παραμένουν σταθεροί καθώς των υπολοίπων μελών της κοινωνίας αυξάνονται. Έτσι, έχουν προταθεί διάφοροι δείκτες της πολυδιάστατης φτώχειας από τη βιβλιογραφία, όπως είναι ο δείκτης Townsend στο Ηνωμένο Βασίλειο, ο οποίος έλαβε υπόψη του, μεταξύ άλλων, την ένδυση, τη διατροφή, την εκπαιδευτική βαθμίδα, τη στέγαση, την εργασία και την ψυχαγωγία (Townsend, 2014).

4.3.2. Περιουσία/πλούτος και ποιότητα στέγασης

Το εισόδημα των ατόμων επηρεάζεται από τη διαγενεακή μεταβίβαση του πλούτου (Benzval κ.ά., 2014). Ο πλούτος αποτελεί τα περιουσιακά στοιχεία του ατόμου που έχουν συσσωρευτεί με την πάροδο του χρόνου (Braveman

κ.ά., 2005) και μπορεί να υπολογιστεί με την αφαίρεση των ανεξόφλητων χρεών και υποχρεώσεων από την οικονομική αξία των υπαρχόντων περιουσιακών στοιχείων (π.χ. κατοικίες και γη, αποταμιεύσεις, μετοχές, χρηματοοικονομικές επενδύσεις και άλλα κινητά περιουσιακά στοιχεία, επιχειρήσεις) (Galobardes κ.ά., 2006a). Κάποιες μελέτες χρησιμοποιούν και μη χρηματικούς δείκτες του πλούτου, όπως είναι η ιδιοκτησία σπιτιού ή αυτοκινήτου (Pollack κ.ά., 2007).

Ενώ το εισόδημα αποτελεί έναν δείκτη των οικονομικών πόρων ενός ατόμου για μια συγκεκριμένη περίοδο, ο πλούτος εκφράζει καλύτερα τους μακροπρόθεσμους οικογενειακούς πόρους και, επομένως, τους πραγματικά διαθέσιμους πόρους καθόλη τη διάρκεια της ζωής του (Braveman κ.ά., 2005). Ειδικότερα, ο πλούτος μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά σε περιόδους χαμηλού εισοδήματος, όπως στην περίπτωση της ανεργίας και της ασθένειας (Cubbin κ.ά., 2011). Επιπλέον, αποκτάει μεγαλύτερη βαρύτητα για τους ηλικιωμένους, των οποίων το εισόδημα πέφτει σημαντικά μετά τη συνταξιοδότηση (Benzval κ.ά., 2014· Geyer κ.ά., 2014), καθώς και για τις εθνικές/φυλετικές κοινωνικοοικονομικές ανισότητες, οι οποίες είναι μεγαλύτερες σε σχέση με τον πλούτο από ό,τι με το εισόδημα (Cubbin κ.ά., 2011). Ο πλούτος αποτελεί έναν σημαντικό προσδιοριστή της υγείας, ακόμη και μετά τον έλεγχο των επιδράσεων του εισοδήματος και άλλων κοινωνικοοικονομικών παραγόντων (Pollack κ.ά., 2007). Αποτελεί ένα απόθεμα το οποίο λειτουργεί προστατευτικά έναντι της εργασιακής αβεβαιότητας, μειώνει το στρες στα νοικοκυριά και τα επιτρέπει να διαβιούν σε κοινότητες με επαρκείς πόρους (Adler και Stewart, 2009· Geyer κ.ά., 2014).

Η στέγαση αποτελεί συνήθως τη βασική συνιστώσα του πλούτου και συνιστά ένα μεγάλο ποσοστό των εξόδων (Galobardes κ.ά., 2006b). Τα νοικοκυριά υψηλότερου εισοδήματος έχουν πρόσβαση σε καλύτερης ποιότητας στέγαση. Ωστόσο, μέτρα κοινωνικής πολιτικής μπορούν να βελτιώσουν τη στέγαση και στα φτωχότερα στρώματα, με τις δυνατότητές τους να επηρεάζονται και από την γενικότερη κατάσταση στην αγορά των ακινήτων (π.χ. οι τιμές) (Aittomaki κ.ά., 2010). Τα ακίνητα αποτελούν ένα περιουσιακό στοιχείο, που μπορεί να παράγει πρόσθετο εισόδημα ή πλούτο στους

ιδιοκτήτες τους ή και οικονομικές απώλειες, αναλόγως της απόδοσης της σχετικής αγοράς (Searle κ.ά., 2009).

Τα χαρακτηριστικά της στέγασης αξιολογούν κυρίως τις υλικές συνθήκες διαβίωσης του ατόμου (Galobardes κ.ά., 2006c). Έχει διαπιστωθεί ότι η διαβίωση σε κακής ποιότητας σπίτια κατά την παιδική ηλικία εξακολουθεί να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για αναπηρίες και κακή υγεία και για τους ενήλικες (Marsh κ.ά., 2000). Πέρα από τη χρησιμότητα τους ως ενός γενικού δείκτη της κοινωνικοοικονομικής θέσης, οι συνθήκες της στέγασης μπορούν να αποτελέσουν συγκεκριμένους μηχανισμούς εκδήλωσης κάποιων ασθενειών (Galobardes κ.ά., 2006c). Χαρακτηριστικά της στέγασης, όπως η κακή δομική ακεραιότητα, η αδυναμία ρύθμισης της θερμοκρασίας, η απουσία ικανοποιητικού αερισμού και η παρουσία υγρασίας, μπορούν να οδηγήσουν στην ανάπτυξη και τη μετάδοση επικίνδυνων βιολογικών (π.χ. μούχλα, μικρόβια/ιούς, εισβολές τρωκτικών) και χημικών παραγόντων κινδύνου της υγείας, ενώ η κακή ή ανεπαρκής κατασκευή, επίπλωση και εξοπλισμός αυξάνουν τις πιθανότητες των ατυχημάτων (Thomson κ.ά., 2013). Για παράδειγμα, η φυματίωση αποτελεί έναν παθογόνο παράγοντα που μεταφέρεται μέσω του αέρα. Επομένως, η πρόσβαση σε κατοικία με μεγαλύτερο αριθμό παραθύρων και, κατ' επέκταση, σε καθαρό αέρα, θα ήταν δυνατόν να μειώσει την έκθεση στον σχετικό κίνδυνο (Murphy και Egger, 2002).

Αν και η στέγαση εκφράζει κυρίως το φυσικό περιβάλλον και τα περιουσιακά στοιχεία (ή βάρη), η σχέση μεταξύ των χαρακτηριστικών της στέγασης και της υγείας μπορεί να αφορά και στον ψυχοκοινωνικό μηχανισμό (Benzeval κ.ά., 2014). Για παράδειγμα, η έλλειψη επαρκούς χώρου σε σχέση με τις ανάγκες των μελών του νοικοκυριού μπορεί να οδηγήσει στην αίσθηση της έλλειψης ιδιωτικότητας και ελέγχου, σε εντάσεις στις προσωπικές σχέσεις και σε αυξημένο στρες (Gibson κ.ά., 2011). Ακόμη, το περιβάλλον του σπιτιού και της γειτονιάς επηρεάζει την αντιλαμβανόμενη σχετική κοινωνική θέση, το οποίο μπορεί να έχει αντίκτυπο στην υγεία μέσω του ψυχοκοινωνικού μηχανισμού της σχετικής αποστέρησης (Kearns κ.ά., 2013).

Η ποιότητα της στέγασης μπορεί να επιδράσει αρνητικά και στη συμπεριφορά των ενοίκων, όπως με την έλλειψη λειτουργικού εξωτερικού

χώρου για φυσική δραστηριότητα ή την έλλειψη επαρκούς εσωτερικού χώρου για εργασία, σχολική προετοιμασία, μαγείρεμα ή κοινωνικοποίηση (Thomson κ.ά., 2013· Benzeval κ.ά., 2014). Έπειτα, η τοποθεσία της κατοικίας επηρεάζει μια σειρά από νεο-υλικούς παράγοντες, όπως είναι η πρόσβαση σε υποδομές και υπηρεσίες, υγειονομική περίθαλψη και εργασιακές και εκπαιδευτικές ευκαιρίες. Επιπλέον, η κατοικία σχετίζεται και με την κοινότητα με την οποία διαδρά το νοικοκυριό, με κάθε κοινότητα να συνδέεται με ένα διαφορετικό επίπεδο κοινωνικής συνοχής και κοινωνικού κεφαλαίου (Benzeval κ.ά., 2014).

Οι σχετικοί με τη στέγαση δείκτες χρησιμοποιούνται τόσο σε βιομηχανοποιημένες όσο και σε μη βιομηχανοποιημένες χώρες –ιδίως στο Ηνωμένο Βασίλειο– καθότι διαθέτουν μια δυνατότητα προσαρμογής στις ιδιαιτερότητες των συγκεκριμένων ομάδων ανθρώπων ή περιοχών στις οποίες πρόκειται να εφαρμοστούν (Galobardes κ.ά., 2006b). Οι δείκτες αυτοί χρησιμοποιούνται ευρέως, καθότι είναι εύκολο να συλλεχθούν δεδομένα για αυτούς, ενώ παρέχουν και τη δυνατότητα σύνδεσης ασθενειών με συγκεκριμένους μηχανισμούς (Galobardes κ.ά., 2006c). Ο κύριος περιορισμός τους αφορά στο ιδιαίτερο χρονικό ή γεωγραφικό περιβάλλον στο οποίο αναπτύσσονται, το οποίο καθιστά δύσκολη την πραγματοποίηση συγκρίσεων μεταξύ διαφορετικών μελετών (Galobardes κ.ά., 2006b).

Οι Galobardes κ.ά. (2006b· 2006c) συγκέντρωσαν τους σημαντικότερους δείκτες στέγασης που σχετίζονται με την κοινωνικοοικονομική θέση. Ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος τέτοιος δείκτης είναι το καθεστώς στέγασης, δηλαδή το εάν η κατοικία είναι ιδιόκτητη ή ενοικιαζόμενη. Οι ανέσεις του σπιτιού, όπως είναι η πρόσβαση σε ζεστό νερό και οικιακό αποχωρητήριο, αλλά και γενικότερα εκείνες που έχει στη διάθεσή του το νοικοκυριό, όπως είναι η κατοχή ψυγείου, πλυντηρίου και αυτοκινήτου, καταγράφουν σε σημαντικό βαθμό τις υλικές συνθήκες αλλά και διάφορους μηχανισμούς ασθενειών. Σε κάθε περίπτωση, η χρησιμότητα αυτών των δεικτών καθορίζεται από το περιβάλλον στο οποίο αναπτύσσονται, καθότι αν υπάρχει καθολική πρόσβαση σε ένα αγαθό, τότε η προσέγγιση της ποιότητας στέγασης βάσει αυτού του αγαθού δεν παρουσιάζει ιδιαίτερη ικανότητα διάκρισης μεταξύ των διάφορων κοινωνικοοικονομικών κατηγοριών (Galobardes κ.ά., 2006b· Galobardes κ.ά., 2006c).

Άλλοι σχετικοί δείκτες που χρησιμοποιούνται αφορούν συγκεκριμένα στις συνθήκες στέγασης, όπως είναι το επίπεδο της υγρασίας και τα υλικά κατασκευής. Σε αυτό το πλαίσιο εφαρμόζεται και ο βαθμός συνωστισμού στο νοικοκυριό, με βάση τον οποίο αξιολογείται η σχέση του αριθμού των ατόμων με τον αριθμό των διαθέσιμων δωματίων ή, γενικότερα, τον διαθέσιμο χώρο (Galobardes κ.ά., 2006b· Galobardes κ.ά., 2006c). Η ύπαρξη συνωστισμού αφενός φανερώνει τις χαμηλές οικονομικές δυνατότητες του νοικοκυριού, και αφετέρου μπορεί να αποτελέσει παράγοντα ευκολότερης διάδοσης μολυσματικών ασθενειών, όπως είναι η ιλαρά, καθώς και να αυξήσει το στρες (Burström κ.ά., 1999). Τέλος, έχουν διαμορφωθεί και σύνθετοι δείκτες που ενσωματώνουν περισσότερες συνθήκες στέγασης και χαρακτηριστικά του άμεσου περιβάλλοντος, όπως είναι ο «broken windows index» (Cohen κ.ά., 2000a) και ο «social standing of the habitat» (Galobardes και Morabia, 2003).

4.3.3. Εκπαίδευση

Το μορφωτικό επίπεδο αποτελεί καταρχάς έναν γενικό δείκτη της κοινωνικοοικονομικής θέσης (Lynch και Kaplan, 2000· Galobardes κ.ά., 2006b). Η εκπαίδευση συνδέεται και με έναν κοινωνικό συμβολισμό και την προσωπική αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στην κοινωνική ιεραρχία (subjective social status), η οποία φαίνεται να επηρεάζει την υγεία ακόμη και μετά τον έλεγχο της επίπτωσης των άλλων συμβατικών μέτρων της κοινωνικοοικονομικής θέσης (Galobardes κ.ά., 2006b· Egerter κ.ά., 2011).

Έπειτα, το επίπεδο εκπαίδευσης συλλαμβάνει τα σχετιζόμενα με τη γνώση προσόντα ενός ατόμου (Lynch και Kaplan, 2000), τα οποία βελτιώνουν τις κοινωνικές δεξιότητες που καθιστούν δυνατή την κοινωνική ανέλιξη (Οικονόμου, 2013). Έτσι, η μόρφωση είναι ένας πόρος που επιτρέπει την παραγωγή άλλων πόρων, καθώς αυξάνει τις πιθανότητες απασχόλησης (παρά τις όποιες διακυμάνσεις της οικονομίας) και δίνει πρόσβαση σε επαγγέλματα με

υψηλότερες απολαβές, παροχές και καλύτερες συνθήκες εργασίας (Ross και Mirowsky, 2011· Braveman και Gottlieb, 2014)²⁰⁸.

Ακόμη, το περιβάλλον του τυπικού συστήματος εκπαίδευσης ενθαρρύνει την ανάπτυξη των κοινωνικών σχέσεων αλλά και των διαπροσωπικών ικανοτήτων των ατόμων. Τα κοινωνικά δίκτυα ενισχύουν το κοινωνικό κεφάλαιο, παρέχοντας τόσο συναισθηματική (προστασία από τις αρνητικές συναισθηματικές και συμπεριφορικές αποκρίσεις σε στρεσογόνες καταστάσεις) όσο και πρακτική (π.χ. πρόσβαση σε πληροφορίες και πόρους, ευκαιρίες απασχόλησης) υποστήριξη σε αυτά. Επιπλέον, τα άτομα με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και, κατ' επέκταση, εισόδημα και κοινωνικά πλεονεκτήματα, μπορεί να έχουν και περισσότερο χρόνο και πόρους για να συντηρήσουν αυτά τα κοινωνικά δίκτυα (Egarter κ.ά., 2011). Αυτό συνεπάγεται υψηλότερη πιθανότητα ύπαρξης επαρκούς κοινωνικής υποστήριξης μεταξύ των ανθρώπων που ανήκουν σε υψηλότερα κοινωνικά στρώματα (Berkman κ.ά., 2014).

Η επίπτωση της εκπαίδευσης στην υγεία δεν σχετίζεται μόνο με υλικούς (π.χ. εισόδημα, πλούτος, συνθήκες διαβίωσης) αλλά και με άυλους (π.χ. ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, αίσθηση ελέγχου) πόρους (Ross και Mirowsky, 2011). Κατά τον Bourdieu (1984), η εκπαίδευση συνδέεται με το πολιτισμικό κεφάλαιο και, επομένως, μπορεί να σχετίζεται με διαφορές στον τρόπο ζωής, τα μέσα, τους μηχανισμούς αντιμετώπισης και τη σχετιζόμενη με την υγεία συμπεριφορά (Dahl, 1994). Το υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης μπορεί να ενισχύσει τη σχετιζόμενη με την υγεία γνώση και τη δυνατότητα αξιοποίησής της (health literacy). Αυτό με τη σειρά του βελτιώνει τη διαδικασία λήψης των αποφάσεων που αφορούν στην υγεία και προωθεί την επιλογή πιο υγιεινών τρόπων ζωής που μειώνουν τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα (Smith κ.ά., 1998· Ross και Mirowsky, 2011· Braveman και Gottlieb, 2014).

²⁰⁸ Ωστόσο, οι οικονομικές αποδόσεις της εκπαίδευσης μπορεί να διαφέρουν αναλόγως της φυλετικής ή εθνικής ομάδας ή και του φύλου (Lynch και Kaplan, 2000).

Ωστόσο, ο παραπάνω μηχανισμός της ενίσχυσης της σχετιζόμενης με την υγεία γνώσης δεν φαίνεται να έχει τελικά τόσο σημαντικό αντίκτυπο (Berkman κ.ά., 2014). Πιο βάσιμη φαίνεται να είναι η υπόθεση σύμφωνα με την οποία η εκπαίδευση επηρεάζει τη μακρόχρονη γνωστική και συναισθηματική λειτουργία των ατόμων, με συνέπεια να γίνονται πιο δεκτικά σε μηνύματα δημόσιας υγείας. Επιπλέον, βελτιώνεται παράλληλα και η επικοινωνία τους με τις υπηρεσίες υγείας και η πρόσβαση και η χρήση των πιο κατάλληλων από αυτές (Galobardes κ.ά., 2006b). Αυτό συμβαίνει διότι είτε τα μηνύματα είναι συνήθως γραμμένα σε μια πιο επιτηδευμένη γλώσσα είτε διότι οι υλικοί ή πολιτισμικοί πόροι του μορφωμένου ατόμου διευκολύνουν την προσαρμογή του στις εκάστοτε ιατρικές ανάγκες του (Blane, 2003· Egerter κ.ά., 2011). Γενικές δεξιότητες, όπως είναι η δυνατότητα αφηρημένης σκέψης, καθυστέρησης της ικανοποίησης και συμμόρφωσης με κανόνες, μπορεί να προωθήσουν την επιλογή προστατευτικών για την υγεία επιλογών καθόλη τη διάρκεια της ζωής (Berkman κ.ά., 2014).

Έπειτα, η αυξημένη αίσθηση προσωπικού ελέγχου που συνδέεται με το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο αυξάνει την αναζήτηση οδηγιών για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και, επομένως, την πιθανότητα διακοπής καπνίσματος, αυτοσυγκράτησης στην κατανάλωση αλκοόλ κ.λπ. (Ross και Mirowsky, 2011). Αυτό συμβαίνει διότι οι θετικές αντιλήψεις για τον προσωπικό έλεγχο ενισχύουν ικανότητες, συνήθειες και στάσεις (π.χ. επίλυση προβλημάτων, σκοπιμότητα δράσης, αποφασιστικότητα, επιμονή και αυτοπεποίθηση) που ενδυναμώνουν τις αντιλήψεις των ανθρώπων για το ότι είναι οι δικές τους πράξεις και συμπεριφορές που διαμορφώνουν τις συνθήκες της ζωής τους. Από την άλλη πλευρά, χαμηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης δίνουν ώθηση στη μοιρολατρία και σε μια αίσθηση αδυναμίας επηρεασμού της υγείας και της ζωής τους γενικότερα. Επιπλέον, η αίσθηση ελέγχου επηρεάζει την υγεία και έμμεσα, μέσω της επίπτωσής της στη διαδικασία αναζήτησης εργασίας αλλά και την ίδια την εργασιακή απόδοση (Egerter κ.ά., 2011). Η παραπάνω τάση ενισχύεται και από τη δυνατότητα που παρέχει το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης (καθώς συνδέεται με υψηλότερες απολαβές) για διαβίωση σε περιβάλλοντα που προωθούν την υγεία (π.χ. λιγότερο στρεσογόνοι παράγοντες, υψηλότερη διαθεσιμότητα οικονομικά προσιτού

υγιεινού φαγητού, πρόσβαση σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες) (Egarter κ.ά., 2011).

Επίσης, οι πνευματικά απαιτητικές δραστηριότητες που σχετίζονται με την εκπαίδευση μπορούν να λειτουργήσουν προστατευτικά έναντι της άνοιας και άλλων νευρολογικών παθήσεων (Kramer κ.ά., 2004). Σε κάθε περίπτωση, ο χρόνος που αφιερώνεται στην εκπαίδευση συνιστά επίσης χρόνο που δεν αφιερώνεται σε άλλες δραστηριότητες, κάποιες από τις οποίες μπορεί να είναι επιζήμιες για την υγεία, όπως είναι η χρήση ναρκωτικών, η κατανάλωση αλκοόλ και η παραβατική δραστηριότητα (Berkman κ.ά., 2014).

Γενικότερα, φαίνεται να υπάρχει μια αιτιώδης και χρονική διάταξη της σημαντικότητας των επιπτώσεων των διαφόρων δεικτών της κοινωνικοοικονομικής θέσης, με το μορφωτικό επίπεδο να προσδιορίζει σε σημαντικό βαθμό τις επαγγελματικές ευκαιρίες και, κατ' επέκταση, το εισόδημα και τις συνθήκες ζωής κατά την ενήλικη ζωή (Smith κ.ά., 1998· Blane, 2003· Galobardes κ.ά., 2006b· Solar και Irwin, 2010). Η εκπαίδευση καθορίζεται πρωτίστως από τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των γονέων, και συνήθως ολοκληρώνεται κατά την αρχή της ενήλικης ζωής (Blane, 2003· Galobardes κ.ά., 2006b· Solar και Irwin, 2010), αντίθετα με το επάγγελμα (Smith κ.ά., 1998). Επομένως, αντιπροσωπεύει σε σημαντικό βαθμό τους υλικούς, πνευματικούς και άλλους πόρους της οικογένειας και των συνθηκών διαβίωσης στα πρώτα χρόνια της ζωής, ενώ επηρεάζεται και από την πρόσβαση και την απόδοση του παιδιού στην πρωτοβάθμια και τη δευτεροβάθμια βαθμίδα εκπαίδευσης (Lynch και Kaplan, 2000· Blane, 2003· Galobardes κ.ά., 2006b). Κατά τη θεωρία της «εναλλαγής πόρων» (resource substitution theory), τα οφέλη υγείας από το επίπεδο μόρφωσης του ατόμου φαίνεται να είναι μεγαλύτερα σε εκείνους που έχουν λιγότερους εναλλακτικούς πόρους. Επομένως, η μόρφωση μπορεί να υπερακοντίσει τελικά τα μειονεκτήματα υγείας που συνδέονται με ένα μη προνομιούχο οικογενειακό περιβάλλον (Ross και Mirowsky, 2011). Σε αυτό το πλαίσιο, σημαντικό αντίκτυπο φαίνεται να έχουν προγράμματα για τη βελτίωση των μαθησιακών και κοινωνικών ικανοτήτων των παιδιών χαμηλού κοινωνικοοικονομικού υποβάθρου, προκειμένου να ξεκινήσουν τη σχολική εκπαίδευση με

προϋποθέσεις ίδιες με εκείνες των πιο προνομιούχων συνομηλίκων τους (Berkman κ.ά., 2014).

Σύμφωνα με τον Grossman, τα άτομα με υψηλότερη εκπαίδευση τείνουν να είναι πιο αποτελεσματικά στην παραγωγή του κεφαλαίου της υγείας (Fuchs, 1979). Ο Fuchs (1979) υποστήριξε ότι αυτή η διαφορά αποτελεσματικότητας προκύπτει περισσότερο από το ότι τόσο η μόρφωση όσο και η υγεία αποτελούν εκδηλώσεις της διαφορετικής επιθυμίας ή ικανότητας των ατόμων να επενδύουν στο ανθρώπινο κεφάλαιο. Πρόκειται για διαφοροποιήσεις στις προτιμήσεις των ατόμων για μακροπρόθεσμες επενδύσεις (time preferences), καθότι αμφότερες η εκπαίδευση και η υγεία συνδέονται με την ανάληψη τρεχουσών κοστών προς χάριν μελλοντικών οφελών (Fuchs, 1979· Blane, 2003). Συνεπώς δεν είναι άμεση η σύνδεση μεταξύ της υγείας και της εκπαίδευσης, αλλά η σχέση αυτή συγχέεται από υποκείμενους, μη παρατηρήσιμους παράγοντες που συνδέονται τόσο με την υγεία όσο και με τη μόρφωση.

Τέλος, σύμφωνα με το θεωρητικό υπόδειγμα της κοινωνικής επιλογής, υπάρχει και η περίπτωση της αντίστροφης αιτιότητας, όπου η κακή κατάσταση υγείας κατά την παιδική ηλικία μπορεί να δημιουργήσει περιορισμούς σε σχέση με τη φοίτηση και τις σχολικές επιδόσεις αλλά και την προδιάθεση προς την ενήλικη νοσηρότητα και την πρόωρη θνησιμότητα (Blane, 2003). Θα πρέπει ακόμη να σημειωθεί ότι, ενώ οι εκπαιδευτικές ανισότητες υγείας φαίνεται να έχουν διευρυνθεί σύμφωνα με κάποιες μελέτες (Olshansky κ.ά., 2012b· Montez και Zajacova, 2013), αυτό δεν σημαίνει απαραίτητα ότι οι συνθήκες έχουν επιδεινωθεί για τα μειονεκτούντα άτομα, όπως παρατηρούν οι Berkman κ.ά. (2014). Αυτό διότι η ανοδική κοινωνική κινητικότητα μπορεί να έχει οδηγήσει στη συρρίκνωση της περισσότερο μειονεκτούσας ομάδας, αφήνοντας πίσω άτομα τα οποία επιβαρύνονται από πολλαπλά κοινωνικά μειονεκτήματα.

Το επίπεδο εκπαίδευσης μπορεί να μετρηθεί είτε ως έτη ολοκληρωθείσας εκπαίδευσης (συνεχή μεταβλητή) ή ως στάδια εκπαίδευσης (ιεραρχική μεταβλητή) είτε αξιολογώντας την επίτευξη κάποιων εκπαιδευτικών οροσήμων, όπως είναι η λήψη κάποιου πτυχίου ή διπλώματος. Στην πρώτη περίπτωση θεωρείται ότι κάθε χρόνος (ή στάδιο) εκπαίδευσης έχει την ίδια συμβολή στην

κοινωνικοοικονομική θέση του ατόμου, ενώ στη δεύτερη δίνεται μεγαλύτερη βαρύτητα σε συγκεκριμένα επιτεύγματα (Galobardes κ.ά., 2006b· Muntaner κ.ά., 2013). Έχει διαπιστωθεί ότι είναι εύκολη η συλλογή στοιχείων για την εκπαίδευση, καθότι αφενός παρουσιάζει υψηλή ανταπόκριση, όντας εφαρμόσιμη σε όλους τους ανθρώπους και πλαίσια, και αφετέρου τα δεδομένα που συγκεντρώνονται είναι πιο αξιόπιστα τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες. Επιπλέον, συνήθως καθορίζεται νωρίς κατά τη διάρκεια της ζωής και στη συνέχεια τείνει να παραμένει σταθερή. Τέλος, υπάρχει η δυνατότητα σύγκρισης μεταξύ πολιτών διαφορετικών κρατών (Ross και Mirowsky, 2011).

Ωστόσο, η ερμηνεία του επιπέδου εκπαίδευσης μπορεί να συγχέεται από την κοόρτη στην οποία ανήκει το άτομο. Γενικότερα, τα άτομα χαμηλότερης εκπαίδευσης ανήκουν συνήθως σε παλαιότερες κοόρτες, καθώς οι εκπαιδευτικές ευκαιρίες των γυναικών ή άλλων μειονοτικών ομάδων είναι πολύ περισσότερες από ό,τι στο παρελθόν (Galobardes κ.ά., 2006b). Επιπλέον, η συγκεκριμένη κοινωνική και οικονομική αποτίμηση της εκπαίδευσης μεταβάλλεται στον χρόνο αλλά και σε σχέση με τις διαφορετικές κουλτούρες (Lynch και Kaplan, 2000). Πρόβλημα στην αξιολόγηση της σημασίας της εκπαίδευσης δημιουργείται και από την ύπαρξη διαφορετικών εκπαιδευτικών συστημάτων. Επίσης, δεν λαμβάνεται υπόψη και η ποιότητα της εκπαιδευτικής εμπειρίας και, κατ' επέκταση, οι πραγματικές επιπτώσεις της στις γνωστικές και αναλυτικές ικανότητες του ατόμου (Galobardes κ.ά., 2006b· Berkman κ.ά., 2014). Συνολικά, λοιπόν, η επίδραση της εκπαίδευσης στην υγεία θα μπορούσε να είναι πιο ξεκάθαρη αν υπήρχε πληροφόρηση για τους συγκεκριμένους, κοινωνικούς, υλικούς, ψυχολογικούς και γνωστικούς πόρους που παρέχει σε κάθε άτομο (Lynch και Kaplan, 2000).

4.3.4. Επάγγελμα

Οι Janlert και Hammarström (2009) αναγνωρίζουν τρεις ερευνητικές παραδόσεις για τη σχέση μεταξύ επαγγέλματος και υγείας: α) η βιοϊατρική παράδοση επικεντρώνεται στους σχετικούς φυσιολογικούς και βιολογικούς μηχανισμούς, β) η κοινωνιολογική παράδοση ενδιαφέρεται για τις συνέπειες της απώλειας της εργασίας στις υλικές συνθήκες διαβίωσης και γ) η ψυχολογική

παράδοση ασχολείται με τις ψυχολογικές επιπτώσεις της ανεργίας. Το επάγγελμα καταρχάς τοποθετεί το άτομο στην κοινωνική ιεραρχία, κατά τη σύλληψη του Weber, προσδίδοντάς του ανάλογες ευκαιρίες και περιορισμούς και πρόσβαση σε υλικούς πόρους (χρηματικές απολαβές και άλλες παροχές), ισχύ και άλλα πλεονεκτήματα που καθορίζουν τον ευνοϊκό ή δυσμενή χαρακτήρα του περιβάλλοντος ως προς την υγεία (Galobardes κ.ά., 2006b· Ross και Mirowsky, 2011· Οικονόμου, 2013). Από την άλλη πλευρά, το επάγγελμα μπορεί να αναφέρεται και στις εργασιακές σχέσεις κυριαρχίας και εκμετάλλευσης (Solar και Irwin, 2010). Οι διάφορες επαγγελματικές κατηγορίες συνδέονται επίσης με διαφορετικές συνθήκες απασχόλησης, όπως είναι οι φυσικές απαιτήσεις, η υγιεινή και η επικινδυνότητα. Πολλά επαγγέλματα – συνήθως χαμηλότερων εκπαιδευτικών προσόντων– συνδέονται με εργασία σε επικίνδυνα περιβάλλοντα, όπου υπάρχει έκθεση σε βιολογικούς και χημικούς παράγοντες, ακτινοβολία, θόρυβο, κρύο, σκόνη και άλλους ρύπους (Lynch και Kaplan, 2000). Μπορούμε να υποθέσουμε, λοιπόν, ότι η ανομοιότητα στις συνθήκες εργασίας οδηγεί σε διαφορετικές επιδράσεις του επαγγέλματος στην υγεία των εργαζομένων (Schrijvers κ.ά., 1998). Έχει διαπιστωθεί ότι τα ποσοστά θνησιμότητας στα χειρωνακτικά επαγγέλματα είναι πολύ υψηλότερα από ό,τι στα μη χειρωνακτικά, με το χάσμα να παρουσιάζει μάλιστα αυξητικές τάσεις (Marmot και McDowall, 1986· Blane κ.ά., 1990). Συνεπώς, για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ανισοτήτων υγείας θα πρέπει να καταβληθούν προσπάθειες για τη βελτίωση των αντίξων εργασιακών συνθηκών στα χαμηλότερου επιπέδου επαγγέλματα.

Υπάρχουν και άλλοι μηχανισμοί, οι οποίοι δεν σχετίζονται αποκλειστικά με τις φυσικές συνθήκες της απασχόλησης και φαίνεται να διαμεσολαβούν μεταξύ της εργασίας και της υγείας, όπως είναι αυτοί που περιγράφονται από το υπόδειγμα του εργασιακού άγχους (occupational strain model) (Marmot και Theorell, 1988· Marmot κ.ά., 1991). Στο πλαίσιο αυτού του μοντέλου, προβάλλονται οι ψυχοκοινωνικές συνθήκες εργασίας, οι οποίες ενεργοποιούν τους διάφορους νευροενδοκρινικούς μηχανισμούς και έχουν ψυχολογικές και φυσιολογικές συνέπειες. Το υπόδειγμα του εργασιακού άγχους των Karasek κ.ά. (1981) τονίζει τις αρνητικές συνέπειες του συνδυασμού του υψηλού ψυχολογικού φόρτου εργασίας με τον χαμηλό έλεγχο λήψης των αποφάσεων

που σχετίζονται με την εργασία²⁰⁹. Η σημασία των ψυχοκοινωνικών διεργασιών σε σχέση με το επάγγελμα επιβεβαιώνεται και από τους Marmot κ.ά. (1997), σύμφωνα με τους οποίους, ο χαμηλός βαθμός ελέγχου στην εργασία αυξάνει τον κίνδυνο για καρδιαγγειακά νοσήματα. Η ελευθερία λήψης των αποφάσεων συνδέεται άμεσα με τη θέση ευθύνης στην επαγγελματική ιεραρχία και, επομένως, ο χαμηλός έλεγχος στην εργασία σχετίζεται με χαμηλότερου επιπέδου θέσεις ευθύνης. Μάλιστα, δεν είναι απαραίτητο αυτό το χαρακτηριστικό να εκφράζει την κοινωνικοοικονομική θέση –διαμέσου του επαγγέλματος– αλλά να διαθέτει και ανεξάρτητη επίδραση στην υγεία (Marmot κ.ά., 1997). Το υπόδειγμα προσπάθειας-ανταμοιβής (effort-reward model) επεκτείνει το μοντέλο απαιτήσεων-ελέγχου, συμπεριλαμβάνοντας και παράγοντες που δεν αφορούν στις απαιτήσεις της εργασίας, όπως είναι οι απολαβές (Siegrist, 1996). Ο συνδυασμός, λοιπόν, συνθηκών υψηλούς προσπάθειας (απαιτήσεις εργασίας) με χαμηλή ανταμοιβή, σε όρους οικονομικούς, κοινωνικούς και προοπτικών εξέλιξης, επιφέρει εργασιακό στρες, το οποίο επενεργεί αρνητικά στην υγεία.

Σημαντική σε σχέση με τα προηγούμενα είναι η επίπτωση του κύρους (status ή prestige) που συνδέεται με το κάθε επάγγελμα στην υγεία, κυρίως μέσω ψυχοκοινωνικών και σχετιζόμενων με τον τρόπο ζωής μηχανισμών (Sacker κ.ά., 2001). Το επαγγελματικό κύρος συνδέεται σε αυτήν την περίπτωση με διαφορετικά γνωρίσματα της εργασίας, όπως είναι η αυτονομία, η εξουσία ή ο έλεγχος, η ασφάλεια και το άγχος, η κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών, καθώς και οι κοινωνικές συμπεριφορές (Muntaner κ.ά., 2013). Επιπλέον, το επάγγελμα μπορεί να αντιπροσωπεύει τα κοινωνικά δίκτυα που είναι διαθέσιμα στο άτομο, καθώς και άλλα προνόμια και πλεονεκτήματα, όπως είναι η πρόσβαση σε καλύτερες υπηρεσίες υγείας, στην εκπαίδευση και σε καλύτερα οικιστικά συγκροτήματα (Galobardes κ.ά., 2006b).

²⁰⁹ Βέβαια, αναγνωρισμένου κύρους επαγγέλματα που συνοδεύονται από υψηλή ισχύ και εξουσία μπορεί να σχετίζονται με μεγαλύτερες διαπροσωπικές εντάσεις και διενέξεις –και εντός της οικίας– αυξάνοντας την ψυχική καταπόνηση (McLeod, 2013).

Ακόμη περισσότερο, η επαγγελματική θέση φαίνεται να σχετίζεται και με τον τρόπο ζωής, επηρεάζοντας συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία, όπως είναι το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ (Οικονόμου, 2013). Οι μεγάλες έρευνες Whitehall I (1967-1977) και II (1985-1988) σε δημοσίους υπαλλήλους της Μ. Βρετανίας ανέδειξαν επίμονες ανισότητες υγείας αναγόμενες στη βαθμολογική θέση στην ιεραρχία (Marmot κ.ά., 1978· Marmot κ.ά., 1991). Εκτός από τις διαφορές στη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα, διαπιστώθηκαν διαφοροποιήσεις και ως προς τον τρόπο ζωής, με τους κατώτερους υπαλλήλους να συνδέονται με υψηλότερο επιπολασμό καπνίσματος, μικρότερη συχνότητα άσκησης και χειρότερες διατροφικές συνήθειες (Marmot κ.ά., 1991). Στις Η.Π.Α., μάλιστα, βρέθηκαν διπλάσιες έως και τριπλάσιες διαφορές στον επιπολασμό της χρήσης ουσιών, της κατάχρησης ή εξάρτησης από το αλκοόλ και των διαταραχών άγχους και της αντικοινωνικής συμπεριφοράς ανάμεσα στα υψηλά και τα χαμηλά επαγγελματικά στρώματα (Eaton, 2001).

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η επαγγελματική κατάσταση συνδέεται με το επίπεδο εκπαίδευσης. Συνεπώς, ένα μέρος των ανισοτήτων υγείας που σχετίζονται με την εκπαίδευση συλλαμβάνονται από το επάγγελμα (Dahl, 1994). Μάλιστα, είναι πιθανό η συμμετοχή σε μια επαγγελματική ομάδα να αντιπροσωπεύει και μια ορισμένη πολιτισμική ταυτότητα. Ως εκ τούτου, έχει σημασία ο συγκεκριμένος τύπος κατηγοριοποίησης των επαγγελματιών και κατά πόσο αυτός βασίζεται στην εκπαίδευση. Κατά τη συνήθη πρακτική, τα άτομα ταξινομούνται βάσει της θέσης τους στην αγορά εργασίας μεταξύ διακριτών επαγγελματικών τάξεων, οι οποίες δημιουργούνται χρησιμοποιώντας πληροφορίες αναφορικά με διάφορα στοιχεία, όπως είναι ο επαγγελματικός τίτλος, οι απαιτούμενες δεξιότητες, οι απολαβές και οι λειτουργίες ηγεσίας (Solar και Irwin, 2010). Οι περισσότερες μελέτες χρησιμοποιούν είτε την τωρινή είτε τη συνήθη θέση στην εργασία για να προσδιορίσουν την κοινωνικοοικονομική θέση των ενηλίκων (Solar και Irwin, 2010). Επιπλέον, σε πολλές περιπτώσεις χρησιμοποιείται το επάγγελμα των γονέων ως ένας δείκτης της κοινωνικοοικονομικής θέσης του παιδιού, καθώς και το επάγγελμα του επικεφαλής του νοικοκυριού (ή το επάγγελμα με το υψηλότερο στάτους στο νοικοκυριό) ως ένας δείκτης του κοινωνικοοικονομικού

επιπέδου των εξαρτώμενων μελών ή συνολικά του νοικοκυριού (Galobardes κ.ά., 2006b).

Υπάρχουν τρεις βασικές προσεγγίσεις μέτρησης της κοινωνικοοικονομικής θέσης με τη χρήση πληροφοριών για το επάγγελμα, οι οποίες σχετίζονται με αντίστοιχα κοινωνιολογικά ρεύματα (Connolly κ.ά., 2016): α) σχήματα κοινωνικών τάξεων, β) κλίμακες κοινωνικής διαστρωμάτωσης και γ) μικροταξικές (microclass) προσεγγίσεις. Τις περιπτώσεις των κοινωνικών τάξεων και των μικροταξικών θεωρήσεων θα τις συζητήσουμε στην ενότητα που αναφέρεται στις σχέσεις μεταξύ των κοινωνικών ομάδων. Οι επαγγελματικές κλίμακες διαστρωμάτωσης διαφέρουν από τα ταξικά σχήματα κατά το ότι, αντί να τοποθετούν απλώς τα άτομα σε ποιοτικά διαφορετικές κατηγορίες, τα κατατάσσουν σε μια συνεχή ή διαβαθμισμένη μονοδιάστατη κλίμακα, η οποία συνήθως μετράει το σχετικό κοινωνικό πλεονέκτημα των ατόμων (Connolly κ.ά., 2016).

Κατά το σχήμα επαγγελματικής ταξινόμησης του British Registrar General's Classification, η κοινωνία αποτελεί μια βαθμιαία ιεραρχία επαγγελματιών (Muntaner κ.ά., 2013). Η ταξινόμηση του πληθυσμού βάσει επαγγέλματος και κλάδου είχε ξεκινήσει στη Μ. Βρετανία από το 1851 (Galobardes κ.ά., 2006a). Ο Stevenson (1913) εφάρμοσε μια οκταβάθμια ταξινόμηση του επαγγέλματος του πατέρα στους δείκτες παιδικής θνησιμότητας για το 1911 στη Μ. Βρετανία, με την επαγγελματική κατηγοριοποίηση να αποτελεί μια κατάταξη βάσει επαγγέλματος και βιομηχανικού κλάδου. Οι σχετικές κατηγορίες ήταν οι ακόλουθες: α) ανώτερες και μεσαίες τάξεις, β) τάξη ενδιαμέσων των α και γ, γ) ειδικευμένοι τεχνίτες, δ) τάξη ενδιαμέσων των γ και ε, ε) ανειδίκευτοι εργάτες, στ) εργαζόμενοι στον κλωστοϋφαντουργικό κλάδο, ζ) ανθρακωρύχοι και η) εργαζόμενοι στη γεωργία (Registrar General, 1913). Στη συνέχεια, ο Stevenson (1928) τροποποίησε αυτήν την ταξινόμηση, χρησιμοποιώντας μόνο τις πρώτες πέντε από τις παραπάνω κατηγορίες, την οποία κατόπιν την εφάρμοσε στην ενήλικη και την παιδική θνησιμότητα. Η σύνδεση του χαμηλότερου στάτους με χειρότερα αποτελέσματα υγείας θεωρήθηκε ως μια ένδειξη αφενός της ορθότητας αυτής κατηγοριοποίησης –μέσα από ένα κυκλικό επιχείρημα βέβαια– και αφετέρου

της κοινωνικής διαβάθμισης της θνησιμότητας. Αυτή η κλίμακα βασιζόταν στο κύρος ή την κοινωνική θέση που συνδεόταν με κάθε επάγγελμα, ενώ μετά από μια νέα αναθεώρηση το 1990, σχετίστηκε περισσότερο με τις δεξιότητες που απαιτούνται για την άσκηση κάθε επαγγέλματος (Galobardes κ.ά., 2006a). Η σύγχρονη μορφή της είναι η ακόλουθη (Galobardes κ.ά., 2006a): I) επαγγελματίες, II) ενδιάμεση τάξη, III-N) υψηλής ειδίκευσης μη χειρωνακτική τάξη, III-M) υψηλής ειδίκευσης χειρωνακτική τάξη, IV) ημι-ειδίκευσης εργαζόμενοι και V) ανειδίκευτοι εργαζόμενοι, ενώ υπάρχει και μια κατηγορία VI) που περιλαμβάνει όλους τους εργαζόμενους στις ένοπλες δυνάμεις, ανεξαρτήτως της θέσης τους. Γενικότερα, αυτή η ταξινόμηση μπορεί να ερμηνευτεί ως ένας δείκτης τόσο της κοινωνικής θέσης ή του κύρους όσο και των υλικών απολαβών και πόρων που συνδέονται με την κατοχή συγκεκριμένων δεξιοτήτων.

Η κλίμακα Cambridge (Cambridge Social Interaction and Stratification Scale ή CAMSIS) αποτελεί ένα ιεραρχικό μέτρο των κοινωνικών αποστάσεων (Chandola, 1998· Prandy, 1999· Galobardes κ.ά., 2006a). Βασίζεται στην ιδέα ότι η κοινωνική διαστρωμάτωση αποτελεί μια ιεραρχική δομή κοινωνικών πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων, η οποία προκύπτει από την άνιση κατανομή των οικονομικών, κοινωνικών και πολιτισμικών πόρων. Τα άτομα, λοιπόν, είναι ενσωματωμένα σε κοινωνικά δίκτυα, τα οποία αντιστοιχούν σε συγκεκριμένες κοινωνικές, πολιτικές, οικονομικές και πολιτισμικές διαδράσεις και καθορίζονται από τις κοινωνικές αποστάσεις μεταξύ των κοινωνικών δρώντων (Connelly κ.ά., 2016). Οι αποστάσεις αυτές προσδιορίζονται εμπειρικά από τις ομοιότητες στον τρόπο ζωής, τις κοινωνικές διαδράσεις και τους πόρους που είναι διαθέσιμοι στις διάφορες επαγγελματικές κατηγορίες. Καθότι οι κλίμακες είναι εμπειρικά παραγόμενες, αναφέρονται σε συγκεκριμένη χώρα και χρόνο κάθε φορά. Η ταξινόμηση αυτή προσιδιάζει στη βεμπεριανή προσέγγιση, κατηγοριοποιώντας τα άτομα σε μια συνεχής κλίμακα ομάδων από τις περισσότερο στις λιγότερο προνομιούχες. Αντιπροσωπεύει τόσο το γενικά κοινωνικά και υλικά πλεονεκτήματα όσο και τις κοινωνικές διαδράσεις τους και, επομένως, και τον τρόπο ζωής και τη συμπεριφορά που σχετίζεται με την υγεία (Galobardes κ.ά., 2006a).

Μια άλλη διαστρωματική κλίμακα είναι η SIOPS (Standard International Occupational Prestige Scale) (Ganzeboom και Treiman, 2003). Ο δείκτης αυτός χρησιμοποιεί ειδικές έρευνες πεδίου για τη συλλογή πληροφοριών που αφορούν στην αξιολόγηση του κύρους των επαγγελμάτων από τους συμμετέχοντες και ταξινομεί τα επαγγέλματα από το λιγότερο στο περισσότερο ευυπόληπτο με βάση τους σχετικούς μέσους όρους τους εντός και μεταξύ των κοινωνιών (Connolly κ.ά., 2016). Η κλίμακα ISEI (International Socio-Economic Index) κατασκευάζεται μέσω της στάθμισης του μέσου προφίλ του σταθεροποιημένου εισοδήματος και των σταθεροποιημένων εκπαιδευτικών προσόντων των κατόχων κάθε επαγγέλματος, ελέγχοντας ως προς τις επιδράσεις της ηλικίας (Ganzeboom κ.ά., 1992). Συνεπώς, ενώ η κλίμακα CAMSIS κατασκευάζεται κάθε φορά για συγκεκριμένες κοινωνίες, οι ταξινομήσεις ISEI και SIOPS μπορούν να εφαρμοστούν στα ίδια επαγγέλματα σε διαφορετικές κοινωνίες (Connolly κ.ά., 2016). Τέλος, κάποια άλλα μέτρα κοινωνικής διαστρωμάτωσης των επαγγελμάτων βασίζονται στο μέσο εισόδημα, τις προοπτικές καριέρας αναφορικά με τη μέση μισθολογική αύξηση και την ποιότητα ή την επιθυμητότητα του επαγγέλματος (Connolly κ.ά., 2016).

Άλλοι δείκτες που σχετίζονται με το επάγγελμα είναι η ανεργία, η επισφάλεια εργασίας και ο τύπος επαγγέλματος. Οι μηχανισμοί που συνδέονται με αυτούς τους δείκτες είναι ποικίλοι και μπορεί να αφορούν, για παράδειγμα, στην έλλειψη υλικών πόρων, τον κοινωνικό αποκλεισμό, την απώλεια της αυτοεκτίμησης και το άγχος για την πιθανή απώλεια της εργασίας (Galobardes κ.ά., 2006a). Η ανεργία μπορεί να έχει αρνητικό αντίκτυπο ως προς τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική υγεία των ατόμων. Καταρχάς, η ανεργία συνεπάγεται μείωση του εισοδήματος και, επομένως, επηρεάζει αρνητικά την υγεία μέσα από υλικές συνέπειες (μείωση της πρόσβασης σε βασικά αγαθά και υπηρεσίες). Έπειτα, η ανεργία συνδέεται και με ψυχοκοινωνικές συνέπειες, όπως είναι το στίγμα, ο κοινωνικός αποκλεισμός και η απώλεια της αυτοεκτίμησης (Beckfield κ.ά., 2015). Τα άνεργα άτομα δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις προσδοκίες και τις κανονικότητες που επιβάλλει η κοινωνία σε αυτά, αδυνατώντας να εκπληρώσουν βασικές ψυχικές και συναισθηματικές ανάγκες τους. Κατά αυτόν τον τρόπο, βιώνουν ένα διπλό ψυχικό βάρος: εξωτερικό (κοινωνικό) και εσωτερικό (Rantakeisu κ.ά., 1997), το οποίο αυξάνει

τη συχνότητα των ψυχολογικών προβλημάτων (Herbig κ.ά., 2013) και τον κίνδυνο υιοθέτησης επιζήμιων για την υγεία συμπεριφορών, όπως είναι η κατανάλωση αλκοόλ και οι αυτοκτονίες (Browning και Heinesen, 2012· Classen και Dunn, 2012). Ωστόσο, ρόλο διαδραματίζει και το χρονικό διάστημα της ανεργίας, καθώς οι μακροπρόθεσμα άνεργοι παρουσιάζουν χειρότερες εκβάσεις υγείας σε σχέση με τους μακροχρόνια ανέργους (Chandola και Conibere, 2015).

Οι χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις υφίστανται υψηλότερο κίνδυνο ανεργίας, αλλά οι πολιτικές κοινωνικής προστασίας μπορούν να μετριάσουν τις υγειονομικές επιπτώσεις της ανεργίας, ιδίως στη σχέση μεταξύ της φτώχειας, της ανεργίας και της υγείας. Γενικότερα, οι βασιζόμενες στην ανεργία ανισότητες εξαρτώνται από το επίπεδο της ανεργίας, την ηλικιακή δομή των εργαζόμενων και των ανέργων πληθυσμών, τη μορφή των επιδομάτων ανεργίας και, ειδικότερα, τη γενναιοδωρία τους (ποσοστό εισοδηματικής υποκατάστασης), τη διάρκεια καταβολής των παροχών, την περίοδο επιλεξιμότητας και τις προϋποθέσεις και τον χρόνο αναμονής για την ενεργοποίηση των σχετικών δικαιωμάτων (Beckfield κ.ά., 2015). Αντι-κυκλικές πολιτικές μπορεί να ωθήσουν στην οικονομική ανάπτυξη και την αύξηση της ζήτησης της εργασίας. Ωστόσο, η δημιουργία θέσεων εργασίας εξυπηρετεί τους στόχους της δημόσιας υγείας μόνο όταν αυτές οι νέες θέσεις προωθούν την υγεία. Έτσι, νέες θέσεις εργασίας που είναι χαμηλά αμειβόμενες ή χαρακτηρίζονται από κακές συνθήκες εργασίας εξακολουθούν να είναι προβληματικές από πλευράς δημόσιας υγείας (Benzval κ.ά., 2014).

Ένα μειονέκτημα της χρήσης του επαγγέλματος ως δείκτη της κοινωνικοοικονομικής θέσης είναι ότι δεν μπορεί να εφαρμοστεί σε άτομα που δεν απασχολούνται κατά την περίοδο της έρευνας (Solar και Irwin, 2010). Επιπλέον, στις περισσότερες μελέτες των ανισοτήτων υγείας διερευνώνται δείγματα στη βάση επίσημων σχέσεων εργασίας, παραβλέποντας άλλες μορφές, όπως είναι η μη αμειβόμενη, η ανεπίσημη και η αδήλωτη απασχόληση, καθώς και η εργασία εντός του νοικοκυριού (Muntaner κ.ά., 2013). Παράλληλα, χρησιμοποιώντας αυτόν τον δείκτη αποκλείονται και κάποιες άλλες ομάδες από την ανάλυση, όπως είναι οι συνταξιούχοι, οι ανάπηροι, οι άνεργοι και οι μαθητές

(Solar και Irwin, 2010). Επιπλέον, είναι χρήσιμο να γνωρίζουμε τόσο το ιστορικό εργασίας του κάθε ατόμου όσο και τη φύση της τωρινής επαγγελματικής σχέσης του (Solar και Irwin, 2010). Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι κάποιες φορές είναι δύσκολο να ταξινομηθούν οι αυτοαπασχολούμενοι, και τα χαρακτηριστικά των επαγγελματιών επηρεάζονται από την κοόρτη και τις διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές και εργασιακές ρυθμίσεις (Galobardes κ.ά., 2006b).

4.3.5. Παράγοντες περιοχής ή πλαισίου

Ένα μέρος της βιβλιογραφίας ασχολείται με τις επιπτώσεις στην υγεία που έχει η περιοχή ή το πλαίσιο στο οποίο διαβιών τα άτομα, με το ενδιαφέρον να αυξάνεται ιδιαίτερα από τα μέσα της δεκαετίας του '90 (Macintyre κ.ά., 2002). Παραδοσιακά, η προέλευση των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας αναζητείτο στα χαρακτηριστικά του ατόμου, όπως είναι το ατομικό εισόδημα και το επίπεδο εκπαίδευσης. Ωστόσο, νεότερες προσεγγίσεις αναγνώρισαν τη σημασία και έδωσαν έμφαση σε ιδιότητες του περιβάλλοντος και της κοινότητας που δεν αφορούσαν ειδικά στα άτομα (Diderichsen κ.ά., 2001). Έτσι, στην αναζήτηση των πηγών των ανισοτήτων υγείας, πέρα από την εστίαση στα άτομα, θα πρέπει να διερευνώνται και οι επιδράσεις που έχει το περιβάλλον (φυσικό ή κοινωνικό) στην ανθρώπινη υγεία. Πρόκειται για μια αντίσταση στον θεωρητικό και μεθοδολογικό ατομικισμό, με την ανακατεύθυνση της προσοχής της δημόσιας υγείας προς τους δομικούς και περιβαλλοντικούς προσδιοριστές. Πάντως, η επίπτωση του περιβάλλοντος στην υγεία αναγνωρίζεται τουλάχιστον από τον 19^ο αιώνα, όπου οι διάφορες μεταρρυθμίσεις δημόσιας υγείας στόχευαν στην άμβλυση των επιβλαβών επιπτώσεων του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, όπως αυτές προέκυπταν από την έλλειψη καθαρού νερού και αέρα, τα προβλήματα στέγασης και του αποστραγγιστικού και αποχετευτικού συστήματος (Chandola και Conibere, 2015).

Τις περισσότερες φορές, οι δείκτες αυτοί αποτελούν συγκεντρωτικά μέτρα της περιοχής (π.χ. γειτονιά, διοικητική περιοχή, πόλη, περιφέρεια, χώρα) και περιγράφουν την κοινωνική σύνθεσή των κατοίκων της και όχι άλλα χαρακτηριστικά της (Macintyre κ.ά., 1993). Ωστόσο, παρόλο που είναι δυνατόν να υπάρχει μια σχετική ομοιογένεια, οι κάτοικοι μιας περιοχής συνήθως

χαρακτηρίζονται από ένα ετερόκλητο κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο (Macintyre, 1997a). Γενικότερα, υπάρχει μια εννοιολογική ασάφεια σε αυτού του είδους τα μέτρα για το αν, για παράδειγμα, ένας δείκτης υλικής αποστέρησης μιας περιοχής εκφράζει την ατομική στέρση, όπου η διαβίωση ενός ατόμου σε μια φτωχή περιοχή αυξάνει τις πιθανότητές του να είναι και αυτός φτωχός, ή την κοινωνικοπεριβαλλοντική, όπου ο κάτοικος μιας περιοχής με πολλά φτωχά άτομα είναι εκτεθειμένο σε ένα υποβαθμισμένο περιβάλλον με χαμηλότερες δομικές ευκαιρίες (Macintyre κ.ά., 1993· Macintyre, 1997a· Muntaner κ.ά., 2013).

Θα πρέπει, λοιπόν, να γίνει διάκριση μεταξύ των συγκεντρωτικών (derived ή aggregated) και των καθολικών (global ή integral) δεικτών της περιοχής. Οι πρώτοι αποτελούν παραγωγή της σύνθεσης ή της άθροισης των ατομικών γνωρισμάτων των διαμενόντων μιας περιοχής (π.χ. το ποσοστό ανέργων ή των ατόμων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης), ενώ οι δεύτεροι αναφέρονται σε καθολικά χαρακτηριστικά της περιοχής, που υπερβαίνουν και δεν μπορούν να αναχθούν στις ιδιότητες των ατόμων (Macintyre κ.ά., 2002· Galobardes κ.ά., 2006a). Οι καθολικοί παράγοντες που σχετίζονται με την περιοχή ασκούν μια επίδραση που είναι ανεξάρτητη, πέρα και πάνω από τις ατομικές ιδιότητες. Οι Arcaya κ.ά. (2015) διακρίνουν επιπλέον μεταξύ δεικτών γεωγραφικών (space) και τοποθεσίας (place). Οι πρώτοι σχετίζονται με μέτρα απόστασης και εγγύτητας, όπως είναι η έκθεση σε γεωγραφικά κατανομημένους κινδύνους ή μηχανισμούς προστασίας της υγείας και εξαρτώνται από το που βρίσκεται χωρικά το άτομο. Οι δεύτεροι αφορούν στην ιδιότητα του μέλους σε μια πολιτική ή διοικητική ενότητα. Συνήθως οι όροι ταυτίζονται και μπορούν να χρησιμοποιηθούν εναλλακτικά. Η διαφορά τους έγκειται στο ότι είναι δυνατόν η εφαρμογή κάποιων πολιτικών να μην εξαρτάται από τη γεωγραφική περιοχή, αλλά από τη συμμετοχή σε με διοικητική ή πολιτική ενότητα.

Αρκετοί ερευνητές έχουν τεκμηριώσει την επίπτωση της περιοχής κατοικίας στην κατάσταση υγείας, ακόμη και μετά τον πολυμετάβλητο έλεγχο με διάφορα ατομικά χαρακτηριστικά. Για παράδειγμα, οι Waitzman και Smith (1998a), αφού έλεγξαν τα αποτελέσματά τους ως προς κάποια ατομικά γνωρίσματα, όπως το οικογενειακό εισόδημα, την εκπαίδευση και τον τρόπο

ζωής, διαπίστωσαν ότι οι κάτοικοι φτωχότερων περιοχών στις Η.Π.Α. συνδέονται με μεγαλύτερο κίνδυνο θνησιμότητας από ό,τι εκείνοι των πλουσιότερων, ενώ οι Diez-Roux κ.ά. (1997) συνέδεσαν τις υποβαθμισμένες συνοικίες και με μεγαλύτερο κίνδυνο για την εκδήλωση καρδιαγγειακών νοσημάτων. Επιπλέον, οι Krieger κ.ά. (2002), αξιολογώντας πολλαπλούς κοινωνικοοικονομικούς δείκτες της περιοχής, συμπέραναν ότι το ποσοστό των ατόμων υπό κίνδυνο φτώχειας συνιστούσε το καλύτερο μέτρο για την παρακολούθηση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην θνησιμότητα και την επίπτωση του καρκίνου. Γενικότερα, παρόλο που τα σχετικά συμπεράσματα μπορεί να συγχέονται από μια ενδεχόμενη παράλειψη συμπερίληψης και άλλων πτυχών της κοινωνικοοικονομικής θέσης των ατόμων στη στατιστική ανάλυση, η σημασία του τόπου κατοικίας για την ατομική υγεία επιβεβαιώνεται στις περισσότερες μελέτες (Pickett και Pearl, 2001).

Η διάκριση μεταξύ της σύνθεσης των ατομικών χαρακτηριστικών και των παραγόντων πλαισίου δεν φαίνεται πάντως να είναι ιδιαίτερα χρήσιμη κατά την ανάλυση των επιδράσεων της περιοχής στην υγεία. Αρχικά διότι τα ατομικά γνωρίσματα ενδέχεται να διαμορφώνονται από τις ιδιότητες της τοποθεσίας, όπως συμβαίνει στην περίπτωση της απασχόλησης και των ιδιαιτεροτήτων της τοπικής αγοράς εργασίας (Macintyre κ.ά., 2002). Έπειτα, δεν φαίνεται να υπάρχει σαφές θεωρητικό υπόβαθρο για τους μηχανισμούς διαμέσου των οποίων συνδέονται οι ιδιαιτερότητες της περιοχής με την υγεία. Αυτό έχει ως συνέπεια αφενός να μην υπάρχει σαφής διαχωρισμός των υποδειγμάτων αιτιότητας, και αφετέρου να συμπεριλαμβάνονται στις αναλύσεις ως μεταβλητές ελέγχου παράγοντες που μάλλον διαμεσολαβούν τη σχέση μεταξύ της περιοχής και της ατομικής υγείας, παρά τη συγχέουν, όπως είναι το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ (Macintyre κ.ά., 2002). Επιπλέον, από αρκετές μελέτες έχει διαπιστωθεί να υφίσταται και κάποια διάδραση μεταξύ των χαρακτηριστικών της περιοχής και των ατομικών γνωρισμάτων των κατοίκων, με συνέπεια να μην μπορεί να αποδοθεί η κατάσταση υγείας των ατόμων αποκλειστικά στους παράγοντες που δρουν σε ένα από τα δύο επίπεδα (Kawachi κ.ά., 2002· Macintyre κ.ά., 2002). Για παράδειγμα, η επίδραση της κοινωνικοοικονομικής θέσης, του φύλου ή της ηλικίας μπορεί να διαφοροποιείται αναλόγως του βαθμού οικονομικής αποστέρησης της περιοχής

(West κ.ά., 1990· Ecob και Macintyre, 2000· Ellaway και Macintyre, 2001). Επιπρόσθετα, η επιγενετική έρευνα έχει διαμορφώσει ένα νέο πλαίσιο ερωτημάτων για τη διάδραση μεταξύ των γονιδίων και του περιβάλλοντος. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι περιβαλλοντικές συνθήκες μπορεί να επηρεάσουν τη γονιδιακή έκφραση, αλλάζοντας τα συμπεριφορικά ή/και τα βιολογικά αποτελέσματα (Adler και Stewart, 2010).

Η Macintyre (1997b) πρότεινε τρεις ερμηνείες για τις γεωγραφικές διαφορές στα αποτελέσματα υγείας, αναγνωρίζοντας παράλληλα και τις σχετικές επικαλύψεις τους. Αρχικά, η συνθετική εξήγηση (compositional explanation) αναφέρεται στα διαφορετικά χαρακτηριστικά των διαμενόντων σε κάθε περιοχή. Έτσι, η συγκέντρωση φτωχότερων ατόμων σε μια περιοχή έχει ως συνέπεια τα χαμηλότερα αποτελέσματα υγείας να αντιπροσωπεύουν αυτό το χαμηλότερο κατά μέσο όρο οικονομικό επίπεδο των κατοίκων της.

Η επίπτωση του πλαισίου (contextual effect) αναφέρεται σε παράγοντες που δρουν στο ευρύτερο κοινωνικοπολιτικό περιβάλλον, οι οποίοι δημιουργούν τις ευκαιρίες και τις συνθήκες του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, όπως είναι οι δημόσιες οικονομικές και κοινωνικές πολιτικές και τα γεωγραφικά και περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά. Ουσιαστικά, η προσέγγιση του πλαισίου επικεντρώνεται αφενός στην υλική υποδομή, και αφετέρου στις δομικές ευκαιρίες που διαμορφώνει το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, οι οποίες μπορούν να βλάψουν ή να προωθήσουν άμεσα ή έμμεσα την υγεία διαμέσου των δυνατοτήτων που παρέχουν για να ζήσουν τα άτομα μια υγιή ζωή (Macintyre κ.ά., 2002). Τέτοια χαρακτηριστικά αποτελούν τα φυσικά στοιχεία του περιβάλλοντος, όπως είναι η ποιότητα του αέρα και του νερού και το κλίμα, οι συνθήκες διαβίωσης στο σπίτι, τη δουλειά αλλά και τους παιδότοπους, καθώς και η ποιότητα των παρεχόμενων δημοσίων ή ιδιωτικών κοινωνικών υπηρεσιών, όπως είναι η εκπαίδευση, οι μεταφορές, οι υγειονομικές και προνοιακές υπηρεσίες και η αστυνόμευση (Macintyre κ.ά., 1993). Ο «νόμος της αντίστροφης ιατρικής φροντίδας» εντάσσεται στους παράγοντες πλαισίου, καθώς τα άτομα που διαβιούν σε μειονεκτούσες περιοχές, και συνήθως έχουν υψηλότερες υγειονομικές ανάγκες, έχουν και χειρότερη πρόσβαση σε ποιοτικές υγειονομικές υπηρεσίες. Το ίδιο ισχύει και για διάφορες περιβαλλοντικές

απειλές της υγείας, όπως είναι η παρουσία χώρων απόθεσης αποβλήτων και ρυπογόνων βιομηχανιών σε υποβαθμισμένες περιοχές (Chandola και Conibere, 2015).

Η συλλογική εξήγηση²¹⁰ (collective explanation) αφορά συγκεκριμένα στην επενέργεια που έχουν στην υγεία τα διάφορα κοινωνικοπολιτισμικά και ιστορικά γνωρίσματα της περιοχής. Αναφέρεται σε κοινές αξίες, παραδόσεις, ψυχοκοινωνικές δομές και κοινωνικές λειτουργίες, όπως είναι η κοινωνική συνοχή και το κοινωνικό κεφάλαιο, η περιφερειακή και η εθνική ταυτότητα, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις, οι ιστορικές περιστάσεις, τα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης και συμμετοχής κ.λπ. Επιπλέον, η επίπτωση της συσσώρευσης παρόμοιων γνωρισμάτων μιας ομάδας ατόμων μπορεί να διαφοροποιείται από την ατομική επίδραση του συγκεκριμένου χαρακτηριστικού ακριβώς λόγω αυτών των συλλογικών λειτουργιών, καθώς και των διάφορων ιστορικών και κοινωνικοοικονομικών περιστάσεων. Για παράδειγμα, σε περιοχές με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, ενδέχεται να εκδηλώνονται συχνότερα παραβατικές δραστηριότητες και περιστατικά βίας και, επομένως, να εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο θνησιμότητας (Waitzman και Smith, 1998b), μέσα από μηχανισμούς ανάλογους με εκείνους της υγειονομικής επίπτωσης των οικονομικών ανισοτήτων. Μπορούμε να υποθέσουμε ότι η επίδραση της περιοχής (πλαισίου ή συλλογική) ενδέχεται να έχει διαφορετικά αποτελέσματα υγείας ανάλογα με το χωρικό επίπεδο (spatial scale), την κοινωνική υποομάδα, τη χρονική περίοδο ή κλίμακα, καθώς και τα κοινωνικοοικονομικά και πολιτισμικά πλαίσια (Macintyre κ.ά., 2002). Επιπλέον, οι Blakely και Woodward (2000) θεωρούν απίθανη την περίπτωση ύπαρξης μιας μηδενικής χρονικής υστέρησης (zero time lag) μεταξύ της έκθεσης σε έναν κοινωνικοοικονομικό ατομικό ή περιβαλλοντικό παράγοντα και της εμφάνισης του αποτελέσματος αυτής της έκθεσης στην υγεία. Επομένως, οι συγχρονικές (cross-sectional) μελέτες είναι ακατάλληλες στην προσπάθεια εκτίμησης της σωρευτικής

²¹⁰ Σε επόμενη δημοσίευση, η συλλογική εξήγηση ενσωματώθηκε στην επίπτωση του πλαισίου, καθώς θεωρήθηκε ότι απλώς τονίζει κάποιες συγκεκριμένες πλευρές του (Macintyre κ.ά., 2002).

(cumulative) ή της ασύγχρονης (asynchronous) επίπτωσης κάποιου τέτοιου προσδιοριστή.

Στη βιβλιογραφία έχουν χρησιμοποιηθεί και σύνθετοι κοινωνικοοικονομικοί δείκτες της περιοχής. Για παράδειγμα, ο «Carstairs Deprivation Index» (Carstairs και Morris, 1989· McLoone και Boddy, 1994), ο οποίος έχει χρησιμοποιηθεί στη Σκωτία, είναι ένας δείκτης βασισμένος στο ποσοστό των άνεργων ανδρών, των νοικοκυριών με συνωστισμό (overcrowded households), των νοικοκυριών χωρίς αυτοκίνητο και των επικεφαλής των νοικοκυριών από τις κοινωνικές τάξεις IV και V (Stevenson, 1928) κάθε ταχυδρομικού τομέα. Ο «Townsend Deprivation Index» (Phillimore κ.ά., 1994), ο οποίος έχει χρησιμοποιηθεί στην Αγγλία, αποτελεί ένα μέτρο πολλαπλής αποστέρησης, το οποίο συνδυάζει σε έναν δείκτη (αθροίζοντας τις σταθεροποιημένες τιμές) τα ποσοστά των ατόμων α) χωρίς αυτοκίνητο, β) που κατοικούν σε κατοικίες με πρόβλημα συνωστισμού, γ) που δεν είναι ιδιοκτήτες της κατοικίας τους και δ) είναι άνεργοι. Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι σε κάποιες περιπτώσεις όπου δεν υπήρχε πληροφόρηση για κάποια γνωρίσματα σε ατομικό επίπεδο (π.χ. το εισόδημα), έχουν χρησιμοποιηθεί τα αθροιστικά επίπεδα της περιοχής ως δείκτες για τα ατομικά χαρακτηριστικά (Lynch και Kaplan, 2000).

Σε πολλές περιπτώσεις στη βιβλιογραφία χρησιμοποιείται η πληθυσμιακή πυκνότητα ή ο βαθμός αστικοποίησης της περιοχής (degree of urbanization) ως κοινωνικοοικονομικός παράγοντας της υγείας, ο οποίος εκφράζει έναν συνδυασμό ετερογενών μηχανισμών. Καταρχάς, ο βαθμός αστικοποίησης της περιοχής συνδέεται με διαφορετική πληθυσμιακή σύνθεση, καθώς το ποιος μένει στις πόλεις αντιπροσωπεύει συγκεκριμένες ιστορικές εξελίξεις και μοτίβα γεννητικότητας, εσωτερικής και εξωτερικής μετανάστευσης (Vlahou κ.ά., 2007). Ένα μέρος του μεγαλύτερου επιπολασμού προβλημάτων υγείας στις αγροτικές περιοχές εξηγείται από τη διαφορετική δημογραφική σύνθεσή τους (Auchincloss και Hadden, 2002). Επιπλέον, οι πόλεις σχετίζονται με υψηλή ατμοσφαιρική ρύπανση και άλλα περιβαλλοντικά προβλήματα, συνωστισμό με την παράλληλη παρουσία μεταδοτικών και παρασιτικών ασθενειών και την έκθεση σε θόρυβο (Vlahou κ.ά., 2007). Το κοινωνικό περιβάλλον των πόλεων

μπορεί είτε να ωφελήσει είτε να βλάψει την υγεία. Έτσι, η παρουσία πιο πυκνών κοινωνικών δικτύων και διαπροσωπικών διαδράσεων αλλά και διαφόρων οργανισμών μπορεί να βοηθήσει τις εκβάσεις υγείας με τους μηχανισμούς που έχουμε συζητήσει στο προηγούμενο κεφάλαιο. Από την άλλη πλευρά, στα αστικά κέντρα συγκεντρώνονται αρκετά άλλα προβληματικά χαρακτηριστικά και στρεσογόνοι παράγοντες, όπως είναι η ακραία φτώχεια, η κοινωνική απομόνωση, η εγκληματικότητα και οι επακόλουθες επιβλαβείς για την υγεία συμπεριφορές (π.χ. χρήση ναρκωτικών) (Vlahou κ.ά., 2007). Βέβαια, οι πόλεις χαρακτηρίζονται και από ένα ισχυρό θεσμικό δίκτυο κοινωνικών και υγειονομικών υπηρεσιών, το οποίο μπορεί να υποστηρίξει την υγεία των κατοίκων τους (Vlahou κ.ά., 2007· Ucieklak-Jeż και Bem, 2020). Επίσης, οι κάτοικοι των αγροτικών περιοχών είναι περισσότερο ευάλωτοι στην υλική αποστέρηση, είναι λιγότερο μορφωμένοι και είναι εκτεθειμένοι στους κινδύνους της χειρωνακτικής εργασίας (Dixon και Welch, 2000· Ucieklak-Jeż και Bem, 2020).

4.3.6. Υποκειμενικό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο

Το υποκειμενικό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο καταρχήν εκφράζει το σύνολο των τυπικών δεικτών κοινωνικοοικονομικής θέσης, όπως είναι το εισόδημα, η εκπαίδευση κ.λπ. (Wolff κ.ά., 2010). Θεωρείται, λοιπόν, ότι η σχέση μεταξύ του υποκειμενικού επιπέδου και της υγείας διαμεσολαβείται από ψυχολογικούς παράγοντες, οι οποίοι εκκινούν από τις αντικειμενικές συνθήκες διαβίωσης (Operario κ.ά., 2004· Singh-Manoux κ.ά., 2005). Θα πρέπει, πάντως, να τονιστεί η σημασία της διαφοράς μεταξύ των αντικειμενικών συνθηκών διαβίωσης και της εσωτερίκευσης αυτών από τα άτομα, δηλαδή το πώς αντιλαμβάνονται τη θέση τους στην κοινωνική ιεραρχία. Γενικότερα, η σχέση μεταξύ της κοινωνικοοικονομικής μειονεξίας και της αρνητικής αυτοαξιολόγησης εμφανίζεται να εξαρτάται από τις αντιλαμβανόμενες ευκαιρίες ζωής, τις ομάδες αναφοράς, τις πολιτισμικές αξίες (π.χ. το επίπεδο πολιτισμικής αφομοίωσης) και τον καταλογισμό των αιτιών της μειονεκτικής θέσης, ιδίως αν θεωρείται δικαιολογημένη ή όχι (McLeod, 2013). Έτσι, τα άτομα έχουν κίνητρο να προστατεύσουν και να βελτιώσουν την αυταξία τους, καθώς και να

αντιλαμβάνονται τις κοινωνικές διευθετήσεις ως δίκαιες και εύλογες, καθότι αυτό προλαμβάνει μια αρνητική αυτοεκτίμηση (Major και Schmader, 2001· McLeod, 2013). Επομένως, η αντικειμενική κοινωνικοοικονομική θέση δεν ταυτίζεται απαραίτητα με την υποκειμενική (subjective social status) (Centers, 1949), με τη δεύτερη να φαίνεται να συνδέεται με το επίπεδο υγείας ανεξάρτητα από τους αντικειμενικούς δείκτες (Adler κ.ά., 2000· Ostrove κ.ά., 2000). Ακόμη περισσότερο, σε μερικές περιπτώσεις έχει βρεθεί η υποκειμενική κοινωνικοοικονομική θέση να παρουσιάζει και καλύτερη προβλεπτική ικανότητα από την αντικειμενική (Operario κ.ά., 2004· Singh-Manoux κ.ά., 2005).

Μελέτες έχουν δείξει ότι η υποκειμενική κοινωνικοοικονομική θέση προκύπτει από τις κοινωνικές συγκρίσεις που κάνουν τα άτομα για να αξιολογήσουν τον εαυτό τους. Υπάρχουν τρεις βασικές θεωρήσεις κοινωνικής αξιολόγησης: α) η σχετική με τις κοινωνικές συγκρίσεις και τις ομάδες αναφοράς, β) η περί ισότητας και γ) εκείνη της ασυνέπειας ως προς την κοινωνική θέση (status inconsistency) (McLeod, 2013).

Σύμφωνα με τη θεώρηση των κοινωνικών συγκρίσεων, οι άνθρωποι κατανοούν την κατάστασή τους μέσα από κοινωνικές συγκρίσεις με άλλες διαθέσιμες ομάδες αναφοράς (McLeod, 2013). Εντούτοις, αυτό δεν σημαίνει ότι τα άτομα χαμηλής κοινωνικοοικονομικής θέσης αντιλαμβάνονται τη θέση τους απαραίτητα ως χαμηλή, καθότι χρησιμοποιούν διάφορους γνωστικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης (coping mechanisms) ως διαδικασίες αυτοσυντήρησης. Για παράδειγμα, έχει παρατηρηθεί ότι τα μειονεκτούντα άτομα τείνουν να συγκρίνουν τον εαυτό τους με άλλες ανάλογα δυσπραγούσες κοινωνικές ομάδες (Singer, 1981), καθώς και να υποτιμούν τη σημασία πεδίων στα οποία υπολείπονται κοινωνικοοικονομικά (Twenge και Campbell, 2002).

Συναφής με την παραπάνω θεώρηση είναι η σχετική αποστέρηση και η υπόθεση του σχετικού εισοδήματος και οι αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις που επιφέρει, όπως είναι ο θυμός, το χρόνιο άγχος, η εχθρικήτητα, ο φόβος και η απογοήτευση, με τις επακόλουθες ψυχοσωματικές επιπτώσεις τους αλλά και την υιοθέτηση επιβλαβών για την υγεία συμπεριφορών (Adler κ.ά., 2000· Schnittker και McLeod, 2005). Οι θεωρίες κοινωνικής αξιολόγησης

περί ισότητας τονίζουν ότι οι άνθρωποι βιώνουν σημαντική ψυχική καταπόνηση όταν αντιλαμβάνονται την ύπαρξη ανισοτήτων, είτε η σύγκριση ευνοεί άλλους είτε τους ίδιους –αν και η κάθε περίπτωση συνεπάγεται διαφορετικού τύπου αρνητικά συναισθήματα (Stets, 2003). Μάλιστα, στο πλαίσιο μιας διαδικασίας αυτοεκπληρούμενης προφητείας, κατά το θεώρημα του Thomas, η αντίληψη των ατόμων για την κοινωνικοοικονομική θέση τους μπορεί να έχει αξιοσημείωτες συνέπειες στην υγεία τους (Scambler και Scambler, 2013), ιδίως μέσω των μηχανισμών της μοιρολατρίας και της αίσθησης της απουσίας ελέγχου, που έχουν ήδη συζητηθεί στη συμπεριφορική προσέγγιση.

Επιπλέον, η κοινωνικοοικονομική θέση και, κατ' επέκταση, η κοινωνική διαστρωμάτωση παρουσιάζονται να είναι πολυδιάστατες. Ο Weber (2009), για παράδειγμα, θεωρούσε ότι υπάρχουν διαφορετικής μορφής ιεραρχίες (οικονομικοί πόροι, ισχύς και κύρος), με τους ανθρώπους να μπορούν να κατέχουν διαφορετική θέση σε κάθε μία από αυτές. Έχει γίνει η υπόθεση, λοιπόν, ότι αυτή η εσωτερική ασυνέπεια μεταξύ των διαστάσεων της κοινωνικοοικονομικής θέσης του κάθε ατόμου μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία του (McLeod, 2013). Ο Dressler (1988) είχε προτείνει μια ενδιαφέρουσα διάκριση μεταξύ τριών τύπων εσωτερικής ασυνέπειας στην κοινωνική θέση: α) η αντικειμενική (αντιφάσεις μεταξύ του εισοδήματος και του επαγγέλματος), β) ο τρόπος ζωής (αντιφάσεις μεταξύ της αντικειμενικής θέσης και του τρόπου ζωής) και γ) η σχετική με την επίτευξη στόχων (αντιφάσεις μεταξύ του επαγγέλματος και της εκπαίδευσης)²¹¹.

Το υποκειμενικό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο προσεγγίζεται συνήθως με ερωτήσεις προς τους συμμετέχοντες σχετικά με το αν θεωρούν ότι βρίσκονται σε καλύτερη ή χειρότερη κατάσταση έναντι ενός προτύπου σύγκρισης (π.χ. την κοινωνία ως σύνολο ή τους γείτονες) (Wolff κ.ά., 2010), καθώς και με την τοποθέτηση του εαυτού τους (ή του νοικοκυριού τους) σε μια ιεραρχική σκάλα ή συνεχή οπτική αναλογική κλίμακα κοινωνικών θέσεων (Adler κ.ά., 2000) ή την

²¹¹ Σχετική με την ασυνέπεια θέσης είναι και η έννοια της αντιφατικής ταξικής θέσης (contradictory class location) του Wright (1997), η οποία και θα αναλυθεί στη συνέχεια.

επιλογή της κοινωνικής τάξης και της επαγγελματικής ομάδας στην οποία θεωρούν ότι ανήκουν (Macleod κ.ά., 2005· Veenstra, 2005). Σε πολλές έρευνες έχει επιβεβαιωθεί η σημασία της επιλογής της ομάδας αναφοράς. Οι περισσότερες συγκλίνουν στο ότι η χρήση μιας πιο απομακρυσμένης ομάδας αναφοράς οδηγεί σε περισσότερες σημαντικές σχέσεις μεταξύ του υποκειμενικού επιπέδου και της υγείας (Dunn κ.ά., 2006· Wolff κ.ά., 2010).

4.4. Σχέσεις μεταξύ κοινωνικών ομάδων/τάξεων και υγεία

Η προσέγγιση των σχέσεων μεταξύ των κοινωνικών ομάδων/τάξεων αντιπαραθέτει στην οπτική της ιεραρχικής κοινωνικής δομής τις εντάσεις και τις συγκρούσεις ανάμεσα στις διάφορες κοινωνικές ομάδες, που προσπαθούν να αποκτήσουν πλεονεκτική θέση στην κατανομή των διαφόρων πολύτιμων πόρων (Muntaner κ.ά., 2013). Κατά τον Roemer (1982), οι κοινωνικές ανισότητες (ανα)παράγονται, καθότι το πλεονέκτημα ορισμένων ομάδων εξαρτάται ακριβώς από το μειονέκτημα άλλων. Ο Tilly (1999) τονίζει ότι αυτές οι ασύμμετρες σχέσεις οδηγούν σε μια κατηγορική κοινωνική διαφοροποίηση με αναγνωρίσιμες διαχωριστικές γραμμές, που οριοθετούν τη διάθεση ή τον έλεγχο επί κάποιων πόρων και, συνεπώς, το βιοτικό επίπεδο των μελών κάθε κοινωνικής τάξης.

Το πλεονέκτημα της υιοθέτησης μιας προσέγγισης κοινωνικών τάξεων αφορά στην ερμηνευτική τους δυνατότητα αναφορικά με τους υποκείμενους κοινωνικούς μηχανισμούς που δημιουργούν ανισότητες οικονομικών και πολιτισμικών πόρων αλλά και ισχύος (Solar και Irwin, 2010· Muntaner κ.ά., 2013· Scambler και Scambler, 2013· Arcaya κ.ά., 2015). Για παράδειγμα, η εξέταση των ιστορικών χαρακτηριστικών της δουλείας και των διακρίσεων στις Η.Π.Α. καθιστά δυνατή την κατανόηση των σύγχρονων φυλετικών διαφορών στην υγεία. Επιπλέον, οι ταξικές κατηγορίες δεν είναι απλά κατασκευάσματα ποσοτικών αναλύσεων που κατηγοριοποιούν τα άτομα σε ιεραρχημένες ομάδες του πληθυσμού βάσει της κατανομής των πόρων στην κοινωνία. Αντίθετα, προϋπάρχουν ως θεσμοποιημένες κοινωνικές μορφές, οι οποίες διαμορφώνουν τη συγκεκριμένη μορφή της κατανομής των πόρων. Κατά αυτόν τον τρόπο, αναγνωρίζεται ο πολυδιάστατος χαρακτήρας της κοινωνικής

ανισότητας, που δεν στηρίζεται αποκλειστικά στον οικονομικό νετερμισμό (Grusky και Ku, 2008). Έτσι, χρησιμοποιούνται τέτοιες κοινωνικές κατηγοριοποιήσεις, ώστε τα μέλη κάθε κοινωνικής ομάδας/τάξης να έχουν παρόμοια επίπεδα σε περισσότερους τύπους πόρων.

Έχουν προταθεί διάφοροι μηχανισμοί που χρησιμοποιούνται από τις κυρίαρχες ομάδες για την επιβολή του ελέγχου τους επί των διάφορων πολύτιμων πόρων (McLeod, 2013), μεταξύ των οποίων η κοινωνική περιχαράκωση και η συσσώρευση ευκαιριών, η ταξική εκμετάλλευση, καθώς και η κατασκευή του «άλλου» (othering) και η διατήρηση των κοινωνικών ορίων (boundary maintenance) (Tilly, 1999· Schwalbe κ.ά., 2000· Roscigno κ.ά., 2007· McLeod, 2013).

4.4.1. Νεο-βεμπεριανές προσεγγίσεις κοινωνικής περιχαράκωσης

Κατά τον Weber, η κοινωνική περιχαράκωση είναι η κοινωνική διαδικασία κατά την οποία οι κοινωνικές ομάδες επιδιώκουν να μεγιστοποιήσουν τις ανταμοιβές σε πόρους και ευκαιρίες μέσω του αποκλειστικού ελέγχου τους και του περιορισμού της πρόσβασης σε αυτές μόνο για τα μέλη τους (Weber, 2009). Αυτός ο αποκλειστικός έλεγχος πόρων και ευκαιριών είναι εκείνος που οδηγεί στις κοινωνικές ανισότητες και, κατ' επέκταση, σε ανισότητες υγείας. Για παράδειγμα, το υψηλό εισόδημα κάποιων επαγγελματιών με διάφορους τρόπους συνδέεται με αποκλεισμούς άλλων από αυτές τις θέσεις, όπως είναι η περίπτωση της υποχρεωτικής συμμετοχής σε επαγγελματικούς συλλόγους ή κοινωνικές λέσχες, καθώς και η ύπαρξη συστημάτων διαπίστευσης/πιστοποίησης (Muntaner κ.ά., 2013). Η συσσώρευση ευκαιριών (hoarding) αναφέρεται σε μια διαδικασία κατά την οποία κάποιες κοινωνικές ομάδες αποκτούν προνομιακή πρόσβαση σε πολύτιμες και ανανεώσιμες, δυνητικά μονοπωλιακές, πηγές ισχύος, οι οποίες μπορούν να υποστηρίξουν τις γενικές δράσεις τους (Tilly, 1999).

Η έννοια της κοινωνικής περιχαράκωσης εξελίχθηκε από τους Parkin και Bourdieu (Muntaner κ.ά., 2013). Ο Parkin (1979) ανέπτυξε την έννοια της κοινωνικής περιχαράκωσής διακρίνοντάς την σε δύο τύπους: τον αποκλεισμό (exclusion) και την ιδιοποίηση (usurpation). Η πρώτη λειτουργία σχετίζεται με

πρακτικές διαχωρισμού των μελών της προνομιούχου ομάδας από τα μέλη των υπολοίπων. Αντίθετα, η δεύτερη λειτουργία αφορά στην προσπάθεια των μειονεκτουσών ομάδων να αποσπάσουν ευκαιρίες που άλλες ομάδες μονοπωλούν. Σε αυτό το πλαίσιο, τα διαπιστευμένα προσόντα (credentials) και η τάξη (σχέσεις ιδιοκτησίας) θεωρούνται αξιοκρατικές μορφές κοινωνικής περιχαράκωσης, σε αντίθεση με το φύλο ή τη φυλή (Muntaner κ.ά., 2013).

Σύμφωνα με τον Bourdieu (2011), οι κοινωνικές ανισότητες προκύπτουν από τον ανταγωνισμό των διαφόρων μορφών κεφαλαίου. Το οικονομικό κεφάλαιο αναφέρεται στους οικονομικούς πόρους, το χρήμα ή τον πλούτο, το οποίο διασφαλίζεται μέσα από τα δικαιώματα ιδιοκτησίας. Το πολιτισμικό κεφάλαιο παίρνει συνήθως τη μορφή των γνώσεων/δεξιοτήτων που έχει το κάθε άτομο, οι οποίες αποκτώνται κυρίως μέσω της τυπικής (αλλά και της άτυπης) εκπαίδευσης. Το κοινωνικό κεφάλαιο σχετίζεται με το σύνολο των πραγματικών ή δυνητικών πόρων που συνδέονται με τη συμμετοχή σε ένα βιώσιμο δίκτυο (λιγότερο ή περισσότερο) θεσμοθετημένων σχέσεων αμοιβαίας γνωριμίας και αναγνώρισης. Ο Bourdieu προσέθεσε στη συνέχεια και το συμβολικό κεφάλαιο, το οποίο αφορά στους πόρους που έχει στη διάθεσή του το άτομο στη βάση της τιμής, του κύρους ή της αναγνώρισης. Οι διάφορες κοινωνικές ομάδες συμμετέχουν, λοιπόν, σε ένα κοινωνικό παιχνίδι (social game) και σε μια κοινωνική πάλη (social struggle) για τη διασφάλιση της πρόσβασης στις πολύτιμες μορφές των παραπάνω κεφαλαίων (Calhoun, 2003). Η παραγωγή των ανισοτήτων υγείας προκύπτει από τις διαδικασίες μετατροπής των κεφαλαίων στα διάφορα πεδία (fields), ιδίως μέσα από τη διαφοροποιημένη πρόσβαση σε ικανότητες, γνώσεις και διαπιστευμένα προσόντα. Τα διαπιστευμένα προσόντα διαφέρουν από τις ικανότητες/γνώσεις, καθότι αναγνωρίζονται ως πολύτιμες μορφές πολιτισμικού κεφαλαίου από την κοινωνία και περιορίζουν την πρόσβαση στις αγορές εργασίας και σε προνομιούχες θεσμικές θέσεις και κοινωνικά δίκτυα (credentialism), ενώ μπορούν να μετατραπούν και σε άλλες πολύτιμες μορφές κεφαλαίου, όπως είναι το εισόδημα (Bourdieu, 2011).

Η έρευνα του αντικτύπου των μηχανισμών της κοινωνικής περιχαράκωσης και της συγκέντρωσης ευκαιριών στις ανισότητες υγείας είναι

ακόμη στα πρώιμα στάδιά της (Muntaner κ.ά., 2013). Ωστόσο, τα πρώτα στοιχεία υποδεικνύουν ότι η κατοχή διαπιστευμένων ικανοτήτων/γνώσεων συνδέεται με περισσότερους υλικούς και ψυχοκοινωνικούς πόρους, με συμπεριφορές επωφελείς της υγείας (Lahelma, 2009), καθώς και με υλικές ή άλλες ανταμοιβές και καλύτερες συνθήκες εργασίας, τα οποία στη συνέχεια επηρεάζουν την ψυχική υγεία (Borrell κ.ά., 2004· Vanroelen κ.ά., 2010).

Τα σχήματα κοινωνικών τάξεων αποτελούν κοινωνικοοικονομικά μέτρα που διαχωρίζουν τον πληθυσμό σε κατηγορίες άνισης ανταμοιβής, όχι απαραίτητα ιεραρχικά ταξινομημένες (Connolly κ.ά., 2016). Ο Wright (2005) διακρίνει μεταξύ των ταξικών σχημάτων με βάση τη Μαρξιστική, τη Βεμπεριανή και την Ντυρκεμϊανή παράδοση. Το νεο-βεμπεριανό ταξικό σχήμα Erikson-Goldthorpe-Portocareto (EGP) κατηγοριοποιεί τα επαγγέλματα σε 11 ομάδες, οι οποίες δεν είναι ιεραρχικά ταξινομημένες. Η κατηγοριοποίηση γίνεται βάσει των εργασιακών σχέσεων, της εργασιακής αυτονομίας, τα διαφορετικά συστήματα συμβάσεων και ανταμοιβών και τις διαφορετικές προοπτικές εξέλιξης (Galobardes κ.ά., 2006a): I) υψηλόβαθμα επιστημονικά επαγγέλματα, διευθυντικά στελέχη του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, διευθυντές σε μεγάλες βιομηχανικές εγκαταστάσεις και μεγάλοι ιδιοκτήτες/εργοδότες, II) χαμηλότερου βαθμού επιστημονικά επαγγέλματα, διοικητικά και διευθυντικά στελέχη, υψηλότερου βαθμού τεχνικά επαγγέλματα, διευθυντές σε μικρές βιομηχανικές εγκαταστάσεις, προϊστάμενοι υπαλλήλων μη χειρωνακτικής εργασίας, IIIa) υψηλόβαθμοι υπάλληλοι ρουτίνας μη χειρωνακτικής εργασίας (διοίκηση και εμπόριο), IIIb) χαμηλόβαθμοι υπάλληλοι ρουτίνας μη χειρωνακτικής εργασίας (πωλήσεις και υπηρεσίες), IVa) αυτοαπασχολούμενοι μικρο-ιδιοκτήτες και τεχνίτες κ.λπ. με υπαλλήλους, IVb) αυτοαπασχολούμενοι μικρο-ιδιοκτήτες και τεχνίτες κ.λπ. χωρίς υπαλλήλους, IVc) αγρότες και μικρο-ιδιοκτήτες, λοιποί αυτοαπασχολούμενοι στον πρωτογενή τομέα, V) χαμηλόβαθμα τεχνικά επαγγέλματα, επιβλέποντες εργατών χειρωνακτικής εργασίας, VI) ειδικευμένοι εργάτες χειρωνακτικής εργασίας, VIIa) ημι-ειδικευμένοι και ανειδίκευτοι εργάτες χειρωνακτικής εργασίας (πλην γεωργίας κ.λπ.) και VIIb) εργάτες στη γεωργία και λοιποί εργάτες στην πρωτογενή παραγωγή. Τα άτομα κάθε τάξης θεωρούνται ότι μοιράζονται παρόμοια θέση στην αγορά (π.χ. επίπεδο εισοδήματος και ευκαιρίες μισθολογικής εξέλιξης, οικονομική ασφάλεια) και

κατάσταση στην εργασία (π.χ. εξουσία και έλεγχο), έχοντας παράλληλα παρόμοιες ευκαιρίες ζωής και σε πολλές περιπτώσεις τρόπο ζωής (Connolly κ.ά., 2016). Κάποιες από τις προηγούμενες κατηγορίες μπορούν να συμπυκνωθούν, δημιουργώντας επταβάθμιες, πενταβάθμιες και τριβάθμιες εκδοχές της αρχικής ταξικής ταξινόμησης (Galobardes κ.ά., 2006a· Connolly κ.ά., 2016). Η βασική ιδέα της νεο-βεμπεριανής προσέγγισης είναι ότι οι ευκαιρίες ζωής προσδιορίζονται στη σύγχρονη εποχή από τις εργασιακές σχέσεις, οι οποίες με τη σειρά τους διαθέτουν δύο βασικές διαστάσεις: την ιδιαιτερότητα των ανθρωπίνων πόρων, που καθορίζει το πόσο απαραίτητος είναι ο εργαζόμενος, και τη δυσκολία εποπτείας από τον εργοδότη, που σχετίζεται με την αυτονομία και τον αυτοέλεγχο του εργαζόμενου (Εμμανουήλ, 2016).

Οι θεωρητικές βάσεις του EGP σχήματος οδήγησαν στη συνέχεια στην ανάπτυξη και άλλων συστημάτων κοινωνικής ομαδοποίησης, όπως είναι το CASMIN, το NS-SEC (National Statistics socioeconomic classification) και η Ευρωπαϊκή Κοινωνικο-οικονομική Ταξινόμηση (European Socio-economic Classification ή ESeC) (Connolly κ.ά., 2016). Το NS-SEC χρησιμοποιείται από το 2001 για όλες τις επίσημες στατιστικές έρευνες στο Η.Β. Τα άτομα κατατάσσονται βάσει ενός συστήματος οκτώ ομάδων επαγγελματιών²¹², όπου κάθε ομάδα θεωρείται ότι συνδέεται με παρόμοιες ευκαιρίες και τρόπο ζωής, ως συνέπεια των συγκεκριμένων εργασιακών σχέσεων στο πλαίσιο κάθε επαγγέλματος (Galobardes κ.ά., 2006a· Connolly κ.ά., 2016). Το αναλυτικό ταξικό σχήμα ESeC αναπτύχθηκε για να διευκολύνει τις διακρατικές συγκρίσεις, και μπορεί να προκύψει εύκολα από την τριψήφια εκδοχή της Διεθνούς Πρότυπης Ταξινόμησης των Επαγγελματιών (International Standard Classification of Occupations ή ISCO). Αποτελεί ένα κοινωνικοοικονομικό μέτρο εννέα τάξεων, αλλά υπάρχουν και εκδοχές των πέντε και των τριών κατηγοριών (Connolly κ.ά., 2016).

²¹² Υπάρχουν, βέβαια, και εκδοχές με πέντε και τρεις τάξεις.

Ο Savage κ.ά. (2013) πρότεινε σχετικά πρόσφατα ένα υπόδειγμα ταξικού διαχωρισμού με βάση το έργο του Bourdieu για το οικονομικό, πολιτισμικό και κοινωνικό κεφάλαιο. Εφαρμόζοντας τη μέθοδο της ανάλυσης λανθανουσών κλάσεων (latent class analysis) στις μεταβλητές της Great British Class Survey που εξέταζαν εμμέσως αυτές τις έννοιες, εξήγαγε επτά κοινωνικές τάξεις: α) η ελίτ (elite), β) η καταξιωμένη μεσαία τάξη (established middle class), γ) η εξιδεικευμένη μεσαία τάξη (technical middle class), δ) οι οικονομικά ασφαλείς εργαζόμενοι (new affluent workers), ε) η παραδοσιακή εργατική τάξη (traditional working class), στ) οι (χαμηλού πνευματικού πολιτισμικού κεφαλαίου²¹³) εργαζόμενοι στον τομέα των υπηρεσιών (emergent service workers) και ζ) το πρεκαριάτο (precarariat).

Οι μικροταξικές (microclass) προσεγγίσεις επικρίνουν τα αναλυτικά συστήματα των «μεγάλων τάξεων», καθώς έχουν κυρίως συμβολική σημασία. Αυτό διότι χρησιμοποιούν ακαδημαϊκά κριτήρια που επιβάλλονται από τον ερευνητή, αντί να χαρτογραφούνται οι πραγματικές κοινωνικο-πολιτισμικές οντότητες. Για αυτόν τον λόγο, προτείνουν έναν πιο λεπτομερή διαχωρισμό των επαγγελματιών σε μικροτάξεις. Αυτές οι μικροτάξεις θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως συλλογικότητες υπό μια νεο-ντυρκεμιάνη οπτική, που εκφράζουν κοινούς τρόπους ζωής και κοινά συμφέροντα και με τις οποίες τα άτομα μπορούν να ταυτιστούν (Erikson κ.ά., 2012). Οι μικροτάξεις διαχωρίζονται από την κοινωνική ή/και την τεχνική θεσμοποίηση των επαγγελματιών (π.χ. γιατρός, υδραυλικός), και συνήθως περιλαμβάνουν 80-100 κατηγορίες (Connolly κ.ά., 2016).

²¹³ Ο Savage κ.ά. (2013) κάνει διάκριση μεταξύ του υψηλού πνευματικού (highbrow) και του χαμηλού πνευματικού (lowbrow ή emerging) πολιτισμικού κεφαλαίου. Το δεύτερο αναφέρεται σε δημοφιλείς μορφές της κουλτούρας, όπως αυτές που σχετίζονται με τα αθλήματα, την τεχνολογία και τη σύγχρονη μουσική του κυρίαρχου ρεύματος.

4.4.2. Νεο-μαρξιστικές προσεγγίσεις κοινωνικής τάξης

Ενώ οι προσεγγίσεις της κοινωνικής διαβάθμισης και της κοινωνικής περιχαράκωσης επικεντρώνονται, αντίστοιχα, στην ιεράρχηση των ατόμων βάσει κάποιων γνωρισμάτων και στη μονοπώληση των ευκαιριών από τις προνομιούχες ομάδες, η οπτική της κοινωνική τάξης δίνει έμφαση στη διαμάχη μεταξύ των κοινωνικών τάξεων των εργατών, της μεσαίας τάξης και των εργοδοτών (Muntaner κ.ά., 1998· Muntaner κ.ά., 2013). Αν και αναγνωρίζεται η σημασία του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου ως διαμορφωτή των μοτίβων υγείας και υγειονομικής περίθαλψης, η κριτική αυτών των θεωριών επικεντρώνεται στο ότι οι κοινωνικές ανισότητες προκύπτουν ως συνέπεια της ισορροπίας μεταξύ των ταξικών δυνάμεων (Coburn κ.ά., 2009).

Η νεο-μαρξιστική προσέγγιση της κοινωνικής τάξης θεωρεί ως κύρια αιτία των οικονομικών ανισοτήτων τις σχέσεις ιδιοκτησίας και ελέγχου των παραγωγικών μέσων (φυσικών, χρηματοοικονομικών, οργανωτικών) (Wright, 1997). Υπό αυτή την οπτική, οι καπιταλιστικές κοινωνίες είναι δομημένες σε κοινωνικές τάξεις στη βάση των σχέσεων που δημιουργεί ο έλεγχος των μέσων παραγωγής (τεχνολογία, εργασία) και η συνακόλουθη κυριαρχία και εκμετάλλευση. Η εκμετάλλευση αναφέρεται στην άντληση οφελών από τη χρήση πόρων που ελέγχονται από μια κοινωνική ομάδα μέσα από τον αποκλεισμό άλλων ομάδων από την απολαβή της προστιθέμενης αξίας των δραστηριοτήτων τους (Tilly, 1999).

Ο Wright (1997) ανέλυσε τη δομή των ταξικών σχέσεων σε 12 θέσεις κοινωνικών τάξεων (social class locations) βάσει τριών διαστάσεων: α) την ιδιοκτησία των παραγωγικών στοιχείων, β) τον έλεγχο και τις σχέσεις εξουσίας στον χώρο εργασίας και γ) την κατοχή ικανοτήτων και γνώσεων. Στο πλαίσιο αυτού του αναλυτικού συστήματος επιλύεται το ζήτημα της ανάθεσης τάξης στους ενδιάμεσους ρόλους των μανάτζερς, οι οποίοι, ενώ δεν είναι οι ίδιοι ιδιοκτήτες των μέσων παραγωγής, παρόλα αυτά ασκούν έλεγχο στους εργαζόμενους (contradictory class location). Η βασική διαδρομή σύνδεσης της κοινωνικής τάξης με την υγεία βασίζεται στο ότι κάποια μέλη της οργάνωσης της εργασίας καταναλώνουν λιγότερο ενέργεια και προσπάθεια και κερδίζουν περισσότερα (π.χ. σε σχέση με τους μισθούς, τις προαγωγές και την ασφάλεια

εργασίας) σε σχέση με κάποια άλλα λιγότερα ισχυρά μέλη, τα οποία, συνεπώς, κινδυνεύουν περισσότερο να παρουσιάσουν ελλείμματα στην υγεία τους (Solar και Irwin, 2010).

Αν και η νεο-μαρξιστική ανάλυση θα έπρεπε να επικεντρώνεται στις σχέσεις οικονομικής εκμετάλλευσης, το σύστημα κοινωνικών τάξεων του Wright δεν μετράει άμεσα την εκμετάλλευση, αλλά την προσεγγίζει μέσα από τον βαθμό κυριαρχίας μεταξύ των ιδιοκτητών καπιταλιστών (εκμεταλλευτές) και των εργαζομένων (εκμεταλλεόμενοι) (Muntaner κ.ά., 2013). Επιπλέον, αυτή η ταξική κατηγοριοποίηση δεν λαμβάνει υπόψη της τα διαφορετικού τύπου κεφάλαια (βιομηχανικό, χρηματοπιστωτικό, ιδιοκτησίας), καθώς και τα διαφορετικά είδη εργασίας (π.χ. ελαστική, προσωρινή, ανεπίσημη, αυτοαπασχόληση), τα οποία επίσης καθιστούν αναγκαία την ανάπτυξη νέων ταξικών δεικτών (Muntaner κ.ά., 2013).

Οι περισσότερες έρευνες των ανισοτήτων υγείας δεν βασίζονται στα κοινωνιολογικά σχήματα των κοινωνικών τάξεων (Eaton, 2001· Solar και Irwin, 2010). Ωστόσο, μια σειρά μελετών βασισμένες στη νεο-μαρξιστική ανάλυση έχει στηριχθεί στο κοινωνιολογικό παράδειγμα της κοινωνικής τάξης ως προσδιοριστικής του νομικού δικαιώματος και της ισχύος επί του ελέγχου των παραγωγικών μέσων και, κατ' επέκταση, της κατοχής εισοδήματος και υλικών πόρων (Muntaner κ.ά., 2013). Οι Muntaner κ.ά. (1998) επιβεβαίωσαν το παραπάνω ταξικό σχήμα του Wright ως προς την ύπαρξη ανισοτήτων ψυχικής υγείας μεταξύ των υψηλόβαθμων και των χαμηλόβαθμων μανάτζερς, καθώς και των εργατών, με τους χαμηλόβαθμους να παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης και κατανάλωσης αλκοόλ, ως αποτέλεσμα του αντιφατικού ρόλου τους στην εργασία (contradictory class location). Σημαντικό εύρημα αποτελεί επίσης η επιβεβαίωση της μη απόλυτης θεωρητικής και εμπειρικής επικάλυψης της έννοιας της κοινωνικής τάξης με εκείνη του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου (Muntaner κ.ά., 2007). Εφόσον, λοιπόν, πρόκειται για έννοιες που προσεγγίζουν με διαφορετικό τρόπο την κοινωνικοοικονομική θέση, ενδεχομένως και να μετράνε διαφορετικές διαστάσεις της. Μια μελέτη των ανισοτήτων υγείας θα πρέπει να λαμβάνει

υπόψη της ότι η χρήση της μίας ή της άλλης έννοιας μπορεί να οδηγήσει σε διαφορετικά θεωρητικά και πρακτικά συμπεράσματα.

4.4.3. Φυλή/εθνότητα, φύλο και άλλες κοινωνικά κατασκευασμένες ομαδοποιήσεις

4.4.3.1. Φυλή/εθνότητα

Αν και ιστορικά οι ανομοιότητες υγείας ανάμεσα στις διάφορες φυλετικές ομάδες αποδίδονταν στις βιολογικές διαφορές των φυλών, οι σύγχρονοι μελετητές της υγείας αναγνωρίζουν τη φυλή ως έναν αδρό δείκτη διακριτών κοινωνικών και ατομικών ιστορικών διεργασιών (Williams κ.ά., 1997). Η φυλή και η εθνότητα αποτελούν κοινωνικά κατασκευασμένες κατηγορίες, αντιπροσωπευτικές συγκεκριμένων κοινωνικών σχέσεων, όπως είναι ο εθνικισμός, ο ιμπεριαλισμός, η αποικιοκρατία και ο ρατσισμός (Muntaner κ.ά., 2013). Υπό αυτήν την έννοια, εκφράζουν τον δυαδισμό της ατομικής ταυτότητας και της κοινωνικής δομής, που προσδιορίζει τη δυνατότητα πρόσβασης στους διάφορους πολύτιμους πόρους (Karlsen και Nazroo, 2002).

Οι ανισότητες υγείας ανάμεσα στις φυλές είναι αξιοσημείωτες, όπως, για παράδειγμα, τα συστηματικά υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας και νοσηρότητας στους αφροαμερικανούς έναντι των αντίστοιχων ποσοστών στους λευκούς κατοίκους στις Η.Π.Α. Επιπλέον, η ύπαρξη της σχέσης μεταξύ των κοινωνικών ανισοτήτων και της υγείας έχει επιβεβαιωθεί και εντός των διάφορων εθνοτικών και φυλετικών ομάδων, με τα άτομα χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου να είναι πιο πιθανό να παρουσιάζουν κακή υγεία σε σχέση με εκείνα των υψηλότερων βαθμίδων (Williams κ.ά., 1997).

Η συζήτηση για τους μηχανισμούς που συνδέουν την κοινωνικοοικονομική θέση με τη φυλή ή την εθνότητα και την υγεία εκκινεί –ή θα έπρεπε να εκκινεί τουλάχιστον– από το ερώτημα για το αν την πρωταρχική σημασία στη σχετική σύνδεση φέρει τελικά η φυλή ή η κοινωνική τάξη (Muntaner κ.ά., 2013). Η μια προσέγγιση υποστηρίζει ότι οι άνισες σχέσεις ισχύος, λόγω του ατομικού ή του θεσμοποιημένου ρατσισμού, μεταξύ των εθνοτικών ομάδων οδηγεί στη διαμόρφωση κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων, με τελική συνέπεια τα διαφοροποιημένα επίπεδα υγείας (Keyes κ.ά., 2011).

Επομένως, οι εθνοτικές μειονότητες αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα υγείας λόγω ιστορικών και σύγχρονων μορφών ρατσισμού και διακρίσεων, με τους μηχανισμούς αυτούς να μειώνουν τις εκπαιδευτικές και εργασιακές ευκαιρίες τους και να εμποδίζουν την κοινωνική άνοδό τους (Muntaner κ.ά., 2013). Ο ρατσισμός, ως μια ιδεολογία μιας σχέσης ανωτερότητας-κατώτερότητας, μπορεί να έχει επίπτωση στην υγεία και μέσα από μη οικονομικές μορφές διακρίσεων, ιδίως με την άνιση κατανομή της ποιότητας και της ποσότητας των πόρων που προάγουν την υγεία στο επίπεδο των κοινωνικών θεσμών (π.χ. διακρίσεις στην παροχή της υγειονομικής περίθαλψης). Κυρίως όμως θα πρέπει να αναφερθεί ο στρεσογόνος ρόλος του ρατσισμού ως ένα σύνολο εμπειριών ζωής, που μπορεί να οδηγήσει μακροπρόθεσμα σε ψυχοπαθολογικές και φυσιολογικές αρνητικές εκβάσεις υγείας. Σε αυτήν την περίπτωση, επομένως, η κοινωνικοοικονομική θέση έπεται των μηχανισμών των οικονομικών και μη οικονομικών διακρίσεων, όπως αυτές προκύπτουν από μεγάλης κλίμακας κοινωνικές δομές και διεργασίες (Williams κ.ά., 1997). Από την άλλη πλευρά, σύμφωνα με μια νεο-μαρξιστική προσέγγιση, ο ρατσισμός δεν αποτελεί παρά μια δικαιολόγηση της εκμετάλλευσης της εργασίας σε κοινωνίες όπου οι χαμηλότερου επιπέδου χειρωνακτικές εργασίες ανατίθενται σε εθνοτικές μειονότητες, διαμορφώνοντας με αυτόν τον τρόπο μια φυλετικοποιημένη εργατική τάξη (Miles και Phizacklea, 1984· Muntaner κ.ά., 2013).

4.4.3.2. Φύλο

Το φύλο ως κοινωνικοοικονομικός παράγοντας αναφέρεται στα χαρακτηριστικά των ανδρών και των γυναικών που είναι κοινωνικά και όχι βιολογικά κατασκευασμένα. Συμπεριλαμβάνει κανόνες, ρόλους και συμπεριφορές συνδεδεμένες με τις πολιτισμικές αξίες, που διαμορφώνουν τις σχέσεις μεταξύ των δύο φύλων (Solar και Irwin, 2010). Ένα μεγάλο μέρος της αποτρέψιμης νοσηρότητας και θνησιμότητας που βιώνουν οι γυναίκες οφείλεται άμεσα ή έμμεσα στους διαχωρισμούς βάσει φύλου που γίνονται στην κοινωνία (Doyal, 2000a). Το φύλο αποτελεί τη βάση για συστηματικές διακρίσεις εις βάρος των γυναικών, των οποίων η πρόσβαση στην εκπαίδευση, σε καλά

αμειβόμενα επαγγέλματα, σε υλικούς πόρους και άλλα κοινωνικά πλεονεκτήματα, όπως είναι η ισχύς και το κύρος, είναι σε πολλές κοινωνίες χαμηλότερη έναντι εκείνης των ανδρών (Solar και Irwin, 2010). Επιπλέον, υπάρχουν διαφορές μεταξύ των ανδρών και των γυναικών στις συνθήκες της απασχόλησης και, κατ' επέκταση, στους συνδεόμενους με το επάγγελμα κινδύνους για την υγεία. Οι γυναίκες συνήθως καταλαμβάνουν χαμηλότερες επαγγελματικές βαθμίδες, ενώ παράλληλα είναι και πιθανότερο να εργάζονται στον ανεπίσημο τομέα της οικονομίας, όπως είναι η οικιακή εργασία. Η άνιση κατανομή των οικογενειακών και οικιακών ευθυνών εις βάρος των γυναικών δημιουργεί εμπόδια στην επαγγελματική σταδιοδρομία τους, μειώνει την βιοποριστική ικανότητά τους και αυξάνει τον κίνδυνο φτώχειας που διατρέχουν κατά την ενήλικη ζωή τους (Solar και Irwin, 2010).

Η κατανόηση των ανισοτήτων μεταξύ των φύλων (gender inequalities) στην υγεία εξαρτάται από το συγκεκριμένο θεωρητικό πλαίσιο στο οποίο βασίζεται. Οι Annandale και Hunt (2000) διακρίνουν τρεις φάσεις στην έρευνα των έμφυλων ανισοτήτων υγείας, με αντίστοιχα θεωρητικά και μεθοδολογικά χαρακτηριστικά. Από τα τέλη της δεκαετίας του 1970, η πρώτη, «παραδοσιακή» φάση ενσωμάτωνε επιρροές τόσο του φιλελεύθερου όσο και του ριζοσπαστικού φεμινισμού. Στο πλαίσιο αυτής της παράδοσης πραγματοποιείτο μια σαφή διάκριση μεταξύ του βιολογικού (sex) και του κοινωνικού (gender) φύλου, δίνοντας έμφαση περισσότερο στην κοινωνική παραγωγή των ανισοτήτων, παρά στις βιολογικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων²¹⁴. Συνεπώς, οι ανισότητες υγείας σε αυτό το θεωρητικό σχήμα μπορούν να αμβλυνθούν αποκλειστικά μέσω αλλαγών στη δόμηση της κοινωνίας βάσει των κατηγοριών του φύλου (gender order), η οποία ευνοεί την υγεία των ανδρών έναντι εκείνης των γυναικών (Annandale και Hunt, 2000). Επιπλέον, φαίνεται να υπάρχει μια διαφορετική προσέγγιση των προβλημάτων εντός κάθε φύλου. Έτσι, κύριο μέλημα στην έρευνα του ανδρικού φύλου ήταν η επίδραση των

²¹⁴ Η έννοια του βιολογικού φύλου εστιάζει στη βιολογική-γενετική κατασκευή των ατόμων, ενώ εκείνη του κοινωνικού φύλου παραπέμπει στην κοινωνική κατασκευή και τους κοινωνικούς ρόλους, τις εμπειρίες και τις προσδοκίες τους (Annandale και Hunt, 2000).

χαρακτηριστικών των ανδροκρατούμενων –με μεγαλύτερο κύρος και μισθό– θέσεων εργασίας. Αντίθετα, στις γυναίκες το ενδιαφέρον επικεντρωνόταν στην εξισορρόπηση της εργασιακής –με την υπερεκπροσώπησή τους στις χαμηλόμισθες εργασίες– και της οικογενειακής ζωής (Muntaner κ.ά., 2013).

Οι διάχυτοι έμφυλοι διαχωρισμοί (gender segregation) στην αγορά εργασίας, όπου οι γυναίκες έτειναν να έχουν πολύ μικρότερη συμμετοχή, ιδίως σε σταθερού τύπου εργασίες, άρχισαν να αμβλύνονται από την ταχεία κοινωνική αλλαγή στην εργασιακή σφαίρα από τα τέλη της δεκαετίας του '80. Ωστόσο, αυτή η αλλαγή μάλλον δημιούργησε νέες μορφές ανισότητας μεταξύ των ανδρών και των γυναικών αλλά και εντός της κάθε κατηγορίας φύλου, όπως, για παράδειγμα, μεταξύ των νέων μορφωμένων και των μεγαλύτερης ηλικίας μη μορφωμένων γυναικών. Επομένως, τα προνόμια της πατριαρχικής κοινωνίας διατηρήθηκαν με άλλες μορφές, δημιουργώντας την ανάγκη για αιτιολογικά μοντέλα περισσότερο πολύπλοκα από τον απλό δυαδισμό μεταξύ του βιολογικού και του κοινωνικού φύλου (Annandale και Hunt, 2000).

Μεταμοντέρνες προσεγγίσεις επιχειρούν να υπερβούν τον διαχωρισμό μεταξύ της βιολογικής και της κοινωνικής φύσης του φύλου, αναγνωρίζοντας τη διάδραση μεταξύ τους και θεωρώντας το φύλο όχι ως μια δυαδική κατηγοριοποίηση ισχύος, αλλά ως πολυμορφικές κοινωνικές σχέσεις (Annandale και Hunt, 2000). Στο πλαίσιο αυτό, λοιπόν, αναγνωρίζονται τόσο οι βιολογικές όσο και οι κοινωνικές διαφορές των φύλων (Doyal, 2000b) και θεωρείται ότι είναι ο συνδυασμός αυτών των δύο διαστάσεων που δημιουργεί τις έμφυλες ανισότητες υγείας.

Τα αποτελέσματα των μετρήσεων των έμφυλων διαφορών υγείας παρουσιάζονται να είναι διαφορετικά (ή και αντιθετικά) ανάλογα με τους δείκτες κοινωνικοοικονομικής θέσης και τις εκβάσεις υγείας που χρησιμοποιούνται και το στάδιο της ζωής όπου επικεντρώνονται (Muntaner κ.ά., 2013). Οι πρώτες μελέτες αναφορικά με τις διαφορές υγείας μεταξύ των φύλων έδειξαν να υπάρχει μεγαλύτερη συνέπεια στις παρατηρούμενες τάσεις ανάμεσα στους άνδρες παρά στις γυναίκες (Valkonen, 1989· Kunst κ.ά., 1995). Γενικότερα, έχει διαπιστωθεί ότι οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας επηρεάζονται από τις κοινωνικές ανισότητες που σχετίζονται με τις κατηγορίες του φύλου ή της

φυλής/εθνότητας (Muntaner κ.ά., 2013). Παρόλο που τα επίπεδα υγείας έχουν βρεθεί να είναι παρόμοια ανάμεσα στις γυναίκες και τους άνδρες, το χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο εμφανίζεται να είναι πιο συχνά παρατηρούμενο στις γυναίκες (Adler και Stewart, 2009). Παρόμοια, η συμμετοχή σε μια φυλετική/εθνοτική ομάδα φαίνεται να επηρεάζει με διαφορετικό τρόπο την επίπτωση της παχυσαρκίας αναλόγως του φύλου. Έχει διαπιστωθεί, για παράδειγμα, μεγαλύτερη πιθανότητα παχυσαρκίας σε γυναίκες ισπανικής καταγωγής από ό,τι σε μη ισπανικής, ενώ αυτή η διαφοροποίηση υγείας δεν τεκμηριώθηκε αντίστοιχα και για τους άνδρες (Ogden κ.ά., 2007).

4.4.3.3. Ο μηχανισμός των διακρίσεων (discrimination)

Γενικότερα, θα μπορούσαμε να θεωρήσουμε πως τόσο οι φυλετικές/εθνοτικές όσο και οι έμφυλες διαφορές υγείας έχουν ως πηγή τους μια μορφή διάκρισης και άνισης μεταχείρισης, με σκοπό τον περιορισμό των δομών των ευκαιριών των μειονεκτουσών ομάδων (McLeod, 2013). Οι διακρίσεις αποτελούν ένα κοινωνικά δομημένο και αποδεκτό φαινόμενο, που δικαιολογείται από κάποια ιδεολογία και εκφράζεται στις διαδράσεις μεταξύ των ανθρώπων και των θεσμών, διατηρώντας τα πλεονεκτήματα για τα μέλη των κυρίαρχων ομάδων εις βάρος της αντίστοιχης αποστέρησης των υπολοίπων (Krieger, 2014). Οι κοινωνικές ομάδες που εμπλέκονται σε αυτήν τη διαδικασία δεν συνιστούν *a priori* οντότητες, αλλά προκύπτουν από τον συσχετισμό μεταξύ τους και τις υποκείμενες κοινωνικοπολιτικές σχέσεις, οι οποίες διαμορφώνουν τα όρια και τις διαφορές μεταξύ τους. Ο μηχανισμός των διακρίσεων μπορεί να αφορά και στη σχέση μεταξύ άλλων κοινωνικών ομάδων. Η Krieger (2014) διαχωρίζει μεταξύ των παρακάτω τύπων διακρίσεων στις Η.Π.Α.:

- Εθνοτικές/φυλετικές, οι οποίες λειτουργούν εις βάρος των ομάδων που δεν είναι λευκοί ή δεν έχουν ευρωπαϊκή καταγωγή και δικαιολογούνται στη βάση του ρατσισμού.
- Αντι-μεταναστευτικές, οι οποίες λειτουργούν εις βάρος των ομάδων των μεταναστών που έχουν γεννηθεί στο εξωτερικό και δικαιολογούνται στη βάση του τοπικισμού (nativism).

Η κοινωνικοοικονομική βάση της υγείας και της ασθένειας

- Έμφυλες, οι οποίες λειτουργούν εις βάρος των γυναικών και δικαιολογούνται στη βάση του σεξισμού.
- Αντι-ομοφυλοφιλικές, οι οποίες λειτουργούν εις βάρος των μη ετεροφυλοφιλικών ομάδων και δικαιολογούνται στη βάση του ετεροσεξισμού (heterosexism).
- Εις βάρος των ατόμων με ειδικές ανάγκες ή αναπηρίες, οι οποίες δικαιολογούνται στη βάση της ιδεολογίας του ικανοτισμού (ableism).
- Με βάση την ηλικία, οι οποίες λειτουργούν εις βάρος είτε των νέων είτε των ηλικιωμένων (ageism).
- Ταξικές, οι οποίες είναι εις βάρος της εργατικής τάξης και των φτωχών και δικαιολογούνται στη βάση της ταξικής προκατάληψης (class bias).

Κατά τους Williams και Williams-Morris (2000), ο μηχανισμός των διακρίσεων μπορεί να λάβει τρεις μορφές. Η θεσμοποιημένη διάκριση αναφέρεται στις διαφορές στις δομές των ευκαιριών, τον βαθμό οικονομικής αποστέρησης, τον οικιστικό διαχωρισμό (residential segregation) και τις συνθήκες εργασίας. Οι προσωπικές εμπειρίες μπορεί να είναι οξείες και χρόνιες, καθώς και να έχουν αθροιστικά αποτελέσματα κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου, επηρεάζοντας αρνητικά την ψυχική και τη φυσική υγεία του μέσα από ψυχοσωματικές διεργασίες. Τέλος, η εσωτερικοποίηση του ρατσισμού (internalized racism) αφορά στη διαδικασία αποδοχής από τις περιθωριοποιημένες κοινωνικές ομάδες των αρνητικών κοινωνικών πεποιθήσεων και στερεοτύπων για τους εαυτούς τους, δημιουργώντας προσδοκίες, άγχη και συμπεριφορικές αποκρίσεις που μπορεί να επηρεάσουν δυσμενώς την κοινωνική και την ψυχολογική λειτουργία τους. Το στίγμα κατωτερότητας πλήττει την αυτοεκτίμηση του ατόμου, καθώς και την προσδοκώμενη από αυτό κοινωνική αντιμετώπισή του, με συνακόλουθες αρνητικές συνέπειες στα κοινωνικά δίκτυα και τις εργασιακές και εκπαιδευτικές επιδόσεις του (Williams και Williams-Morris, 2000). Προκύπτει, λοιπόν, ότι οι κοινωνικές κατηγορίες βάσει φύλου και φυλής/εθνότητας αλλά και άλλοι κοινωνικά κατασκευασμένοι διαχωρισμοί, όπως αυτοί που στηρίζονται στη σεξουαλικότητα, την ηλικία, την τάξη, την ύπαρξη αναπηρίας και τον τόπο γέννησης, προσφέρουν κάποια επιπρόσθετη διάσταση στην κοινωνικοοικονομική θέση, αποτελώντας μια ακόμη εξήγηση των κοινωνικών

διαφοροποιήσεων στην υγεία, συνδεδεμένες με τον ψυχοκοινωνικό μηχανισμό των διακρίσεων.

Η Krieger (2014) χρησιμοποίησε την οικοκοινωνική θεωρία της για να εξηγήσει την επίπτωση των διακρίσεων στην υγεία και τις ανισότητες υγείας. Σύμφωνα με αυτήν την προσέγγιση, και με παράδειγμα τον ρατσισμό, οι άνισες φυλετικές σχέσεις ταυτόχρονα α) ωφελούν τα άτομα που διεκδικούν την φυλετική ανωτερότητα εις βάρος εκείνων που θεωρούν ότι είναι εγγενώς κατώτεροι, β) φυλετικοποιούν (racialize) τη βιολογία, παράγοντας και δικαιολογώντας τις κοινωνικές κατηγορίες φύλου/εθνότητας, και γ) δημιουργούν άνισες συνθήκες διαβίωσης και εργασίας, οι οποίες, μέσω της βιολογικής ενσωμάτωσής τους, καταλήγουν στις υγειονομικές συνέπειες του ρατσισμού, δηλαδή στις φυλετικές ανισότητες υγείας. Οι συγκεκριμένες διαδρομές διαμέσου των οποίων επηρεάζεται δυσμενώς η υγεία των μειονεκτουσών φυλετικών ομάδων είναι: α) η οικονομική και η κοινωνική αποστέρηση, β) η εκτεταμένη έκθεση σε τοξίνες, κινδύνους και παθογόνους παράγοντες, γ) το κοινωνικό τραύμα, δ) οι επιβλαβείς για την υγεία συμπεριφορικές αποκρίσεις στις διακρίσεις, ε) η στοχευμένη διαφήμιση ανθυγιεινών αγαθών, στ) η ανεπαρκής υγειονομική περίθαλψη και ζ) υποβάθμιση του οικοσυστήματος.

4.5. Συμπεράσματα και περαιτέρω σκέψεις

Η μέτρηση της κοινωνικοοικονομικής θέσης των ατόμων είναι απαραίτητη στη μελέτη των ανισοτήτων υγείας, καθότι: α) επιτρέπει την αξιολόγηση και την παρακολούθηση της κοινωνικής κατανομής της ασθένειας, προκειμένου να δώσει μια επιστημονική βάση στις πολιτικές υγείας, να διαπιστώσει τις αλλαγές στον χρόνο ή ανάμεσα σε διαφορετικές περιοχές ή κοινωνικές ομάδες και να εκτιμήσει τον βαθμό επίτευξης των στόχων των πολιτικών, β) χρησιμοποιείται για την εξήγηση των αιτιωδών μηχανισμών διαμέσου των οποίων η κοινωνικοοικονομική θέση παράγει χάσματα υγείας και γ) μπορεί να χρησιμοποιηθεί και ως παράγοντας προσαρμογής ή ελέγχου (adjustment factor) στις στατιστικές αναλύσεις, όταν η μεταβλητή επικέντρωσης είναι διαφορετική (Galobardes κ.ά., 2007).

Γενικότερα, ο τρόπος μέτρησης της κοινωνικοοικονομικής θέσης συνεπάγεται ένα συγκεκριμένο κοινωνιολογικό υπόβαθρο, το οποίο μπορεί να βασίζεται είτε στην έννοια της κοινωνικοοικονομικής διαβάθμισης είτε σε εκείνη των σχέσεων μεταξύ των κοινωνικών ομάδων ή των τάξεων του πληθυσμού. Συνεπώς, η σχετική επιλογή συνδέεται κάθε φορά με μια ορισμένη θεωρητική προσέγγιση της κοινωνικής διαστρωμάτωσης και δεν είναι αξιακά ελεύθερη. Ο **Πίνακας 4-1** συνοψίζει τα χαρακτηριστικά των κυριότερων κοινωνιολογικών προσεγγίσεων των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας. Σε αυτό το πλαίσιο, εντοπίζονται δύο βασικές διαφορές που σχετίζονται με τη σύλληψη της ισχύος που παράγει τις κοινωνικές ανισότητες και τη συνακόλουθη λύση πολιτικής (Muntaner κ.ά., 2013). Η διαβαθμιστική προσέγγιση υιοθετεί ένα μοντέλο ισχύος-ελίτ, όπου τα άτομα υψηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου συνιστούν μια προνομιούχο ομάδα, η οποία συγκεντρώνει την πλειοψηφία του πλούτου, των αναγνωρισμένου κύρους επαγγελματιών και της ισχύος. Υπό αυτήν την οπτική, ως πολιτική επανόρθωσης της κοινωνικής ανισότητας προωθείται η αναδιανομή των πόρων, όπως διαμέσου της προοδευτικής φορολογίας. Αντίθετα, σε ένα πλαίσιο πολιτικής οικονομίας, η προσέγγιση των κοινωνικών τάξεων αναγνωρίζει την κοινωνική ανισότητα ως ένα εγγενές χαρακτηριστικό του πολιτικοοικονομικού συστήματος, των οικονομικών θεσμών και των καπιταλιστικών σχέσεων. Συνεπώς, δεν αρκούν αναδιανεμητικές πολιτικές για τη μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων, αλλά απαιτούνται πιο θεμελιώδεις μεταβολές στην κατανομή της ισχύος και τις κοινωνικές σχέσεις, όπως μέσω της δημοκρατικοποίησης του χώρου εργασίας και της ενίσχυσης της διαπραγματευτικής ισχύος των εργατών (Muntaner κ.ά., 2013), καθώς βέβαια και με τη ριζική αλλαγή του πολιτικοοικονομικού και κοινωνικού συστήματος. Μεταμοντέρνες προσεγγίσεις ασκούν κριτική στο αναλυτικό υπόδειγμα των οικονομικών τάξεων, προβάλλοντας μια ατομικοποίηση της ανισότητας (individualization of inequality) (Grusky και Ku, 2008). Υπό αυτήν τη θεώρηση, οι κοινωνικοοικονομικές ταυτότητες των ατόμων διαμορφώνονται ενεργώς από τα ίδια και ο τρόπος ζωής αποσυνδέεται σημαντικά από την εργασία.

Η κοινωνικοοικονομική βάση της υγείας και της ασθένειας

Πίνακας 4-1 Σύνοψη των χαρακτηριστικών των κυριότερων κοινωνιολογικών προσεγγίσεων της σχέσης της κοινωνικοοικονομικής θέσης με την υγεία

	Κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση		Κοινωνικές ομάδες/τάξεις	
		Κοινωνική περιχαράκωση	Κοινωνική τάξη	Φύλο/εθνότητα/φυλή/άλλη κοινωνική κατηγορία
Θεωρητικό παράδειγμα	Βεμπεριανό	Νεο-βεμπεριανό/Bourdieu	Νεο-μαρξιστικό	Σχέση κοινωνικής ανωτερότητας-κατωτερότητας
Φύση ανισότητας	Διαβαθμιστική	Σχέσεις μεταξύ κοινωνικών ομάδων	Σχέσεις μεταξύ κοινωνικών τάξεων	Σχέσεις μεταξύ κοινωνικών ομάδων
Προσανατολισμός προσέγγισης	Μικρο-επίπεδο	Μικρο/μεσο-επίπεδο	Μεσο/μακρο-επίπεδο	Μικρο/μεσο/μακρο-επίπεδο
Επικέντρωση προσέγγισης	Ατομικές ιδιότητες και χαρακτηριστικά, υλικές συνθήκες και ευκαιρίες ζωής (π.χ. εισόδημα, εκπαίδευση, επάγγελμα, πλούτος)	Διαπίστευση, αδειοδότηση, δικαιώματα ιδιοκτησίας, ικανότητες/ διαπιστευμένα προσόντα	Σχέση κοινωνικής τάξης με παραγωγικά μέσα, εκμετάλλευση και κυριαρχία	Κοινωνικές ομάδες βάσει φύλου, φυλής, εθνότητας, ηλικίας, σεξουαλικότητας, καταγωγής
Αιτίες κοινωνικής ανισότητας	Στρωματοποίηση των ατόμων σε διαφορετικές θέσεις βάσει των ευκαιριών ζωής	Παραγωγή/αναπαραγωγή των τάξεων μέσα από μηχανισμούς αποκλεισμού	Παραγωγή/αναπαραγωγή των τάξεων μέσα από σχέσεις εκμεταλλευτικής παραγωγής	Κοινωνικές διακρίσεις στις διαδράσεις μεταξύ των ανθρώπων και των θεσμών
Πηγή ισχύος μεταξύ των ατόμων	Η κατοχή ιδιοτήτων και υλικών πόρων και συνθήκες διαβίωσης	Διαπιστευμένα προσόντα, άδειες, δικαιώματα ιδιοκτησίας και διεύθυνσης παρέχουν δυνατότητα πρόσβασης και αποκλεισμού από οικονομικές ευκαιρίες	Οι εργασιακές σχέσεις παρέχουν σε ορισμένα άτομα ισχύ στις ζωές και τις δραστηριότητες άλλων	Το φύλο ή η συμμετοχή σε μια φυλετική/εθνοτική ή άλλη κοινωνική ομάδα συνδέεται με κοινωνικά πλεονεκτήματα, τα οποία διατηρούνται εις βάρος των μειονεκτουσών ομάδων στη βάση κάποιας ιδεολογίας
Κατανομή ισχύος μεταξύ των ατόμων	Ιδιαίτερα συγκεντρωμένη σε άτομα με υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (π.χ. οι εύποροι εις βάρος των φτωχών)	Υψηλή συγκέντρωση στους αποθησαυριστές (hoarders) ευκαιριών έναντι των μη-αποθησαυριστών (π.χ. οι ιδιοκτήτες εις βάρος των μη ιδιοκτητών)	Υψηλή συγκέντρωση στους εκμεταλλευτές έναντι των εκμεταλλευομένων (π.χ. οι καπιταλιστές εις βάρος των εργατών)	Υψηλή συγκέντρωση στις κυρίαρχες, προνομιούχες κοινωνικές ομάδες
Μηχανισμός κοινωνικής ανισότητας	Οι ευκαιρίες ζωής στρωματοποιούν τα άτομα σε διαφορετικές ομάδες	Η αποθησαύριση ευκαιριών και η κοινωνική περιχαράκωση προστατεύουν τα προνόμια και τα πλεονεκτήματα ορισμένων ομάδων	Η διαδικασία ιδιοποίησης της παραγωγής και της κατανομής της υπεραξίας ανάμεσα στις κοινωνικές τάξεις παράγει οικονομική ανισότητα	Οι διακρίσεις δημιουργούν διαφορές στις διαθέσιμες ευκαιρίες και στις προσωπικές ψυχοσωματικές εμπειρίες, ενώ ο ρατσισμός μπορεί και να εσωτερικοποιηθεί από τις περιθωριοποιημένες κοινωνικές

Η κοινωνικοοικονομική βάση της υγείας και της ασθένειας

				ομάδες, αναπαράγοντας αρνητικές κοινωνικές πεποιθήσεις και στερεότυπα
Ενδεικτικό ερευνητικό ερώτημα	Πως οι άνθρωποι αποκτούν τους κοινωνικοοικονομικούς πόρους που επηρεάζουν την απασχόλησή τους, επηρεάζοντας στη συνέχεια την υγεία τους	Ποιοι μηχανισμοί αποκλεισμού διατηρούν τα προνόμια κάποιων ομάδων	Πως η εκμετάλλευση και η πάλη μεταξύ των κατόχων των μέσων παραγωγής και των εργατών που παρέχουν εργασία οδηγεί σε συστηματικές διαφορές στην υγεία	Πως ιστορικές μορφές διακρίσεων μειώνουν τις εκπαιδευτικές και εργασιακές ευκαιρίες κάποιων μειονοτικών ομάδων, με συνέπεια να επηρεάζεται αρνητικά το δυνητικό επίπεδο υγείας τους
Υποθετικές επιπτώσεις	Διαβαθμιστική επίπτωση, όπου η βελτίωση του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου σχετίζεται με καλύτερη υγεία	Διαβαθμιστική επίπτωση, όπου η αποθησαύριση ευκαιριών και η κατάσταση αποκλεισμού προβλέπουν το επίπεδο υγείας	Μη γραμμική, το επίπεδο υγείας συνδέεται με το επίπεδο εκμετάλλευσης και κυριαρχίας, όπως αυτό ασκείται και βιώνεται από τις διάφορες κοινωνικές τάξεις	Διαχωριστική επίπτωση, η οποία σχετίζεται με τη συμμετοχή ή όχι σε μια μειονεκτούσα κοινωνική ομάδα
Συνέπειες πολιτικής για τη βελτίωση της υγείας	Αναδιανομή κοινωνικοοικονομικών πόρων, παροχή οικονομικών βοηθημάτων στους σπουδαστές, αύξηση βασικού μισθού και ευκαιριών απασχόλησης	Άρση των μηχανισμών αποκλεισμού για τον περιορισμό των πλεονεκτημάτων εκείνων που επωφελούνται από την αποθησαύριση ευκαιριών (π.χ. πολιτικά δικαιώματα σε παράνομους μετανάστες, αποκλειστικά δημόσιο σύστημα υγείας)	Ενίσχυση της ισχύος και του συνδικαλισμού της εργατικής τάξης, εκλογή κομμάτων που τάσσονται υπέρ της εργατικής τάξης, οργανωμένα κοινωνικά κινήματα για τη μείωση της εκμετάλλευσης	Άρση των θεσμοποιημένων μορφών διακρίσεων εις βάρος εθνικών/φυλετικών και άλλων μειονεκτουσών κοινωνικών ομάδων
Πλεονεκτήματα προσέγγισης	Υψηλή προβλεπτική αξία των παραγόντων κινδύνου από τους κοινωνικοοικονομικούς δείκτες, ευκολία ερμηνείας και διαθεσιμότητα μεταβλητών	Αναγνώριση της σύνδεσης των οικονομικών πλεονεκτημάτων που σχετίζονται με μια προνομιούχο θέση με τα αντίστοιχα μειονεκτήματα εκείνων που αποκλείονται	Εξετάζει τις κοινωνικές σχέσεις στις καπιταλιστικές κοινωνίες, προσδιορίζει μηχανισμούς παραγωγής ανισότητας ταυτόχρονα στην αγορά και τον χώρο εργασίας	Αναγνώριση του κοινωνικού υποβάθρου κάποιων ανισοτήτων υγείας που μπορεί να έχουν και μη οικονομική βάση
Περιορισμοί προσέγγισης	Κυρίως περιγραφική	Δεν ασχολείται με τη λειτουργία των κοινωνικών τάξεων στην οικονομική παραγωγή	Η μέτρηση της εκμετάλλευσης είναι ανεπαρκώς ανεπτυγμένη, έννοια αμφιλεγόμενη και αμφισβητούμενη	Ενδογένεια μεταξύ κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και κοινωνικής ομάδας

Πηγή: Προσαρμογή και συμπλήρωση σε Muntaner κ.ά. (2013)

Έχει διαπιστωθεί ότι το αποτέλεσμα της μέτρησης των κοινωνικών ανισοτήτων υγείας επηρεάζεται από τον δείκτη κοινωνικοοικονομικής θέσης που επιλέγεται. Επιπλέον, ο κάθε κοινωνικοοικονομικός προσδιοριστής συνδέεται και προκρίνει άλλους τρόπους πολιτικής προσέγγισης και αντιμετώπισης του προβλήματος (Anand κ.ά., 2001). Ιδανικά, η επιλογή του δείκτη θα πρέπει να βασίζεται στο συγκεκριμένο ερευνητικό ερώτημα που εξετάζεται κάθε φορά (Galobardes κ.ά., 2006b). Στην περίπτωση που το ερώτημα αυτό σχετίζεται απλώς με την επιβεβαίωση της ύπαρξης κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας, η επιλογή του κοινωνικοοικονομικού μέτρου δεν είναι τόσο σημαντική, αν και ο κάθε παράγοντας συνδέεται με διαφορετικού μεγέθους ανισότητες και με άλλου είδους μηχανισμούς.

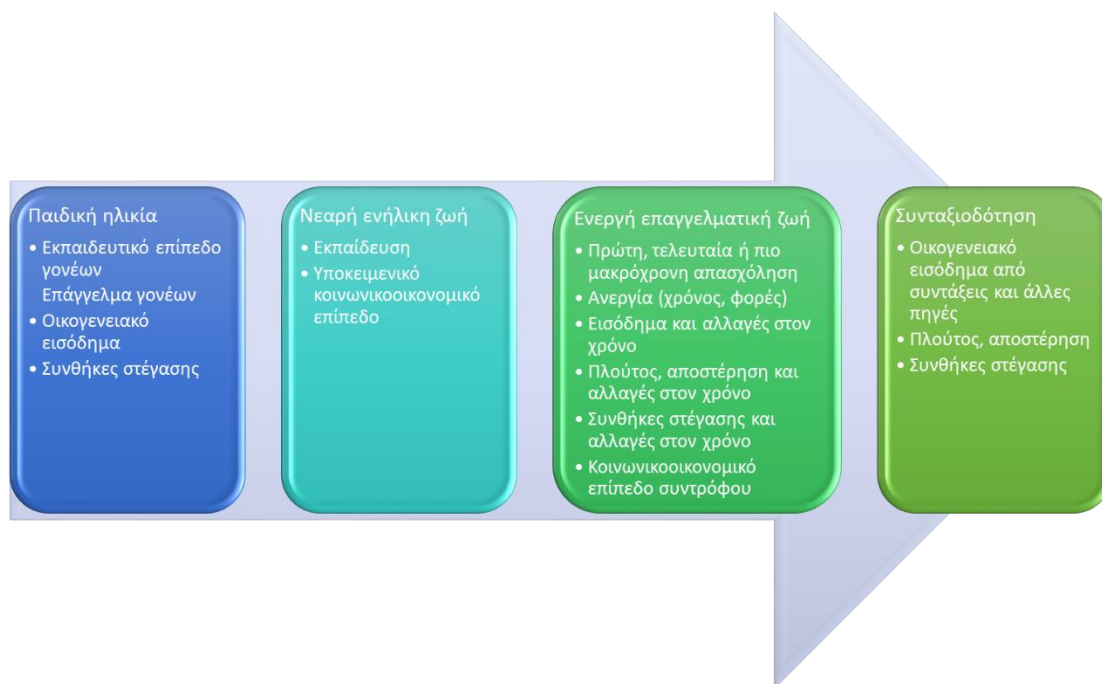
Στη διεθνή βιβλιογραφία, οι διάφοροι δείκτες της κοινωνικοοικονομικής θέσης χρησιμοποιούνται εναλλακτικά, περισσότερο αναλόγως της διαθεσιμότητας των στοιχείων και όχι τόσο σε σχέση με τις διαφορετικές θεωρητικές προελεύσεις (Galobardes κ.ά., 2006b· Benzeval κ.ά., 2014). Πέρα από τις βασικές εκφράσεις της κοινωνικοοικονομικής θέσης που αναλύθηκαν σε αυτό το κεφάλαιο, υπάρχουν και άλλες κοινωνικές ομαδοποιήσεις που μπορεί να είναι χρήσιμες για τη διαμόρφωση σημαντικών κοινωνικών κατηγοριών για την έρευνα της κοινωνικής διαστρωμάτωσης της υγείας. Οι Evans και Brown (2003) πρότειναν το σχετικό ακρωνύμιο PROGRESS (Place of residence, Religion, Occupation, Gender, Race/ethnicity, Education, Socioeconomic status, και Social networks and capital), το οποίο υιοθετήθηκε και σε μια σχετικά πρόσφατη έκθεση του Π.Ο.Υ. (World Health Organization, 2013b). Μάλιστα, σε περίπτωση που οι βασικοί δείκτες κοινωνικοοικονομικής θέσης δεν είναι διαθέσιμοι, είναι δυνατόν να εφαρμόζονται και άλλοι αντιπροσωπευτικοί κοινωνικοοικονομικοί δείκτες, όπως είναι τα μέτρα των συνθηκών διαβίωσης (π.χ. η κατοχή αυτοκινήτου ή το καθεστώς στέγασης) (Solar και Irwin, 2010).

Πάντως, τα ιδιαίτερα κοινωνικά, ιστορικά, πολιτικά και άλλα χαρακτηριστικά κάθε περιοχής μπορεί να απαιτούν ιδιαίτερους τρόπους κοινωνικής ομαδοποίησης. Για παράδειγμα, στην Αυστραλία είναι σημαντική η διάκριση μεταξύ των αυτόχθονων Αβορίγινων και των Αυστραλών, ενώ στις Η.Π.Α. έχει νόημα η ομαδοποίηση βάσει φυλής/εθνότητας και στην Ινδία η

Η κοινωνικοοικονομική βάση της υγείας και της ασθένειας

κατηγοριοποίηση στο πλαίσιο του συστήματος της κάστας (Arcaya κ.ά., 2015). Έπειτα, λαμβάνοντας υπόψη την προσέγγιση του «κύκλου ζωής», διαπιστώνουμε ότι η καταλληλότητα του κάθε δείκτη εξαρτάται και από το συγκεκριμένο στάδιο της ζωής του ατόμου (**Γράφημα 4-1**).

Γράφημα 4-1 Παραδείγματα δεικτών κοινωνικοοικονομικής θέσης κατά τη διάρκεια της ζωής



Πηγή: Προσαρμογή από Galobardes κ.ά. (2006b)

Αναμφίβολα, η χρήση πολλαπλών μέτρων φαίνεται να καλύπτει περισσότερες διαστάσεις της κοινωνικοοικονομικής θέσης και είναι η ερευνητικά προτιμητέα προσέγγιση (Galobardes κ.ά., 2006b). Η επιβεβαίωση των ανισοτιμιών υγείας με τη χρήση διαφορετικών δεικτών του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου υποδηλώνει τη συνεπή ύπαρξή τους ανεξαρτήτως του μέτρου που χρησιμοποιείται κάθε φορά. Έτσι, οι παραδόσεις της κοινωνικής διαβάθμισης και των σχέσεων μεταξύ των κοινωνικών ομάδων ή τάξεων μπορούν να θεωρηθούν ως γόνιμα συμπληρωματικές μεταξύ τους και όχι αναγκαστικά αντιθετικές. Πάντως, η επιλογή του συγκεκριμένου τρόπου κατηγοριοποίησης θα πρέπει να είναι βασισμένη τόσο στη θεωρία όσο και στις ιδιαιτερότητες της ερευνητικής υπόθεσης και του γενικότερου πλαισίου στο οποίο γίνεται η έρευνα (Arcaya κ.ά., 2015).

5. Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

5.1. Εισαγωγή

Η οικονομία και το κράτος πρόνοιας στην Ελλάδα είχε συσσωρευμένα σημαντικά προβλήματα και πριν την έναρξη της κρίσης. Η οικονομική ανάπτυξη για χρόνια βασιζόταν σε ένα μοντέλο οικονομικής μεγέθυνσης μέσω της επέκτασης του χρέους (debt-led expansion model), το οποίο χρησιμοποιείτο για την χρηματοδότηση περισσότερο της δημόσιας κατανάλωσης παρά των δημοσίων επενδύσεων (Kentikelenis, 2018). Η παγκόσμια χρηματοπιστωτική και οικονομική κρίση, λοιπόν, εκδηλώθηκε στην Ελλάδα με τη μορφή μιας κρίσης εξυπηρέτησης του δημοσίου χρέους της μετά το 2008. Η αδυναμία της να χρηματοδοτήσει το τρέχον δημοσιονομικό έλλειμμά της αλλά και να αναχρηματοδοτήσει το χρέος της μέσω των αγορών οδήγησε τη χώρα στο να ζητήσει τη διεθνή οικονομική βοήθεια. Η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο συγκρότησαν έναν κοινό μηχανισμό οικονομικής στήριξης της Ελλάδας (Τρόικα), υπό την προϋπόθεση (conditionality) της εφαρμογής ενός προγράμματος οικονομικής προσαρμογής και δημοσιονομικής εξυγίανσης (πρώτο Μνημόνιο Κατανόησης). Ως βασικοί στόχοι τέθηκαν η δημοσιονομική σταθερότητα και η βιωσιμότητα του χρέους, η βελτίωση της ανταγωνιστικότητας της οικονομίας και η σταθεροποίηση του χρηματοπιστωτικού συστήματος. Το πρόγραμμα αυτό αφορούσε σε όλους τους τομείς της οικονομίας και της δημόσιας διοίκησης και επέβαλε πολύ αυστηρά μέτρα λιτότητας και άλλες διαρθρωτικές πολιτικές με στόχους: α) τη μείωση των δημοσίων δαπανών και την αύξηση των δημοσίων εσόδων, β) τη εσωτερική υποτίμηση με τη μείωση των μισθών και των τιμών, γ) την απελευθέρωση των αγορών εργασίας, αγαθών και υπηρεσιών και κεφαλαίου, δ) τις διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις και τον εκσυγχρονισμό της δημόσιας διοίκησης και ε) τις ευρείες αποκρατικοποιήσεις. Λόγω της συνεχούς επιδείνωσης των οικονομικών δεικτών, το πρώτο πρόγραμμα διάσωσης ακολούθησαν άλλα δύο, το 2012 και το 2015, τα οποία συνοδεύτηκαν από αντίστοιχα προγράμματα μεταρρυθμίσεων, καθώς και από το «κούρεμα» και την αναδιάρθρωση των ιδιωτικών δανείων, προκειμένου να βελτιωθεί η βιωσιμότητα του χρέους (Υφαντόπουλος κ.ά., 2019).

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

Η οικονομική κρίση επέφερε σημαντικές δημοσιονομικές, οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις. Έχοντας ήδη αναλύσει τους μηχανισμούς επίδρασης του κοινωνικοοικονομικού πλαισίου στην υγεία, το επόμενο ζήτημα που αναδύεται είναι το αν και πως αυτές οι δυσμενείς εξελίξεις μπορεί να έχουν επηρεάσει την υγεία και τις κοινωνικές ανισότητες υγείας στον ελληνικό πληθυσμό. Τα τελευταία χρόνια, μια σειρά μελετών έχουν δημοσιευθεί για τη διερεύνηση της υπόθεσης της αρνητικής επίπτωσης της κρίσης στην υγεία του ελληνικού πληθυσμού, χωρίς, ωστόσο, να έχει σημειωθεί ανάλογο ενδιαφέρον και για τον διαφοροποιημένο υγειονομικό αντίκτυπό της και τις μεταβολές που επέφερε στην κατανομή της. Επιπλέον, η βιβλιογραφία έχει μάλλον παραλείψει να κατασκευάσει συγκεκριμένα και ολοκληρωμένα θεωρητικά υποδείγματα για τους μηχανισμούς επίδρασης της κρίσης στην υγεία, καθώς εστιάζει κυρίως στην εμπειρική διερεύνηση του φαινομένου σε σχέση με συγκεντρωτικούς δείκτες υγείας.

Γενικότερα, ο υγειονομικός αντίκτυπος της πρόσφατης κρίσης θα μπορούσε να αποδοθεί σε δύο βασικούς και αλληλένδετους παράγοντες. Από τη μια πλευρά, υπάρχουν οι άμεσες κοινωνικοοικονομικές συνέπειες της ύφεσης, με τη διαφοροποιημένη έκθεση του πληθυσμού σε μια σειρά δυσμενών κοινωνικοοικονομικών εμπειριών, όπως είναι η απώλεια της εργασίας, η μείωση των μισθών και των διαθέσιμων εισοδημάτων και η επιδείνωση των εργασιακών συνθηκών. Από την άλλη πλευρά, μπορούμε να εντοπίσουμε τις επιπτώσεις των μεταρρυθμίσεων για τη διαρθρωτική προσαρμογή της ελληνικής οικονομίας και την εξυγίανση των δημοσίων οικονομικών, οι οποίες επίσης συνεπάγονται δυσμενείς μεταβολές στο κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο, όπως είναι η απορρύθμιση της αγοράς εργασίας, η υποχώρηση της κοινωνικής προστασίας και η ανεπαρκής χρηματοδότηση του συστήματος υγείας. Πάντως, τα υγειονομικά αποτελέσματα της κρίσης παρουσιάζονται να είναι ποικίλα και αντικρουόμενα (Simou και Koutsogeorgou, 2014· Parmar κ.ά., 2016· Μπελετσιώτη κ.ά., 2018). Ως εκ τούτου, θα ήταν χρήσιμη η διερεύνηση των συγκεκριμένων μηχανισμών διαμέσου των οποίων η πρόσφατη κρίση έχει επηρεάσει την υγεία του πληθυσμού.

Σκοπός αυτού του κεφαλαίου είναι η εξέταση μηχανισμών μέσω των οποίων η οικονομική κρίση μπορεί να έχει επηρεάσει την υγεία και την

κατανομή της στον πληθυσμό. Το κεφάλαιο ξεκινάει με την ανάλυση της εξέλιξης κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών μιας σειράς σημαντικών κοινωνικοοικονομικών δεικτών, όπως είναι η ανεργία, οι συνθήκες διαβίωσης και οι οικονομικές ανισότητες. Ακολουθως, παρουσιάζονται οι κύριες επιπτώσεις των διαρθρωτικών μέτρων στην κοινωνική προστασία και την προστασία της απασχόλησης, καθώς και στην πρόσβαση στο σύστημα υγείας και την ποιότητα των παρεχομένων υγειονομικών υπηρεσιών. Στη συνέχεια, αναλύονται οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία και κατασκευάζεται ένα ολοκληρωμένο, ενιαίο εννοιολογικό υπόδειγμα. Το υπόδειγμα αυτό προέκυψε μέσα από μια κριτική βιβλιογραφική επισκόπηση και σύνθεση της διεθνούς βιβλιογραφίας για την επίπτωση των οικονομικών κρίσεων στην υγεία. Το κεφάλαιο καταλήγει με την επισκόπηση των κυριότερων επιπτώσεων της κρίσης σε βασικούς δείκτες υγείας και στις ανισότητες υγείας, σύμφωνα με ήδη δημοσιευμένες μελέτες.

5.2. Κοινωνικοοικονομικές συνέπειες της κρίσης

Τα ελληνικά προγράμματα οικονομικής προσαρμογής σε γενικές γραμμές απέτυχαν να επιτύχουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα ως προς την επίτευξη ενός πρωτογενούς πλεονάσματος, τη μείωση του χρέους και την προώθηση της ανάπτυξης, με συνέπεια οι οικονομικοί και κοινωνικοί δείκτες να βαίνουν διαρκώς επιδεινούμενοι τα τελευταία χρόνια (Εκοπομου κ.ά., 2015). Πιο συγκεκριμένα, το ονομαστικό Α.Ε.Π. μειώθηκε πάνω από 25% μεταξύ 2008 και 2016, και μόλις το 2017 ο ρυθμός ανάπτυξης έγινε θετικός, με μια αντίστοιχη εικόνα να παρατηρείται γενικότερα στα δημόσια οικονομικά της χώρας (Πίνακας 5-1). Μάλιστα, οι σημαντικές περικοπές στις δημόσιες επενδύσεις, και ιδίως εκείνες που αφορούν στο ανθρώπινο κεφάλαιο –η μείωση στις συνολικές δημόσιες δαπάνες για εκπαίδευση και υγεία ήταν ύψους 35,2% σε ονομαστικές τιμές μεταξύ 2008 και 2016 (Eurostat, 2018)– είναι πιθανόν να οδηγήσουν σε χαμηλούς ρυθμούς ανάπτυξης και διεύρυνση των ανισοτήτων στο μέλλον (Perez και Matsaganis, 2018).

Έπειτα, χειροτέρευση παρουσίασαν και οι διάφοροι κοινωνικοί δείκτες τα τελευταία χρόνια. Έτσι, η ανεργία εκτοξεύτηκε στο 27,5% το 2013, ενώ

επιδείνωση παρατηρήθηκε και στον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού και στις οικονομικές ανισότητες (**Πίνακας 5-1**). Ειδικότερα, το ποσοστό του πληθυσμού που κινδύνευε από φτώχεια με σταθερό κατώφλι φτώχειας σε πραγματικούς όρους συνθηκών διαβίωσης προ-κρίσης (έτος αναφοράς 2008) υπερτριπλασιάστηκε από 14,8% το 2008 σε 49% το 2015 (Chantzaras και Yfantopoulos, 2018a). Σημαντική υπήρξε και η αύξηση του ποσοστού των ατόμων που υφίστανται σοβαρή υλική υστέρηση από 11,2% το 2008 σε 21,1% το 2017 (**Πίνακας 5-1**). Μεταξύ των ομάδων του πληθυσμού που επηρεάστηκαν περισσότερο από την κρίση ήταν οι οικονομικοί μετανάστες, τα ανάπηρα άτομα και οι οικογένειές τους, τα νοικοκυριά με μικρά παιδιά (ιδίως οι μονογονεϊκές οικογένειες) και οι συνταξιούχοι (Matsaganis, 2013). Έπειτα, σε περιπτώσεις ακραίας φτώχειας, όπου το εισόδημα γίνεται χαμηλότερο από το κόστος ικανοποίησης των βασικών αναγκών, τα νοικοκυριά μπορούν να λάβουν βοήθεια από συγγενείς και φίλους ή να ρευστοποιήσουν περιουσιακά στοιχεία ή να αντλήσουν χρήματα από προηγούμενες αποταμιεύσεις ή απλώς να επιβαρυνθούν με χρέη (Matsaganis, 2013). Στην Ελλάδα, το ποσοστό των ατόμων που ζει σε νοικοκυριά με ληξιπρόθεσμες οφειλές διπλασιάστηκε από 24,4% σε 49,3% μεταξύ 2008 και 2015, αν και στη συνέχεια ακολούθησε μια μικρή αποκλιμάκωση (**Πίνακας 5-1**), ενώ και τα χρέη προς την εφορία σχεδόν τριπλασιάστηκαν κατά τη διάρκεια της κρίσης (Mavridis, 2018). Ενδεικτική της προσπάθειας των νοικοκυριών για τη διατήρηση του προ-κρίσης επιπέδου διαβίωσής τους αλλά και για να ανταποκριθούν στις αυξημένες φορολογικές υποχρεώσεις τους είναι η διαρκής πτώση στις συνολικές αποταμιεύσεις, οι οποίες έχουν μειωθεί σχεδόν στο ήμισυ (από 237,5 σε 121,4 δις ευρώ) μεταξύ 2009 και 2016 (Mavridis, 2018).

Ένα ενδιαφέρον στοιχείο των παραπάνω δυσμενών κοινωνικοοικονομικών εξελίξεων είναι ότι οι «νέοι φτωχοί» (αυτοί που φτωχοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της κρίσης) αφενός είναι αρκετά φτωχότεροι, και αφετέρου περιλαμβάνουν σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό άνεργων ατόμων και σημαντικά μικρότερο ποσοστό συνταξιούχων σε σχέση με τους «παλαιούς φτωχούς» (εκείνους που ήταν φτωχοί πριν την κρίση) (Matsaganis, 2013· Matsaganis και Leventi, 2014b· Matsaganis και Leventi, 2014a· Perez και Matsaganis, 2018). Αυτό δείχνει την οικονομική ανακατάταξη (re-ranking)

μεταξύ των νοικοκυριών, καθώς οι «νέοι φτωχοί» εμφανίζονται να έχουν υποστεί πολύ μεγαλύτερη απώλεια πραγματικού εισοδήματος σε σχέση με τους «παλαιούς φτωχούς». Γενικότερα, η άνοδος στα ποσοστά της φτώχειας εμφανίζεται να έχει επηρεάσει περισσότερο οικογένειες με παιδιά, παρά άλλους τύπους νοικοκυριών. Επιπλέον, η κρίση έχει μειώσει τις οικονομικές ανισότητες μεταξύ των ανδρών και των γυναικών, ενώ, σε αντίθεση με ό,τι συνέβαινε στο παρελθόν, τα νεότερα νοικοκυριά σε αστικές περιοχές αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες οικονομικές δυσκολίες λόγω της μείωσης των εισοδημάτων και της αύξησης του κόστους στέγασης (Matsaganis, 2013). Το ποσοστό του πληθυσμού του οποίου το κόστος στέγασης υπερέβαινε το 40% του ισοδύναμου διαθέσιμου εισοδήματος αυξήθηκε από 22,2% το 2008 σε 45,5% το 2015 (**Πίνακας 5-1**). Ενδεικτική συνέπεια της αύξησης του κόστους στέγασης είναι η σταδιακή μείωση του ποσοστού της ιδιοκατοίκησης από 77,2% σε 73,3% μεταξύ 2010 και 2017 (Eurostat, 2018). Ωστόσο, πέρα από την οικονομική προσιτότητα, σημαντική είναι και η ποιότητα της στέγασης. Ένας τέτοιος δείκτης είναι η διαθεσιμότητα επαρκούς χώρου στην κατοικία. Ο δείκτης συνωστισμού (overcrowding index), που περιγράφει το ποσοστό των ατόμων που ζουν σε υπερπλήρεις κατοικίες, συνδέεται με μια διαρκή άνοδο από το 2009, παρουσιάζοντας μια συνολική αύξηση τεσσάρων ποσοστιαίων μονάδων μέχρι το 2017 (από 25% σε 29%) (**Πίνακας 5-1**).

Η αύξηση της οικονομικής ανισότητας κατά τη διάρκεια της κρίσης μπορεί να αποδοθεί στη μεγάλη πτώση που υπέστησαν τα χαμηλά εισοδήματα. Μεταξύ 2008 και 2013, ενώ το πραγματικό εισόδημα του ανώτατου εισοδηματικού δεκατημορίου μειώθηκε κατά 39%, το κατώτατο εισοδηματικό δεκατημόριο υπέστη ακόμη μεγαλύτερη μείωση της τάξης του 51% (Perez και Matsaganis, 2018). Αν και ο βασικός παράγοντας της αυξανόμενης ανισότητας ήταν η ύφεση, και ιδιαίτερα η εκτίναξη των ποσοστών της ανεργίας, τα μέτρα λιτότητας (π.χ. η αύξηση των άμεσων και έμμεσων φόρων) και οι μειώσεις στους μισθούς των δημοσίων υπαλλήλων και τις συντάξεις εμφανίζονται μετά τα πρώτα χρόνια να ενισχύουν τις αντίστροφα προοδευτικές επιπτώσεις της κρίσης (Matsaganis και Leventi, 2014b).

Τέλος, ειδικά για την καταγεγραμμένη εγκληματικότητα, θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι περισσότεροι δείκτες παρουσιάζουν μια επιδείνωση στην αρχή

της κρίσης (**Πίνακας 5-1**). Από το 2012 διαπιστώνουμε μια σταδιακή αποκλιμάκωση, με την τάση να αντιστρέφεται πάλι από το 2015.

Οι παραπάνω εξελίξεις αποτελούν ακριβώς το είδος της επείγουσας κατάστασης που εξ ορισμού το κράτος πρόνοιας έχει θεσπιστεί για να αντιμετωπίσει (Castles, 2010). Η ύφεση και η συνακόλουθη επιδείνωση της ανεργίας, η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος και η επιδείνωση των συνθηκών διαβίωσης του πληθυσμού οδήγησε στην αύξηση της ζήτησης για κοινωνικές παροχές. Ωστόσο, το κράτος πρόνοιας στην Ελλάδα ήταν ανεπαρκώς προετοιμασμένο για να αντιμετωπίσει τις κοινωνικές επιπτώσεις της κρίσης. Όντας εξαιρετικά ανισότιμο, ευνοούσε τους εργαζόμενους στον δημόσιο τομέα και τις μεγάλες επιχειρήσεις. Παράλληλα, παρείχε περιορισμένα επιδόματα ανεργίας και ένα αδύναμο δίκτυο κοινωνικής προστασίας, χωρίς να εφαρμόζει ενεργητικές πολιτικές απασχόλησης, ενώ χαρακτηριζόταν και από εκτεταμένη εισφοροδιαφυγή (Kentikelenis, 2018). Παρά την αύξηση των αναγκών για επαρκή κοινωνική προστασία και ποιοτική υγειονομική περίθαλψη λόγω της ύφεσης και της απορρύθμισης της αγοράς εργασίας, η ανταπόκριση του ελληνικού κράτους σε αυτά τα κοινωνικά προβλήματα ήταν ανεπαρκής (Matsaganis και Leventi, 2014b). Τα αυστηρά μέτρα λιτότητας οδήγησαν σε σημαντικές περικοπές στις κοινωνικές δαπάνες και τις δημόσιες δαπάνες για υγειονομική περίθαλψη (**Πίνακας 5-1**), συρρικνώνοντας περαιτέρω την ικανότητα ανταπόκρισης του κράτους σε αυτές τις νέες κοινωνικές προκλήσεις (Υφαντόπουλος κ.ά., 2019). Αν και ελήφθησαν κάποια κοινωνικά μέτρα, η πλάστιγγα έγειρε σημαντικά προς την υποχώρηση του κράτους πρόνοιας, με συνέπεια οι κοινωνικές υπηρεσίες να μην έχουν τη δυνατότητα να προστατέψουν τον μεγάλο αριθμό των «νέων φτωχών» κατά τη διάρκεια της κρίσης, οι οποίοι επιπλέον υφίσταντο τις επιπτώσεις των δυσμενών μεταρρυθμίσεων στην αγορά εργασίας (περιορισμένη συλλογική διαπραγματευτική δύναμη, συρρίκνωση των μισθών, μειώσεις στον κατώτατο μισθό και ημερομίσθιο, μείωση στις αποζημιώσεις απόλυσης και γενικότερα υποχώρηση της προστασίας της απασχόλησης, αύξηση της αδήλωτης εργασίας και των ευέλικτων μορφών απασχόλησης, επιδείνωση των εργασιακών συνθηκών). Αυτό είχε ως συνέπεια πολλά άτομα να καταφύγουν στη βοήθεια μη κυβερνητικών οργανώσεων και άλλων ανεπίσημων δικτύων,

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

όπως είναι η φιλανθρωπία και κυρίως η οικογένεια, για την κάλυψη των βασικών αναγκών τους (Lyberaki και Tinios, 2014· Economidou, 2015· Kourachanis κ.ά., 2017· Kentikelenis, 2018· Mavridis, 2018).

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

Πίνακας 5-1 Εξέλιξη των βασικών κοινωνικοοικονομικών δεικτών στην Ελλάδα, 2004-2017

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Α.Ε.Π. σε τρέχουσες τιμές (εκ. ευρώ)	193.716	199.242	217.862	232.695	241.990	237.534	226.031	207.029	191.204	180.654	178.656	177.258	176.488	180.218
Ρυθμός ανάπτυξης	8,3%	2,9%	9,3%	6,8%	4,0%	-1,8%	-4,8%	-8,4%	-7,6%	-5,5%	-1,1%	-0,8%	-0,4%	2,1%
Έλλειμμα Γενικής Κυβέρνησης (% Α.Ε.Π.)	-8,8%	-6,2%	-5,9%	-6,7%	-10,2%	-15,1%	-11,2%	-10,3%	-8,9%	-13,2%	-3,6%	-5,6%	0,5%	0,8%
Ενοποιημένο ακαθάριστο χρέος της γενικής κυβέρνησης (% Α.Ε.Π.)	102,9%	107,4%	103,6%	103,1%	109,4%	126,7%	146,2%	172,1%	159,6%	177,4%	178,9%	175,9%	178,5%	176,1%
Ακαθάριστος σχηματισμός πάγιου κεφαλαίου (% Α.Ε.Π.)	25,3%	22,1%	26,2%	27,1%	24,5%	18,3%	17,0%	15,1%	12,8%	11,6%	11,9%	10,2%	11,5%	12,5%
Ανεργία (% του ενεργού πληθυσμού)	10,6%	10,0%	9,0%	8,4%	7,8%	9,6%	12,7%	17,9%	24,5%	27,5%	26,5%	24,9%	23,6%	21,5%
% του πληθυσμού με κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού	30,9%	29,4%	29,3%	28,3%	28,1%	27,6%	27,7%	31,0%	34,6%	35,7%	36,0%	35,7%	35,6%	34,8%
% του πληθυσμού με κίνδυνο φτώχειας (έτος αναφοράς 2008)					20,1%	18,9%	18,0%	24,9%	35,85	44,3%	48,0%	48,0%	47,8%	46,3%
% του πληθυσμού με σοβαρή υλική στέρηση	14,1%	12,8%	11,5%	11,5%	11,2%	11,0%	11,6%	15,2%	19,5%	20,3%	21,5%	22,2%	22,4%	21,1%
% του πληθυσμού με υπερβολικό κόστος στέγασης	24,7%	22,7%	24,6%	15,8%	22,2%	21,8%	18,1%	24,2%	33,1%	36,9%	44,9%	45,5%	40,5%	39,6%
% του πληθυσμού που ζει σε υπερπλήρεις κατοικίες	29,2%	29,2%	29,3%	29,2%	26,7%	25,0%	25,5%	25,9%	26,5%	27,3%	27,4%	28,1%	28,7%	29,0%
% του πληθυσμού με ληξιπρόθεσμες οφειλές	30,4%	33,1%	29,9%	26,4%	24,4%	28,7%	30,9%	31,9%	39,0%	45,3%	46,4%	49,3%	47,9%	44,9%
Δείκτης Gini (κλίμακα 0-100)	33,0%	33,2%	34,3%	34,3%	33,4%	33,1%	32,9%	33,5%	34,3%	34,4%	34,5%	34,2%	34,3%	33,4%
Δείκτης S80/S20	5,9%	5,8%	6,1%	6,0%	5,9%	5,8%	5,6%	6,0%	6,6%	6,6%	6,5%	6,5%	6,6%	6,1%
Συνολική δαπάνη για κοινωνική προστασία (ευρώ ανά κάτοικο)	3336,8	3703,5	4069,4	4478,2	4987,9	5308,7	5264,6	5090,9	4865,8	4352,0	4266,0	4274,8	4293,3	
Συνολική δημόσια δαπάνη για υγειονομική περίθαλψη (ευρώ ανά κάτοικο)						1.387,6	1.341,6	1.118,9	1.021,8	861,4	759,0	778,1	838,4	
Συνολική ιδιωτική δαπάνη για υγειονομική περίθαλψη (ευρώ ανά κάτοικο)						637,1	601,0	574,1	513,7	513,5	528,2	535,4	524,8	
Ανθρωποκτονίες (ανά 100.000 κατοίκους)					1,29	1,36	1,58	1,65	1,49	1,28	0,96	0,79	0,75	
Ληστείες (ανά 100.000 κατοίκους)					29,45	42,50	54,67	59,66	54,05	44,70	34,78	39,75	43,82	
Διαρρήξεις ιδιωτικών οικιών (ανά 100.000 κατοίκους)					160,55	169,89	221,26	248,04	254,30	232,62	209,40	221,24	217,18	
Κλοπές (ανά 100.000 κατοίκους)					825,87	895,64	1.065,88	1.161,05	1.074,09	942,18	861,02	928,39	943,80	
Παραβιάσεις του νόμου περί ναρκωτικών (ανά 100.000 κατοίκους)					109,97	113,93	93,99	87,98	91,50	95,18	99,34	99,35	102,80	

Πηγή: Eurostat (2018)

5.3. Μέτρα διαρθρωτικής προσαρμογής

Πέρα από τις συγκεκριμένες μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας, τις οποίες θα εξετάσουμε στη συνέχεια, τα μέτρα που εφαρμόστηκαν στο πλαίσιο των προγραμμάτων οικονομικής προσαρμογής είχαν επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού διαμέσου του αντίκτυπού τους στις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες διαβίωσης και την κοινωνική προστασία. Γενικότερα, τα μέτρα διαρθρωτικής προσαρμογής έχουν τέσσερις βασικούς στόχους: α) τη δημοσιονομική και τη χρηματοπιστωτική σταθεροποίηση (*stabilization*), που αναφέρεται στη δημοσιονομική εξυγίανση και τη λήψη μέτρων λιτότητας, β) την απελευθέρωση (*liberalization*) στο εμπόριο και το κεφάλαιο, γ) την απορρύθμιση της αγοράς (*deregulation*) και τον περιορισμό της κρατικής παρέμβασης στην ελεύθερη αγορά και δ) την ιδιωτικοποίηση (*privatization*) των κρατικών επιχειρήσεων και των φυσικών πόρων (Kentikelenis, 2017).

Για τη μελέτη των υγειονομικών επιπτώσεων των μέτρων που ελήφθησαν για την επίτευξη αυτών των στόχων στην Ελλάδα, διακρίνουμε τις μεταρρυθμίσεις μεταξύ εκείνων που επηρεάζουν: α) τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες διαβίωσης με μακροοικονομικές και άλλες θεσμικές πολιτικές (π.χ. δημοσιονομική και οικονομική πολιτική, χρηματοπιστωτική αγορά, αγορά αγαθών και υπηρεσιών), β) την κοινωνική προστασία (κοινωνική υποστήριξη, κοινωνική ασφάλιση, παρεμβάσεις στην αγορά εργασίας), και γ) άμεσα ή έμμεσα το σύστημα υγείας. Διαχωρίζουμε τις πολιτικές κοινωνικής προστασίας από τις υπόλοιπες μακροοικονομικές πολιτικές που διαμορφώνουν τη διάθεση και την κατανομή των κοινωνικών προσδιοριστών, αν και η διάδραση μεταξύ τους είναι προφανής, καθότι σκοπός της κοινωνικής προστασίας είναι συγκεκριμένα η μείωση της φτώχειας και της ευπάθειας των πληθυσμού στους οικονομικούς και κοινωνικούς κινδύνους, ιδίως των ευάλωτων ομάδων. Γενικότερα, βέβαια, όλες οι δημόσιες πολιτικές επηρεάζουν άμεσα ή έμμεσα το κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο διαβίωσης των ατόμων. Ωστόσο, η διατριβή θα εστιάσει κυρίως στις μεταρρυθμίσεις στην κοινωνική προστασία και την αγορά εργασίας, καθότι σε αυτές δόθηκε και η μεγαλύτερη έμφαση από τα προγράμματα οικονομικής προσαρμογής. Παράλληλα, είναι και οι τομείς που διαθέτουν (μαζί με τη φορολόγηση που διαμορφώνει το διαθέσιμο εισόδημα

των νοικοκυριών) και τον πιο άμεσο και σαφή αντίκτυπο στους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας.

5.3.1. Μεταρρυθμίσεις στην κοινωνική προστασία και τις μακροοικονομικές πολιτικές

Η δημοσιονομική εξυγίανση της Ελλάδας επιδιώχθηκε με την εφαρμογή μέτρων τόσο στην πλευρά των δημοσίων δαπανών όσο και σε εκείνη των εσόδων. Ως προς τις δαπάνες, εξοικονομήθηκαν σημαντικά ποσά από την αναδιοργάνωση των δομών και τον εκσυγχρονισμό της δημόσιας διοίκησης, τις μεγάλες περικοπές στους μισθούς και τα επιδόματα στον δημόσιο τομέα, τη μείωση του αριθμού των δημοσίων υπαλλήλων, τη συρρίκνωση των δημοσίων επενδύσεων και τη μείωση των δαπανών για κοινωνική προστασία (συντάξεις και άλλες κοινωνικές μεταβιβάσεις, υγεία, εκπαίδευση) και για άμυνα. Αναφορικά με τα έσοδα, επιχειρήθηκε η διεύρυνση της φορολογικής βάσης και επιβλήθηκαν σημαντικές αυξήσεις στους άμεσους και έμμεσους φόρους²¹⁵, ενώ το ελληνικό κράτος προχώρησε και σε σημαντικές αποκρατικοποιήσεις.

Ως προς την αγορά εργασίας, εφαρμόστηκαν μια σειρά μεταρρυθμίσεων με στόχο την απορρύθμιση, την εσωτερική υποτίμηση και τη βελτίωση της ανταγωνιστικότητας, καθότι θεωρείτο ότι μια σειρά δυσκαμψιών εμπόδιζε την προσαρμογή της στα επίπεδα παραγωγικότητάς της (Kretsos και Vogiatzoglou, 2015· Kourachanis κ.ά., 2017). Τα μέτρα αυτά αφορούσαν στη μείωση του βασικού μισθού και ημερομισθίου, του μέσου μισθολογικού και μη μισθολογικού κόστους, την προώθηση ευέλικτων μορφών απασχόλησης²¹⁶ και την ελαστικοποίηση της εργασίας, την ελάττωση της προστασίας της απασχόλησης και τη μετάβαση από τη συλλογική στην ατομική διαπραγμάτευση των μισθών και των συμβάσεων γενικότερα. Τα πιθανά αποτελέσματα της χαλάρωσης της

²¹⁵ Τα συνολικά έσοδα από τη φορολογία ως ποσοστό του Α.Ε.Π. αυξήθηκαν από 32% το 2010 σε 39,4% το 2017 (OECD, 2018b).

²¹⁶ Η μερική απασχόληση ως μερίδιο της συνολικής απασχόλησης σχεδόν διπλασιάστηκε από 5,3% το 2008 σε 9,6% το 2017 (Eurostat, 2018).

προστασίας της εργασίας είναι αμφίσημα. Ενώ κατά την οικονομική ανάπτυξη συνεπάγεται τη δημιουργία θέσεων, κατά την περίοδο της ύφεσης μπορεί να οδηγήσει στην απώλεια περισσότερων θέσεων εργασίας (Moutos, 2015). Επιπλέον, η απορρύθμιση της αγοράς εργασίας σε συνδυασμό με το περιβάλλον της υψηλής ανεργίας δημιουργεί μεγαλύτερη πίεση προς την πλευρά των εργαζομένων για την αποδοχή χειρότερων συνθηκών εργασίας και χαμηλότερων μισθών (Matsaganis, 2013· Koukiadaki και Grimshaw, 2016· Kourachanis κ.ά., 2017). Ειδικότερα, τα 2/3 των επιχειρησιακών συμβάσεων που υπογράφηκαν με ενώσεις προσώπων (και όχι με συνδικαλιστική οργάνωση ή συμβούλιο εργαζομένων) το 2012 συνεπάγονταν τη μείωση των μισθών στο επίπεδο του κατώτατου. Μάλιστα, η συνολική μέση μείωση των μισθών που καταγράφηκε στις ατομικές συμβάσεις (22,9%) ήταν ακόμη μεγαλύτερη από εκείνη που σημειώθηκε στις επιχειρησιακές συλλογικές συμβάσεις (17,4%) (Dedoussopoulos κ.ά., 2013).

Το κράτος πρόνοιας στην Ελλάδα ιστορικά έπασχε από μια σειρά ανεπαρκειών και πριν την έναρξη της κρίσης, όπως είναι (OECD, 2013· Petmesidou, 2013· Adam και Papatheodorou, 2016· Kourachanis κ.ά., 2017): α) ο κρατισμός, η εκτεταμένη πελατειοκρατία και ο οικογενειοκεντισμός (familialism), β) η επικυριαρχία των συντάξεων, γ) η ημι-δημόσια νοσοκομειακή περίθαλψη, δ) η υποτυπώδης κοινωνική υποστήριξη, ε) η αναποτελεσματικότητα στη μείωση της φτώχειας και της ανισότητας, στ) η ανεπαρκώς ανεπτυγμένη παροχή κοινωνικών υπηρεσιών από τον τρίτο τομέα (κοινωνική οικονομία, μη κερδοσκοπικές οργανώσεις), ζ) η έλλειψη νομιμοποίησης, η) η πολυπλοκότητα, ο κατακερματισμός και η αλληλεπικάλυψη στα επιδόματα και θ) η απουσία στόχευσης συγκεκριμένα προς τις ευάλωτες ομάδες. Στο πλαίσιο των προγραμμάτων οικονομικής προσαρμογής, υπήρξε μια σημαντική μεταρρύθμιση του συστήματος κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα, με κύρια χαρακτηριστικά την απορρύθμιση της αγοράς εργασίας, τη μείωση των κοινωνικών μεταβιβάσεων, την αυστηροποίηση των προϋποθέσεων των κοινωνικών παροχών αλλά, από την άλλη, και την καλύτερη στόχευση τους.

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

Στόχος των μεταρρυθμίσεων στο συνταξιοδοτικό σύστημα ήταν η μείωση του συνολικού κόστους, η βιωσιμότητα του συστήματος και η εξάλειψη των αδικιών ως προς τις διαφορετικές προϋποθέσεις, όρια ηλικίας, επίπεδα παροχών και ποσοστών υποκατάστασης των πολυάριθμων ασφαλιστικών ταμείων (Adam και Paratheodorou, 2016). Εφαρμόστηκαν, λοιπόν, μέτρα για την ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων και τη δημιουργία ενιαίων κανόνων και προϋποθέσεων, την αλλαγή του τρόπου υπολογισμού και τη δημιουργία ενός πολυεπίπεδου συστήματος (μη ανταποδοτική βασική σύνταξη, ανταποδοτική, συμπληρωματική επαγγελματική και ιδιωτική ασφάλιση), τη σημαντική μείωσή τους με περικοπές και την επιβολή εισφοράς, την αύξηση των ορίων ηλικίας και του υποχρεωτικού χρόνου ασφάλισης και τη θέσπιση αντικινήτρων για την πρόωρη συνταξιοδότηση με στόχο την αύξηση του χρονικού διαστήματος παραμονής στην αγορά εργασίας των εργαζομένων. Ειδικότερα, το μέσο ποσοστό αναπλήρωσης κατά τον χρόνο της συνταξιοδότησης αναμένεται να ελαττωθεί κατά 20 ποσοστιαίες μονάδες μέχρι το 2020 (Moutos, 2015), ενώ η μέση σύνταξη μειώθηκε από 24,5% (για τις χαμηλές) έως και 36,8% (για τις υψηλές) σε πραγματικούς όρους μεταξύ 2010 και 2013 (Matsaganis, 2013). Παράλληλα, θεσπίστηκε η ελάχιστη εγγυημένη σύνταξη για όλα τα άτομα πάνω από 65 ετών, η οποία όμως ορίστηκε σε επίπεδο χαμηλότερο του κατωφλιού φτώχειας (δηλαδή στα 360 ευρώ). Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός πως, παρά τη σημαντική μείωση των συντάξεων, οι ηλικιωμένοι άνω των 64 ετών φαίνεται να βελτίωσαν τη σχετική θέση τους στην κοινωνία. Έτσι, ο κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού για αυτήν την ομάδα του πληθυσμού μειώθηκε από το 28% το 2008 σε 22,7% το 2017 (Eurostat, 2018). Αυτή η παράδοξη εξέλιξη μπορεί να εξηγηθεί αφενός από τις μικρότερες μειώσεις που επιβλήθηκαν στις χαμηλές συντάξεις σε σχέση με εκείνες στον μέσο και τον κατώτατο μισθό αλλά και στα επιδόματα ανεργίας, και αφετέρου από την αύξηση της μακροχρόνιας ανεργίας και των νοικοκυριών με άνεργα άτομα (Matsaganis, 2013· Moutos, 2015).

Ιστορικά, οι πολιτικές για την προστασία της οικογένειας και του παιδιού έπασχαν από ανεπαρκή χρηματοδότηση, έλλειψη συνεκτικότητας και αντίστροφη προοδευτικότητα, ιδιαίτερα ως προς τα επιδόματα, η οποία ήταν και η κυριότερη έκφρασή τους (Adam και Paratheodorou, 2016). Ενδεικτικά,

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

μόλις το 50% των δικαιούχων άνηκε στο φτωχότερο 30% του πληθυσμού το 2009, ενώ επιδόματα ελάμβανε ακόμη και το υψηλότερο εισοδηματικό στρώμα (OECD, 2013). Επιπλέον, σημαντική ανισορροπία υπήρχε στις κοινωνικές παροχές μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, προς όφελος του πρώτου, τόσο ως προς την έκταση όσο και ως προς την απορρόφησή τους, λόγω της ανισοβαρούς σχέσης μεταξύ των εργοδοτών και των εργαζομένων και της ανεπαρκούς νομικής επιβολής των κοινωνικών παροχών (π.χ. άδειες εγκυμοσύνης) στον ιδιωτικό τομέα (Matsaganis, 2013). Κύρια μεταβολή κατά τη διάρκεια της κρίσης υπήρξε η προσπάθεια περιορισμού της πληθώρας των επιδομάτων και της καλύτερης στόχευσής τους, καθώς πλέον βασίζονται σε αυστηρότερες προϋποθέσεις και εξαρτώνται από την οικονομική κατάσταση της οικογένειας (means-tested). Ενώ τα παλαιότερα επιδόματα τέκνων και οικογένειας αφορούσαν κυρίως στις μεγάλες οικογένειες και τους εργαζόμενους αορίστου χρόνου, αφήνοντας την πλειοψηφία των οικογενειών με παιδιά χωρίς κοινωνική υποστήριξη, τα νέα επιδόματα ωφελούν όλα τα νοικοκυριά με παιδιά (OECD, 2013· Adam και Paratheodorou, 2016). Ωστόσο, το ύψος τους κρίνεται μάλλον ανεπαρκές στο πλαίσιο των αυξημένων κοινωνικών αναγκών, ενώ η πραγματική παροχή τους στον ιδιωτικό τομέα κατέστη και περισσότερο επισφαλής μετά τις αλλαγές στην αγορά εργασίας²¹⁷.

Ειδικά για την κοινωνική (παθητική) προστασία των ανέργων, εκτός από το χαμηλό ποσοστό υποκατάστασης του βασικού μισθού, το σύστημα χαρακτηρίζεται από κατακερματισμό, στηρίζεται κυρίως στις προηγούμενες ασφαλιστικές εισφορές και παραδοσιακά αφήνει σημαντικές ομάδες εκτός προστασίας, όπως είναι οι πρώην εργαζόμενοι με διακεκομμένη απασχόληση, οι νέοι και οι νεοεισερχόμενοι στην αγορά εργασίας²¹⁸, οι μακροχρόνια άνεργοι και οι αυτοαπασχολούμενοι (OECD, 2013· Theodoropoulou, 2015· Adam και Paratheodorou, 2016· Kourachanis κ.ά., 2017). Κατά τη διάρκεια της κρίσης,

²¹⁷ Υπάρχουν, μάλιστα, αρκετές ανεκδοτολογικές μαρτυρίες, σύμφωνα με τις οποίες κάποιοι εργοδότες εκβιάζουν τους εργαζομένους τους για να τους επιστρέψουν τα δώρα εορτών.

²¹⁸ Υπήρχε ένα πολύ χαμηλό, πεντάμηνο επίδομα για νέους και νέες ηλικίας 20-29 ετών, το οποίο καταργήθηκε με τον ν. 4472/2017 (ΦΕΚ 74/Α' 19-5-2017).

το ήδη χαμηλό τακτικό επίδομα ανεργίας μειώθηκε σημαντικά λόγω της αντίστοιχης μείωσης του κατώτατου μισθού. Επιπλέον, τα κριτήρια επιλεξιμότητας έγιναν ακόμη πιο αυστηρά, υποβαθμίζοντας περισσότερο την κοινωνική προστασία των ανέργων (Matsaganis, 2013). Χαρακτηριστικά, το μερίδιο των επιδοτούμενων ανέργων στο σύνολο των εγγεγραμμένων στα μητρώα του Οργανισμού Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (ΟΑΕΔ) μειώθηκε από 33% σε 16%²¹⁹ μεταξύ 2008 και 2014 (Moutos, 2015). Παράλληλα, οι σχετικές ανάγκες όχι μόνο ενισχύθηκαν λόγω της γενικότερης ύφεσης, αλλά και μεταβλήθηκαν σε σημαντικό βαθμό, με την υψηλότερη διείσδυση των ευέλικτων μορφών απασχόλησης, τις μεγαλύτερες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα με χαμηλά προσόντα που αναζητούν εργασία, τη σημαντική πτώση του ποσοστού απασχόλησης στους άνδρες εργαζόμενους ηλικίας 30-44 ετών, την έντονη αύξηση της μακροχρόνιας ανεργίας και την αυξημένη αναζήτηση εργασίας μεταξύ των γυναικών για την υποστήριξη των οικογενειακών εισοδημάτων (added worker effect) (Matsaganis, 2013· Moutos, 2015). Ειδικότερα, το ποσοστό των μακροχρόνιων ανέργων στο σύνολο των ανέργων αυξήθηκε από 47,1% το 2008 σε 72,8% το 2017 (Eurostat, 2018). Ωστόσο, παρά τη χαλάρωση των ορίων επιλεξιμότητας για το σχετικό μη ανταποδοτικό χαρακτήρα επίδομα ανεργίας, μόλις το 5% του συνόλου των μακροχρόνιων ανέργων επιδοτούνταν το 2013 (Moutos, 2015). Παρόλα αυτά, μια θετική εξέλιξη κατά τη διάρκεια της κρίσης υπήρξε η επέκταση της ασφάλισης έναντι της ανεργίας και στους αυτοτελώς απασχολούμενους και τους ελεύθερους επαγγελματίες²²⁰ (Matsaganis, 2013). Επιπλέον, τα τελευταία χρόνια έχει δοθεί κάποια έμφαση και σε ενεργητικές πολιτικές απασχόλησης με την εφαρμογή προγραμμάτων είτε δημιουργίας ή διατήρησης θέσεων εργασίας είτε ενίσχυσης της επιχειρηματικότητας. Ωστόσο, με τα προγράμματα αυτά δεν κατέστη δυνατή η ανάσχεση της αυξητικής τάσης στα ποσοστά της ανεργίας

²¹⁹ Το ποσοστό αυτό πέφτει ακόμη περισσότερο, στο 13,4%, αν λάβουμε υπόψη μας τις εκτιμήσεις της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ) για την ανεργία (Adam και Paratheodorou, 2016).

²²⁰ Μόλις πρόσφατα, με την ΥΑ Φ.10043/43602/Δ18.2592/2018 (ΦΕΚ 96/Β'/21-08-2018), εκκίνησε η δυνατότητα λήψης αυτού του βοηθήματος ανεργίας.

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

λόγω κάποιων ανεπιθύμητων χαρακτηριστικών τους, όπως είναι η πολυπλοκότητα, τα γραφειοκρατικά εμπόδια και η ανεπαρκής χρηματοδότηση και παρακολούθησή τους (Moutos, 2015· Theodoropoulou, 2015· Adam και Paratheodorou, 2016).

Επιπλέον, υπήρξαν αλλαγές στη διαθεσιμότητα και την οικονομική προσιτότητα της στέγασης για τους φτωχότερους εργαζομένους με την κατάργηση των Οργανισμών Εργατικής Κατοικίας και Εστίας, οι οποίοι παρείχαν προγράμματα στέγασης (κατασκευή εργατικών κατοικιών, επιδότηση ενοικίου, άτοκα δάνεια)²²¹ αλλά και προγράμματα μέριμνας, ψυχαγωγίας και πολιτισμού. Επιπλέον, σημαντικοί φόροι επιβλήθηκαν στην κατοικία και το εισόδημα από ενοίκιο, οι οποίοι επηρεάζουν δυσανάλογα τους ιδιοκτήτες μικρών ακινήτων. Ακόμη περισσότερο, τα περιουσιακά στοιχεία των ιδιοκτητών εξανεμίστηκαν, με τις τιμές των ακινήτων να διολισθαίνουν κατά 27,2% μεταξύ 2007 και 2012 (Matsaganis, 2013). Από την άλλη πλευρά, τέθηκαν σε ισχύ κάποιες ρυθμίσεις για την προστασία της κύριας κατοικίας από πλειστηριασμούς για τα υπερχρεωμένα νοικοκυριά, ενώ θεσπίστηκε και επίδομα θέρμανσης, το οποίο όμως χαρακτηρίζεται από κακή στόχευση, καθότι το λαμβάνει μόλις το 3% του φτωχότερου εισοδηματικού δεκατημορίου (World Bank, 2016). Συνολικά, πάντως, φαίνεται ότι το κράτος αποσύρθηκε από την υλοποίηση/χρηματοδότηση πολιτικών κοινωνικής κατοικίας, ενώ ταυτόχρονα οι προοπτικές διατήρησης αξιοπρεπούς στέγασης (αύξηση στην έλλειψη στέγης, υποβάθμιση συνθηκών στέγασης, επισφάλεια λόγω αδυναμίας έγκαιρης πληρωμής λογαριασμών, φόρων, τόκων ή ενοικίου) επιδεινώθηκαν για τα χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα κατά τη διάρκεια της κρίσης (Adam και Paratheodorou, 2016· Κουραχάνης, 2016· Kourachanis κ.ά., 2017). Χαρακτηριστικά, οι ληξιπρόθεσμες οφειλές για στεγαστικά δάνεια και ενοίκιο σχεδόν τριπλασιάστηκαν από 5,5% το 2008 σε 15,3% το 2016 (Eurostat, 2018)

²²¹ Το επίδομα στέγασης άρχισε εκ νέου να χορηγείται με εισοδηματικά και οικογενειακά κριτήρια (ενώ το προηγούμενο βασιζόταν στις παρελθούσες ασφαλιστικές εισφορές) μετά το 2015 (ν. 4320/2015).

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

και ο αριθμός των αστέγων έχει τετραπλασιαστεί κατά τη διάρκεια της κρίσης (Mavridis, 2018).

Θα πρέπει, επίσης, να επισημανθεί και ο πιθανός αντίκτυπος της κρίσης στον τομέα της εκπαίδευσης. Αν και η δημόσια εκπαίδευση διατήρησε τον καθολικό χαρακτήρα της, οι σοβαρές περικοπές στη χρηματοδότηση και την πρόσληψη εκπαιδευτικού προσωπικού, το κλείσιμο και η συγχώνευση εκπαιδευτικών μονάδων, καθώς και οι περιορισμοί στην παροχή αγαθών απαραίτητων για την παρακολούθηση οδήγησαν στην υποβάθμιση της ποιότητας της παρεχόμενης εκπαίδευσης. Αυτή η κατάσταση φαίνεται να επηρεάζει περισσότερο τα φτωχότερα στρώματα του πληθυσμού, στα οποία η δυνατότητα παροχής ιδιαίτερων μαθημάτων στα παιδιά τους έχει περισταλεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια λόγω της ύφεσης. Αυτό, όμως, μπορεί να συνεπάγεται λιγότερες πιθανότητες εισόδου στην τριτοβάθμια εκπαίδευση για τα μη προνομιούχα παιδιά. Πάντως, κατά τη διάρκεια της κρίσης, αναδύθηκαν διαφορές προσπάθειες για την κάλυψη των αδυναμιών του εκπαιδευτικού συστήματος, όπως είναι τα κοινωνικά φροντιστήρια (Kourachanis κ.ά., 2017).

Είναι δύσκολο να διαχωριστεί η επίπτωση του προγράμματος οικονομικής προσαρμογής από την πορεία που θα είχε η ελληνική οικονομία δίχως τη λήψη τους, καθώς τα μέτρα λιτότητας και η ύφεση είναι στενά διασυνδεδεμένες (Matsaganis, 2013). Πάντως, οι περισσότερες αναφορές συγκλίνουν στον αρνητικό αντίκτυπο που είχαν για την οικονομική ανάπτυξη τα μέτρα λιτότητας μαζί με την παράλληλη αναβλητικότητα στην εφαρμογή άλλων διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων από την πλευρά των ελληνικών κυβερνήσεων, που οδήγησαν τόσο στην επίταση όσο και στην επιμήκυνση της οικονομικής ύφεσης, παρά τη θετική οικονομική επίδραση της βελτίωσης του επιχειρηματικού περιβάλλοντος και της ανταγωνιστικότητας (Moutos, 2015· Palaskas κ.ά., 2015· Adam και Paratheodorou, 2016). Η οικονομική ύφεση σε συνδυασμό με κάποια μέτρα που συνεπάγονταν δραστικές περικοπές των μισθών στον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα και στις συντάξεις, καθώς και η αύξηση της φορολογίας μείωσαν σημαντικά το διαθέσιμο εισόδημα του πληθυσμού, επιδεινώνοντας αντίστοιχα τις συνθήκες διαβίωσης στην Ελλάδα. Από την άλλη πλευρά, βέβαια, θα πρέπει να σημειωθεί ότι, πέρα από το προφανές όφελος της επίτευξης μιας

δημοσιονομικής βιωσιμότητας (τουλάχιστον βραχυ/μεσοπρόθεσμα), οι μειωμένες δημόσιες δαπάνες και τα αυξημένα δημόσια έσοδα από τη φορολογία, τις αποκρατικοποιήσεις και τη βελτιωμένη απορρόφηση κοινοτικών κονδυλίων απέτρεψαν και την πλήρη κατάρρευση του κράτους πρόνοιας.

Έπειτα, οι μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν κατά τη διάρκεια της κρίσης είχαν αντικρουόμενες επιπτώσεις στις οικονομικές ανισότητες (Matsaganis, 2013· Matsaganis και Leventi, 2014b). Από τη μια πλευρά, μέτρα όπως οι προοδευτικοί φόροι και εισφορές, το ενιαίο μισθολόγιο στον δημόσιο τομέα, ο εναρμονισμός των κανόνων του συνταξιοδοτικού συστήματος, η εφαρμογή προοδευτικών περικοπών και εισφορών στις συντάξεις²²² και η καλύτερη στόχευση των κοινωνικών μεταβιβάσεων είχαν πιθανότατα ως αποτέλεσμα την άμβλυνση των ανισοτήτων (είτε συνολικά είτε σε συγκεκριμένες διαστάσεις αυτών, π.χ. μεταξύ των δημοσίων υπαλλήλων ή μεταξύ των συνταξιούχων). Από την άλλη πλευρά, οι αντίστροφα προοδευτικοί φόροι, η συρρίκνωση των κοινωνικών μεταβιβάσεων σε εισόδημα και υπηρεσίες και η μείωση του κατώτατου μισθού (και η θέσπιση υποκατώτατου) αναπόφευκτα είχαν αρνητικό αντίκτυπο στις ανισότητες. Επιπλέον, μπορεί να δημιουργούνται και νέα είδη οικονομικών ανισοτήτων, όπως αυτές μεταξύ των εργαζομένων με υψηλό ανθρώπινο κεφάλαιο, που διατήρησαν τη θέση τους κατά τη διάρκεια της κρίσης, και εκείνων με χαμηλό ανθρώπινο κεφάλαιο, που κατέλαβαν νέα θέση κατόπιν της απορρύθμισης της αγοράς εργασίας και τις αλλαγές στον κατώτατο μισθό (Matsaganis, 2013· Matsaganis και Leventi, 2014b).

Συνολικά, η κοινωνική προστασία στα χρόνια της κρίσης φαίνεται να έχει υποχωρήσει, με τη μείωση των κοινωνικών μεταβιβάσεων και την αυστηροποίηση των κριτηρίων επιλεξιμότητάς τους. Ωστόσο, κάποιες πολιτικές, όπως η καλύτερη στόχευση των επιδομάτων, η ορθολογικοποίηση των δαπανών και η άμβλυνση κάποιων ανισοτήτων, η θέσπιση του ελάχιστου εγγυημένου εισοδήματος και της ελάχιστης εγγυημένης σύνταξης γήρατος,

²²² Οι περικοπές κυμαίνονται από 17% μέχρι και πάνω από 40% μεταξύ των χαμηλών συντάξεων, ενώ αντίστοιχη προοδευτική μείωση επιβλήθηκε και στα εφάπαξ (Moutos, 2015).

οδηγούν στη διαμόρφωση ενός βασικού «διχτύου κοινωνικής προστασίας» και στην αποτελεσματικότερη χρήση των λιγότερων διαθέσιμων πόρων. Κεντρική επιλογή ενόψει των δημοσιονομικών περιορισμών φαίνεται να είναι η προώθηση ενός «υπολειμματικού» (residual) μοντέλου κράτους πρόνοιας, όπου το κράτος λειτουργεί ως ένα «δίχτυ ασφάλειας», παρεμβαίνοντας με κοινωνικές πολιτικές, όταν η αγορά και η οικογένεια αποτυγχάνουν να καλύψουν τις βασικές ανάγκες των ατόμων. Ωστόσο, είναι τουλάχιστον αμφίβολο αν το συγκεκριμένο «δίχτυ κοινωνικής προστασίας» που έχει διαμορφωθεί είναι επαρκές για να αντιμετωπίσει τις αυξημένες κοινωνικές ανάγκες κατά τη διάρκεια της κρίσης, καθότι η ανάγκη περιορισμού των δημοσίων δαπανών έχει αμβλύνει την αποτελεσματικότητα της σχετικής μεταρρυθμιστικής προσπάθειας –ιδιαίτερα με τη μείωση του κατώτατου μισθού (και τη θέσπιση υποκατώτατου) και του τακτικού επιδόματος ανεργίας (Matsaganis, 2013· Theodoropoulou, 2015). Έτσι, το συνολικό επίπεδο αναπλήρωσης του διαθέσιμου εισοδήματος από τα επιδόματα ανεργίας και κοινωνικής υποστήριξης έχει μειωθεί σημαντικά κατόπιν των μεταβολών στο θεσμικό πλαίσιο των κοινωνικών μεταβιβάσεων, με την πτώση να είναι ακόμη μεγαλύτερη όταν το σύνολο του νοικοκυριού πλήττεται από ανεργία (Moutos, 2015). Αυτή η κατάσταση επιδεινώνεται περαιτέρω από την αποψίλωση της προστασίας της απασχόλησης, καθώς, υπό τις δυσμενείς συνθήκες ενός υψηλού ποσοστού ανεργίας, ασκείται αξιοσημείωτη πίεση προς τους εργαζόμενους για την αποδοχή ακόμη χαμηλότερων αποδοχών και χειρότερων συνθηκών εργασίας (Matsaganis, 2013). Ο κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού στην ομάδα των ανέργων αυξήθηκε από 57,8% το 2008 σε 68,7% το 2017, ενώ οι αντίστοιχες εκτιμήσεις για τους εργαζόμενους ήταν 18,7% και 22,7%, αντίστοιχα (Eurostat, 2018). Ακόμη περισσότερο, η ανεπαρκής προστασία των οικογενειών σε συνδυασμό με τις δραστικές μειώσεις στις συντάξεις, που επιτείνουν την αδυναμία πολλών ηλικιωμένων να καλύψουν τις βασικές ανάγκες τους, είναι πιθανόν να δημιουργήσουν προβλήματα κοινωνικής συνοχής, λόγω του οικογενειοκεντρικού χαρακτήρα του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα (Papadopoulos και Roumpakis, 2013· Lyberaki και Tinios, 2014· Adam και Papatheodorou, 2016· Kourachanis κ.ά., 2017).

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

Ο Πίνακας 5-2 συνθέτει τα βασικότερα μέτρα που ελήφθησαν στο πλαίσιο των προγραμμάτων οικονομικής προσαρμογής στην Ελλάδα (πλην εκείνων που αφορούν άμεσα στο σύστημα υγείας, τα οποία θα αναλυθούν αμέσως μετά). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι επιπτώσεις, τεκμηριωμένες ή πιθανές, των διαρθρωτικών μέτρων στις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες διαβίωσης του πληθυσμού στηρίζονται σε αντίστοιχες πρόσφατες μελέτες (Matsaganis, 2012· Dedoussopoulos κ.ά., 2013· Matsaganis, 2013· OECD, 2013· Papadopoulos και Roumpakis, 2013· Petmesidou, 2013· Moutos, 2015· Theodoropoulou, 2015· Adam και Papatheodorou, 2016· Angelaki, 2016· International Labour Standards Department (NORMES) και Social Security Unit and Social Protection Department (SOCPRO), 2016· Koukiadaki και Grimshaw, 2016· World Bank, 2016· Kentikelenis, 2017· Kourachanis κ.ά., 2017· Mosquera κ.ά., 2017· Mavridis, 2018). Επίσης, θα πρέπει να τονισθεί ότι ο πίνακας δεν είναι εξαντλητικός, αλλά λειτουργεί περισσότερο ενδεικτικά τουλάχιστον για τους παρακάτω λόγους:

- α. Τα διαρθρωτικά μέτρα αφορούσαν σε όλο το φάσμα των δημοσίων πολιτικών, ήταν πολυάριθμα (δεν καταγράφονται όλα εδώ), με πολλές διαστάσεις το καθένα και υπήρχαν πολλαπλές μεταβολές ακόμη και στις ίδιες μεταρρυθμίσεις.
- β. Οι μεταρρυθμίσεις εφαρμόστηκαν ταυτόχρονα και σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα, οπότε είναι δύσκολο να διαχωριστούν οι επιπτώσεις της κάθε μίας χωριστά, καθότι υφίσταται μια αλληλεπίδραση μεταξύ τους.
- γ. Οι συνέπειες των διαρθρωτικών μέτρων στους κοινωνικούς προσδιοριστές είναι πολύπλοκες και μπορεί να είναι και προς τις δύο κατευθύνσεις (θετικές ή αρνητικές).
- δ. Μπορεί να υπάρχει χρονοκαυστέρηση στην εμφάνιση κάποιων επιπτώσεων και οι μακροχρόνιες μπορεί είτε να ενισχύουν είτε να αντισταθμίζουν τις βραχυχρόνιες συνέπειες.

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

Πίνακας 5-2 Κυριότερες διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις και κοινωνικοοικονομικοί προσδιοριστές της υγείας

Μέτρα διαρθρωτικής προσαρμογής	Κύριες πιθανές συνέπειες στους κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστές της υγείας
Μειωμένες δημόσιες επενδύσεις, μέτρα λιτότητας	Επιδείνωση συνολικά των δυσμενών οικονομικών συνεπειών της κρίσης Αλλαγή των κοινωνικών προτύπων (προώθηση του πνεύματος του ανταγωνισμού και της ατομικότητας)
Διαφάνεια στις αποφάσεις των δημοσίων δαπανών	Βελτίωση κοινωνικής συνοχής
Αύξηση της φορολογίας (π.χ. αύξηση συντελεστών, νέοι φόροι & εισφορές)	Μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος Μείωση του πλούτου Αύξηση του υλικής αποστέρησης Αύξηση του ιδιωτικού χρέους Αύξηση του στρες από οικονομικές πιέσεις Επίδραση (αύξηση ή μείωση) στην κατανάλωση αλκοόλ και στο κάπνισμα Αυξημένη δυνατότητα χρηματοδότησης της κοινωνικής προστασίας και της υγειονομικής περίθαλψης
Αυξήσεις σε αντίστροφα προοδευτικούς φόρους (π.χ. ΦΠΑ) Διεύρυνση της φορολογικής βάσης (π.χ. μείωση αφορολογήτου, κατάργηση φοροαπαλλαγών και προνομιακών καθεστώτων, εισαγωγή τεκμηρίων διαβίωσης)	Αύξηση της υλικής αποστέρησης Αυξήσεις στις τιμές βασικών αγαθών & υπηρεσιών Αύξηση των οικονομικών ανισοτήτων Αύξηση του ιδιωτικού χρέους Αύξηση του στρες από οικονομικές πιέσεις Μείωση στην κατανάλωση αλκοόλ και στο κάπνισμα Αύξηση της κατανάλωσης φθηνότερων, αλλά χαμηλότερης ποιότητας και περισσότερο ανθυγιεινού φαγητού Αυξημένο κόστος μετακίνησης προς τα σημεία παροχής υγειονομικής φροντίδας Αυξημένη δυνατότητα χρηματοδότησης της κοινωνικής προστασίας και της υγειονομικής περίθαλψης
Φόροι πολυτελείας/προοδευτικοί φόροι/φοροαπαλλαγές σε ευάλωτες ομάδες	Μείωση των οικονομικών ανισοτήτων Αυξημένη δυνατότητα χρηματοδότησης της κοινωνικής προστασίας και της υγειονομικής περίθαλψης
Φόροι κατοικίας και εισοδήματος ενοικίου Κατάργηση των Οργανισμών Εργατικής Κατοικίας και Εστίας Προστασία κύριας κατοικίας υπερχρεωμένων νοικοκυριών	Μείωση στη διαθεσιμότητα και την οικονομική προσιτότητα της στέγασης για τους εργαζόμενους των χαμηλών κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων Μειωμένες ευκαιρίες διακοπών & ψυχαγωγίας για τους εργαζόμενους των χαμηλών κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων
Βαθμιαία εφαρμογή του ελάχιστου εγγυημένου εισοδήματος – Παράλληλη κατάργηση των σχετικών επιδομάτων	Ορθολογικοποίηση/βελτίωση της στόχευσης της κοινωνικής προστασίας Μείωση της κοινωνικής προστασίας (χαμηλότερες κοινωνικές μεταβιβάσεις, αυστηρότερα κριτήρια, παροχές κάτω από το όριο φτώχειας)
Περικοπές στους μισθούς, τις υπερωρίες, τα δώρα, τα επιδόματα & τα ειδικά μισθολόγια, κατάργηση επιδομάτων εορτών Χριστουγέννων, Πάσχα & αδειάς των δημοσίων υπαλλήλων	Μείωση διαθέσιμου εισοδήματος Αύξηση του ιδιωτικού χρέους Αύξηση του στρες από οικονομικές πιέσεις Μείωση ανισοτήτων μεταξύ των εργαζόμενων στον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα
Ενιαίο μισθολόγιο δημοσίων υπαλλήλων Αύξηση του εβδομαδιαίου ωραρίου στο δημόσιο	Μείωση μισθολογικών ανισοτήτων μεταξύ των δημοσίων υπαλλήλων Μείωση ανισοτήτων μεταξύ των εργαζόμενων στον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα
Μείωση αριθμού δημοσίων υπαλλήλων με αναδιοργάνωση δομών και περιορισμούς στις προσλήψεις Κατάργηση της «ρήτρας μονιμότητας» στον ευρύτερο δημόσιο τομέα	Αύξηση της ανεργίας Αυξημένη έκθεση των συνθηκών διαβίωσης στις διακυμάνσεις του οικονομικού κύκλου

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

<p>Νέος τρόπος υπολογισμού & περικοπές στις συντάξεις, κατάργηση επιδομάτων εορτών Χριστουγέννων, Πάσχα & αδείας Μείωση στα εφάπαξ</p>	<p>Μείωση διαθέσιμου εισοδήματος Αύξηση υλικής αποστέρησης Επιδείνωση της κοινωνικής συνοχής Αύξηση του ιδιωτικού χρέους Αύξηση του στρες από οικονομικές πιέσεις</p>
<p>Αυστηροποίηση των προϋποθέσεων, αύξηση στα όρια ηλικίας, του χρόνου ασφάλισης & αντικίνητρα πρόωρης συνταξιοδότησης</p>	<p>Επιμήκυνση του χρονικού διαστήματος παραμονής στην αγορά εργασίας</p>
<p>Εναρμονισμός των προϋποθέσεων, προοδευτικές περικοπές & εισφορές αλληλεγγύης, Επίδομα Κοινωνικής Αλληλεγγύης Συνταξιούχων (ΕΚΑΣ)</p>	<p>Μείωση των ανισοτήτων στις συντάξεις</p>
<p>Ελάχιστη εγγυημένη σύνταξη για όλους πάνω από 65 ετών</p>	<p>Βελτίωση της κοινωνικής προστασίας (αν και η παροχή είναι κάτω από το όριο φτώχειας)</p>
<p>Μειώσεις στις ασφαλιστικές εισφορές των μισθωτών</p>	<p>Μείωση στη δυνατότητα χρηματοδότησης της κοινωνικής προστασίας και της υγειονομικής περίθαλψης Πρώθηση της απασχόλησης</p>
<p>Μείωση των κατώτατων μισθών & ημερομισθίων Θέσπιση υποκατώτατου μισθού για μαθητευόμενους & νέους & νεοεισερχόμενους <25 ετών (70-80% του βασικού) Πάγωμα μισθολογικών αυξήσεων, υπηρεσιακών ωριμάνσεων & αυξήσεων στα επιδόματα Μείωση αποδοχών υπερεργασίας & υπερωριακής απασχόλησης</p>	<p>Αυξημένες ευκαιρίες απασχόλησης Αυξημένες ευκαιρίες απασχόλησης στους νέους Μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος Αύξηση της υλικής αποστέρησης Μειωμένη κοινωνική προστασία Αύξηση του στρες από την εργασία και τις οικονομικές πιέσεις Αύξηση ανισοτήτων μεταξύ των εργαζομένων</p>
<p>Απορρύθμιση της αγοράς εργασίας Χαλάρωση προστασίας ομαδικών απολύσεων, διευκόλυνση ατομικών απολύσεων, μείωση των αποζημιώσεων απόλυσης & σύντμηση του χρόνου ειδοποίησης Αποδυνάμωση των συλλογικών συμβάσεων Αναστολή της επεκτασιμότητας των κλαδικών και ομοιοεπαγγελματικών συλλογικών συμβάσεων Άρση της αρχής της ευνοϊκότερης ρύθμισης υπέρ των μισθωτών σε περίπτωση συρροής συλλογικών συμβάσεων Ειδικές επιχειρησιακές συλλογικές συμβάσεις και κατίσχυσή τους έναντι των κλαδικών και ομοιοεπαγγελματικών, ακόμη και αν προβλέπουν χειρότερους όρους Αναγνώριση της ένωσης προσώπων που εκπροσωπεί τα 3/5 του προσωπικού της επιχείρησης ως διαπραγματευτικό και συμβαλλόμενο μέρος για τις επιχειρησιακές συλλογικές συμβάσεις σε περίπτωση απουσίας σωματείου</p>	<p>Επιδείνωση των συνθηκών εργασίας Περιστολή των εργασιακών δικαιωμάτων και της προστασίας της απασχόλησης Μειώσεις μισθών στον ιδιωτικό τομέα Εργασιακή επισφάλεια λόγω του αυξημένου ανταγωνισμού Αύξηση του στρες από την εργασία και τις οικονομικές πιέσεις Αύξηση της αδήλωτης εργασίας, παρά τον δεδηλωμένο αντίθετο στόχο Αύξηση της απλήρωτης υπερωριακής εργασίας</p>
<p>Πρώθηση ευέλικτων μορφών απασχόλησης Ελαστικοποίηση της αγοράς εργασίας Ευελιξία στο ωράριο εργασίας</p>	<p>Αυξημένες ευκαιρίες απασχόλησης Επιδείνωση των συνθηκών εργασίας Μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος Αύξηση της υλικής αποστέρησης</p>
<p>Ενεργητικές πολιτικές απασχόλησης</p>	<p>Πρώθηση της απασχόλησης</p>
<p>Αυστηροποίηση των κριτηρίων & μείωση στο επίδομα ανεργίας</p>	<p>Μειωμένη κοινωνική προστασία για ανέργους μισθωτούς</p>
<p>Επίδομα ανεργίας για αυτοτελώς απασχολούμενους & ελεύθερους επαγγελματίες Διεύρυνση των ορίων ηλικίας & αύξηση του ορίου εισοδήματος για το επίδομα μακροχρόνια ανέργων</p>	<p>Ενίσχυση κοινωνικής προστασίας για τους αυτοαπασχολούμενους Ενίσχυση κοινωνικής προστασίας για μακροχρόνια ανέργους</p>
<p>Περιορισμός του αριθμού των οικογενειακών & άλλων επιδομάτων & αντικατάστασή τους με νέα, όπου η επιλεξιμότητα βασίζεται στην οικονομική κατάσταση Κοινωνικό μέρισμα</p>	<p>Αλλαγές στον χαρακτήρα των κοινωνικών πολιτικών (υπολειμματικές, στοχευμένες) Ορθολογικοποίηση/βελτίωση στόχευσης & καταλληλότητας της κοινωνικής προστασίας</p>

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

Μετατροπή του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) σε Οργανισμό Προνοιακών Επιδομάτων και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΟΠΕΚΑ) Επίδομα θέρμανσης με εισοδηματικά όρια Επίδομα ενοικίου με εισοδηματικά & οικογενειακά κριτήρια	Υψηλότερη αποτελεσματικότητα στην καταπολέμηση των ανισοτήτων και της φτώχειας
Σύνδεση των οικογενειακών επιδομάτων στον ιδιωτικό τομέα με τις συλλογικές συμβάσεις	Μειωμένη κοινωνική προστασία
Απελευθέρωση «κλειστών» επαγγελματιών	Νέες ευκαιρίες απασχόλησης για τους ειδικευμένους εργαζόμενους Μειώσεις στις αμοιβές των επαγγελματιών υπηρεσιών
Πολιτικές για τη βελτίωση του επιχειρηματικού περιβάλλοντος, την προώθηση των επενδύσεων & των εξαγωγών	Ανάσχεση της ύφεσης και ενίσχυση των προϋποθέσεων για οικονομική ανάπτυξη
Βελτίωση του ανταγωνισμού στην αγορά των προϊόντων & των υπηρεσιών	Μείωση των τιμών καταναλωτή για αγαθά & υπηρεσίες
Αποκρατικοποιήσεις	Βραχυπρόθεσμα αυξημένα δημόσια έσοδα για επενδύσεις στην κοινωνική πολιτική και το σύστημα υγείας Μακροπρόθεσμα μειωμένα δημόσια έσοδα για επενδύσεις στην κοινωνική πολιτική και το σύστημα υγείας
Μεταρρύθμιση της φορολογικής διοίκησης	Αυξημένη δυνατότητα χρηματοδότησης της κοινωνικής προστασίας και της υγειονομικής περίθαλψης
Περιορισμός του κόστους λειτουργίας της δημόσιας διοίκησης με τη μεταρρύθμιση και τον εκσυγχρονισμό της	Εξοικονόμηση δημοσίων πόρων για τη χρηματοδότηση της κοινωνικής προστασίας και της υγειονομικής περίθαλψης
Βελτίωση στην απορρόφηση των κοινοτικών κονδυλίων	Αυξημένη δυνατότητα χρηματοδότησης της κοινωνικής προστασίας και της υγειονομικής περίθαλψης

Πηγή: Matsaganis (2012)· Dedoussopoulos κ.ά. (2013)· Matsaganis (2013)· OECD (2013)· Papadopoulos και Roumpakis (2013)· Petmesidou (2013)· Moutos (2015)· Theodoropoulou (2015)· Adam και Papatheodorou (2016)· Angelaki (2016)· International Labour Standards Department (NORMES) και Social Security Unit and Social Protection Department (SOCPRO) (2016)· Koukiadaki και Grimshaw (2016)· World Bank (2016)· Kentikelenis (2017)· Kourachanis κ.ά. (2017)· Mosquera κ.ά. (2017)· Mavridis (2018)

5.3.2. Μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα έπασχε από μια σειρά σημαντικών ανεπαρκειών και πριν την έναρξη της κρίσης. Μερικά από αυτά τα προβλήματα ήταν τα ακόλουθα (Economou, 2010· Chantzaras και Yfantopoulos, 2018a): υψηλός βαθμός συγκέντρωσης, αναποτελεσματική διοίκηση, απουσία σχεδιασμού και έλλειψη συντονισμού, άνιση γεωγραφική κατανομή και αναποτελεσματική χρήση των υγειονομικών πόρων, υψηλός κατακερματισμός των υγειονομικών υπηρεσιών και απουσία ενός συστήματος παραπομπών, ανισότητα στα πακέτα παροχών από τα πολλαπλά ασφαλιστικά ταμεία, αντίστροφα προοδευτικοί μηχανισμοί χρηματοδότησης λόγω των υψηλών επίσημων και άτυπων («φακελάκι») άμεσων ιδιωτικών πληρωμών, αναχρονιστικό σύστημα αποζημίωσης και απουσία ενός συστήματος αξιολόγησης των τεχνολογιών υγείας. Ο συνδυασμός αυτών των ανεπαρκειών

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

με την ύφεση και τα δημοσιονομικά προβλήματα είχαν ως συνέπεια τα οικονομικά προγράμματα προσαρμογής να θέσουν το σύστημα υγείας στο επίκεντρο των μεταρρυθμίσεων. Οι βασικότερες από τις μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν στο σύστημα υγείας τα τελευταία χρόνια αποτυπώνονται στο **Γράφημα 5-1**.

Γράφημα 5-1 Χρονολόγιο των βασικών μεταρρυθμίσεων στο σύστημα υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης, 2008-2017



Πηγή: Υφαντόπουλος κ.ά. (2019)

Κύριος στόχος αυτών των μεταρρυθμίσεων ήταν περισσότερο η ταχύτερη δυνατή μείωση των δημοσίων δαπανών για υγειονομική περίθαλψη, παρά η βελτίωση της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας (Chantzaras και Yfantopoulos, 2018a· Μπελετισιώτη κ.ά., 2018). Βασικοί άξονες για την επίτευξη αυτού του στόχου υπήρξαν: η δημιουργία ενός μοναδικού αγοραστή υγειονομικών υπηρεσιών για τους ασφαλισμένους, η μείωση των λειτουργικών εξόδων, ο εξορθολογισμός των νοσοκομειακών δαπανών, η ενίσχυση του οικονομικού και λογιστικού ελέγχου των υγειονομικών δαπανών, ο αναπροσδιορισμός του τρόπου τιμολόγησης των φαρμάκων και η προώθηση της χρήσης των γενοσήμων, η θέσπιση clawback και rebate για τους παρόχους υπηρεσιών υγείας, τις φαρμακοβιομηχανίες και τα φαρμακεία, η τυποποίηση

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

του πακέτου των παροχών για όλους τους ασφαλισμένους και η μετακύλιση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης άμεσα στους ασθενείς με τη μείωση του βάθους [(depth), π.χ. κάποιες ακριβές διαγνωστικές εξετάσεις δεν αποζημιώνονται πλέον, επανεισαγωγή της θετικής λίστας των φαρμάκων] και του ύψους [(height), αύξηση της οικονομικής συμμετοχής των ασθενών] της ασφαλιστικής κάλυψης. Τα παραπάνω μέτρα είχαν ως αποτέλεσμα τη σημαντική μείωση κατά 39,6% της συνολικής δημόσιας δαπάνης για υγεία ανά κάτοικο μεταξύ 2009 και 2016, ενώ η αντίστοιχη συνολική ιδιωτική (συμπεριλαμβανομένης εκείνης για εθελοντική ιδιωτική ασφάλιση υγείας) παρουσίασε μια πολύ μικρότερη ελάττωση ύψους 17,6% (**Πίνακας 5-1**).

Οι άμεσες ιδιωτικές δαπάνες για υπηρεσίες υγείας (μη καλυπτόμενες από τα ασφαλιστικά ταμεία ή επιβαλλόμενες από ιδιωτικούς φορείς ή που αφορούν στην υποχρεωτική οικονομική συμμετοχή των ασθενών) ήταν παραδοσιακά πολύ υψηλές στην Ελλάδα και πριν την κρίση (Yfantopoulos, 2008). Σε αυτήν την άμεση οικονομική επιβάρυνση των πολιτών θα πρέπει να προστεθούν και οι άτυπες πληρωμές, οι οποίες υπολογίστηκαν να αποτελούν το 28% των συνολικών υγειονομικών δαπανών των νοικοκυριών για το 2012 (Souliotis κ.ά., 2016). Κατά τη διάρκεια της κρίσης, λοιπόν, παρατηρήθηκε σημαντική μετακύλιση του κόστους χρηματοδότησης του συστήματος υγείας άμεσα στους ίδιους τους ασθενείς στο σημείο παροχής των υπηρεσιών (Chantzaras και Yfantopoulos, 2018a· Yfantopoulos και Chantzaras, 2018). Επιπλέον, υπάρχουν αναφορές για αύξηση και των άτυπων πληρωμών τα τελευταία χρόνια. Η αύξηση αυτή αποδίδεται στον συνδυασμό των αυξημένων ιατρικών αναγκών με τους μειωμένους υγειονομικούς πόρους, με τους δημόσιους και τους ιδιωτικούς παρόχους να προσπαθούν να καλύψουν την απώλεια εισοδήματος από τις οριζόντιες μειώσεις των μισθών και τους νέους τρόπους αποζημίωσης, αντίστοιχα (Economou, 2015· Grigorakis κ.ά., 2016· European Commission, 2017).

Ωστόσο, η επιλογή των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών για τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας συνδέεται με σημαντική διακινδύνευση της ευημερίας των ατόμων. Από τη μια πλευρά, ο αιφνίδιος χαρακτήρας της ιατρικής ανάγκης μπορεί να οδηγήσει στη δέσμευση σημαντικού μέρους του

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

προϋπολογισμού των νοικοκυριών των ασθενών, που υπό άλλες συνθήκες θα ικανοποιούσε άλλες βασικές ανάγκες τους. Μάλιστα, είναι δυνατόν οι συνθήκες διαβίωσης να διαταραχθούν σε τέτοιο βαθμό, ώστε είτε να φτωχοποιηθούν τα νοικοκυριά είτε να επιδεινωθεί η σημαντική υλική αποστέρηση που ήδη βιώνουν. Ειδικότερα, το ποσοστό των ατόμων που φτωχοποιούνται λόγω των ιδιωτικών δαπανών υγείας σχεδόν διπλασιάστηκε από 1% σε 1,9% μεταξύ 2008 και 2015 (Chantzaras και Yfantopoulos, 2018a). Από την άλλη πλευρά, οι άμεσες ιδιωτικές δαπάνες μπορεί να είναι τόσο υψηλές ώστε να απειλήσουν την οικονομική προσιτότητα (affordability) της περίθαλψης και να δημιουργήσουν προβλήματα πρόσβασης στο σύστημα υγείας ιδιαίτερα στα πιο φτωχά νοικοκυριά (Chantzaras και Yfantopoulos, 2018a· Yfantopoulos κ.ά., 2019).

Έπειτα, η έκταση (breadth) της ασφαλιστικής κάλυψης για υπηρεσίες υγείας μειώθηκε εμμέσως στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια, καθότι η κάλυψη αυτή εξαρτιόταν από το καθεστώς απασχόλησης των ατόμων μέσω των ασφαλιστικών ταμείων υγείας για τους εργαζόμενους και τις οικογένειές τους (Kourachanis κ.ά., 2017). Κατά τη διάρκεια της κρίσης, λοιπόν, ένα πολύ μεγάλο μέρος του πληθυσμού έμεινε άνεργο ή αδυνατούσε πλέον να καταβάλλει τις εισφορές του (αυτοαπασχολούμενοι), οπότε και τα ασφαλιστικά ταμεία έπαυαν να καλύπτουν τα άτομα αυτά και τα εξαρτώμενα μέλη των οικογενειών τους μετά από ένα διάστημα, το οποίο θα μπορούσε να φτάσει (το μέγιστο) τα δύο έτη (Karanikolos και Kentikelenis, 2016). Μόνο οι κάτοχοι βιβλιαρίου Ανασφαλιστών και Οικονομικά Αδυνάτων, δηλαδή τα ανασφάλιστα και πολύ χαμηλού εισοδήματος νοικοκυριά, είχαν δωρεάν πρόσβαση στο σύστημα υγείας (Chantzaras και Yfantopoulos, 2018a· Yfantopoulos και Chantzaras, 2018). Έτσι, οι ανεκπλήρωτες ιατρικές ανάγκες στην Ελλάδα λόγω εμποδίων πρόσβασης υπερδιπλασιάστηκε από 5,4% σε 13,1% μεταξύ 2008 και 2016, ενώ το 2017 παρατηρείται μια αποκλιμάκωση (**Πίνακας 5-3**). Μάλιστα, από την εξέταση των λυμάτων, έχει παρατηρηθεί σημαντική μείωση στη συνολική χρήση αντιβιοτικών και μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων στην Αθήνα μεταξύ 2010 και 2014 (Thomaidis κ.ά., 2016). Επίσης, σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Περιφέρεια Αττικής το 2014-15, το 10,1% των ερωτώμενων ανέφεραν την ύπαρξη τουλάχιστον μιας περίπτωσης

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

ανεκπλήρωτης φαρμακευτικής ανάγκης για τον προηγούμενο χρόνο, με την πλειοψηφία να την αποδίδει στην ύφεση και τις πολιτικές λιτότητας στο σύστημα υγείας (Yfantopoulos κ.ά., 2017b).

Πίνακας 5-3 Εξέλιξη των ανεκπλήρωτων ιατρικών αναγκών λόγω οικονομικών φραγμών ή χρόνων αναμονής ή μεγάλης απόστασης στην Ελλάδα, 2008-2017 (% πληθυσμού 16 ετών και άνω)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Σύνολο χώρας	5,4	5,5	5,5	7,5	8,0	9,0	10,9	12,3	13,1	10,0
Πρώτο πεμπτημόριο	8,8	11,3	9,0	11,7	12,1	14,8	17,1	18,3	35,2	18,6
Δεύτερο πεμπτημόριο	7,2	7,5	7,2	9,8	9,4	11,4	17,1	16,3	16,3	13,2
Τρίτο πεμπτημόριο	6,0	4,7	5,9	7,7	8,9	10,3	13,5	13,1	10,3	9,8
Τέταρτο πεμπτημόριο	3,4	2,8	3,2	4,8	4,9	8,0	6,3	10,5	4,3	6,0
Πέμπτο πεμπτημόριο	1,8	1,6	2,1	3,6	4,8	1,0	1,1	4,0	1,0	3,0
Εργαζόμενοι	3,3	2,7	3,1	4,7	5,6	6,1	7,4	8,8	8,0	5,2
Άνεργοι	8,6	7,5	9,5	11,4	10,8	11,7	15,7	15,6	21,5	11,2
Συνταξιούχοι	9,3	9,3	8,9	11,7	10,8	11,2	12,5	15,6	13,4	15,8
Άλλοι οικονομικά ανενεργοί	5,8	7,3	6,4	6,9	8,1	9,7	11,7	11,5	16,2	11,1
Μέχρι πρώτο κύκλο δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (επίπεδα 0-2)	7,5	7,6	7,4	10,7	10,7	11,6	15,4	18,4	18,8	16,3
Δεύτερος κύκλος δευτεροβάθμιας & μεταδευτεροβάθμιας μη τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (επίπεδα 3-4)	4,0	4,4	4,6	5,8	7,1	8,7	9,5	9,9	11,6	7,2
Τριτοβάθμια εκπαίδευση (επίπεδα 5-8)	2,0	1,7	2,5	4,2	4,1	4,3	5,4	6,2	6,2	4,6

Πηγή: Eurostat (2018)

Για την αντιμετώπιση των παραπάνω προβλημάτων, μια σειρά κοινωνικών μέτρων για τη βελτίωση της υγειονομικής πρόσβασης του πληθυσμού εφαρμόστηκαν τα τελευταία χρόνια (Chantzaras και Yfantopoulos, 2018a· Yfantopoulos και Chantzaras, 2018· Yfantopoulos κ.ά., 2019). Η αρχή έγινε το 2013, με την παραχώρηση ενός εισιτηρίου ελεύθερης πρόσβασης σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας μέσω ενός προγράμματος «health voucher» (Σεπτέμβριος 2013-Οκτώβριος 2015). Τον επόμενο χρόνο, θεσπίστηκε η καθολική πρόσβαση όλων των πολιτών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένων των διαγνωστικών εξετάσεων (Φεβρουάριος 2014). Παράλληλα, το δικαίωμα στη δωρεάν πρόσβαση στα δημόσια νοσοκομεία και τη φαρμακευτική περίθαλψη επεκτάθηκε (Ιούνιος 2014) και σε εκείνους που δεν ήταν ασφαλισμένοι σε κανένα δημόσιο ή ιδιωτικό

φορέα και ήταν νόμιμα διαμένοντες στη χώρα, αλλά δεν πληρούσαν τις προϋποθέσεις έκδοσης βιβλιαρίου ανασφαλιστού, και στους ασφαλισμένους που είχαν απωλέσει την ασφαλιστική τους ικανότητα λόγω οφειλών στα οικεία ασφαλιστικά ταμεία (και στα εξαρτώμενα μέλη των οικογενειών τους). Για την συνταγογράφηση των φαρμάκων στους νέους δικαιούχους, ίσχυαν οι ίδιες προϋποθέσεις και έλεγχοι και η ίδια οικονομική συμμετοχή που εφαρμόζονταν στους ασφαλισμένους. Παρόλα αυτά, οι παραπάνω ρυθμιστικές απόπειρες για την αντιμετώπιση του κενού πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη του πληθυσμού αποδείχτηκαν μάλλον ανεπαρκείς, κυρίως λόγω της ύπαρξης διοικητικών εμποδίων και διαδικασιών στιγματοποίησης, της ανεπαρκούς πληροφόρησης του κοινού, καθώς και της διατήρησης της υψηλής οικονομικής συμμετοχής στα άτομα πολύ χαμηλού εισοδήματος. Αυτό ώθησε σε νέες νομοθετικές πρωτοβουλίες το 2016, οπότε και επιχειρήθηκε η άρση των παραπάνω ανεπαρκειών και η κάλυψη επεκτάθηκε περαιτέρω σε συγκεκριμένες ευάλωτες κατηγορίες (π.χ. γυναίκες σε εγκυμοσύνη, πρόσφυγες, ανήλικους) και σε παράτυπους μετανάστες. Επιπλέον, κάποιες κατηγορίες του πληθυσμού (χαμηλού εισοδήματος ή άλλες ευάλωτες ομάδες, όπως πρόσφυγες, άτομα με σοβαρή αναπηρία και ανήλικοι που φιλοξενούνται σε κοινωνικές δομές) εξαιρέθηκαν από οποιαδήποτε οικονομική συμμετοχή για τη φαρμακευτική περίθαλψή τους. Αυτή η νέα νομοθεσία φαίνεται να βοήθησε σημαντικά στη βελτίωση της πρόσβασης του πληθυσμού στο σύστημα υγείας, όπως φαίνεται και από τη μείωση του ποσοστού των ατόμων που δήλωναν ανεκπλήρωτες ιατρικές ανάγκες (λόγω οικονομικών εμποδίων ή χρόνων αναμονής ή μεγάλης απόστασης) από 13,1% το 2016 σε 10% το 2017 (Πίνακας 5-3). Θα πρέπει, επίσης, να σημειωθεί ότι κατά τη διάρκεια της κρίσης ενισχύθηκε η δωρεάν παροχή ενός περιορισμένου εύρους υγειονομικών υπηρεσιών από δήμους, μη κυβερνητικές οργανώσεις και άλλα ανεπίσημα δίκτυα προς ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, όπως είναι οι φτωχοί, οι άνεργοι, οι ανασφάλιστοι, οι παράτυποι μετανάστες και οι πρόσφυγες (Economou, 2015· Economou κ.ά., 2015).

Γενικότερα, πάντως, η επέκταση του εύρους της κάλυψης δεν συνεπάγεται αυτόματα και τη βελτίωση της χρηματοδοτικής προστασίας των ευάλωτων ομάδων, καθότι εντός του συστήματος υπόκεινται στην ίδια

σημαντική και υποχρεωτική οικονομική συμμετοχή με τους ασφαλισμένους (Chantzaras και Yfantopoulos, 2018a). Επιπλέον, ενώ ο δημόσιος τομέας παροχής υγειονομικής φροντίδας έπασχε από σοβαρές ανεπάρκειες και πριν από την κρίση, τα τελευταία χρόνια συνδέεται και με μια ενισχυμένη ζήτηση. Αυτή η αύξηση αποδίδεται αφενός στην επιδείνωση της μέσης υγείας του πληθυσμού (Yfantopoulos κ.ά., 2016a· Yfantopoulos κ.ά., 2016b· Chantzaras και Yfantopoulos, 2017), και αφετέρου στον περιορισμό της πρόσβασης στους ιδιωτικούς παρόχους υγειονομικών υπηρεσιών, εξαιτίας της μείωσης των διαθέσιμων εισοδημάτων (Chantzaras και Yfantopoulos, 2018a). Περαιτέρω, τα αυστηρά μέτρα λιτότητας οδήγησαν και στη συρρίκνωση των διαθέσιμων ανθρώπινων και υλικών υγειονομικών πόρων και, κατ' επέκταση, σε ανάλογη επιδείνωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Chantzaras και Yfantopoulos, 2018a· Μπελετσιώτη κ.ά., 2018· Petmesidou κ.ά., 2020). Επιπλέον, οι περιορισμοί στις προσλήψεις και οι περικοπές στις αποδοχές του υγειονομικού προσωπικού συνδέονται με το φαινόμενο του ιατρικού «brain-drain» κατά τη διάρκεια της κρίσης, το οποίο αναφέρεται στη μετανάστευση εργαζομένων του τομέα της υγείας σε άλλες χώρες με καλύτερες συνθήκες απασχόλησης (Kentikelenis, 2017). Συνολικά, η παραπάνω κατάσταση φαίνεται να έχει οδηγήσει στη *de facto* δημιουργία ενός συστήματος υγείας δύο επιπέδων (two-tier health system), όπου εκείνοι που διαθέτουν επαρκή οικονομική δυνατότητα ικανοποιούν τις ιατρικές ανάγκες τους στον ιδιωτικό τομέα, ενώ οι υπόλοιποι αναζητούν πρόσβαση σε υγειονομική φροντίδα μέσω ενός υπερφορτωμένου δημόσιου συστήματος, το οποίο παρέχει χαμηλότερη ποιότητα υπηρεσιών, λόγω των ελλείψεών του σε πόρους και χρηματοδότηση (Econoμου κ.ά., 2015).

Από την άλλη πλευρά, βέβαια, υπάρχουν και κάποιες άλλες μεταρρυθμίσεις, οι οποίες μπορεί να αποδειχθούν ιδιαίτερα θετικές για το ελληνικό σύστημα υγείας μακροχρόνια. Ένα χρόνιο πρόβλημα της υγειονομικής περιθάλψης στην Ελλάδα ήταν η ανεπαρκής ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, που χαρακτηριζόταν από σοβαρά προβλήματα πρόσβασης και αποτελεσματικότητας (Yfantopoulos κ.ά., 2019). Τα τελευταία χρόνια έχουν εφαρμοστεί μεταρρυθμίσεις για τη διαμόρφωση ενός αποτελεσματικού και δίκαιου δικτύου παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, ενώ

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

καταβάλλεται και μια προσπάθεια για την ανάπτυξη του θεσπισμένου συστήματος παραπομπών. Παράλληλα, οι αλλαγές στον μηχανισμό προμήθειας του νοσοκομειακού υλικού οδήγησαν σε εξορθολογισμό των δημοσίων δαπανών και θα ενισχύσουν την προσπάθεια περιορισμού της διαφθοράς στον χώρο της υγείας. Για τον ίδιο σκοπό, εξίσου σημαντική είναι και η ενίσχυση του οικονομικού και λογιστικού ελέγχου και της παρακολούθησης των υγειονομικών δαπανών, με την παράλληλη εφαρμογή του προγράμματος «Διαύγεια». Τέλος, η τυποποίηση του πακέτων των ασφαλιστικών παροχών συνεπάγεται την εξάλειψη των ανισοτήτων πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη μεταξύ των ασφαλισμένων, η οποία ήταν ιδιαίτερα εκτεταμένη στην Ελλάδα πριν την κρίση, λόγω της ύπαρξης πληθώρας ασφαλιστικών ταμείων.

Οι έμμεσες συνέπειες των πρόσφατων διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων στο σύστημα υγείας σχετίζονται με την αναποτελεσματικότητά τους ως προς τη μείωση του δημοσίου χρέους, η οποία οδήγησε στην αναγκαστική λήψη επιπρόσθετων μέτρων λιτότητας (Kentikelenis, 2017). Τα μέτρα, όμως, αυτά είχαν ως αποτέλεσμα την περαιτέρω συρρίκνωση της οικονομικής δραστηριότητας, με ανάλογα αρνητικές συνέπειες στη συλλογή εσόδων από τα ασφαλιστικά ταμεία (Econoμου κ.ά., 2015). Επομένως, η οικονομική ύφεση φαλκίδευσε τη βάση χρηματοδότησης του συστήματος υγείας αλλά και γενικότερα όλων των κοινωνικών πολιτικών (Kentikelenis, 2017). Μάλιστα, οι ιδιωτικοποιήσεις, ενώ βραχυπρόθεσμα μπορούν να προσφέρουν σημαντικά έσοδα, μακροπρόθεσμα μπορεί να αποστερήσουν το κράτος από μια αξιόπιστη πηγή σταθερής χρηματοδότησης του συστήματος υγείας (Kentikelenis, 2017). Επιπλέον, κάποια μέτρα είχαν και άλλες ανεπιθύμητες παράπλευρες συνέπειες, όπως είναι οι ελλείψεις σε φάρμακα, που προέκυψαν από την επιβολή μεγάλων μειώσεων στις τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων (Yfantopoulos και Chantzaras, 2018).

Στον παρακάτω πίνακα (**Πίνακας 5-4**) περιλαμβάνονται οι βασικότερες επιπτώσεις των πρόσφατων μεταρρυθμίσεων (και εμμέσως της ύφεσης) στο σύστημα υγείας στην Ελλάδα. Οι επιπτώσεις αυτές έχουν κατηγοριοποιηθεί με βάση τις διαστάσεις της πρόσβασης των χρηστών των υπηρεσιών τις οποίες

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

επηρεάζουν, όπως αυτές έχουν συλληφθεί από τους Levesque κ.ά. (2013). Οι διαστάσεις αυτές είναι οι παρακάτω:

- Προσεγγισιμότητα (approachability), η οποία αναφέρεται σε στοιχεία του συστήματος όπως είναι η διαφάνεια, η επαρκής πληροφόρηση για τις διαθέσιμες θεραπείες, υπηρεσίες και δραστηριότητες προβολής, η ενεργητική παροχή επικουρικών, επιτόπιων υγειονομικών υπηρεσιών μέσω κινητών μονάδων σε πληθυσμό με περιορισμένη προσβασιμότητα (outreach), οι οποίες επιτρέπουν στους ασθενείς να αναγνωρίσουν ότι υπάρχουν υγειονομικές υπηρεσίες που είναι προσεγγίσιμες και μπορούν να τους βοηθήσουν με τα προβλήματα υγείας τους.
- Αποδεκτότητα (acceptability), η οποία αφορά στους πολιτισμικούς και κοινωνικούς παράγοντες (π.χ. επαγγελματικές αξίες, πεποιθήσεις για την ισοτιμία, την καταλληλότητα και την ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών), που διαμορφώνουν το ενδεχόμενο τα άτομα να αποδεχτούν τα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών, καθώς και την αντιλαμβανόμενη καταλληλότητά τους από τους ασθενείς.
- Διαθεσιμότητα (availability) και δυνατότητα προσαρμογής/διευκόλυνση των χρηστών (accommodation), που αναφέρονται σε στοιχεία όπως είναι η ύπαρξη υγειονομικών εγκαταστάσεων με επαρκή χωρητικότητα, υγειονομικούς πόρους και γεωγραφική διασπορά, η διευκόλυνση των ασθενών, οι ώρες λειτουργίας και οι μηχανισμοί κανονισμού των ιατρικών ραντεβού, τα οποία καθιστούν δυνατή την ουσιαστική και έγκαιρη πρόσβαση των ασθενών σε υγειονομικές υπηρεσίες.
- Οικονομική προσιτότητα (affordability), που σχετίζεται με τη δυνατότητα των ατόμων να κινητοποιούν οικονομικούς πόρους και χρόνο για τη χρήση των κατάλληλων υγειονομικών υπηρεσιών, και αναφέρεται τόσο στα άμεσα και τα έμμεσα κόστη της περίθαλψης όσο στα κόστη ευκαιρίας που σχετίζονται με την απώλεια εισοδήματος.
- Καταλληλότητα (appropriateness), η οποία εκφράζει την ανταπόκριση των υγειονομικών υπηρεσιών στις ανάγκες των ασθενών, το κατά πόσο παρέχονται εγκαίρως (timeliness), την ποσότητα των υγειονομικών πόρων που απαιτούνται για την αξιολόγηση των προβλημάτων υγείας και τον καθορισμό τη σωστής θεραπείας και την τεχνική και

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

διαπροσωπική ποιότητα, την αρτιότητα και την επάρκεια των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς και τον συντονισμό και τη συνέχεια της φροντίδας.

Πίνακας 5-4 Κύριες επιπτώσεις των μεταρρυθμίσεων στο σύστημα υγείας σε σχέση με τις διαστάσεις της πρόσβασης των χρηστών στις υπηρεσίες

Διαστάσεις πρόσβασης	Κύριες επιπτώσεις των μεταρρυθμίσεων των πολιτικών υγείας	
Προσεγγισιμότητα	Μείωση της χρηματοδότησης των υπηρεσιών δημόσιας υγείας	
	Γραφειοκρατικοί περιορισμοί & εμπόδια από την έλλειψη γνώσης των ασθενών για τις νέες διαδικασίες, τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους	
	Σύσταση Γραφείων Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας	
Αποδεκτότητα	Ενίσχυση διαφάνειας με το πρόγραμμα «Διαύγεια»	
	Ενίσχυση του οικονομικού και λογιστικού ελέγχου και της παρακολούθησης των υγειονομικών δαπανών	
	Μείωση ικανοποίησης & αρνητική στάση απέναντι στο ΕΣΥ από τους χρήστες	
Διαθεσιμότητα	Αποκέντρωση της οργάνωσης και της διαχείρισης των πόρων, καθώς και της πρωτοβάθμιας περίθαλψης με τη δημιουργία 13 Υγειονομικών Περιφερειών	
	Δημιουργία του Άτλα Υγείας, που αποτελεί έναν χάρτη της χωροταξικής κατανομής των υγειονομικών πόρων	
	Συγχώνευση νοσοκομείων, μείωση κλινικών και κλινών	
	Αυξημένη ζήτηση για υγειονομικές υπηρεσίες του δημόσιου τομέα	
	Μείωση της ζήτησης για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη	
	Μεγαλύτεροι χρόνοι αναμονής στο ΕΣΥ	
	Υποχρεωτική καθημερινή λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων	
	Ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και θέσπιση συστήματος παραπομπών	
	Μερική απελευθέρωση του τομέα των φαρμακείων	
	Μείωση της δημόσιας χρηματοδότησης	
Οικονομική προσιτότητα	Μετακύλιση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης άμεσα στους ιδιώτες στο σημείο παροχής των υπηρεσιών	
	Μείωση των εσόδων στους ιδιωτικούς παρόχους υγειονομικών υπηρεσιών από τους ΦΚΑ και πιθανή κάλυψη των χαμένων εσόδων άμεσα από τους ασθενείς	
	Μειωμένη έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού λόγω αύξησης της ανεργίας	
	Μειωμένο βάθος της ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού (π.χ. θετική λίστα φαρμάκων, εξαίρεση εξετάσεων από αποζημίωση)	
	Μειωμένο ύψος της ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού (υψηλότερη οικονομική συμμετοχή των ασθενών)	
	Μείωση τιμών φαρμάκων & περιθωρίων κέρδους φαρμακείων & φαρμακαποθηκών	
	Πρώωθηση των γενοσήμων, που βελτιώνει την προσβασιμότητα των πιο ευάλωτων ομάδων λόγω χαμηλότερης τιμής	
	Αύξηση της ζήτησης για παράτυπες πληρωμές που επιβαρύνουν άμεσα τους ασθενείς	
	Ρυθμίσεις για τη βελτίωση της πρόσβασης των ευάλωτων ομάδων	
	Ενίσχυση της δωρεάν παροχής περιορισμένου πεδίου υγειονομικών υπηρεσιών προς φτωχούς, άνεργους, ανασφάλιστους, παράτυπους μετανάστες & πρόσφυγες από δήμους, μη κυβερνητικές οργανώσεις & άλλα ανεπίσημα δίκτυα	
	Μείωση των ανισοτήτων στην πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη ανάμεσα στους ασφαλισμένους με την τυποποίηση του πακέτου παροχών	
	Καταλληλότητα	Μείωση των συνολικών δαπανών για υγειονομική περίθαλψη
		Ορθολογικοποίηση των δημοσίων νοσοκομειακών δαπανών

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

Μειωμένο κόστος προμηθειών, προσωπικού, υπηρεσιών από συμβεβλημένους παρόχους υγείας για το ΕΣΥ
Βελτίωση στις μεθόδους των νοσοκομειακών προμηθειών
Ελλείψεις σε ανθρώπινους πόρους στο ΕΣΥ
Ελλείψεις σε υγειονομικό υλικό και ιατροτεχνικό εξοπλισμό στο ΕΣΥ
Μετανάστευση επαγγελματιών υγείας
Προοδευτική εισαγωγή θεραπευτικών πρωτοκόλλων
Υπερβολικός φόρτος εργασίας & μειωμένοι υγειονομικοί πόροι, που μειώνουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών
Αυξημένη πιθανότητα ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων
Αυξημένη διοικητική αποτελεσματικότητα, καλύτερος συντονισμός & οικονομίες κλίμακας με τη δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) και του Ενιαίου Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ)

Πηγή: Προσαρμογή και σε συμπλήρωση σε *Econo2015*, *Econo2015* κ.ά. (2015) και *Econo2017* κ.ά. (2017)

5.4. Υγειονομικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης

Γενικότερα, οι έρευνες που μελετούν τις επιπτώσεις των υφέσεων στην υγεία ακολουθούν είτε την προσέγγιση της μακρο-ανάλυσης είτε εκείνη της μικρο-ανάλυσης. Οι οικολογικές μελέτες εξετάζουν το πως οι μεταβολές σε μακροοικονομικούς δείκτες, όπως είναι η ανεργία ή το Α.Ε.Π., επηρεάζουν τους δείκτες υγείας σε επίπεδο πληθυσμού (π.χ. δείκτες θνησιμότητας, επιπολασμός νοσηρότητας και συχνότητα ανθυγιεινών συμπεριφορών). Από την άλλη πλευρά, οι μελέτες στο μικρο-επίπεδο διερευνούν το πως συγκεκριμένα κοινωνικοοικονομικά συμβάντα και προκλήσεις που παρουσιάζονται πιο συχνά κατά τη διάρκεια των υφέσεων (π.χ. απώλεια ή επισφάλεια εργασίας) επηρεάζουν την υγεία ή τους παράγοντες κινδύνου της υγείας στα άτομα που τα βιώνουν (Modrek κ.ά., 2013).

Διάφορες βιβλιογραφικές επισκοπήσεις έχουν τεκμηριώσει ότι, ενώ τα αποτελέσματα υγείας σε ατομικό επίπεδο δείχνουν να επιδεινώνονται από τις συνέπειες των κοινωνικοοικονομικών μεταβολών που επιφέρει η ύφεση, παράλληλα μπορεί να παρατηρείται βελτίωση –τουλάχιστον στον βραχυπρόθεσμο ορίζοντα– σε συγκεντρωτικούς δείκτες υγείας κατά τη διάρκεια των κρίσεων (Catalano κ.ά., 2011· Burgard κ.ά., 2013· Modrek κ.ά., 2013· Bacigalupe κ.ά., 2016· Margerison-Zilko κ.ά., 2016· Tapia Granados και Ionides, 2017· Μπελετσιώτη κ.ά., 2018). Έχει διαπιστωθεί, λοιπόν, ότι τόσο η απώλεια της εργασίας όσο και η μετάβαση σε καθεστώς υποαπασχόλησης συνδέονται με σημαντική αύξηση της πιθανότητας για την εκδήλωση

προβλημάτων ψυχικής υγείας (Gallo κ.ά., 2000) και κατάθλιψης (Dooley κ.ά., 2000). Άλλες μελέτες έχουν τεκμηριώσει ότι η απώλεια της εργασίας σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο και για σωματικές ασθένειες, όπως είναι το έμφραγμα του μυοκαρδίου, το εγκεφαλικό επεισόδιο (Gallo κ.ά., 2004) και γενικότερα η φυσική δυσλειτουργία (Gallo κ.ά., 2000) και η χειρότερη αυτοαξιολογούμενη υγεία (Strully, 2009), καθώς και με την επιδείνωση επιβλαβών συμπεριφορών, όπως με την αύξηση της έντασης του καπνίσματος (Falba κ.ά., 2005) και την έναρξη της κατανάλωσης αλκοόλ (Gallo κ.ά., 2001). Πάντως, οι αναλύσεις αυτών των ερευνών δεν μπορούν να αποκλείσουν τελείως το ενδεχόμενο της κοινωνικής επιλογής, κατά την οποία τα άτομα που συνδέονται είτε με προϋπάρχουσα χειρότερη ψυχική ή σωματική υγεία, είτε με προϋπάρχοντα υψηλότερα επίπεδα καπνίσματος, κατανάλωσης αλκοόλ ή χρήσης ναρκωτικών, είτε με λιγότερες ικανότητες ή αφοσίωση παρουσιάζουν μεγαλύτερη πιθανότητα να απολυθούν από τους περισσότερους υγιείς και ικανούς συναδέλφους τους (Roelfs κ.ά., 2011). Στο πλαίσιο μιας μετα-ανάλυσης 42 εμπειρικών ερευνών, διαπιστώθηκε ότι η απώλεια της εργασίας συνδέεται με 63% υψηλότερο κίνδυνο θνησιμότητας, ο οποίος ήταν μεγαλύτερος ανάμεσα στους άνδρες και σε εκείνους που βρίσκονταν στην αρχή ή τη μέση της εργασιακής πορείας τους (Roelfs κ.ά., 2011). Πάντως, μελέτες που χρησιμοποιούν πιο σύγχρονες οικονομετρικές μεθόδους τείνουν να μην βρίσκουν τόσο ισχυρές αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των ατόμων από την απώλεια της εργασίας (Avendano και Berkman, 2014).

Αντιθέτως, οι περισσότερες οικολογικές έρευνες συγκλίνουν στην προκυκλική (procyclical) διακύμανση των δεικτών θνησιμότητας, σύμφωνα με την οποία η θνησιμότητα ακολουθεί τον επιχειρηματικό κύκλο, δηλαδή αυξάνεται σε περιόδους επέκτασης και μειώνεται σε εκείνες της ύφεσης (Ruhm, 2000a· Gerdtham και Ruhm, 2006). Ως προς τις συγκεκριμένες αιτίες των θανάτων, εκείνοι που αποδίδονται σε καρδιαγγειακά νοσήματα και σε αυτοκινητιστικά ατυχήματα ακολουθούν με μεγαλύτερη συνέπεια την παραπάνω προκυκλική τάση (Ruhm, 2015). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι βραχυπρόθεσμες συνέπειες των αλλαγών στον τρόπο ζωής είναι περισσότερο σημαντικές για τα καρδιαγγειακά νοσήματα από ό,τι για άλλες ασθένειες, όπως τα διάφορα είδη καρκίνου (Ruhm, 2005). Από την άλλη πλευρά, οι αυτοκτονίες

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

φαίνεται να είναι αντικυκλικές (countercyclical), καθώς αυξάνονται με την άνοδο της ανεργίας και μειώνονται με τη βελτίωση της οικονομίας (Catalano κ.ά., 2011· Modrek και Cullen, 2013· Burgard και Kalousova, 2015). Πάντως, οι κύριες αιτίες που συμβάλουν στην προκυκλική τάση της θνησιμότητας μεταξύ των ατόμων που βρίσκονται σε παραγωγική ηλικία συνήθως δεν συνδέονται με τα επίπεδα του στρες ή τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία. Ακόμη, καθότι τόσο ο δείκτης της θνησιμότητας όσο και ο αριθμός των θανάτων στους ηλικιωμένους είναι πολύ μεγαλύτερος από ό,τι στις άλλες ηλικιακές κατηγορίες, οι προκυκλικές διακυμάνσεις στη θνησιμότητα μάλλον δεν καθοδηγούνται από τις κοινωνικοοικονομικές μεταβολές που υφίστανται τα άτομα που συμμετέχουν στην αγορά εργασίας (Miller κ.ά., 2009).

Πάντως, έχει παρατηρηθεί ότι η παραπάνω προκυκλική διακύμανση της θνησιμότητας έχει απωλέσει την ισχυρή διασύνδεσή της με τους μακροοικονομικούς δείκτες τα τελευταία χρόνια, λόγω της ανόδου της θνησιμότητας από καρκίνο και από άλλες εξωτερικές αιτίες, όπως τα μη αυτοκινητιστικά ατυχήματα και τις ακούσιες δηλητηριάσεις (Ruhm, 2015). Η εξέλιξη αυτή μπορεί να οφείλεται αφενός στην επίδραση των οικονομικών κύκλων στην οικονομική προσιότητα των ακριβών νέων θεραπειών και τεχνολογιών, και αφετέρου σε πιθανά ψυχολογικά προβλήματα υγείας λόγω της οικονομικής πίεσης της ύφεσης, που μπορεί να οδηγήσουν σε συγκεκριμένες φυσικές και σωματικές εκδηλώσεις, όπως είναι η υπερβολική δόση ναρκωτικών (Ruhm, 2015). Συνεπώς, η σχέση μεταξύ των επιχειρηματικών κύκλων και της θνησιμότητας μπορεί να μην παραμένει σταθερή στον χρόνο, καθώς και να εξαρτάται και από το συγκεκριμένο πλαίσιο της κάθε χώρας (Avendano και Berkman, 2014). Γενικότερα, η σχέση μεταξύ της θνησιμότητας και της επίδοσης της οικονομίας εκφράζει τις αλλαγές στους παράγοντες κινδύνου της υγείας, τις εξελίξεις στην ιατρική τεχνολογία, τις μεταβολές στη δημογραφική σύνθεση του πληθυσμού και τις διαφοροποιήσεις στις κυριότερες αιτίες θανάτου (Burgard και Kalousova, 2015). Επίσης, ο αντίκτυπος των επιχειρηματικών κύκλων στη θνησιμότητα μπορεί να διαφέρει αναλόγως της φυλής ή της εθνότητας εντός της ίδιας χώρας (Avendano και Berkman, 2014).

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

Τα ευρήματα των ερευνών για τη σχέση μεταξύ της οικονομίας και της νοσηρότητας σε επίπεδο ατόμων δεν δείχνουν την ίδια συνέπεια με εκείνα για τη θνησιμότητα (Burgard και Kalousova, 2015). Αρκετές μελέτες, λοιπόν, τεκμηριώνουν μια αντικυκλική τάση για τη σωματική υγεία (Ruhm, 2003). Μια εξήγηση που έχει δοθεί αναφέρεται σε βελτιώσεις στον τρόπο ζωής σε περιόδους οικονομικής συρρίκνωσης, όπως με τη μείωση του καπνίσματος, του υπερβολικού βάρους, της ανθυγιεινής διαίτας και της φυσικής αδράνειας (Freeman, 1999· Ruhm, 2000a· Ruhm και Black, 2002· Ruhm, 2005). Μάλιστα, η πιθανότητα μεταβολής στον τρόπο ζωής φαίνεται να ευνοεί περισσότερο τα άτομα εκείνα που σχετίζονταν με εντονότερα ανθυγιεινές συμπεριφορές (π.χ. κατάχρηση και όχι απλώς κατανάλωση αλκοόλ) πριν την έναρξη της οικονομικής κάμψης (Ruhm, 2005). Αντίθετα, άλλες μελέτες δείχνουν ότι, ενώ μπορεί να μειώνεται η συνολική κατανάλωση του αλκοόλ κατά τη διάρκεια των υφέσεων, ταυτόχρονα, αυξάνεται η συχνότητα της άμετρης κατανάλωσής του (binge drinking) (Boj κ.ά., 2013). Αυτό σημαίνει ότι ενδέχεται οι μεταβολές στην κατανάλωση του αλκοόλ να μην είναι μονοσήμαντες, και η κατάχρησή του σε κάποιες ομάδες να αποκρύπτεται από την ελάττωση της συνολικής κατανάλωσης στον πληθυσμό (Modrek κ.ά., 2013). Επίσης, κάποιες έρευνες έχουν τεκμηριώσει την αντικυκλική τάση της πιθανότητας της παχυσαρκίας (Latif, 2014), καθώς και τη μείωση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών και την αύξηση της κατανάλωσης ανθυγιεινών τροφών κατά την περίοδο των υφέσεων (Dave και Kelly, 2012). Τα αντικρουόμενα ευρήματα στη βιβλιογραφία μπορεί να εκφράζουν είτε τον διαφοροποιημένο αντίκτυπο της οικονομίας στις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία είτε το διαφορετικό θεσμικό πλαίσιο, το οποίο τροποποιεί την επίδραση των οικονομικών κύκλων στον τρόπο ζωής των ατόμων (Avenida και Berkman, 2014). Σε κάθε περίπτωση, θα πρέπει να σημειωθεί ότι, με την εξαίρεση της κίρρωσης του ήπατος, οι επιπτώσεις του υιοθέτησης ενός περισσότερο υγιεινού τρόπου ζωής είναι δύσκολο να μπορούν να οδηγήσουν σε αντίστοιχες, σχεδόν σύγχρονες μεταβολές στους δείκτες των χρόνιων ασθενειών σε επίπεδο πληθυσμού. Συνεπώς, είναι μάλλον βιολογικά απίθανο οι παρατηρούμενες σχέσεις να είναι αιτιώδεις (Modrek κ.ά., 2013).

Ωστόσο, υπάρχουν και κάποιες μελέτες που διαπιστώνουν την ύπαρξη μιας προκυκλικής σχέσης της σωματικής υγείας με την οικονομία. Σε περιπτώσεις όπου η ύφεση έχει οδηγήσει στη ραγδαία υποβάθμιση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, με τον συνακόλουθο αρνητικό αντίκτυπο στους μηχανισμούς παρακολούθησης και πρόληψης του συστήματος υγείας, έχει παρατηρηθεί επιδείνωση στους δείκτες των μεταδιδόμενων ασθενειών, ιδίως στα βρέφη και τους ηλικιωμένους (Suhrcke κ.ά., 2011a). Πάντως, άλλες έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχει μείωση στους θανάτους από λοιμώξεις όταν επιτείνεται η ανεργία στον πληθυσμό (Miller κ.ά., 2009· Stevens κ.ά., 2015), το οποίο μπορεί να αποδοθεί στην επίπτωση της χαμηλότερης οικονομικής δραστηριότητας στην κυκλοφορία των ατόμων και, κατ' επέκταση, την εξάπλωση των μεταδιδόμενων ασθενειών (Modrek κ.ά., 2013).

Επιπρόσθετα, η οικονομική κάμψη έχει συνδεθεί με τη χειροτέρευση και της αυτοαξιολογούμενης γενικής υγείας (Simou και Koutsogeorgou, 2014· Margerison-Zilko κ.ά., 2016). Καθώς η αυτοαξιολογούμενη υγεία αποτελεί ένα γενικό μέτρο που ενσωματώνει τις συνιστώσες τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής υγείας, μια εξήγηση για την επιδείνωσή της μπορεί να είναι η όξυνση των προβλημάτων ψυχικής υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης (Vandoros κ.ά., 2013). Πολυάριθμες μελέτες συγκλίνουν στην ύπαρξη μιας ισχυρής σχέσης μεταξύ της ύφεσης και των διαταραχών της ψυχικής υγείας (Frasquilho κ.ά., 2016), η οποία συνδέεται κυρίως με την απώλεια της εργασίας ή του εισοδήματος και την ανασφάλεια στην εργασία (Modrek κ.ά., 2013), καθώς και με την αποσύνθεση των θεσμών, τις αυξανόμενες κοινωνικές ανισότητες, τη φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό, την αβεβαιότητα για το μέλλον και την αδυναμία των ατόμων να ελέγξουν την πορεία της ζωής τους (Anagnostopoulos κ.ά., 2017). Πάντως, παρά την τεκμηριωμένη σχέση μεταξύ των προβλημάτων ψυχικής υγείας και της κατάχρησης ουσιών (Swendsen κ.ά., 2010), η συνολική χρήση τους φαίνεται να μειώνεται κατά τη διάρκεια των υφέσεων (Modrek κ.ά., 2013).

5.4.1. Μηχανισμοί επίδρασης των οικονομικών κρίσεων στην υγεία

Κατά τους Burgard και Kalousova (2015), τα αντιφατικά ευρήματα των εμπειρικών ερευνών για τον αντίκτυπο των οικονομικών κρίσεων στην υγεία του πληθυσμού οφείλονται στο διαφορετικό επίπεδο ανάλυσης, καθώς και στις διαφορετικές εκβάσεις υγείας που εξετάζονται κάθε φορά. Περαιτέρω, μπορούμε να υποθέσουμε ότι κατά τη διάρκεια της ύφεσης τίθενται ταυτόχρονα σε λειτουργία μηχανισμοί επίδρασης της υγείας που μπορεί να είναι αντίθετης κατεύθυνσης, δηλαδή κάποιιοι να βλάπτουν και άλλοι να βελτιώνουν την υγεία του πληθυσμού. Μάλιστα, οι μηχανισμοί αυτοί μπορεί να λειτουργούν σε διαφορετικά αναλυτικά επίπεδα και σε σχέση με διαφορετικές διαστάσεις της υγείας. Ένας περιορισμός των ερευνών του υγειονομικού αντικτύπου της απώλειας της εργασίας στο μικρο-επίπεδο είναι ότι μπορεί να εκφράζει την επίδραση προϋπαρχόντων προβλημάτων υγείας ή άλλων προσωπικών χαρακτηριστικών στην απόφαση ή την ικανότητα για εργασία (Avendano και Berkman, 2014· Burgard και Kalousova, 2015). Στο συγκεντρωτικό επίπεδο, τα συνολικά κόστη υγείας των ατόμων που υφίσταται αρνητικές υγειονομικές συνέπειες από την ύφεση είναι δυνατόν να υπερακοντίζονται από τα συνολικά οφέλη υγείας του μεγαλύτερου αριθμού των ατόμων που απολαμβάνουν θετικές υγειονομικές επιπτώσεις, παρόλο που η σοβαρότητα κάθε πιθανής επιβάρυνσης χωριστά μπορεί να είναι σημαντικότερη από το κάθε πιθανό όφελος (Burgard και Kalousova, 2015). Έπειτα, στις περισσότερες περιπτώσεις των οικολογικών μελετών λαμβάνονται υπόψη οι βραχυπρόθεσμες συνέπειες της κρίσης στη θνησιμότητα, με συνέπεια κάποια από τα συμπεράσματά τους να μην είναι βιολογικά εύλογα, όπως έχουμε ήδη τονίσει. Έτσι, τα αποτελέσματά τους μάλλον επηρεάζονται από προϋπάρχουσες τάσεις που διαμορφώνουν τις κύριες αιτίες των θανάτων από χρόνια νοσήματα (Modrek κ.ά., 2013).

Τα παραπάνω δείχνουν ότι, ενώ η υγεία μπορεί να χειροτερεύει για τις ομάδες του πληθυσμού που υφίστανται σημαντικές αρνητικές κοινωνικοοικονομικές μεταβολές στο πλαίσιο μιας οικονομικής κρίσης, για το σύνολο του πληθυσμού μπορεί να βελτιώνεται (Ruhm, 2003). Συνεπώς, η διερεύνηση των υγειονομικών επιπτώσεων των υφέσεων απαιτεί μια

πολυεπίπεδη ανάλυση των μηχανισμών διαμέσου των οποίων οι κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις της μπορεί να οδηγήσουν σε μεταβολές στην υγεία. Με κάποιες ελάχιστες εξαιρέσεις (Burgard κ.ά., 2013· Modrek κ.ά., 2013· Ruckert και Labonté, 2014· Burgard και Kalousova, 2015), η διεθνής βιβλιογραφία δεν προτείνει ένα ολοκληρωμένο υπόδειγμα, το οποίο να συνθέτει τις επιμέρους διαδρομές διαμέσου των οποίων οι μακροοικονομικές διακυμάνσεις ενσωματώνονται βιολογικά από τον πληθυσμό. Ακόμη περισσότερο, αυτές οι προσπάθειες φαίνεται να είναι μάλλον ημιτελείς, ενώ σε πολλές περιπτώσεις συγχέουν το επίπεδο λειτουργίας των μηχανισμών με το επίπεδο μέτρησης των δεικτών υγείας. Επίσης, θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι μηχανισμοί της υγειονομικής επίδρασης της κρίσης μπορεί να εξαρτώνται από το συγκεκριμένο χωροχρονικό πλαίσιο όπου αναπτύσσονται αλλά και τις άλλες ιδιοσυγκρασιακές ιδιαιτερότητές της. Έτσι, η ύφεση που έπληξε την Ελλάδα ήταν μεγαλύτερη σε διάρκεια και ένταση από ό,τι στις άλλες χώρες της Ευρώπης, ενώ παράλληλα συνδέθηκε και με την εφαρμογή μιας σειράς διαρθρωτικών πολιτικών και άλλων μέτρων λιτότητας για την εξυγίανση των δημοσίων οικονομικών της. Από όσο γνωρίζουμε, η βιβλιογραφία που εξετάζει τον υγειονομικό αντίκτυπο της κρίσης στην Ελλάδα αναφορικά με ποικίλες εκβάσεις υγείας, δεν έχει ασχοληθεί το ίδιο ενδελεχώς και με τους σχετικούς μηχανισμούς και, ακόμη περισσότερο, δεν έχει προτείνει ένα ολοκληρωμένο εννοιολογικό πλαίσιο των συγκεκριμένων διαδρομών αιτιότητας. Ωστόσο, η χαρτογράφηση αυτών των μηχανισμών είναι μάλλον κρίσιμης σημασίας, καθότι μόνο αυτή μπορεί να καθοδηγήσει τη λήψη κατάλληλων και αποτελεσματικών ως προς το κόστος πολιτικών για τον περιορισμό των αρνητικών επιπτώσεων της κρίσης στην υγεία και τις ανισότητες υγείας στην Ελλάδα.

Έχοντας τα παραπάνω υπόψη, επιλέξαμε την ευρετική μέθοδο (heuristic approach) για να κατασκευάσουμε ένα ενιαίο εννοιολογικό υπόδειγμα για τους μηχανισμούς των υγειονομικών επιπτώσεων της συγκεκριμένης περίπτωσης της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα. Αν και το παρακάτω εννοιολογικό πλαίσιο έχει προσαρμοστεί στις ιδιαιτερότητες αυτής της περίπτωσης, θεωρούμε ότι, με μικροδιορθώσεις, μπορεί να εφαρμοστεί για τη διερεύνηση του φαινομένου στο πλαίσιο και άλλων χωρών. Ακολουθεί, λοιπόν, η σύνθεση των κύριων μηχανισμών που λειτουργούν στο ευρύτερο και το ατομικό επίπεδο χωριστά.

Κατόπιν, παρουσιάζεται ένα ολοκληρωμένο υπόδειγμα για το πώς η οικονομική κρίση, με πρωτογενείς εκφάνσεις την ύφεση και τα μέτρα λιτότητας, επηρεάζει την υγεία και την κατανομή της στον πληθυσμό στην Ελλάδα.

5.4.1.1. Μηχανισμοί επίδρασης στο ευρύτερο/συγκεντρωτικό επίπεδο

Η ύφεση εκφράζεται κυρίως με μια επιβράδυνση της επιχειρηματικής δραστηριότητας, η οποία οδηγεί σε ασθενέστερες αγορές (π.χ. αγορές καταναλωτών και επιχειρήσεων, αγορά ακινήτων, αγορά εργασίας, χρηματοπιστωτική αγορά), αύξηση της ανεργίας και μειωμένα δημόσια έσοδα, τα οποία επιτείνουν το πρόβλημα του δημοσιονομικού ελλείμματος και του δημόσιου χρέους (Burgard κ.ά., 2013· Burgard και Kalousova, 2015). Έπειτα, μια σειρά διαρθρωτικών πολιτικών εφαρμόστηκαν στο πλαίσιο της πρόσφατης ύφεσης στην Ελλάδα, με στόχο την απορρύθμιση της αγοράς εργασίας, την εσωτερική υποτίμηση και τη δημοσιονομική λιτότητα, προκειμένου να βελτιωθεί η ανταγωνιστικότητα της οικονομίας και να σταθεροποιηθούν τα δημόσια οικονομικά (**Γράφημα 5-2**).

Στο ευρύτερο επίπεδο λειτουργούν μηχανισμοί διαμέσου των οποίων ο συνδυασμός της ύφεσης και των διαρθρωτικών μέτρων επιδρά στην υγεία του πληθυσμού, οι οποίοι είναι διαφορετικοί από εκείνους που συνδέουν τις κοινωνικοοικονομικές μεταβολές με την υγεία στο ατομικό επίπεδο (**Γράφημα 5-2**). Όπως διαπιστώσαμε στις προηγούμενες υποενότητες, η κρίση προκάλεσε σημαντικές αρνητικές κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις στο ατομικό επίπεδο σε σχέση με ποικίλες διαστάσεις, όπως την εργασία (π.χ. απώλεια εργασίας, αύξηση υποαπασχόλησης, μείωση μισθών), τα εισοδήματα (π.χ. αύξηση οικονομικής αποστέρησης), τον πλούτο (π.χ. απώλεια πλούτου, αύξηση χρεών) και τις ανισότητες (π.χ. επιδείνωση σχετικής αποστέρησης). Αυτές οι κοινωνικοοικονομικές μεταβολές επηρεάζουν την υγεία στο ατομικό επίπεδο μέσω διαφόρων ενδιάμεσων μηχανισμών, τους οποίους θα συζητήσουμε στην επόμενη υποενότητα. Πάντως, τόσο η συχνότητα και η ένταση των κοινωνικοοικονομικών μεταβολών όσο και οι υγειονομικές επιπτώσεις τους τροποποιούνται από διάφορους παράγοντες που καθορίζουν

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

την ευπάθεια ή ανθεκτικότητα του κάθε ατόμου, όπως είναι τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά και τα προβλήματα υγείας προ-κρίσης, καθώς και από παράγοντες που λειτουργούν στο μεσο- και μακρο-επίπεδο, όπως είναι τα προγράμματα κοινωνικής προστασίας, το σύστημα υγείας (Modrek κ.ά., 2013) και η κοινωνική συνοχή (ή συλλογικό κοινωνικό κεφάλαιο). Άλλοι μηχανισμοί που λειτουργούν στο ευρύτερο επίπεδο ανάλυσης αναφέρονται σε μεταβολές που επιφέρει η κρίση σε σχέση με τη μόλυνση του περιβάλλοντος, τα τροχαία ατυχήματα, τις κοινωνικές ανισότητες, την εγκληματικότητα και τις μεταδιδόμενες ασθένειες. Στο υπόλοιπο μέρος αυτής της υποενότητας ακολουθεί η αναλυτική παρουσίαση αυτών των μηχανισμών.

Η κοινωνική προστασία (π.χ. επιδόματα ανεργίας, κοινωνική υποστήριξη, συντάξεις, προγράμματα ελάφρυνσης χρέους, πρόσβαση στο σύστημα υγείας) μπορεί να δράσει αντισταθμιστικά έναντι των οικονομικών πιέσεων που υφίστανται τα άνεργα και τα υπερχρεωμένα νοικοκυριά κατά τη διάρκεια των υφέσεων (Burgard και Kalousova, 2015· Haw κ.ά., 2015· Oyesanya κ.ά., 2015· Forster κ.ά., 2018). Για παράδειγμα, τα επιδόματα ανεργίας αφενός αντισταθμίζουν μέρος της μείωσης του εισοδήματος από την απώλεια της εργασίας, και αφετέρου αμβλύνουν το ψυχολογικό στρες που προκύπτει από τις οικονομικές πιέσεις (Cylus και Avendano, 2017). Η υψηλότερη κάλυψη του πληθυσμού με επιδόματα ανεργίας και τα μεγαλύτερα ποσοστά υποκατάστασης του εισοδήματος αυτών των επιδομάτων συνδέονται με καλύτερη αυτοαξιολογούμενη υγεία για όλον τον πληθυσμό και, ιδιαίτερα, για τα άτομα με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, με συνέπεια να οδηγούν και στη μείωση των εκπαιδευτικών ανισοτήτων υγείας (Ferrarini κ.ά., 2014). Επίσης, έχει τεκμηριωθεί ότι τα επιδόματα ανεργίας επιτρέπουν την καλύτερη αξιοποίηση από τα άνεργα άτομα του περισσότερου ελεύθερου χρόνου τους για φυσική δραστηριότητα (Cylus, 2017), ενώ μπορεί να αμβλύνουν και τον αρνητικό αντίκτυπο των υψηλών ποσοστών της ανεργίας στον δείκτη των αυτοκτονιών (Cylus κ.ά., 2014). Γενικότερα, τα ενεργητικά προγράμματα απασχόλησης, τα μέτρα ελάφρυνσης των ιδιωτικών χρεών, η διατήρηση ενός επαρκούς επιπέδου κοινωνικών δαπανών, η παροχή προσβάσιμης, ανταποκριτικής και επαρκούς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και υπηρεσιών ψυχικής υγείας, η ενίσχυση της κοινωνικής υποστήριξης μέσα από την

ενθάρρυνση της συμμετοχής σε κοινωνικές οργανώσεις και προγράμματα υποστήριξης της οικογένειας, η λήψη μέτρων για τον περιορισμό των επιπτώσεων της κατανάλωσης αλκοόλ, η υπεύθυνη κάλυψη των σχετικών συμβάντων από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και άλλες παρεμβάσεις προσαρμοσμένες στις ομάδες υψηλού κινδύνου συνιστούν σημαντικούς παράγοντες άμβλυνσης του υγειονομικού αντικτύπου των οικονομικών υφέσεων, ιδίως ως προς τα προβλήματα ψυχικής υγείας και την αυτοκτονική συμπεριφορά (Wahlbeck και McDaid, 2012· Haw κ.ά., 2015). Μάλιστα, σε μια μελέτη, η οποία χρησιμοποίησε διαστρωματικά στοιχεία χρονολογικών σειρών (panel data) για 26 χώρες της Ε.Ε. μεταξύ 1970 και 2007, τεκμηριώθηκε ότι τα προγράμματα ενεργητικής απασχόλησης²²³ που διατηρούν τους εργαζόμενους στη θέση τους ή τους επανεντάσσουν στην αγορά εργασίας μπορούσαν να αμβλύνουν ή και να εξουδετερώσουν τις αρνητικές συνέπειες της ύφεσης στους δείκτες των αυτοκτονιών (Stuckler κ.ά., 2009). Συνεπώς, ένα μέρος των αντιφατικών συμπερασμάτων των οικολογικών ερευνών μπορεί να εκφράζει τον αντίκτυπο των διαφορετικών πολιτικών προστασίας και θεσμών μεταξύ των χωρών (Avendano και Berkman, 2014· Burgard και Kalousova, 2015).

Έπειτα, οι πολιτικές κοινωνικής προστασίας αποτελούν ένα μέσο για τους οικονομικούς δρώντες για να υπερβούν τις αποτυχίες της αγοράς. Το ανθρώπινο κεφάλαιο αποτελεί το απόθεμα σε γνώσεις, ικανότητες και άλλα προσωπικά χαρακτηριστικά που διαθέτει το άτομο και συμβάλλουν στην παραγωγικότητά του²²⁴ (Avendano και Berkman, 2014). Για παράδειγμα, το επίδομα ανεργίας, πέρα από την άμβλυνση των οικονομικών πιέσεων και την εξομάλυνση της κατανάλωσης κατά την περίοδο της ανεργίας, παράλληλα διευκολύνει τα άνεργα άτομα κατά την αναζήτηση εργασίας. Αυτό διότι τους

²²³ Οι πολιτικές ενεργητικής απασχόλησης μπορεί να περιλαμβάνουν (Bonoli, 2010): α) την ενίσχυση των κινήτρων για την αναζήτηση εργασίας (π.χ. μέσω της μείωσης της παθητικής προστασίας), β) την αφαίρεση των εμποδίων για τη συμμετοχή στην αγορά εργασίας (π.χ. παροχή φροντίδας για το παιδί), γ) τη δημιουργία ευκαιριών απασχόλησης και δ) τη βελτίωση των επαγγελματικών δεξιοτήτων (π.χ. επαγγελματική κατάρτιση).

²²⁴ Η υγεία μπορεί επίσης να θεωρηθεί ως μια μορφή ανθρωπίνου κεφαλαίου (Avendano και Berkman, 2014).

παρέχει περισσότερο χρόνο για την εύρεση θέσεων που ταιριάζουν καλύτερα στις δεξιότητές τους, βελτιώνοντας τις μακροπρόθεσμες εκβάσεις τους στην αγορά εργασίας (Avendano και Berkman, 2014· Forster κ.ά., 2018). Αντίστοιχα, η άδεια μητρότητας μετ' αποδοχών μειώνει τις έμφυλες διαφορές ως προς την προσφορά εργασίας, την εργασιακή πορεία και τη συσσώρευση ανθρωπίνου κεφαλαίου. Σε διαφορετική περίπτωση, οι νέες μητέρες θα αναγκάζονταν να παραιτηθούν από την εργασία τους για τη φροντίδα του παιδιού. Αυτή η διακοπή στην εργασία, όμως, συνεπάγεται απομείωση του ανθρωπίνου κεφαλαίου (αδυναμία διατήρησης της χρήσης των ικανοτήτων και των γνώσεων) που σχετίζεται με τη συγκεκριμένη θέση αλλά και επιπλέον κόστος για την αναζήτηση νέας εργασίας, καθώς και παραμονή εκτός της αγοράς εργασίας για μεγαλύτερο διάστημα. Συνεπώς, η κοινωνική προστασία των μητέρων ενισχύει την παραγωγικότητά τους και συνδέεται με καλύτερες προοπτικές σταδιοδρομίας και υψηλότερες μακροπρόθεσμες αποδοχές (Avendano και Berkman, 2014). Αυτό, όμως, επιφέρει μακροπρόθεσμα οφέλη υγείας τόσο για τη μητέρα όσο και για το παιδί. Το παιδί ωφελείται αφενός από την υψηλότερη αγοραστική δύναμη των γονέων, και αφετέρου από τον περισσότερο χρόνο που μπορεί να αφιερώσει η μητέρα σε αυτό κατά τη διάρκεια της κρίσιμης περιόδου της πρώιμης ανάπτυξής του, το οποίο σχετίζεται με καλύτερες γνωστικές και εκπαιδευτικές εκβάσεις (Ruhm, 2000b· Ruhm, 2011). Αντίστοιχα, οι πολιτικές που ρυθμίζουν το όριο ηλικίας για τη συνταξιοδότηση επηρεάζουν τις επενδύσεις σε ανθρώπινο κεφάλαιο που πραγματοποιούν οι εργαζόμενοι καθόλη τη διάρκεια της εργασιακής ζωής τους, έχοντας με αυτόν τον τρόπο άμεσες επιπτώσεις τόσο στην παραγωγικότητα όσο και στην υγεία τους σε μεγαλύτερη ηλικία (Avendano και Berkman, 2014).

Ωστόσο, όπως είδαμε σε προηγούμενη υποενότητα, μια σημαντική υποχώρηση της κοινωνικής προστασίας έλαβε χώρα στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών. Κύρια χαρακτηριστικά των μεταρρυθμίσεων ήταν η μείωση των κοινωνικών μεταβιβάσεων (π.χ. αναφορικά με τις συντάξεις, τα κοινωνικά επιδόματα και το επίδομα ανεργίας), καθώς και η αυστηροποίηση των κριτηρίων επιλεξιμότητας τόσο αυτών που σχετίζονται με την κοινωνική ασφάλιση όσο και εκείνων που αφορούν στην κοινωνική υποστήριξη των ευπαθών ομάδων. Αν και πραγματοποιήθηκε μια προσπάθεια βελτίωσης της

στόχευσης των κοινωνικών πολιτικών, είναι αμφίβολο αν το διαμορφωμένο βασικό «δίκτυο κοινωνικής προστασίας» είναι επαρκές για να αντιμετωπίσει τις αυξημένες κοινωνικές ανάγκες κατά τη διάρκεια της κρίσης. Αυτή η αμφιβολία επιτείνεται από τη λεγόμενη θεσμική συμπληρωματικότητα, καθώς η επιτυχία των κοινωνικών πολιτικών εξαρτάται και από τις επιλογές των άλλων οικονομικών πολιτικών (Forster κ.ά., 2018). Έτσι, βασική επιλογή των τελευταίων ετών ήταν η απορρύθμιση της αγοράς εργασίας. Οι αυστηρές ρυθμίσεις της προστασίας της απασχόλησης μπορεί να οδηγήσουν σε μικρότερη οργανωσιακή προσαρμοστικότητα και υψηλότερα ποσοστά ανεργίας. Από την άλλη πλευρά, βέβαια, οι ρυθμίσεις αυτές υφίστανται για την προστασία των εργαζομένων από περιπτώσεις άδικης μεταχείρισης από τους εργοδότες, προφυλάσσοντάς τους, επομένως, από την έκθεση σε δυσμενείς για την υγεία τους εργασιακούς παράγοντες (Burgard και Kalousova, 2015). Η περιστολή των εργασιακών δικαιωμάτων και της προστασίας της απασχόλησης σε ένα περιβάλλον υψηλής ανεργίας οδηγεί στην άνοδο της επισφαλούς απασχόλησης (π.χ. προσωρινή ή ορισμένου χρόνου ή μερική απασχόληση) και τη χειροτέρευση των εργασιακών συνθηκών, το οποίο συνδέεται με σημαντικές αρνητικές συνέπειες για την υγεία των εργαζομένων (Forster κ.ά., 2018). Έχει διαπιστωθεί ότι οι κοινωνικές πολιτικές τροποποιούν τη σχέση μεταξύ τόσο της αγοράς εργασίας και της υγείας όσο και της απελευθέρωσης των αγορών με την υγεία. Αυτό διότι επηρεάζουν αφενός τις εργασιακές σχέσεις, και αφετέρου την κοινωνική προστασία που είναι διαθέσιμη στους εργαζόμενους (McNamara, 2015).

Το σύστημα υγείας αποτελεί ένα αναπόσπαστο μέρος της κοινωνικής πολιτικής των χωρών, με τα χαρακτηριστικά του να είναι δυνατόν να διαφέρουν από εκείνα του καθεστώτος πρόνοιας της εκάστοτε χώρας (Forster κ.ά., 2018). Τα υψηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα διαθέτουν καλύτερη πρόσβαση στο σύστημα υγείας για μια σειρά λόγους, με τους βασικότερους από αυτούς να είναι (Forster κ.ά., 2018): α) η δυνατότητα κάλυψης των άμεσων ιδιωτικών δαπανών, β) το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, το οποίο τους παρέχει σχετιζόμενες με την υγεία γνώσεις, γ) η ισχύς και το κύρος, που προσελκύουν μια καλύτερη αντιμετώπιση από τους επαγγελματίες υγείας, και δ) τα ισχυρότερα δίκτυα, τα οποία μπορεί να περιλαμβάνουν και επαγγελματίες

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

υγείας. Λόγω της ύφεσης και των μέτρων λιτότητας, φαίνεται να επιδεινώθηκε σημαντικά τόσο η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών όσο και η πρόσβαση των ευπαθών ομάδων (τουλάχιστον μέχρι τη λήψη των πρόσφατων κοινωνικών μέτρων) στο σύστημα υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης. Η κατάσταση αυτή φαίνεται να επιτείνεται από την αύξηση της ζήτησης για δημόσια παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες, εξέλιξη που μπορεί να αντικατοπτρίζει είτε την ανακατεύθυνση των ασθενών από τους ακριβότερους ιδιωτικούς παρόχους στο δημόσιο σύστημα υγείας είτε την όξυνση των πραγματικών υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού (Burgard και Kalousona, 2015). Η μείωση της διαθεσιμότητας ή και της οικονομικής προσιτότητας της υγειονομικής φροντίδας οδηγεί σε διεύρυνση των ανισοτήτων υγείας, καθώς συνεπάγεται άνιση δυνατότητα χρήσης ποιοτικών υπηρεσιών υγείας μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων. Έπειτα, η δέσμευση σημαντικού μέρους των οικονομικών πόρων του νοικοκυριού για την πρόσβασή του στο σύστημα υγείας μπορεί να ενέχει σημαντικούς οικονομικούς κινδύνους, ακόμη και να συμβάλλει στον περιορισμό της ικανότητάς του για την αγορά άλλων βασικών αγαθών και να το οδηγήσει στη φτωχοποίηση (Chantzaras και Yfantopoulos, 2018a). Μάλιστα, έχει τεκμηριωθεί ότι η κοινωνική προστασία, ιδίως τα κοινωνικά επιδόματα βάσει οικονομικών κριτηρίων, επηρεάζει την πρόσβαση στο σύστημα υγείας, καθώς βελτιώνει την οικονομική προσιτότητα των υγειονομικών υπηρεσιών στα χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα (Israel, 2016).

Οι Suhrcke κ.ά. (2011b) πραγματοποίησαν μια διερεύνηση της επίπτωσης των οικονομικών κρίσεων στις μεταδιδόμενες ασθένειες. Διαπίστωσαν, λοιπόν, ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ερευνών τεκμηριώνουν την παρουσία χειρότερων εκβάσεων σε σχέση με αυτές τις νόσους κατά τη διάρκεια των υφέσεων. Το φαινόμενο αυτό αποδίδεται στην υψηλότερη συχνότητα μολυσματικών επαφών υπό κακές συνθήκες διαβίωσης (π.χ. αύξηση του συνωστισμού στις κατοικίες και κακή διατροφή), τον περιορισμό της πρόσβασης σε κατάλληλη θεραπεία και τη χαμηλότερη συμμόρφωση προς αυτήν. Επιπλέον, αναγνώρισαν τα βρέφη και τους ηλικιωμένους ως ιδιαίτερα ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, και τους μετανάστες, τους άστεγους και τους φυλακισμένους ως ομάδες υψηλού

κινδύνου μεταφοράς των επιδημιών. Ο τρόπος απόκρισης των κρατικών υπηρεσιών για τον έλεγχο των μεταδιδόμενων ασθενειών και οι δαπάνες που δεσμεύονται προς αυτόν τον σκοπό θεωρούνται πολύ σημαντικές, ιδίως για την πρόληψη των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων των οικονομικών κρίσεων. Οι επιπτώσεις αυτές διαμεσολαβούνται από την υποβάθμιση των υποδομών και τον περιορισμό της δυνατότητας για αποτελεσματική ανταπόκριση των συστημάτων υγείας σε τέτοιου είδους υγειονομικές κρίσεις. Επίσης, η υποβάθμιση και η εγκατάλειψη του οικιστικού περιβάλλοντος μπορεί να οδηγήσει στην παρουσία ζυωφιών και άλλων φορέων ασθενειών, το οποίο αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης επιδημιών (Burgard και Kalousova, 2015).

Έπειτα, η οικονομική κρίση μπορεί να οδηγήσει στη διεύρυνση των οικονομικών ανισοτήτων, καθώς οι ευάλωτες ομάδες κινδυνεύουν να υποστούν δυσανάλογα μεγαλύτερο κοινωνικοοικονομικό κόστος (Marmot κ.ά., 2013). Έχουμε ήδη συζητήσει σε προηγούμενο κεφάλαιο αρκετούς μηχανισμούς διαμέσου των οποίων η οικονομική ανισότητα μπορεί να επιφέρει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού, με κάποιους από αυτούς να λειτουργούν στο ευρύτερο επίπεδο. Αρχικά, η οικονομική ανισότητα μπορεί να οξύνει τον γεωγραφικό οικονομικό διαχωρισμό μεταξύ διαφορετικού εισοδηματικού επιπέδου νοικοκυριών (Mayer, 2001). Αυτό έχει ως συνέπεια την διαφοροποίηση του επιπέδου ζωής μεταξύ των περιοχών, με τις μειονεκτούσες να συνδέονται με αυξημένη εγκληματικότητα, υψηλότερη ρύπανση και χειρότερες υποδομές. Έπειτα, η διεύρυνση των οικονομικών αποστάσεων μεταξύ των κοινωνικών ομάδων συνεπάγεται και την αντίστοιχη διαφοροποίηση των συμφερόντων τους. Αυτό έχει ως συνέπεια οι προνομιούχες ομάδες να μην ενδιαφέρονται για την επιδότηση των κοινωνικών επενδύσεων, καθώς έχουν τη δυνατότητα να χρηματοδοτήσουν ιδιωτικά τις διάφορες δημόσια παρεχόμενες υπηρεσίες, όπως είναι η εκπαίδευση και η υγειονομική περίθαλψη. Επιπλέον, οι προνομιούχες ομάδες, καθότι συγκεντρώνουν και την κοινωνική ισχύ, μπορούν και προωθούν επιτυχώς τις πολιτικές που ωφελούν τις ίδιες εις βάρος της υπόλοιπης κοινωνίας, η οποία υφίσταται τις επιπτώσεις της υποβάθμισης των δημοσίων υπηρεσιών και του κράτους πρόνοιας (Kawachi και Subramaniam, 2014). Βέβαια, είναι δυνατόν οι κοινωνικές ανισότητες να οδηγήσουν και στην αύξηση των κοινωνικών

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

δαπανών, για παράδειγμα, λόγω των πολιτικών πιέσεων του μέσου ψηφοφόρου, που τώρα έχει γίνει σχετικά φτωχότερος, ή του φόβου των πλουσίων για την επιδείνωση της εγκληματικότητας και των κοινωνικών αναταραχών ή των σταθερών κριτηρίων επιλεξιμότητας για κάποιες κοινωνικές πολιτικές, με συνέπεια πλέον να κρίνονται ως δικαιούχοι περισσότερα άτομα (Subramanian και Kawachi, 2006).

Το κοινωνικό κεφάλαιο αποτελεί μια ιδιότητα των κοινωνικών δομών και των κοινωνικών σχέσεων, που μπορεί συνδεθεί με την υγεία του πληθυσμού τόσο στο ατομικό όσο και στο συλλογικό επίπεδο. Έχουμε ήδη αναπτύξει σε προηγούμενη ενότητα το πώς το συλλογικό κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να είναι επωφελές για την υγεία των ατόμων, καθώς προωθεί την ικανότητα συνεργασίας για την επίτευξη συλλογικών στόχων, προάγει τις κοινωνικές επενδύσεις, διευκολύνει τη διάδοση των σχετιζόμενων με την υγεία γνώσεων και των καινοτομιών υγείας, επιτρέπει τον καλύτερο κοινωνικό έλεγχο της αποκλίνουσας συμπεριφοράς (π.χ. εγκληματικότητα, κατάχρηση αλκοόλ στους νέους), προάγει την αμοιβαία υποστήριξη, την κοινωνική συνοχή και τον αλληλοσεβασμό, προφυλάσσουντας από το ψυχολογικό στρες (Subramanian και Kawachi, 2006· Lindström και Giordano, 2016). Επίσης, έχει διαπιστωθεί ότι η διαπροσωπική και η θεσμική εμπιστοσύνη λειτουργούν προστατευτικά έναντι της μείζονας κατάθλιψης σε άτομα με μικρές οικονομικές δυσκολίες, το οποίο μπορεί να οφείλεται στη θετική αντίληψη του ατόμου για το περιβάλλον και το μέλλον του, αλλά όχι και έναντι της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής, η οποία ενεργοποιείται ακόμη και με μικρά καθημερινά συμβάντα. Αντίθετα, σε άτομα που αντιμετωπίζουν σημαντικές οικονομικές πιέσεις, το συλλογικό κοινωνικό κεφάλαιο δεν βρέθηκε να σχετίζεται με τα προβλήματα ψυχικής υγείας. Αυτή η άμβλυνση της προστατευτικής λειτουργίας του κοινωνικού κεφαλαίου ενδέχεται να οφείλεται στο επιπρόσθετο συναισθηματικό βάρος που μπορεί να μεταδίδεται μέσω των κοινωνικών διαδράσεων (Economou κ.ά., 2014).

Ωστόσο, η διεύρυνση των ανισοτήτων –ως αποτέλεσμα της ύφεσης και των μέτρων λιτότητας– και η επίταση του πνεύματος του ανταγωνισμού μπορεί να οδηγήσει στη διάβρωση της κοινωνικής συνοχής (Wilkinson και Pickett,

2009). Η κοινωνική συνοχή σε περιόδους οικονομικής ύφεσης εξαρτάται από το εάν το κόστος της κρίσης επιμερίζεται ισότιμα στην κοινωνία και, συνεπώς, εξαρτάται σημαντικά από τις μεταβολές στη γενναιοδωρία των κοινωνικών παροχών (van der Wel κ.ά., 2018). Από την άλλη πλευρά, και υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις, το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί και να βελτιωθεί κατά τη διάρκεια της κρίσης, εφόσον αυτή θεωρηθεί ως μια εξωτερικά προερχόμενη πρόκληση, που μπορεί να αντιμετωπιστεί μόνο μέσω της συλλογικής προσπάθειας και συνεργασίας, όπως στην περίπτωση του πολέμου. Εάν, όμως, οι πολίτες θεωρήσουν ότι υπήρξε κακή διαχείριση της ύφεσης από τις κυβερνήσεις τους, τότε το συλλογικό κοινωνικό κεφάλαιο είναι πιθανότερο να συρρικνωθεί (van der Wel κ.ά., 2018). Η πρόσφατη ύφεση φαίνεται να έχει οδηγήσει στη μείωση του κοινωνικού κεφαλαίου στην Ευρώπη (Obert κ.ά., 2019). Ειδικά για την Ελλάδα, η έναρξη της κρίσης συνδυάστηκε με μια εξασθένηση του κοινωνικού κεφαλαίου σε όρους τόσο εμπιστοσύνης όσο και κοινωνικής συμμετοχής των πολιτών (Daskaloroulou, 2017· Daskaloroulou, 2018· Ervasti κ.ά., 2018). Ωστόσο, παράλληλα παρατηρήθηκε και μια ενίσχυση της ανεπίσημης κοινωνικής αλληλεγγύης για την κάλυψη των κενών που άφησε η υποχώρηση του κράτους πρόνοιας λόγω των μέτρων λιτότητας. Η ανάδυση και η επέκταση της ανεπίσημης αλληλεγγύης έλαβε δύο βασικές μορφές: α) την αλλαγή των τυπικών οργανώσεων της κοινωνίας των πολιτών αναφορικά με τους στόχους, τις οργανωτικές δομές, τη χρηματοδότηση και τη σχέση τους με το κράτος και β) την κινητοποίηση μιας μεγάλης ποικιλίας άτυπων κοινωνικών δομών, ομάδων και πρωτοβουλιών για την παροχή άμεσης βοήθειας στους πληγέντες από την οικονομική κρίση (Feronas, 2018).

Από διάφορες μελέτες έχει τεκμηριωθεί η σχέση μεταξύ της ύφεσης, και των συνακόλουθων φαινομένων της ανεργίας, της οικονομικής ανισότητας, της φτώχειας και της διάβρωσης της κοινωνικής συνοχής, με την αύξηση της βίας και της εγκληματικότητας (Kawachi κ.ά., 1999· Hooghe κ.ά., 2011· Phillips και Land, 2012· Laspa, 2013· Costantini κ.ά., 2018). Κατά τους Cantor και Land (1985), η οικονομική δραστηριότητα μπορεί να επηρεάσει την εγκληματική δραστηριότητα μέσω των ευκαιριών και των κινήτρων εγκληματικότητας. Σε αυτό το θεωρητικό σχήμα, οι ευκαιρίες εγκληματικότητας αφορούν στη

διαθεσιμότητα και την ευπάθεια των στόχων εγκληματικότητας. Καθότι, λοιπόν, κατά την ύφεση περιορίζεται η κυκλοφορία των ανθρώπων και των πολύτιμων αγαθών, ανάλογα μειώνεται η πιθανότητα σύμπτωσης στον χώρο και τον χρόνο των παραβατών με αφύλακτους στόχους. Επομένως, αυτός ο μηχανισμός εξηγεί γιατί η εξασθένιση της οικονομικής δραστηριότητας μπορεί να οδηγήσει στη μείωση της εγκληματικότητας. Από την άλλη πλευρά, όμως, η οικονομική συρρίκνωση μπορεί να ενισχύσει τα κίνητρα εγκληματικότητας των ατόμων. Οι αιτιώδεις διαδρομές που συνδέουν τους οικονομικούς παράγοντες με τα κίνητρα εγκληματικότητας είναι πολλαπλές, και εξαρτώνται από την κάθε θεωρητική σύλληψη. Έτσι, α) οι θεωρίες έντασης (strain theories) επικεντρώνονται στη δομικά παραγόμενη απογοήτευση που πηγάζει από την απόκλιση μεταξύ των επιδιώξεων και των προσδοκιών, β) οι ωφελιμιστικές ή ορθολογικής επιλογής θεωρίες (utilitarian ή rational-choice theories) τονίζουν ότι οι αποφάσεις των ατόμων βασίζονται στον ορθολογικό υπολογισμό των προσδοκώμενων οφελών και επιβαρύνσεων από την παραβατικότητα και γ) οι μαρξιστικές θεωρίες επισημαίνουν τις αντιφάσεις στην παραγωγή και την κατανάλωση στις καπιταλιστικές κοινωνίες.

Οι Cantor και Land (2001) αναγνώρισαν στη συνέχεια την ύπαρξη όχι μόνο άμεσων συνεπειών στην εγκληματικότητα από τις διάφορες εκφάνσεις της οικονομικής ύφεσης (π.χ. ως προς τα άνεργα άτομα), αλλά και έμμεσων, που αναφέρονται στο ευρύτερο πλαίσιο. Οι Kawachi κ.ά. (1999) κατασκεύασαν ένα υπόδειγμα όπου η εγκληματικότητα επηρεάζεται τόσο από την προσωπική, απόλυτη (π.χ. φτώχεια, ανεργία) όσο και από τη σχετική αποστέρηση (π.χ. ανισότητα) και την κοινωνική συνοχή. Από τη μια πλευρά, η ανάδειξη της πολιτισμικής αξίας της οικονομικής ευημερίας και της κοινωνικής ανόδου δημιουργεί μια αίσθηση δομικής ανομίας, καθότι υφίστανται διαφορές στην οικονομική επιτυχία των ατόμων, οι οποίες αντιστοιχούν στην ένταση της οικονομικής ανισότητας της κοινωνίας. Επομένως, η ηθική απαίτηση για επιτυχία ασκεί μια πίεση για την επιδίωξή της είτε με νόμιμους είτε με παράνομους τρόπους. Από την άλλη πλευρά, η ανισότητα μπορεί να

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

υπονομεύσει την κοινωνική συνοχή²²⁵, εξασθενίζοντας το κοινωνικό κεφάλαιο και επιδεινώνοντας την κοινωνική αποδιοργάνωση. Έτσι, αφενός δημιουργείται μια αίσθηση αδικίας, αποξένωσης, δυσαρέσκειας και απογοήτευσης και ενθαρρύνεται η εχθρικότητα και η δυσπιστία μεταξύ των μελών της κοινωνίας, και αφετέρου περιορίζεται η συλλογική αποτελεσματικότητα του κοινωνικού ελέγχου επί της παραβατικότητας.

Στα παραπάνω θα πρέπει να συμπληρώσουμε τον ρόλο του αλκοόλ και των ναρκωτικών, καθώς και των αντεγκληματικών πολιτικών (Bushway κ.ά., 2012). Το αλκοόλ σχετίζεται ιδίως με τα βίαια εγκλήματα, αλλά, όπως θα αναλυθεί παρακάτω, η κατανάλωσή του τείνει να μειώνεται κατά τη διάρκεια των υφέσεων (Johansson κ.ά., 2006). Από την άλλη πλευρά, η προκυκλική τάση της χρήσης ναρκωτικών (de Blasio κ.ά., 2016) δεν έχει τεκμηριωθεί πλήρως στη βιβλιογραφία (Bushway κ.ά., 2012). Έπειτα, κατά τη διάρκεια των υφέσεων μειώνονται τα δημόσια έσοδα και, συνακόλουθα, η δυνατότητα χρηματοδότησης πολιτικών για την αποτροπή της εγκληματικότητας και τον σωφρονισμό των παραβατών (Bushway κ.ά., 2012). Πάντως, ούτως ή άλλως, η δυνατότητα αποτροπής είναι λιγότερο αποτελεσματική για τα βίαια εγκλήματα (Costantini κ.ά., 2018).

Γενικότερα, η ύφεση φαίνεται να σχετίζεται κυρίως με μια αύξηση στα εγκλήματα κατά της ιδιοκτησίας και της περιουσίας (Altindag, 2012· Bushway κ.ά., 2012· Aaltonen κ.ά., 2013· de Blasio κ.ά., 2016), καθότι τα βίαια εγκλήματα σπανίως έχουν οικονομικές αιτίες (Levitt, 2004· Kollias και Paleologou, 2012). Ωστόσο, η σχέση μεταξύ της οικονομίας και της εγκληματικότητας είναι πολύπλοκη, και τα εμπειρικά αποτελέσματά της διερευνήσής της εξαρτώνται και από τις μεταβλητές που θα χρησιμοποιηθούν (Andresen, 2013· Andresen και Linning, 2016). Σε μια μελέτη 26 Ευρωπαϊκών χωρών για την περίοδο 1970-2007, οι Stuckler κ.ά. (2009) διαπίστωσαν ότι κάθε 1% αύξηση στα ποσοστά της ανεργίας σχετίζεται με 0,79% αύξηση στις ανθρωποκτονίες. Μάλιστα, έχει

²²⁵ Η έννοια της κοινωνικής συνοχής δεν χρησιμοποιείται εδώ από τους Kawachi κ.ά. (1999) με τον ίδιο τρόπο που την ορίσαμε στα προηγούμενα κεφάλαια, αλλά έχει πιο ευρύ περιεχόμενο.

βρεθεί ότι ο δείκτης της μακροχρόνιας ανεργίας είναι καλύτερος προσδιοριστής των βίαιων εγκλημάτων από εκείνον της συνολικής ανεργίας, με τη μεγαλύτερη διάρκεια της ανεργίας να επιτείνει την πίεση που οδηγεί στην εκδήλωση βίαιων συμπεριφορών (Nordin και Almén, 2017). Έπειτα, είναι πιθανότερο να αυξηθεί η εγκληματικότητα σε αστικές από ό,τι σε λιγότερο πυκνοκατοικημένες περιοχές κατά τη διάρκεια της οικονομικής συρρίκνωσης (Sameem και Sylwester, 2018), καθώς και να διαπράξουν εγκλήματα άνεργα άτομα χαμηλότερης μόρφωσης από ό,τι υψηλότερης (Altindag, 2012). Ως προς τα οικονομικά εγκλήματα ή εγκλήματα «λευκού κολλάρου», η σχέση τους με την οικονομική κάμψη δεν είναι ξεκάθαρη, καθότι φαίνεται ότι κάποιες μορφές τέτοιων εγκλημάτων σημειώνουν άνοδο και κάποιες άλλες πτώση (Xenakis και Cheliotis, 2013).

Οι Lorenc κ.ά. (2012) πραγματοποίησαν μια θεωρητική και εμπειρική επισκόπηση των διασυνδέσεων μεταξύ της υγείας και της εγκληματικότητας. Η εγκληματικότητα μπορεί να επηρεάσει την υγεία με πολλαπλούς τρόπους. Οι άμεσες επιπτώσεις σχετίζονται με τις σημαντικές, και συχνά μακροπρόθεσμες, συνέπειες στη σωματική και την ψυχική υγεία της προσωπικής εμπειρίας της θυματοποίησης (victimization), ιδίως στο πλαίσιο των πιο σοβαρών και βίαιων εγκλημάτων. Σε αυτό το πλαίσιο, έχει παρατηρηθεί ότι έχουν μειωθεί τα κατάγματα στο πρόσωπο που οφείλονται σε αυτοκινητιστικά ατυχήματα και έχουν αυξηθεί εκείνα που συνδέονται με περιστατικά διαπροσωπικής βίας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης (Rallis κ.ά., 2015). Αν και τα σοβαρά εγκλήματα έχουν χαμηλή συχνότητα, η άνιση κατανομή τους στον πληθυσμό μπορεί να συνεπάγεται δυσανάλογα μεγαλύτερο αντίκτυπο σε συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες. Για παράδειγμα, έχει τεκμηριωθεί μια κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση στα περιστατικά βίας μεταξύ ερωτικών συντρόφων (intimate partner violence) (Costa κ.ά., 2016). Οι έμμεσες υγειονομικές συνέπειες της εγκληματικότητας σχετίζονται με εκείνες τις επιπτώσεις που λειτουργούν κυρίως σε επίπεδο περιοχής, και οι οποίες συμπεριλαμβάνουν τον φόβο του εγκλήματος (fear of crime) και το φυσικό και το κοινωνικό περιβάλλον. Ο φόβος του εγκλήματος μπορεί να επηρεάσει την υγεία διαμέσου: α) των ανησυχιών ή του άγχους που δημιουργεί αυτός ο φόβος, που επιδρούν αρνητικά στην ψυχική υγεία, β) των προϋπαρχουσών, ιδίως ψυχικών, προβλημάτων υγείας που επιδεινώνουν αυτόν τον φόβο, γ) της υιοθέτησης συμπεριφορών

αποφυγής (avoidance behaviours), που συνδέονται με τις καθημερινές προφυλάξεις, οι οποίες όμως μπορεί να οδηγήσουν στον περιορισμό των διαπροσωπικών διαδράσεων ή/και των εξωτερικών φυσικών δραστηριοτήτων, και δ) της υποβάθμισης της κοινωνικής συνοχής. Τα χαρακτηριστικά του φυσικού (π.χ. σημάδια βανδαλισμού, κακός φωτισμός, «κοινωνικές απρέπειες», όπως τα γκράφιτι, πληροφόρηση για τα ποσοστά εγκληματικότητας) και του κοινωνικού περιβάλλοντος (π.χ. κοινωνικές ανισότητες, κοινωνικά δίκτυα) μπορούν να επηρεάσουν την εκδήλωση της ίδιας της εγκληματικότητας ή και τον φόβο για αυτήν (Lorenz κ.ά., 2012). Τέλος, δεν θα πρέπει να παραβλεφθεί και η πιθανότητα οι τάσεις στην εγκληματικότητα να έχουν και μακροοικονομικές αρνητικές επιπτώσεις, οπότε και να συμβάλλουν στην παρεμπόδιση της οικονομικής ανάπτυξης (Detotto και Pulina, 2013), οξύνοντας με αυτόν τον τρόπο τις επιζήμιες για την υγεία κοινωνικοοικονομικές συνέπειες της ύφεσης.

Υποστηρίξαμε πιο πάνω ότι τα αυτοκινητιστικά ατυχήματα χαρακτηρίζονται γενικότερα από μια προκυκλική τάση. Η ελάττωση των αυτοκινητιστικών ατυχημάτων κατά την περίοδο των υφέσεων μπορεί να εξηγηθεί από: α) τα λιγότερα οχηματοχιλιόμετρα, λόγω της ανόδου των τιμών των καυσίμων, του περιορισμού των μετακινήσεων για ψυχαγωγικούς λόγους και της μείωσης των εμπορευματικών μεταφορών, β) τη χαμηλότερη ταχύτητα κίνησης των οχημάτων και την περισσότερο φιλική προς το περιβάλλον οδήγηση, λόγω της ανόδου των τιμών των καυσίμων και (πιθανώς) του μετριασμού της σχετικής διάθεσης των οδηγών, γ) τη λιγότερο επικίνδυνη ή προβληματική οδηγική συμπεριφορά, καθότι μικρότερος αριθμός νέων, άπειρων ή ηλικιωμένων οδηγών διατηρούν τη δυνατότητα κατοχής αυτοκινήτου ή/και μετακίνησης, και δ) τα λιγότερα επαγγελματικά οχήματα, τα οποία είναι συνήθως περισσότερο ογκώδη και βαριά (Yannis κ.ά., 2014).

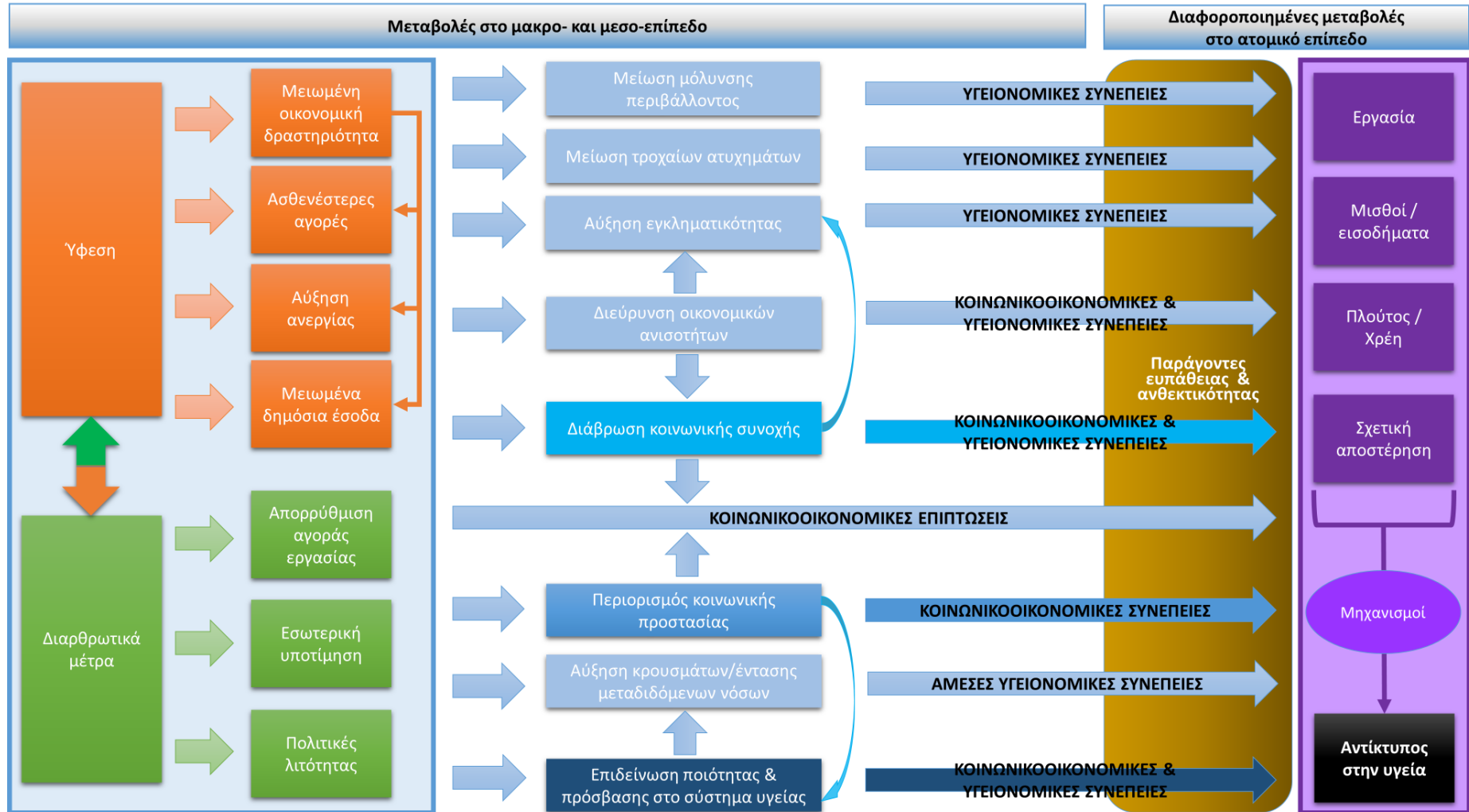
Έπειτα, η ατμοσφαιρική ρύπανση οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στις εκπομπές ρύπων από τα εργοστάσια και την κυκλοφορία των αυτοκινήτων και των φορτηγών στους δρόμους (Davis, 2012). Έτσι, η χαμηλότερη οικονομική δραστηριότητα συνδέεται με μικρότερη ατμοσφαιρική μόλυνση. γεγονός που μειώνει σημαντικά τα αναπνευστικά προβλήματα και τον κίνδυνο της ενήλικης

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

αλλά και της παιδικής θνησιμότητας κατά τη διάρκεια των υφέσεων (Chay και Greenstone, 2003).

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

Γράφημα 5-2 Μηχανισμοί και παράγοντες κινδύνου και ανθεκτικότητας της υγείας στο ευρύτερο επίπεδο στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης



5.4.1.2. Μηχανισμοί επίδρασης στο ατομικό επίπεδο και ανισότητες υγείας

Οι κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις της κρίσης μπορούν να μεταφραστούν σε συγκεκριμένες εμπειρίες για τα άτομα που τις βιώνουν, όπως είναι (**Γράφημα 5-3**): α) η απώλεια της εργασίας, β) η επιδείνωση των συνθηκών εργασίας, γ) η όξυνση της εργασιακής και της οικονομικής επισφάλειας δ) οι μεταβολές στον συνολικό χρόνο εργασίας, ε) οι μεταβολές στον συνολικό χρόνο παραμονής στην αγορά εργασίας, στ) η μείωση των μισθών και των διαθέσιμων εισοδημάτων, ζ) η υποτίμηση και η απώλεια του πλούτου, η) η αύξηση των ιδιωτικών χρεών και θ) η επιδείνωση της σχετικής αποστέρησης. Οι παραπάνω κοινωνικοοικονομικές μεταβολές και εμπειρίες στο επίπεδο του ατόμου επηρεάζουν μέσω κάποιων ενδιάμεσων μηχανισμών συγκεκριμένους εγγύς παράγοντες κινδύνου και ανθεκτικότητας, οι οποίοι με τη σειρά τους επιδρούν με διαφοροποιημένο τρόπο στην υγεία των ατόμων. Ωστόσο, η σχέση αιτιότητας μπορεί να είναι και αντίστροφη, εκφράζοντας τον μηχανισμό της κοινωνικής ή φυσικής επιλογής, όπου προϋπάρχοντα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά και τα προβλήματα υγείας των ατόμων μπορεί να επηρεάσουν την πιθανότητα έκθεσής τους σε δυσμενείς κοινωνικοοικονομικές μεταβολές (Schmitz, 2011). Πάντως, ενδέχεται το φαινόμενο αυτό να μην μπορεί να αποτυπωθεί πλήρως από τις εμπειρικές διερευνήσεις. Αυτό διότι ο μηχανισμός της κοινωνικής επιλογής μπορεί να είναι περισσότερο αντιληπτός σε περιόδους οικονομικής άνθησης, όπου τα προβλήματα υγείας των ατόμων δεν τους επιτρέπουν να βρουν δουλειά, με συνέπεια η ανεργία να παρουσιάζει μια πιο ισχυρή συσχέτιση με τα προϋπάρχοντα ατομικά χαρακτηριστικά. Με άλλα λόγια, τα άτομα με χειρότερη προϋπάρχουσα υγεία ή που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ουσιών σχετίζονται με μεγαλύτερο κίνδυνο να απωλέσουν την εργασία τους (Avendano και Berkman, 2014). Αντίθετα, όλο και περισσότεροι άνθρωποι καθίστανται άνεργοι για λόγους που δεν αφορούν απαραίτητα στην υγεία τους στην περίοδο της οικονομικής συρρίκνωσης. Έπειτα, είναι δυνατόν οι ψυχοσωματικές επιπτώσεις του στρες που προκύπτει από την ανεργία και τη στιγματοποίηση να αμβλύνονται για αυτούς που έχουν απωλέσει την εργασία τους, όταν αυξάνεται ο αριθμός των ανέργων στο σύνολο του πληθυσμού (Martikainen και

Valkonen, 1996). Ωστόσο, ο Drydakis (2015) διαπίστωσε ότι οι αρνητικές επιπτώσεις της ανεργίας στην αυτοαξιολογούμενη υγεία και την ψυχική υγεία είναι σημαντικότερες σε περιόδους υψηλότερης ανεργίας στην Ελλάδα, ιδιαίτερα, μάλιστα, για τις γυναίκες.

Με τη χρήση της ευρετικής μεθόδου (heuristic method), αναγνωρίσαμε μέσω κριτικής επισκόπησης της βιβλιογραφίας τους παρακάτω βασικούς ενδιάμεσους μηχανισμούς, οι οποίοι διαμεσολαβούν τη σχέση μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών μεταβολών και των παραγόντων κινδύνου και ανθεκτικότητας της υγείας στο ατομικό επίπεδο (**Γράφημα 5-3**): α) η κατανομή του χρόνου ή το κόστος ευκαιρίας, β) οι οικονομικοί περιορισμοί, γ) η απώλεια της ασφάλειας υγείας, δ) η διαδικασία του στρες, ε) η επιδείνωση της υγιεινής και της ασφάλειας στον χώρο της εργασίας, στ) η απώλεια ψυχοκοινωνικού κεφαλαίου, ζ) η έκθεση σε παράγοντες κινδύνου σε κρίσιμες περιόδους της ζωής και η) η επιδείνωση των προοπτικών της κοινωνικοοικονομικής τροχιάς. Όπως θα διαπιστώσουμε ακολούθως, καθένας από τους παραπάνω μηχανισμούς δεν συνδέεται μόνο με ενός τύπου επιδράσεων (είτε μόνο θετικών είτε μόνο αρνητικών) στους εγγύς παράγοντες κινδύνου και ανθεκτικότητας στην υγεία, αλλά σε πολλές περιπτώσεις συνεπάγονται ταυτόχρονα αντίθετης κατεύθυνσης υγειονομικές επιπτώσεις, αναλόγως των χαρακτηριστικών της ομάδας του πληθυσμού. Αυτό διότι το ποιοι μηχανισμοί θα ενεργοποιηθούν αλλά και οι συγκεκριμένες επιπτώσεις τους ως προς τους εγγύς παράγοντες της υγείας διαθλώνται μέσα από το πρίσμα κάποιων κοινωνικών και βιολογικών παραγόντων που τροποποιούν τις αιτιώδεις διαδρομές, όπως είναι το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, τα προβλήματα υγείας και ο τρόπος ζωής προ-κρίσης, καθώς και η γενετική προδιάθεση. Για παράδειγμα, τα άτομα με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης πριν την ύφεση τείνουν να αντιμετωπίζουν περισσότερα οικονομικά προβλήματα και να δυσκολεύονται περισσότερο στο να τα ξεπεράσουν από ό,τι εκείνα με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης. Έπειτα, το επίπεδο εκπαίδευσης τροποποιεί τις συναισθηματικές και φυσιολογικές αποκρίσεις στο στρες, λειτουργώντας προστατευτικά για την υγεία των ατόμων υψηλότερης μόρφωσης (Kirsch και Ryff, 2016). Τα μορφωμένα άτομα, παράλληλα, είναι και περισσότερο πιθανό να αποφύγουν επιβλαβείς συμπεριφορές, να έχουν ασφάλεια υγείας και να κατοικούν σε καλύτερες

γειονιές (Colombo κ.ά., 2018). Επίσης, η οικονομική ύφεση μπορεί να αυξήσει τα ποσοστά των αυτοκτονιών όχι μόνο μέσω της όξυνσης της ψυχολογικής ευπάθειας, που οδηγεί κάποια άτομα στην υιοθέτηση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, την οποία δεν θα εκδήλωναν διαφορετικά (induction mechanism). Επιπλέον, είναι δυνατό και να κεφαλαιοποιεί λανθάνοντα ψυχολογικά προβλήματα, τα οποία θα μπορούσαν να ενεργοποιήσουν (ή και όχι) τον αυτοκτονικό ιδεατισμό μακροπρόθεσμα (harvest mechanism) (Gemmill κ.ά., 2015).

Η σχέση μεταξύ της υγείας και της συμπεριφοράς στην αγορά εργασίας είναι αμφίδρομη κατά το μοντέλο Grossman, καθώς το κάθε άτομο αποτελεί ταυτόχρονα παραγωγό και καταναλωτή της υγείας (Grossman, 1972). Η κατάσταση υγείας καθορίζει τον συνολικό χρόνο που είναι διαθέσιμος για κάθε άτομο για δραστηριότητες εντός και εκτός της αγοράς εργασίας. Η υγεία αφενός μπορεί να παράξει η ίδια ωφελιμότητα (consumption good), και αφετέρου αποτελεί έναν συντελεστή στην παραγωγή των αγαθών και υπηρεσιών, επιτρέποντας στα άτομα να εργαστούν και να κερδίσουν περισσότερο εισόδημα (investment good). Ένα αρνητικό απόθεμα υγείας περιορίζει την ικανότητα εργασίας, μειώνοντας την παραγωγικότητα και τη δυνατότητα εξασφάλισης εισοδήματος. Η υγεία συνιστά ένα κεφάλαιο, το οποίο διαμορφώνεται από τις επενδύσεις του κάθε ατόμου στην υγεία του. Έτσι, από τη μια πλευρά, το άτομο επενδύει χρόνο και άλλους συντελεστές υγείας για την παραγωγή της υγείας του και, από την άλλη, επενδύει στην εργασία του για την αύξηση των οικονομικών πόρων που είναι διαθέσιμοι για την αγορά άλλων αγαθών, από τα οποία τα άτομα λαμβάνουν κάποια χρησιμότητα. Η χρησιμότητα αποτελεί μια συνάρτηση του αποθέματος της υγείας, της κατανάλωσης αγαθών και του ελεύθερου χρόνου, η οποία μεγιστοποιείται υπό έναν περιορισμό χρόνου και υπό έναν εισοδηματικό περιορισμό, ο οποίος σχετίζεται με τους οικονομικούς πόρους του κάθε ατόμου και το κόστος κάθε συντελεστή υγείας. Οι επενδύσεις υγείας, λοιπόν, συνδέονται με ένα κόστος, καθώς τα άτομα θα πρέπει να δεσμεύσουν χρόνο και πόρους για την παραγωγή της υγείας, όπως είναι το κόστος σε χρόνο που απαιτείται για μια φυσική δραστηριότητα και το οικονομικό κόστος της εγγραφής σε ένα γυμναστήριο. Από τη μια πλευρά, η μεγαλύτερη προσφορά εργασίας μπορεί να είναι ωφέλιμη για την υγεία, καθότι συνεπάγεται

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

την άντληση μεγαλύτερου εισοδήματος από την εργασία και, επομένως, υψηλότερη ικανότητα αγοράς συντελεστών υγείας. Από την άλλη πλευρά, ο χρόνος που αφιερώνεται στην εργασία περιορίζει τον χρόνο που είναι διαθέσιμος για επενδύσεις υγείας που είναι εντάσεως χρόνου. Έπειτα, η εργασία αποτελεί έναν άμεσο συντελεστή στη συνάρτηση παραγωγής της υγείας, καθώς οι επικίνδυνες συνθήκες εργασίας, το στρες και η φυσική καταπόνηση που συνδέονται με αυτή μπορούν να βλάψουν άμεσα την υγεία των εργαζομένων. Συνεπώς, θα πρέπει να θεωρήσουμε ότι υφίσταται ένας αναγκαστικός συμβιβασμός μεταξύ των επενδύσεων στην υγεία και εκείνων στην εργασία (Avendano και Berkman, 2014).

Γίνεται η υπόθεση, λοιπόν, ότι κατά τη διάρκεια των υφέσεων μειώνεται το κόστος ευκαιρίας των εργαζομένων για επενδύσεις υγείας, λόγω της απώλειας της εργασίας ή της ελάττωσης των ωρών εργασίας τους (ή/και των μισθών τους), οπότε και είναι πιθανότερο να αναλάβουν κάποιες δραστηριότητες που είναι εντάσεως χρόνου και παράγουν υγεία (π.χ. η άσκηση, το μαγείρεμα υγιεινού φαγητού) (Ruhm, 2000a· Ruhm, 2003· Ruhm, 2005· Burgard και Kalousouva, 2015). Αντίθετα, κατά την περίοδο των οικονομικών επεκτάσεων, ο ελεύθερος χρόνος μειώνεται και οι επενδύσεις στην υγεία καθίστανται περισσότερο δαπανηρές (Avendano και Berkman, 2014). Αντίστοιχη σημασία έχει και το κόστος του χρόνου για την αναζήτηση υγειονομικής περίθαλψης, καθώς οι λιγότερες ώρες εργασίας καθιστούν χαμηλότερη την «τιμή του χρόνου» και ευκολότερο τον προγραμματισμό και την προσέλευση στα ιατρικά ραντεβού (Vistnes και Hamilton, 1995· Avendano και Berkman, 2014). Βέβαια, αυτό ισχύει κυρίως στις περιπτώσεις όπου τα άτομα δεν μπορούν να μεταβάλλουν κατά το δοκούν το ωράριο εργασίας τους. Εφόσον, όμως, υφίσταται αυτή η δυνατότητα, τότε η τιμή του μη εργασιακού χρόνου δεν μεταβάλλεται (Ruhm, 2005). Πάντως, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η απώλεια της εργασίας ή η αναγκαστική μετακόμιση (π.χ. λόγω κατάσχεσης ή οικονομικών περιορισμών) μπορεί και να δεσμεύσει χρόνο και προσπάθεια, που ενδεχομένως θα επενδύονταν στην υγεία, για την αναζήτηση άλλης θέσης εργασίας ή νέου σπιτιού ή την τακτοποίηση άλλων ζητημάτων (Catalano κ.ά., 2011· Boen και Yang, 2016· Downing, 2016). Το ίδιο αποτέλεσμα μπορεί να επιφέρει και ο φόβος της απώλειας της εργασίας, ο οποίος μπορεί να οδηγήσει

στην αφιέρωση περισσότερου χρόνου σε εργασιακές δραστηριότητες (Colombo κ.ά., 2018).

Έπειτα, η μείωση του χρόνου που τα άτομα αφιερώνουν στην εργασία τους μπορεί να επηρεάσει την υγεία τους και με άλλους, λιγότερο εμφανείς τρόπους. Για παράδειγμα, έχουμε ήδη συζητήσει το ζήτημα του χαμηλότερου κινδύνου για αυτοκινητιστικά ατυχήματα κατά τη διάρκεια των υφέσεων. Ακόμη, μπορεί να μειωθεί και η πιθανότητα προσβολής από μεταδιδόμενες ασθένειες από την αναγκαστική προσέλευση στον χώρο εργασίας (Barmby και Larguem, 2009). Από την άλλη πλευρά, δίνεται η δυνατότητα στα άτομα να ενισχύσουν την κοινωνική συμμετοχή και τα κοινωνικά δίκτυά τους, να συναναστρέφονται περισσότερο με συγγενείς και φίλους, να φροντίζουν τα μέλη της οικογένειας με προβλήματα υγείας και να ασχολούνται με τη φροντίδα και την ανάπτυξη των παιδιών τους (Avendano και Berkman, 2014· Ruhm, 2015).

Επιπλέον, οι συνέπειες της ύφεσης και τα διαρθρωτικά μέτρα επηρεάζουν και τον προσδοκώμενο και τον πραγματικό χρόνο παραμονής των ατόμων στην αγορά εργασίας (Szinovacz κ.ά., 2015). Σε προηγούμενη υποενότητα του κεφαλαίου αυτού διαπιστώθηκε ότι τα διαρθρωτικά μέτρα που εφαρμόστηκαν στην Ελλάδα επέφεραν αυξήσεις στα όρια ηλικίας για συνταξιοδότηση και του υποχρεωτικού χρόνου ασφάλισης, ενώ θεσπίστηκαν και αντικίνητρα για την πρόωρη συνταξιοδότηση, με στόχο την επιμήκυνση του χρονικού διαστήματος παραμονής των εργαζομένων στην αγορά εργασίας. Από την άλλη πλευρά, η εμπειρία της απώλειας της εργασίας σε περίοδο υψηλής ανεργίας φαίνεται να επιταχύνει τη συνταξιοδότηση ανάμεσα στους μεγαλύτερης ηλικίας εργαζόμενους, λόγω των εμποδίων επανένταξης στην αγορά εργασίας που αντιμετωπίζουν (Szinovacz κ.ά., 2015). Ένας από τους μηχανισμούς που συνδέει τη συνταξιοδότηση με την υγεία είναι η μεγαλύτερη ευελιξία κατανομής του χρόνου, με συνέπεια να μειώνεται το κόστος ευκαιρίας του. Έτσι, οι συνταξιούχοι έχουν περισσότερο χρόνο να επενδύσουν στην υγεία τους ή να αναζητήσουν κατάλληλη ιατρική φροντίδα. Ωστόσο, οι μεταβολές στην κατανομή του χρόνου μπορεί να αυξήσουν τον ελεύθερο χρόνο και τις ευκαιρίες για περισσότερο ανθυγιεινό τρόπο ζωής (υπόθεση της υποκατάστασης), όπως

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

με τη μείωση της συνολικής φυσικής δραστηριότητας (Avendano και Berkman, 2014).

Στο πλαίσιο του μηχανισμού των οικονομικών περιορισμών, η απώλεια της εργασίας και η μείωση των εισοδημάτων, λόγω της πτώσης στους μισθούς και των λιγότερων ωρών εργασίας, φαλκιδεύει την ικανότητα των ατόμων να συσσωρεύουν πλούτο και τους μειώνει την πρόσβαση σε υλικούς πόρους που είναι σημαντικοί για την υγεία τους (effect budgeting hypothesis) (Avendano και Berkman, 2014· Burgard και Kalousova, 2015). Οικονομικούς περιορισμούς δημιουργεί και η απομείωση του πλούτου ως αποτέλεσμα των ασθενέστερων αγορών κατά τη διάρκεια της ύφεσης, καθώς και η μείωση των συντάξεων αλλά και γενικότερα των διαθέσιμων εισοδημάτων ως συνέπεια της επιβράδυνσης της οικονομικής δραστηριότητας και των μέτρων λιτότητας. Η υγεία μπορεί να επηρεαστεί αρνητικά από την υλική αποστέρηση με διάφορους τρόπους, καθώς συνδέεται με κακές συνθήκες διαβίωσης, κακή διατροφή και ανεπαρκή πρόσβαση σε υγειονομικούς πόρους, μετακόμιση σε υποβαθμισμένες περιοχές με χειρότερο οικιστικό περιβάλλον και υποδομές και περισσότερη κυκλοφοριακή κίνηση και ατμοσφαιρική μόλυνση (Burgard κ.ά., 2013· van der Wel κ.ά., 2018). Ειδικά χαρακτηριστικά της ύφεσης αποτελούν αφενός η αύξηση των αστέγων, των οποίων η σύνθεση περιλαμβάνει πλέον περισσότερα άτομα που έχουν απωλέσει την εργασία τους ή έχουν ξαφνική απώλεια εισοδήματος, με τους μετανάστες, τους νεαρούς ενήλικες και τα παιδιά να συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο απώλειας της στέγης (Marmot κ.ά., 2013). Αφετέρου, ένα άλλο χαρακτηριστικό συνιστά η επιδείνωση των συνθηκών στέγασης, μεταξύ άλλων και λόγω του αυξανόμενου συνωστισμού στις κατοικίες (Burgard και Kalousova, 2015) αλλά και της επίτασης της ενεργειακής φτώχειας, η οποία σχετίζεται με σημαντικά καρδιαγγειακά και αναπνευστικά προβλήματα, μεγαλύτερη συχνότητα κρυολογημάτων και γρίπης, κατάθλιψη και αυξημένη θνησιμότητα κατά τους χειμερινούς μήνες (Marmot κ.ά., 2013). Τα επιδόματα ανεργίας και γενικότερα οι κοινωνικές μεταβιβάσεις αποτελούν έναν τρόπο άμβλυνσης των οικονομικών πιέσεων και εξομάλυνσης της κατανάλωσης μετά την απώλεια της εργασίας ή της μείωσης των εισοδημάτων, που αποτρέπει την επιδείνωση της υγείας (Avendano και Berkman, 2014). Από την άλλη πλευρά, βέβαια, οι οικονομικοί περιορισμοί αλλά και η αύξηση στους

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

έμμεσους φόρους και τις τιμές των αγαθών μειώνουν την οικονομική προσιτότητα και κάποιων επιβλαβών αγαθών, όπως είναι το αλκοόλ και τα τσιγάρα (Catalano, 1997). Η κατεύθυνση και το είδος της προσαρμογής της κατανάλωσης λόγω οικονομικών μεταβολών θα εξαρτηθεί από την εισοδηματική ελαστικότητα του κάθε αγαθού (Martin Bassols και Vall Castelló, 2016).

Έπειτα, οι οικονομικοί περιορισμοί μπορεί να επιτείνουν τον κίνδυνο του κοινωνικού αποκλεισμού, συμβάλλοντας στην ανάπτυξη προβλημάτων στην ψυχική υγεία (Tompa κ.ά., 2007). Ωστόσο, η απώλεια της εργασίας μπορεί να αυξήσει σημαντικά (έως και τρεις φορές) την πιθανότητα της συγκατοίκησης για την αντιμετώπιση των οικονομικών δυσκολιών που ανακύπτουν κατά τη διάρκεια της περιόδου της ανεργίας. Η τάση αυτή είναι πιο συχνή στους νέους ανθρώπους, καθότι αυτοί είναι λιγότερο πιθανό να διαθέτουν επαρκείς αποταμιεύσεις, να έχουν παντρευτεί και να έχουν δουλέψει αρκετό χρονικό διάστημα για να δικαιούνται επίδομα ανεργίας (Wiemers, 2014). Αυτή η εξέλιξη μπορεί να είναι ιδιαίτερα επωφελής για τους ηλικιωμένους, καθότι συνεπάγεται αυξημένες κοινωνικές επαφές, κοινωνική συμμετοχή και ευημερία και μειωμένο κίνδυνο ασθενειών (Avendano και Berkman, 2014).

Η απώλεια της ασφάλισης υγείας μπορεί επίσης να είναι μια διαδρομή που συνδέει την απώλεια της εργασίας με την υγεία του ατόμου (Modrek κ.ά., 2013· Latsou και Geitona, 2018b). Ο αντίκτυπος αυτού του μηχανισμού φαίνεται να είναι συχνότερος και ισχυρότερος ανάμεσα στους εργαζόμενους που έχουν ξεπεράσει το μέσο της παραγωγικής ηλικίας τους και βρίσκονται κοντά στη συνταξιοδότηση, καθώς σχετίζονται με υψηλότερο κίνδυνο μακρόχρονης παραμονής εκτός της αγοράς εργασίας αλλά και παρουσίας χρονίων ή και εμφάνισης αιφνίδιων προβλημάτων υγείας (Coile κ.ά., 2014). Επίσης, η βαρύτητα αυτού του μηχανισμού κατά τη διάρκεια των υφέσεων εξαρτάται από τον τρόπο χρηματοδότησης του συστήματος υγείας. Έτσι, στην Ελλάδα, όπου η πρόσβαση στο σύστημα υγείας καθορίζεται κυρίως από το καθεστώς εργασίας και την πληρωμή των ασφαλιστικών εισφορών, ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού (άνεργοι και τα μέλη των οικογενειών τους) έχουν μείνει χωρίς πλήρη ασφαλιστική κάλυψη (τουλάχιστον μέχρι την πρόσφατη λήψη

κάποιων κοινωνικών μέτρων), με συνέπεια να αυξάνονται οι ανεκπλήρωτες υγειονομικές ανάγκες στον πληθυσμό (Chantzaras και Yfantopoulos, 2018a).

Έπειτα, κάποιες μελέτες εξετάζουν τη σχέση της ύφεσης με συγκεκριμένες εργασιακές και οικονομικές στρεσογόνες εμπειρίες (Fenwick και Tausig, 1994b). Η διαδικασία του στρες ξεκινάει από κάποιους στρεσογόνους παράγοντες, οι οποίοι αποτελούν εσωτερικά ή εξωτερικά προερχόμενα ερεθίσματα, που μπορεί να σχετίζονται είτε με συγκεκριμένα συμβάντα είτε με χρόνιες ή επαναλαμβανόμενες εντάσεις ή πιέσεις κατά τη διάρκεια της ζωής. Ενώ οι στρεσογόνοι παράγοντες που αφορούν σε συγκεκριμένα συμβάντα αποτελούν βραχύβια ερεθίσματα, οι χρόνιοι στρεσογόνοι παράγοντες συνδέονται με παρατεταμένης διάρκειας προκλήσεις ή με την προσδοκία της εμπειρίας τους (Pearlin, 1999). Αντιμετωπίζοντας, λοιπόν, έναν στρεσογόνο παράγοντα, ο οργανισμός κινητοποιεί μια σειρά βιολογικών πόρων για να αντιμετωπίσει την απειλή (διαδικασία του στρες) (Tompa κ.ά., 2007).

Η ύφεση προκαλεί συγκεκριμένους τύπους ανεργίας, δηλαδή ακούσια απώλεια της εργασίας λόγω της μείωσης των θέσεων εργασίας, της εταιρικής συρρίκνωσης ή το κλείσιμο των επιχειρήσεων (Marmot κ.ά., 2013). Η μετάβαση στην ανεργία σχετίζεται με την πρόκληση άγχους στα άνεργα άτομα από την απώλεια της εργασίας και την επακόλουθη μείωση του εισοδήματος, την αύξηση των χρεών²²⁶ και τη μείωση των επιδομάτων και των μελλοντικών συντάξεων (Meltzer κ.ά., 2013). Γενικότερα, η απώλεια της εργασίας αποτελεί ένα στρεσογόνο συμβάν, το οποίο αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης και άλλων στρεσογόνων παραγόντων, όπως είναι η οικονομική πίεση (financial strain), οι οικογενειακές εντάσεις και προβλήματα και το χαμηλότερο επίπεδο ευημερίας (Averdano και Berkman, 2014). Η οικονομική πίεση αποτελεί ένα αίσθημα ανησυχίας σχετικά με την αντιλαμβανόμενη από το άτομο δυνατότητά του να ανταποκριθεί στις οικονομικές υποχρεώσεις του και διαμεσολαβεί τουλάχιστον

²²⁶ Μάλιστα, μπορεί να έχει σημασία και η πηγή των χρεών, αφού ο δανεισμός από την οικογένεια ή φίλους δημιουργεί μικρότερη πίεση σε σχέση με τον δανεισμό από εξωτερικές πηγές (Meltzer κ.ά., 2013).

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

εν μέρει τη σχέση μεταξύ της απώλειας εργασίας ή/και εισοδήματος και της υγείας (Obert κ.ά., 2019). Η ανεργία, και ιδίως η μακροπρόθεσμη, σχετίζεται με σημαντικά προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση, το άγχος, η απόγνωση, η κατάθλιψη, τα ψυχοσωματικά συμπτώματα και η χαμηλή υποκειμενική ευημερία. Η απόγνωση που προκύπτει από τις οικονομικές δυσκολίες σε συνδυασμό με το αίσθημα ντροπής από την απώλεια της εργασίας μπορεί επίσης να εξηγήσει ένα σημαντικό μέρος των ψυχολογικών συνεπειών της ανεργίας (Rantakeisu κ.ά., 1999). Ο αντίκτυπος της απώλειας της εργασίας παρουσιάζεται να είναι υψηλότερος σε άνδρες και σε εργαζόμενους σε χειρωνακτικές εργασίες και γενικότερα σε χώρες με χαμηλή οικονομική ανάπτυξη, με σημαντικές οικονομικές ανισότητες ή με ασθενή προστασία των ανέργων (Paul και Moser, 2009). Οι νεαροί ενήλικοι συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο ανεργίας κατά την περίοδο των υφέσεων, γεγονός που μπορεί να έχει επιπτώσεις όχι μόνο άμεσες, αλλά και μακροπρόθεσμες, καθώς τέτοιου είδους συμβάντα στην αρχή της καριέρας τους επηρεάζουν δυσμενώς τις εργασιακές και μισθολογικές προοπτικές τους (Marmot κ.ά., 2013)

Ωστόσο, δεν είναι απαραίτητο η αύξηση της νοσηρότητας να οφείλεται στην έκθεση στη συγκεκριμένη εμπειρία της απώλειας της εργασίας ή και της μείωσης του εισοδήματος. Ένας τρόπος επανασύνδεσης των μακροοικονομικών δεικτών με τις ατομικές εκβάσεις υγείας μέσω του ψυχολογικού στρες αναφέρεται στις γενικές συνθήκες υποβάθμισης του περιβάλλοντος στο οποίο ζει ο κάθε άνθρωπος (Tsai, 2015· Mucci κ.ά., 2016). Ένας άλλος αφορά στις αλλαγές στις εργασιακές δομές με σκοπό την αύξηση της εργασιακής παραγωγικότητας και της οικονομικής προσαρμογής των επιχειρήσεων κατά τη διάρκεια των υφέσεων (Ogbonnaya κ.ά., 2018). Η ύφεση, τα μέτρα λιτότητας και οι διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις της αγοράς εργασίας επηρεάζουν αρνητικά τις εργασιακές σχέσεις και, κατ' επέκταση, τις συνθήκες εργασίας και διαβίωσης και την υγεία του πληθυσμού (Karanikolos κ.ά., 2013). Έτσι, οι ποιοτικές θέσεις εργασίας αντικαθίστανται από άλλες, χαμηλότερης ποιότητας, οι οποίες χαρακτηρίζονται από μικρότερους μισθούς και χειρότερες συνθήκες απασχόλησης. Πολλά από τα χαρακτηριστικά των ελαστικών (ή μη τυπικών) μορφών απασχόλησης καθιστούν τις εργασίες επισφαλείς (precarious) (Benach κ.ά., 2014). Αν και ο κίνδυνος της επισφάλειας είναι

υψηλότερος για αυτές τις μορφές συμβάσεων, ένα σημαντικό μέρος των εργαζόμενων τυπικής απασχόλησης επίσης εκτίθεται σε διάφορες διαστάσεις της (Tompra κ.ά., 2007). Η Ελλάδα αποτελεί ένα παράδειγμα χώρας, όπου οι συνθήκες της οικονομικής συρρίκνωσης και οι στρατηγικές επιλογές των διαρθρωτικών μέτρων είχαν ως αποτέλεσμα την επιτάχυνση των διεθνών τάσεων για την ελαστικοποίηση της εργασίας και την προώθηση επισφαλών μορφών απασχόλησης (Gialis και Herod, 2014· Maroukis, 2016· Avdikos και Kalogerisis, 2017), το οποίο οδήγησε στην επιδείνωση της υγείας όχι μόνο αυτών που απώλεσαν την εργασία τους, αλλά και των εργαζομένων που διατήρησαν τις θέσεις τους (Barlow κ.ά., 2015).

Θεωρείται, λοιπόν, ότι η ευρύτερη οικονομική επιβράδυνση και ανασφάλεια συνδέονται με αρνητικές επενέργειες στην ατομική υγεία διαμέσου της αύξησης του στρες, που πηγάζει και από την αυξημένη διείσδυση της επισφαλούς απασχόλησης (precarious employment). Στη βιβλιογραφία δεν φαίνεται να υπάρχει ομοφωνία ως προς τον ορισμό της επισφαλούς απασχόλησης, η οποία αποτελεί μια έννοια που αναφέρεται σε πολλαπλές διαστάσεις της ποιότητας της εργασίας (Benach κ.ά., 2014). Οι Tompra κ.ά. (2007) παρουσίασαν ένα υπόδειγμα της επισφάλειας, στην οποία απέδωσαν οκτώ βασικές διαστάσεις: α) η εργασιακή ανασφάλεια (ή προσδοκία αρνητικού συμβάντος) τόσο για τη διατήρηση της συγκεκριμένης θέσης εργασίας όσο και για τη γενικότερη απασχολησιμότητα στην αγορά εργασίας και την ποσότητα της εργασίας από βδομάδα σε βδομάδα ή και από μήνα σε μήνα· β) η απουσία δυνατότητας ελέγχου ή επίδρασης σε μια σειρά εργασιακών παραγόντων, όπως είναι ο ρυθμός της εργασίας, η οργάνωση της ροής της εργασίας, η ανάθεση καθηκόντων που αντιστοιχούν στο σύνολο των δεξιοτήτων του κάθε ανθρώπου, οι μέθοδοι και η πρόσβαση σε επαρκείς πόρους για την επίτευξη στόχων, οι ώρες και το πρόγραμμα εργασίας, η δυνατότητα άρνησης υπερωριών και διαπραγμάτευσης κατάλληλων μισθολογικών αυξήσεων· γ) η περιορισμένη νομική και θεσμική προστασία έναντι άδικων απολύσεων και ανθυγιεινών εργασιακών συνθηκών και η απουσία εργατικής νομοθεσίας ή συλλογικών διαπραγματευτικών θεσμών· δ) η ανεπάρκεια των μισθολογικών και των άλλων απολαβών, όπως είναι οι παροχές κοινωνικής ασφάλισης και άλλες παροχές που σχετίζονται με την εργασία (π.χ. ιδιωτικά προγράμματα

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

ασφάλισης υγείας και συνταξιοδότησης)· ε) το χαμηλότερο εργασιακό στάτους εντός της επαγγελματικής ιεραρχίας αλλά και στην κοινωνία γενικότερα· στ) η χαμηλότερη ποιότητα και ποσότητα συναδελφικής υποστήριξης στην εργασία, που μπορεί να συνεπάγεται και διαδικασίες αποκλεισμού· ζ) ο υψηλότερος κίνδυνος έκθεσης σε φυσικούς, βιολογικούς, χημικούς, ραδιενεργούς και άλλους κινδύνους στην εργασία· και η) η μικρότερη διαθεσιμότητα ευκαιριών κατάρτισης σε σχέση με συγκεκριμένα καθήκοντα, εκπαίδευσης για την ανάπτυξη των γενικότερων δεξιοτήτων, επιμόρφωσης αναφορικά με την υγιεινή και την ασφάλεια στην εργασία και ιεραρχικής και γενικότερα επαγγελματικής ανέλιξης. Οι νεότεροι, οι γυναίκες, οι μετανάστες και οι χαμηλότερης ειδίκευσης και μόρφωσης εργαζόμενοι φαίνεται να συνδέονται με υψηλότερη πιθανότητα χαμηλής ποιότητας απασχόλησης (Vives κ.ά., 2011· Puig-Barrachina κ.ά., 2014).

Οι βασικοί μηχανισμοί διαμέσου των οποίων οι διάφορες διαστάσεις της επισφαλούς απασχόλησης επηρεάζουν την υγεία μπορούν να διακριθούν ως εξής: α) οι οικονομικές συνέπειες, όπως η απόλυτη και η σχετική αποστέρηση (έχουμε ήδη συζητήσει τη σημασία των οικονομικών περιορισμών), β) οι επικίνδυνες φυσικές συνθήκες εργασίας (στις οποίες θα αναφερθούμε εκτενώς στη συνέχεια) και γ) οι στρεσογόνες ψυχοκοινωνικές συνθήκες εργασίας. Αναφορικά με την τελευταία διάσταση, ακόμη και αν οι εργαζόμενοι δεν απωλέσουν τη θέση εργασίας τους, υφίστανται την καθημερινή έκθεση σε στρεσογόνες συνθήκες, λόγω μεταβολών στον χώρο της εργασίας (Fenwick και Tausig, 1994a· Modrek κ.ά., 2013· Avendano και Berkman, 2014). Σε αυτό το πλαίσιο, βασικοί στρεσογόνοι παράγοντες αποτελούν (Tompa κ.ά., 2007): α) η εργασιακή ανασφάλεια (τόσο για τη θέση όσο και για πολύτιμα χαρακτηριστικά της), β) το αίσθημα της αδυναμίας και της έλλειψης ελέγχου, γ) το αίσθημα της προδοσίας και της αδικίας από την παραβίαση του ψυχολογικού συμβολαίου με τον εργοδότη, δ) η απουσία μελλοντικών ευκαιριών ή η άρνηση της επαγγελματικής ταυτότητας, ε) ο υψηλός φόρτος εργασίας και οι υπερβολικές απαιτήσεις και στ) οι λιγότερο ωφέλιμες κοινωνικές σχέσεις και η έλλειψη υποστήριξης τόσο από τους συναδέλφους όσο και από τους ανώτερους, που μπορεί να οδηγήσει σε διαδικασίες κοινωνικού αποκλεισμού. Επίσης, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η ανασφάλεια μπορεί να επηρεάσει και τις μελλοντικές

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

οικονομικές αποφάσεις. Για παράδειγμα, έχει παρατηρηθεί μείωση στη χρήση προληπτικών υγειονομικών υπηρεσιών ανάμεσα σε εργαζόμενους σε επιχειρήσεις με υψηλή εργασιακή ανασφάλεια, το οποίο μπορεί να έχει σημαντικές αρνητικές υγειονομικές συνέπειες μακροπρόθεσμα (Hamad κ.ά., 2016).

Στο πλαίσιο αυτού του μηχανισμού μπορούμε να εντάξουμε και τις επιπτώσεις της υποαπασχόλησης, ο κίνδυνος για την οποία αυξάνει σε περιόδους οικονομικής κάμψης και υψηλής ανεργίας (Otterbach, 2010· Osorno-del Rosal και Rodríguez-Rodríguez, 2018· Steiber και Haas, 2018). Η υποαπασχόληση αναφέρεται σε εργασίες που συνδέονται με κάποια μορφή ανεπαρκούς αξιοποίησης του ανθρώπινου κεφαλαίου (Osorno-del Rosal και Rodríguez-Rodríguez, 2018). Για παράδειγμα, θεωρείται ότι ένα άτομο υποαπασχολείται εάν (Friedland και Price, 2003): α) εργάζεται υπό καθεστώς μερικής απασχόλησης, ενώ θα επιθυμούσε την πλήρη απασχόλησή του, β) αμείβεται με ανεπαρκή μισθό, ακόμη και αν εργάζεται υπό καθεστώς πλήρους απασχόλησης, γ) η εργασία του δεν του επιτρέπει να αξιοποιήσει πλήρως τις δεξιότητές του (αναντιστοιχία μεταξύ δεξιοτήτων και απαιτήσεων) και δ) η εργασία του του παρέχει χαμηλότερο εργασιακό κύρος από ό,τι θα προσδοκούσε με βάση το εκπαιδευτικό και κοινωνικό υπόβαθρό του. Αυτή η ανεπαρκής ανταλλαγή στην αγορά εργασίας μεταξύ του νοικοκυριού και της οικονομίας αποτελεί έναν πιθανό κοινωνικό στρεσογόνο παράγοντα για τους υποαπασχολούμενους, λόγω της ανισορροπίας μεταξύ των αντιλαμβανόμενων περιβαλλοντικών απαιτήσεων και της αντιλαμβανόμενης ικανότητας ανταπόκρισης του ατόμου σε αυτές. Η ιδέα της ανισορροπίας είναι σημαντική, καθώς επισημαίνει τις αρνητικές ψυχοκοινωνικές συνέπειες όχι μόνο της υπερφόρτωσης (overload), αλλά και της υποφόρτωσης (underload) (Friedland και Price, 2003). Έχει διαπιστωθεί ότι το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης και οι ειδικές δεξιότητες μειώνουν τον κίνδυνο της υποαπασχόλησης σε συνθήκες ύφεσης (Osorno-del Rosal και Rodríguez-Rodríguez, 2018). Ωστόσο, όπως τονίσαμε νωρίτερα, αυτή η ανισορροπία μπορεί να δημιουργηθεί και μέσω του αυξημένου όγκου ή ωρών εργασίας για την ίδια ή και χαμηλότερη ανταμοιβή (μισθός ή εργασιακή ασφάλεια) (Marmot κ.ά., 2013).

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

Η οικονομική ανισότητα μπορεί να ερμηνευθεί ως ένα συγκεντρωτικό μέτρο του βαθμού της σχετικής αποστέρησης στην κοινωνία, η οποία μπορεί να είναι επιβλαβής για την υγεία, καθώς συνεπάγεται φθονερές κοινωνικές συγκρίσεις (Subramanian και Kawachi, 2006). Αυτές οι κοινωνικές συγκρίσεις παράγουν δύο βασικούς τύπους ψυχολογικών διαδικασιών που επηρεάζουν την υγεία διαμέσου του στρες και της απογοήτευσης (Kawachi και Subramaniam, 2014): α) τον ανταγωνισμό θέσης και β) τις παραβιάσεις της δικαιοσύνης. Η σχετική αποστέρηση μπορεί να είναι διπλή, καθώς κάποιο άτομο μπορεί να θεωρεί ότι όχι μόνο η ομάδα του υστερεί σε σχέση με άλλες, αλλά και ότι το ίδιο υφίσταται προσωπικά αυτήν την υστέρηση (Foster και Matheson, 1995). Ωστόσο, κάθε άτομο μπορεί να βιώσει τη σχετική αποστέρηση ακόμη και όταν απλώς το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο του ίδιου υπόκειται κάποια υποβάθμιση μετά από ένα διάστημα ευημερίας (Subramanian και Kawachi, 2006), μια κατάσταση που φαίνεται να προσιδιάζει αρκετά στην περίπτωση των αρνητικών επιπτώσεων της περιόδου της ύφεσης. Συνολικά, η (αντιλαμβανόμενη) κατάταξη χαμηλά στην κοινωνική ιεραρχία παράγει ψυχοκοινωνικές συνέπειες στα άτομα αυτά διαμέσου αρνητικών συναισθημάτων, όπως είναι η ντροπή, το άγχος και η απόγνωση (Subramanian και Kawachi, 2006· Kawachi και Subramaniam, 2014).

Γενικά, το στρες συνεπάγεται σημαντικές ψυχολογικές, σωματικές και συμπεριφορικές συνέπειες (Mucci κ.ά., 2016). Έχουμε ήδη συζητήσει το πώς το χρόνια στρες μπορεί να αποτελέσει έναν πρόδρομο μηχανισμό ανάπτυξης ασθενειών, καθώς συνεπάγεται είτε μια γενική ευπάθεια του οργανισμού μέσω της μακροχρόνιας φθοράς των φυσιολογικών συστημάτων είτε συγκεκριμένες σωματικές χρόνιες ασθένειες (Boen και Yang, 2016). Έπειτα, η αδυναμία διαχείρισης του στρες και ελέγχου του περιβάλλοντος μπορεί να δημιουργήσει αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις, όπως είναι η απογοήτευση, η απώλεια αυτοεκτίμησης, η απόγνωση και άλλα προβλήματα ψυχικής υγείας (π.χ. κατάθλιψη) (Avendano και Berkman, 2014· Burgard και Kalousova, 2015). Η ψυχική και η σωματική υγεία μπορούν να επηρεαστούν είτε συγχρόνως είτε διαδοχικά, δηλαδή πρώτα η ψυχική και κατόπιν η σωματική υγεία ή το αντίστροφο (Tompa κ.ά., 2007). Επιπλέον, σύμφωνα με το υπόδειγμα του οικογενειακού οικονομικού στρες (family economic stress model), η μείωση του

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

διαθέσιμου εισοδήματος του νοικοκυριού συνεπάγεται αυξημένο κίνδυνο προβλημάτων ψυχικής υγείας και για τα παιδιά και τα νεαρά άτομα (Frasquilho κ.ά., 2016), διαμέσου της αυξημένης οικονομικής πίεσης, των αρνητικών μεταβολών στην ψυχική υγεία και τις σχέσεις μεταξύ των γονέων και την επιδείνωση της ποιότητας της ανατροφής τους (Solantaus κ.ά., 2004). Επίσης, το στρες μπορεί να επηρεάσει αρνητικά βασικούς διαμεσολαβητικούς παράγοντες που αφορούν στην ποιότητα ζωής, όπως είναι η ικανοποίηση από την εργασία, το οποίο στη συνέχεια μπορεί να έχει αντίκτυπο στην ψυχική και τη σωματική υγεία των εργαζομένων (Tompa κ.ά., 2007).

Η διαχείριση του στρες μπορεί να επηρεάσει την υγεία διαμέσου και των αλλαγών που μπορεί να επιφέρει στη συμπεριφορά των ατόμων. Αρχικά, προκύπτει ότι οι περίοδοι της οικονομικής ύφεσης συνεπάγονται κάποιες κοινωνικοοικονομικές μεταβολές, οι οποίες φαίνεται να επηρεάζουν αρνητικά τους δείκτες των αυτοκτονιών (Karaniolos κ.ά., 2016), ειδικά για τους άνδρες που βρίσκονται στην παραγωγική ηλικιακή περίοδο (Haw κ.ά., 2015· Isabel κ.ά., 2017) και σε άτομα χαμηλότερης εκπαίδευσης (Harper κ.ά., 2015). Για παράδειγμα, οι Stuckler κ.ά. (2009) παρατήρησαν ότι κάθε 1% αύξηση στα ποσοστά της ανεργίας σχετίζεται με 0,79% αύξηση στις αυτοκτονίες για άτομα κάτω των 65 ετών στην Ευρώπη. Σε μια συστηματική βιβλιογραφική επισκόπηση των μελετών που διερευνούν τον αντίκτυπο της οικονομικής συρρίκνωσης στις αυτοκτονίες βρέθηκε ότι 31 από τις 38 έρευνες τεκμηρίωναν μια αντικυκλική τάση για τις αυτοκτονίες, ενώ οι υπόλοιπες είτε διαπίστωναν μια θετική συσχέτιση με την οικονομία, είτε δεν επιβεβαίωναν την ύπαρξη κάποιας σχέσης μεταξύ τους, είτε δεν κατέληγαν σε σαφή συμπεράσματα. Στο μακροεπίπεδο, η ανεργία και το χρέος (indebtedness) αποτελούσαν τους διαμεσολαβητικούς παράγοντες κλειδιά που συνήθως συνέδεαν την ύφεση με τα ποσοστά των αυτοκτονιών στις μελέτες αυτές (Oyesanya κ.ά., 2015).

Οι Haw κ.ά. (2015) κατασκεύασαν ένα υπόδειγμα για τους μηχανισμούς που συνδέουν την ύφεση με τις αυτοκτονίες. Στην αρχική φάση της οικονομικής κάμψης, οι χρηματοπιστωτικές αγορές υφίστανται σοβαρές απώλειες, με συνέπεια κάποια άτομα να αντιμετωπίζουν πτώχευση και σοβαρή απώλεια των αποταμιεύσεών τους. Έπειτα, η μείωση της οικονομικής δραστηριότητας οδηγεί

στην απειλή αλλά και την πραγματική εμπειρία της απώλειας της εργασίας, με την ανεργία, ειδικά όταν αυτή συνδέεται με μεγαλύτερη διάρκεια, να καταλήγει σε σημαντικά οικονομικά προβλήματα, στην απώλεια του στάτους και της αυτοεκτίμησης αλλά και σε εντάσεις στις κοινωνικές σχέσεις του ατόμου. Άλλες, λιγότερο άμεσες επιπτώσεις της κρίσης περιλαμβάνουν τις κατασχέσεις ακινήτων και τα αυξανόμενα χρέη, που μπορεί να οδηγήσουν και σε κοινωνικό αποκλεισμό. Οι προαναφερθείσες κοινωνικοοικονομικές μεταβολές μπορεί να έχουν ως συνέπεια την ανάπτυξη κοινών ψυχικών διαταραχών, όπως είναι το άγχος και η κατάθλιψη, καθώς και προβλημάτων σχετικών με τη χρήση ουσιών και την κατάχρηση αλκοόλ, τα οποία αυξάνουν τον κίνδυνο εκδήλωσης αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Η απόγνωση φαίνεται να διαμεσολαβεί τη σχέση της κατάθλιψης με την αυτοκτονική συμπεριφορά αλλά και την άμεση επίπτωση της ανεργίας και των οικονομικών δυσκολιών στον αυτοκτονικό ιδεατισμό (Beck κ.ά., 1993). Σε αντίθεση με τα σωματικά προβλήματα υγείας, πολλά από τα οποία χρειάζονται σημαντικό χρόνο για να αναπτυχθούν και να διαγνωσθούν, η ψυχική υγεία και οι αυτοκτονίες αποτελούν εκβάσεις που μπορούν να μεταβληθούν βραχυπρόθεσμα, ανταποκρινόμενες σε αιφνίδια συμβάντα (Aveniano και Berkman, 2014). Σε μια διαχρονική μελέτη 20 χωρών διαπιστώθηκε ότι η επίδραση της ανεργίας στις αυτοκτονίες ανάμεσα στους άνδρες μετριάζεται από τα υψηλά επίπεδα του κοινωνικού κεφαλαίου και από τις μεγαλύτερες δαπάνες σε προγράμματα ενεργητικής απασχόλησης (Reeves κ.ά., 2015).

Έπειτα, η ύφεση και οι συνακόλουθες αρνητικές κοινωνικοοικονομικές μεταβολές ενισχύουν την αίσθηση της άδικης απώλειας ανταμοιβών. Σύμφωνα με την υπόθεση της απογοήτευσης-επιθετικότητας (frustration-aggression hypothesis), η απογοήτευση λόγω της θεωρούμενης άρνησης της προσδοκώμενης ανταμοιβής ή της αδυναμίας επίτευξης κάποιου στόχου μπορεί να οδηγήσει στην εκδήλωση ψυχοσωματικών συμπτωμάτων επιθετικότητας και αντικοινωνικής συμπεριφοράς και στην όξυνση της ενδοοικογενειακής βίας, ενώ κάποια άτομα καταφεύγουν και στην υιοθέτηση αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών, όπως είναι η υπέρμετρη κατανάλωση αλκοόλ ή η χρήση άλλων ουσιών (Catalano κ.ά., 2011· Downing, 2016).

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

Το χρόνιο στρες σε συνδυασμό με το αίσθημα της απώλειας του ελέγχου μπορεί να οδηγήσουν σε μια αδυναμία εκτέλεσης βασικών λειτουργιών για τη διατήρηση ή τη βελτίωση της υγείας (Tompra κ.ά., 2007). Κατά την υπόθεση της πρόκλησης (provocation hypothesis) νέων προβλημάτων υγείας, η επίπτωση της κατάχρησης αλκοόλ αυξάνεται κατά τη διάρκεια των υφέσεων, καθότι χρησιμοποιείται ως μηχανισμός αντιμετώπισης του στρες που δημιουργείται από την απώλεια ή τον φόβο της απώλειας της εργασίας (Catalano, 1997· Frasquilho κ.ά., 2016). Γενικότερα, η απώλεια της εργασίας και η οικονομική πίεση συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο και για κάποιες άλλες συμπεριφορές που είναι επιβλαβείς για την ατομική υγεία, όπως είναι το πιο συχνό κάπνισμα, η ανθυγιεινή διατροφή και η λιγότερη φυσική δραστηριότητα (Tompra κ.ά., 2007· Macy κ.ά., 2013· Avendano και Berkman, 2014). Μάλιστα, αυτή η τάση παρουσιάζεται να είναι πιο έντονη σε άτομα χαμηλού κοινωνικού στάτους (π.χ. εκπαίδευσης). Αυτό διότι θεωρείται ως ο μοναδικός μηχανισμός ανακούφισης από το στρες, αποτελώντας μια οικονομική ψυχαγωγική δραστηριότητα αντιστάθμισης της απόλυσης, της οικονομικής πίεσης ή και της μοναξιάς του χωρισμού (Peretti-Watel και Constance, 2009· Macy κ.ά., 2013· Karanikolos κ.ά., 2016). Πάντως, φαίνεται να υπάρχει κάποια ετερογένεια ως προς τις διαδρομές που συνδέουν τον κάθε στρεσογόνο παράγοντα με την ανάληψη ριψοκίνδυνων συμπεριφορών υγείας. Για παράδειγμα, ενώ η απώλεια της εργασίας συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο έναρξης χρήσης ουσιών, η αντικειμενική απώλεια οικονομικών πόρων σχετίζεται με αυξημένο κάπνισμα και η υποκειμενική οικονομική απώλεια με την κατάχρηση αλκοόλ (Kalousona και Burgard, 2014). Επίσης, οι αποκρίσεις ως προς τη συμπεριφορά μπορεί να διαφέρουν αναλόγως του χρονικού ορίζοντα, με κάποιες μεταβολές να γίνονται αισθητές μετά από κάποια χρονική υστέρηση (Ruhm, 2005) και άλλες να είναι προσωρινές και να επιστρέφουν στη συνέχεια στα προ-κρίσης επίπεδά τους (Ásgeirsdóttir κ.ά., 2014· Asgeirsdottir κ.ά., 2014).

Βέβαια, από την άλλη πλευρά, ο φόβος της απώλειας της εργασίας μπορεί να οδηγήσει και στον μετριασμό της επιθετικής συμπεριφοράς ή της κατανάλωσης αλκοόλ ή και στην κινητοποίηση για την αναζήτηση σχετικής θεραπείας για τα άτομα που κάνουν κατάχρηση, σύμφωνα με τον μηχανισμό της αυτοσυγκράτησης (inhibition mechanism) (Catalano κ.ά., 2002). Αυτή η

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

περίπτωση μπορεί να αναφέρεται ειδικά και στο ενδεχόμενο παρουσίας τέτοιων προβλημάτων συμπεριφοράς και πριν την ενεργοποίηση του μηχανισμού απογοήτευσης-επιθετικότητας, κατά την υπόθεση της αποκάλυψης (uncovering hypothesis) προϋπαρχόντων προβλημάτων (Catalano, 1997). Μια άλλη πιθανότητα αναφέρεται στην περίπτωση όπου οι περισσότερες ευκαιρίες για μια προωθητική της υγείας δραστηριότητα, όπως είναι η άσκηση, να μην μπορούν να αντισταθμίσουν την επίδραση μηχανισμών αντίθετης κατεύθυνσης από την απώλεια της εργασίας και τις άλλες κοινωνικοοικονομικές μεταβολές (π.χ. μείωση της σχετιζόμενης με την καθημερινή εργασία φυσικής δραστηριότητας) (Colman και Dave, 2013).

Η οικογένεια διαθέτει έναν πολύ σημαντικό ρόλο όχι μόνο σε σχέση με τη συναισθηματική υποστήριξη, αλλά και διότι επιτρέπει τη διάχυση του κινδύνου και τον περιορισμό των αρνητικών κοινωνικοοικονομικών και υγειονομικών επιπτώσεων που προκαλεί η ύφεση με τον διαμοιρασμό των πόρων μεταξύ των μελών του νοικοκυριού και τις οικονομίες κλίμακας (Burgard και Kalousoua, 2015· Tattarini κ.ά., 2018). Γενικότερα, η βίωση κοινωνικοοικονομικών συμβάντων που έχουν σχέση με την ύφεση από ένα άτομο μπορεί να ωθήσει άλλα μέλη του νοικοκυριού ή του κοινωνικού δικτύου του να το βοηθήσουν με μεταβιβάσεις πόρων ή χρόνου προς αυτό. Για παράδειγμα, οι γονείς μπορούν να προσφέρουν στέγη ή οικονομική υποστήριξη στο παιδί τους ή ο ένας σύντροφος να αναγκαστεί να εργάζεται περισσότερο, ώστε να αντισταθμιστεί η απώλεια της εργασίας ή της μείωσης του εισοδήματος του άλλου συντρόφου. Συνεπώς, οι κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις της κρίσης δεν επηρεάζουν μόνο άμεσα το ίδιο το άτομο που τις υφίσταται, αλλά μπορεί να έχουν επίπτωση μέσω διαφόρων μηχανισμών και στο περιβάλλον του (Burgard κ.ά., 2013). Μάλιστα, έχει παρατηρηθεί ότι ο ρόλος της οικογένειας καθίσταται περισσότερο σημαντικός στο πλαίσιο λιγότερο γενναιόδωρων καθεστώτων πρόνοιας (Tattarini κ.ά., 2018).

Ωστόσο, η απώλεια της εργασίας και οι συνακόλουθες οικονομικές πιέσεις μπορεί να δημιουργήσουν φθορά και στις οικογενειακές σχέσεις, οπότε και η υγεία να επηρεαστεί μέσα από τον μηχανισμό του στρες, την ελάττωση της αλληλοϋποστήριξης και την επίταση της ενδοσυντροφικής βίας (intimate

partner violence) (Avendano και Berkman, 2014· Schneider, 2017). Ακόμη και αν δεν παρουσιαστεί το συγκεκριμένο συμβάν της απώλειας της εργασίας, οι αρνητικές εμπειρίες στον χώρο της εργασίας, όπως είναι η ανασφάλεια εργασίας, μπορούν να μεταφερθούν στο πεδίο της οικογένειας, σύμφωνα με το υπόδειγμα σύγκρουσης εργασίας-οικογένειας (work-family conflict), δημιουργώντας έναν χρόνιο στρεσογόνο παράγοντα, που οδηγεί σε προβλήματα τόσο της ψυχικής όσο και της σωματικής υγείας (Minnotte και Yucel, 2018). Από την άλλη πλευρά, η σημασία των οικονομικών εμποδίων επιτείνεται σε περίοδο κρίσης, το οποίο αποτρέπει τα ζευγάρια από το να χωρίσουν ή να πάρουν διαζύγιο, ενώ οι δύσκολες οικονομικές συνθήκες μπορεί και να τους οδηγήσουν στο να παραμερίσουν τις διαφορές τους και να έρθουν πιο κοντά (Cohen, 2014). Ειδικά για την Ελλάδα, η αναλογία των διαζυγίων ανά 1.000 κατοίκους αυξήθηκε σταδιακά από 1,19 το 2008 σε 1,52 το 2013 (δηλαδή 27,7% σχετική αύξηση), ενώ στη συνέχεια φαίνεται να υπάρχει μια αποκλιμάκωση. Αντίστοιχα, ο μέσος αριθμός των γάμων ανά 1.000 κατοίκους έπεσε από 5,20 στην περίοδο 2002-2009 σε 4,76 από το 2010 και έπειτα (ΕΛΣΤΑΤ, 2018). Φαίνεται, λοιπόν, ότι η ύφεση είχε κάποιον αρνητικό αντίκτυπο τόσο στις οικογενειακές σχέσεις όσο και στις αποφάσεις των ατόμων για τη δημιουργία οικογένειας.

Ένας άλλος μηχανισμός μέσω του οποίου η ύφεση και τα διαρθρωτικά μέτρα μπορεί να επηρεάσουν την υγεία του πληθυσμού αναφέρεται στην επιδείνωση της επαγγελματικής υγιεινής και ασφάλειας. Έτσι, οι «διασωθέντες» εργαζόμενοι των εταιρικών συρρικνώσεων, αναδιοργανώσεων και κλεισιμάτων επιχειρήσεων παρουσιάζουν υψηλότερη πιθανότητα να απασχολούνται σε εργασίες με χαρακτηριστικά επισφάλειας, με συνέπεια να αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο έκθεσης σε φυσικούς κινδύνους στον χώρο εργασίας (Tompa κ.ά., 2007). Οι παράγοντες που υπονομεύουν την επαγγελματική υγιεινή και ασφάλεια μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις κατηγορίες κατά το υπόδειγμα PDR (Quinlan και Bohle, 2004· Tompa κ.ά., 2007· Underhill και Quinlan, 2011): α) οι οικονομικές πιέσεις και τα συστήματα ανταμοιβής, β) η αποδιοργάνωση και γ) οι αποτυχίες της ρύθμισης. Κατά την πρώτη κατηγορία παραγόντων, οι οικονομικές πιέσεις λόγω της εργασιακής και της οικονομικής ανασφάλειας και ο έντονος εργασιακός ανταγωνισμός (σε συνδυασμό πολλές

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

φορές με τα συγκεκριμένα συστήματα πληρωμής) συμβάλλουν στην προώθηση μη ασφαλών εργασιακών πρακτικών, όπως είναι η εντατικοποίηση της εργασίας, η παράλειψη των κανονισμών ασφαλείας (cutting corners), η αποδοχή επικίνδυνων εργασιών, η παρουσία στην εργασία ενώ υπάρχει τραυματισμός ή ασθένεια (presenteeism) και η πολλαπλή απασχόληση. Κατά τον παράγοντα της αποδιοργάνωσης, οι οργανισμοί που στηρίζονται σε ευέλικτες μορφές απασχόλησης παρουσιάζουν ορισμένα χαρακτηριστικά που συνιστούν κινδύνους για την υγεία των εργαζομένων, όπως είναι η ανεπαρκής εκπαίδευση σε θέματα επαγγελματικής υγιεινής και ασφάλειας, η αδυναμία διατήρησης των καθορισμένων ρόλων, διαδικασιών και κανόνων, η ανεπαρκής εποπτεία, ο ελλιπής συντονισμός και επικοινωνία μεταξύ των εργαζομένων, η παρουσία εργαζομένων με ανεπαρκή προσόντα, εκπαίδευση και πείρα και η έλλειψη πρόσβασης ή/και δυνατότητας από τους περιθωριοποιημένους εργαζόμενους να ασκήσουν τα εργασιακά δικαιώματά τους. Τέλος, η ρυθμιστική αποτυχία αφορά στην αποδυνάμωση της προστασίας της απασχόλησης και των συνθηκών εργασίας, η οποία εξαρτάται από το πόσο ευπαθής είναι η θέση του εργαζομένου στην αγορά εργασίας και επιτείνεται από την έλλειψη επαρκών μηχανισμών επιβολής τους.

Αν και οι παραπάνω παράγοντες αναφέρονται κυρίως στην επισφαλή απασχόληση, η κρίση όχι μόνο οδήγησε στην προώθηση αυτών των μορφών εργασίας, αλλά έχει επιφέρει αρνητικές μεταβολές και στις εργασιακές συνθήκες γενικότερα, με συνέπεια ένα σημαντικό μέρος των εργαζομένων να εκτίθεται σε κάποιους ή και σε περισσότερους από αυτούς τους κινδύνους της εργασιακής υγιεινής και ασφάλειας. Αυτό, βέβαια, σημαίνει και ότι η απώλεια της εργασίας μπορεί να συνεπάγεται και την αποφυγή των κινδύνων της υγείας που σχετίζονται με την εργασία, όπως είναι το εργασιακό στρες, η φυσική καταπόνηση και οι επικίνδυνες συνθήκες εργασίας. Επίσης, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η επιμήκυνση του χρόνου παραμονής στην αγορά εργασίας, λόγω της αύξησης των ορίων ηλικίας για τη συνταξιοδότηση, μπορεί να είναι ιδιαίτερα επιζήμια για τους εργαζόμενους χαμηλής ειδίκευσης, οι οποίοι συνήθως εργάζονται υπό περισσότερο επικίνδυνες συνθήκες και υψηλότερο εργασιακό άγχος (Avendano και Berkman, 2014).

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

Πάντως, οι επικίνδυνες εργασιακές συνθήκες, η σωματική καταπόνηση και το στρες που συνδέονται με την εργασία μπορεί να έχουν επιζήμιες συνέπειες στην υγεία των εργαζομένων και κατά την περίοδο της οικονομικής ανόδου (Ruhm, 2003· Ruhm, 2005). Κάποιοι τομείς της οικονομίας είναι περισσότερο ευαίσθητοι στους οικονομικούς κύκλους (π.χ. κατασκευαστικός κλάδος), οπότε και συνδέονται με περισσότερα ατυχήματα και συμβάλλουν σε άλλα αρνητικά υποπροϊόντα της οικονομικής δραστηριότητας που αποτελούν κινδύνους για την υγεία κατά την περίοδο της οικονομικής επέκτασης (π.χ. η μόλυνση, η κυκλοφοριακή συμφόρηση και τα αυτοκινητιστικά ατυχήματα) (Ruhm, 2003· Ruhm, 2005). Λόγω της εντατικοποίησης του ρυθμού της εργασίας, την ταχεία ενσωμάτωση νέου άπειρου εργατικού δυναμικού και την επιμήκυνση του χρόνου της εργασίας, το οποίο συνεπάγεται κάποιοι εργαζόμενοι να εργάζονται όντας κουρασμένοι, ο κίνδυνος των εργασιακών ατυχημάτων επιδεινώνεται (de la Fuente κ.ά., 2014). Γενικότερα, φαίνεται να έχει σημασία ο χρονικός ορίζοντας της οικονομικής ανάπτυξης. Η διεύρυνση του ωραρίου της εργασίας κατά τη διάρκεια μεταβατικών οικονομικών επεκτάσεων μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες στην υγεία, καθώς απαιτείται μια εντατικοποίηση της εργασίας στο πλαίσιο της υφιστάμενης τεχνολογίας. Αντίθετα, η μακροπρόθεσμη οικονομική ανάπτυξη, που συνδέεται με τεχνολογικές βελτιώσεις ή επεκτάσεις του κεφαλαίου, επιτρέπει τη μετακίνηση των ορίων των παραγωγικών δυνατοτήτων προς τα δεξιά και την πιθανή αντιστάθμιση του κόστους στην υγεία. Επιπλέον, τα άτομα μπορούν να προσαρμόσουν καλύτερα την κατανάλωση, την κατανομή του χρόνου τους και τις παραγωγικές αποφάσεις τους για τη βελτίωση της υγείας τους στον μακροπρόθεσμο ορίζοντα (Ruhm, 2003· Ruhm, 2005).

Από την άλλη πλευρά, σε περιόδους οικονομικής συρρίκνωσης, τίθεται σε λειτουργία μια διαδικασία φυσικής επιλογής, όπου οι περισσότεροι ικανοί και εξειδικευμένοι (μεγαλύτερης ηλικίας, περισσότερο έμπειροι) εργαζόμενοι είναι περισσότερο πιθανό να διατηρήσουν τις θέσεις τους. Αυτό έχει ως συνέπεια να μειώνεται όχι μόνο ο αριθμός των μικρών και των σοβαρών ατυχημάτων, αλλά και ο σχετικός κίνδυνος (de la Fuente κ.ά., 2014· Burgard και Kalousova, 2015). Πάντως, έχει παρατηρηθεί ότι οι εργαζόμενοι τείνουν να μην αναφέρουν μικροτραυματισμούς αλλά και να απουσιάζουν λιγότερο από την εργασία κατά

τη διάρκεια των υφέσεων, όταν τα ποσοστά της ανεργίας είναι υψηλά, λόγω του φόβου της απώλειας της θέσης τους (Leigh, 1985). Μάλιστα, η προσέλευση του εργαζομένου στον χώρο εργασίας ακόμη και όταν είναι άρρωστος μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο μετάδοσης ασθενειών (Kumar κ.ά., 2013).

Έπειτα, η εργασία δεν συνδέεται μόνο με απτά οφέλη, όπως είναι οι μισθοί, αλλά και με μη οικονομικές ή λανθάνουσες λειτουργίες, όπως είναι η άσκηση φυσικής και πνευματικής δραστηριότητας με τη χρησιμοποίηση ικανοτήτων και γνώσεων, η δόμηση του χρόνου κάθε ημέρας, η παροχή ευκαιριών για διαπροσωπικές επαφές, η διαμόρφωση του κοινωνικού στάτους και της αυτοεκτίμησης, η δημιουργία της αίσθησης του ανήκειν και της επιδίωξης συλλογικών στόχων και η παροχή κινήτρου για τη μετάβαση από τη μια ημέρα στην επόμενη (Warr, 1987· Bartley, 1994· Avendano και Berkman, 2014). Συνεπώς, η απώλεια της εργασίας, η συνταξιοδότηση αλλά, εν μέρει, και η επισφαλής απασχόληση συνεπάγονται την αποστέρηση του ατόμου από αυτούς τους πολύτιμους ψυχοκοινωνικούς πόρους, το οποίο μπορεί να έχει επιβλαβείς συνέπειες για τη σωματική και την ψυχική υγεία του. Οι ψυχοκοινωνικοί πόροι μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη διαχείριση (περιορισμός συχνότητας ή/και αντικτύπου) των στρεσογόνων καταστάσεων: α) επηρεάζοντας τις συναισθηματικές καταστάσεις, β) προωθώντας ενεργητικές προσπάθειες (π.χ. επίλυση προβλημάτων, αναζήτηση υποστήριξης) και δημιουργώντας διεξόδους συναισθηματικής έκφρασης και γ) επηρεάζοντας τη νευρική ρύθμιση των αποκρίσεων στο στρες (ρύθμιση των αποκρίσεων στην απειλή από τον περιφερικό προμετωπιαίο φλοιό, ενεργοποίηση των περιοχών του εγκεφάλου που σχετίζονται με την ενεργοποίηση της συμπεριφοράς γενικά και της επιδίωξης στόχων ειδικότερα, ενεργοποίηση των κέντρων ανταμοιβής του εγκεφάλου), με αυτές τις εγκεφαλικές ενεργοποιήσεις να ρυθμίζουν ακολούθως τις ψυχολογικές, αυτόνομες, νευροενδοκρινικές και ανοσολογικές αποκρίσεις στην απειλή (Taylor και Broffman, 2011). Ωστόσο, οι ψυχοκοινωνικοί πόροι μπορούν να επιτρέψουν όχι μόνο την καλύτερη διαχείριση της εμπειρίας ενός στρεσογόνου συμβάντος, αλλά και την αναγνώριση των πιθανών στρεσογόνων παραγόντων και την προληπτική ανάληψη δράσης για την αποφυγή τους ή τη μετρίαση του αντίκτυπου τους (proactive coping) (Aspinwall και Taylor, 1997).

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

Ειδικά για τα κοινωνικά δίκτυα, θα πρέπει να σημειωθεί ότι, εκτός από τις επιπτώσεις που μπορεί να έχουν σε αυτά η απώλεια της εργασίας και η συνταξιοδότηση, η δυνατότητα συντήρησης του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου μπορεί να περιοριστεί και από τους λιγότερους οικονομικούς πόρους (Egarter κ.ά., 2011). Όπως διαπιστώσαμε σε προηγούμενη ενότητα, τα κοινωνικά δίκτυα μπορούν να ωφελήσουν σημαντικά την ατομική υγεία μέσω της παροχής κοινωνικής υποστήριξης κάθε μορφής (π.χ. πρακτική ή οικονομική βοήθεια, συμβουλές και συναισθηματική στήριξη) (Cohen κ.ά., 2000c), επιτρέποντας στα άτομα να διαχειριστούν καλύτερα τις δυσχέρειες που προκύπτουν από την οικονομική κρίση. Πάντως, ως προς την επίδραση του περιορισμού των κοινωνικών δικτύων στον τρόπο ζωής, οι πιθανοί μηχανισμοί που τίθεται σε λειτουργία είναι αντικρουόμενοι. Για παράδειγμα, ενώ οι λιγότερες κοινωνικές διαδράσεις μπορεί να οδηγήσουν την ήπια κατανάλωση αλκοόλ σε χαμηλότερα επίπεδα στο σύνολο (Morris και Cook, 1991), η μεγαλύτερη απομόνωση ενισχύει τις επιβλαβείς συμπεριφορές ως ένας τρόπος διαχείρισης του στρες που προκαλεί η απώλεια της εργασίας (Avendano και Berkman, 2014).

Οι μακροπρόθεσμες συνέπειες της κρίσης στην υγεία των ατόμων μπορούν να προκύψουν αφενός με την έκθεση σε παράγοντες κινδύνου σε κρίσιμες περιόδους της ζωής, και αφετέρου με την επιδείνωση των προοπτικών της κοινωνικοοικονομικής τροχιάς. Οι μηχανισμοί αυτοί συνδέονται με την προσέγγιση του «κύκλου ζωής», που έχουμε αναλύσει σε προηγούμενο κεφάλαιο. Στο πλαίσιο του βιολογικού προγραμματισμού, η ανάπτυξη των οργάνων στα στάδια της κύησης και της πρώιμης βρεφικής ηλικίας καθορίζει τη μέγιστη δυνατή λειτουργική ικανότητα του ανθρώπου, ο οποίος στη συνέχεια αναπτύσσεται εντός αυτού του ανώτατου ορίου. Το υπόδειγμα των κρίσιμων περιόδων επεκτείνει την ιδέα του βιολογικού προγραμματισμού συμπεριλαμβάνοντας και τα στάδια της ανάπτυξης του βρέφους και του παιδιού (Blane κ.ά., 2007). Θεωρείται, λοιπόν, ότι το περιβάλλον και οι εμπειρίες κατά τα πρώτα στάδια της ζωής ενσωματώνονται βιολογικά στον άνθρωπο, επηρεάζοντας την ανάπτυξη και τη μελλοντική πορεία της υγείας του (Hertzman και Boyce, 2010), καθώς διαμορφώνουν τη δομή και τη λειτουργία των οργάνων, των ιστών και των βιολογικών συστημάτων σε μεγαλύτερο βαθμό

από ό,τι οι εμπειρίες στη μετέπειτα ζωή (Ben-Shlomo και Kuh, 2002). Έτσι, η έκθεση στις κοινωνικοοικονομικές συνέπειες των υφέσεων (διαμέσου του οικογενειακού περιβάλλοντος) σε αυτές τις κρίσιμες περιόδους κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου μπορεί να έχουν σημαντικό αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία του μακροπρόθεσμα (Avendano και Berkman, 2014). Μάλιστα, η εμπειρία της ύφεσης στα πρώτα στάδια της κύησης έχει συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο μειωμένης ανάπτυξης του εμβρύου (Margerison-Zilko κ.ά., 2011). Επίσης, τα άτομα που γεννιούνται σε περίοδο ύφεσης και φθάνουν μέχρι την ηλικία των 35 ετών ζουν κατά μέσο όρο 10 μήνες λιγότερο από άτομα που γεννιούνται σε περίοδο οικονομικής άνθησης (van den Berg κ.ά., 2009). Η παραπάνω έννοια των κρίσιμων περιόδων μπορεί να επεκταθεί με εκείνη των ευαίσθητων περιόδων (*sensitive periods*). Στο πλαίσιο αυτό, η έκθεση σε κάποιον δυσμενή παράγοντα σε συγκεκριμένες περιόδους της ζωής έχει ισχυρότερες αρνητικές συνέπειες από ό,τι σε άλλα στάδιά της (Ben-Shlomo και Kuh, 2002· Hessel και Avendano, 2016). Για παράδειγμα, έχει βρεθεί ότι η εμπειρία της ύφεσης στις μεσαίες ηλικιακές κατηγορίες σχετίζεται με αυξημένα γνωστικά προβλήματα στους ηλικιωμένους άνδρες και γυναίκες. Αυτή η γνωστική δυσλειτουργία στη μετέπειτα ζωή μπορεί να οφείλεται στη μείωση της συνολικής έκθεσης καθόλη της διάρκεια της ζωής του ατόμου στα γνωστικά ερεθίσματα που σχετίζονται με την εργασία ή την κατάθλιψη και το άγχος που συνδέεται με τον μεγαλύτερο κίνδυνο παραμονής εκτός της αγοράς εργασίας σε αυτές τις ηλικίες (Leist κ.ά., 2014). Ακόμη, τα άτομα που βιώνουν ύφεση κοντά στα 60 έτη τους παρουσιάζουν μικρότερη πιθανότητα μακροπρόθεσμης επιβίωσης (μειωμένη μακροβιότητα), με τη σχέση αυτή να διαμεσολαβείται (*mediated*) από μεγαλύτερες περιόδους με χαμηλότερα ποσοστά εργασίας, ασφαλιστικής υγειονομικής κάλυψης και χρήσης των υπηρεσιών υγείας (Coile κ.ά., 2014). Αντίστοιχα, η έκθεση σε οικονομική κάμψη στις ηλικίες μεταξύ 45 και 59 ετών έχει σχετιστεί με προβλήματα υγείας σε μεγαλύτερη ηλικία, το οποίο συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο επιβλαβών συμπεριφορών και χαμηλού εισοδήματος (Hessel και Avendano, 2016).

Σύμφωνα με έναν άλλον μηχανισμό της προσέγγισης του «κύκλου ζωής», τα κοινωνικοοικονομικά πλεονεκτήματα ή μειονεκτήματα κατά την κρίσιμη παιδική ηλικία καθορίζουν την κοινωνικοοικονομική τροχιά της ζωής του

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

ατόμου, η οποία και επηρεάζει την υγεία του μακροπρόθεσμα (Ben-Shlomo και Kuh, 2002). Γενικότερα, υπάρχουν κάποιες περιόδους βασικών κοινωνικών μεταβάσεων (social transitions) κατά τη διάρκεια της ζωής των ατόμων, οι οποίες είναι κρίσιμες για την κοινωνική ανάπτυξη και την εργασιακή πορεία τους, όπως από το ένα επίπεδο εκπαίδευσης στο επόμενο, η είσοδος στην αγορά εργασίας, η αποχώρηση από το σπίτι των γονέων, η δημιουργία οικογένειας και η συνταξιοδότηση (Bartley κ.ά., 1997). Για παράδειγμα, η Maclean (2013) διαπίστωσε ότι οι άνδρες που μεταβαίνουν από το σχολείο στην αγορά εργασίας σε περίοδο υψηλής ανεργίας έχουν χειρότερη τόσο φυσική όσο και ψυχική υγεία στην ηλικία των 40 ετών από ό,τι οι ομόλογοί τους που πραγματοποιούν αυτήν τη μετάβαση εν μέσω οικονομικής άνθησης. Αυτό το μειονέκτημα υγείας αποδίδεται στις λιγότερες και χαμηλότερου επιπέδου ανοιχτές θέσεις εργασίας, οι οποίες συνεπάγονται μακροχρόνια χειρότερες εργασιακές εκβάσεις ως προς τους μισθούς, το επαγγελματικό κύρος, την παραγωγικότητα και την επαγγελματική εξέλιξη. Από την άλλη πλευρά, οι γυναίκες παρουσιάζουν λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα στην ηλικία των 40 ετών, εφόσον έχουν αφήσει το σχολείο σε περίοδο υψηλής ανεργίας. Αυτό το αντίθετο εύρημα μπορεί να οφείλεται στο ότι, λόγω της ύφεσης, οι γυναίκες προστατεύονται από την ανάληψη επιπρόσθετων ωρών εργασίας, πέρα από τις υποχρεώσεις τους εντός του σπιτιού, το οποίο θα συνεπαγόταν τη δημιουργία στρες και ενδοοικογενειακών εντάσεων²²⁷. Η εμπειρία της κρίσης κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής φαίνεται να είναι περισσότερο αρνητική για την υγεία των ατόμων μετά το μέσο της παραγωγικής περιόδου (Antonova κ.ά., 2017), ιδίως κοντά στη συνταξιοδότηση (Coile κ.ά., 2014). Αυτό διότι η πιθανότητα επανένταξης στην αγορά εργασίας κατόπιν της απώλειας εργασίας

²²⁷ Πάντως, αν και φαίνεται ότι οι μακροοικονομικές συνθήκες κατά τη διάρκεια της μετάβασης από το σχολείο στην αγορά εργασίας επηρεάζουν την υγεία των ατόμων μακροπρόθεσμα, τα ευρήματα των ερευνών δεν είναι πάντοτε συνεπή με αυτήν την υπόθεση. Για παράδειγμα, οι Hessel και Avendano (2013) διαπίστωσαν ότι αυτή η μετάβαση σε περίοδο οικονομικής συρρίκνωσης συνδέεται με καλύτερη φυσική λειτουργία για τους άνδρες στην τρίτη ηλικία, αλλά χειρότερη για τις γυναίκες.

είναι μειωμένη, με συνέπεια τα άτομα αυτά είτε να αποδέχονται χαμηλότερους μισθούς είτε να συνταξιοδοτούνται πρόωρα (Avendano και Berkman, 2014).

Έπειτα, οι επιπτώσεις της απώλειας της εργασίας δεν περιορίζονται μόνο στη βραχυπρόθεσμη μείωση του εισοδήματος, αλλά αφήνουν και μια «ουλή» (scar), που ακολουθεί τον εργαζόμενο καθόλη τη διάρκεια της εργασιακής πορείας του. Αρχικά, η προηγούμενη απώλεια εργασίας μπορεί να δημιουργήσει ένα στίγμα στο άτομο, το οποίο το ακολουθεί στις επόμενες αιτήσεις εργασίας του. Έτσι, οι μελλοντικοί εργοδότες του μπορεί να το θεωρήσουν ως ένδειξη της εργασιακής απόδοσής του, με συνέπεια να του προσφέρονται λιγότερες θέσεις εργασίας και χαμηλότεροι αρχικοί μισθοί. Έπειτα, εκτός του ανθρώπινου κεφαλαίου (π.χ. δεξιότητες και γνώσεις) που είναι μεταβιβάσιμο μεταξύ των εργασιών, υπάρχει και ένα είδος ανθρώπινου κεφαλαίου που σχετίζεται συγκεκριμένα με το περιβάλλον του προηγούμενου εργοδότη, το οποίο δεν μπορεί να μεταφερθεί στην επόμενη θέση εργασίας. Αυτό συνεπάγεται χαμηλότερες μελλοντικές απολαβές, καθώς οι μελλοντικοί εργοδότες θα είναι απρόθυμοι να ανταμείψουν τις μη αξιοποιήσιμες δεξιότητές του. Η επίπτωση αυτής της απώλειας σε ανθρώπινο κεφάλαιο μπορεί να είναι μικρότερη για τον εργαζόμενο, εάν καταφέρει να επαναπροσληφθεί σε παρόμοιες θέσεις εργασίας, και πολύ μεγαλύτερη, εάν αλλάξει επάγγελμα ή κλάδο της οικονομίας. Ωστόσο, κατά την περίοδο των υφέσεων ή έντονων οικονομικών αναδιοργανώσεων, τα χαμηλά ποσοστά των κενών θέσεων αναγκάζουν πολλούς εργαζόμενους να αποδεχθούν θέσεις σε άλλους τομείς ή να αλλάξουν επάγγελμα, με συνέπεια την απομείωση της αξίας των εργασιακών δεξιοτήτων τους (Arulampalam, 2001· Gangl, 2006). Επίσης, η αναζήτηση εργασίας μπορεί να επηρεάζεται και από τους οικονομικούς περιορισμούς, οι οποίοι επιτείνονται κατά τη διάρκεια της ύφεσης και για τον λόγο της μείωσης του πλούτου και της υψηλότερης φορολόγησης. Συνολικά, λοιπόν, η απώλεια της εργασίας σε περίοδο ύφεσης μπορεί να συνδέεται με σημαντική φαλκίδευση του ανθρώπινου κεφαλαίου, το οποίο μπορεί να έχει διαρκείς, αρνητικές συνέπειες στους μελλοντικούς μισθούς και την εργασιακή πορεία των άνεργων ατόμων και, κατ' επέκταση, στην υγεία τους μακροπρόθεσμα (Avendano και Berkman, 2014). Μάλιστα, αυτή η απώλεια ανθρώπινου κεφαλαίου αυξάνεται όταν τα άτομα παραμένουν χωρίς εργασία

για μεγαλύτερο διάστημα, καθώς δεν χρησιμοποιούν τις δεξιότητές τους. Επίσης, οι μακροπρόθεσμα άνεργοι είναι λιγότερο πιθανό να βρουν εργασία και λόγω του περιορισμού της πρόσβασής τους σε επαγγελματικές ευκαιρίες από τη συρρίκνωση του επαγγελματικού και κοινωνικού δικτύου τους (Chandola και Conibere, 2015).

5.4.1.3. Μηχανισμοί επίδρασης στις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας

Συνολικά, η οικονομική συρρίκνωση δεν συνεπάγεται μόνο –κατά κύριο λόγο ανεπιθύμητες– συνέπειες στην υγεία στο ατομικό επίπεδο, αλλά και έναν διαφοροποιημένο υγειονομικό αντίκτυπο εντός του πληθυσμού. Αυτό διότι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου, όπως είναι η ανεργία, το χαμηλό εισόδημα, οι κακές συνθήκες στέγασης, η ανασφάλεια και το στρες και οι κοινωνικές πολιτικές, μεταβάλλονται σημαντικά κατά τη διάρκεια της ύφεσης και κάθε ομάδα του πληθυσμού μπορεί να υφίσταται διαφορετικού είδους και μεγέθους μεταβολές. Συνεπώς, η οικονομική κρίση μπορεί να επηρεάσει το μέγεθος και τα ειδικότερα χαρακτηριστικά των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας.

Μια βασική υπόθεση που γίνεται είναι ότι τα χαμηλά κοινωνικά στρώματα είναι περισσότερο ευάλωτα σε μια δυσανάλογα υψηλότερη έκθεση στις αρνητικές κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις της ύφεσης (Pfeffer κ.ά., 2013· van der Wel κ.ά., 2018). Αρχικά, η επιβράδυνση της οικονομίας επηρεάζει περισσότερο τα υψηλά εισοδηματικά στρώματα του πληθυσμού που εργάζονται στον χρηματοπιστωτικό τομέα. Ωστόσο, με κάποια καθυστέρηση, η οικονομική κάμψη μειώνει τη ζήτηση στην αγορά εργασίας, με συνέπεια την αύξηση του ποσοστού ανεργίας, ιδιαίτερα ανάμεσα στους εργαζόμενους με χαμηλές δεξιότητες, καθότι αντιμετωπίζουν έναν μεγαλύτερο ανταγωνισμό. Έτσι, οι μειονεκτούσες ομάδες του πληθυσμού συνδέονται με μεγαλύτερη πιθανότητα να υποστούν την εμπειρία της απώλειας της εργασίας, ειδικά της μακροπρόθεσμης, ή και να αφήσουν μόνιμα την αγορά εργασίας. Ακόμη και αν διατηρήσουν την εργασία τους, κινδυνεύουν περισσότερο να εργάζονται υπό επισφαλείς συνθήκες, το οποίο συνεπάγεται μια κατάσταση ανισορροπίας μεταξύ απαιτήσεων και ανταμοιβών, υψηλότερο ψυχολογικό στρες και

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

λιγότερους πόρους για τη διαχείρισή του και μεγαλύτερη έκθεση σε φυσικούς παράγοντες κινδύνου. Έπειτα, οι μειονεκτούσες ομάδες του πληθυσμού είναι πιθανότερο να βασίζονται στις κοινωνικές μεταβιβάσεις και τις δημόσιες υπηρεσίες, καθώς και να αντιμετωπίζουν προβλήματα πρόσβασης και κοινωνικού αποκλεισμού, με συνέπεια να πλήττονται περισσότερο από τα μέτρα λιτότητας. Επίσης, διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο να αντιμετωπίσουν σημαντικές οικονομικές δυσκολίες και χρέη, που μπορεί να οδηγήσουν ακόμη και στη φτωχοποίησή τους και την απώλεια της στέγης τους. Τα μη προνομιούχα νοικοκυριά χαρακτηρίζονται και από χαμηλότερη ανθεκτικότητα ως προς την αντιμετώπιση των δυσμενών οικονομικών συμβάντων της ύφεσης, καθότι δεν διαθέτουν αρκετές αποταμιεύσεις και συνδέονται με ασθενή δίκτυα, τα οποία δε μπορούν να τους υποστηρίξουν επαρκώς υλικά ή και συναισθηματικά (Marmot κ.ά., 2013· van der Wel κ.ά., 2018).

Βραχυπρόθεσμα, η επαρκής κοινωνική προστασία μπορεί να μετριάσει τις αρνητικές συνέπειες της απώλειας της εργασίας και των εισοδημάτων στην υγεία των χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου νοικοκυριών. Μακροπρόθεσμα, πάντως, ιδίως αν συνδυαστεί με περικοπές στις κοινωνικές δαπάνες και την υποχώρηση του κράτους πρόνοιας, η ύφεση μπορεί να πλήξει σοβαρά την υγεία αυτών των ομάδων (Copeland κ.ά., 2013· Bambra κ.ά., 2015· van der Wel κ.ά., 2018), μέσω των μηχανισμών που έχουμε ήδη αναπτύξει. Γενικότερα, η λιτότητα είναι αντίστροφα προοδευτική και επηρεάζει κυρίως τα φτωχότερα τμήματα του πληθυσμού, με αυτόν τον τρόπο αυξάνοντας τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες. Η προοδευτική φορολογία και οι στοχευμένες κοινωνικές παροχές ενδέχεται να αντισταθμίσουν μέρος αυτών των δυσμενών εξελίξεων, ωστόσο, συνήθως δεν επαρκούν για να αντιστρέψουν πλήρως τον αρνητικό αντίκτυπο των πολιτικών λιτότητας (Stuckler κ.ά., 2017).

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι λόγω αφενός της αύξησης του επιπολασμού των παραγόντων κινδύνου στον πληθυσμό, και αφετέρου του υψηλότερου κινδύνου που παρουσιάζουν οι ευάλωτες ομάδες να υφίστανται αυτές τις αρνητικές μεταβολές, αναμένουμε οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας να αυξάνονται κατά τη διάρκεια των υφέσεων. Έπειτα, είναι επίσης δυνατόν να αλλάζει και το μέγεθος της επίπτωσης (effect size) αυτών των

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

παραγόντων κινδύνου. Για παράδειγμα, οι κακές συνθήκες στέγασης μπορεί να παρουσιάζουν υψηλότερο κίνδυνο για την υγεία κατά τη διάρκεια της ύφεσης, καθότι μπορεί να συνδυάζονται πλέον και με περισσότερα άτομα να κατοικούν στο ίδιο σπίτι (υπερπλήρεις κατοικίες). Επίσης, το ψυχολογικό στρες από την απώλεια της εργασίας μπορεί να καθίσταται περισσότερο επιβαρυντικό, καθότι η χαμηλή οικονομική δραστηριότητα και η υψηλή ανεργία επιδεινώνουν τις προοπτικές γρήγορης επανένταξης στην αγορά εργασίας. Συνεπώς, είναι δυνατόν να διευρύνονται οι ανισότητες υγείας και για τον λόγο ότι αυξάνεται η ευπάθεια των χαμηλών κοινωνικοοικονομικών ομάδων μέσα από μια διαδικασία επιτάχυνσης της συσσώρευσης μειονεκτημάτων (accelerating cumulative disadvantages) (Heggebø κ.ά., 2019). Πάντως, ακόμη και αν δεν αλλάζει η ένταση της σχέσης μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών προσδιοριστών και της υγείας, μπορεί να μεταβάλλεται το μέγεθος του πληθυσμού που υφίστανται τους παράγοντες κινδύνου (π.χ. αύξηση του ποσοστού του πληθυσμού με υλική αποστέρηση) κατά τη διάρκεια της κρίσης, ώστε ο συνολικός αντίκτυπος των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας να καθίσταται μεγαλύτερος (Bacigalupe και Escolar-Pujolar, 2014). Ως εκ τούτου, οι συνολικές κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας μπορούν να οξυνθούν κατά τη διάρκεια της κρίσης για τους παρακάτω λόγους: α) συσσώρευση περισσότερων κινδύνων στις μειονεκτούσες ομάδες, β) επιδείνωση της επιβλαβούς επίδρασης των παραγόντων κινδύνου και γ) αύξηση του πληθυσμού που υφίσταται δυσμενείς κοινωνικοοικονομικές συνθήκες ή μεταβολές.

Από την άλλη πλευρά, είναι δυνατόν και οι ανισότητες υγείας να μην μεταβάλλονται ή και να αμβλύνονται. Αυτό μπορεί να συμβεί εφόσον τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα υφίστανται σε μεγαλύτερο βαθμό τις θετικές επιπτώσεις της κρίσης, όπως τον μικρότερο κίνδυνο για τροχαία ατυχήματα και τον περισσότερο διαθέσιμο χρόνο για επενδύσεις υγείας (Heggebø κ.ά., 2019). Ωστόσο, έχει παρατηρηθεί ότι οι μειονεκτούσες ομάδες παρουσιάζουν μικρότερη πιθανότητα να επωφεληθούν από τους θετικούς για την υγεία μηχανισμούς της ύφεσης. Για παράδειγμα, είναι πιθανότερο να μην εργάζονται πολλές ώρες από πριν την έναρξη της κρίσης, οπότε η επιβράδυνση της οικονομικής δραστηριότητας δεν μπορεί να τους απελευθερώσει επιπρόσθετο

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

χρόνο, τον οποίο θα τον αφιερώσουν σε επενδύσεις υγείας (Burgard κ.ά., 2013). Έπειτα, οι ανισότητες υγείας μπορούν να αμβλυνθούν και λόγω της επίδρασης του μηχανισμού της οροφής/βάσης (ceiling/floor effect). Σύμφωνα με αυτό το φαινόμενο, εφόσον το επίπεδο υγείας των υψηλότερων κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων είναι ιδιαίτερα υψηλό, κατά τη διάρκεια του χρόνου μπορεί μόνο να χειροτερέψει. Αντίστροφα, εφόσον το επίπεδο υγείας των μειονεκτουσών ομάδων είναι εξαιρετικά χαμηλό, στο μέλλον μπορεί μόνο να βελτιωθεί. Έτσι, αυτές οι μεταβολές αντίθετης κατεύθυνσης στην υγεία των άκρων της κοινωνικής ιεραρχίας οδηγούν στη μείωση του χάσματος υγείας μεταξύ τους (Heggebø κ.ά., 2019). Επίσης, είναι δυνατόν οι προαναφερθείσες επωφελείς και επιβλαβείς διαδικασίες να αντισταθμίζουν πλήρως η μία την άλλη ή οι όποιες αρνητικές και θετικές υγειονομικές επιπτώσεις της κρίσης να κατανέμονται ισομερώς στον πληθυσμό, με συνέπεια οι ανισότητες υγείας να παραμένουν σταθερές (Heggebø κ.ά., 2019).

Μια άλλη ενδιαφέρουσα εξήγηση για την πιθανή άμβλυνση των ανισοτήτων υγείας στην περίοδο της κρίσης αναφέρεται στην κοινωνική κινητικότητα που αλλάζει τη σύνθεση των κοινωνικών ομάδων (Bacigalupe και Escolar-Pujolar, 2014· Heggebø κ.ά., 2019). Κατά τη διάρκεια της οικονομικής επέκτασης, τα ποσοστά της ανεργίας είναι χαμηλά και οι άνεργοι τείνουν να αποτελούνται κυρίως από άτομα με πολλαπλά κοινωνικά μειονεκτήματα. Μεταξύ αυτών, συμπεριλαμβάνεται και η κακή υγεία, καθώς, στο πλαίσιο της διαδικασίας της κοινωνικής επιλογής, τα προβλήματα υγείας αποτελούν αιτία αποχώρησης και εμπόδιο για επανένταξη στην αγορά εργασίας. Ωστόσο, στην περίοδο της ύφεσης, ακόμη και άτομα με υψηλές δεξιότητες και καλή υγεία παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο απώλειας της εργασίας τους, με συνέπεια να μεταβάλλεται η σύνθεση του άνεργου πληθυσμού και να εξασθενεί η σχέση μεταξύ της ανεργίας και της κακής υγείας. Αντίστοιχα, οι ασθενέστερες αγορές προκαλούν τη μείωση των εισοδημάτων σε μεγάλο μέρος του πληθυσμού, με συνέπεια πολλά άτομα, που μεγάλωσαν και ζούσαν υπό ευνοϊκές συνθήκες διαβίωσης και διαθέτουν καλό επίπεδο υγείας, να διολισθαίνουν στην οικονομική ιεραρχία. Αυτό, όμως, έχει ως αποτέλεσμα τα καθοδικά κινούμενα άτομα να ανεβάζουν το μέσο επίπεδο υγείας των ομάδων χαμηλού εισοδήματος στις οποίες συμπεριλαμβάνονται πλέον. Αν και προκύπτει μια

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

τεχνητή μείωση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας βραχυπρόθεσμα, θα πρέπει πάντως να αναμένουμε ότι η υγεία και αυτών των καθοδικά κινούμενων ατόμων θα επιδεινωθεί μακροπρόθεσμα (λόγω των δυσμενών συνεπειών του χαμηλότερου εισοδήματος), με συνέπεια οι ανισότητες υγείας να ακολουθήσουν την αντίθετη πορεία στο μέλλον, ενδεχομένως και με μεγαλύτερη ένταση. Κάποιοι δείκτες της κοινωνικοοικονομικής θέσης είναι πιο ελαστικοί από κάποιους άλλους, δηλαδή μπορούν να μεταβληθούν ευκολότερα κατά τη διάρκεια της κρίσης, όπως το επάγγελμα και το εισόδημα. Ωστόσο, άλλα μέτρα, όπως το επίπεδο εκπαίδευσης, αποτελούν πιο σταθερά χαρακτηριστικά και, για αυτόν τον λόγο, είναι λιγότερο ευπαθή σε μεροληψίες μέτρησης κατά την αξιολόγηση της εξέλιξης των ανισοτήτων υγείας στο πλαίσιο της ύφεσης (Bacigalupe και Escolar-Pujolar, 2014· Heggebø κ.ά., 2019).

Οι Bacigalupe και Escolar-Pujolar (2014) πραγματοποίησαν μια επισκόπηση των ερευνών των επιπτώσεων των οικονομικών κρίσεων στις ανισότητες υγείας που δημοσιεύτηκαν μέχρι και το 2013. Διαπιστώθηκε, λοιπόν, ότι, με κάποιες εξαιρέσεις, οι ανισότητες υγείας αυξάνονται κατά τη διάρκεια των υφέσεων, αν και αυτό δεν τεκμηριώνεται πάντοτε και για τα δύο φύλα και για όλους τους δείκτες της υγείας και τα μέτρα κοινωνικοοικονομικής θέσης. Αυτή η έλλειψη συμφωνίας στα ευρήματα αποδίδεται στις διαφορές στις κοινωνικές πολιτικές ανάμεσα στις χώρες, τις χρονικές περιόδους των αναλύσεων, τον τρόπο προσέγγισης των κοινωνικοοικονομικών και των υγειονομικών δεικτών και τις τεχνικές μέτρησης του μεγέθους των ανισοτήτων, καθώς και σε αλλαγές στο κοινωνικοοικονομικό προφίλ των ομάδων του πληθυσμού που συγκρίνονταν. Σε μια άλλη, πιο πρόσφατη επισκόπηση της περιόδου 2012-2017, οι Heggebø κ.ά. (2019) διαπίστωσαν ότι τα δύο τρίτα (65%) από τις 49 έρευνες που εντόπισαν τεκμηρίωναν είτε την αύξηση είτε τη μερική αύξηση (κάποιες μετρήσεις έδειχναν διεύρυνση και άλλες σταθερότητα) των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων –ιδίως της ψυχικής– υγείας στην Ευρώπη σε σχέση με την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Επιπλέον, παρατήρησαν ότι οι εκπαιδευτικές και οι επαγγελματικές ανισότητες υγείας συνδέονταν με μια πιο ξεκάθαρη τάση επιδείνωσης σε σχέση με τις εισοδηματικές. Ένα ενδιαφέρον στοιχείο είναι ότι οι ανισότητες υγείας

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

οξύνθηκαν ακόμη και σε χώρες που δεν επηρεάστηκαν σοβαρά από την κρίση αλλά και ανεξαρτήτως του καθεστώτος του κράτους πρόνοιας. Ως εκ τούτου, είναι ασαφές το αν αυτή η εξέλιξη οφείλεται αποκλειστικά στις συνέπειες της κρίσης ή αν απλώς ακολουθεί άλλες προϋπάρχουσες υποκείμενες τάσεις της κατανομής της υγείας στον πληθυσμό.

Σε μια πρόσφατη μελέτη σε 25 Ευρωπαϊκές χώρες μεταξύ 2002 και 2014 διαπιστώθηκε ότι, ενώ η μείωση του Α.Ε.Π. και η αύξηση της ανεργίας συνδέεται με τη μείωση των εκπαιδευτικών ανισοτήτων στην αυτοαξιολογούμενη υγεία, τα μέτρα λιτότητας οδηγούν στη διεύρυνσή τους, με την αρνητική επίδρασή τους να ενισχύεται συν τω χρόνω. Ένα σημαντικό μέρος των αυξανόμενων ανισοτήτων υγείας που σχετιζόταν με τις πολιτικές λιτότητας οφειλόταν στη διάβρωση της κοινωνικής συνοχής αλλά και τις υψηλότερες οικονομικές δυσκολίες του πληθυσμού. Αυτές οι παρατηρήσεις είναι σημαντικές, καθώς δείχνουν ότι δεν είναι η ύφεση *per se* που έχει σημασία για τις ανισότητες υγείας, αλλά οι πολιτικές λιτότητας και οπισθοχώρησης του κράτους πρόνοιας που ακολουθούν. Οι πολιτικές αυτές συνεπάγονται σημαντικότερες αρνητικές υγειονομικές επιπτώσεις για τις μειονεκτούσες ομάδες, με συνέπεια να διευρύνονται οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας (Bambra κ.ά., 2015· Barr κ.ά., 2015).

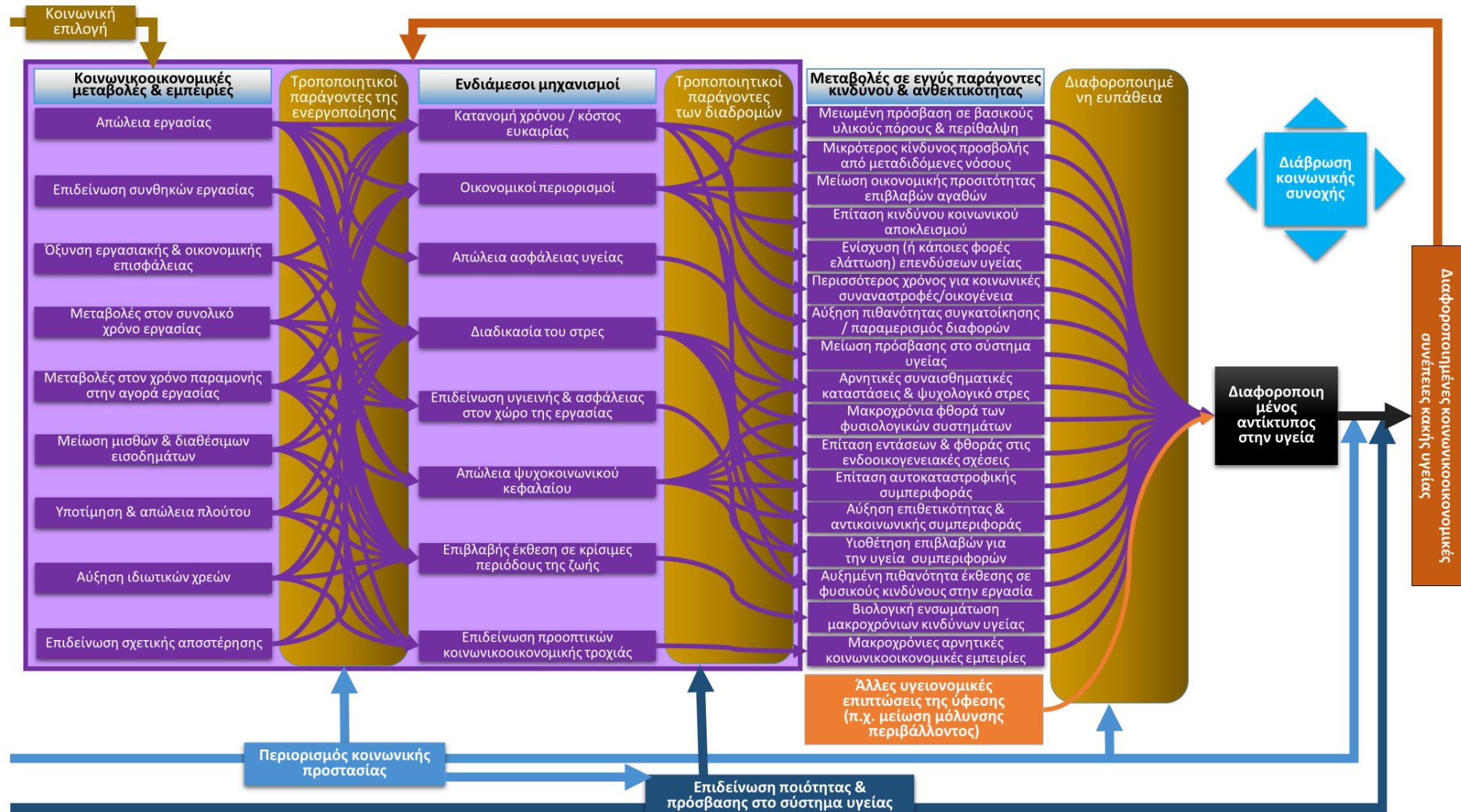
Θα πρέπει να επισημανθεί ότι στο παρακάτω **Γράφημα 5-3** έχουν συμπεριληφθεί οι βασικές διαδρομές της σχέσης μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών μεταβολών που επιφέρει η ύφεση και της υγείας, αλλά όχι όλες. Αυτό διότι υφίστανται σημαντικές διαδράσεις μεταξύ των διαφόρων μηχανισμών και παραγόντων, καθώς και άλλες, μικρότερης σημασίας διαδρομές, οι οποίες δεν μπορούν να αποτυπωθούν πλήρως σε ένα μόνο γράφημα. Πάντως, σε έναν σημαντικό βαθμό έχουν αναπτυχθεί στο κείμενο που προηγήθηκε. Επίσης, κάποιες μεταβολές σε παράγοντες κινδύνου και ανθεκτικότητας μπορεί να είναι παρόμοιες (π.χ. ενίσχυση επενδύσεων υγείας και υιοθέτηση επιβλαβών για την υγεία συμπεριφορών), αλλά έχουν καταγραφεί ξεχωριστά, καθότι μπορεί είτε να στηρίζονται σε διαφορετικό θεωρητικό πλαίσιο είτε να τονίζουν μια συγκεκριμένη διάσταση των παραγόντων. Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι αυτή η παρατήρηση ισχύει σε γενικές γραμμές και για το

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

Γράφημα 5-2, που έχει προηγηθεί, το οποίο είχε επικεντρωθεί στις βασικές διαδρομές υγειονομικής επίπτωσης της ύφεσης στο μακρο- και μεσο-επίπεδο.

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

Γράφημα 5-3 Μηχανισμοί και παράγοντες κινδύνου και ανθεκτικότητας της υγείας στο ατομικό επίπεδο στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης



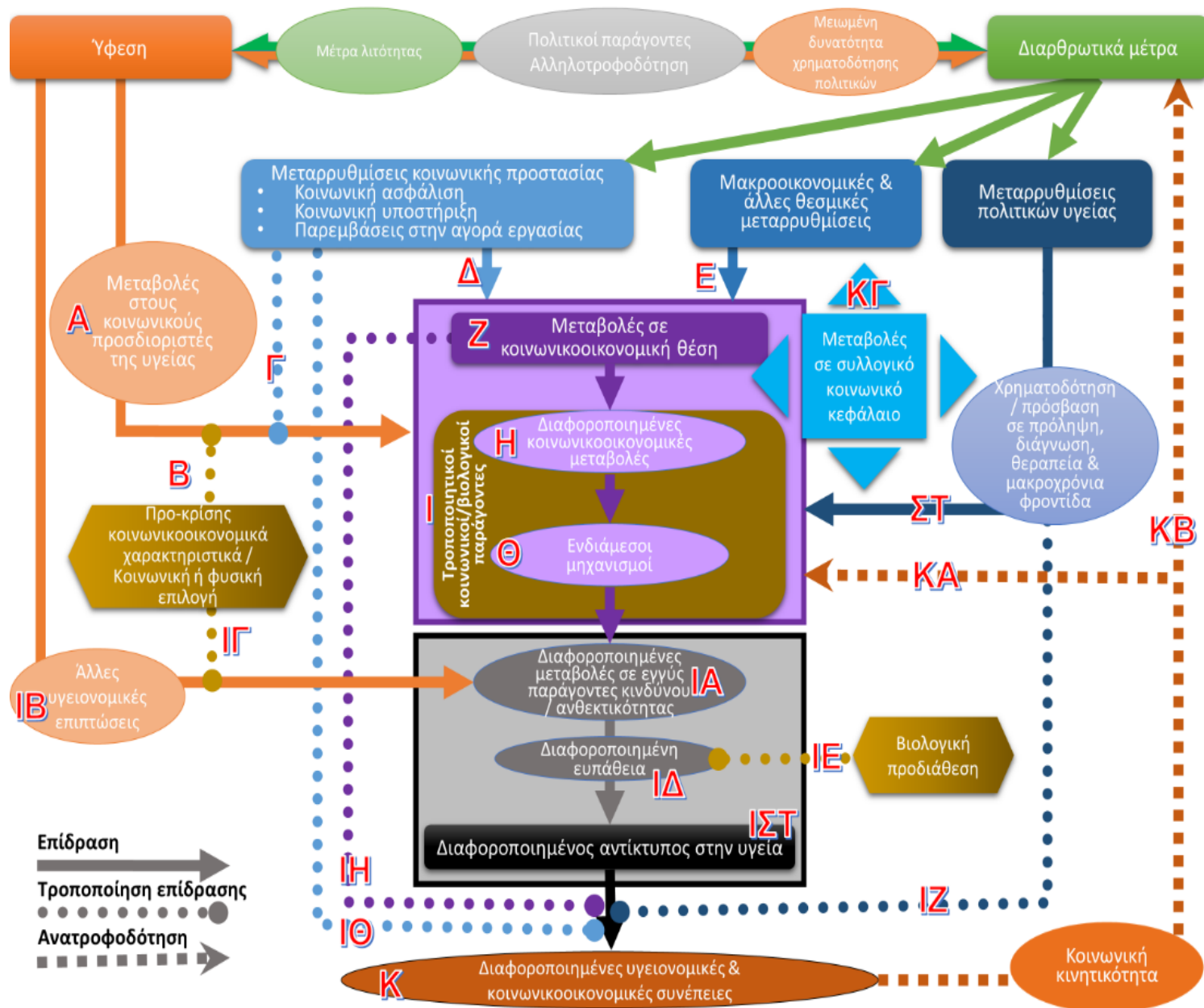
5.4.2. Ολοκληρωμένο εννοιολογικό υπόδειγμα των μηχανισμών των υγειονομικών επιπτώσεων της κρίσης

Στο **Γράφημα 5-4** παρουσιάζεται διαγραμματικά ένα ολοκληρωμένο εννοιολογικό πλαίσιο των μηχανισμών επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την κατανομή της στον πληθυσμό στην Ελλάδα, το οποίο συνθέτει τα ευρήματα των ενοτήτων που προηγήθηκαν. Σε αυτό το υπόδειγμα, η οικονομική κρίση επηρεάζει την υγεία και τις ανισότητες υγείας μέσω τεσσάρων βασικών διαδοχικών διαδικασιών: α) τις διαφοροποιημένες κοινωνικοοικονομικές μεταβολές που επιφέρουν η ύφεση και τα διαρθρωτικά μέτρα, β) τον μετασχηματισμό των κοινωνικοοικονομικών επιπτώσεων σε διαφοροποιημένες μεταβολές στην έκθεση σε εγγύς παράγοντες κινδύνου και ανθεκτικότητας της υγείας, γ) τη διαφοροποιημένη βιολογική ενσωμάτωση των παραγόντων κινδύνου και ανθεκτικότητας λόγω της διαφοροποιημένης ευπάθειας και δ) τις διαφοροποιημένες υγειονομικές και κοινωνικοοικονομικές συνέπειες της ασθένειας.

Όπως έχουμε ήδη επισημάνει, αν και αυτό το υπόδειγμα έχει στο επίκεντρό του την πρόσφατη κρίση στην Ελλάδα, θεωρούμε ότι θα μπορούσε να εφαρμοστεί και σε άλλες ανάλογες περιπτώσεις σε άλλες χώρες. Επίσης, θα πρέπει να σημειωθεί ότι αυτό που μας ενδιαφέρει είναι οι κοινωνικοοικονομικές και υγειονομικές μεταβολές και οι μηχανισμοί διαμέσου των οποίων αυτές επέρχονται κατά τη διάρκεια της κρίσης. Πρόκειται για μια δυναμική διαδικασία που εκτυλίσσεται συγκεκριμένα σε αυτήν την περίοδο. Σε αυτό το σχήμα, οι κοινωνικές, πολιτισμικές οικονομικές, πολιτικές και ιστορικές διαδικασίες που έχουν διαμορφώσει είτε τη συγκεκριμένη κοινωνική διαστρωμάτωση και το θεσμικό πλαίσιο της ελληνικής κοινωνίας πριν την έναρξη της κρίσης, είτε τις αιτίες για την οικονομική συρρίκνωση, είτε τις αποφάσεις για τη λήψη των συγκεκριμένων διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων θεωρούνται δεδομένες και εκφεύγουν του σκοπού αυτού του υποδείγματος.

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

Γράφημα 5-4 Ολοκληρωμένο εννοιολογικό υπόδειγμα των μηχανισμών των υγειονομικών επιπτώσεων της κρίσης



5.4.2.1. Διαφοροποιημένες κοινωνικοοικονομικές μεταβολές

Το υπόδειγμα ξεκινάει με τους βασικούς δομικούς παράγοντες της οικονομικής κρίσης, οι οποίοι είναι η ύφεση και τα διαρθρωτικά μέτρα που ελήφθησαν για την εξυγίανση των δημοσίων οικονομικών της χώρας, με τους παράγοντες αυτούς να διαδρούν και αλληλοτροφοδοτούνται. Η ύφεση εκφράζεται με μια επιβράδυνση της οικονομικής δραστηριότητας, η οποία συνεπάγεται ασθενέστερες αγορές (π.χ. αγορές καταναλωτών και

επιχειρήσεων, αγορά ακινήτων, αγορά εργασίας, χρηματοπιστωτική αγορά) και μειωμένα δημόσια έσοδα, τα οποία περιορίζουν τη δυνατότητα χρηματοδότησης των δημοσίων πολιτικών και επιτείνουν το πρόβλημα του δημοσιονομικού ελλείμματος και του δημοσίου χρέους της χώρας. Για την αντιμετώπιση αυτών των δημοσιονομικών προβλημάτων αλλά και την υπέρβαση της ύφεσης εφαρμόστηκαν μια σειρά διαρθρωτικών μέτρων με στόχο τη βελτίωση της ανταγωνιστικότητας της ελληνικής οικονομίας και την εξυγίανση των δημοσίων οικονομικών. Τις μεταρρυθμίσεις αυτές μπορούμε να τις διακρίνουμε σε μεταβολές: α) στις πολιτικές κοινωνικής προστασίας (κοινωνική υποστήριξη, κοινωνική ασφάλιση, παρεμβάσεις στην αγορά εργασίας), β) στις μακροοικονομικές και άλλες θεσμικές πολιτικές (π.χ. δημοσιονομική και οικονομική πολιτική, χρηματοπιστωτική αγορά, αγορά αγαθών και υπηρεσιών) και γ) στις πολιτικές για το σύστημα υγείας. Ωστόσο, η βιβλιογραφία σε γενικές γραμμές συμφωνεί πως τα διαρθρωτικά μέτρα είχαν ως αποτέλεσμα την επιμήκυνση και την εμβάθυνση της περιόδου της οικονομικής συρρίκνωσης, με συνέπεια τη δημιουργία ενός φαύλου κύκλου αλληλοτροφοδότησης μεταξύ της ύφεσης και των μέτρων λιτότητας. Εάν, αντίθετα, τα διαρθρωτικά μέτρα ήταν αντικυκλικά (ή γενικότερα αποτελεσματικά), τότε θα μπορούσαν να είχαν βελτιώσει τις προϋποθέσεις εξόδου από την ύφεση.

Η ύφεση, λοιπόν, συνδέεται με μια αυξημένη πιθανότητα σημαντικών, συνήθως αρνητικών, μεταβολών σε σχέση με βασικούς κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστές (A), όπως είναι η εργασία και το εισόδημα. Σε προηγούμενη ενότητα διαπιστώσαμε μια σημαντική επιδείνωση σε βασικούς κοινωνικούς δείκτες κατά τη διάρκεια της κρίσης, όπως είναι ο κίνδυνος φτώχειας και τα ποσοστά της ανεργίας στον πληθυσμό. Ωστόσο, δεν είναι απαραίτητο να υπάρξουν μεταβολές στην κοινωνικοοικονομική θέση (Z), με μια (συνήθως) καθοδική κοινωνική κινητικότητα, όπως, για παράδειγμα, με την απώλεια της εργασίας, προκειμένου τα άτομα να βιώσουν τις κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις της ύφεσης. Έτσι, μπορεί η κοινωνικοοικονομική θέση κάποιου ατόμου να παραμείνει αμετάβλητη, διατηρώντας την εργασία ή και τον μισθό του, αλλά πλέον να αλλάζουν οι υλικοί, ψυχοκοινωνικοί και άλλοι παράγοντες της υγείας στις οποίες εκτίθεται το άτομο στην ίδια θέση, όπως, για παράδειγμα,

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

με την επιδείνωση των συνθηκών εργασίας ή την όξυνση της εργασιακής ανασφάλειας. Υποθέτουμε ότι οι βασικές κοινωνικοοικονομικές μεταβολές και εμπειρίες που μπορεί να επιφέρει η κρίση είναι: α) η απώλεια της εργασίας, β) η επιδείνωση των συνθηκών εργασίας, γ) η όξυνση της εργασιακής και της οικονομικής επισφάλειας, δ) οι μεταβολές στον συνολικό χρόνο εργασίας, ε) οι μεταβολές στον συνολικό χρόνο παραμονής στην αγορά εργασίας, στ) η μείωση των μισθών και των διαθέσιμων εισοδημάτων, ζ) η υποτίμηση και η απώλεια του πλούτου, η) η αύξηση των ιδιωτικών χρεών και θ) η επιδείνωση της σχετικής αποστέρησης.

Ο κίνδυνος εμφάνισης αλλά και η ένταση των παραπάνω δυσμενών κοινωνικοοικονομικών μεταβολών τροποποιείται από τα προ-κρίσης κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ατόμων (Β). Έτσι, έχει διαπιστωθεί ότι τα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα είναι περισσότερο ευάλωτα στις δυσμενείς κοινωνικοοικονομικές μεταβολές της ύφεσης (Marmot κ.ά., 2013). Για παράδειγμα, οι εργαζόμενοι με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και χαμηλής ειδίκευσης είναι πιθανότερο να απωλέσουν την εργασία τους ή να επιδεινωθούν οι συνθήκες εργασίας τους ή να αντιμετωπίσουν σοβαρότερες οικονομικές δυσκολίες από την πτώση του μισθού τους. Συνεπώς, κάθε ομάδα του πληθυσμού υφίσταται διαφορετικής συχνότητας και έντασης κοινωνικοοικονομικές συνέπειες. Επίσης, είναι ακόμη δυνατόν να τίθεται σε λειτουργία μια διαδικασία κοινωνικής ή φυσικής επιλογής, όπου τα άτομα με είτε προϋπάρχοντα προβλήματα σωματικής ή ψυχικής υγείας ή επιβλαβή τρόπο ζωής (π.χ. κατάχρηση αλκοόλ ή χρήση ουσιών) είτε με λιγότερες ικανότητες ή αφοσίωση να διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο να απωλέσουν την εργασία τους (Schmitz, 2011).

Έπειτα, οι πολιτικές κοινωνικής προστασίας μπορούν να αντισταθμίσουν ή και να εξουδετερώσουν τις κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις της κρίσης (Γ). Έτσι, η κοινωνική προστασία καθορίζει τον βαθμό στον οποίο οι συνθήκες διαβίωσης των εργαζομένων εξαρτώνται από την αγορά εργασίας μέσω διαφόρων σχημάτων υποκατάστασης του εισοδήματος, όπως είναι τα επιδόματα και τα βοηθήματα ανεργίας, το ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα, καθώς και άλλες παροχές που αφορούν στις περιπτώσεις των εργασιακών

ατυχημάτων, της ασθένειας, της αναπηρίας, της άδειας μητρότητας και των συντάξεων. Για παράδειγμα, το επίδομα ανεργίας μπορεί να υποκαταστήσει μέρος της μείωσης του εισοδήματος λόγω της απώλειας της εργασίας, επιτρέποντας τη διατήρηση της οικονομικής προσιτότητας των βασικών αγαθών και υπηρεσιών και την άμβλυση της οικονομικής πίεσης, και να παρέχει περισσότερο χρόνο στους ανέργους για την αναζήτηση κάποιας θέσης εργασίας, που να ανταποκρίνεται καλύτερα στις δεξιότητές τους (Avendano και Berkman, 2014· Cylus και Avendano, 2017). Επίσης, η προστασία της απασχόλησης σε περιόδους υψηλής ανεργίας μπορεί να προφυλάξει τους εργαζόμενους από μια δυσμενή για αυτούς μεταβολή στις εργασιακές συνθήκες (π.χ. μείωση μισθών, ελαστικοποίηση του ωραρίου, μετατροπή του χρονικού ορίζοντα των συμβάσεων) λόγω της πίεσης των εργοδοτών (Burgard και Kalousova, 2015). Ωστόσο, διαπιστώσαμε ότι μια σημαντική υποχώρηση της κοινωνικής προστασίας έλαβε χώρα στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της πρόσφατης κρίσης, έχοντας ως κύρια χαρακτηριστικά τη μείωση των παροχών κοινωνικής ασφάλισης και υποστήριξης και την αυστηροποίηση των κριτηρίων επιλεξιμότητάς τους. Παράλληλα, εφαρμόστηκε μια σειρά μέτρων για την απορρύθμιση της αγοράς εργασίας, η οποία συνδέεται με χειροτέρευση των εργασιακών συνθηκών και αύξηση του κινδύνου της επισφαλούς απασχόλησης.

Το κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο του πληθυσμού δεν μεταβάλλεται μόνο λόγω των κοινωνικοοικονομικών επιπτώσεων της ύφεσης, όπως αυτή τροποποιείται από τα προϋπάρχοντα χαρακτηριστικά των ατόμων και την κοινωνική προστασία. Οι μεταρρυθμίσεις στην κοινωνική προστασία, στις μακροοικονομικές και άλλες θεσμικές πολιτικές, και τις πολιτικές υγείας επίσης μπορούν να οδηγήσουν σε κοινωνικοοικονομικές αλλαγές, ανεξαρτήτως του συγκεκριμένου αντικτύπου της ύφεσης. Αυτή είναι η περίπτωση όπου οι συνθήκες διαβίωσης των ατόμων, ενώ δεν υπόκεινται άμεσα κάποιες από τις προαναφερθείσες βασικές συνέπειες της ύφεσης, παρόλα αυτά υφίστανται τις επιπτώσεις των διαρθρωτικών μέτρων. Για παράδειγμα, τα μέλη ενός χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου νοικοκυριού με παιδιά, ενώ μπορεί να μην έχουν απωλέσει εργασία, μισθούς και πλούτο ή δεν βιώνουν κάποια επιδείνωση στις συνθήκες εργασίας τους, μπορεί να υποστούν σημαντική

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

μείωση στο διαθέσιμο εισόδημα τους λόγω των περικοπών στα οικογενειακά επιδόματα (Δ) ή τις αυξήσεις στους φορολογικούς συντελεστές ή στους αντίστροφα προοδευτικούς φόρους (Ε) ή τις αυξήσεις στις συμμετοχές των ασθενών στο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης (ΣΤ). Θα πρέπει να σημειωθεί, πάντως, ότι είναι αρκετά δύσκολος ο πρακτικός διαχωρισμός των κοινωνικοοικονομικών μεταβολών που οφείλονται αποκλειστικά στην ύφεση από εκείνες που προκύπτουν από τα διαρθρωτικά μέτρα. Καθότι, όμως, αυτό το ενδεχόμενο είναι θεωρητικά δυνατό, το έχουμε συμπεριλάβει στο υπόδειγμά μας.

5.4.2.2. Διαφοροποιημένες μεταβολές στην έκθεση σε εγγύς παράγοντες κινδύνου και ανθεκτικότητας

Οι προαναφερθέντες δομικοί μηχανισμοί και οι προκύπτουσες μεταβολές στην κοινωνικοοικονομική θέση ή/και στα υλικά, ψυχοκοινωνικά και τα άλλα χαρακτηριστικά της κάθε θέσης (Η) επηρεάζουν τους εγγύς παράγοντες κινδύνου ή ανθεκτικότητας της υγείας (ΙΑ) μέσω κάποιων ενδιάμεσων μηχανισμών (Θ). Από τη διερεύνηση της βιβλιογραφίας, καταλήξαμε στον εντοπισμό των παρακάτω ενδιάμεσων μηχανισμών:

- α. Η κατανομή του χρόνου ή το κόστος ευκαιρίας, που αναφέρεται στο πως οι μεταβολές στον χρόνο εργασίας μπορεί να επηρεάσουν τις αποφάσεις των ατόμων για επενδύσεις υγείας.
- β. Οι οικονομικοί περιορισμοί, που αφορούν στις αλλαγές που υφίστανται τα άτομα ως προς την πρόσβασή τους σε βασικά υλικά αγαθά και υπηρεσίες.
- γ. Η απώλεια της ασφάλειας υγείας, που σχετίζεται με την πρόσβαση στο σύστημα υγείας.
- δ. Η διαδικασία του στρες, που αφορά στις ψυχολογικές, σωματικές και συμπεριφορικές αποκρίσεις των ατόμων στο πλαίσιο της διαχείρισης των στρεσογόνων παραγόντων.

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

- ε. Η επιδείνωση της υγιεινής και της ασφάλειας στον χώρο της εργασίας, που αναφέρεται στην επιδείνωση των εργασιακών συνθηκών και της πιθανότητας έκθεσης σε φυσικούς κινδύνους στον χώρο της εργασίας.
- στ. Η απώλεια ψυχοκοινωνικού κεφαλαίου, που συνδέεται με την αποστέρηση των ατόμων από πολύτιμους ψυχοκοινωνικούς πόρους για τη διαχείριση των στρεσογόνων καταστάσεων και τη γενικότερη υποστήριξή τους.
- ζ. Η έκθεση σε παράγοντες κινδύνου σε κρίσιμες περιόδους της ζωής, οι οποίοι ενσωματώνονται βιολογικά στον άνθρωπο, επηρεάζοντας την ανάπτυξη και τη μελλοντική πορεία της υγείας του.
- η. Η επιδείνωση των προοπτικών της κοινωνικοοικονομικής τροχιάς, το οποίο συνεπάγεται αρνητικές κοινωνικοοικονομικές εμπειρίες μακροχρόνια.

Καθένας από τους παραπάνω μηχανισμούς συνδέεται με μια σειρά επιδράσεων σε εγγύς παράγοντες κινδύνου και ανθεκτικότητας της υγείας, οι οποίες δεν είναι αποκλειστικά είτε μόνο θετικές είτε μόνο αρνητικές. Αντίθετα, στις περισσότερες περιπτώσεις, συνεπάγονται την ταυτόχρονη ενεργοποίηση αντίθετης κατεύθυνσης υγειονομικών επιπτώσεων, αναλόγως των ιδιομορφιών της ομάδας του πληθυσμού ή και των ατόμων ξεχωριστά. Για παράδειγμα, ο μηχανισμός των οικονομικών περιορισμών από τη μια πλευρά μπορεί να μειώσει την πρόσβαση σε βασικά αγαθά και την υγειονομική περίθαλψη, αλλά, από την άλλη, μπορεί και να ελαττώσει την οικονομική προσιτότητα κάποιων επιβλαβών αγαθών, όπως είναι τα τσιγάρα και το αλκοόλ. Το ποιοι μηχανισμοί θα ενεργοποιηθούν αλλά και οι συγκεκριμένες επιπτώσεις τους ως προς τους εγγύς παράγοντες της υγείας διαθλώνται μέσα από το πρίσμα κάποιων κοινωνικών και βιολογικών παραγόντων που τροποποιούν τις αιτιώδεις διαδρομές (I), όπως είναι το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, τα προβλήματα υγείας και ο τρόπος ζωής προ-κρίσης, καθώς και η γενετική προδιάθεση. Για παράδειγμα, τα προϋπάρχοντα ψυχολογικά προβλήματα συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς κατόπιν αρνητικών κοινωνικοοικονομικών μεταβολών (Gemmill κ.ά., 2015). Επίσης, το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης λειτουργεί προστατευτικά

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

τόσο ως προς την εκδήλωση ψυχολογικού στρες λόγω της οικονομικής πίεσης όσο και ως προς την αποφυγή επιβλαβών συμπεριφορών ως μηχανισμός απόκρισης στο στρες, ενώ επιτρέπει και την ταχύτερη επανένταξη στην αγορά εργασίας (Kirsch και Ryff, 2016· Colombo κ.ά., 2018). Ακόμη, τα χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου νοικοκυριά διαθέτουν ανεπαρκείς αποταμιεύσεις για να διαχειριστούν αιφνίδια οικονομικά προβλήματα (Wiemers, 2014), καθώς και αδύναμα κοινωνικά δίκτυα, τα οποία δε μπορούν να τους υποστηρίξουν επαρκώς υλικά ή συναισθηματικά (Marmot κ.ά., 2013· van der Wel κ.ά., 2018). Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει, επίσης, και το σύστημα υγείας, ιδίως μέσω των προγραμμάτων πρόληψης και προώθησης της δημόσιας υγείας, τα οποία μπορούν να οδηγήσουν σε βελτίωση της συμπεριφοράς που σχετίζεται με την υγεία (ΣΤ).

Εκτός από τους μηχανισμούς που μετασχηματίζουν τις κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις της κρίσης σε μεταβολές στους παράγοντες κινδύνου και ανθεκτικότητας της ατομικής υγείας, η ύφεση μπορεί να επηρεάσει την υγεία του πληθυσμού και μέσω άλλων μηχανισμών, οι οποίοι λειτουργούν στο ευρύτερο επίπεδο. Το βασικό χαρακτηριστικό αυτών των μηχανισμών είναι ότι δεν σχετίζονται με συγκεκριμένες ατομικές κοινωνικοοικονομικές μεταβολές, αλλά αφορούν στην κοινωνία στο σύνολό της και στη διάδραση των μελών της μεταξύ τους. Πέρα από τους βασικούς θεσμούς της κοινωνικής προστασίας και του συστήματος υγείας, άλλοι βασικοί μηχανισμοί (IB), που επίσης τροποποιούνται από τα προϋπάρχοντα κοινωνικά και προσωπικά χαρακτηριστικά (IG), είναι:

- α. Η αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης επιδημιών και με χειρότερες εκβάσεις υγείας, λόγω της προσβολής από μεταδιδόμενες ασθένειες υπό χειρότερες συνθήκες διαβίωσης και της μειωμένης πρόσβασης σε υγειονομική περίθαλψη, της υποβάθμισης του οικιστικού περιβάλλοντος και των υποδομών και την περιορισμένη δυνατότητα παρακολούθησης, ελέγχου και ανταπόκρισης του συστήματος υγείας.
- β. Η διεύρυνση των οικονομικών ανισοτήτων, που μπορεί να οξύνει τον γεωγραφικό οικονομικό διαχωρισμό, να οδηγήσει σε υποχρηματοδότηση των κοινωνικών επενδύσεων, να αυξήσει τα

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

κρούσματα βίας και εγκληματικότητας, να επιτείνει τη σχετική αποστέρηση των ατόμων, καθώς και να διαβρώσει την κοινωνική συνοχή (εξασθένηση συλλογικού κεφαλαίου).

- γ. Η αύξηση της βίας και της εγκληματικότητας, που συνδέεται με σημαντικές συνέπειες στη σωματική και την ψυχική υγεία λόγω της προσωπικής εμπειρίας της θυματοποίησης αλλά και του φόβου του εγκλήματος, που σχετίζεται με ψυχικά προβλήματα και με συμπεριφορικές αποκρίσεις αποφυγής.
- δ. Η μείωση των αυτοκινητιστικών ατυχημάτων, λόγω της χαμηλότερης οικονομικής δραστηριότητας και του υψηλότερου λειτουργικού κόστους των μετακινήσεων.
- ε. Η μείωση της ατμοσφαιρικής ρύπανσης, λόγω της χαμηλότερης οικονομικής δραστηριότητας και τις λιγότερες εκπομπές ρύπων από τα εργοστάσια και την κυκλοφορία των αυτοκινήτων και των φορτηγών στους δρόμους. Πάντως, έχει παρατηρηθεί ότι η ενεργειακή φτώχεια έχει οδηγήσει στην αύξηση της καύσης βιομάζας στην Ελλάδα κατά τους χειμερινούς μήνες, το οποίο συνεπάγεται την εκπομπή επικίνδυνων αιωρούμενων σωματικών και την αύξηση του κινδύνου για αναπνευστικά και άλλα προβλήματα υγείας, ιδίως στα φτωχότερα νοικοκυριά.

5.4.2.3. Διαφοροποιημένη βιολογική ενσωμάτωση των παραγόντων κινδύνου και ανθεκτικότητας μέσω της διαφοροποιημένης ευπάθειας

Όπως έχουμε ήδη επισημάνει, κάποιες ομάδες του πληθυσμού είναι περισσότερο πιθανό να εκτεθούν σε αρνητικές μεταβολές στους εγγύς παράγοντες κινδύνου και ανθεκτικότητας λόγω των διαφοροποιημένων κοινωνικοοικονομικών επιπτώσεων της κρίσης και του τρόπου που οι συγκεκριμένες διαδρομές αιτιότητας τροποποιούνται από κάποιους παράγοντες, όπως είναι το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, τα προβλήματα υγείας και ο τρόπος ζωής προ-κρίσης. Ωστόσο, ακόμη και η έκθεση σε παρόμοιες μεταβολές στους εγγύς παράγοντες κινδύνου και ανθεκτικότητας δεν συνεπάγεται τον ίδιο αντίκτυπο στην υγεία. Υποθέτουμε, λοιπόν, ότι

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

υπάρχει μια διαφοροποιημένη ευπάθεια (ΙΔ) μεταξύ των ομάδων και των ατόμων του πληθυσμού, η οποία οδηγεί σε διαφορετικές συνέπειες ως προς τις διάφορες εκβάσεις υγείας. Θεωρούμε ότι η ευπάθεια αυτή σχετίζεται με: α) τη συγκέντρωση και τη διάδραση των παραγόντων κινδύνου και β) τη βιολογική προδιάθεση (ΙΕ). Κατά την πρώτη περίπτωση, οι παράγοντες κινδύνου διαδρούν ή ενεργούν συνεργιστικά, ενισχύοντας τη χωριστή επίδρασή του καθενός από αυτούς, το οποίο αυξάνει τον κίνδυνο εκδήλωσης κάποιας ασθένειας. Καθότι οι χαμηλές κοινωνικοοικονομικές ομάδες τείνουν να συσσωρεύουν σε μεγαλύτερο βαθμό πολλαπλούς φυσικούς, κοινωνικούς και συμπεριφορικούς κινδύνους της υγείας (και να αποστερούνται σε μεγαλύτερο βαθμό συντελεστές ανθεκτικότητας), η επίδραση αυτών των επιβλαβών παραγόντων είναι ισχυρότερη σε αυτές τις ομάδες του πληθυσμού από ό,τι στις ανώτερες, οι οποίες συγκεντρώνουν λιγότερους κινδύνους της υγείας (Diderichsen κ.ά., 2012). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι αυτή η διαδικασία συσσώρευσης κινδύνων αναφέρεται τόσο στην κατάσταση προ-κρίσης όσο και στις μεταβολές που επέρχονται κατά τη διάρκεια της κρίσης. Έτσι, υποθέτουμε ότι η συγκέντρωση παραγόντων κινδύνου επιταχύνεται κατά την περίοδο της κρίσης, με συνέπεια η ήδη υψηλότερη ευπάθεια ανάμεσα στις μειονεκτούσες ομάδες να επιδεινώνεται, λόγω της ταυτόχρονης παρουσίας περισσότερων παραγόντων κινδύνου που διαδρούν μεταξύ τους. Κατά τη δεύτερη περίπτωση τροποποίησης της ευπάθειας, οι διάφοροι παράγοντες κινδύνου επηρεάζουν την έκφραση των γονιδίων, με συνέπεια, η διάδραση μεταξύ της γενετικής προδιάθεσης και του περιβάλλοντος να λειτουργεί είτε ανασχετικά είτε ενισχυτικά της ενεργοποίησης των βιολογικών διαδικασιών που οδηγούν στην ασθένεια. Στη γενετική προδιάθεση θα μπορούσαμε να συμπληρώσουμε γενικότερα και την επίδραση των προϋπαρχόντων προβλημάτων υγείας. Για παράδειγμα, η παρουσία μείζονας κατάθλιψης ή η κατάχρηση αλκοόλ πριν την έναρξη της κρίσης μπορεί να ενισχύσει την αρνητική συμπεριφορική και συναισθηματική απόκριση στην εμπειρία κάποιου στρεσογόνου συμβάντος που οφείλεται στην κρίση και να οδηγήσει στον αυτοκτονικό ιδεατισμό, ακόμη και στην απόπειρα αυτοκτονίας (Beck κ.ά., 1993). Πάντως, θα πρέπει να σημειωθεί ότι ενώ η πρώτη περίπτωση αντιστοιχεί στις κοινωνικές διαφοροποιήσεις που τροποποιούν την πιθανότητα συσσώρευσης πολλαπλών

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

κινδύνων και συνδέεται με τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας, η δεύτερη αναφέρεται στη διαφορετική βιολογική συγκρότηση των ατόμων. Όμως, καθότι έχουμε θεωρήσει ότι οι κοινωνικοί παράγοντες δεν είναι καλοί δείκτες του γενετικού υποβάθρου, οι γενετικές διαφορές δεν μπορούν να επηρεάσουν τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας. Παρόλα αυτά, η βιολογική προδιάθεση μπορεί να έχει αντίκτυπο στις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας, αλλά μόνο στον βαθμό που τα προϋπάρχοντα προβλήματα υγείας τείνουν να συγκεντρώνονται περισσότερο σε κάποιες ομάδες του πληθυσμού. Αυτήν την υπόθεση, βέβαια, την έχουμε ήδη υποστηρίξει, καθώς τα χαμηλά κοινωνικά στρώματα έχουν την τάση να υφίστανται πολλαπλά κοινωνικά μειονεκτήματα, μεταξύ των οποίων και τα προβλήματα υγείας.

Αποτέλεσμα των παραπάνω διαδικασιών είναι η διαφοροποιημένη βιολογική ενσωμάτωση των μεταβολών που επιφέρει η κρίση σε παράγοντες κινδύνου και ανθεκτικότητας, η οποία καταλήγει σε έναν διαφοροποιημένο αντίκτυπο στην υγεία των ομάδων (ή και των ατόμων) του πληθυσμού (ΙΣΤ). Στο παραπάνω πλαίσιο, οι συνολικές κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας στον πληθυσμό μπορούν να διευρυνθούν κατά τη διάρκεια της κρίσης για τους παρακάτω λόγους:

- α. Την αύξηση της συσσώρευσης των κινδύνων υγείας (ή/και τη μείωση των διαθέσιμων παραγόντων ανθεκτικότητας) στις μειονεκτούσες ομάδες.
- β. Την επιδείνωση του μεγέθους της επιβλαβούς επίδρασης των παραγόντων κινδύνου.
- γ. Την αύξηση του πληθυσμού που υφίσταται δυσμενείς κοινωνικοοικονομικές συνθήκες ή μεταβολές.

Αντίθετα, οι συνολικές κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας στον πληθυσμό μπορούν να αμβλυνθούν λόγω:

- α. Της υψηλότερης πιθανότητας των μειονεκτουσών ομάδων να επωφεληθούν από τις θετικές υγειονομικές επιπτώσεις της κρίσης (ουσιαστικά αντιστροφή της κατεύθυνσης των παραπάνω περιπτώσεων, το οποίο είναι, όμως, το λιγότερο εύλογο σενάριο).

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

β. Της αλλαγής της σύνθεσης των κοινωνικών ομάδων εξαιτίας της κοινωνικής κινητικότητας, η οποία οδηγεί στη βελτίωση –τουλάχιστον βραχυπρόθεσμα– του μέσου επίπεδου υγείας στα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα.

γ. Την επίδραση του μηχανισμού οροφής/βάσης (ceiling/floor effect).

Από την άλλη πλευρά, οι συνολικές κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας στον πληθυσμό μπορούν να μείνουν σταθερές για τους εξής λόγους:

α. Την ισομερή κατανομή των μεταβολών στους παράγοντες κινδύνου και ανθεκτικότητας στον πληθυσμό.

β. Την αλληλεξουδετέρωση μεταξύ των θετικών και των αρνητικών υγειονομικών επιπτώσεων της κρίσης.

5.4.2.4. Διαφοροποιημένες υγειονομικές και κοινωνικοοικονομικές συνέπειες της ασθένειας

Οι ασθένειες και οι τραυματισμοί μπορεί να έχουν σοβαρές επιπτώσεις στην μακροπρόθεσμη επιβίωση, τη λειτουργική ικανότητα και την ποιότητα ζωής των ατόμων (Κ). Παράλληλα, μπορεί να συνδέονται και από σημαντικές κοινωνικοοικονομικές συνέπειες, οι οποίες ανατροφοδοτούν τις αιτιώδεις διαδρομές, συμβάλλοντας στην περαιτέρω αύξηση των κινδύνων υγείας των ατόμων (Diderichsen κ.ά., 2012). Έχουμε ήδη συζητήσει το πώς οι διευθετήσεις χρηματοδότησης του συστήματος υγείας (έκταση, βάθος και ύψος ασφαλιστικής κάλυψης) μπορεί να επηρεάσουν τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες διαβίωσης των ατόμων (ΚΑ). Έτσι, η ανακατεύθυνση ενός σημαντικού μέρους από τον προϋπολογισμό των νοικοκυριών για δαπάνες υγείας μπορεί να διαταράξει τις οικονομικές συνθήκες διαβίωσής τους, καθώς μπορεί να δεσμεύσει οικονομικούς πόρους που θα χρησιμοποιούνταν για την ικανοποίηση άλλων βασικών αναγκών τους, ακόμη και να οδηγήσει στη φτωχοποίησή τους. Επίσης, η κακή υγεία μπορεί να περιορίσει τις ευκαιρίες συμμετοχής των ατόμων στην αγορά εργασίας και την κοινωνική ζωή γενικότερα. Για παράδειγμα, τα άτομα με αναπηρία συνδέονται με υψηλότερο κίνδυνο παραμονής εκτός της αγοράς εργασίας και με χαμηλότερες απολαβές

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό (Οικονόμου, 2013). Επιπρόσθετα, ο υγειονομικός αντίκτυπος της κρίσης μπορεί να έχει αντίκτυπο και στα συνολικά κόστη της ασθένειας, τη συνολική προσφορά εργασίας και την κοινωνική παραγωγικότητα (KB) (Diderichsen κ.ά., 2012). Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αναπροσαρμογή των πολιτικών, όπως έχουμε ήδη διαπιστώσει με τις πρόσφατες ρυθμίσεις για τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού.

Οι παραπάνω υγειονομικές και κοινωνικοοικονομικές συνέπειες τροποποιούνται από μια σειρά οικονομικών, πολιτισμικών και άλλων παραγόντων που διαμορφώνουν την πρόσβαση σε επαρκή υγειονομική περίθαλψη και αποκατάσταση αλλά και στην αγορά εργασίας με μειωμένη εργασιακή ικανότητα, καθώς και από την ασφαλιστική κάλυψη των οικονομικών απωλειών λόγω ασθένειας (Diderichsen κ.ά., 2012). Οι ανώτερες κοινωνικές ομάδες διαθέτουν καλύτερη πρόσβαση, λόγω είτε υψηλότερης ικανότητας πληρωμής, είτε καλύτερου επιπέδου εκπαίδευσης, είτε υψηλότερης ισχύος και κύρους, είτε ισχυρότερων κοινωνικών δικτύων (Forster κ.ά., 2018). Συνεπώς, είναι σημαντικός ο ρόλος αφενός της κοινωνικής θέσης του ατόμου (IH) και της κοινωνικής προστασίας (IΘ), και αφετέρου της δυνατότητας ανταπόκρισης και του τρόπου χρηματοδότησης του συστήματος υγείας (IZ). Ωστόσο, τόσο η πρόσβαση στο σύστημα υγείας όσο και η ποιότητα των παρεχομένων υγειονομικών υπηρεσιών επιδεινώθηκαν στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια, εξαιτίας των κοινωνικοοικονομικών συνεπειών της ύφεσης και των μέτρων λιτότητας, με συνέπεια να έχουν επιταθεί οι ανεκπλήρωτες υγειονομικές ανάγκες στον πληθυσμό, ιδίως στις μειονεκτούσες κοινωνικές ομάδες. Μάλιστα, έχει σχεδόν διπλασιαστεί το ποσοστό των ατόμων που φτωχοποιούνται από τις άμεσες ιδιωτικές υγειονομικές δαπάνες, λόγω της μετακύλισης του κόστους χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας άμεσα στους πολίτες στο σημείο παροχής τους (Chantzaras και Yfantopoulos, 2018a).

Στα παραπάνω θα πρέπει να προσθέσουμε και την επίδραση των μεταβολών στο συλλογικό κοινωνικό κεφάλαιο (ΚΓ), με την οικονομική ύφεση να οδηγεί συνήθως στη διάβρωσή του (Obert κ.ά., 2019). Όμως, το συλλογικό κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να επηρεάσει πολλαπλές διαστάσεις των προηγούμενων διαδικασιών, καθώς μπορεί να είναι επωφελές για την υγεία

των ατόμων (Subramanian και Kawachi, 2006· Lindström και Giordano, 2016):
α) προωθώντας την ικανότητα συνεργασίας για την επίτευξη συλλογικών στόχων, β) προάγοντας τις κοινωνικές επενδύσεις, γ) διευκολύνοντας τη διάδοση των σχετιζόμενων με την υγεία γνώσεων και των καινοτομιών υγείας, δ) επιτρέποντας τον καλύτερο κοινωνικό έλεγχο της αποκλίνουσας συμπεριφοράς και ε) προάγοντας την αμοιβαία υποστήριξη, την κοινωνική συνοχή και τον αλληλοσεβασμό και προφυλάσσοντας από το ψυχολογικό στρες.

5.4.3. Υγειονομικές μεταβολές στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

5.4.3.1. Θνησιμότητα

Στην πρόσφατη μελέτη των Tyrovolas κ.ά. (2018) διαπιστώνεται ότι η αυξητική τάση του δείκτη της συνολικής θνησιμότητας στην Ελλάδα για την περίοδο 2000-2010 πενταπλασιάστηκε μεταξύ 2010 και 2016 (από 0,55% σε 2,72% μέση ετήσια ποσοστιαία μεταβολή, αντίστοιχα). Από την άλλη πλευρά, παρατηρείται ότι η πτωτική τάση μέχρι το 2010 στον σταθεροποιημένο ως προς την ηλικία (age-standardized) δείκτη θνησιμότητας επιβραδύνθηκε στη συνέχεια κατά το ήμισυ (από -1,61% σε -0,87% μέση ετήσια ποσοστιαία μεταβολή). Σε σχέση με τις συγκεκριμένες αιτίες θανάτου, διαπίστωσαν σημαντικές αυξήσεις κυρίως στους διάφορους τύπους καρκίνου, τα δυσμενή συμβάντα της ιατρικής θεραπείας και τους αυτοτραυματισμούς. Αντίθετα, ως προς τα έτη με αναπηρία (years lived with disability), τα οποία μετρούν τη μη θανατηφόρα απώλεια υγείας, δεν παρατήρησαν την ύπαρξη σημαντικών διαφοροποιήσεων που να σχετίζεται χρονικά με την έναρξη της κρίσης. Φαίνεται, λοιπόν, ότι η κρίση συνδέεται με μια αρνητική αλλαγή στις τάσεις στη θνησιμότητα στην Ελλάδα, η οποία αποδίδεται από τους συγγραφείς στη ραγδαία γήρανση του πληθυσμού τα τελευταία χρόνια, καθώς και στην εφαρμογή των μέτρων λιτότητας. Μάλιστα, οι παραπάνω αρνητικές εξελίξεις φαίνεται να είναι δυσμενέστερες στις μεγαλύτερες ηλικίες.

Οι Laliotis και Stavropoulou (2018) χρησιμοποίησαν διαστρωματικά στοιχεία χρονολογικών σειρών (panel data) για τις 13 Περιφέρειες της Ελλάδας

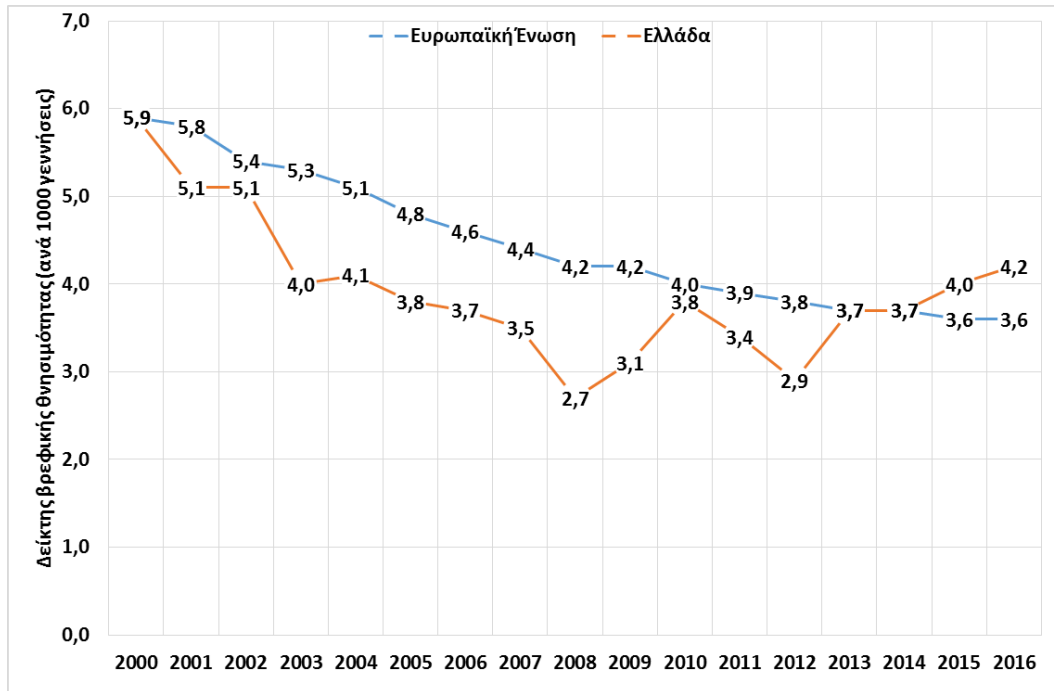
μεταξύ 1999 και 2013, προκειμένου να διερευνήσουν τη σχέση μεταξύ της ανεργίας και της θνησιμότητας. Υποστηρίζουν ότι όχι μόνο η κάθε οικονομική κρίση αλλά και η κάθε φάση εντός μιας κρίσης έχουν τα δικά τους ιδιοσυγκρασιακά στοιχεία, τα οποία μεταφράζονται σε διαφορετικές ατομικές συμπεριφορές, κοινωνικά πρότυπα, θεσμικές λειτουργίες και αποκρίσεις, καθώς και αποτελέσματα υγείας. Τεκμηρίωσαν, λοιπόν, την αντικυκλική τάση του δείκτη συνολικής θνησιμότητας στην Ελλάδα, η οποία παρουσιάζει παράλληλα και μια μη γραμμική και ασυμμετρική συμπεριφορά. Κατά τους ερευνητές, οι αρνητικές συνέπειες της κρίσης στη θνησιμότητα αποδίδονται στην επίπτωση της ομάδας των ατόμων άνω των 65 ετών και η σχέση μεταξύ της ύφεσης και της θνησιμότητας δεν μπορεί να εξηγηθεί από τον μηχανισμό της αγοράς εργασίας, αλλά μάλλον από την υποβάθμιση του συστήματος υγείας.

Ο δείκτης της αποφεύξιμης θνησιμότητας (*amenable mortality*) καταγράφει τους θανάτους από μια σειρά ασθενειών (π.χ. σχετιζόμενων με τον διαβήτη) ή τραυματισμούς που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί με αποτελεσματικές και έγκαιρες παρεμβάσεις δημόσιας υγείας ή υγειονομικής φροντίδας. Παρατηρείται, λοιπόν, ότι η προϋπάρχουσα τάση μείωσης (από το 2000) στην αποφεύξιμη θνησιμότητα αντιστράφηκε στην Ελλάδα και για τα δύο φύλα μετά την έναρξη της κρίσης, γεγονός που αποδίδεται κυρίως στις μεγάλες περικοπές στις δαπάνες υγείας και τη συνακόλουθη επιδείνωση της αποτελεσματικότητας και της πρόσβασης στο σύστημα υγείας (Karaniolos κ.ά., 2018).

Έπειτα, η οικονομική κρίση φαίνεται να ανέκοψε τη σταθερά πτωτική πορεία στη βρεφική θνησιμότητα στην Ελλάδα, η οποία είχε οδηγήσει σε μια μείωση συνολικού ύψους 54,2% μεταξύ 2000 και 2008 (**Γράφημα 5-5**). Από την έναρξη της ύφεσης, ο δείκτης της βρεφικής θνησιμότητας ακολούθησε μια τάση σχήματος U, έχοντας ως κατώτατο σημείο το 2010. Από το 2012 και έπειτα, καταγράφεται μια σταθερά ανοδική κλίση στη βρεφική θνησιμότητα, η οποία είχε ως αποτέλεσμα μια συνολική αύξηση στον δείκτη κατά 55,6% από το 2008, σε αντίθεση με την αμετάβλητη καθοδική πορεία των αντίστοιχων εκτιμήσεων για την Ε.Ε.

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

Γράφημα 5-5 Δείκτης βρεφικής θνησιμότητας σε Ελλάδα και Ευρωπαϊκή Ένωση (2000-2016)



Πηγή: Eurostat (2018)

Περαιτέρω, χρησιμοποιήσαμε τα στοιχεία της μελέτης Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study (GBD) 2017 (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2019) για να εξετάσουμε την επίπτωση βασικών παραγόντων κινδύνου στη θνησιμότητα και τα χαμένα έτη ζωής από πρόωρο θάνατο (years life lost) από όλες τις αιτίες στην Ελλάδα (**Πίνακας 5-5**). Επιλέξαμε τα έτη 2000, 2005, 2010 και 2017, προκειμένου να διαπιστώσουμε τυχόν αλλαγή στην τάση που προϋπήρχε της ύφεσης. Ειδικότερα, εξετάσαμε τις ποσοστιαίες μεταβολές στις περιόδους 2000-2005, 2005-2010 και 2010-2017. Αρχικά, λοιπόν, παρατηρούμε ότι κατά τη διάρκεια της κρίσης επιταχύνθηκε η μείωση της σημασίας του κινδύνου της ατμοσφαιρικής ρύπανσης. Ο κίνδυνος από την έλλειψη κατάλληλων εγκαταστάσεων ύδρευσης, αποχέτευσης και υγιεινής φαίνεται να αυξήθηκε, ωστόσο η σημασία του είναι γενικότερα πολύ χαμηλή. Έπειτα, επιβραδύνθηκε σημαντικά η πρότερη της κρίσης πτωτική τάση στους κινδύνους του καπνίσματος, της κατανάλωσης αλκοόλ και της ανθυγιεινής δίαιτας. Τέλος, είναι ενδιαφέρον πως παρουσιάζεται να αυξάνονται οι κίνδυνοι από ενδοοικογενειακή βία τόσο μεταξύ των συντρόφων όσο και προς τα παιδιά. Όπως το έχουμε ήδη αναπτύξει, οι

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

οικονομικές πιέσεις μπορούν να προκαλέσουν σημαντικές ενδοοικογενειακές εντάσεις και διχόνοια (Chowdhury κ.ά., 2013). Πάντως, μια ενδελεχέστερη εξέταση των δεδομένων δείχνει ότι υπάρχει μια ανομοιογένεια στη βαρύτητα των κινδύνων μεταξύ των ηλικιακών ομάδων. Έτσι, ενώ ο κίνδυνος θανάτου από ανθυγιεινή διατροφή, χρήση ναρκωτικών, υψηλό Δείκτη Μάζας Σώματος, χαμηλή φυσική δραστηριότητα και άλλους περιβαλλοντικούς παράγοντες περιορίστηκε στην ηλικιακή κατηγορία 15-49 ετών κατά τη διάρκεια της κρίσης, στους ηλικιωμένους 70 ετών και άνω εμφανίζεται να οξύνεται (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2019).

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

Πίνακας 5-5 Παράγοντες κινδύνου της θνησιμότητας και των χαμένων ετών ζωής από πρόωρο θάνατο από όλες τις αιτίες στην Ελλάδα (2000, 2005, 2010, 2017)

Παράγοντες κινδύνου	Έτος	Θάνατοι				Χαμένα έτη ζωής από πρόωρο θάνατο			
		Δείκτης προσαρμοσμένος ως προς την ηλικία ανά 100.000 θανάτους				Δείκτης προσαρμοσμένος ως προς την ηλικία ανά 100.000 άτομα			
		Αποδοτέο κλάσμα	Ποσοστιαία μεταβολή 2000-2005	Ποσοστιαία μεταβολή 2005-2010	Ποσοστιαία μεταβολή 2010-2017	Απόδοτέο κλάσμα	Ποσοστιαία μεταβολή 2000-2005	Ποσοστιαία μεταβολή 2005-2010	Ποσοστιαία μεταβολή 2010-2017
Ατμοσφαιρική μόλυνση	2000	34,66	-3,6%	-10,1%	-14,4%	615,91	-5,8%	-7,9%	-14,2%
	2005	33,43				580,44			
	2010	30,05				534,80			
	2017	25,72				458,67			
Μολυσμένο νερό, λύματα, μη πλύσιμο χεριών (λόγω έλλειψης εγκαταστάσεων)	2000	0,09	9,2%	-19,1%	26,6%	1,55	4,4%	-14,4%	16,9%
	2005	0,09				1,62			
	2010	0,08				1,39			
	2017	0,10				1,62			
Άλλοι περιβαλλοντικοί κίνδυνοι	2000	11,98	-6,0%	-16,5%	-13,7%	196,45	-9,0%	-15,5%	-15,3%
	2005	11,27				178,68			
	2010	9,40				151,06			
	2017	8,12				128,01			
Επαγγελματικοί κίνδυνοι	2000	9,51	-3,7%	-7,7%	-7,0%	222,24	-6,3%	-9,7%	-9,0%
	2005	9,16				208,18			
	2010	8,45				188,04			
	2017	7,86				171,07			
Παιδικός και μητρικός υποσιτισμός	2000	6,21	-28,1%	-15,0%	-1,6%	543,49	-28,1%	-15,1%	-1,5%
	2005	4,47				390,75			
	2010	3,79				331,75			
	2017	3,73				326,74			

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

Κατανάλωση καπνού	2000	137,12	-8,1%	-9,9%	-6,3%	2768,21	-8,6%	-7,5%	-6,5%
	2005	126,07				2529,74			
	2010	113,53				2339,19			
	2017	106,33				2187,26			
Κατανάλωση αλκοόλ	2000	29,53	-9,5%	-13,4%	-5,0%	822,48	-6,2%	-11,0%	-9,8%
	2005	26,73				771,68			
	2010	23,14				687,02			
	2017	21,98				619,53			
Ανθυγιεινή διαίτα	2000	114,67	-6,0%	-14,5%	-7,9%	1934,89	-7,8%	-10,9%	-6,6%
	2005	107,79				1784,39			
	2010	92,14				1590,01			
	2017	84,87				1484,99			
Υψηλός Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI)	2000	59,59	2,1%	-11,2%	-10,0%	1165,20	-0,1%	-9,6%	-10,1%
	2005	60,82				1163,52			
	2010	54,03				1051,66			
	2017	48,65				944,95			
Χρήση ναρκωτικών	2000	3,78	13,4%	-11,0%	-12,2%	189,36	12,8%	-15,8%	-20,5%
	2005	4,29				213,61			
	2010	3,82				179,89			
	2017	3,35				142,96			
Χαμηλή φυσική δραστηριότητα	2000	19,73	-4,6%	-17,3%	-14,0%	265,72	-6,8%	-13,7%	-11,9%
	2005	18,82				247,73			
	2010	15,57				213,80			
	2017	13,38				188,46			
Σεξ χωρίς προστασία	2000	1,80	-2,1%	1,7%	-4,1%	48,36	-6,8%	7,2%	0,2%
	2005	1,76				45,05			

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

	2010	1,79				48,31			
	2017	1,72				48,42			
Παιδική κακοποίηση	2000	0,01	4,9%	14,1%	6,0%	0,26	5,0%	14,8%	5,1%
	2005	0,01				0,27			
	2010	0,01				0,31			
	2017	0,01				0,33			
Βία μεταξύ συντρόφων	2000	0,12	-4,6%	6,6%	2,9%	5,66	-4,4%	9,4%	0,4%
	2005	0,12				5,41			
	2010	0,13				5,92			
	2017	0,13				5,94			

Πηγή: *Global Burden of Disease Collaborative Network (2019)*

5.4.3.2. Αυτοκινητιστικά ατυχήματα

Η οικονομική κρίση σε συνδυασμό με τα διαρθρωτικά μέτρα οδήγησαν άμεσα και έμμεσα στην κάμψη της ζήτησης για μεταφορές και μετακινήσεις στην Ελλάδα (Vrekoussis κ.ά., 2013· Sotiriou κ.ά., 2015). Από τη μια πλευρά, η ζήτηση μειώθηκε λόγω της χαμηλότερης οικονομικής δραστηριότητας και, επομένως, τον μικρότερο όγκο εμπορευματικού φορτίου που μεταφέρεται μέσω φορτηγών και τις λιγότερες διαδρομές προς και από τον τόπο εργασίας. Έπειτα, αφενός μειώθηκε η δυνατότητα λειτουργίας και αναβάθμισης των υποδομών και των υπηρεσιών για τις μεταφορές. Αφετέρου, αυξήθηκαν τα λειτουργικά κόστη των μεταφορών, λόγω της ανόδου των τιμών των καυσίμων και των άλλων έμμεσων φόρων, ενώ παράλληλα τα διαθέσιμα ατομικά εισοδήματα μειώθηκαν. Ως αποτέλεσμα αυτής της εξέλιξης, οι περίοδοι αιχμής της κυκλοφορίας μειώθηκαν κατά 60% περίπου (Sotiriou κ.ά., 2015) και τα θανατηφόρα, σοβαρά και ελαφριά τροχαία ατυχήματα κατά 36,2%, 27,9% και 17,4%, αντίστοιχα, μεταξύ 2010 και 2014 (Mrogas κ.ά., 2017). Ένα ενδιαφέρον στοιχείο είναι η παρατηρούμενη μικρότερη μείωση των θανάτων λόγω αυτοκινητιστικών ατυχημάτων στις αστικές από ό,τι στις άλλες περιοχές και στην ηλικιακή κατηγορία 45-64 ετών από ό,τι στα μικρότερης ηλικίας άτομα (Mrogas κ.ά., 2017). Έπειτα, ενδεικτική της τάσης μείωσης της κυκλοφορίας των αυτοκινήτων είναι η σημαντική ελάττωση του αντιλαμβανόμενου κυκλοφοριακού θορύβου στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη μεταξύ 2008 και 2016. Η έκθεση στον κυκλοφοριακό θόρυβο μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα ύπνου, στην αύξηση του στρες και τη συνακόλουθη επιδείνωση του κινδύνου για υπέρταση και καρδιαγγειακά νοσήματα (Profillidis κ.ά., 2019).

5.4.3.3. Ατμοσφαιρική ρύπανση

Όπως έχουμε παρατηρήσει στην υποενότητα για τους μηχανισμούς που λειτουργούν στο συνολικό επίπεδο, η μόλυνση του περιβάλλοντος, ιδίως της ατμόσφαιρας, είναι πιθανότερο να περιοριστεί κατά τη διάρκεια της κρίσης, λόγω της χαμηλότερης οικονομικής δραστηριότητας (Chay και Greenstone, 2003). Ωστόσο, η ύφεση σε συνδυασμό με τα μέτρα λιτότητας μπορεί να έχουν και έμμεσες αρνητικές επιπτώσεις στην ατμοσφαιρική ρύπανση στην Ελλάδα.

Έτσι, οι Tzima κ.ά. (2018) διαπίστωσαν ότι, ενώ η συγκέντρωση αιωρούμενων σωματιδίων έχει μειωθεί στην Αθήνα μεταξύ 2001 και 2012, ο σχετικός κίνδυνος θανάτου έχει αυξηθεί, λόγω των αλλαγών στη σύνθεσή τους. Κατά τους Sarigiannis κ.ά. (2015), η έκθεση σε επικίνδυνα αιωρούμενα σωματίδια έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα. Η πτώση των οικογενειακών εισοδημάτων σε συνδυασμό με την άνοδο της τιμής του πετρελαίου θέρμανσης, λόγω της αύξησης της φορολόγησής του, έχουν οδηγήσει ένα σημαντικό μέρος των νοικοκυριών να προσπαθούν να αντιμετωπίσουν την ενεργειακή φτώχεια τους στρεφόμενα προς φθηνότερα εναλλακτικά καύσιμα για τη θέρμανσή τους, όπως είναι η παράνομη ή μη ρυθμισμένη καύση βιομάζας. Ωστόσο, η καύση της βιομάζας οδηγεί σε σημαντική υποβάθμιση της εσωτερικής (εντός του σπιτιού) και της εξωτερικής ατμόσφαιρας, με συνέπεια την επιδείνωση τόσο της νοσηρότητας στον πληθυσμό, όπως με την αύξηση των αναπνευστικών και άλλων προβλημάτων, όσο και του κινδύνου της θνησιμότητας (συμπεριλαμβανομένης της παιδικής). Επιπλέον, η ατμοσφαιρική ρύπανση μπορεί να έχει χειροτερεύσει και διαμέσου της γήρανσης του στόλου των οχημάτων, καθώς πολλά άτομα αδυνατούν να αντικαταστήσουν (ή και να επισκευάσουν ακόμη) τα παλαιότερης κατασκευής οχήματά τους (Tzima κ.ά., 2018). Γενικότερα, το νέο μοντέλο ανάπτυξης μπορεί να οδηγήσει μακροπρόθεσμα στην υπαναχώρηση των περιβαλλοντικών πολιτικών, ενώ τα μέτρα λιτότητας έχουν περιορίσει και τη δυνατότητα του κράτους να επενδύει σε «πράσινες πολιτικές» και να διατηρεί αποτελεσματικούς μηχανισμούς παρακολούθησης της εφαρμογής τους (Lekakis και Kousis, 2013).

5.4.3.4. Εγκληματικότητα και βίαια εγκλήματα

Οι Tsouvelas κ.ά. (2018) εξέτασαν την εξέλιξη των δεικτών της εγκληματικότητας ανά 100.000 κατοίκους στην Ελλάδα μεταξύ 2008 και 2014. Διαπίστωσαν, λοιπόν, μια σημαντική αύξηση στην παράνομη οπλοκατοχή, τις απάτες, τους εκβιασμούς και την επαιτεία και μια μείωση στους βιασμούς. Έπειτα, βρέθηκε να υπάρχει μια καμπύλη σχήματος αντεστραμμένου U στην πορεία των ανθρωποκτονιών, των κλοπών και των ληστειών, με τη σχετική επίπτωση για κάθε δείκτη να κορυφώνεται στα έτη 2010 και 2012 και να υποχωρεί το 2014. Τέλος, οι δείκτες των εγκλημάτων που σχετίζονται με τα

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

ναρκωτικά και τη σεξουαλική εκμετάλλευση παρουσιάζονται να παραμένουν σχετικά σταθεροί. Συνολικά, επομένως, φαίνεται να υπάρχει μια (βραχυχρόνια) επίταση τόσο στα βίαια εγκλήματα όσο και σε εκείνα κατά της ιδιοκτησίας και της περιουσίας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης.

Πάντως, η οικονομική κάμψη στην Ελλάδα μπορεί να συνδέεται και με μια σειρά άλλων μορφών εγκληματικότητας ή βίας. Όπως παρατηρούν οι Xenakis και Cheliotis (2013), από την έναρξη της κρίσης έχει καλλιεργηθεί –ισχυρίζονται σκόπιμα– ένα κλίμα αυταρχισμού και ξеноφοβίας, με σκοπό τον περιορισμό του δημόσιου θυμού για τις κοινωνικοοικονομικές δυσκολίες της ύφεσης και των μέτρων λιτότητας, της διατήρησης της εκτεταμένης διαφθοράς και της ατιμωρησίας των πολιτικών δρώντων για αυτήν την κατάσταση. Αυτό είχε ως συνέπεια να έχουν επιταθεί οι εκδηλώσεις της ρατσιστικής, ακροδεξιής βίας αλλά και της αστυνομικής βίας για την πρόληψη των αναταραχών κατά τη διάρκεια των διαδηλώσεων. Έπειτα, υποστηρίζουν ότι έχει σκοπίμως διογκωθεί η επίπτωση της κρίσης στην αύξηση της εγκληματικότητας, προκειμένου να εκτραπεί η δημόσια προσοχή προς πιο βολικούς στόχους, με αποτέλεσμα να έχει επιταθεί ο φόβος για την εγκληματικότητα μεταξύ των πολιτών δυσανάλογα σε σχέση με τις πραγματικές διαστάσεις της στη χώρα.

5.4.3.5. Μεταδιδόμενα νοσήματα

Η Ελλάδα αποτελεί ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα όπου η μείωση του προϋπολογισμού των υπηρεσιών δημόσιας υγείας ως αποτέλεσμα των μέτρων λιτότητας διευκόλυνε την έκρηξη κάποιων επιδημιών. Κατά τη διάρκεια της κρίσης, λοιπόν, σημειώθηκε σημαντική αύξηση των κρουσμάτων του HIV ανάμεσα σε χρήστες ναρκωτικών, της ελονοσίας, του ιού του δυτικού Νείλου, της φυματίωσης, καθώς και νέων μορφών γρίπης, με αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας κατά τις περιόδους της πανδημίας (Bonovas και Nikolopoulos, 2012· Sotiropoulou κ.ά., 2015).

5.4.3.6. Αυτοαξιολογούμενη γενική υγεία

Αρνητικός φαίνεται να είναι τόσο ο βραχυπρόθεσμος όσο και ο μεσοπρόθεσμος αντίκτυπος της κρίσης στην αυτοαξιολογούμενη γενική υγεία στην Ελλάδα. Στο πλαίσιο δύο συγχρονικών ερευνών πεδίου που διεξήχθησαν σε εθνικό επίπεδο, παρατηρήθηκε αύξηση στην πιθανότητα αναφοράς κακής υγείας μεταξύ 2006 και 2011 (Zavras κ.ά., 2013). Σε μια οιονεί πειραματική προσέγγιση, οι VANDOROS κ.ά. (2013) εξέτασαν τις τάσεις στην υγεία πριν και μετά την έναρξη της κρίσης (2006-2009), έχοντας ως πληθυσμό ελέγχου εκείνον της Πολωνίας. Βρέθηκε, λοιπόν, να υπάρχει μια στατιστικά σημαντική αύξηση στον σχετικό λόγο των συμπληρωματικών πιθανοτήτων (odds ratio) αναφοράς κακής υγείας μετά την έναρξη της κρίσης, με τον κίνδυνο να είναι μεγαλύτερος για τους άνδρες. Επίσης, μια στατιστικά σημαντική πτώση έχει τεκμηριωθεί και για τους δείκτες της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής μεταξύ 2010 και 2015 (Filippidis κ.ά., 2017). Οι Chantzaras και Yfantopoulos (2017), χρησιμοποιώντας τα μικροδεδομένα των Εθνικών Ερευνών Υγείας για τα έτη 2009 και 2014, διαπίστωσαν ότι, ενώ το ποσοστό των ατόμων που αναφέρουν κακή ή πολύ κακή γενική υγεία σημείωσε βελτίωση από 8,1% σε 6,8%, ταυτόχρονα έπεσε το ποσοστό των ατόμων με πολύ καλή υγεία από 43,8% σε 39,1%. Επιπλέον, βρήκαν ότι κατά τη διάρκεια της κρίσης αυξήθηκε σημαντικά ο επιπολασμός της παρουσίας τουλάχιστον κάποιων περιορισμών στις καθημερινές δραστηριότητες και της απουσίας από την εργασία λόγω προβλημάτων υγείας από 22,8% σε 29,8% και από 15,9% σε 16,3%, αντίστοιχα.

5.4.3.7. Ψυχική υγεία, αυτοκτονικός ιδεατισμός και αυτοκτονίες

Η συντριπτική πλειοψηφία των εμπειρικών μελετών διαπιστώνει τη χειροτέρευση των προβλημάτων ψυχικής υγείας στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια (Mylona κ.ά., 2014· Simou και Koutsogeorgou, 2014· Παπαϊωάννου και Μπεργιαννάκη, 2016· Μπελετσιώτη κ.ά., 2018), η οποία επηρεάζει όχι μόνο τους ενήλικους αλλά και τα παιδιά και τους εφήβους (Αναγνωστόπουλος και Σουμάκη, 2012). Σε επαναλαμβανόμενες έρευνες σε επίπεδο χώρας, έχει τεκμηριωθεί ότι ο επιπολασμός της μείζονας κατάθλιψης αυξήθηκε σταδιακά

κατά τη διάρκεια της κρίσης, από 3,3% το 2008 σε 6,8% το 2009 (Madianos κ.ά., 2011), 8,2% το 2011 (Econoμου κ.ά., 2013) και 12,3% το 2013 (Econoμου κ.ά., 2016c). Ως παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη της μείζονας κατάθλιψης αναγνωρίστηκαν: το γυναικείο φύλο, η διαμονή στις αγροτικές περιοχές, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, η ανεργία και οι οικονομικές δυσκολίες (Econoμου κ.ά., 2016c). Μάλιστα, έχει τεκμηριωθεί ότι η απώλεια της εργασίας υπήρξε περισσότερο επιζήμια στην αυτοαξιολογούμενη υγεία και την ψυχική υγεία, όταν τα ποσοστά της ανεργίας στον πληθυσμό ήταν υψηλότερα, με τον αντίκτυπο να είναι ακόμη μεγαλύτερος για τις γυναίκες (Drydakis, 2015· Econoμου κ.ά., 2016c). Επιπλέον, η ύφεση φαίνεται να συνδέεται με δυσμενείς μεταβολές σε διάφορους άλλους ψυχοκοινωνικούς δείκτες, όπως είναι οι αυξήσεις στα ποσοστά των ατόμων που αναζητούν βοήθεια με καταθλιπτική συμπτωματολογία (Οικονόμου κ.ά., 2012) και στη χρήση ψυχοτρόπων φαρμάκων, ιδίως των αντικαταθλιπτικών, των αντιψυχωτικών και των βενζοδιαζεπινών (Μαδιανός, 2013· Thomaidis κ.ά., 2016).

Παρά τη διαφαινόμενη επιδείνωση των προβλημάτων ψυχικής υγείας στον πληθυσμό, έχει παρατηρηθεί ότι ο επιπολασμός του αυτοκτονικού ιδεατισμού, ενώ παρουσίασε μια ανοδική πορεία στα πρώτα χρόνια της κρίσης, στη συνέχεια μειώθηκε. Ειδικότερα, από 2,4% το 2008, 5,2% το 2009 και 6,7% το 2011, έπεσε στο 2,6% το 2013. Μια παρόμοια τάση παρουσίασαν και οι εκτιμήσεις για τις απόπειρες αυτοκτονοΰωμ για τα ίδια έτη, οι οποίες ήταν 0,6%, 1,1%, 1,5% και 0,9%, αντίστοιχα (Madianos κ.ά., 2011· Econoμου κ.ά., 2013· Econoμου κ.ά., 2016a). Παρόλα αυτά, οι περισσότερες έρευνες συμφωνούν στην αμείωτα ανοδική τάση του αριθμού των αυτοκτονιών στην Ελλάδα μετά την έναρξη της κρίσης (Liaropoulos, 2012· Kentikelenis κ.ά., 2014· Simou και Koutsogeorgou, 2014). Έτσι, η μέση ετήσια σχετική αύξηση του σταθεροποιημένου δείκτη θανάτων από αυτοκτονία ήταν 7,8% για το διάστημα 2010-2014, ενώ ο αντίστοιχος ρυθμός μεταβολής πριν την αρχή της ύφεσης (2001-2009) ήταν μόλις 1,8% (Filippidis κ.ά., 2017). Οι Branas κ.ά. (2015) εφάρμοσαν μια ανάλυση διακοπτόμενων χρονοσειρών (interrupted time-series analysis) για τη διερεύνηση των επιπτώσεων γεγονότων που σχετίζονταν είτε με λιτότητα είτε με ευμάρεια στον δείκτη αυτοκτονιών στην Ελλάδα μεταξύ 1983

και 2012. Παρατήρησαν, λοιπόν, την ύπαρξη μια στατιστικά σημαντικής, απότομης και διαρκούς αύξησης στα ποσοστά των συνολικών αυτοκτονιών (35,7%) και των αυτοκτονιών των ανδρών (18,5%) μετά τη νομοθέτηση νέων μέτρων λιτότητας τον Ιούνιο του 2011. Η συνολική αύξηση του ποσοστού των αυτοκτονιών μεταξύ 2010 και 2012, οπότε και ελήφθησαν τα σημαντικότερα μέτρα λιτότητας, εκτιμήθηκε σε 35% για τον συνολικό δείκτη (από 3,37 σε 4,56 περιπτώσεις ανά 100.000 πληθυσμό) (Rachiotis κ.ά., 2015). Πάντως, αν και οι αυτοκτονίες στην Ελλάδα φαίνεται να έχουν επηρεαστεί από την κρίση περισσότερο από τις άλλες χώρες στην Ευρώπη, ο σχετικός δείκτης παραμένει από τους χαμηλότερους διεθνώς (Branas κ.ά., 2015), με συνέπεια να μην συμβάλλει σημαντικά στην αύξηση της συνολικής θνησιμότητας.

Κατά τους Economidou κ.ά. (2016c), η αντίφαση στις παραπάνω τάσεις του αυτοκτονικού ιδεατισμού και της πράξης της αυτοκτονίας μπορεί να εξηγηθεί από το ότι η κατάθλιψη αποτελεί μια νόσο που συνδέεται με μια παρατεταμένη πορεία των συμπτωμάτων πριν την κλινική διάγνωσή της, ενώ η πράξη της αυτοκτονίας αποτελεί μια οξεία απόκριση στην οικονομική κρίση. Άλλωστε, οι αρνητικές επιπτώσεις της κρίσης στην πιθανότητα αυτοκτονίας δεν διαμεσολαβούνται μόνο από την κατάθλιψη, αλλά έχουν και άμεση επενέργεια. Έχει διαπιστωθεί, λοιπόν, ότι η ανεργία και οι οικονομικές δυσκολίες αποτελούν σημαντικούς προσδιοριστές της αυτοκτονικότητας, ακόμη και μετά τον έλεγχο της επίδρασης της παρουσίας της μείζονας κατάθλιψης και της προηγούμενης απόπειρας αυτοκτονίας. Από την άλλη πλευρά, η πιθανότητα απόπειρας αυτοκτονίας αυξάνεται από την παρουσία κατάθλιψης, το ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας και τα χαμηλά επίπεδα διαπροσωπικής εμπιστοσύνης (Economidou κ.ά., 2016b). Επίσης, ειδικά για την περιοχή της Αθήνας, άτομα που είναι άνεργα, καθώς και οι έγγαμοι, χήροι και διαζευγμένοι αποπειρώνονται συχνότερα το 2011 σε σχέση με το 2007 (Σταυριανάκος κ.ά., 2014). Έπειτα, οι Antonakakis και Collins (2014), εξετάζοντας κάποιους μακροοικονομικούς δείκτες της Ελλάδας για την περίοδο 1968-2011, διαπίστωσαν ότι η δημοσιονομική λιτότητα, οι υψηλότεροι ρυθμοί ανεργίας, η οικονομική συρρίκνωση και η υπογεννητικότητα συνδέονται με σημαντικές αυξήσεις στον συνολικό δείκτη αυτοκτονιών. Μάλιστα, βρέθηκε ότι τα μέτρα λιτότητας και η αρνητική ανάπτυξη επηρεάζουν σημαντικά τον δείκτη αυτοκτονιών για τους άνδρες, αλλά όχι για τις

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

γυναίκες, και κυρίως τον πληθυσμό της ηλικιακής κατηγορίας μεταξύ 45 και 89 ετών. Ακόμη, σε μια άλλη μελέτη, μια αύξηση 1% στο ποσοστό της ανεργίας σχετίστηκε με μια αύξηση 0,19 περιπτώσεων σε 100.000 πληθυσμό μεταξύ των ανδρών σε παραγωγική ηλικία (Rachiotis κ.ά., 2015). Τα παραπάνω φανερώνουν ότι οι παράγοντες κινδύνου των αυτοκτονιών έχουν διαφορετική βαρύτητα αναλόγως του σημείου στο συνεχές φάσμα που ξεκινάει από τον ιδεατισμό και καταλήγει στην πράξη (Economou κ.ά., 2016b).

Η αναζήτηση λήψης βοήθειας από επαγγελματίες ψυχικής υγείας μπορεί να λειτουργήσει αποτρεπτικά για τις πράξεις αυτοκαταστροφής (Madianos κ.ά., 2014). Ωστόσο, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας έχουν υποστεί σημαντική υποβάθμιση κατά τη διάρκεια της ύφεσης (Kentikelenis κ.ά., 2014), Παρά την αξιοσημείωτη αύξηση της ζήτησης για αυτές τις υπηρεσίες τα τελευταία χρόνια, η χρηματοδότηση τους μειώθηκε κατά 20% μεταξύ 2010 και 2011 και κατά επιπλέον 55% μεταξύ 2011 και 2012, δηλαδή την περίοδο όπου ελήφθησαν τα αυστηρότερα μέτρα λιτότητας στην Ελλάδα (Anagnostopoulos και Soumaki, 2013). Οι μελέτες που δεν διαπιστώνουν την επιδείνωση των δεικτών των αυτοκτονιών κατά τη διάρκεια της κρίσης συνήθως διερευνούν την εξέλιξή τους σε συγκεκριμένες μόνο περιοχές της χώρας και όχι στο σύνολό της (Basta κ.ά., 2018· Paraschakis κ.ά., 2018). Η άνιση πρόσβαση των κατοίκων σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε σχέση με την περιοχή που διαμένουν μπορεί να προσφέρει μια εξήγηση για τις γεωγραφικές διαφοροποιήσεις στις εκτιμήσεις για τις αυτοκτονίες εντός της χώρας (Basta κ.ά., 2018).

5.4.3.8. Συμπεριφορά που σχετίζεται με την υγεία

Τα ευρήματα για τις μεταβολές στη συμπεριφορά που σχετίζεται με την υγεία κατά τη διάρκεια της κρίσης εμφανίζονται να είναι ανάμικτα και, σε κάποιες περιπτώσεις, ασαφή. Οι πανελλαδικές έρευνες Hellas Health έχουν διεξαχθεί σε πολλαπλά κύματα και επιτρέπουν τη διερεύνηση της εξέλιξης των συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία (Filippidis κ.ά., 2014· Filippidis κ.ά., 2017). Στο πλαίσιο αυτών των ερευνών, λοιπόν, ο επιπολασμός του καπνίσματος μειώνεται συνεχώς από την έναρξη της ύφεσης, με συνέπεια το ποσοστό των ατόμων που καπνίζουν να έχει ελαττωθεί από 42,6% σε 36,5%

μεταξύ 2008 και 2015 (Filippidis κ.ά., 2017). Επιπρόσθετα, θα πρέπει να σημειωθεί ότι δεν μειώθηκε μόνο ο αριθμός των καπνιστών, αλλά και η ετήσια κατανάλωση καπνού από 4.612 σε 3.032 γραμμάρια ανά κάτοικο, καθώς και ο αριθμός των τσιγάρων που καπνίζονται ανά ημέρα από 21,1 σε 18,8 μεταξύ 2009 και 2014 (OECD, 2018a). Ωστόσο, αυτή η μεταβολή μάλλον οφείλεται στη διακοπή του καπνίσματος ή και στην είσοδο νέων κοορτών, που συνδέονται με μικρότερο κίνδυνο έναρξης του καπνίσματος, καθότι το ποσοστό των ατόμων που καπνίζουν πάνω από 20 τσιγάρα την ημέρα αυξήθηκε από 12,1% σε 15,1% στο ίδιο διάστημα (**Πίνακας 5-6**). Στο πλαίσιο μιας άλλης συγχρονικής μελέτης, το 19,1% των συμμετεχόντων καπνιστών απάντησε ότι είχε μειώσει το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της κρίσης και μόλις το 3,5% ότι το είχε αυξήσει. Έπειτα, διαπιστώθηκε ότι οι νέοι και τα άτομα χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου συνδέονταν με υψηλότερη πιθανότητα να μεταβάλλουν τη συμπεριφορά τους, είτε προς το καλύτερο είτε προς το χειρότερο, σε σχέση με το κάπνισμα. Γενικότερα, η αύξηση ή η μείωση στην ένταση του καπνίσματος μπορεί να αποδοθεί στις επιπτώσεις της κρίσης, καθώς αποτελεί απόκριση στις στρεσογόνες συνέπειες οικονομικών πληγμάτων ή στον περιορισμό της οικονομικής προσιτότητας (μείωση εισοδήματος ή/και αύξηση τιμών), αντίστοιχα (Gallus κ.ά., 2016). Σημαντικό αντίκτυπο στη μείωση του επιπολασμού του καπνίσματος στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια μπορεί να είχαν και οι καμπάνιες και οι πολιτικές που έχουν εφαρμοστεί για τον έλεγχο του καπνίσματος (απαγόρευση σε δημόσιους χώρους, αύξηση τιμών, περιορισμοί στη διαφήμιση) (Schoretsaniti κ.ά., 2014). Ωστόσο, η διαπίστωση της ύπαρξης συχνότερης πρόθεσης για διακοπή του καπνίσματος ανάμεσα στους καπνιστές των υψηλότερων κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων (35,3%) έναντι των μεσαίων (18,8%) και των χαμηλότερων (28%) το 2011 (Schoretsaniti κ.ά., 2014) φανερώνει τη διάδραση των κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών με τα πρότυπα κατανάλωσης.

Έπειτα, σημαντική βελτίωση παρουσιάζει και ο επιπολασμός της φυσικής αδράνειας (καθιστική ζωή) κατά τη διάρκεια της κρίσης, ο οποίος έχει ελαττωθεί από 43,4% σε 29% μεταξύ 2008 και 2015 (Filippidis κ.ά., 2017). Αυτή η εξέλιξη παρατηρείται, μάλιστα, παρά τη μείωση στο ποσοστό των ατόμων που αναφέρουν ότι η περιοχή στην οποία διαμένουν προσφέρει πολλές ευκαιρίες

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

για φυσικές δραστηριότητες από 69,4% σε 62,2% μεταξύ 2009 και 2013 (Filippidis και Laverty, 2016).

Από την άλλη πλευρά, η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών και ο επιπολασμός της παχυσαρκίας ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$) δεν φαίνεται να άλλαξαν σημαντικά μεταξύ 2008 και 2015, αν και συνδέονται με μια τάση μικρής βελτίωσης (Filippidis κ.ά., 2017) (**Πίνακας 5-6**). Ένα ακόμη ενδιαφέρον εύρημα των ερευνών Hellas Health είναι ότι η επιδείνωση (-21,54% σχετική μεταβολή) στην κατανάλωση τουλάχιστον πέντε μερίδων φρούτων και λαχανικών την ημέρα μεταξύ 2008 και 2011 οφειλόταν κυρίως στην πολύ σημαντική μείωση που καταγράφηκε για τη χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική ομάδα (-54,82% σχετική μεταβολή) (Filippidis κ.ά., 2014). Σύμφωνα με έκθεση της ΕΛΣΤΑΤ, το ποσοστό των ατόμων με καθημερινή κατανάλωση τουλάχιστον μιας μερίδας φρούτων και λαχανικών έχει πέσει κατά 9,4% και 2,5%, αντίστοιχα (Michas κ.ά., 2018· OECD, 2018a). Γενικότερα, τα συμπεράσματα για τις αλλαγές στη διατροφή κατά τη διάρκεια της κρίσης φαίνεται να εξαρτώνται από την επιλογή του δείκτη, όπως μπορεί να διαπιστωθεί και από τον παρακάτω πίνακα (**Πίνακας 5-6**), αν και η διατροφή των Ελλήνων έχει μάλλον ελαφρώς χειροτερεύσει τα τελευταία χρόνια. Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η μικρή βελτίωση στον επιπολασμό της παχυσαρκίας αποδίδεται στη σχετική μείωση που παρατηρείται στις γυναίκες (από 17,3% σε 16,1%) μεταξύ 2009 και 2014, ενώ στους άνδρες καταγράφεται μια επιδείνωση (από 17,3% σε 18,1%) για το ίδιο διάστημα (OECD, 2018a).

Σαφή βελτίωση παρουσίασαν κάποιοι δείκτες που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της κρίσης. Πιο συγκεκριμένα, το ποσοστό των ατόμων που καθημερινά πίνουν αλκοόλ έπεσε από 10% σε 6,9% μεταξύ 2009 και 2014 (**Πίνακας 5-6**). Επίσης, η ετήσια κατανάλωση αλκοόλ μειώθηκε από 9,5 σε 6,5 λίτρα ανά κάτοικο μεταξύ 2008 και 2016, ενώ κατά τη δεκαετία που προηγήθηκε της ύφεσης ο δείκτης παρουσίαζε μικρές διακυμάνσεις, χωρίς ξεκάθαρη τάση (OECD, 2018a). Ωστόσο, το ποσοστό των ατόμων που ανέφεραν τουλάχιστον μια περίπτωση άμετρης κατανάλωσης αλκοόλ (binge-drinking) κατά τον προηγούμενο χρόνο αυξήθηκε από 52,7% σε 77,7% μεταξύ 2009 και 2014 (**Πίνακας 5-6**). Επίσης, ο αριθμός των εξαρτώμενων από το αλκοόλ ατόμων που προσέρχονται σε μια

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

εξωνοσοκομειακή μονάδα απεξάρτησης στην Αθήνα παρουσίασε και αυτός αύξηση από την έναρξη της κρίσης (Pomini κ.ά., 2014).

Πίνακας 5-6 Μεταβολές σε δείκτες παραγόντων κινδύνου στην Ελλάδα ανά επίπεδο εκπαίδευσης (2009, 2014)

	Έτος	Συνολικά	Μέχρι δεύτερο στάδιο της βασικής εκπαίδευσης	Ανώτερη δευτεροβάθμια και μεταδευτεροβάθμια μη τριτοβάθμια εκπαίδευση	Τριτοβάθμια εκπαίδευση
% πληθυσμού που είναι παχύσαρκοι	2009	17,6	23,0	15,5	11,4
	2014	16,9	21,0	14,4	13,4
% πληθυσμού που καταναλώνει λιγότερο από μια φορά τη βδομάδα φρούτα (ή ποτέ)	2009	2,6	2,9	2,6	1,8
	2014	7,4	7,6	9,0	4,6
% πληθυσμού που καταναλώνει λιγότερο από μια φορά τη βδομάδα λαχανικά (ή ποτέ)	2009	1,1	1,8	0,9	0,3
	2014	3,1	3,1	3,9	1,9
% πληθυσμού που καταναλώνει 4-6 φορές τη βδομάδα φρούτα	2009	17,5	16,3	18,8	17,8
	2014	17,8	17,3	17,3	19,4
% πληθυσμού που καταναλώνει 4-6 φορές τη βδομάδα λαχανικά	2009	15,6	15,6	16,7	13,9
	2014	18,2	14,1	20,3	22,4
% πληθυσμού που καπνίζει καθημερινά	2009	31,8	27,3	39,0	29,4
	2014	27,0	23,0	32,7	25,9
% πληθυσμού που καπνίζει περισσότερο από 20 τσιγάρα την ημέρα	2009	12,1	8,6	15,4	13,4
	2014	15,1	14,4	17,8	12,2
% πληθυσμού που πίνει αλκοόλ καθημερινά	2009	10,0	13,2	7,0	8,9
	2014	6,9	9,1	5,0	5,7
% πληθυσμού που δεν έκανε άμεση κατανάλωση αλκοόλ τον προηγούμενο χρόνο	2009	52,7	62,3	47,4	42,7
	2014	77,7	82,7	75,3	72,3

Πηγή: Eurostat (2018)

Η Ελλάδα βρίσκεται ανάμεσα στις χώρες της Ευρώπης με τα χαμηλότερα ποσοστά χρήσης παράνομων ναρκωτικών ουσιών (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2018a). Από την ετήσια εξέταση των

λυμάτων της Αθήνας μεταξύ 2010 και 2014, διαπιστώθηκε ότι η χρήση ναρκωτικών για ψυχαγωγικούς λόγους (π.χ. κοκαΐνη, κάνναβη) δεν μεταβλήθηκε σημαντικά κατά τη διάρκεια της κρίσης, αν και παρατηρείται μια σημαντική αύξηση για το «έκσταση». Ωστόσο, ανησυχία προκαλεί η υψηλή αύξηση στη χρήση της μεταμφεταμίνης («σίσα»), η οποία συνδέεται με άμεσες αρνητικές συνέπειες στην υγεία των χρηστών. Η εξέλιξη αυτή μπορεί να συνδεθεί με τις κοινωνικοοικονομικές μεταβολές των τελευταίων ετών, καθώς πρόκειται για μια πολύ φθηνή ναρκωτική ουσία, γεγονός που την καθιστά ευκολότερα προσβάσιμη για τις περιθωριακές ομάδες του πληθυσμού (Thomaidis κ.ά., 2016). Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι η πτωτική τάση στους θανάτους που αποδίδονται στη χρήση ναρκωτικών συνεχίστηκε και κατά τη διάρκεια της κρίσης, αν και το 2015 καταγράφηκε μια αύξηση, με τον αριθμό να παραμένει πάντως σταθερός για το 2016 (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2018b).

5.4.3.9. Ανισότητες υγείας

Αν και έχουν δημοσιευτεί πολλές μελέτες που έχουν ασχοληθεί με τις επιπτώσεις της κρίσης σε διάφορες διαστάσεις της υγείας του ελληνικού πληθυσμού, δεν φαίνεται να υπάρχει αντίστοιχου βαθμού διερεύνηση της εξέλιξης των τάσεων και στις ανισότητες υγείας στην Ελλάδα. Οι λίγες έρευνες που έχουν δημοσιευθεί δεν καταλήγουν στα ίδια συμπεράσματα. Οι Pascual κ.ά. (2018) εξέτασαν την μεταβολή στις ανισότητες (με τον Abul Naga–Yalcin δείκτη) και την πόλωση (τον βαθμό επέκτασης της κατανομής προς τα άκρα) στην αυτοαξιολογούμενη υγεία σε 27 Ευρωπαϊκές χώρες μεταξύ των περιόδων 2006-2009 και 2013-2015. Διαπίστωσαν, λοιπόν, ότι τόσο οι ανισότητες όσο και η πόλωση υγείας αυξήθηκε στην Ελλάδα μεταξύ των δύο περιόδων. Χρησιμοποιώντας τα ίδια δεδομένα από τις Εθνικές Έρευνες Υγείας, οι Chantzaras και Yfantopoulos (2017) διερεύνησαν τις αλλαγές στις σχετιζόμενες με το εισόδημα και την εκπαίδευση ανισότητες υγείας (με τον Erreygers Normalised Concentration δείκτη) στον επιπολασμό της αυτοαξιολογούμενης κακής υγείας, της ύπαρξης περιορισμών λόγω κακής υγείας στις καθημερινές δραστηριότητες, της παρουσίας μακροχρόνιας ασθένειας και της απουσίας από την εργασία λόγω προβλημάτων υγείας. Βρήκαν, λοιπόν, ότι, με εξαίρεση τις

σχετιζόμενες με την εκπαίδευση ανισότητες στους περιορισμούς στις καθημερινές δραστηριότητες, οι ανισότητες υγείας εις βάρος των χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων είτε μετριάστηκαν είτε αντιστράφηκαν τελείως κατά τη διάρκεια της κρίσης και ότι σε πολλές περιπτώσεις αυτή η μεταβολή ήταν στατιστικά σημαντική. Επιπλέον, εφαρμόζοντας τον Health Achievement δείκτη, ο οποίος διορθώνει τον μέσο όρο υγείας σε έναν πληθυσμό βάσει του μεγέθους των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας, παρατηρήθηκε βελτίωση στη συνολική απόδοση της χώρας για τις μεταβλητές της αυτοαξιολογούμενης υγείας και της απουσίας από την εργασία και επιδείνωση για τα άλλα δύο μέτρα της υγείας. Τέλος, οι Bono και Matranga (2019) αξιολόγησαν τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας στον αριθμό των χρόνιων ασθενειών σε άτομα ηλικίας 50 ετών και άνω στις χώρες της Ευρώπης για τα έτη 2004 και 2015. Τόσο ο αστάθμητος όσο και ο έμμεσα σταθμισμένος concentration index έδειξαν την παρουσία ανισοτήτων υγείας εις βάρος των φτωχότερων ομάδων του πληθυσμού και για τα δύο έτη, με τις ανισότητες πάντως να παρουσιάζονται μικρότερες το 2015.

5.5. Συμπεράσματα και περαιτέρω σκέψεις

Η ιδέα ότι οι αιφνίδιες κοινωνικοοικονομικές μεταβολές μπορεί να είναι επιβλαβείς για την υγεία υπάρχει ήδη από το έργο του Durkheim (Borowy, 2011). Οικονομικές κρίσεις με παρόμοια χαρακτηριστικά μπορούν να οδηγήσουν σε διαφορετικές εκβάσεις υγείας αναλόγως των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της κάθε χώρας. Συνεπώς, οι σχετικές εμπειρικές έρευνες των υγειονομικών επιπτώσεων της κρίσης μπορεί και να καταλήγουν σε διαφορετικά συμπεράσματα αναλόγως της έκβασης ενδιαφέροντος και του συγκεκριμένου πολιτισμικού, οικονομικού και πολιτικού πλαισίου εντός του οποίου εξελίσσεται η ύφεση (van Gool και Pearson, 2014). Σε αυτό το παράδειγμα, η κρίση ενίσχυσε προϋπάρχουσες αξίες και τάσεις αναφορικά με τις διαφορετικές μακροπρόθεσμες στάσεις απέναντι στη δημόσια υγεία από τις κυβερνήσεις, τις διαφορετικές ανταποκρίσεις του πληθυσμού ως προς τον τρόπο ζωής του και τον διαφορετικό βαθμό κοινωνικής αποσύνθεσης. Έτσι, οι διαφορετικές υγειονομικές επιπτώσεις των κρίσεων εξηγούνται από το ότι η Κούβα ήταν γεωγραφικά, πολιτισμικά, κοινωνικά και πολιτικά καλύτερα

εξοπλισμένη για να διαχειριστεί την κρίση (Borowy, 2011). Επιπλέον, η κάθε ύφεση συνδέεται με διαφορετικά χαρακτηριστικά, ιδίως ως προς το βάθος, τη διάρκειά της, τους τομείς της οικονομίας, τις γεωγραφικές περιοχές και τις πληθυσμιακές ομάδες που επηρεάζονται περισσότερο. Για παράδειγμα, οι πιο σοβαρές και μεγαλύτερης διάρκειας οικονομικές κάμψεις συνεπάγονται σημαντικότερες αρνητικές κοινωνικοοικονομικές μεταβολές για τον πληθυσμό από ό,τι τα λιγότερο σοβαρά και μικρότερης διάρκειας αντίστοιχα φαινόμενα (van Gool και Pearson, 2014).

Έπειτα, διαπιστώσαμε ότι θα πρέπει να γίνει διαχωρισμός μεταξύ των βραχυχρόνιων και των μακροπρόθεσμων συνεπειών των υφέσεων. Κάποιες υγειονομικές συνέπειες της ύφεσης είναι σχεδόν άμεσες, όπως τα λιγότερα αναπνευστικά προβλήματα λόγω του περιορισμού της ατμοσφαιρικής μόλυνσης που προκύπτει από τη μειωμένη οικονομική δραστηριότητα. Ωστόσο, είναι εύλογο ότι πολλές άλλες επιπτώσεις στην υγεία των ατόμων χρειάζονται σημαντικό χρόνο για να αναπτυχθούν μέσα από έναν πολύπλοκο ιστό μηχανισμών (Burgard και Kalousova, 2015). Επομένως, δεν μπορούμε να αποδεχτούμε απλοϊκά συμπεράσματα αναφορικά με τη σχέση των μακροοικονομικών παραγόντων με την υγεία του πληθυσμού.

Σε γενικές γραμμές, η πλειοψηφία των μελετών συγκλίνει στην επιδείνωση της υγείας του πληθυσμού στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της ύφεσης, τόσο στον βραχυπρόθεσμο όσο και στον μεσοπρόθεσμο χρονικό ορίζοντα (Bacigalupe κ.ά., 2016). Αυτή η εξέλιξη μπορεί να αποδοθεί τόσο στη σοβαρότητα όσο και στη μεγάλη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, η οποία επέφερε σημαντικές αρνητικές μεταβολές στους κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστές της υγείας. Παράλληλα, η οικονομική ύφεση επηρέασε άμεσα και τις πολιτικές κοινωνικής προστασίας, καθότι η μειωμένη οικονομική δραστηριότητα είχε αρνητικές συνέπειες στα δημόσια έσοδα από τη φορολογία και τις ασφαλιστικές εισφορές, φαλκιδεύοντας τη δυνατότητα χρηματοδότησης των κοινωνικών πολιτικών. Στο πλαίσιο αυτό, η σχετική έλλειψη αυτονομίας ως προς τη διαμόρφωση των δημοσιονομικών και οικονομικών πολιτικών οδήγησε στη λήψη μιας σειράς μέτρων λιτότητας και στη συνακόλουθη ελάττωση της δημόσιας χρηματοδότησης τόσο των πολιτικών του κράτους πρόνοιας όσο και των πολιτικών υγείας. Αυτό, όμως, είχε ως αποτέλεσμα αφενός τον περιορισμό

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

της κοινωνικής προστασίας του πληθυσμού, και αφετέρου την επιδείνωση της πρόσβασής του στο σύστημα υγείας και της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, το οποίο μπορεί να εξηγεί τις σοβαρότερες υγειονομικές επιπτώσεις της ύφεσης στην Ελλάδα σε σχέση με άλλες χώρες (Hessel κ.ά., 2014).

Στο κεφάλαιο αυτό αναπτύχθηκε ένα εννοιολογικό υπόδειγμα αναφορικά με τους μηχανισμούς διαμέσου των οποίων η πρόσφατη οικονομική κρίση μπορεί να έχει επηρεάσει την υγεία του πληθυσμού και τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας στην Ελλάδα. Αυτό που θα πρέπει να σημειωθεί είναι ότι τόσο οι ενδιάμεσοι μηχανισμοί όσο και οι έμμεσες υγειονομικές επιπτώσεις της κρίσης δεν συνεπάγονται μιας μοναδικής κατεύθυνσης, είτε μόνο θετικών είτε μόνο αρνητικών, επιδράσεων των μακροοικονομικών και των ατομικών κοινωνικοοικονομικών μεταβολών στην υγεία του πληθυσμού. Έτσι, στο πλαίσιο κάθε μηχανισμού εντάσσονται πολλαπλές διαδρομές αντίθετης κατεύθυνσης, που μπορεί να έχουν θετικές και αρνητικές υγειονομικές επιπτώσεις. Ακόμη περισσότερο, αυτές οι διαδρομές δεν είναι αμοιβαία αποκλειόμενες, το οποίο σημαίνει ότι μπορεί και να λειτουργούν παράλληλα. Έτσι, οι οικονομικοί περιορισμοί μπορεί να οδηγούν ταυτόχρονα τόσο στη μείωση της μέσης κατανάλωσης του αλκοόλ όσο και στην αύξηση της υπέρμετρης κατανάλωσής του και τη χειροτέρευση της δίαιτας του πληθυσμού. Επίσης, η επίπτωση της διαδικασίας του στρες μπορεί τελικά να υπερισχύει εκείνης των οικονομικών περιορισμών, με συνέπεια να επιτείνεται το κάπνισμα τον πληθυσμό, ή ο μηχανισμός της κατανομής του χρόνου να επικρατεί των οικονομικών περιορισμών και του στρες, με αποτέλεσμα να βελτιώνεται η φυσική δραστηριότητα (Colombo κ.ά., 2018). Σημασία φαίνεται να έχει και η σοβαρότητα των κοινωνικοοικονομικών συμβάντων. Για παράδειγμα, ενώ το βραχυπρόθεσμο και το μεσοπρόθεσμο χρέος των νοικοκυριών μπορεί να συνδέεται με καλύτερα αποτελέσματα υγείας, το μακροπρόθεσμο σχετίζεται με υψηλότερη πιθανότητα κακής υγείας (Clayton κ.ά., 2015). Αντίστοιχα, η μεγαλύτερη διάρκεια της ανεργίας και οι περισσότερες οικονομικές δυσκολίες συνδέονται με υψηλότερο κίνδυνο εκδήλωσης κατάθλιψης (Latsou και Geitona, 2018a).

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

Τα διάφορα χαρακτηριστικά των ατόμων μπορούν να τροποποιήσουν τους μηχανισμούς και τις διαδρομές μέσω των οποίων οι μακροοικονομικές και οι ατομικές κοινωνικοοικονομικές μεταβολές μπορούν να επηρεάσουν την υγεία τους. Για παράδειγμα, οι μηχανισμοί της κατανομής του χρόνου και των οικονομικών περιορισμών είναι πιθανότερο να έχουν πιο ισχυρή επίδραση στους ανέργους από ό,τι στους εργαζόμενους (Colombo κ.ά., 2018). Συνεπώς, η σχέση ανάμεσα στην ύφεση και την υγεία μπορεί να διαφέρει αναλόγως της πληθυσμιακής ομάδας. Αν και το επιστημονικό ενδιαφέρον για τις υγειονομικές συνέπειες των μακροοικονομικών παραγόντων είναι σημαντικό, δεν έχει δοθεί αντίστοιχη επιστημονική βαρύτητα και στον αντίκτυπο των οικονομικών κάμψεων στις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας (Bacigalupe κ.ά., 2016). Φαίνεται, παρόλα αυτά, να υπάρχει μια τάση διεύρυνσής τους κατά τη διάρκεια των υφέσεων (Bacigalupe και Escolar-Pujolar, 2014· Heggebø κ.ά., 2019), καθώς τα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα σχετίζονται με υψηλότερο κίνδυνο έκθεσης στους αρνητικούς παράγοντες κινδύνου που επιφέρουν. Πάντως, ο χρονικός ορίζοντας της αξιολόγησης του αντικτύπου των οικονομικών κρίσεων μπορεί να επηρεάζει τα συμπεράσματα. Αυτό διότι αφενός υπάρχει κάποια χρονική υστέρηση στην εμφάνιση των επιπτώσεών τους σε σχέση με συγκεκριμένες εκβάσεις υγείας, και αφετέρου ενδέχεται η εξέλιξη στις ανισότητες υγείας κατά την περίοδο των υφέσεων να εκφράζει προϋπάρχουσες τάσεις (Bacigalupe και Escolar-Pujolar, 2014).

Τέλος, θα πρέπει να επισημάνουμε ότι το εννοιολογικό υπόδειγμα αυτού του κεφαλαίου θα μπορούσε, ενδεχομένως με κάποιες μικρές προσαρμογές, να εφαρμοστεί για τη μελέτη των υγειονομικών επιπτώσεων της ύφεσης και σε άλλες περιπτώσεις χωρών. Βέβαια, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κάθε χώρας θα συνεπάγονταν την ενεργοποίηση διαφορετικών ενδιάμεσων μηχανισμών και αιτιωδών διαδρομών, με συνέπεια να προκαλούνται διαφορετικές υγειονομικές επιπτώσεις σε σχέση με την Ελλάδα. Πάντως, η πλήρης εφαρμογή αυτού του πολυεπίπεδου υποδείγματος θα απαιτούσε τη χρησιμοποίηση ενός μεγάλου αριθμού μεταβλητών για διάφορες διαστάσεις του ευρύτερου κοινωνικοπολιτικού πλαισίου και των ατομικών κοινωνικοοικονομικών παραγόντων, καθώς και της εξέλιξής τους στον χρόνο. Αν και η εμπειρική διερεύνηση που θα ακολουθήσει στηρίζεται στο θεωρητικό

Οι μηχανισμοί επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία

πλαίσιο και τα ευρήματα τόσο αυτού του κεφαλαίου όσο και εκείνων που προηγήθηκαν, οι αναλύσεις περιορίζονται αναγκαστικά από τη διαθεσιμότητα των σχετικών στοιχείων.

6. Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

6.1. Εισαγωγή

Όπως αναφέρουν οι Williams και Cookson (2000), ενώ η φιλοσοφία ασχολείται με το τι είναι δίκαιο ανάμεσα σε άτομα με γνωστά χαρακτηριστικά, η μέτρηση των ανισοτήτων υγείας ενδιαφέρεται για το τι είναι δίκαιο ανάμεσα σε άτομα ή ομάδες που διακρίνονται βάσει κάποιων γνωστών, κοινών ιδιοτήτων, παραβλέποντας άλλα χαρακτηριστικά, ως προς τα οποία επίσης μπορεί να διαφέρουν. Η μέτρηση των ανισοτήτων υγείας εφαρμόζει αρχές και τεχνικές από διαφορετικά επιστημονικά πεδία, όπως είναι των οικονομικών, της κοινωνιολογίας, της δημογραφίας, των κοινωνικών επιστημών και της επιδημιολογίας. Γενικότερα, η μέτρηση αυτή μπορεί να εξυπηρετήσει τέσσερις βασικούς σκοπούς (Anand κ.ά., 2001): α) την αξιολόγηση των διαφορών υγείας μεταξύ ομάδων ή ατόμων, β) τον υπολογισμό της επίπτωσης των ανισοτήτων στη δημόσια υγεία, γ) την αποσαφήνιση της αιτιότητάς τους και δ) την αξιολόγηση παρεμβάσεων πολιτικής ή της εξέλιξής των επιπτώσεών τους στον χρόνο.

Όπως διαπιστώσαμε στο δεύτερο κεφάλαιο της διατριβής, όπου αναπτύχθηκε το ζήτημα της κοινωνικής δικαιοσύνης στην υγεία, μια βασική διάκριση που γίνεται αποδεκτή είναι εκείνη μεταξύ της ανισότητας και της ανισοτιμίας. Από τη μια πλευρά, η ανισότητα αναφέρεται σε μια ποσοτικά μετρήσιμη διαφορά στην κατάσταση υγείας (ή σε σχέση με άλλα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με το πεδίο της υγείας) μεταξύ ατόμων ή κοινωνικών ομάδων, η οποία μπορεί να τεκμηριωθεί εμπειρικά με ακρίβεια. Από την άλλη πλευρά, η ανισοτιμία συμπεριλαμβάνει κάποια κανονιστική αξιολόγηση για αυτήν τη διαφορά, βάσει κάποιας προσέγγισης της κοινωνικής δικαιοσύνης. Καθότι, λοιπόν, η ανισοτιμία στηρίζεται σε μια ηθική θέση, δεν είναι απαραίτητα δυνατή η σαφής και αδιαμφισβήτητη παρατήρηση ή μέτρησή της (Harper και Lynch, 2005). Κατά τη συμβατική οπτική, η μέτρηση των ανισοτήτων υγείας αποτελεί μια ηθικά ουδέτερη διαδικασία, καθώς συνιστά ένα τεχνικό ζήτημα. Έτσι, η αξιολόγηση μιας κατανομής της υγείας αφορά αποκλειστικά στον τρόπο ερμηνείας των αποτελεσμάτων. Ωστόσο, διάφορες κανονιστικές διαστάσεις της ανισοτιμίας αναγκαστικά ενσωματώνονται στους

δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας. Συνεπώς, οι συγκεκριμένες επιλογές ως προς τη στρατηγική μέτρησης, τις μεταβλητές που θα χρησιμοποιηθούν και τους τρόπους σύγκρισης και στάθμισης βασίζονται σε ορισμένες αξιολογικές θέσεις. Κάποιες από αυτές τις αξιολογικές θέσεις απαιτείται ρητά να αποφασισθούν πριν την έναρξη της διαδικασίας της μέτρησης, ενώ άλλες ενσωματώνονται σιωπηρά στις εκάστοτε μεθόδους μέτρησης (Harper κ.ά., 2010· Harper και Lynch, 2017). Για παράδειγμα, οι Anand κ.ά. (2001) θεωρούν ότι για την ποσοτική εκτίμηση των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας θα πρέπει να ληφθούν υπόψη και να αντιμετωπιστούν εκ των προτέρων τα εξής ζητήματα: α) η αξιολόγηση της κατάστασης υγείας ή/και των συνεπειών υγείας, β) ο τρόπος ομαδοποίησης του πληθυσμού για τη διερεύνηση των διαφορών υγείας μεταξύ τους, γ) η ομάδα αναφοράς ή ο κανόνας πάνω στον οποίο θα αξιολογηθούν οι διαφορές υγείας, δ) οι αντισταθμίσεις μεταξύ των απόλυτων και των σχετικών μέτρων και ε) οι σταθμίσεις που πρέπει να γίνουν στην υγεία των ατόμων ή των ομάδων στα διάφορα σημεία της κατανομής της υγείας. Οι επιλογές κατά την παραμετροποίηση της μέτρησης επηρεάζουν τόσο τον τρόπο έκφρασης της ανισότητας της υγείας όσο και το μέγεθος και την κατεύθυνση αυτής, την ιεράρχηση των κοινωνιών ως προς τον βαθμό της ανισότητας, καθώς και τα συμπεράσματα σε σχέση με διαφορετικούς δείκτες υγείας και τις μεταβολές τους στον χρόνο (Keppel κ.ά., 2005· Harper και Lynch, 2017).

Οι δείκτες των ανισοτήτων υγείας στοχεύουν στην ιεράρχηση των καταστάσεων των πραγμάτων (δηλαδή των διαφορετικών κατανομών της υγείας) βάσει του βαθμού της ανισότητας ή της ανισοτιμίας τους (Υφαντόπουλος, 1990· Fleurbaey και Schokkaert, 2012). Ουσιαστικά, αποτελούν στατιστικά μέτρα τα οποία ενσωματώνουν σε μια τιμή τα διάφορα χαρακτηριστικά και τον βαθμό διασποράς της κάθε κατανομής, με τον κάθε δείκτη να συνδέεται με συγκεκριμένες αξιολογικές θέσεις (Maguire και Sheriff, 2011).

Σκοπός αυτού του κεφαλαίου είναι να εντοπίσει τους βασικούς δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων στις εκβάσεις υγείας και να αποσαφηνίσει τα συνδεδεμένα μεθοδολογικά και κανονιστικά ζητήματα, καθώς και τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματά τους. Για αυτόν τον σκοπό, διερευνήθηκε

σχολαστικά η διεθνής βιβλιογραφία για δείκτες που έχουν χρησιμοποιηθεί στο πλαίσιο διαφορετικών πεδίων, όπως η επιδημιολογία, η οικονομική επιστήμη και τα οικονομικά της υγείας και η κοινωνιολογία, χρησιμοποιώντας πολλαπλές λέξεις-κλειδιά σε διαφορετικούς συνδυασμούς, όπως: health inequalities, measur*, inequality*, disparit*, equit*, income inequality, health, mortality, morbidity κ.λπ. Παράλληλα, εφαρμόστηκαν και τεχνικές αναζήτησης, όπως η «backward and forward reference searching» και η «author searching».

6.2. Κανονιστικά και μεθοδολογικά ζητήματα της μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

Εξαρχής θα πρέπει να σημειώσουμε ότι υπάρχει μια πληθώρα δεικτών των ανισοτήτων υγείας, οι οποίοι μπορεί να ιεραρχούν με διαφορετικό τρόπο τις διάφορες κατανομές της υγείας. Αυτό σημαίνει ότι η επιλογή των δεικτών που θα εφαρμόσουμε είναι κρίσιμη για τα συμπεράσματα που θα προκύψουν. Ένας τρόπος επιλογής ενός μέτρου ανισότητας είναι η διατύπωση συγκεκριμένων αξιωμάτων για τη συμπεριφορά της συνάρτησης της κοινωνικής ευημερίας ως προς τις μεταβολές στα επίπεδα της υγείας, την κατανομή της υγείας και το μέγεθος του πληθυσμού και κατόπιν η εξαγωγή του δείκτη από τη συνάρτηση αυτή. Η δεύτερη μέθοδος σχετίζεται με τη διατύπωση ορισμένων βασικών ιδιοτήτων (ή αξιωμάτων), τις οποίες επιθυμούμε να ικανοποιεί ο δείκτης ανισότητας (Chakravarty, 1999). Στη βιβλιογραφία της ανισότητας του εισοδήματος, οι παρακάτω αρχές θεωρούνται ως γενικά επιθυμητές (Chakravarty, 1999· Jenkins και Van Kerm, 2012): α) η ανεξαρτησία ως προς το μέγεθος του πληθυσμού (population independence), β) η ανεξαρτησία ως προς τα προσωπικά χαρακτηριστικά (anonymity ή symmetry), γ) η ανεξαρτησία ως προς την κλίμακα (ή μονάδες) μέτρησης ή τον μέσο (scale independence) και δ) η αρχή των μεταβιβάσεων ή συνθήκη Pigou-Dalton. Σε αυτές τις αρχές συχνά προστίθενται η αθροιστική διαχωρισιμότητα (additive decomposability)

και η δυνατότητα κανονικοποίησης (normalization)²²⁸. Οι προηγούμενες ιδιότητες αναλύονται ακολούθως, ωστόσο αυτό γίνεται στο πλαίσιο των ιδιαίτερων ηθικών και μεθοδολογικών χαρακτηριστικών της κατανομής της υγείας. Συνεπώς, σκοπός του πρώτου μέρους αυτής ενότητας δεν είναι η αξιωματική προσέγγιση της ανισότητας, αλλά η ευρύτερη συζήτηση των διαφόρων κανονιστικών ζητημάτων των δεικτών μέτρησης της ανισότητας συγκεκριμένα στο πεδίο της υγείας.

6.2.1. Συνολική (ή αμιγής) ή κοινωνικοοικονομική ανισότητα

Μια πρώτη βασική διάσταση της μέτρησης των ανισοτήτων υγείας αφορά στο αν αυτή ενδιαφέρεται για τη μέτρηση της συνολικής ανισότητας ή διακύμανσης της υγείας στον πληθυσμό (ή τις διατομικές [interindividual] ανισότητες υγείας)²²⁹ ή για τις ανισότητες υγείας μεταξύ κοινωνικοοικονομικών ομάδων (Harper και Lynch, 2005· Harper και Lynch, 2017). Η πρώτη θεώρηση βασίζεται στην οικονομική βιβλιογραφία και αντλεί τα εργαλεία της από τις μεθόδους που εφαρμόζονται για την αξιολόγηση της κατανομής του εισοδήματος και η δεύτερη στηρίζεται στα επιστημονικά πεδία της επιδημιολογίας, της δημογραφίας και της κοινωνιολογίας (Anand κ.ά., 2001). Ενώ στην πρώτη περίπτωση συγκρίνονται τα πιο υγιή με τα λιγότερο υγιή άτομα, χωρίς αυτά να ομαδοποιούνται βάσει κάποιων κοινών χαρακτηριστικών, στη δεύτερη συγκρίνεται το μέσο επίπεδο υγείας μεταξύ ομάδων του

²²⁸ Η ελάχιστη ιδιότητα που θα πρέπει να πληροί ένα μέτρο ανισότητας είναι η αριθμητική ένδειξη του βαθμού της ανισοκατανομής (Υφαντόπουλος, 1990). Καθότι η αρχή της κανονικοποίησης δεν αναπτύσσεται ιδιαίτερα στο κεφάλαιο αυτό, θα πρέπει να σημειωθεί ότι, σύμφωνα με αυτήν, η τιμή του δείκτη ανισότητας είναι 0 στην περίπτωση της πλήρους ισοκατανομής της έκβασης ενδιαφέροντος, ενώ λαμβάνει θετικές τιμές σε οποιαδήποτε άλλη περίπτωση. Διαφορετικά, έστω μια κοινωνία N με n άτομα, με $h \in R_{++}^n$ να υποδηλώνει ένα διάνυσμα της κατανομής της υγείας και $\mu(h) = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n h_i$ να είναι το μέσο επίπεδο υγείας. τότε $l(h) \geq 0$, με $l(h) = 0$ αν και μόνο αν $h_i = \mu(h)$ για κάθε i -οστό άτομο της κατανομής. Πάντως, το εύρος των τιμών των περισσότερων δεικτών ανήκει στο διάστημα $[0, 1]$, όπου η τιμή 0 αντιστοιχεί σε μια κοινωνία πλήρους ισότητας και η τιμή 1 σε μια κοινωνία όπου ένα άτομο διαθέτει όλη την υγεία του πληθυσμού (Villar, 2017).

²²⁹ Εναλλακτικά, μπορεί να θεωρηθεί ως η μονομετάβλητη κατανομή της υγείας και της ασθένειας στον πληθυσμό, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη άλλα χαρακτηριστικά των ατόμων (Harper και Lynch, 2017).

πληθυσμού, που έχουν διακριθεί βάσει κάποιων κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών (Harper και Lynch, 2017). Από πολλούς, η πρώτη προσέγγιση θεωρείται ότι αποτελεί μια αξιακά ελεύθερη περιγραφή της κατανομής, καθότι δεν εφαρμόζονται κανονιστικές θέσεις αναφορικά με την προέλευση των ανισοτήτων υγείας. Αντίθετα, η δεύτερη θεώρηση προϋποθέτει μια *a priori* ομαδοποίηση της κοινωνίας, που αντιπροσωπεύει μια άνιση κατανομή των πόρων και των ευκαιριών ανάμεσα στις διάφορες συνιστώσες του πληθυσμού (Braveman, 2016). Αυτή η οπτική συνδέεται με την ιδέα ότι θα πρέπει να αποδίδουμε υψηλότερη βαρύτητα στις ανισότητες υγείας που είναι συστηματικά εις βάρος ήδη κοινωνικά μειονεκτουσών ομάδων (Harper κ.ά., 2010). Γενικότερα, η προσέγγιση της κοινωνικοοικονομικής ανισότητας στην υγεία σχετίζεται με τη διαφοροποιημένη στάθμιση των κοινωνικών ομάδων, καθότι μπορεί να θεωρούμε ότι για κάποιον λόγο κάποιες ομάδες του πληθυσμού χρήζουν μεγαλύτερης προσοχής (Penman-Aguilar κ.ά., 2016).

Η παραπάνω επιλογή μπορεί να συνδεθεί με την αρχή της ανεξαρτησίας ως προς τα προσωπικά χαρακτηριστικά (anonymity). Σύμφωνα με αυτήν την αρχή, το μέτρο της ανισότητας θα πρέπει να εξαρτάται από την κατανομή των συχνοτήτων της μεταβλητής και όχι από άλλα χαρακτηριστικά των ατόμων. Αυτό σημαίνει ότι ο δείκτης ανισότητας δεν θα πρέπει να επηρεάζεται από κάποια αναδιάταξη των ατόμων, δηλαδή αντιμεταθέσεις υγείας μεταξύ τους (Aristondo και Vega, 2013)²³⁰. Ωστόσο, αν αυτή η αρχή εφαρμοστεί, τότε δεν μπορούμε να αξιολογήσουμε τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας, οι οποίες λαμβάνουν υπόψη τους κάποιο κοινωνικοοικονομικό γνώρισμα (κοινωνικοοικονομική ομαδοποίηση) των ατόμων (Bleichrodt και van Doorslaer, 2006). Ακόμη περισσότερο, δεν μπορούμε να αξιολογήσουμε τους παράγοντες αυτών των ανισοτήτων, όπως είναι, για παράδειγμα, η προσωπική ευθύνη.

Ως προς τα μειονεκτήματα της προσέγγισης της κατανομής της υγείας στο σύνολο των ατόμων, εξετάζοντας συλλήβδην τον πληθυσμό, δεν λαμβάνονται

²³⁰ Τυπικά, έστω μια δεδομένη κοινωνία N , με h και h' να αποτελούν τα διανύσματα δύο κατανομών της υγείας, ώστε η h' να προκύπτει από μια αντιμετάθεση (permutation) της h , δηλαδή $h' = \pi(h)$. Τότε ισχύει $I(h) = I(h')$ (Villar, 2017).

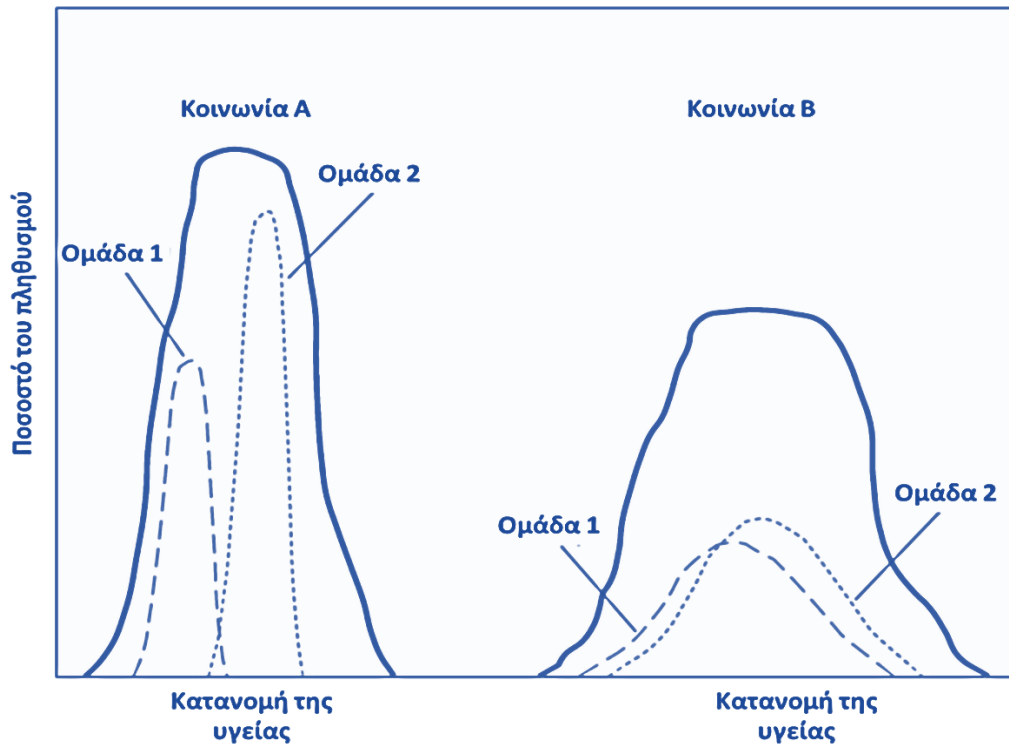
Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

υπόψη ομαδοποιήσεις πολιτικού ενδιαφέροντος και το ιστορικό και πολιτισμικό πλαίσιο και αποφεύγεται η εμβάθυνση στα αίτια των ανισοτήτων υγείας (Kawachi κ.ά., 2002). Επιπρόσθετα, ένα σημαντικό μέρος του υγιέστερου πληθυσμού μπορεί να οφείλει την καλή υγεία του σε ευνοϊκότερους γονότυπους, οπότε τα αποτελέσματα της μέτρησης μπορεί να μην έχουν συνάφεια με τη δυνατότητα ανάληψης κάποιας πολιτικής δράσης για την άμβλυνση των ανισοτήτων υγείας (Braveman, 2016). Αυτό διότι, ουσιαστικά, πρόκειται για μια εμπειρική διαπίστωση των διαφορών στην κατάσταση υγείας μεταξύ των ατόμων και όχι για ανισοτιμίες που χρήζουν κάποια επανόρθωση από την κοινωνία.

Έπειτα, οι διατομικές ανισότητες υγείας μπορεί να αποκρύψουν σημαντικές κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας. Για παράδειγμα, στο **Γράφημα 6-1** παρουσιάζονται οι υποθετικές κατανομές της υγείας δύο διαφορετικών κοινωνιών. Ενώ οι κοινωνίες αυτές διαθέτουν το ίδιο μέσο επίπεδο υγείας, οι διατομικές ανισότητες στην κοινωνία Β είναι μεγαλύτερες. Ωστόσο, ενώ οι ειδικότερες κατανομές υγείας των κοινωνικών ομάδων 1 και 2 σχεδόν συμπίπτουν στη δεύτερη κοινωνία, στην πρώτη παρουσιάζουν ένα σημαντικό χάσμα ως προς το μέσο επίπεδο υγείας τους. Συνεπώς, αναλόγως του τρόπου μέτρησης των ανισοτήτων υγείας (διατομικές ή κοινωνικοοικονομικές) που θα επιλέξουμε, θα είναι διαφορετικά τα συμπεράσματά μας για την κατάταξη μεταξύ των κοινωνιών.

Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

Γράφημα 6-1 Υποθετικές κατανομές της υγείας σε δύο κοινωνίες



Πηγή: Harper και Lynch (2005)

Ο Hausman (2007) υποστηρίζει ότι δεν μπορούμε να δούμε τις ανισότητες υγείας ανεξαρτήτως των υπόλοιπων χαρακτηριστικών των ατόμων, καθότι η υγεία δεν μπορεί να είναι το μόνο μέλημα της δικαιοσύνης. Μπορεί δύο άνθρωποι να έχουν άιση κατάσταση υγείας, αλλά να υφίστανται αντίθετης φοράς ανισότητες ως προς άλλα χαρακτηριστικά τους, με συνέπεια η συνολική ευημερία να είναι ίση μεταξύ των ατόμων. Αντίθετα, όταν οι ανισότητες υγείας δεν μπορούν να αντισταθμιστούν από άλλου είδους διαφορές αντίθετης κατεύθυνσης, μπορεί να κριθούν ως «μη αποζημιώσιμες» (incompensable) ανισότητες. Εφόσον θεωρήσουμε ότι οι ανισότητες υγείας αποτελούν μόνο μία συνιστώσα της ισοτιμίας (equity), τότε μπορούμε να επιλέξουμε μεταξύ διαφόρων προσεγγίσεων για την ενσωμάτωσή τους σε κάποια ευρύτερη οπτική της δικαιοσύνης (Schokkaert κ.ά., 2013). Η πιο δημοφιλής προσέγγιση, και αυτή με την οποία κυρίως καταπιάνεται η παρούσα διατριβή, είναι μέσω της εφαρμογής δεικτών που διερευνούν τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας, όπως είναι ο concentration index. Στο πλαίσιο αυτό, θεωρούμε ότι οι ανισότητες υγείας που δημιουργούνται από το κοινωνικό πλαίσιο είναι άδικες

Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

και θα πρέπει να διορθωθούν μέσω κάποιων πολιτικών δράσεων. Σύμφωνα με μια άλλη προσέγγιση, η υγεία είναι μία μόνο από τις συνιστώσες που συμβάλλουν στη συνολική ατομική ευημερία. Έτσι, είναι δυνατόν μια κατάσταση των πραγμάτων όπου οι ανισότητες υγείας αντισταθμίζουν άλλου είδους ανισότητες να είναι πιο δίκαιη από μια άλλη όπου η κατάσταση της υγείας είναι ισοκατανεμημένη στον πληθυσμό. Μια λύση είναι η κατασκευή μέτρων ατομικής ευημερίας, όπως είναι η ευτυχία ή η ικανοποίηση από τη ζωή. Ωστόσο πρόκειται για υποκειμενικά μέτρα, τα οποία δεν δίνουν αρκετή βαρύτητα σε αντικειμενικά στοιχεία της ευημερίας. Από την άλλη πλευρά, τα μέτρα πολυδιάστατης ανισότητας δεν λαμβάνουν υπόψη τους τις διαφοροποιήσεις προτιμήσεων μεταξύ των ατόμων, καθώς αποδέχονται μια αντικειμενική σύλληψη της ευημερίας. Μια ακόμη λύση μπορεί να είναι εκείνη των ισοδύναμων εισοδημάτων (equivalent incomes), όπου η προθυμία-για-πληρωμή για υγεία αξιοποιείται για τον μετασχηματισμό των πληροφοριών για την υγεία σε ισοδύναμο εισόδημα. Έτσι, ένα πρόβλημα δύο διαστάσεων μετατρέπεται σε ένα πρόβλημα αποκλειστικά του πεδίου του εισοδήματος (Fleurbaey, 2005b· Schokkaert κ.ά., 2013).

Ως προς τα μειονεκτήματα της σύγκρισης του επιπέδου υγείας μεταξύ κοινωνικών ομάδων, πέρα από τον προβληματισμό του σωστού αξιακού υποβάθρου της κοινωνικής ομαδοποίησης, υπάρχει και το πρακτικό πρόβλημα της σωστής επιλογής των μεταβλητών. Με άλλα λόγια, τίθεται το ζήτημα του ποια κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά θα χρησιμοποιηθούν και σε ποια κλίμακα αυτά θα μετρηθούν. Η επιλογή αυτή έχει ιδιαίτερη σημασία, καθότι προδικάζει το είδος της αιτιώδους συνάφειας μεταξύ αυτών των χαρακτηριστικών (και του τρόπου που έχουν μετρηθεί) με την υγεία (Braveman, 2016). Επιπλέον, αναλόγως του ευρύτερου πλαισίου, οι κοινωνικές ομάδες ορίζονται διαφορετικά και εμφορούνται με διαφορετικά νοήματα και ιστορικές ιδιαιτερότητες, με συνέπεια να μην είναι εύκολες οι διεθνείς συγκρίσεις (Harper και Lynch, 2017). Για παράδειγμα, η έννοια της κάστας είναι σχετική με το κοινωνικό γίνεσθαι πολύ λίγων χωρών, όπως είναι η Ινδία, το Πακιστάν, το Νεπάλ και η Σρι Λάνκα (Arcaya κ.ά., 2015).

Έπειτα, η ανισότητα μεταξύ των κοινωνικών ομάδων μπορεί να είναι πολύ μικρότερη σε σχέση με τη συνολική διακύμανση της υγείας στον πληθυσμό.

Είναι, μάλιστα, δυνατόν να υπάρχουν πολύ μεγαλύτερες ανισότητες υγείας εντός των κοινωνικών ομάδων, παρά μεταξύ τους. Αυτό έχει σημασία από πλευράς πολιτικής, καθότι, στην περίπτωση που, για παράδειγμα, επιθυμούμε να μειώσουμε την παχυσαρκία στον πληθυσμό με μια δράση που επικεντρώνεται στην κοινωνικοοικονομική ομάδα υψηλού κινδύνου (π.χ. εκείνη με το χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο), δεν λαμβάνεται υπόψη ότι άτομα υψηλού κινδύνου βρίσκονται σε όλες τις κοινωνικοοικονομικές ομάδες (Harper και Lynch, 2005· Harper και Lynch, 2017). Μια τέτοια πολιτική παρέμβαση μπορεί να είναι περισσότερο αποτελεσματική ως προς την άμβλυση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας, παρά για τη μείωση του επιπολασμού της παχυσαρκίας στον πληθυσμό. Επομένως, η επιλογή του συγκεκριμένου είδους ανισότητας στην υγεία που θα εξεταστεί σχετίζεται με τους συγκεκριμένους πολιτικούς στόχους και τις υποκείμενες αξίες των εναλλακτικών πολιτικών.

Γενικότερα, τα μέτρα της συνολικής και της κοινωνικοοικονομικής ανισότητας υγείας συλλαμβάνουν διαφορετικές διαστάσεις της ανισοκατανομής της υγείας στον πληθυσμό. Ενώ η συνολική ανισότητα συμπεριλαμβάνει μια σημαντική στοχαστική συνιστώσα, η οποία διαμορφώνεται από τις διατομικές διακυμάνσεις υγείας, η κοινωνικοοικονομική συλλαμβάνει τις συστηματικές κοινωνικές διαφορές υγείας στον πληθυσμό, παρόλο που σημαντικές διαφοροποιήσεις συνεχίζουν να υφίστανται εντός των κοινωνικών ομάδων (Harper και Lynch, 2017).

Έπειτα, αυτή η διάκριση έχει σημαντικές συνέπειες αναφορικά με την επιλογή της υποκείμενης θεωρίας κοινωνικής δικαιοσύνης και της συνακόλουθης διαδικασίας της μέτρησης. Έτσι, οι προσεγγίσεις που ενδιαφέρονται μόνο για την κατανομή της μεταβλητής ενδιαφέροντος, στη συγκεκριμένη περίπτωση την υγεία, και όχι για τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά των ατόμων, όπως είναι ο ωφελιμισμός (στο πλαίσιο του extra-welfarism), ο αυστηρός εξισωτισμός και η αρχή της προτεραιότητας, δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την κανονιστική θεμελίωση της μέτρησης των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας, παρά μόνο εκείνης των διατομικών ανισοτήτων υγείας. Από την άλλη πλευρά, άλλες προσεγγίσεις της κοινωνικής δικαιοσύνης, όπως του Daniels για την προσαρμογή των Ρωλσιανών αρχών

στο ζήτημα της υγείας, μπορεί να στηρίξει κανονιστικά τη μέτρηση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας. Επίσης, η μέτρηση των διατομικών ανισοτήτων υγείας εξ ορισμού δεν ασχολείται με άλλες ηθικές διαστάσεις, όπως είναι η προσωπική ευθύνη ή και η αξιολύπη των ατόμων για την κατάσταση της υγείας τους. Γενικότερα, οι δείκτες με τους οποίους ασχολείται αυτό το κεφάλαιο αναφέρονται στην κατανομή των εκβάσεων υγείας στον πληθυσμό και όχι στην κατανομή των ευκαιριών ή των δυνατοτήτων υγείας στον πληθυσμό. Η μέτρηση των ευκαιριών υγείας στον πληθυσμό απαιτεί μια επιπλέον στατιστική επεξεργασία.

Συνολικά, η επιλογή της μονάδας παρατήρησης (π.χ. άτομο ή κοινωνικοοικονομική ομάδα) εξαρτάται από την αντίληψη που έχουμε για την ανισοτιμία υγείας και από το αν αυτή μπορεί να εντοπιστεί ανάμεσα είτε σε άτομα είτε σε ομάδες. Βεβαίως, όταν επιλέγεται η κοινωνική ομάδα συχνά προκύπτει ζήτημα συγκρισιμότητας μεταξύ των μελετών, καθότι υπάρχει μια μεγάλη πλειάδα επιλογών, ενώ και οι ορισμοί τους μπορεί να διαφέρουν σημαντικά. Για αυτό και πολλές φορές προτιμάται ο συνδυασμός των δύο προσεγγίσεων (Asada, 2005).

6.2.2. Απόλυτη ή σχετική ανισότητα

Ένα επόμενο ζήτημα που ενδιαφέρει τη μέτρηση των ανισοτήτων υγείας αφορά στο αν αυτή θα αναφέρεται σε απόλυτους ή σχετικούς όρους. Ένα απόλυτο μέτρο ανισότητας μετράει την απόλυτη διαφορά ως προς έναν δείκτη υγείας μεταξύ μιας ομάδας και ενός σημείου αναφοράς. Η διαφορά αυτή εκφράζεται στην ίδια κλίμακα μέτρησης με την έκβαση υγείας και, συνεπώς, έχει στενότερο δεσμό με τη μέση τιμή στον πληθυσμό σε σχέση με τη σχετική διαφορά (Harper κ.ά., 2013). Ένα σχετικό μέτρο ανισότητας μετράει τη διαφορά ως προς έναν δείκτη υγείας μεταξύ μιας ομάδας και ενός σημείου αναφοράς ως ποσοστό του σημείου αναφοράς ή με άλλους σχετικούς όρους (π.χ. ως αναλογία). Συνεπώς, το σημείο αναφοράς γίνεται και η μονάδα μέτρησης της ανισότητας σε αυτήν την περίπτωση. Αυτό είναι ένα σημαντικό πλεονέκτημα των μέτρων της σχετικής ανισότητας, καθότι μπορεί να χρησιμοποιηθούν για τη

Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

σύγκριση διαφορετικών δεικτών υγείας, οι οποίοι μπορεί να διαφοροποιούνται ως προς την κλίμακα μέτρησής τους (Kerpel κ.ά., 2005).

Η επιλογή μεταξύ των μέτρων της απόλυτης και της σχετικής ανισότητας είναι κρίσιμη, καθώς μπορεί να οδηγήσει σε αντίθετα συμπεράσματα κατά τη σύγκριση μεταξύ πληθυσμών, είτε συγχρονικά είτε διαχρονικά (δηλαδή κατά τη διερεύνηση των μεταβολών) (Asada, 2010· Harper κ.ά., 2010). Έστω, λοιπόν, δύο κοινωνικές ομάδες, για τις οποίες ισχύει: Προσδόκιμο επιβίωσης_{κοινωνία A} < Προσδόκιμο επιβίωσης_{κοινωνία B} στον χρόνο t . Στην περίπτωση, όπου επιθυμούμε να εξετάσουμε τη μεταβολή στις ανισότητες υγείας στον χρόνο $t+1$, υπάρχουν οι παρακάτω δυνατές περιπτώσεις μεταβολών:

- Το προσδόκιμο επιβίωσης της ομάδας A χειροτερεύει και εκείνο της ομάδας B είτε βελτιώνεται είτε παραμένει στάσιμο (σε απόλυτους όρους). Σε αυτήν την περίπτωση, τα μέτρα τόσο της απόλυτης όσο και της σχετικής ανισότητας θα δείχνουν όξυνση των ανισοτήτων υγείας.
- Το προσδόκιμο επιβίωσης της ομάδας A παραμένει στάσιμο και εκείνο της ομάδας B βελτιώνεται (σε απόλυτους όρους). Σε αυτήν την περίπτωση, τα μέτρα τόσο της απόλυτης όσο και της σχετικής ανισότητας θα δείχνουν όξυνση των ανισοτήτων υγείας.
- Το προσδόκιμο επιβίωσης της ομάδας A βελτιώνεται και εκείνο της ομάδας B παραμένει στάσιμο (σε απόλυτους όρους). Σε αυτήν την περίπτωση, τα μέτρα τόσο της απόλυτης όσο και της σχετικής ανισότητας θα δείχνουν μείωση των ανισοτήτων υγείας.
- Το προσδόκιμο επιβίωσης και των δύο ομάδων είτε βελτιώνεται είτε χειροτερεύει (σε απόλυτους όρους). Σε αυτήν την περίπτωση, είναι δυνατόν τα συμπεράσματα των μέτρων της απόλυτης και της σχετικής ανισότητας αναφορικά με την κατάταξη των κατανομών ως προς το μέγεθος της ανισότητας στο προσδόκιμο επιβίωσης να αποκλίνουν. Όταν, βέβαια, ο ρυθμός βελτίωσης της μειονεκτούσας ομάδας είναι υψηλότερος από εκείνον της πλεονεκτούσας, τότε εξ ορισμού μειώνονται τόσο οι απόλυτες όσο και οι σχετικές ανισότητες.

Κατά τους Harper κ.ά. (2010), η επιλογή μεταξύ της σχετικής και της απόλυτης προσέγγισης της ανισότητας εκφράζει την πρόκριση μιας συγκεκριμένης αξιολογικής θέσης. Θεωρούν, λοιπόν, ότι τα μέτρα της σχετικής

Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

ανισότητας προσιδιάζουν περισσότερο στον αυστηρό εξισωτισμό, καθότι δεν περιλαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με τις μεταβολές στη συνολική υγεία του πληθυσμού ή το επίπεδο της απόλυτης υγείας για κάθε κοινωνική ομάδα. Αντίθετα, τα μέτρα της απόλυτης ανισότητας επιτρέπουν να ληφθούν υπόψη και άλλοι παράγοντες. Για παράδειγμα, σε περίπτωση που μειωθούν τα ποσοστά της θνησιμότητας στον πληθυσμό και παράλληλα μειωθούν και οι απόλυτες ανισότητες, αυτό συνεπάγεται ότι η βελτίωση της μέσης υγείας πραγματοποιήθηκε ικανοποιώντας τη συνθήκη κατά Pareto.

Το θέμα της επιλογής μεταξύ των απόλυτων και των σχετικών μέτρων της ανισότητας παρουσιάζεται να είναι πιο σημαντικό όταν εξετάζουμε μεταβολές στον χρόνο (Keppel κ.ά., 2005). Η Asada (2010) επεξηγεί το παραπάνω ζήτημα δίνοντας ένα συγκεκριμένο παράδειγμα (**Γράφημα 6-2**). Έστω, λοιπόν, ένας πληθυσμός, στον οποίο οι άνδρες και οι γυναίκες αποτελούν δύο ισοπληθείς ομάδες. Ο μέσος όρος του προσδόκιμου επιβίωσης για τον πληθυσμό είναι τα 25 έτη, αλλά για τους άνδρες είναι μόλις 20 και για τις γυναίκες 30 έτη. Έτσι, η απόλυτη διαφορά (rate difference) μεταξύ τους είναι 10 έτη και η σχετική (rate ratio) έχοντας ως ομάδα αναφοράς τους άνδρες είναι 1,5, δηλαδή οι γυναίκες ζουν κατά μέσο όρο 50% περισσότερο από τους άνδρες. Θεωρούμε, λοιπόν, ότι υπάρχουν δύο δυνατότητες πολιτικών, αμφότερες από τις οποίες οδηγούν σε βελτίωση του μέσου προσδόκιμου επιβίωσης του πληθυσμού από τα 25 στα 50 έτη. Κατά την πρώτη, το προσδόκιμο επιβίωσης κάθε φύλου αυξάνεται ομοιόμορφα (uniformly) σε απόλυτους όρους (ισόποσες αυξήσεις ή equal increments) κατά 25 έτη. Κατά τη δεύτερη, το προσδόκιμο επιβίωσης κάθε φύλου διπλασιάζεται, δηλαδή αυξάνεται ισοαναλογικά (equiproportionally) μεταξύ των ομάδων κατά 100%.

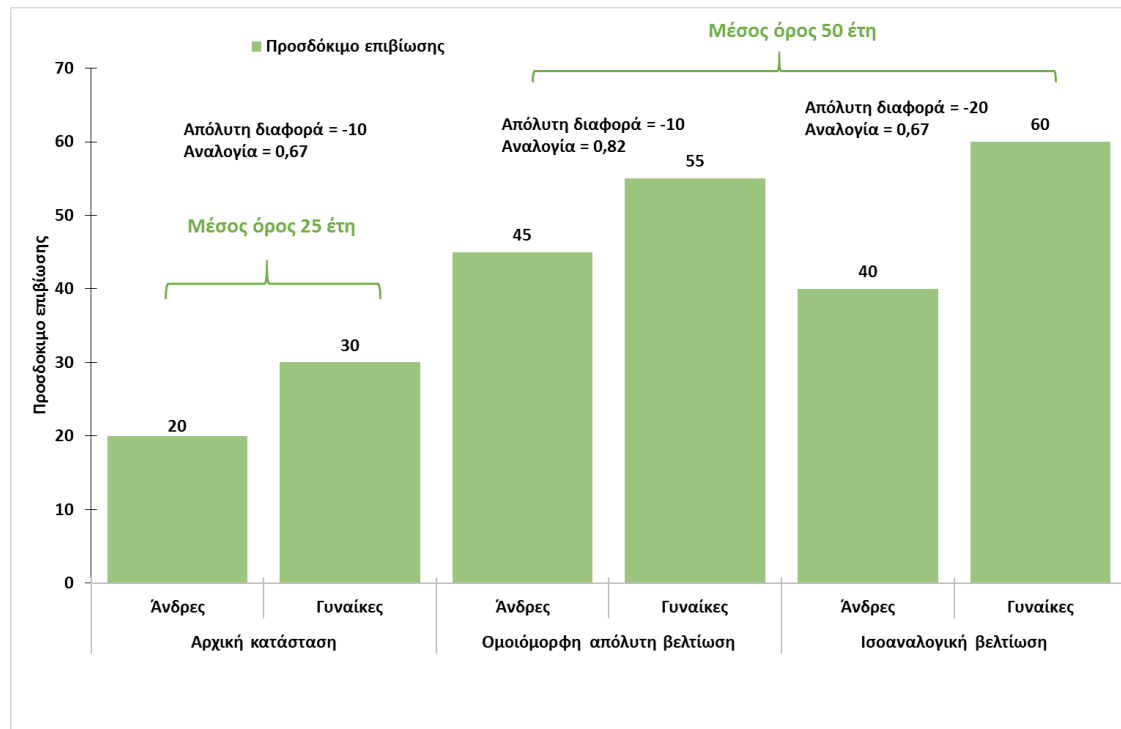
Το ζήτημα που προκύπτει αφορά στο τι συμβαίνει με την ανισότητα στο προσδόκιμο ζωής κατόπιν της εφαρμογής των πολιτικών αυτών (ουσιαστικά το πώς συγκρίνουμε την ανισότητα σε πληθυσμούς με διαφορετικό μέσο όρο). Διαπιστώνουμε, λοιπόν, ότι οι εκτιμήσεις των μέτρων της απόλυτης ανισότητας παραμένουν αμετάβλητες σε ισόποσες μεταβολές στην υγεία των ατόμων ή των ομάδων του πληθυσμού, ενώ εκείνες των μέτρων της σχετικής ανισότητας παραμένουν αμετάβλητες σε ισοαναλογικές μεταβολές της υγείας τους. Η πρώτη ιδιότητα πολλές φορές αναφέρεται ως ανεξαρτησία ως προς την

μετατόπιση της κατανομής [level ή translation invariance (ή independence)], ενώ η δεύτερη ως ανεξαρτησία ως προς την κλίμακα μέτρησης [scale ή cardinal ή mean invariance (ή independence)]²³¹. Με την ισόποση αύξηση του προσδόκιμου ζωής (και τη διατήρηση της απόλυτης ανισότητας σταθερής), η αναλογία μεταξύ των δύο ομάδων (δηλαδή η σχετική ανισότητα) μειώνεται, ενώ με την αναλογική αύξηση του προσδόκιμου ζωής (και τη διατήρησης της σχετικής ανισότητας σταθερής) η απόλυτη διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων (δηλαδή η απόλυτη ανισότητα) αυξάνεται. Συνεπώς, η επιλογή αυτή μπορεί να έχει επίπτωση και στα συμπεράσματά μας. Σε γενικές γραμμές, όταν το επίπεδο νοσηρότητας ή θνησιμότητας της ομάδας αναφοράς πέφτει σε πολύ χαμηλά επίπεδα, τα σχετικά μέτρα ανισότητας δείχνουν αύξηση, και το αντίστροφο (Anand κ.ά., 2001).

²³¹ Τυπικά, έστω μια κοινωνία N με n άτομα, όπου h είναι το διάνυσμα της κατανομής της υγείας. Τότε, για κάθε $\lambda > 0$ και για κάθε $h \in R_{++}^n$, ισχύει $l(\lambda h) = l(h)$ (Villar, 2017). Από πολλούς θεωρείται ότι η ανεξαρτησία ως προς την κλίμακα ή τον μέσο όρο αποτελεί μια επιθυμητή ιδιότητα των μέτρων των ανισοτήτων υγείας. Ως προς την οικονομική βιβλιογραφία, αυτή η αρχή σχετίζεται με τη δυνατότητα σύγκρισης των κατανομών του εισοδήματος ανεξάρτητα από τις όποιες μεταβολές στη μονάδα μέτρησής του. Κατά μια διαφορετική ερμηνεία του αξιώματος αυτού, ακόμη και αν διπλασιαστεί η υγεία όλων, το μέτρο της ανισότητας θα παραμείνει αμετάβλητο. Βέβαια, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι αυτό για το οποίο ενδιαφερόμαστε είναι το απόλυτο επίπεδο υγείας των ατόμων (Harper και Lynch, 2005). Συνεπώς, η ανεξαρτησία ως προς τον μέσο δεν αποτελεί το ίδιο απαραίτητη ιδιότητα στη μέτρηση των ανισοτήτων στο πεδίο της υγείας.

Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

Γράφημα 6-2 Υποθετικό παράδειγμα σύγκρισης της απόλυτης και της σχετικής ανισότητας ως προς το προσδόκιμο ζωής μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών



Ο Kolm (Kolm, 1976a· Kolm, 1976b) εισήγαγε τις έννοιες της «κλίνουσας προς τα αριστερά» (leftist) και της «κλίνουσας προς τα δεξιά» (rightist) αξιολογικής θέσης, για να περιγράψει την επιλογή μεταξύ της απόλυτης και της σχετικής ανισότητας. Κατά την «κλίνουσα προς τα δεξιά» οπτική, η ανισότητα παραμένει σταθερή όταν η μεταβλητή ενδιαφέροντος (στην προκειμένη περίπτωση η υγεία) αυξάνεται ή μειώνεται αναλογικά. Κατά την «κλίνουσα προς τα αριστερά» οπτική, η ανισότητα παραμένει αμετάβλητη σε ισόποσες αυξήσεις μεταξύ των ατόμων του πληθυσμού. Επιπλέον, εισήγαγε και μια ενδιάμεση οπτική (centralist view), ως έναν συμβιβασμό των δύο προηγούμενων ηθικά υπερασπίσιμων θέσεων, κατά την οποία η ανισότητα μειώνεται (ή αυξάνεται) σε ισόποσες (ή ισοαναλογικές) βελτιώσεις.

6.2.3. Θετικές (attainment) και αρνητικές (shortfall) εκβάσεις υγείας και το κριτήριο της ισοδυναμίας της ανισότητας (inequality equivalence criterion)

Οι Kjellsson κ.ά. (2015) σχετίζουν την επιλογή μεταξύ των μέτρων της απόλυτης και της σχετικής ανισότητας με το κριτήριο της ισοδυναμίας της

ανισότητας (inequality equivalence criterion). Το κριτήριο αυτό καθορίζει τον τρόπο με τον οποίο μπορεί επιπρόσθετη υγεία ή πόροι να διανεμηθούν, ώστε το επίπεδο της ανισότητας να παραμείνει αμετάβλητο. Στο παραπάνω παράδειγμα, υποθέσαμε ότι υπάρχουν δύο τρόποι: είτε α) η κατανομή μιας ισόποσης αύξησης σε όλους είτε β) η κατανομή μιας αναλογική του αρχικού επιπέδου τους αύξησης σε όλους. Ωστόσο, στο πλαίσιο της μέτρησης των ανισοτήτων υγείας, οι εκβάσεις υγείας έχουν συνήθως κάτω και άνω όρια (bounded variables), όπως είναι ο επιπολασμός μια ασθένειας, η θνησιμότητα και η αυτοαξιολογούμενη υγεία. Αυτό σημαίνει ότι κάθε μεταβλητή υγείας μπορεί να εκφραστεί είτε ως θετική έκβαση ή επίτευγμα (attainment), έχοντας ως βάση το κάτω όριο, είτε ως αρνητική έκβαση ή έλλειμμα (shortfall), έχοντας ως βάση το άνω όριο. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι η αρνητική έκβαση υγείας δεν έχει απαραίτητα αρνητικό πρόσημο, ενώ μπορεί να μην αποτελεί το συμπλήρωμα της θετικής έκβασης σε σχέση με το άνω όριο, αλλά να εκφράζει άμεσα έναν δυσμενή δείκτη υγείας, όπως είναι η πιθανότητα εκδήλωσης μιας ασθένειας.

Η επιλογή μεταξύ της θετικής και της αρνητικής έκφρασης μιας μεταβλητής της υγείας μεταβάλλει τις υποκείμενες αξιολογικές θέσεις μας αλλά και την κατάταξη των κοινωνιών ως προς τις ανισότητες υγείας (Kjellsson κ.ά., 2015). Έτσι, ως προς το προηγούμενο παράδειγμα, θα μπορούσαμε να θεωρήσουμε ότι το προσδόκιμο επιβίωσης έχει ανώτατο όριο τα 100 έτη. Σε αυτό το πλαίσιο, το αρχικό επίπεδο του προσδόκιμου επιβίωσης των 20 και 30 ετών για τους άνδρες και τις γυναίκες, αντίστοιχα, θα μπορούσε να εκφραστεί ως έλλειμμα 80 και 70 ετών (χαμένα έτη ζωής από πρόωρο θάνατο), αντίστοιχα, από το υποτιθέμενο ανώτατο όριο (**Γράφημα 6-3**). Σε αντιστοιχία με τα προηγούμενα, θα μπορούσαμε να εξετάσουμε τη βελτίωση του μέσου προσδόκιμου επιβίωσης από τα 25 στα 50 έτη αφενός με ισόποσες, και αφετέρου με ισοαναλογικές μειώσεις των ελλειμμάτων επιβίωσης στους άνδρες και τις γυναίκες. Στην περίπτωση της ισόποσης μείωσης κατά 25 έτη των χαμένων ετών ζωής, η τελική κατανομή του προσδόκιμου επιβίωσης μεταξύ των δύο ομάδων είναι ίδια με εκείνη της ισόποσης αύξησης κατά 25 έτη του προσδόκιμου ζωής. Ωστόσο, στην περίπτωση της ισοαναλογικής μείωσης ελλειμμάτων (προκειμένου να επιτύχουμε τη συνολική αύξηση του μέσου

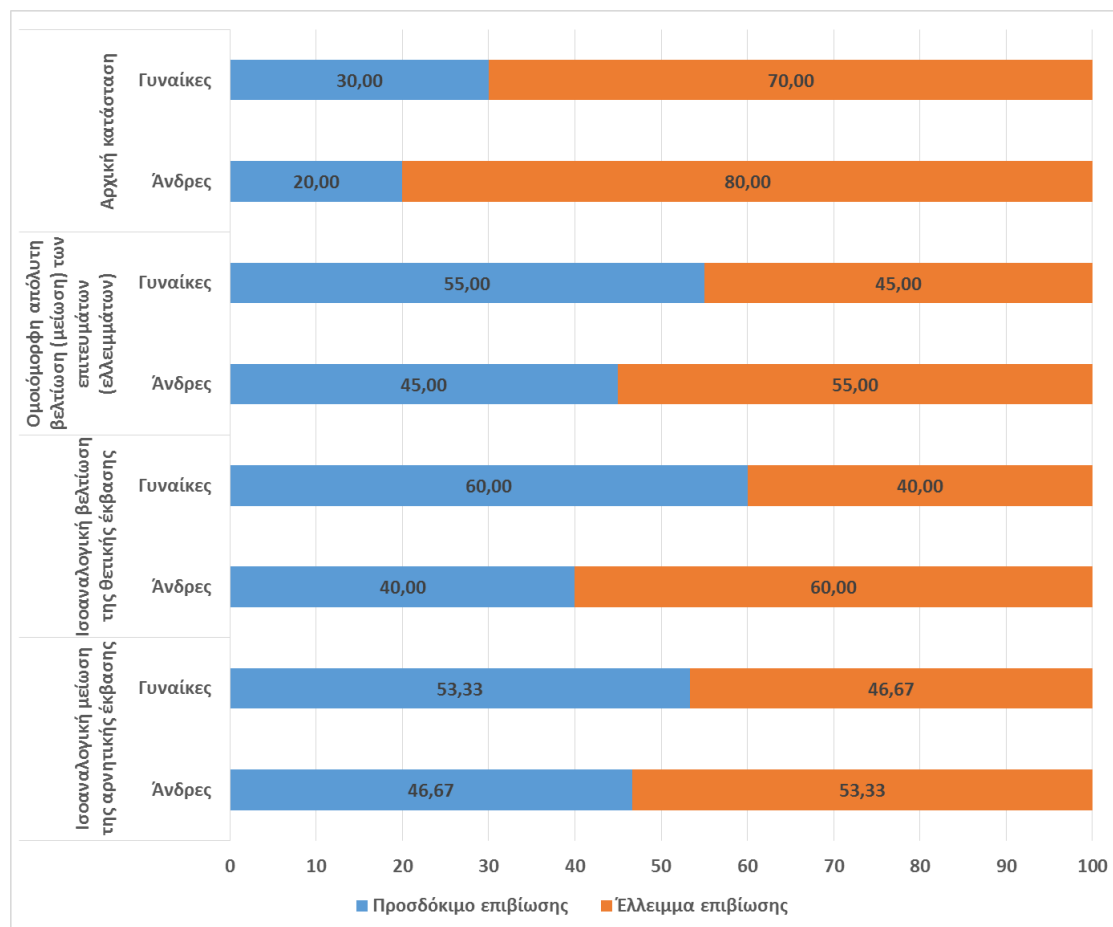
Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

προσδόκιμου ζωής από τα 25 στα 50 έτη, διατηρώντας παράλληλα την αναλογία μεταξύ των ομάδων σταθερή), τα χαμένα έτη ζωής πέφτουν στα $53\frac{1}{3}$ έτη για τους άνδρες και τα $46\frac{2}{3}$ έτη για τις γυναίκες, δηλαδή τα ελλείμματα υγείας μειώνονται κατά περίπου 33,33% για κάθε ομάδα. Συνεπώς, ενώ και οι τέσσερις περιπτώσεις πολιτικών βελτιώνουν το μέσο προσδόκιμο ζωής από τα 25 στα 50 έτη, εντούτοις καταλήγουν σε διαφορετικές κατανομές αυτής της βελτίωσης μεταξύ των δύο φύλων. Ενώ το κριτήριο της ισοδυναμίας της απόλυτης ανισότητας παράγει τα ίδια αποτελέσματα τόσο για τις θετικές όσο και για τις αρνητικές εκβάσεις, το κριτήριο της ισοδυναμίας της σχετικής ανισότητας καταλήγει σε διαφορετικές κατανομές, αναλόγως του αν ενδιαφερόμαστε για τις θετικές ή τις αρνητικές εκβάσεις. Πιο συγκεκριμένα, διατηρώντας τη σχετική ανισότητα στα επιτεύγματα σταθερή, η απόλυτη ανισότητα στα ελλείμματα διπλασιάζεται και η σχετική ανισότητα αυξάνεται. Από την άλλη πλευρά, διατηρώντας τη σχετική ανισότητα στα ελλείμματα σταθερή τόσο η απόλυτη ανισότητα όσο και η σχετική ανισότητα στα επιτεύγματα μειώνονται. Συνεπώς, ενώ η ιεράρχηση των κατανομών παραμένει σταθερή με τα μέτρα της απόλυτης ανισότητας, η ιεράρχηση των κατανομών με τα μέτρα της σχετικής ανισότητας διαφοροποιείται αναλόγως του αν χρησιμοποιούμε θετικές ή αρνητικές εκβάσεις.

Το παραπάνω ζήτημα δεν προκύπτει μόνο στην περίπτωση των μεταβολών. Έστω, λοιπόν, ότι η υγεία μετριέται σε μια κλίμακα από 0 έως 100. Σε μια υποθετική κατανομή των αρνητικών εκβάσεων για τέσσερα άτομα (0, 0, 0, 1) μπορούμε να θεωρήσουμε ότι πρόκειται για μια ακραία μορφή ανισότητας, καθώς οι αρνητικές εκβάσεις υγείας συγκεντρώνονται σε ένα άτομο. Αν, όμως, αναποδογυρίσουμε αυτήν την κατανομή και την εξετάσουμε από την πλευρά των θετικών εκβάσεων, δηλαδή τώρα έχουμε (100, 100, 100, 99), η πλειοψηφία θα τη χαρακτήριζε ως μια περίπτωση σχεδόν ισοκατανομής (Erreygers, 2009a). Συνεπώς, βλέπουμε ότι η ίδια κατάσταση μπορεί να οδηγήσει σε ακριβώς αντίθετα συμπεράσματα.

Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

Γράφημα 6-3 Υποθετικό παράδειγμα σύγκρισης της απόλυτης και της σχετικής ανισότητας ως προς το προσδόκιμο ζωής ως θετική και αρνητική έκβαση μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών



Πηγή: Kjellsson κ.ά. (2015)

Το ζήτημα της σταθερής ιεράρχησης των κατανομών μπορεί να λυθεί με δύο τρόπους (Kjellsson κ.ά., 2015). Είτε να χρησιμοποιηθούν μόνο μέτρα απόλυτης ανισότητας είτε να χρησιμοποιηθούν μέτρα απόλυτης αλλά και σχετικής ανισότητας τόσο για τις θετικές όσο και για τις αρνητικές εκβάσεις, αναγνωρίζοντας τις διαφορετικές αξιολογικές θέσεις αναφορικά με το πώς διατηρείται σταθερή η ανισότητα στην υγεία. Έτσι, το κριτήριο ισοδυναμίας της ανισότητας ως προς τις αρνητικές εκβάσεις συνδέεται με την αναλογική καθολικότητα (proportionate universalism), κατά την οποία οι ασθενείς αντιμετωπίζονται αναλογικά με την αρχική σοβαρότητα της κατάστασής τους ή το αρχικό επίπεδο του μειονεκτημάτός τους. Από την άλλη πλευρά, το κριτήριο ισοδυναμίας της ανισότητας ως προς τις θετικές εκβάσεις συνδέεται με την κατανομή της βελτίωσης της υγείας σε αναλογία με το πόσο υγιή είναι τα άτομα.

Βέβαια, στη βιβλιογραφία υπάρχουν δείκτες που συμβιβάζουν τις δύο πλευρές της σχετικής ανισότητας, παράγοντας σταθερές αξιολογήσεις των κατανομών, όπως είναι οι προσαρμογές του concentration index από τους Erreygers (2009b) και Wagstaff (2005), όπως θα δούμε στη συνέχεια.

6.2.4. Ομάδα ή μέτρο αναφοράς ή σύγκρισης

Η επιλογή της ομάδας ή του μέτρου [κανόνα (norm)] αναφοράς βάσει του οποίου θα γίνει η σύγκριση των επιπέδων υγείας είναι σημαντική, καθότι επηρεάζει όχι μόνο το μέγεθος των ανισοτήτων αλλά και τον ίδιο τον ορισμό της ανισότητας (Harper και Lynch, 2005). Για αυτήν την επιλογή υπάρχει μια πληθώρα προσεγγίσεων στη βιβλιογραφία (**Γράφημα 6-4**), κάθε μία από τις οποίες συνεπάγεται διαφορετικές αξιολογικές θέσεις. Σε γενικές γραμμές, η σχετική επιλογή συνεπάγεται τον καθορισμό του στόχου της κοινωνίας για την κατανομή της υγείας (Penman-Aguilar κ.ά., 2016). Μια πρώτη δυνατή περίπτωση είναι η σύγκριση με την πιο υγιή ομάδα ή, ακόμη, και το πιο υγιές άτομο (A). Είναι δυνατόν η ανισότητα να αξιολογηθεί σε σχέση με την υψηλότερη παρατηρούμενη ή βιολογικά δυνατή κατάσταση υγείας. Παράδειγμα τέτοιων μέτρων αποτελεί το εύρος. Ωστόσο, μια τέτοια επιλογή μπορεί να μην αποτελεί έναν ρεαλιστικό στόχο, ενώ μπορεί και να παρουσιάζει και το μειονέκτημα της πιθανής στατιστικής αστάθειας, καθότι μπορεί να αναφέρεται σε μια ομάδα ατόμων με μικρό μέγεθος. Μια παραλλαγή αυτής της προσέγγισης μπορεί να είναι η επιλογή της σύγκρισης με το άτομο ή την ομάδα που βρίσκεται στην καλύτερη κατάσταση υγείας, που δεν είναι όμως ασυνήθιστα αποκλίνουσα, οπότε και ο στόχος είναι περισσότερο εφικτός (Harper κ.ά., 2013).

Σύμφωνα με μια άλλη προσέγγιση, επιλέγεται ένα ελάχιστο, βασικό επίπεδο υγείας (μέτρο αναφοράς), κάτω από το οποίο οποιαδήποτε κατάσταση υγείας θεωρείται ανεπιθύμητη ή άδικη (B). Αντίθετα, οι καταστάσεις υγείας που εντάσσονται πάνω από αυτό το όριο θεωρούνται πάντοτε αποδεκτές ή δίκαιες, ακόμη και αν υπάρχουν διαφοροποιήσεις υγείας μεταξύ των ατόμων. Ένα παράδειγμα αποτελεί το όριο των 75 ετών ως προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση. Αυτοί οι δείκτες μετράνε τις βελτιώσεις υγείας που θα πρέπει να

επιτευχθούν για να φθάσουν αυτά τα υψηλά επίπεδα υγείας όλες οι ομάδες ή άτομα. Το πλεονέκτημα με την επιλογή ενός σταθερού μέτρου αναφοράς αφορά στο ότι, παράλληλα με το επίπεδο υγείας της ομάδας ή του ατόμου ενδιαφέροντος, θα μπορούσε να μεταβάλλεται και εκείνο της ομάδας ή του ατόμου αναφοράς (ή και η ίδια η ομάδα ή το άτομο) στον χρόνο ή από τόπο σε τόπο. Αυτό θα είχε ως συνέπεια η διαχρονική μέτρηση των απόλυτων ανισοτήτων υγείας κατά ζεύγη (pairwise comparisons), ιδίως όταν αφορούν στις ακραίες ομάδες, να μην οδηγεί σε αξιόπιστα συμπεράσματα σε σχέση με τη συνολική πρόοδο. Για παράδειγμα, ενδέχεται να υπάρχει η περίπτωση της ισόποσης βελτίωσης και στις δύο ομάδες που συγκρίνονται, με αποτέλεσμα οι απόλυτες ανισότητες να παραμένουν σταθερές και οι σχετικές ανισότητες να αμβλύνονται. Ωστόσο, έχοντας ένα σταθερό μέτρο αναφοράς, θα παρατηρούσαμε μείωση τόσο στις απόλυτες όσο και στις σχετικές ανισότητες (Harper και Lynch, 2005· Harper κ.ά., 2010).

Σχετική με τις δύο προηγούμενες είναι και η επιλογή της σύγκρισης με όλες τις ομάδες ή τα άτομα που βρίσκονται σε καλύτερη κατάσταση (all those better off). Η παραλλαγή αυτή είναι ενδιαφέρουσα κατά το ότι μπορεί και συλλαμβάνει όχι μόνο την ανισότητα σε σχέση με μια συγκεκριμένη ομάδα ή άτομο, της οποίας ή του οποίου το επίπεδο υγείας θεωρείται στόχος, αλλά και τη διακύμανση αναφορικά με τις υπόλοιπες ομάδες ή άτομα που βρίσκονται σε καλύτερη κατάσταση. Συνεπώς, εκφράζεται η λογική ιδέα ότι θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ο αριθμός όλων των ατόμων που είναι σε καλύτερη ή χειρότερη κατάσταση (Harper και Lynch, 2005· Harper κ.ά., 2010· Harper κ.ά., 2013).

Μια επόμενη προσέγγιση θέτει ως μέτρο σύγκρισης τον μέσο όρο όλου του πληθυσμού (Γ). Ένα τέτοιο μέτρο αποτελεί ο index of dissimilarity, η εκτίμηση του οποίου αντιπροσωπεύει το ποσοστό της μέσης υγείας που θα έπρεπε να αναδιανεμηθεί μεταξύ των ομάδων του πληθυσμού, προκειμένου όλες οι ομάδες να απολάμβαναν το ίδιο μέσο επίπεδο υγείας (Harper και Lynch, 2005· Harper κ.ά., 2010). Ωστόσο, ο μέσος όρος επηρεάζεται από έκτοπες τιμές (outliers), καθώς και από σημαντικές μεταβολές σε μία και μόνο ομάδα. Είναι, πάντως, δυνατή η στάθμιση του μέσου όρου βάσει του πληθυσμιακού μεγέθους των ομάδων, κάτι το οποίο τον καθιστά πιο σταθερό από άλλα σημεία

αναφοράς (Hardardottir κ.ά., 2019). Επιπλέον, αν το μέτρο ανισότητας δίνει ίση βαρύτητα στις διαφορές σε όλα τα σημεία της κατανομής και ο μέσος όρος παραμένει αμετάβλητος, τότε δεν λαμβάνονται υπόψη οι μεταβιβάσεις υγείας μεταξύ των ατόμων της κατανομής (Harper κ.ά., 2013). Τέλος, μια τελευταία περίπτωση είναι εκείνη της σύγκρισης όλων με όλους (Δ), όπως συμβαίνει κατά την εφαρμογή του δείκτη Gini και του concentration index (Harper και Lynch, 2005).

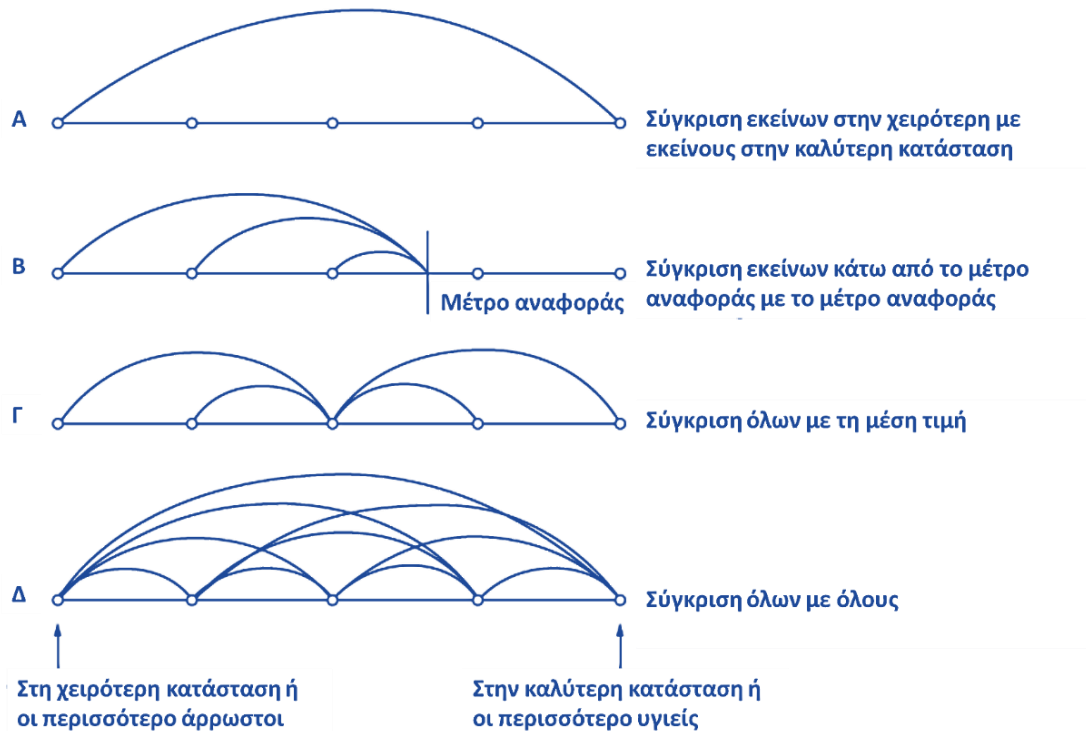
Η περίπτωση της σύγκρισης με εκείνους που βρίσκονται στην καλύτερη κατάσταση (ή και σε σχέση με ένα βασικό επίπεδο υγείας) μπορεί να σχετιστεί με την έννοια των ελλειμμάτων (shortfalls) του Sen (Harper και Lynch, 2005) αλλά και γενικότερα την προσέγγιση της δικαιοσύνης ως προς ένα επαρκές επίπεδο. Μια κανονιστική ερμηνεία αυτής της επιλογής είναι ότι, αν και υπάρχει ενδιαφέρον για την άμβλυνση της ανισότητας στην υγεία, η ισότητα στην υγεία δεν είναι ο μοναδικός στόχος. Αυτό που συνεπάγεται είναι μια απροθυμία για τη μείωση της ανισότητας μέσω της χειροτέρευσης της υγείας αυτών που είναι υγιέστεροι και μια προτίμηση για την άμβλυνση της ανισότητας μέσω της βελτίωσης της υγείας των λιγότερων υγιών ομάδων ή ατόμων (Harper κ.ά., 2010). Η θέση αυτή είναι ακόμη πιο ξεκάθαρη ειδικά όταν επιλέγεται ένα σταθερό μέτρο αναφοράς.

Από την άλλη πλευρά, η επιλογή του μέσου όρου του πληθυσμού ως μέτρο σύγκρισης συνεπάγεται μια μεγαλύτερη έμφαση στην ισότητα, καθώς και μια προθυμία να μειωθεί η ανισότητα, ακόμη και αν αυτό συνεπάγεται τη χειροτέρευση της υγείας για κάποιες ομάδες (Harper κ.ά., 2010). Έτσι, δεν δίνεται ειδικό βάρος στη βελτίωση της υγείας των ατόμων με τη χειρότερη κατάσταση υγείας, με συνέπεια να είναι δυνατή η περίπτωση όπου η κατάσταση υγείας αυτών των ατόμων χειροτερεύει, αλλά η σχετική ανισότητα αμβλύνεται, λόγω της ακόμη μεγαλύτερης μείωσης στο μέσο επίπεδο υγείας (Anand κ.ά., 2001). Ένα επιπλέον πρόβλημα με αυτήν την επιλογή είναι ότι στηρίζεται ρητά ή άρρητα στην υπόθεση της δυνατότητας μεταβίβασης «ποσότητας» υγείας από τις ομάδες που βρίσκονται πάνω από τον μέσο όρο σε εκείνες που είναι κάτω από αυτόν, προκειμένου να αμβλυνθεί η ανισοκατανομή της υγείας. Ωστόσο, αυτή η αναδιανομή δεν μπορεί να εφαρμοστεί στο αγαθό της υγείας, σε αντίθεση με την κατανομή άλλων αγαθών,

Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

όπως εκείνη του εισοδήματος. Φυσικά, ακόμη και αν τέτοιες μεταβιβάσεις ήταν δυνατές, οι αυστηροί εξισωτιστές επίσης θα εξέφραζαν ηθικούς ενδοιασμούς για τη μείωση της ανισότητας με αυτόν τον τρόπο (Anand κ.ά., 2001· Harper κ.ά., 2010).

Γράφημα 6-4 Τρόποι σύγκρισης της κατάστασης υγείας στον πληθυσμό



Πηγή: Asada (2005)

Από τα παραπάνω, λοιπόν, προκύπτει ότι, ενώ το σημείο αναφοράς επηρεάζει τόσο την κατεύθυνση όσο και το μέγεθος της ανισότητας, δεν είναι εύκολη η επιλογή ενός καθολικού τέτοιου σημείου για τη μέτρηση των ανισοτήτων υγείας. Έτσι, η επιλογή αυτή εξαρτάται πάντοτε από το πλαίσιο αλλά και τις άλλες ηθικές θέσεις που μπορεί να έχουμε για την ανισότητα υγείας κάθε φορά (Kerpel κ.ά., 2005· Hardardottir κ.ά., 2019).

6.2.5. Κοινωνικές ομάδες και κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση

Σε σχέση με τα προηγούμενα, είναι επίσης δυνατή η επιλογή της σύγκρισης της υγείας μεταξύ κοινωνικών ομάδων, όπως, για παράδειγμα, η

σύγκριση με τη μέση υγεία της υψηλότερης κοινωνικοοικονομικής ομάδας. Αυτή η επιλογή συνεπάγεται μεγαλύτερη ευαισθησία ως την ισότητα μεταξύ των κοινωνικών ομάδων, παρά για τις ανισότητες υγείας *per se* (Harper κ.ά., 2010). Ουσιαστικά, γίνεται επικέντρωση στις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες και όχι στις ανισότητες υγείας. Αυτό σημαίνει ότι εκ των προτέρων θεωρούμε τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες που κατηγοριοποιούν τα άτομα σε κοινωνικές ομάδες ως προσδιοριστές της υγείας, καθώς και ότι οι ανισότητες στο μέσο επίπεδο υγείας μεταξύ αυτών των κοινωνικών ομάδων είναι άδικες λόγω αυτής της σχέσης. Από μια άλλη άποψη, θα μπορούσαμε να αποδεχθούμε τη δυνατότητα αντιστάθμισης μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων και των ανισοτήτων στην υγεία. Έτσι, στην περίπτωση όπου οι υψηλότερες κοινωνικές ομάδες συνδέονταν με χειρότερες εκβάσεις υγείας, θα μπορούσαμε να θεωρήσουμε ότι αυτή η εις βάρος τους ανισότητα αντισταθμίζει τα οφέλη του υψηλότερου κοινωνικού επιπέδου τους. Βέβαια, αυτή η στάθμιση δεν μπορεί να γίνει παρά με την ποσοτική (cardinal) μέτρηση της χρησιμότητας που παράγεται τόσο από την υγεία όσο και από το κοινωνικό επίπεδο, για παράδειγμα από το εισόδημα.

6.2.5.1. Αριθμός των κοινωνικών ομάδων

Ένα ακόμη ζήτημα που ανακύπτει στην περίπτωση των κοινωνικών ανισοτήτων υγείας σχετίζεται με το αν το μέτρο της ανισότητας λαμβάνει υπόψη του όλες τις κοινωνικές ομάδες ή απλά συγκρίνει ζεύγη κοινωνικών ομάδων, συνήθως αυτές που βρίσκονται στα δύο άκρα. Η σύγκριση μεταξύ ζευγών κοινωνικών ομάδων συνεπάγεται ότι οι πληροφορίες για το επίπεδο υγείας των υπολοίπων ομάδων δεν συμπεριλαμβάνονται στην εκτίμηση των ανισοτήτων υγείας. Επίσης, είναι πιθανό οι ακραίες ομάδες να αποτελούν μικρές πληθυσμιακές ομάδες. Ακόμη και αν γίνουν πολλαπλές συγκρίσεις, ο αριθμός αυτών μπορεί να είναι τόσο μεγάλος, ώστε να μην είναι δυνατή η εξαγωγή συγκεκριμένων συμπερασμάτων (Harper και Lynch, 2005). Αν και μπορεί να γίνει συγχώνευση κάποιων ομάδων με μικρό μέγεθος, αυτή η επιλογή μπορεί να αποκρύψει τις πραγματικές διαστάσεις των ανισοτήτων στον πληθυσμό (Anand κ.ά., 2001). Συνολικά, λοιπόν, η παρακολούθηση της προόδου στην άμβλυνση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας δεν μπορεί να είναι

πλήρης στην περίπτωση των μέτρων των ανισοτήτων υγείας που βασίζονται σε συγκρίσεις κοινωνικών ομάδων κατά ζεύγη (Harper και Lynch, 2005). Βέβαια, είναι πιθανό να μας ενδιαφέρει συγκεκριμένα η σύγκριση κατά ζεύγη, όπως στην περίπτωση της μελέτης των επιπτώσεων των διακρίσεων στην υγεία (Harper και Lynch, 2017). Σε γενικές γραμμές, πάντως, οι πολιτικοί στόχοι τίθενται στο πλαίσιο ευρύτερων όρων, όπως είναι, για παράδειγμα, η μείωση των φυλετικών ανισοτήτων, και δεν αναφέρονται σε συγκεκριμένες κοινωνικές συγκρίσεις (Harper κ.ά., 2013).

6.2.5.2. Κλίμακα μέτρησης των κοινωνικών ομάδων

Κάποιοι δείκτες της κοινωνικοοικονομικής θέσης συνδέονται με μια «φυσική» κατάταξη (natural ordering) των κοινωνικών ομάδων ανάλογα του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου τους. Δηλαδή, η μέτρησή τους γίνεται είτε στην ιεραρχική, όπως είναι το υψηλότερο ολοκληρωμένο επίπεδο εκπαίδευσης, είτε σε μια ποσοτική κλίμακα, όπως είναι το διαθέσιμο ισοδύναμο εισόδημα. Από την άλλη πλευρά, άλλοι δείκτες, όπως είναι το φύλο, η φυλή/εθνικότητα, ο σεξουαλικός προσανατολισμός και η γεωγραφική περιοχή, δεν ταξινομούν τα άτομα σε ομάδες που χαρακτηρίζονται από μια «φυσική» κοινωνική ιεράρχηση. Το μεθοδολογικό ζήτημα που προκύπτει είναι ότι κάποια μέτρα της ανισότητας δεν μπορούν να εφαρμοστούν σε κοινωνικοοικονομικούς δείκτες που δεν έχουν μετρηθεί τουλάχιστον στην ιεραρχική κλίμακα, όπως είναι ο concentration index και ο slope index of inequality (Harper και Lynch, 2005· Harper κ.ά., 2013· World Health Organization, 2013b). Έπειτα, έχουμε ήδη αναφέρει σε προηγούμενο κεφάλαιο ότι η προσέγγιση των κοινωνικών ανισοτήτων είτε ως κοινωνική διαβάθμιση είτε ως κοινωνικές σχέσεις συνδέεται με την εκ των προτέρων αποδοχή των αιτιών δημιουργίας της κοινωνικής διαστρωμάτωσης. Έτσι, η διαβαθμιστική προσέγγιση της κοινωνικής διαστρωμάτωσης συνδέεται με τη βεμπεριανή προσέγγιση της κατάταξης των ατόμων σε ένα συνεχές ιεραρχημένων ευκαιριών ζωής, όπως αυτές διαμορφώνονται από την αγορά. Η προσέγγιση των σχέσεων μεταξύ των κοινωνικών ομάδων επικεντρώνεται στις συγκρούσεις μεταξύ των διαφόρων κοινωνικών ομάδων για την απόκτηση και τη διατήρηση κοινωνικών πλεονεκτημάτων, μέσα από διαδικασίες κοινωνικής

περιχαράκωσης και μονοπώλησης των μέσων παραγωγής και οικονομικών και άλλης μορφής διακρίσεων.

6.2.5.3. Κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση

Όπως σημειώθηκε προηγουμένως, οι ανισότητες υγείας μπορούν να διερευνηθούν σε σχέση με την κατάταξη των ατόμων σε ένα συνεχές ιεραρχημένων κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών, όπως είναι το εισόδημα, ο πλούτος και η εκπαίδευση. Σε αυτό το πλαίσιο, χρειάζεται να γνωρίζουμε (ή να υποθέσουμε) αν τα αποτελέσματα υγείας εξαρτώνται από κάποιο κρίσιμο επίπεδο του κοινωνικοοικονομικού παράγοντα ή αν ισχύει μια συνεχής κοινωνικοοικονομική διαβάθμισή τους. Στην πρώτη περίπτωση θεωρείται ότι οι εκβάσεις υγείας επηρεάζονται από τον κοινωνικοοικονομικό παράγοντα μόνο μέχρι το σημείο της επίτευξης αυτού του κρίσιμου ορίου, ενώ πάνω από αυτό παύει να υφίσταται η σχέση μεταξύ τους. Στη δεύτερη περίπτωση, η βελτίωση (ή η επιδείνωση) της υγείας θεωρείται ότι ακολουθεί την άνοδο (ή την κάθοδο) στη σχετική κοινωνική ιεραρχία (dose-response relationship) (Arcaya κ.ά., 2015).

Η έκθεση Black (Department of Health and Social Security, 1980) χρησιμοποίησε σε διαστρωματικές και διαχρονικές αναλύσεις τις αναλογίες θνησιμότητας μεταξύ των ανώτατων και των κατώτατων κοινωνικοοικονομικών ομάδων. Ωστόσο, πέρα από τη διαφοροποίηση στην κατάσταση υγείας μεταξύ του κάτω και του άνω άκρου της κοινωνικοοικονομικής κατανομής, επιστημονικό ενδιαφέρον παρουσιάζει και η εμπειρική τεκμηρίωση της σταδιακής διαβάθμισης της υγείας μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων (social status gradient). Αυτή η σταδιακή διαβάθμιση του επιπέδου υγείας είναι εύλογη εάν συνδεθεί με τη βεμπεριανή προσέγγιση για την ύπαρξη μιας σχετικά συνεχούς και διαβαθμισμένης κατανομής των ευκαιριών ζωής. Η συνεχής βελτίωση των ευκαιριών ζωής καθώς ανεβαίνουμε την κοινωνικοοικονομική ιεραρχική κλίμακα συνεπάγεται μια αντίστοιχη βελτίωση του επιπέδου των ευκαιριών υγείας για τις κοινωνικές ομάδες και, συνεπώς, υψηλότερα μέσα επίπεδα υγείας (Macintyre, 1997a). Μάλιστα, οι μηχανισμοί που λειτουργούν μεταξύ του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και της υγείας

ενδέχεται να είναι διαφορετικοί σε κάθε επίπεδο της κοινωνικής ιεραρχίας (Adler κ.ά., 1994). Σε αυτό το πλαίσιο, η διάκριση σε συγκεκριμένες κοινωνικοοικονομικές τάξεις φαντάζει κάπως αυθαίρετη (Macintyre, 1997a). Αυτό έρχεται σε αντίθεση με το κυρίαρχο μοντέλο στις Η.Π.Α., το οποίο επικεντρωνόταν στη σχέση της φτώχειας και της υλικής αποστέρησης με την υγεία, θεωρώντας ότι υπάρχει ένα όριο κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, πέρα από το οποίο δεν υφίσταται κοινωνική διαφοροποίηση στην υγεία (Macintyre, 1997a).

Από τα προηγούμενα προκύπτει ότι μια σημαντική διάσταση των μέτρων των ανισοτήτων υγείας αφορά στο αν μπορούν να συλλάβουν τη διαβάθμιση των εκβάσεων υγείας σε σχέση με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των ατόμων ή των ομάδων. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να είναι ευαίσθητα τόσο ως προς τη σχέση των κοινωνικών ομάδων με την υγεία όσο και ως προς τη φορά αυτής της σχέσης. Εξ ορισμού, αυτό το κριτήριο μπορεί να εφαρμοστεί μόνο στα μέτρα των ανισοτήτων υγείας που λαμβάνουν υπόψη τους την εγγενή ιεράρχηση των ατόμων ή ομάδων βάσει του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου τους και όχι στις περιπτώσεις της μέτρησης των έμφυλων ή φυλετικών ανισοτήτων υγείας (Harper και Lynch, 2005· Harper κ.ά., 2013).

6.2.5.4. Συνέπεια ως προς τις ανισότητες εντός των υποομάδων (subgroup consistency)

Μια άλλη ιδιότητα των δεικτών ανισότητας που θα μπορούσε να ληφθεί υπόψη είναι η συνέπεια του μέτρου ανισότητας ως προς τις μεταβολές στις ανισότητες εντός των κοινωνικών ομάδων. Έστω, λοιπόν, ότι μετράμε την ανισότητα υγείας στο σύνολο μιας κοινωνίας σε δύο χρονικές στιγμές. Είναι δυνατόν, ενώ το μέσο επίπεδο υγείας να παραμένει σταθερό για κάθε κοινωνική ομάδα, η διακύμανση εντός αυτών να μεταβάλλεται. Αυτό που προϋποθέτει αυτό το κριτήριο είναι ότι στην περίπτωση όπου η ανισότητα υγείας αυξάνεται εντός των κοινωνικών ομάδων, αντίστοιχα αυξάνεται και η ανισότητα υγείας στο σύνολο του πληθυσμού (Harper και Lynch, 2005). Εφόσον δεν λαμβάνεται υπόψη η ανισότητα εντός των υποομάδων, τότε σιωπηρά θεωρείται ότι η κοινωνική ευημερία δεν επηρεάζεται από την κατανομή της υγείας εντός των υποομάδων αυτών (Sheriff και Maguire, 2013).

6.2.6. Πληθυσμιακό μέγεθος

Κατά την αρχή της ανεξαρτησίας ως προς το μέγεθος του πληθυσμού (population independence), ο δείκτης της ανισότητας θα πρέπει να παραμένει αμετάβλητος σε μια ομοιόμορφη αναλογική μεταβολή του αριθμού των μονάδων της κατανομής (Υφαντόπουλος, 1990). Με άλλα λόγια, ο συνδυασμός πανομοιότυπων κατανομών θα πρέπει να παράγει την ίδια τιμή στον δείκτη της ανισότητας με εκείνη της κάθε κατανομής χωριστά. Το αξίωμα αυτό μας επιτρέπει να συγκρίνουμε πληθυσμούς με διαφορετικό μέγεθος, αλλά με ίδιο μέσο όρο (Kakwani, 1990· Litchfield, 1999), καθώς ο δείκτης ανισότητας εξαρτάται μόνο από τις σχετικές συχνότητες της κατανομής (Villar, 2017)²³².

Σε προηγούμενο σημείο αναφέρθηκε ότι ένας περιορισμός των μέτρων των ανισοτήτων υγείας που βασίζονται στις συγκρίσεις κατά ζεύγη είναι ότι δεν λαμβάνουν υπόψη τους το πληθυσμιακό μέγεθος των κοινωνικών ομάδων. Πράγματι, οι διάφορες κοινωνικές ομάδες μπορεί να έχουν διαφορετικά πληθυσμιακά μεγέθη. Η στατιστική επιλογή της στάθμισης των κοινωνικών ομάδων βάσει του πληθυσμού τους αποτελεί μια κανονιστική επιλογή, καθότι σχετίζεται με τη βαρύτητα που θα δοθεί στην υγεία κάθε ατόμου εντός κάθε κοινωνικής ομάδας. Μια άλλη ενδιαφέρουσα διάσταση αυτού του ζητήματος σχετίζεται με τις πληθυσμιακές μεταβολές στη διάρκεια του χρόνου. Έτσι, είναι δυνατόν το μέγεθος του πληθυσμού της ομάδας με το χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης να μειώνεται με το πέρασμα του χρόνου, το οποίο δεν μπορεί να ενσωματωθεί στα μέτρα που δεν σταθμίζουν ως προς το πληθυσμιακό μέγεθος των κοινωνικών ομάδων (Harper και Lynch, 2005). Συνεπώς, μπορεί να θέλουμε το μέτρο των ανισοτήτων υγείας που θα εφαρμόσουμε να είναι ευαίσθητο όχι μόνο ως προς τις αλλαγές στο επίπεδο υγείας εντός των κοινωνικών ομάδων, αλλά και ως προς το μέγεθος ή/και τη σύνθεσή τους. Αυτό που εμμέσως αποδέχεται η θέση περί της στάθμισης των μέτρων ανισότητας

²³² Τυπικά, έστω μια κοινωνία N με h να αντιπροσωπεύει το διάνυσμα της κατανομής της υγείας, και έστω ότι N^k υποδηλώνει μια άλλη κοινωνία που προέκυψε από την αντιγραφή της κοινωνίας N κατά k φορές, με την αντίστοιχη κατανομή της υγείας να υποδηλώνεται από το h^k . Τότε, για $h^k = (\underbrace{h, h, \dots, h}_k)$ έχουμε $I(h^k) = I(h)$ (Villar, 2017).

με το μέγεθος των κοινωνικών ομάδων είναι ότι η βαρύτητα των ανισοτήτων υγείας αυξάνεται όταν επηρεάζουν μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού. Ωστόσο, εφόσον θεωρήσουμε ότι αυτό που μας ενδιαφέρει είναι η εξάλειψη των ανισοτήτων υγείας μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων, τότε το σχετικό μέγεθος της κάθε κοινωνικής ομάδας είναι αδιάφορο (Harper κ.ά., 2010).

Ένα αντίστοιχο ζήτημα μπορεί να προκύψει και κατά την επιλογή των γεωγραφικών μονάδων βάσει των οποίων θα εκτιμηθούν οι γεωγραφικές ανισότητες υγείας (Harper κ.ά., 2010), όπως είναι η επιλογή μεταξύ των Περιφερειακών Αυτοδιοικήσεων και των Δήμων στην Ελλάδα. Προφανώς, οι Δήμοι, όντας μικρότεροι σε μέγεθος, αντιπροσωπεύουν καλύτερα τις υποκείμενες κοινωνικοοικονομικές ανισότητες. Ωστόσο, οι υγειονομικοί πόροι κατανέμονται σε επίπεδο Περιφέρειας. Έπειτα, και εδώ προκύπτει εκ νέου το ζήτημα της στάθμισης των γεωγραφικών ενοτήτων σε σχέση με τον πληθυσμό της κάθε μίας. Ωστόσο, η γεωγραφική ενότητα μπορεί να έχει κάποια ηθική, πολιτική, ιστορική ή άλλη κανονιστική σημασία από μόνη της, η οποία να είναι ανεξάρτητη του μεγέθους του πληθυσμού της (Harper κ.ά., 2010). Επομένως, η επιλογή μεταξύ των γεωγραφικών μονάδων αλλά και η στάθμιση ή όχι βάσει του πληθυσμού τους δεν μπορεί παρά και αυτή να στηρίζεται, ρητά ή άρρητα, σε κάποια συγκεκριμένη αξιολογική θέση.

6.2.7. Αποστροφή για την ανισότητα και ευαισθησία ως προς το τμήμα της κατανομής (distributional sensitivity)

Όλα τα μέτρα της ανισότητας ενστερνίζονται σιωπηρές ηθικές στάσεις αναφορικά με το πώς θα πρέπει να ορίζεται η ανισότητα. Η αποστροφή για την ανισότητα ουσιαστικά εκφράζει την αποδεκτή απώλεια αποτελεσματικότητας ή του μέσου ή συνολικού επιπέδου υγείας για τη μείωση της ανισότητας (Hardardottir κ.ά., 2019). Αυτό το ζήτημα αναφέρεται συγκεκριμένα στον βαθμό κυρτότητας της καμπύλης της κοινωνικής ευημερίας, όπως είδαμε στο κεφάλαιο της κοινωνικής δικαιοσύνης για την υγεία. Όσο μεγαλύτερες απώλειες υγείας είμαστε διατεθειμένοι να δεχτούμε για την άμβλυνση της ανισότητας, τόσο μεγαλύτερη θα είναι η κυρτότητα της καμπύλης αυτής. Κάποια μέτρα, όπως ο Atkinson index και ο Health Achievement index (Wagstaff, 2002), συνδέονται με συγκεκριμένες μορφές της καμπύλης της κοινωνικής ευημερίας, οπότε και

περιλαμβάνουν αυτήν την παράμετρο ρητά ή άρρητα. Πάντως, έχει τεκμηριωθεί ότι η συντριπτική πλειοψηφία του γενικού πληθυσμού χαρακτηρίζεται από ένα σημαντικό ενδιαφέρον για τη μείωση της ανισότητας στην υγεία και είναι διατεθειμένη να θυσιάσει ένα μέρος της συνολικής υγείας για αυτόν τον σκοπό (Dolan και Tsuchiya, 2011· Robson κ.ά., 2017).

Κατά τη συνθήκη Pigou-Dalton ή αρχή των μεταβιβάσεων (principle of transfers), η τιμή του δείκτη ανισότητας θα πρέπει να μειώνεται για κάθε προοδευτική μεταβίβαση στην έκβαση ενδιαφέροντος μεταξύ δύο μελών του πληθυσμού που δε μεταβάλλει τη σχετική θέση τους στην κατανομή (*ceteris paribus*) (Levy κ.ά., 2006)²³³. Με άλλα λόγια, η μεταβίβαση υγείας από τα υψηλότερα προς τα χαμηλότερα στρώματα της κατανομής, χωρίς να υπάρξει μεταβολή της σχετικής θέσης τους, οδηγεί σε μείωση της τιμής του δείκτη της ανισότητας στην υγεία, εφόσον τηρείται η αρχή των μεταβιβάσεων. Έστω, λοιπόν, μια κοινωνία N με n άτομα και ότι h είναι το διάνυσμα (κατανομή) των καταστάσεων υγείας $h_1, h_2 \dots h_n$, με $h \in R_+^n$, όπου h_i είναι η κατάσταση υγείας για το i -οστό άτομο του πληθυσμού. Εάν h' είναι ένα διάνυσμα που προκύπτει από τον μετασχηματισμό του διανύσματος h κατόπιν της μεταφοράς $\delta > 0$ ποσότητας υγείας από j σε i , με $h_j > h_i$ και $h_i + \delta \leq h_j - \delta$, τότε η αρχή των μεταβιβάσεων υγείας ικανοποιείται εφόσον για την εκτίμηση της ανισότητας $I(h)$ ισχύει $I(h') < I(h)$ (Aristondo και Vega, 2013· Villar, 2017). Η αρχή αυτή διακρίνεται σε ισχυρή, όταν η μείωση της ανισότητας εξαρτάται από την απόσταση μεταξύ της υγείας των ατόμων ανάμεσα στα οποία λαμβάνει χώρα η μεταβίβαση, και σε ασθενής, όταν δεν εξαρτάται (Kakwani, 1990· Litchfield, 1999). Η ισχυρή συνθήκη ονομάζεται και αξίωμα των φθινουσών μεταβιβάσεων (*diminishing transfers axiom*). Σύμφωνα με αυτό, όταν ίσες ποσότητες υγείας μεταβιβάζονται από δύο άτομα i και j με επίπεδο υγείας h_i και h_j , όπου ισχύει $h_i < h_j$, σε δύο άλλα άτομα με επίπεδο υγείας $h_i - c$ και $h_j - c$, αντίστοιχα, όπου ισχύει $c > 0$ και οι μεταβιβάσεις δεν μεταβάλλουν τη σχετική κατάταξη των ατόμων, τότε η μεταβίβαση υγείας από το i άτομο θα μειώσει την

²³³ Επομένως, θεωρούμε ότι το συνολικό (ή μέσο) επίπεδο υγείας παραμένει σταθερό (*mean-preserving spread*).

ανισότητα σε μεγαλύτερο βαθμό από τη μεταβίβαση από το j άτομο (Idrees και Ahmad, 2017).

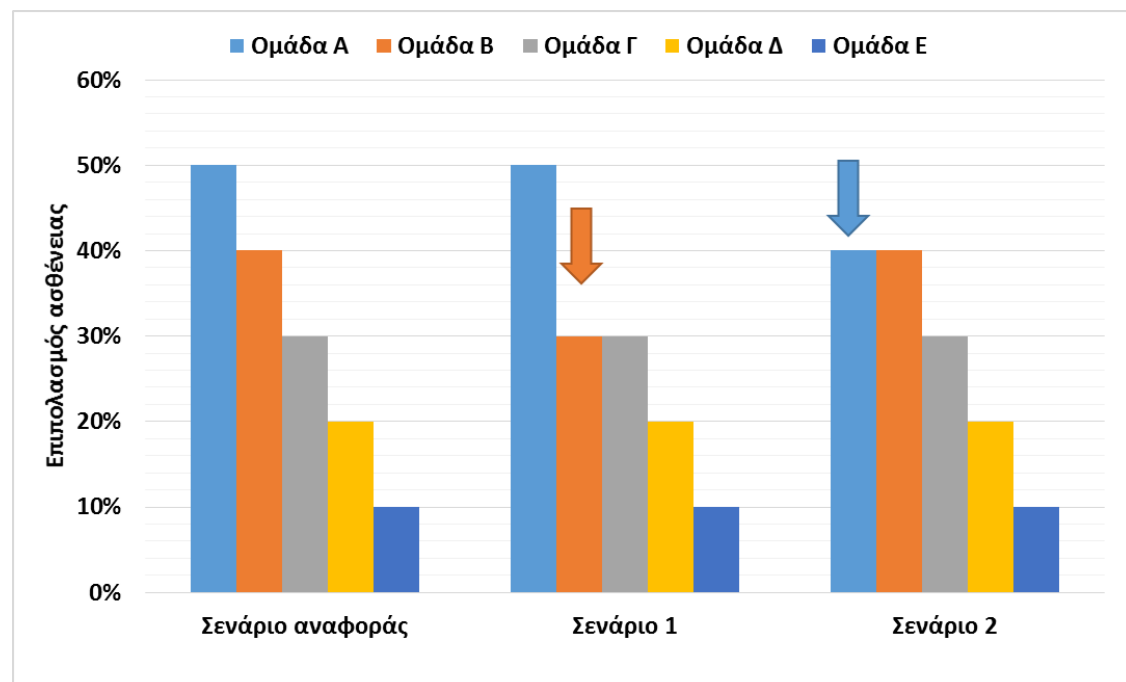
Έπειτα, πολλά μέτρα ανισότητας, όπως είναι ο συντελεστής Gini και ο concentration index, σταθμίζουν με συγκεκριμένο τρόπο τα διάφορα τμήματα της κατανομής της υγείας. Έτσι, στην υποθετική περίπτωση που έχουμε τη δυνατότητα βελτίωσης κατά 10% της υγείας του πληθυσμού, τίθεται το ζήτημα του πως θα κατανεμηθεί αυτή η βελτίωση. Για παράδειγμα, μπορεί να επιθυμούμε αυτή η βελτίωση να κατανεμηθεί κυρίως στους λιγότερο υγιείς, παρά σε αυτούς που διαθέτουν ένα επίπεδο υγείας κοντά στον μέσο όρο. Σε κάποιες περιπτώσεις, όπως με τον συντελεστή S-Gini, τον extended concentration index και τον Atkinson index, είναι δυνατή η μεταβολή της δομής των σταθμίσεων (weight structure), αλλάζοντας την τιμή της παραμέτρου της αποστροφής για την ανισότητα που διαθέτουν. Οπότε, τίθεται το ζήτημα ποια είναι η καταλληλότερη παραμετροποίησή τους, γεγονός που προσδίδει μια πρόσθετη διάσταση στο πρόβλημα της επιλογής του κατάλληλου μέτρου ανισότητας. Σε γενικές γραμμές, η επιλογή αυτή θα πρέπει να εκφράζει τις προτιμήσεις της κοινωνίας, η οποία, για παράδειγμα, μπορεί να επιθυμεί να αναθέσει υψηλότερη βαρύτητα στην υγεία των φτωχών έναντι των πλουσίων. Μάλιστα, οι προτιμήσεις της κοινωνίας για την ανισότητα στην υγεία μπορεί να διαφέρουν από εκείνη σε άλλες διαστάσεις της ευημερίας, όπως είναι το εισόδημα. Αν και θα περιμέναμε οι προτιμήσεις της κοινωνίας να είναι περισσότερο εξισωτικές στην περίπτωση της υγείας έναντι του εισοδήματος (Anand, 2002), κάποιες μελέτες έχουν δείξει ότι αυτό δεν ισχύει απαραίτητα (Hardardottir κ.ά., 2019).

Ένα κανονιστικό ζήτημα που τίθεται, λοιπόν, αφορά στο πως θα πρέπει να σταθμίζονται αλλαγές στη μια πλευρά της κατανομής έναντι αλλαγών σε μια άλλη πλευρά (Anand κ.ά., 2001). Θα μπορούσε για παράδειγμα να δοθεί υψηλότερο βάρος σε βελτιώσεις υγείας των περισσότερο ασθενών έναντι των υγιέστερων. Αυτή η τοποθέτηση εκφράζει τις προτιμήσεις της κοινωνίας για μεταβιβάσεις κατά μήκος της κατανομής της υγείας. Στο πλαίσιο της ισχυρής αρχής των μεταβιβάσεων, λοιπόν, μπορεί να θεωρούμε πως ο δείκτης θα πρέπει να μειώνεται περισσότερο ανάλογα με το πόσο χαμηλά στην κατανομή της υγείας βρίσκεται το άτομο στο οποίο μεταβιβάζεται ποσότητα υγείας. Έστω,

Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

λοιπόν, το παράδειγμα στο **Γράφημα 6-5**, όπου εξετάζουμε εναλλακτικά σενάρια άμβλυνσης της ανισότητας στον επιπολασμό μιας (υποθετικής) ασθένειας σε σχέση με ομάδες του πληθυσμού, οι οποίες δεν συνδέονται με κάποια φυσική κατάταξη (π.χ. γεωγραφικές περιοχές) και έχουν τον ίδιο πληθυσμό. Στο σενάριο 1 μειώνουμε κατά 10 ποσοστιαίες μονάδες τον επιπολασμό της ασθένειας στη δεύτερη ως προς το μέγεθος του επιπολασμού ομάδα, ενώ στο σενάριο 2 επιλέγουμε αυτή η μείωση να συμβεί στην ομάδα με τον υψηλότερο επιπολασμό. Για τα μέτρα της ανισότητας τα οποία είναι εξίσου ευαίσθητα σε μεταβολές του επιπέδου υγείας, ανεξαρτήτως της ομάδας που την υφίσταται, όπως είναι ο Index of Disparity (*IDISP*), η ανισότητα θα μειωθεί το ίδιο και για τα δύο σενάρια. Αντίθετα, για τα μέτρα της ανισότητας που είναι ευαίσθητα σε σχέση με το τμήμα της κατανομής της υγείας στο οποίο γίνονται οι μεταβολές, στο σενάριο 2 θα καταγραφεί μια διαφορετικού μεγέθους (συνήθως μεγαλύτερη) μείωση της ανισότητας στον επιπολασμό της ασθένειας στον πληθυσμό. Η επιλογή μεταξύ των δύο μέτρων της ανισότητας βασίζεται σε μια κανονιστική θέση, αναφορικά με το αν μας ενδιαφέρει το σημείο της κατανομής στο οποίο επέρχεται βελτίωση ή όχι, καθώς και ποιο τμήμα της κατανομής συγκεκριμένα (Harper κ.ά., 2010).

Γράφημα 6-5 Υποθετικό παράδειγμα διαφορετικών σεναρίων μείωσης της ανισότητας στον επιπολασμό μιας ασθένειας



Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

Βέβαια, ενώ κάποια αγαθά, όπως το εισόδημα και ο πλούτος, είναι ευχερώς μεταβιβάσιμα, δεν ισχύει το ίδιο και για την υγεία. Είναι δύσκολο να υποστηριχθεί ηθικά η κοινωνική επιβολή της άμεσης μεταβίβασης επιπέδου υγείας από ένα περισσότερο υγιές σε ένα λιγότερο υγιές άτομο, για παράδειγμα μέσω μιας υποχρεωτικής δωρεάς οργάνου. Μπορούμε, ωστόσο, να θεωρήσουμε ότι εξετάζουμε δύο διαφορετικούς πληθυσμούς, με το μέτρο της ανισότητας να είναι ευαίσθητο ως προς τις σχετικές μεταβολές υγείας μεταξύ αυτών των ομάδων (Harper και Lynch, 2005). Αυτό, λοιπόν, που μας ενδιαφέρει είναι η σύγκριση των προφίλ υγείας μεταξύ πραγματικών ή υποθετικών πληθυσμών (Bleichrodt και van Doorslaer, 2006· Schokkaert κ.ά., 2013).

Κατά την αρχή των μεταβιβάσεων υγείας, μια μεταφορά υγείας από ένα υγιές άτομο σε ένα λιγότερο υγιές είναι πάντοτε κοινωνικά προτιμότερη, δηλαδή ενισχύει τη συνολική κοινωνική ευημερία. Ωστόσο, στην περίπτωση όπου η ευημερία περιλαμβάνει δύο διαστάσεις, δηλαδή την υγεία και έναν δείκτη κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, όπως στην περίπτωση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας, τότε η αρχή των μεταβιβάσεων υγείας δεν μπορεί να δικαιολογηθεί χωρίς όρους από πλευράς κοινωνικής ευημερίας, καθότι πλέον θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη δύο διαστάσεις της (Zheng, 2011). Οι Bleichrodt και van Doorslaer (2006), ερμηνεύοντας τον concentration index, από την πλευρά των οικονομικών της ευημερίας διατύπωσαν την αρχή των σχετιζόμενων με το εισόδημα μεταβιβάσεων υγείας (principle of income-related health transfers). Σύμφωνα με αυτήν την αρχή, η μεταβίβαση υγείας από κάποιον που βρίσκεται σε καλύτερη κοινωνικοοικονομική θέση σε κάποιον άλλον ο οποίος είναι σε χειρότερη κοινωνικοοικονομική θέση δεν οδηγεί σε μείωση της κοινωνικής ευημερίας υπό την προϋπόθεση ότι αυτή η μεταβίβαση δεν μεταβάλλει τη θέση των ατόμων ως προς το κοινωνικοοικονομικό επίπεδό τους²³⁴. Έτσι, στο προηγούμενο **Γράφημα 6-5**, εφόσον θεωρούσαμε ότι οι ομάδες του πληθυσμού είναι

²³⁴ Σε αυτήν την περίπτωση, η αρχή της ανωνυμίας συνεπάγεται ότι δεν ενδιαφερόμαστε για άλλα χαρακτηριστικά των ατόμων εκτός από την υγεία και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδό τους. Εξακολουθεί, λοιπόν, ο concentration index να έχει έναν μερικό χαρακτήρα.

Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

καταταγμένες βάσει του πεμπτημορίου εισοδήματος στο οποίο ανήκουν και ότι η κοινωνικοοικονομική κατανομή του επιπολασμού της ασθένειας αυτής ακολουθεί την τάση μιας κοινωνικοοικονομικής διαβάθμισης της υγείας, τότε ο concentration index θα κατέγραφε μεγαλύτερη μείωση της κοινωνικοοικονομικής ανισότητας της υγείας στο σενάριο 2 από ό,τι στο σενάριο 1. Αυτό διότι η βελτίωση σημειώθηκε στο φτωχότερο αντί για το δεύτερο φτωχότερο κοινωνικοοικονομικό στρώμα. Ωστόσο, η ευλογότητα αυτής της αρχής είναι μάλλον αμφισβητήσιμη στην περίπτωση της μεταβίβασης υγείας από ένα άτομο υψηλότερης κοινωνικοοικονομικής θέσης σε ένα άλλο χαμηλότερης, εφόσον η διαφορά στο κοινωνικοοικονομικό επίπεδό τους είναι μικρή. Αυτό το πρόβλημα γίνεται ακόμη πιο ξεκάθαρο, εφόσον το άτομο της υψηλότερης κοινωνικοοικονομικής θέσης έχει ένα αρκετά χειρότερο επίπεδο υγείας σε σχέση με το φτωχότερο άτομο, οπότε η σχετική μεταβίβαση υγείας από το πρώτο στο δεύτερο οδηγεί αναπόφευκτα σε μείωση της συνολικής κοινωνικής ευημερίας. Γενικότερα, τόσο η αρχή των μεταβιβάσεων υγείας όσο και η αρχή των σχετιζόμενων με το εισόδημα μεταβιβάσεων υγείας γίνονται περισσότερο αποδεκτές όσο ισχυρότερη είναι η σχέση μεταξύ του εισοδήματος (ή του όποιου δείκτη κοινωνικοοικονομικής θέσης) με την υγεία (Bleichrodt και van Doorslaer, 2006) ή, διαφορετικά, όσο ισχυρότερη είναι η κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση της υγείας²³⁵. Βέβαια, το φαινόμενο της συγκέντρωσης περισσότερων κοινωνικών μειονεκτημάτων στα ίδια άτομα είναι ένα συχνά εμπειρικά παρατηρήσιμο φαινόμενο, οπότε συνήθως δεν προκύπτουν τέτοιου είδους προβλήματα στην πράξη (Schokkaert κ.ά., 2013). Βέβαια, άλλοι επισημαίνουν ότι η συνύπαρξη στην ίδια κατανομή ατόμων με καλύτερο επίπεδο υγείας και χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο από άλλα δεν είναι τόσο ασυνήθιστο φαινόμενο (Makdissi και Yazbeck, 2016).

Πάντως, οι Brekke και Kverndokk (2012) έδειξαν ότι στην περίπτωση των διμετάβλητων μέτρων των ανισοτήτων υγείας, δηλαδή εκείνων που αξιολογούν

²³⁵ Οι Makdissi και Yazbeck (2016) χαρακτηρίζουν αυτό το πρόβλημα ως «blindness to health status», το οποίο μπορούμε να το μεταφράσουμε ως ανεξαρτησία από το αρχικό (πριν τις μεταβιβάσεις) επίπεδο υγείας.

Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας, όπως είναι ο concentration index, μια αύξηση στην τιμή τους μπορεί να οφείλεται και σε μείωση των εισοδηματικών ανισοτήτων. Αυτό διότι, αν υποθέσουμε τον μηχανισμό της αντίστροφης αιτιότητας μεταξύ της υγείας και του εισοδήματος (όπου η αιτιώδης σύνδεση μεταξύ τους ξεκινάει από την υγεία), τότε η συσχέτιση μεταξύ της υγείας και του εισοδήματος (δηλαδή η κοινωνική διαβάθμιση της υγείας) ενισχύεται όταν η σημασία των άλλων (κοινωνικοοικονομικών) παραγόντων ως προς το εισόδημα εξασθενεί. Έτσι, σε πιο εξισωτικές κοινωνίες θα υπάρχουν λιγότερα άτομα με κακό γενικότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (πέρα του εισοδήματος, όπως το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο των γονέων) και καλή υγεία στο χαμηλότερο μέρος της εισοδηματικής κατανομής. Αντίθετα, σε πιο άνισες κοινωνίες θα υπάρχουν περισσότερα άτομα που θα βρίσκονται στο χαμηλότερο μέρος της εισοδηματικής κατανομής λόγω του κακού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου τους (πέρα του εισοδήματος) παρά της κακής υγείας τους. Αυτός ο περιορισμός μπορεί να εξηγήσει την καταγραφή σχετικά υψηλών κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας σε πιο ίσες κοινωνίες, όπως είναι οι Σκανδιναβικές χώρες. Έχουμε ήδη συζητήσει τον μηχανισμό της σχετικής αποστέρησης, σύμφωνα με τον οποίο η σχετική θέση μας στην κοινωνία μπορεί επηρεάσει την υγεία μας, λειτουργώντας ως ένας στρεσογόνος παράγοντας. Συνεπώς, μια χαμηλή κοινωνική θέση μπορεί να έχει σημαντικότερες αρνητικές επιδράσεις στην υγεία σε μια σχετικά εξισωτική παρά σε μια σχετικά άνιση κοινωνία, στην οποία η προσωπική αποτυχία μπορεί να αποδοθεί σε εξωτερικές αιτίες, μη ελεγχόμενες από το ίδιο το άτομο.

6.2.8. Διαχωρισιμότητα (decomposability)

Ένα άλλο σημαντικό κριτήριο για την επιλογή του μέτρου των ανισοτήτων υγείας σχετίζεται με το αν αυτό ικανοποιεί την ιδιότητα της διαχωρισιμότητας (decomposability). Η ανάλυση αυτή μπορεί να επιτρέψει είτε τη διερεύνηση της συνεισφοράς των επιμέρους πηγών της ανισότητας υγείας σε έναν πληθυσμό είτε τη μέτρηση των μεταξύ (between-group) και των εντός (within-group) των ομάδων του πληθυσμού ανισοτήτων υγείας ή, διαφορετικά, τη συνεισφορά των επιμέρους ομάδων του πληθυσμού στη συνολική ανισότητα (Harper και Lynch, 2005). Τα μέτρα ανισότητας που είναι αθροιστικά διαχωρίσιμα επιτρέπουν όχι

μόνο την ανάλυση των μεταβολών στις μεταξύ των κοινωνικών ομάδων ανισότητες υγείας, δηλαδή τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας, αλλά και τη διερεύνηση των μεταβολών στο μερίδιο αυτών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στις συνολικές ανισότητες υγείας (Harper κ.ά., 2013). Κατά την ιδιότητα της αθροιστικής διαχωρισιμότητας (additive decomposability), το μέτρο ανισότητας μπορεί να εκτιμηθεί για κάθε ομάδα του πληθυσμού χωριστά, και ο δείκτης ανισότητας στον συνολικό πληθυσμό να υπολογιστεί ως ο σταθμισμένος βάσει του πληθυσμού των ομάδων μέσος. Στο πλαίσιο της ιδιότητας της μη αθροιστικής διαχωρισιμότητας (non-additive decomposability), η επικέντρωση της ανάλυσης βρίσκεται στη συνεισφορά των επιμέρους παραγόντων (ή πηγών) της ανισότητας (Idrees και Ahmad, 2017).

6.2.9. Επίπεδο και χρονική διάσταση της ανάλυσης

Κατά τον Valkonen (1993), υπάρχουν τέσσερα βασικά είδη σχεδίων έρευνας των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας: α) οι συγχρονικές, μη-συνδεδεμένες με κάποιο αρχείο δεδομένων μελέτες, β) εκείνες που συνδέονται με κάποιο αρχείο δεδομένων (αναδρομικού χαρακτήρα), γ) οι προοπτικές έρευνες κοόρτης και δ) οι οικολογικές μελέτες. Οι συγχρονικές μελέτες είναι ο πιο συνήθης τρόπος έρευνας των ανισοτήτων υγείας, με τον βασικότερο περιορισμό τους να σχετίζεται με την αδυναμία διερεύνησης της αλυσίδας αιτιότητας. Βέβαια, έχουν εφαρμοσθεί και κάποιοι σχεδιασμοί που είχαν τη μορφή φυσικού πειράματος, με την εξέταση φυσικά επερχόμενων γεγονότων στον πραγματικό κόσμο, όπως είναι η περίπτωση της διερεύνησης της παρουσίας ψυχικών ασθενειών σε απολυμένους εργάτες της αυτοκινητοβιομηχανίας μετά την απόλυσή τους (Fenwick και Tausig, 1994b). Η περίπτωση της οικονομικής κρίσης μπορεί να θεωρηθεί ως ένα φυσικό πείραμα. Από την άλλη πλευρά, το πλεονέκτημα των διαχρονικών σχεδίων έρευνας είναι η δυνατότητα διερεύνησης της χρονικής σειράς εμφάνισης μεταξύ των διαφόρων παραγόντων της υγείας, με συνέπεια να αποφεύγονται προβλήματα αμφίδρομης αιτιότητας. Οι διαχρονικές έρευνες έχουν επίσης χρησιμοποιηθεί για την εξακρίβωση της χρονικής ακολουθίας μεταξύ των κοινωνικών ανισοτήτων και των αποτελεσμάτων υγείας (Hudson, 2005). Αυτός ο σχεδιασμός συνδέεται με υψηλότερη μεθοδολογική αυστηρότητα, αυξάνοντας

την αξιοπιστία και την εγκυρότητα των σχετικών αποτελεσμάτων (Muntaner κ.ά., 2013).

Η πολυεπίπεδη προσέγγιση (multilevel approach) μπορεί να εξετάσει τους προσδιοριστές των ανισοτήτων υγείας σε διαφορετικά επίπεδα ανάλυσης (άτομο, γειτονιά, περιφέρεια, κράτος) (Kawachi κ.ά., 2002). Έπειτα, η συγκριτική ανάλυση σε περισσότερες χώρες επιτρέπει τη μελέτη αιτιωδών παραγόντων που λειτουργούν και στο ευρύτερο επίπεδο (π.χ. θεσμικές διευθετήσεις και δομές) (Muntaner κ.ά., 2013). Μια χώρα με χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική ανισότητα στην υγεία μπορεί να λειτουργήσει ως πρότυπο ορθών –ή τουλάχιστον ορθότερων– πρακτικών (benchmarking), με τη συνακόλουθη δυνατότητα μεταφοράς πολιτικής στις άλλες χώρες. Η ανάλυση διαστρωματικών στοιχείων επιτρέπει αφενός τη διερεύνηση της συνέπειας με την οποία οι διάφοροι μηχανισμοί συνδέουν τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες με την υγεία σε διαφορετικά πλαίσια αλλά και τις διαφορές στον υγειονομικό αντίκτυπο των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων, και αφετέρου την εξέταση του πως παράγοντες και θεσμοί ανώτερου επιπέδου, όπως είναι το κράτος πρόνοιας, επηρεάζουν τα μοτίβα της υγείας και των ανισοτήτων υγείας.

Πέρα από τα παραπάνω, κατά την έρευνα των ανισοτήτων υγείας θα πρέπει να επιλεχθεί και η χρονική περίοδος ανάλυσης. Ως προς τον χρόνο, υπάρχουν τρεις δυνατές προσεγγίσεις των εμπειριών υγείας: η πρώτη τις εξετάζει συνολικά σε όλο το φάσμα της ζωής των ατόμων από τη γένεση μέχρι τον θάνατο τους (whole life approach), η δεύτερη τις συγκρίνει ανάμεσα σε άτομα του ίδιου σταδίου ζωής (life stage approach), ενώ η τρίτη τις αναλύει σε ένα συγκεκριμένο χρονικό σημείο, ανεξαρτήτως του σταδίου ζωής του κάθε ανθρώπου (cross-sectional approach) (Asada, 2005). Πρόκειται για θέματα που έχουν ήδη αναλυθεί εκτενώς στο κεφάλαιο της κοινωνικής δικαιοσύνης στην υγεία.

Τα παραπάνω ζητήματα που αναλύθηκαν δεν αφορούν τόσο στα μέτρα των ανισοτήτων υγείας, αλλά περισσότερο στον ευρύτερο σχεδιασμό της έρευνας. Ωστόσο, πρόκειται για μεθοδολογικές και κανονιστικές επιλογές, οι οποίες θα πρέπει να ληφθούν υπόψη πριν την εφαρμογή των μέτρων αυτών. Ακολουθώς παρουσιάζονται περιληπτικά τα χαρακτηριστικά των βασικότερων

μέτρων ανισοκατανομής, καθώς και τα μεθοδολογικά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματά τους.

6.3. Συνολική ή αμιγής ανισότητα υγείας στον πληθυσμό

Ένα μέτρο της συνολικής ανισότητας υγείας συνοψίζει τις συνολικές διαφορές υγείας μεταξύ των ατόμων ενός πληθυσμού. Τα μέτρα αυτής της κατηγορίας έχουν ως βάση τους κυρίως την οικονομική βιβλιογραφία μέτρησης των ανισοτήτων στην κατανομή του εισοδήματος (Harper και Lynch, 2005)²³⁶. Αυτό σημαίνει ότι προϋποθέτουν τη χρήση μιας μεταβλητής της υγείας που προσεγγίζεται στην αναλογική κλίμακα μέτρησης (ratio-scaled), όπως είναι το εισόδημα. Υποθέτουμε, λοιπόν, ένα πληθυσμό n ατόμων, οι οποίοι μπορεί να καταταχθούν στη βάση του επιπέδου υγείας τους. Έτσι, κάθε άτομο $i = 1, \dots, n$ διαθέτει ένα επίπεδο υγείας h_i , ώστε $h_1 \leq h_2 \leq \dots \leq h_n$. Επιπλέον, η μεταβλητή υγείας διαθέτει ένα πεπερασμένο κάτω όριο h_{min} , για το οποίο ισχύει $h_{min} = 0$ όταν η κλίμακα μέτρησης είναι αναλογική. Ως προς το πάνω όριο, αυτό μπορεί να είναι είτε απεριόριστο, δηλαδή $h_{max} = +\infty$, είτε πεπερασμένο, οπότε ισχύει $h_i \in [h_{min}, h_{max}]$. Στη δεύτερη περίπτωση, προκύπτει το πρόβλημα της επιλογής μεταξύ θετικών (h_i) και αρνητικών εκβάσεων ($s_i = h_{max} - h_i$)²³⁷ (Van Ourti κ.ά., 2014).

6.3.1. Μέτρα συγκρίσεων των ακραίων σημείων της κατανομής της υγείας

Το εύρος διερευνά την έκταση όλης της κατανομής της υγείας και μπορεί να υπολογιστεί ως εξής (Harper και Lynch, 2017):

²³⁶ Θα πρέπει να σημειωθεί ότι, παρόλο που οι διατυπώσεις και οι ερμηνείες των δεικτών αυτής της ενότητας γίνονται στο πλαίσιο των ανισοτήτων στην υγεία, οι αρχικές διατυπώσεις και ερμηνείες στη βιβλιογραφία είχαν ως βάση τους την ανισότητα στην κατανομή του εισοδήματος. Έχει γίνει, λοιπόν, μια προσαρμογή της οικονομικής βιβλιογραφίας σε περιπτώσεις που δεν αντιμετωπίζονται από την εξειδικευμένη στις ανισότητες υγείας βιβλιογραφία.

²³⁷ Θα πρέπει να επισημανθεί ότι δεν ισχύει απαραίτητα $s_n \in R_-$.

Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

$$R(h) = h_{max} - h_{min} \quad (6.1)$$

Όπου h είναι ένας δείκτης υγείας, και αφαιρούμε την ελάχιστη από τη μέγιστη τιμή του. Μεγαλύτερες τιμές του εύρους δείχνουν υψηλότερη απόλυτη ανισότητα, ενώ $R(h) = 0$ όταν η ανισότητα είναι μηδενική. Ως προς τους περιορισμούς του μέτρου αυτού, θα πρέπει να σημειωθεί ότι επηρεάζεται από τις ακραίες τιμές και δεν λαμβάνει υπόψη του το μέγεθος του πληθυσμού, καθώς και την υπόλοιπη κατανομή της υγείας. Συνεπώς, το εύρος δεν ικανοποιεί τη συνθήκη Pigou-Dalton, εκτός φυσικά από την ειδική περίπτωση όπου ο αποδέκτης της μεταβίβασης είναι το άτομο με τη χαμηλότερη υγεία ή/και ο μεταβιβάζων είναι το άτομο με την υψηλότερη υγεία. Ωστόσο, παραμένει αμετάβλητο σε ισόποσες μεταβολές όλων των στοιχείων της κατανομής. Επίσης, δεν είναι αθροιστικά διαχωρίσιμο (Υφαντόπουλος, 1990· Idrees και Ahmad, 2017). Οι περιορισμοί αυτοί ισχύουν και για τα υπόλοιπα μέτρα αυτής της υποενοότητας. Το εύρος μπορεί να κανονικοποιηθεί ή σταθεροποιηθεί διαιρώντας με τον αριθμητικό μέσο της κατανομής, οπότε και η ανισότητα εκφράζεται σε σχετικούς όρους του μέσου όρου²³⁸:

$$R_s(h) = \frac{h_{max} - h_{min}}{\mu} \quad (6.2)$$

Όπου μ είναι ο αριθμητικός μέσος της κατανομής της υγείας. Σε αυτήν την περίπτωση, $R_s(h) = 0$, όταν η υγεία είναι ισοκατανεμημένη ανάμεσα σε όλα τα άτομα (ή μονάδες παρατήρησης γενικότερα), και $R_s(h) = n$, όταν η ανισότητα είναι η μέγιστη δυνατή. Πολλαπλασιάζοντας με 100, το εύρος μπορεί να ερμηνευτεί ως ποσοστό του μέσου όρου της κατανομής. Αυτή η εκδοχή του εύρους είναι ανεξάρτητη της κλίμακας μέτρησης, αλλά δεν παραμένει αμετάβλητη σε ισόποσες μεταβολές της κατανομής.

Μια άλλη γενική ομάδα μέτρων σχετικής ανισότητας είναι εκείνη των αναλογιών μεταξύ ζευγών, με το πιο απλό από αυτά να αποτελεί η αναλογία μεταξύ των ακραίων τιμών της κατανομής:

²³⁸ Ένας άλλος τρόπος σταθεροποίησης του εύρους είναι η διαίρεσή του όχι με τον μέσο όρο, αλλά με την ελάχιστη τιμή (h_{min}) (Υφαντόπουλος, 1990)

Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

$$R_{ratio}(h) = \frac{h_{max}}{h_{min}} \quad \text{με } h_{min} \neq 0 \quad (6.3)$$

Εξ ορισμού, όταν η υγεία είναι ισοκατανεμημένη έχουμε $R_{ratio}(h) = 1$. Γενικότερα, οι αναλογίες χρησιμοποιούνται συχνά μεταξύ ποσοστημορίων (quantiles) της κατανομής (πολλές φορές ονομάζονται ως αναλογίες εύρους) (Spinakis κ.ά., 2011):

$$QR(h) = \frac{p_a}{p_b} \quad (6.4)$$

Με p_a και p_b να αποτελούν τα επιλεγμένα ποσοστημόρια της κατανομής²³⁹. Βέβαια, οι αναλογίες αυτές μπορούν να εκφραστούν πάντοτε και σε απόλυτους όρους ως η απόλυτη διαφορά μεταξύ τους, δηλαδή $p_a - p_b$, όπως το γνωστό μέτρο του ενδοτεταρτημοριακού εύρους (*IQR*), όπου αφαιρούμε το πρώτο από το τρίτο τεταρτημόριο της κατανομής.

6.3.2. Μέτρα ατομικών διαφορών από τον μέσο όρο

Οι Gakidou κ.ά. (2000) διακρίνουν δύο μεγάλες ομάδες μέτρων της μονομετάβλητης ανισότητας. Η πρώτη αφορά στα μέτρα των ατομικών διαφορών από τον αριθμητικό μέσο (individual-mean differences measures), τα οποία ορίζονται ως εξής:

$$IMD(h, \alpha, \beta) = \frac{\sum_{i=1}^n |h_i - \mu|^\alpha}{n\mu^\beta} \quad (6.5)$$

Όπου h_i είναι το επίπεδο υγείας για το i -οστό άτομο, μ είναι ο αριθμητικός μέσος της υγείας και n είναι ο αριθμός των ατόμων (ή ο αριθμός των μονάδων παρατήρησης) στον πληθυσμό. Οι παράμετροι α και β προσδιορίζουν τη σημαντικότητα των διαφορών υγείας στα άκρα της κατανομής σε σχέση με τον αριθμητικό μέσο και το αν οι διαφορές από τον αριθμητικό μέσο είναι απόλυτες ή σχετικές, αντίστοιχα. Μεγαλύτερες τιμές του α δίνουν υψηλότερη βαρύτητα στις μεγαλύτερες αποκλίσεις από τον αριθμητικό μέσο και μεγαλύτερες τιμές

²³⁹ Δύο τέτοιοι δείκτες που χρησιμοποιούνται συχνά για τη μέτρηση της ανισότητας του εισοδήματος είναι οι αναλογίες p_{90}/p_{10} και s_{80}/s_{20} .

Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

του β δίνουν υψηλότερη βαρύτητα στον αριθμητικό μέσο (και συνεπώς στη σχετική ανισότητα). Συνεπώς, σε αυτήν την ομάδα ανήκουν πολλά μέτρα των ανισοτήτων υγείας. Ειδικότερα, με $\beta = 0$ μετράμε την απόλυτη ανισότητα, ενώ με $\beta = 1$ υπολογίζουμε τη σχετική ανισότητα.

Όταν $\alpha = 1$ και $\beta = 1$, τότε καταλήγουμε στο γνωστό μέτρο της σχετικής μέσης απόκλισης (relative mean deviation):

$$RMD(h) = \frac{\sum_{i=1}^n |h_i - \mu|}{n\mu} \quad (6.6)$$

Όπου $RMD(h) = 0$, όταν η υγεία είναι ισοκατανεμημένη στον πληθυσμό, ενώ $RMD = 2(n-1)/n$, όταν όλη η ποσότητα της υγείας ανήκει σε ένα άτομο. Ένα ζήτημα που προκύπτει με τη μέση απόκλιση είναι ότι δεν ικανοποιεί πλήρως τη συνθήκη Pigou-Dalton, καθώς δεν είναι ευαίσθητη ως προς τις μεταβιβάσεις υγείας μεταξύ ατόμων που βρίσκονται στην ίδια πλευρά της κατανομής σε σχέση με τον αριθμητικό όρο (είτε πάνω είτε κάτω αυτού). Συνεπώς, η σχετική μέση απόκλιση είναι ευαίσθητη μόνο σε μεταβιβάσεις ανάμεσα σε άτομα που δεν βρίσκονται στην ίδια πλευρά ως προς το μέσο επίπεδο υγείας της κατανομής (Sen, 1997a). Επιπλέον, αναθέτει ίδια βαρύτητα τόσο σε μικρές όσο και σε μεγάλες αποκλίσεις από τον αριθμητικό μέσο (Idrees και Ahmad, 2017) και είναι ανεξάρτητη από την κλίμακα μέτρησης. Εφόσον πολλαπλασιάσουμε τη σχετική μέση απόκλιση με το μέσο επίπεδο υγείας (δηλαδή $\alpha = 1$ και $\beta = 0$), τότε το μέτρο που προκύπτει είναι εκείνο της μέσης απόκλισης (absolute mean deviation, $AMD(h)$), το οποίο παίρνει τιμές στο διάστημα $[0, 2\mu(n-1)/n]$. Η μέση απόκλιση δεν ικανοποιεί επίσης την αρχή των μεταβιβάσεων και παραμένει αμετάβλητη σε μια ομοιόμορφη μεταβολή της κατανομής (Idrees και Ahmad, 2017).

Στην περίπτωση που $\alpha = 2$ και $\beta = 0$ το μέτρο των ατομικών διαφορών από τον αριθμητικό μέσο είναι η διακύμανση (variance):

$$V(h) = \frac{\sum_{i=1}^n |h_i - \mu|^2}{n} \quad (6.7)$$

Η διακύμανση, ενώ ικανοποιεί την αρχή των μεταβιβάσεων, επικρίνεται κατά το ότι η επίπτωση της οποιας μεταβίβασης μεταξύ δύο ατόμων εξαρτάται από τη διαφορά στα επίπεδα υγείας τους και όχι από το σημείο της κατανομής στην οποία βρίσκονται, δηλαδή δεν έχει ευαισθησία ως προς το σημείο της

Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

κατανομής. Καθώς οι διαφορές από τον αριθμητικό μέσο τετραγωνίζονται, δίνεται μεγαλύτερη βαρύτητα σε διαφορές που βρίσκονται μακρύτερα από μέσο της κατανομής, το οποίο σημαίνει ότι μπορεί μεγάλες διαφορές μεταξύ λίγων ατόμων να είναι πιο σημαντικές από μικρές διαφορές μεταξύ πολλών ανθρώπων (Harper κ.ά., 2013). Επίσης, καθότι αποτελεί ένα μέτρο απόλυτης ανισότητας, δεν μπορεί να ικανοποιήσει την ανεξαρτησία ως προς την κλίμακα μέτρησης της υγείας. Ωστόσο, είναι αθροιστικά διαχωρίσιμη. Η διακύμανση παίρνει τιμές από 0, στην περίπτωση της πλήρους ισότητας, έως $(n - 1)\mu^2$, στο υποθετικό σενάριο όπου το σύνολο της υγείας κατέχεται από ένα άτομο (Villar, 2017).

Η τυπική απόκλιση υπολογίζεται από την τετραγωνική ρίζα της διακύμανσης ως ακολούθως (Spinakis κ.ά., 2011):

$$SD(h) = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n |h_i - \mu|^2}{n}} \quad (6.8)$$

Το πλεονέκτημα της τυπικής απόκλισης είναι ότι εκφράζεται στις ίδιες μονάδες με την κλίμακα μέτρησης της υγείας. Καθότι η τυπική απόκλιση αποτελεί έναν μονοτονικό μετασχηματισμό της διακύμανσης, ικανοποιεί όλες τις διατεταγμένες ιδιότητές της (κανονικοποίηση, συμμετρία, ανεξαρτησία ως προς τον πληθυσμό και συνθήκη Ρίγου-Dalton), αν και δεν είναι αθροιστικά διαχωρίσιμη (Villar, 2017). Τόσο η διακύμανση όσο και η τυπική απόκλιση ικανοποιούν την αρχή των μεταβιβάσεων (Sen, 1997a). Ωστόσο, εξαρτώνται από τον αριθμητικό μέσο της κατανομής, με συνέπεια μια κατανομή να συνδέεται με υψηλότερη διακύμανση από μια άλλη, εάν διαθέτει υψηλότερα επίπεδα υγείας, ακόμη και αν η σχετική διασπορά (ανισότητα) είναι παρόμοια ή και μικρότερη.

Η τυπική απόκλιση μπορεί να κανονικοποιηθεί διαιρώντας με τον αριθμητικό μέσο, με το μέτρο αυτό να αποτελεί τον γνωστό συντελεστή μεταβλητότητας (coefficient of variation) (Spinakis κ.ά., 2011):

$$CV(h) = \frac{SD}{\mu} \quad (6.9)$$

Ο συντελεστής μεταβλητότητας ικανοποιεί την αρχή της ανεξαρτησίας ως προς τον μέσο. Επιπλέον, καθότι ο συντελεστής μεταβλητότητας αποτελεί έναν μονοτονικό μετασχηματισμό της τυπικής απόκλισης, ικανοποιεί όλες τις

διατεταγμένες ιδιότητες της (δηλαδή κανονικοποίηση, συμμετρία, ανεξαρτησία ως προς τον πληθυσμό και συνθήκη Pigou-Dalton) (Villar, 2017). Αντίστοιχα με τη διακύμανση, αναθέτει ίση βαρύτητα σε μεταβιβάσεις υγείας από h_i σε $h_i - d$, ανεξαρτήτως του επιπέδου υγείας h_i (Sen, 1997a), δηλαδή αποδίδει ίση σημασία σε όλα τα τμήματα της κατανομής, ενώ παίρνει τιμές στο διάστημα $[0, \sqrt{n-1}]$ (Villar, 2017). Επιπλέον, ο δείκτης αυτός είναι και αθροιστικά διαχωρίσιμος (Idrees και Ahmad, 2017).²⁴⁰

Όταν $\alpha = 2$ και $\beta = 2$, το μέτρο των ατομικών διαφορών από τον αριθμητικό μέσο είναι ο τετραγωνισμένος συντελεστής μεταβλητότητας (squared coefficient of variation, CV^2) (Harper και Lynch, 2017). Ο συντελεστής μεταβλητότητας στο τετράγωνο ανήκει στην ομάδα των μέτρων γενικευμένης εντροπίας (generalized entropy measures). Το μέτρο αυτό δείχνει μεγαλύτερη ευαισθησία στο πάνω μέρος της κατανομής και είναι αθροιστικά διαχωρίσιμο (με κάποιες προσαρμογές στις σταθμίσεις για τη συνιστώσα της εντός των ομάδων ανισότητας) (Harper και Lynch, 2017· Idrees και Ahmad, 2017).

Εφόσον χρησιμοποιήσουμε τον λογάριθμο του δείκτη υγείας, τότε μπορεί να προκύψουν και τα μέτρα της διακύμανσης ($Vlog$) και της τυπικής απόκλισης ($SDlog$) των λογαρίθμων. Η διακύμανση των λογαρίθμων υπολογίζεται ως ακολούθως (Spinakis κ.ά., 2011· Harper και Lynch, 2017):

$$Vlog(h) = \frac{\sum_{i=1}^n |\log h_i - \log \tilde{\mu}|^2}{n} \quad (6.10)$$

Όπου $\tilde{\mu}$ είναι ο γεωμετρικός μέσος της κατανομής. Τα μέτρα αυτά, λόγω του λογαριθμικού μετασχηματισμού της μεταβλητής της υγείας, μπορεί να αμβλύνουν το μέγεθος της ανισότητας, αλλά δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στο κάτω μέρος της κατανομής της υγείας (Sen, 1997a). Ωστόσο, δεν ικανοποιούν την αρχή των μεταβιβάσεων σε περίπτωση οριακών μεταβιβάσεων από υψηλότερα σε χαμηλότερα επίπεδα υγείας, εφόσον το υψηλότερο επίπεδο είναι κατά ϵ φορές μεγαλύτερο από τον γεωμετρικό μέσο της κατανομής της υγείας.

²⁴⁰ Γραφικά, ο συντελεστής μεταβλητότητας εκφράζει τη μορφή της κορυφής σε μια μονοκόρυφη κατανομή συχνοτήτων (Spinakis κ.ά., 2011).

Πάντως, προκύπτει ότι στην εμπειρική έρευνα αυτή η παραβίαση είναι πρακτικά ελάχιστη (Greedy, 1977). Επιπλέον, τα μέτρα αυτά δεν έχουν άνω όριο και δεν είναι αθροιστικά διαχωρίσιμα. Η διακύμανση λογαρίθμων είναι αθροιστικά διαχωρίσιμη μόνο εάν χρησιμοποιηθούν οι γεωμετρικοί αντί για τους αριθμητικούς μέσους των υποομάδων (Levy κ.ά., 2006)²⁴¹.

6.3.3. Μέτρα διατομικών διαφορών και ο συντελεστής Gini

Η δεύτερη μεγάλη ομάδα μέτρων ανισότητας κατά τους Gakidou κ.ά. (2000) είναι εκείνη που διερευνά τις διατομικές διαφορές (interindividual differences), δηλαδή τα μέτρα που συγκρίνουν το επίπεδο κάθε ατόμου με εκείνο κάθε άλλου ατόμου του πληθυσμού:

$$IID(h, \alpha, \beta) = \frac{\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n |h_i - h_j|^\alpha}{2n^2 \mu^\beta} \quad (6.11)$$

Όπου h_i είναι το επίπεδο υγείας για το i -οστό άτομο, h_j η υγεία για το j -οστό άτομο, μ ο αριθμητικός μέσος της υγείας και n ο αριθμός των ατόμων στον πληθυσμό. Οι παράμετροι α και β έχουν τη ίδια σημασία όπως στην εξίσωση (6.5) για τις ατομικές διαφορές από τον αριθμητικό μέσο (Gakidou κ.ά., 2000).

Ο συντελεστής Gini αποτελεί ένα μέτρο ανισότητας που συνοψίζει τις διατομικές διαφορές υγείας για ολόκληρο τον πληθυσμό (Harper και Lynch, 2017). Το μέτρο Gini προκύπτει από την καμπύλη Lorenz $L(p)$ ²⁴², η οποία αναπαριστά γραφικά στον οριζόντιο άξονα την αθροιστική (%) κατανομή των ποσοστών του πληθυσμού και στον κάθετο την αθροιστική (%) κατανομή των ποσοστών της μεταβλητής της υγείας (**Γράφημα 6-6**). Όταν η υγεία είναι απόλυτα ισοκατανομημένη στον πληθυσμό, τότε η καμπύλη Lorenz συμπίπτει με τη διαγώνιο που σχηματίζει μια γωνία 45° με τους άξονες, δηλαδή το ευθύγραμμο τμήμα που ενώνει τα σημεία (0,0) και (1,1), η οποία ονομάζεται γραμμή ισοκατανομής. Όσο η καμπύλη Lorenz απομακρύνεται προς τα κάτω

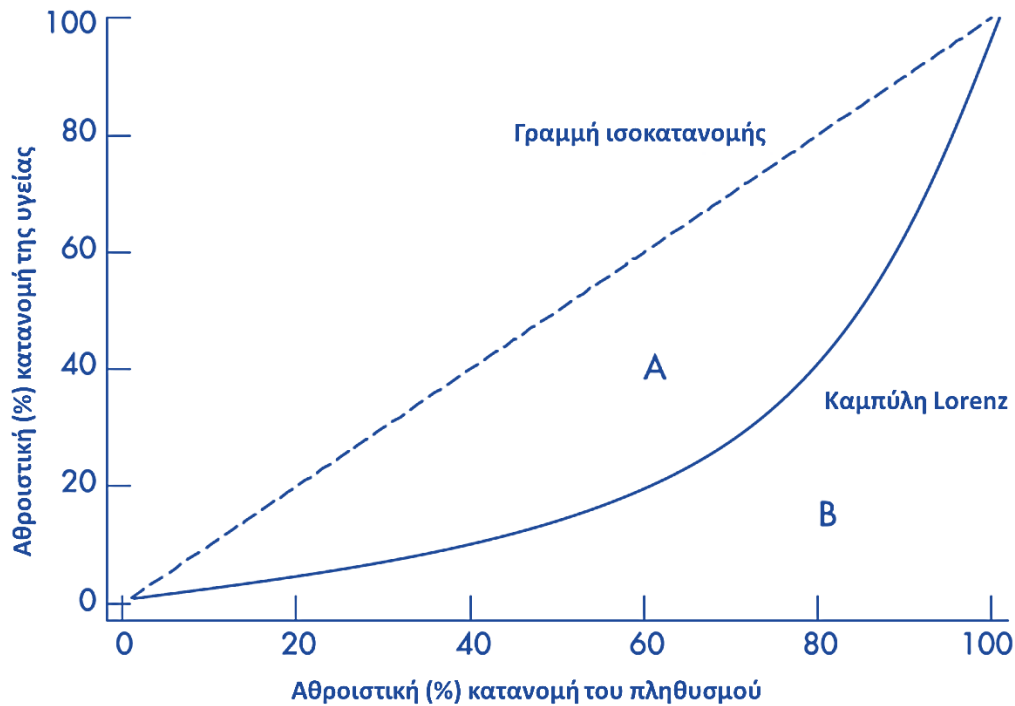
²⁴¹ Συνήθως, στη στατιστική βιβλιογραφία χρησιμοποιείται ο γεωμετρικός μέσος, ενώ στην οικονομική ο αριθμητικός (Υφαντόπουλος, 1990).

²⁴² Η καμπύλη αυτή ονομάζεται και σχετική καμπύλη Lorenz (Sheriff και Maguire, 2013).

Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

από τη γραμμή της ισοκατανομής, τόσο αυξάνεται η ανισότητα στην κατανομή της υγείας²⁴³. Για παράδειγμα, στο **Γράφημα 6-6**, το λιγότερο υγιές 40% του πληθυσμού έχει περίπου το 10% της συνολικής υγείας.

Γράφημα 6-6 Η καμπύλη Lorenz



Πηγή: De Maio (2007)

Ο συντελεστής Gini ισούται με τον λόγο του εμβαδού της περιοχής μεταξύ της καμπύλης Lorenz που αντιστοιχεί σε μια δεδομένη κατανομή της υγείας και της γραμμής της ισοκατανομής προς το εμβαδόν του τριγώνου που ορίζεται από την γραμμή της ισοκατανομής και τον άξονα των x , δηλαδή ισούται με

²⁴³ Η προηγηθείσα περιγραφή αναφέρεται σε θετικές εκβάσεις υγείας. Στην περίπτωση των αρνητικών εκβάσεων, η καμπύλη Lorenz βρίσκεται πάνω από την γραμμή της ισοκατανομής, και το κριτήριο της υπεροχής (dominance criterion) αντιστρέφεται. Γενικότερα, καθότι οι σχετικές καμπύλες Lorenz δεν είναι ανεξάρτητες σε ισόποσες μεταβολές (not translation invariant), μια αρνητική έκβαση δεν μπορεί να αναδιατυπωθεί σε όρους μιας συμπληρωματικής θετικής έκβασης, καθότι δεν διατηρείται απαραίτητα η σχέση υπεροχής μεταξύ των κατανομών (Sheriff και Maguire, 2013).

$A/(A+B)$. Υπάρχουν πολλοί τρόποι εκτίμησης του συντελεστή Gini. Όταν $\alpha = 1$ και $\beta = 1$, η εξίσωση (6.11) γίνεται (Gakidou κ.ά., 2000):

$$G(h) = \frac{\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n |h_i - h_j|}{2n^2 \mu} \quad (6.12)$$

Τυπικά, ο συντελεστής Gini ισούται με το μισό της σχετικής μέσης διαφοράς (Sen, 1997a)²⁴⁴. Επίσης, μπορεί να εκφραστεί και ως το άθροισμα των σταθμισμένων μεριδίων υγείας (weighted health shares) (Van Ourti κ.ά., 2014)²⁴⁵:

$$G(h) = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n \left[\frac{h_i}{\mu} (2R_i^h - 1) \right] \quad (6.13)$$

Όπου R_i^h είναι η κλασματική κατάταξη (fractional rank) του i -οστού ατόμου ως προς το επίπεδο υγείας του²⁴⁶. Ο συντελεστής Gini είναι ένα μέτρο σχετικής ανισότητας, το οποίο παίρνει τιμές από 0 έως και 1, ενώ μπορεί να εκφραστεί και ως ποσοστό, εφόσον πολλαπλασιαστεί με το 100. Όταν ο συντελεστής ισούται με 0, η υγεία είναι πλήρως ισοκατανεμημένη στον πληθυσμό και η καμπύλη Lorenz συμπίπτει με τη διαγώνιο. Αντίθετα, η τιμή 1 (ή 100%) αντιπροσωπεύει μια κοινωνία με τη μέγιστη δυνατή ανισότητα υγείας (δηλαδή όλη η υγεία είναι συγκεντρωμένη σε ένα άτομο). Το μέτρο αυτό παρουσιάζει το μειονέκτημα ότι είναι δυνατόν δυο διαφορετικές κατανομές της υγείας να αντιστοιχούν σε παρόμοιες τιμές για τον συντελεστή Gini, εφόσον οι καμπύλες Lorenz τους τέμνονται²⁴⁷. Έπειτα, έχει διαπιστωθεί ότι η ευαισθησία ως προς

²⁴⁴ Έτσι, μια τιμή 0,4 για τον δείκτη Gini συνεπάγεται ότι η μέση διαφορά στα επίπεδα υγείας στην κατανομή αντιστοιχεί στο 80% του μέσου όρου.

²⁴⁵ Ο συντελεστής Gini μπορεί να διατυπωθεί και ως μια αναλογία της διακύμανσης μεταξύ των επιπέδων υγείας και της θέσης των ατόμων στην κατάταξη του πληθυσμού ως προς την υγεία τους: $G(h) = \frac{2cov(h_i, R_i^h)}{\mu}$ (Duclos και Araar, 2006). Αυτός ο ορισμός χρησιμοποιείται ευρέως ως βάση για τον υπολογισμό του concentration index, όπως θα δούμε στη συνέχεια.

²⁴⁶ Στην περίπτωση που δεν υπάρχει ταύτιση τιμών (absence of ties), ισχύει $R_i^h = \frac{i-0,5}{n}$, ειδώς υπολογίζεται ως ο αριθμητικός μέσος της κλασματικής θέσης των ατόμων με την ίδια τιμή στη μεταβλητή υγείας (Van Ourti κ.ά., 2014).

²⁴⁷ Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι καμπύλες Lorenz από μόνες τους μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την κατάταξη των κατανομών (Lorenz dominance κριτήριο). Ωστόσο, παρουσιάζουν το μειονέκτημα να μην μπορούν να κατατάξουν τις κατανομές όταν τέμνονται. Οι δείκτες ανισότητας προσπαθούν να υπερβούν αυτό το πρόβλημα. Επιπλέον, εκτός από την περίπτωση όπου η κυρίαρχη κατανομή (δηλαδή εκείνη που βρίσκεται πιο κοντά στην γραμμή της ισοκατανομής για κάθε ποσοστημόριο του πληθυσμού) έχει ίση ή υψηλότερη κατά κεφαλή

τις μεταβιβάσεις εξαρτάται από τη σχετική θέση των επιπέδων υγείας και όχι από τα απόλυτα επίπεδά τους²⁴⁸ (Levy κ.ά., 2006). Αυτό μπορεί να τεκμηριωθεί και από το πώς σταθμίζονται τα μερίδια υγείας στην εξίσωση (6.13). Συνεπώς, όσο μεγαλύτερη απόσταση υπάρχει στην κατάταξη μεταξύ του δότη και του παραλήπτη μιας μεταβίβασης που διατηρεί την κατάταξη των ατόμων (order-preserving transfer), τόσο μεγαλύτερη επίπτωση θα έχει αυτή η μεταβίβαση. Έτσι, αν και είναι ευρέως διαδεδομένη η θέση στη βιβλιογραφία ότι ο δείκτης αυτός είναι περισσότερο ευαίσθητος σε μεταβιβάσεις στο μέσο της κατανομής, αυτό δεν ισχύει απαραίτητα. Στην πραγματικότητα, οι μεταβιβάσεις που γίνονται μακρύτερα της διαμέσου της κατανομής σταθμίζονται με υψηλότερη βαρύτητα σε σχέση με αυτές που γίνονται στο μέσο της (Hardardottir κ.ά., 2019). Το ίδιο ισχύει και σε περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει μεταβίβαση, αλλά απλή αύξηση στο επίπεδο υγείας ενός ατόμου, όπου η επίδραση στον συντελεστή Gini είναι μεγαλύτερη όσο εγγύτερα βρίσκεται το άτομο στα άκρα της κατανομής της υγείας. Μια μεταβίβαση στο μέσο της κατανομής μπορεί να έχει μεγαλύτερο αντίκτυπο στο μέτρο αυτό, όταν αυτή η μεταβίβαση οδηγεί σε αναδιάταξη της κατάταξης των ατόμων, καθότι αυτή είναι πιθανότερο να συμβεί σε αυτό το τμήμα της κατανομής (Gastwirth, 2017). Επιπλέον, ο συντελεστής Gini δεν είναι απόλυτα αθροιστικά διαχωρίσιμος σε μεταξύ και εντός των ομάδων συνιστώσες, εκτός εάν η κατάταξη των υποομάδων υγείας του πληθυσμού από την λιγότερο στην περισσότερο υγιή δεν αλληλεπικαλύπτονται, δηλαδή η σχετική θέση του κάθε ατόμου σε κάθε υποομάδα είναι ίδια με εκείνη στην κατανομή της υγείας (Levy κ.ά., 2006).

Ο συντελεστής Gini είναι ένα μέτρο της σχετικής ανισότητας. Το μέτρο αυτό μπορεί να μετασχηματιστεί σε δείκτη της απόλυτης ανισότητας όταν εξαχθεί από τη γενικευμένη (generalized) καμπύλη Lorenz $GL(p)$, η οποία

έκβαση, δεν μπορούμε να καταλήξουμε σε οριστικές αξιολογήσεις αναφορικά με το κριτήριο της υπεροχής ως προς την κοινωνική ευημερία. Με άλλα λόγια, οι σχετικές καμπύλες Lorenz μπορούν να καταταχθούν σε σχέση με τη συνδεόμενη ευημερία του πληθυσμού μόνο μερικώς (partial ordering). Επίσης, η κατάταξή τους είναι μόνο ιεραρχική (Sheriff και Maguire, 2013).

²⁴⁸ Συνεπώς, ο συντελεστής Gini παραβιάζει την αρχή των φθινουσών μεταβιβάσεων (Sheriff και Maguire, 2013).

προτάθηκε από τον Shorrocks (1983). Αυτή η γενίκευση γίνεται με την προσαρμογή της απλής καμπύλης Lorenz ως προς τη μέση τιμή της κατανομής. Συνεπώς, αυτό που απαιτείται είναι ο πολλαπλασιασμός της αθροιστικής κατανομής της υγείας με το μέσο επίπεδο υγείας: $GL(p) = \mu L(p)$. Έτσι, αυτό που μας δείχνει η $GL(p)$ είναι το κατά κεφαλή επίπεδο υγείας που θα ήταν διαθέσιμο στην κοινωνία, εάν η κοινωνία βασιζόταν μόνο στο επίπεδο υγείας του κάτω p μέρος του πληθυσμού (Duclos και Araar, 2006). Σε αντίθεση με την προηγούμενη μορφή της καμπύλης Lorenz, όπου η γραμμή της ισοκατανομής συνδέει τα σημεία 0 για $p = 0$ και 100 για $p = 1$, η γραμμή της ισοκατανομής στην περίπτωση της γενικευμένης καμπύλης Lorenz συνδέει τα σημεία 0 για $p = 0$ και μ για $p = 1$. Η γενικευμένη καμπύλη Lorenz λαμβάνει υπόψη της τόσο την κατανομή της έκβασης όσο και την κατά κεφαλή έκβαση υγείας, δηλαδή παρουσιάζει μια προτίμηση για την αποτελεσματικότητα κατά Pareto. Έτσι, είναι δυνατόν μια κατανομή με μεγαλύτερη ανισότητα να υπερέχει μιας άλλης με μικρότερη ανισότητα, η οποία όμως συνδέεται με μια χαμηλότερη κατά κεφαλή έκβαση για κάθε ποσοστημόριο της κατανομής (Shorrocks, 1983· Sheriff και Maguire, 2013). Ο γενικευμένος συντελεστής Gini για την υγεία μπορεί να υπολογιστεί ως εξής (Van Ourti κ.ά., 2014):

$$GG(h) = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n [h_i (2R_i^h - 1)] \quad (6.14)$$

Έχουμε ήδη επισημάνει ότι αυτά τα μέτρα της ανισότητας της υγείας προέρχονται από την οικονομική βιβλιογραφία. Αυτό σημαίνει ότι υποθέτουν τη μέτρηση της ανισοκατανομής στο εισόδημα, το οποίο αποτελεί μια μεταβλητή που προσεγγίζεται στην αναλογική κλίμακα μέτρησης. Ωστόσο, αυτή η συνθήκη δεν ισχύει πάντοτε στη μέτρηση της υγείας, η οποία μπορεί να έχει και συγκεκριμένο πάνω όριο (h_{max}), είτε μετριέται σε αναλογική είτε σε άλλη διαστημική (cardinal) κλίμακα μέτρησης. Ως εκ τούτου, το επίπεδο υγείας ενός ατόμου (ή ομάδας) i μπορεί να προσεγγισθεί είτε ως θετική (h_i) είτε ως αρνητική έκβαση ($s_i = h_{max} - h_i$). Σε αυτήν την περίπτωση, ο δείκτης Gini δεν ικανοποιεί την επιθυμητή αρχή της απόλυτης συμπληρωματικότητας (principle of perfect complementarity), κατά την οποία οι τιμές του δείκτη ανισότητας είναι ίδιοι είτε λαμβάνουμε υπόψη την κατανομή των θετικών εκβάσεων υγείας είτε των αρνητικών, δηλαδή $I(h) = I(s)$. Πιο συγκεκριμένα, για τον δείκτη Gini έχει βρεθεί

ότι ισχύει $G(s) = \frac{\mu_h}{\mu_s} G(h)$. Ο Erreygers (2009a) έδειξε ότι μια διορθωμένη διατύπωση του Gini μπορεί να ικανοποιήσει την αρχή αυτή²⁴⁹:

$$CG(h) = \frac{4}{n} \sum_{i=1}^n \left[\frac{h_i}{(h_{max} - h_{min})} (2R_i^h - 1) \right] \quad (6.15)$$

Όπως αναφέρθηκε πιο πάνω, ο συντελεστής Gini επιβάλλει μια συγκεκριμένη αξιολογική θέση αναφορικά με το ποιο μέρος της κατανομής έχει υψηλότερη βαρύτητα, με τις σταθμίσεις αυτές να είναι ανεξάρτητες από μια ισόποση μεταβολή του επιπέδου υγείας όλων των ατόμων (translation invariant) (Levy κ.ά., 2006). Από την εξίσωση (6.13) προκύπτει ότι τα μερίδια υγείας σταθμίζονται με την κλασματική κατάταξη του ατόμου στην κατανομή του εισοδήματος, δηλαδή με $2R_i^h - 1$. Αυτή η στάθμιση δίνει μηδενική βαρύτητα στα άτομα που βρίσκονται στη διάμεσο της κατανομής της υγείας, ενώ είναι αρνητική για τα άτομα που βρίσκονται κάτω από τη διάμεσο και θετική για εκείνα που είναι πάνω από αυτήν. Η σχετική βαρύτητα αυξάνεται γραμμικά από $(1 - n)/n$, για το λιγότερο υγιές άτομο, σε $(n - 1)/n$, για το περισσότερο υγιές (O'Donnell κ.ά., 2016). Αυτό βέβαια συνεπάγεται την αποδοχή μιας συγκεκριμένης ηθικής θέσης. Έτσι, στη βιβλιογραφία έχει προταθεί μια παραλλαγή του συντελεστή Gini, ευρύτερα γνωστός ως δείκτης S-Gini, ο οποίος επιτρέπει την προσαρμογή της δομής των σταθμίσεων (Donaldson και Weymark, 1980· Yitzhaki, 1983). Ένας τρόπος υπολογισμού αυτού του ευέλικτου δείκτη είναι με τη στάθμισή του με $1 - \nu(1 - R_i^h)^{\nu-1}$ ως εξής (O'Donnell κ.ά., 2016):

$$SG(h, \nu) = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n \left[\frac{h_i}{\mu} \left(1 - \nu(1 - R_i^h)^{\nu-1} \right) \right] \text{ με } \nu > 1 \quad (6.16)$$

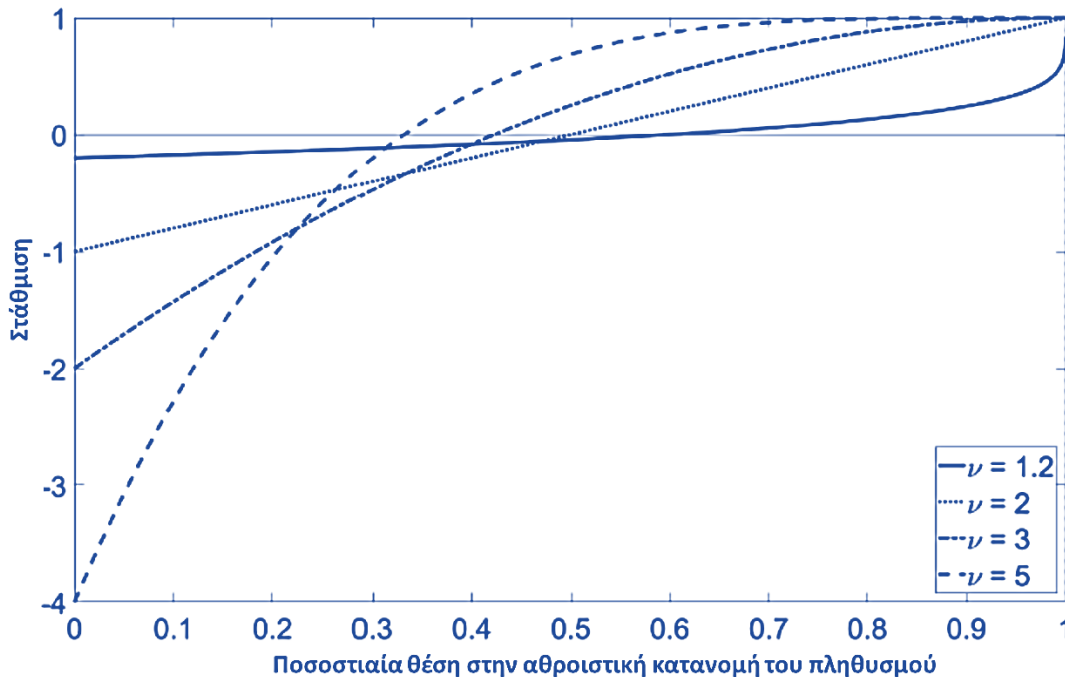
Όπου ν είναι η παράμετρος που επιτρέπει την προσαρμοστικότητα της δομής των σταθμίσεων. Το άθροισμα των σταθμίσεων είναι πάντοτε μηδέν,

²⁴⁹ Συνεπώς, αυτή εκδοχή του Gini είναι ο κανονικοποιημένος κατά τον Erreygers συντελεστής Gini, ο οποίος διαθέτει ανάλογες ιδιότητες με τον κανονικοποιημένο κατά τον Erreygers δείκτη συγκέντρωσης, τον οποίο θα εξετάσουμε στη συνέχεια. Μια αντίστοιχη διόρθωση εφάρμοσε ο Erreygers και στον συντελεστή μεταβλητότητας, προκειμένου να ικανοποιεί την αρχή της απόλυτης συμπληρωματικότητας (Erreygers, 2009a).

ανεξαρτήτως της τιμής του ν , με θετική στάθμιση στο πάνω μέρος της κατανομής και αρνητική στάθμιση στο κάτω μέρος (**Γράφημα 6-7**). Το σημείο στο οποίο οι σταθμίσεις αλλάζουν από αρνητικές σε θετικές εξαρτάται από την τιμή του ν . Η τιμή αυτή μπορεί να ερμηνευθεί ως το σημείο στην κατανομή κάτω από το οποίο μια προοδευτική μεταβίβαση υγείας που δε μεταβάλλει τις σχετικές θέσεις στην κατανομή (rank-preserving) μειώνει σε μεγαλύτερο βαθμό την ανισότητα στην υγεία από ό,τι μια αντίστοιχη προοδευτική μεταβίβαση πάνω από αυτό²⁵⁰. Όσο το ν προσεγγίζει το 1, η ανισότητα έχει όλο και μικρότερη σημασία, καθώς η υγεία όλων των ατόμων έχει την ίδια στάθμιση, και στο όριο $\nu \rightarrow 1$, τιμή του S-Gini πλησιάζει στο μηδέν. Καθώς η τιμή του ν αυξάνει, δίνεται υψηλότερη βαρύτητα στα λιγότερο υγιή άτομα (κάτω μέρος της κατανομής) και το μέρος του πληθυσμού στο οποίο μια (rank-preserving) προοδευτική μεταβίβαση μειώνει σε μεγαλύτερο βαθμό την ανισότητα στην υγεία γίνεται μικρότερο. Όταν $\nu = 2$, τότε ο S-Gini συμπίπτει με τον τυπικό (standard) Gini της εξίσωσης (6.13), και οι σταθμίσεις είναι συμμετρικές γύρω από τη διάμεσο. Για $1 < \nu < 2$, το σημείο της κατανομής στο οποίο οι σταθμίσεις αλλάζουν πρόσημο βρίσκεται πάνω από τη διάμεσο της κατανομής της έκβασης υγείας, το οποίο σημαίνει ότι ανατίθεται σχετικά υψηλότερη βαρύτητα στη μείωση της ανισότητας στο πάνω μέρος της κατανομής. Για $\nu > 2$, το σημείο μεταστροφής του προσήμου βρίσκεται κάτω από τη διάμεσο και ανατίθεται σχετικά υψηλότερη βαρύτητα στην άμβλυση της ανισότητας στο κάτω μέρος της κατανομής (Hardardottir κ.ά., 2019)

²⁵⁰ Επίσης, το μέτρο S-Gini έχει ερμηνευτεί ως ο σταθμισμένος μέσος της μέσης σχετικής αποστέρησης σε έναν πληθυσμό. Όσο μεγαλύτερη είναι η τιμή του ν , τόσο μεγαλύτερη είναι βαρύτητα που δίνεται στη σχετική αποστέρηση του ατόμου με τη χαμηλότερη υγεία (Duclos και Araar, 2006).

Γράφημα 6-7 Η σχέση των σταθμίσεων με την ποσοστιαία θέση στην αθροιστική κατανομή του πληθυσμού για διαφορετικές τιμές ν



Πηγή: Hardardottir κ.ά. (2019)

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι από την καμπύλη Lorenz μπορεί να προκύψει και ο Robin Hood index, ο οποίος ορίζεται ως η μέγιστη κάθετη απόσταση της καμπύλης Lorenz από την γραμμή της ισοκατανομής. Το μέτρο αυτό μπορεί να ερμηνευτεί ως η ποσότητα της υγείας που θα πρέπει να μεταβιβαστεί από τα υγιέστερα από τον μέσο όρο άτομα προς τα λιγότερο από τον μέσο όρο υγιή άτομα, προκειμένου να επιτευχθεί η πλήρης ισότητα στην κατανομή της υγείας (Spinakis κ.ά., 2011).

6.3.4. Μέτρα γενικευμένης εντροπίας

Ο Theil (1967) υποστήριξε την ύπαρξη μιας αναλογικότητας μεταξύ της εντροπίας της πληροφορίας και της μέτρησης της εισοδηματικής ανισότητας, διατυπώνοντας μια διαφορετικής φύσεως ομάδα δεικτών ανισότητας, εκείνων της γενικευμένης εντροπίας. Η έννοια της εντροπίας αναφέρεται στην προσδοκώμενη πληροφορία από ένα δεδομένο γεγονός. Η βασική ιδέα είναι ότι τα γεγονότα που διαφέρουν από αυτό που ήταν αναμενόμενο θα πρέπει να λαμβάνουν υψηλότερη βαρύτητα από γεγονότα που επιβεβαιώνουν τις

προηγούμενες προσδοκίες (Idrees και Ahmad, 2017). Ο πρώτος δείκτης που πρότεινε ο Theil μπορεί να υπολογιστεί για την υγεία ως εξής (Villar, 2017):

$$T(h) = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n \frac{h_i}{\mu} \ln \left(\frac{h_i}{\mu} \right) \quad (6.17)$$

Ο Theil ερμηνεύει τον δείκτη αυτό ως η προσδοκώμενη πληροφορία από ένα μήνυμα που μεταφράζει τα μερίδια του πληθυσμού σε μερίδια εισοδήματος (στη συγκεκριμένη περίπτωση υγείας)²⁵¹. Το μέτρο αυτό, που συνήθως αναφέρεται ως πρώτος δείκτης του Theil, μπορεί να θεωρηθεί ως η συνάρτηση της απόστασης μεταξύ των μεριδίων του πληθυσμού και των μεριδίων της υγείας, η οποία χρησιμοποιεί τα μερίδια της υγείας ως το σύστημα στάθμισης (Villar, 2017). Όσο μεγαλύτερη είναι η διαφορά μεταξύ των μεριδίων υγείας και των αντίστοιχων μεριδίων του πληθυσμού, τόσο μεγαλύτερη θα είναι η τιμή του δείκτη Theil. Στην περίπτωση της πλήρους ισότητας, το μερίδιο υγείας του κάθε ατόμου συμπίπτει με το αντίστοιχο μερίδιο του πληθυσμού, και ο δείκτης παίρνει την τιμή μηδέν. Στην περίπτωση της πλήρους ανισότητας, όπου το μερίδιο υγείας ενός ατόμου είναι η μονάδα και εκείνο των υπολοίπων είναι μηδέν, ο δείκτης παίρνει τιμή ίση με $\ln(n)$ (Idrees και Ahmad, 2017· Villar, 2017).

Ο δεύτερος δείκτης που πρότεινε ο Theil αντιστρέφει τους ρόλους μεταξύ των μεριδίων του πληθυσμού και εκείνων της υγείας, και μπορεί να υπολογιστεί ως εξής (Villar, 2017):

$$MLD(h) = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n \ln \left(\frac{\mu}{h_i} \right) \quad (6.18)$$

Ο δείκτης αυτός, που είναι γνωστός ως ο δεύτερος δείκτης του Theil ή μέση λογαριθμική απόκλιση, μπορεί να ερμηνευτεί ως η αναμενόμενη πληροφοριακή αξία ενός έμμεσου μηνύματος που μετασχηματίζει τα μερίδια υγείας από *a priori* πιθανότητες σε *posterior* μερίδια πληθυσμού²⁵². Το μέτρο

²⁵¹ Ο πρώτος δείκτης Theil μπορεί να προκύψει άμεσα από την καμπύλη Lorenz, καθότι ο όρος h_i/μ αποτελεί την κλίση της καμπύλης αυτής στο ποσοστημόριο που αντιστοιχεί στο h_i (Villar, 2017).

²⁵² Ο δεύτερος δείκτης Theil μπορεί επίσης να προκύψει άμεσα από την καμπύλη Lorenz, καθότι ο όρος μ/h_i αποτελεί το αντίστροφο της κλίσης της καμπύλης αυτής στο ποσοστημόριο που αντιστοιχεί στο h_i (Villar, 2017).

αυτό υπολογίζει τις διαφορές μεταξύ των μεριδίων του πληθυσμού και της υγείας, χρησιμοποιώντας τα μερίδια του πληθυσμού ως σταθμίσεις (Villar, 2017). Συνεπώς, ενώ ο T επηρεάζεται περισσότερο από τις ομάδες με μεγαλύτερα μερίδια υγείας, ο MLD επηρεάζεται περισσότερο από ομάδες με μεγαλύτερα μερίδια στον πληθυσμό (Harper κ.ά., 2013). Σε περίπτωση πλήρους ισότητας ισχύει $MLD(h) = 0$, ενώ ο δείκτης δεν έχει μέγιστο όριο (Idrees και Ahmad, 2017· Villar, 2017).

Τόσο ο πρώτος όσο και ο δεύτερος δείκτης του Theil πληρούν τις αξιωματικές ιδιότητες της ανωνυμίας, της ανεξαρτησίας από τον πληθυσμό και από τον μέσο όρο (δηλαδή είναι μέτρα σχετικής ανισότητας), της αρχής των μεταβιβάσεων και της αθροιστικής διαχωρισιμότητας (Idrees και Ahmad, 2017· Villar, 2017). Ένα πλεονέκτημά τους είναι ότι η μεταξύ των ομάδων ανισότητα μπορεί να υπολογιστεί και χωρίς να υπάρχουν ατομικά δεδομένα. Ωστόσο, δεν είναι ξεκάθαρο αν οι μεταξύ και οι εντός των ομάδων ανισότητες μπορούν να υπολογιστούν για διωνυμικές εκβάσεις υγείας (Harper κ.ά., 2013).

Τα δύο προτεινόμενα μέτρα από τον Theil ανήκουν σε μια ομάδα δεικτών ανισοτήτων που ονομάζονται δείκτες της γενικευμένης εντροπίας. Η ομάδα αυτή διαθέτει μια παράμετρο θ , η οποία, αντίστοιχα με εκείνη του δείκτη S-Gini, επιτρέπει τη διαφορετική ευαισθησία του τελικού δείκτη ως προς τα διαφορετικά τμήματα της κατανομής στα οποία λαμβάνει χώρα η μεταβίβαση (Shorrocks, 1980):

$$GE(h, \theta) = \frac{1}{\theta^2 - \theta} \left[\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n \left(\frac{h_i}{\mu} \right)^\theta - 1 \right] \quad \text{με } \theta \in \mathbb{R} \quad (6.19)$$

Από το παραπάνω εύκολα συνάγεται ότι για $\theta = 1$ προκύπτει $GE(1) = T$, δηλαδή ο πρώτος δείκτης Theil, και για $\theta = 0$ προκύπτει $GE(0) = MLD$, δηλαδή ο δεύτερος δείκτης Theil. Επίσης, για $\theta = 2$, $GE(2) = CV^2/2$, δηλαδή το μισό του τετραγωνισμένου συντελεστή μεταβλητότητας (Harper και Lynch, 2017· Idrees και Ahmad, 2017· Villar, 2017). Όσο η παράμετρος θ μειώνεται, τόσο ο δείκτης $GE(\theta)$ γίνεται περισσότερο ευαίσθητος σε μεταβιβάσεις στο κάτω μέρος της κατανομής, κατά τρόπο που μια ίδιου μεγέθους μεταβίβαση υγείας μειώνει περισσότερο την ανισότητα όσο χαμηλότερο είναι το επίπεδο υγείας του αποδέκτη αυτής της μεταβίβασης. Όταν $\theta \rightarrow -\infty$, ο δείκτης γίνεται ευαίσθητος μόνο σε μεταβιβάσεις προς εκείνο το άτομο που έχει το χαμηλότερο επίπεδο

υγείας. Αντίθετα, όταν η παράμετρος θ αυξάνεται, ο δείκτης $GE(\theta)$ γίνεται περισσότερο ευαίσθητος στο πάνω μέρος της κατανομής. Μάλιστα, για $\theta > 2$ ο δείκτης μειώνεται μόνο εάν εξισωθούν τα επίπεδα υγείας στα άτομα με υψηλότερο επίπεδο υγείας. Συνεπώς, ενώ ο δείκτης MLD είναι περισσότερο ευαίσθητος στο κάτω μέρος της κατανομής, ο δείκτης T είναι περισσότερο ευαίσθητος στο πάνω μέρος της κατανομής (Villar, 2017).

6.3.5. Μέτρα Atkinson

Οι προηγούμενοι δείκτες βασίζονταν σε αντικειμενικά αξιωματικά κριτήρια για την εκτίμηση του μεγέθους της ανισότητας. Μια άλλη ομάδα δεικτών βασίζονται σε κανονιστικές αξιολογικές κρίσεις²⁵³ για την επιθυμητή κατανομή ή αναδιανομή του αγαθού ενδιαφέροντος (Υφαντόπουλος, 1990), στη συγκεκριμένη περίπτωση της υγείας. Η προσέγγιση του Atkinson (1970) για τη μέτρηση της εισοδηματικής ανισότητας βασίστηκε στην έννοια του ισοκατανεμημένου ισοδύναμου εισοδήματος (equally distributed equivalent income). Μεταφράζοντας το στο πεδίο της υγείας, μπορούμε να θεωρήσουμε ότι η ισοκατανεμημένη ισοδύναμη υγεία h_e αποτελεί το κατά κεφαλή επίπεδο υγείας, το οποίο, εάν το απολάμβαναν όλα τα άτομα του πληθυσμού (δηλαδή αν υπήρχε ισοκατανομή του), θα παρήγαγε το ίδιο επίπεδο κοινωνικής ευημερίας με την πραγματική κατανομή της υγείας (Makdissi και Yazbeck, 2016). Συνεπώς, η έννοια αυτή λαμβάνει υπόψη της τόσο το συνολικό επίπεδο της έκβασης όσο και την ανισοκατανομή της στον πληθυσμό, αποτελώντας ένα μέτρο της κοινωνικής ευημερίας. Έτσι, έστω ένας πληθυσμός N , που αποτελείται από n άτομα, και h είναι το διάνυσμα της κατανομής της υγείας. Έστω, επίσης, ότι κάθε i -οστό άτομο του πληθυσμού διαθέτει ένα επίπεδο υγείας h_i και απολαμβάνει ένα μέγεθος ωφελιμότητας $U(h_i)$. Υποθέτοντας,

²⁵³ Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι περισσότεροι περιγραφικοί δείκτες, όπως ο συντελεστής Gini, μπορούν να διατυπωθούν με τη μορφή μιας υποκείμενης συνάρτησης κοινωνικής ευημερίας (Subramanian, 2002).

Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

λοιπόν μια ωφελιμιστική συνάρτηση κοινωνικής ευημερίας, θεωρούμε ότι ισχύει (Villar, 2017):

$$nU(h_e) = W(h) = \sum_{i=1}^n U(h_i) \quad (6.20)$$

Συνεπώς, εφόσον γνωρίζουμε τη μορφή της συνάρτησης χρησιμότητας, μπορούμε να εκτιμήσουμε το h_e . Εάν οι συναρτήσεις χρησιμότητας είναι κοίλες, οι καμπύλες αδιαφορίας της συνάρτησης της κοινωνικής ευημερίας είναι κυρτές, το οποίο σημαίνει ότι $h_e \leq \mu$, με $h_e = \mu$ μόνο όταν $h_i = \mu$ για όλα τα άτομα i του πληθυσμού (δηλαδή μια κατάσταση πλήρους ισότητας). Βάσει αυτού, ο Atkinson (1970) διατύπωσε τον ακόλουθο δείκτη ανισότητας, τον οποίο έχουμε προσαρμόσει στο πεδίο της υγείας:

$$A(h) = 1 - \frac{h_e}{\mu} \quad (6.21)$$

Όπου $A = 0$, όταν $h_e = \mu$ (πλήρης ισότητα), και $A \rightarrow 1$, όταν $h_e \rightarrow 0$ (πλήρης ανισότητα), το οποίο σημαίνει ότι ο δείκτης παίρνει τιμές στο διάστημα $[0, 1]$. Η διαφορά μεταξύ $h_e - \mu$ μπορεί να θεωρηθεί ως το κοινωνικό κόστος της ανισότητας στην κατανομή της υγείας ή, διαφορετικά, τη μείωση του κατά κεφαλή επιπέδου υγείας που θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί χωρίς αυτό να επηρεάσει την κοινωνική ευημερία, εφόσον επιτύχουμε μια κατάσταση πλήρους ισοκατανομής της συνολικής υγείας στον πληθυσμό (Villar, 2017). Έτσι μια τιμή $A = 0,4$ σημαίνει ότι το h_e αποτελεί το 60% του μ , οπότε και το συνολικό επίπεδο ευημερίας της συγκεκριμένης κατανομής θα μπορούσε να επιτευχθεί με μόνο το 60% της συνολικής ποσότητας υγείας, εφόσον υπήρχε ισοκατανομή της υγείας στον πληθυσμό.

Η τιμή του h_e εξαρτάται από τον τρόπο άθροισης των ατομικών χρησιμοτήτων από τη συνάρτηση της κοινωνικής ευημερίας, τη συγκεκριμένη λειτουργική μορφή των ατομικών χρησιμοτήτων και την υπόθεση των ίσων συναρτήσεων χρησιμότητας για όλα τα άτομα (Villar, 2017). Υποθέτοντας την ωφελιμιστική συνάρτηση κοινωνικής ευημερίας και σταθερή αποστροφή για την ανισότητα (constant relative risk aversion) για κάθε άτομο ίσο με $-\varepsilon$, ο Atkinson επιλέγει τη συγκεκριμένη μορφή της συνάρτησης της κοινωνικής ευημερίας (Villar, 2017), την οποία προσαρμόσαμε στο πεδίο της υγείας:

Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

$$W(h, \varepsilon) = \begin{cases} \sum_{i=1}^n \frac{h_i^{1-\varepsilon}}{1-\varepsilon}, \text{ για } \varepsilon \neq 1 \\ \sum_{i=1}^n \log h_i, \text{ για } \varepsilon = 1 \end{cases} \quad (6.22)$$

Η παράμετρος ε εκφράζει τον βαθμό αποστροφής για την ανισότητα ή, διαφορετικά, την κυρτότητα των καμπυλών αδιαφορίας. Για $\varepsilon = 0$, η συνολική ευημερία εξαρτάται μόνο από τη συνολική ποσότητα υγείας (γραμμική συνάρτηση κοινωνικής ευημερίας) και δεν υπάρχει ενδιαφέρον για την ανισότητα, δηλαδή $h_e = \mu$ και $A = 0$ ανεξαρτήτως της κατανομής της υγείας. Επιβάλλοντας τον περιορισμό $\varepsilon > 0$, εξασφαλίζεται η κυρτότητα των καμπυλών αδιαφορίας και η σχέση $h_e \leq \mu$. Όσο αυξάνεται η τιμή της παραμέτρου ε , τόσο αυξάνεται η ευαισθησία ως προς το κάτω μέρος της κατανομής. Στη ειδική περίπτωση όπου $\varepsilon \rightarrow +\infty$, η συνάρτηση κοινωνικής ευημερίας ταυτίζεται με τη leximin αρχή, οπότε και οποιαδήποτε ανακατανομή που δεν ωφελεί το άτομο που βρίσκεται στη χειρότερη κατάσταση δεν βελτιώνει την κοινωνική ευημερία (Sheriff και Maguire, 2013· Idrees και Ahmad, 2017· Villar, 2017). Η συγκεκριμένη μορφή του δείκτη ανισότητας Atkinson για την υγεία είναι η παρακάτω (Harper και Lynch, 2017· Idrees και Ahmad, 2017· Villar, 2017):

$$A(h, \varepsilon) = \begin{cases} 1 - \left[\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n \left(\frac{h_i}{\mu} \right)^{1-\varepsilon} \right]^{\frac{1}{1-\varepsilon}}, \text{ για } \varepsilon \neq 1 \text{ και } \varepsilon > 0 \\ 1 - \frac{\tilde{\mu}}{\mu}, \text{ για } \varepsilon = 1 \end{cases} \quad (6.23)$$

Όπου $\tilde{\mu}$ είναι ο γεωμετρικός μέσος της κατανομής της υγείας. Η οικογένεια δεικτών Atkinson ικανοποιεί τις αρχές της συμμετρίας, της ανεξαρτησίας από τον πληθυσμό και τον μέσο και την αρχή των μεταβιβάσεων, αλλά αυτά τα μέτρα δεν είναι αθροιστικά διαχωρίσιμα (Idrees και Ahmad, 2017· Villar, 2017). Ωστόσο, μπορεί να χρησιμοποιηθούν για την εκτίμηση της μεταξύ των ομάδων ανισότητας (Harper κ.ά., 2013).

Πάντως, είναι πιθανό να ανακύψει πρόβλημα στην περίπτωση των δυσμενών εκβάσεων υγείας. Ο δείκτης Atkinson δεν ορίζεται για εκβάσεις με αρνητικό πρόσημο με $\varepsilon > 0$. Σε κάθε περίπτωση, μια προοδευτική μεταβίβαση για $h \in \mathbb{R}^n$ οδηγεί σε μείωση της κοινωνικής ευημερίας, ενώ παραβιάζεται και η αρχή των φθινουσών μεταβιβάσεων. Όταν δεν υπάρχει το αρνητικό πρόσημο, αλλά προκύπτει ως συμπλήρωμα μιας θετικής έκβασης σε σχέση με ένα άνω όριο ή όταν χρησιμοποιούμε την απόλυτη τιμή μιας αρνητικής έκβασης, πάλι

προκύπτει το πρόβλημα που υπάρχει για όλους τους δείκτες ανισότητας που δεν είναι ανεξάρτητοι ισόποσων αυξήσεων στην έκβαση ενδιαφέροντος, καθώς η ιεράρχηση των κατανομών μπορεί να διαφέρει. Έπειτα, η συνεπαγόμενη συνάρτηση κοινωνικής ευημερίας δεν μπορεί να ικανοποιήσει ταυτόχρονα την αρχή των μεταβιβάσεων και τη συνθήκη κατά Pareto, ενώ παραβιάζει και το αξίωμα των φθινουσών μεταβιβάσεων, καθότι υπάρχει μεγαλύτερη ευαισθησία ανάμεσα σε εκείνους που βρίσκονται σε καλύτερη κατάσταση (χαμηλότερο απόλυτο επίπεδο κακής υγείας). Χρησιμοποιώντας τον αντίστροφο αριθμό της αρνητικής έκβασης, δηλαδή h_n^{-1} , η σχετιζόμενη συνάρτηση κοινωνικής ευημερίας ικανοποιεί την Pareto ιδιότητα, αλλά όχι και την αρχή των μεταβιβάσεων (ούτε το αξίωμα των φθινουσών μεταβιβάσεων) για $\varepsilon < 2$ (Sheriff και Maguire, 2013)²⁵⁴.

6.3.6. Μέτρα Kolm-Pollak

Μια άλλη οικογένεια μέτρων ανισότητας που βασίζονται σε συνάρτηση κοινωνικής ευημερίας είναι εκείνη των δεικτών Kolm-Pollak. Πρόκειται για δείκτες απόλυτης ανισότητας, οι οποίοι επίσης στηρίζονται στην έννοια του ισοκατανεμημένου ισοδύναμου εισοδήματος και επιτρέπουν διαφορετικά επίπεδα αποστροφής για την ανισότητα. Η αθροιστικά διαχωρίσιμη συνάρτηση κοινωνικής ευημερίας θεωρείται ότι προκύπτει από ατομικές συναρτήσεις χρησιμότητας της μορφής $U(h, \kappa) = -e^{-\kappa h}$. Οι καμπύλες αδιαφορίας της συνάρτησης κοινωνικής ευημερίας που συνδέεται με τον δείκτη Kolm-Pollak ικανοποιούν την ιδιότητα Pareto και την αρχή των μεταβιβάσεων για όλες τις τιμές $h \in R^n$, σε αντίθεση με τις αντίστοιχες του δείκτη Atkinson. Επίσης, η

²⁵⁴ Οι Sheriff και Maguire (2013) προτείνουν τον παρακάτω μετασχηματισμό του δείκτη Atkinson για να μπορεί να κάνει αξιολογήσεις των κατανομών των εκβάσεων κακής υγείας:

$$A(h, \varepsilon) = \left[\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n \left(\frac{h_i}{\mu} \right)^{1+\varepsilon} \right]^{\frac{1}{1+\varepsilon}} - 1, \text{ για } \varepsilon \neq 1 \text{ και } \varepsilon > 0$$

Στην περίπτωση αυτή ισχύει $h_\varepsilon \geq \mu$, και ο μετασχηματισμένος δείκτης μπορεί να ερμηνευτεί ως η ποσοστιαία αύξηση στο μέσο επίπεδο μ της κατανομής της αρνητικής έκβασης, η οποία, εφόσον ήταν ισοκατανεμημένη, θα έδινε το ίδιο επίπεδο ευημερίας με την πραγματική κατανομή h .

ελαστικότητα της οριακής κοινωνικής ευημερίας δεν είναι σταθερή όπως με τον δείκτη Atkinson, αλλά μεταβάλλεται σε σχέση με το επίπεδο υγείας κάθε ατόμου ($-κh_i$) (Sheriff και Maguire, 2013). Ο δείκτης Kolm-Pollak για την υγεία μπορεί να οριστεί ως εξής (Harper και Lynch, 2017)²⁵⁵:

$$K(h, κ) = \frac{1}{κ} \ln \left[\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n e^{κ[\mu - h_i]} \right], \text{ για } κ > 0 \quad (6.24)$$

Όπου η παράμετρος $κ$ εκφράζει το επίπεδο αποστροφής για την ανισότητα, αντίστοιχα με την παράμετρο ϵ του δείκτη Atkinson. Υψηλότερες τιμές του $κ$ υποδηλώνουν υψηλότερη προτίμηση για την ισότητα, με τις κοινωνικές προτιμήσεις να διακυμαίνονται μεταξύ της πλήρους αδιαφορίας για την ανισότητα ($κ = 0$) και τη leximin αρχή ($κ \rightarrow +\infty$). Επίσης, ο δείκτης Kolm-Pollak ικανοποιεί τις αρχές της συμμετρίας, της ανεξαρτησίας από τον πληθυσμό και της ομοιόμορφης μετατόπισης (αλλά όχι ως προς τον μέσο, καθώς είναι δείκτης απόλυτης ανισότητας), ενώ είναι και αθροιστικά διαχωρίσιμος (Sheriff και Maguire, 2013).

6.4. Ανισότητες υγείας μεταξύ κοινωνικών ομάδων

Σε αυτήν την υποενότητα παρουσιάζονται τα μέτρα που εξετάζουν την ανισότητα μεταξύ ομάδων του πληθυσμού, είτε αυτές έχουν κάποια φυσική ιεράρχηση είτε όχι, δηλαδή εκείνοι οι δείκτες που διερευνούν τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην υγεία.

6.4.1. Μέτρα συγκρίσεων ομάδων κατά ζεύγη

Η πρώτη ομάδα μέτρων της κοινωνικοοικονομικής ανισότητας στην υγεία αφορά σε εκείνα που κάνουν σύγκριση των κοινωνικών ομάδων κατά ζεύγη.

²⁵⁵ Οι δείκτες Kolm-Pollak είναι της μορφής $K(h) = \mu - h_e$. Έτσι, η τιμή του δείκτη υποδηλώνει την ποσότητα της μέσης υγείας σε μια κατανομή πλήρους ισοκατανομής που εξασφαλίζει το ίδιο επίπεδο συνολικής ευημερίας με τη συγκεκριμένη κατανομή.

Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

Αυτά τα μέτρα είναι αντίστοιχα με εκείνα που μετρούν το εύρος της κατανομής. Ωστόσο, οι ανισότητες υγείας που εξετάζονται αναφέρονται στη μέση διαφορά ως προς μια έκβαση υγείας ανάμεσα σε μια ομάδα ενδιαφέροντος και την ομάδα αναφοράς. Έτσι, το απόλυτο χάσμα υγείας μπορεί να υπολογιστεί ως εξής (Harper και Lynch, 2005· Ontario Agency for Health Protection and Promotion, 2013):

$$AG(h) = \bar{h}_{ref} - \bar{h}_j \quad (6.25)$$

Όπου \bar{h}_j είναι το μέσο επίπεδο υγείας για την ομάδα j , η οποία είναι συνήθως μια κοινωνικά μειονεκτούσα ομάδα, και \bar{h}_{ref} είναι το μέσο επίπεδο υγείας για την ομάδα αναφοράς, η οποία συνήθως είναι μια κοινωνικά πλεονεκτούσα ομάδα. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η σειρά των ομάδων μπορεί να αντιστραφεί, χωρίς αυτό να αλλάξει την ουσία του αποτελέσματος, παρά μόνο το πρόσημο. Το απόλυτο χάσμα υγείας μπορεί επίσης να κανονικοποιηθεί ως εξής:

$$AG_s(h) = \frac{\bar{h}_{ref} - \bar{h}_j}{\bar{h}_{ref}} \quad (6.26)$$

Αντίστοιχα, το σχετικό χάσμα υγείας μπορεί να υπολογιστεί ως εξής (Harper και Lynch, 2005· Ontario Agency for Health Protection and Promotion, 2013):

$$RG(h) = \frac{\bar{h}_{ref}}{\bar{h}_j} \quad (6.27)$$

Το σχετικό χάσμα μπορεί επίσης να εκφραστεί ως ποσοστό, εάν η αναλογία πολλαπλασιαστεί με το 100 (Harper και Lynch, 2005). Αντίστοιχα με το απόλυτο χάσμα, μπορούν να αντιστραφούν ο αριθμητής με τον παρονομαστή, χωρίς αυτό να αλλάξει ουσιαστικά το αποτέλεσμα. Τόσο το απόλυτο όσο και το σχετικό χάσμα παρουσιάζουν παρόμοιες ιδιότητες, πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα και μπορούν να ερμηνευτούν με τον ίδιο τρόπο με τα αντίστοιχα μέτρα του εύρους. Συνεπώς, για μια θετική έκβαση υγείας, μια αρνητική τιμή για το απόλυτο χάσμα συνεπάγεται καλύτερο επίπεδο υγείας για την κοινωνικά πλεονεκτούσα ομάδα (ομάδα αναφοράς), ενώ μια αρνητική τιμή σημαίνει καλύτερη υγεία για τη μειονεκτούσα ομάδα. Επίσης, μια τιμή μεγαλύτερη από τη μονάδα για το σχετικό χάσμα συνεπάγεται υψηλότερη

Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

συγκέντρωση της έκβασης υγείας στην κοινωνικά μειονεκτούσα ομάδα, ενώ μια τιμή μικρότερη από τη μονάδα σημαίνει ότι η έκβαση υγείας είναι περισσότερο συγκεντρωμένη στην πλεονεκτούσα ομάδα.

Θα πρέπει εκ νέου να επισημανθεί ότι είναι δυνατόν ένας δείκτης κοινωνικής θέσης να περιλαμβάνει περισσότερες από δύο κατηγορίες κοινωνικών ομάδων. Αυτό σημαίνει ότι, συγκρίνοντας ένα μόνο ζεύγος ομάδων, δεν λαμβάνεται υπόψη η πληροφορία για την κατανομή της υγείας στις υπόλοιπες ομάδες. Μια λύση είναι η εκτίμηση μιας σειράς $j - 1$ συγκρίσεων για j ομάδες, διατηρώντας σταθερή την ομάδα αναφοράς, ή j συγκρίσεων, χρησιμοποιώντας ένα εξωτερικό σημείο αναφοράς. Ωστόσο, μια τέτοια επιλογή μπορεί να περιπλέξει το ζήτημα της ερμηνείας των αποτελεσμάτων (Harper και Lynch, 2005· World Health Organization, 2013b).

Άλλοι δείκτες που χρησιμοποιούνται στη βιβλιογραφία για την εξέταση των ανισοτήτων στην υγεία κάνοντας συγκρίσεις κατά ζεύγη είναι κάποια μέτρα συνάφειας (measures of association), τα οποία εφαρμόζονται στο πεδίο της επιδημιολογίας και λειτουργούν με αντίστοιχο τρόπο όπως το απόλυτο και το σχετικό χάσμα. Η διαφορά επιπτώσεων ή κινδύνων (rate ή risk difference) εξετάζει την απόλυτη διαφορά σε μια (συνήθως αρνητική) έκβαση υγείας (π.χ. θνησιμότητα) ανάμεσα σε μια ομάδα που έχει εκτεθεί σε έναν παράγοντα (exposed) και σε μια που δεν έχει εκτεθεί (unexposed). Σε πολλές περιπτώσεις, αυτός ο παράγοντας έχει αρνητική διάσταση (π.χ. φτώχεια), οπότε αυτό που επιχειρείται είναι η εκτίμηση του επιπρόσθετου (excess) κινδύνου ή της επιπρόσθετης συχνότητας ή επιπολασμού κακής υγείας στην εκτεθειμένη ομάδα. Αντίστοιχα, η αναλογία κινδύνου (relative risk ή rate ratio) ή σχετικός κίνδυνος (relative risk) εξετάζει τη σχετική διαφορά ή αναλογία ως προς μια έκβαση υγείας ανάμεσα σε μια εκτεθειμένη και σε μια μη εκτεθειμένη σε έναν παράγοντα ομάδα (Anand κ.ά., 2001· Schneider κ.ά., 2005). Όπως γίνεται εύκολα κατανοητό, η διαφορά κινδύνου και η αναλογία κινδύνου αντιστοιχούν στο απόλυτο και το σχετικό χάσμα, αντίστοιχα. Συχνά, αντί για την αναλογία κινδύνου χρησιμοποιείται ο σχετικός λόγος των συμπληρωματικών πιθανοτήτων (odds ratios) μεταξύ της ομάδας ενδιαφέροντος και της ομάδας αναφοράς, με τον λόγο των συμπληρωματικών πιθανοτήτων (odds) να

Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

αντιπροσωπεύει τη συχνότητα ενός γεγονότος διαιρούμενου από το συμπληρωματικό γεγονός (complement) (Regidor, 2004a)²⁵⁶.

Μια άλλη γνωστή ομάδα μέτρων της επιδημιολογίας είναι εκείνη που εξετάζει την επίπτωση που έχουν στον πληθυσμό οι διαφοροποιήσεις υγείας μεταξύ των κοινωνικών ομάδων. Αν και αυτές οι ομάδες συνήθως προσδιορίζονται με βάση την έκθεση σε κάποιον παράγοντα κινδύνου (π.χ. καπνιστές και μη καπνιστές), είναι δυνατόν να εφαρμοστούν και στο πλαίσιο των κοινωνικών διαφοροποιήσεων (π.χ. φτωχοί και μη φτωχοί) (Harper και Lynch, 2017). Έτσι, το μέτρο Population Attributable Risk μπορεί να υπολογιστεί ως εξής (Harper και Lynch, 2005):

$$PAR(h) = \mu - \bar{h}_{ref} \quad (6.28)$$

Ο τύπος για τον αντίστοιχο σχετικό δείκτη Population Attributable Fraction είναι ο παρακάτω (Harper και Lynch, 2005):

$$PAF(h) = \frac{\mu - \bar{h}_{ref}}{\mu} \quad (6.29)$$

Αυτό το μέτρο μπορεί να εκφραστεί και ως ποσοστό, εφόσον πολλαπλασιαστεί με το 100. Ο *PAF* μπορεί να ερμηνευτεί ως η ποσοστιαία βελτίωση στην υγεία του συνολικού πληθυσμού που θα επιτυγχανόταν εφόσον η υγεία όλων των κοινωνικών ομάδων βελτιωνόταν μέχρι το επίπεδο της ομάδας αναφοράς, η οποία συνήθως επιλέγεται να είναι εκείνη με το καλύτερο μέσο επίπεδο υγείας (π.χ. η υψηλότερη εισοδηματική ομάδα). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι αυτοί οι δείκτες είναι σταθμισμένοι με τον πληθυσμό (population-weighted) των κοινωνικών ομάδων, καθώς προκύπτουν κατόπιν απλοποίησης της παρακάτω φόρμουλας (Harper και Lynch, 2005):

²⁵⁶ Μια άλλη ομάδα μέτρων συνάφειας που χρησιμοποιείται συχνά για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ μιας κοινωνικοοικονομικής μεταβλητής και μιας μεταβλητής υγείας είναι οι συντελεστές συσχέτισης (π.χ. Pearson ή Spearman). Για παράδειγμα, ο συντελεστής Pearson εξετάζει τη γραμμική σχέση μεταξύ δύο μεταβλητών που μετριοούνται στην αναλογική κλίμακα. Ο δείκτης αυτός παίρνει τιμές από -1 (απόλυτη αρνητική συσχέτιση) έως και +1 (απόλυτη θετική συσχέτιση), με τιμές κοντά στο 0 να υποδηλώνουν την απουσία κάποιας σχέσης μεταξύ τους (Regidor, 2004b).

$$PAF(h) = \frac{\sum p_j \left(\frac{\bar{h}_j}{\bar{h}_{ref}} - 1 \right)}{\sum p_j \left(\frac{\bar{h}_j}{\bar{h}_{ref}} - 1 \right) + 1} \quad (6.30)$$

Συνεπώς, ο δείκτης αυτός αποτελεί συνάρτηση δύο πηγών πληροφορίας: α) της σχέσης μεταξύ της μεταβλητής της κοινωνικοοικονομικής θέσης και της συχνότητας των προβλημάτων υγείας και β) της κατανομής του πληθυσμού μεταξύ των κοινωνικών ομάδων. Καθότι κάποιες φορές δεν γνωρίζουμε τον συγκεκριμένο μηχανισμό που συνδέει τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες με την υγεία, η μεταβολή της κατανομής του πληθυσμού μεταξύ των κοινωνικών ομάδων μπορεί να αποτελέσει τον στόχο μιας πολιτικής παρέμβασης, όταν αυτή επιδιώκει την άμβλυνση του υγειονομικού αντικτύπου των κοινωνικών συνθηκών. Ένα μειονέκτημα αυτού του μέτρου είναι ότι απαιτεί η ομάδα αναφοράς αφενός να είναι ίδια σε όλους τους πληθυσμούς που συγκρίνονται, και αφετέρου να συνδέεται με το ίδιο πληθυσμιακό μερίδιο (Regidor, 2004b).

6.4.2. Μέτρα μέσης διαφοράς μεταξύ ομάδων

Μια άλλη σειρά μέτρων ανισοτήτων είναι εκείνα που εξετάζουν τη μέση διαφορά μεταξύ των ομάδων. Οι βασικές επιλογές που θα πρέπει να γίνουν αφορούν στο α) αν θα εξεταστούν οι απόλυτες ή οι σχετικές διαφορές, β) πως θα γίνει η στάθμιση των διαφορών αυτών και γ) ποια θα είναι η ομάδα αναφοράς (Harper και Lynch, 2017). Ο βασικός τύπος για την απόλυτη μέση διαφορά μεταξύ ομάδων είναι ο παρακάτω (Harper και Lynch, 2017):

$$AGMD_J(h) = \sum_{j=1}^J w_j |\bar{h}_j - \bar{h}_{ref}| \quad (6.31)$$

Όπου w_j αποτελεί τη στάθμιση της ομάδας j . Εφόσον επιλέξουμε τη στάθμιση με βάση τον πληθυσμό, τότε $w_j = p_j = \frac{n_j}{n}$, ενώ για έναν αστάθμητο δείκτη ισχύει $w_j = \frac{1}{J}$, όπου J είναι ο αριθμός των ομάδων. Η ομάδα αναφοράς

μπορεί να είναι οποιαδήποτε, ενώ είναι δυνατόν και η επιλογή μιας σταθερής τιμής αναφοράς (Harper και Lynch, 2017)²⁵⁷.

Αντίστοιχα, ο γενικός τύπος για τη σχετική μέση διαφορά μεταξύ ομάδων είναι ο εξής (Harper και Lynch, 2017):

$$RGMD_j(h) = \sum_{j=1}^J w_j \left| \frac{\bar{h}_j}{\bar{h}_{ref}} - 1 \right| \quad (6.32)$$

Το μέτρο αυτό μπορεί να εκφραστεί ως ποσοστό, εφόσον πολλαπλασιαστεί με το 100. Ο $RGMD_j(h)$ επικρίνεται για το ότι δεν είναι ευαίσθητος σε μεταβιβάσεις μεταξύ διαφορετικών σημείων της κατανομής (Harper και Lynch, 2017). Γενικότερα, οι παραπάνω δείκτες της μέσης διαφοράς μεταξύ των ομάδων προσομοιάζουν με τους αντίστοιχους δείκτες που αναλύσαμε νωρίτερα και αφορούσαν στη μέση διαφορά μεταξύ των ατόμων.

Στην περίπτωση κατά την οποία ο $RGMD_j(h)$ δεν σταθμίζεται με τα πληθυσμιακά μερίδα, τότε αυτός δείκτης γίνεται όμοιος με τον Index of Disparity ($IDISP$) (Pearcy και Keppel, 2002):

$$IDISP_j(h) = \frac{\sum_{j=1}^J \left| \frac{\bar{h}_j - \bar{h}_{ref}}{J} \right|}{\bar{h}_{ref}} \quad (6.33)$$

Το μέτρο αυτό μπορεί να εκφραστεί ως ποσοστό, εφόσον πολλαπλασιαστεί με το 100. Για τον $IDISP$, προτείνεται ως ομάδα αναφοράς εκείνη με το καλύτερο επίπεδο υγείας (Harper και Lynch, 2005· Harper και Lynch, 2017). Κατά τους Harper κ.ά. (2010), ο $IDISP$ –και κατ' επέκταση οι $RGMD$ και $AGMD$ συμπληρώνουμε– αποτελεί ένα ωφελιμιστικό μέτρο της ανισότητας στην υγεία, στον βαθμό που είναι αδιάφορο για το πως προκύπτει μια μείωση της ανισότητας.

²⁵⁷ Ένα παρόμοιο μέτρο έχει προταθεί και από τον Gastwirth (2007), όπου σταθμίζει κάθε απόκλιση από την ομάδα με το καλύτερο επίπεδο υγείας με τον πληθυσμό της κάθε ομάδας. Το μέτρο αυτό μπορεί να εκφραστεί σε σχετικούς όρους διαιρώντας με το μέσο επίπεδο του πληθυσμού

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι παραπάνω δείκτες της μέσης απόκλισης αφορούν σε κατηγορικές μεταβλητές του κοινωνικού επιπέδου (non-ordered social groups).

6.4.3. Index of Dissimilarity

Σε κάποιες περιπτώσεις, μπορεί να μας ενδιαφέρει η δυσαναλογικότητα (disproportionality) στην κατανομή της υγείας, δηλαδή ο βαθμός στον οποίο η καλή ή η κακή υγεία είναι περισσότερο συγκεντρωμένη σε κάποιες ομάδες του πληθυσμού. Αυτό που υπονοείται από τα μέτρα της μέσης δυσαναλογικότητας είναι ότι θα πρέπει να υπάρχει μια αναλογική του πληθυσμού των ομάδων κατανομή της υγείας. Κάποια μέτρα που έχουμε ήδη εξετάσει, όπως είναι ο συντελεστής Gini, οι δείκτες Theil και η διακύμανση των λογαρίθμων, μπορούν να εκφραστούν μέσω μιας ορισμένης μορφής της συνάρτησης δυσαναλογικότητας²⁵⁸ (Harper και Lynch, 2005). Ένας άλλος τέτοιος δείκτης ανισότητας είναι ο Index of Dissimilarity, ο οποίος είχε αρχικά χρησιμοποιηθεί για τη διερεύνηση του οικιστικού διαχωρισμού (residential segregation) (Harper και Lynch, 2005). Ο (relative) Index of Dissimilarity μπορεί να υπολογιστεί ως εξής (Wagstaff κ.ά., 1991):

$$RID_j(h) = \frac{1}{2} \sum_{j=1}^J |s_{jh} - s_{jp}| \quad (6.34)$$

Όπου s_{jh} είναι το μερίδιο υγείας και s_{jp} το πληθυσμιακό μερίδιο της j ομάδας. Όσο περισσότερο δυσανάλογη είναι η κατανομή της υγείας ανάμεσα στις κοινωνικές ομάδες, τόσο μεγαλύτερες θα είναι οι διαφορές μεταξύ s_{jh} και s_{jp} και τόσο μεγαλύτερη θα είναι η εκτίμηση του δείκτη αυτού. Το μέτρο αυτό μπορεί να ερμηνευτεί ως το ποσοστό της υγείας που θα πρέπει να μεταφερθεί από τις κοινωνικές ομάδες των οποίων το μέσο επίπεδο της υγείας τους βρίσκεται πάνω από τον μέσο όρο της κατανομής στις κοινωνικές ομάδες που

²⁵⁸ Οι δείκτες δυσαναλογικότητας έχουν τη γενική μορφή $I = \sum_j p_j f(r_j)$, όπου p_j είναι το πληθυσμιακό μερίδιο της ομάδας j και $f(r_j)$ είναι κάποια συνάρτηση δυσαναλογικότητας της αναλογίας $r_j = \frac{\bar{h}_j}{\mu}$ (Harper και Lynch, 2005).

διαθέτουν μέσο επίπεδο υγείας κάτω από αυτόν (Regidor, 2004a). Αν και αυτό το μέτρο ανισότητας προκρίνει την ισοαναλογική κατανομή της υγείας μεταξύ των ομάδων του πληθυσμού, δεν είναι ευαίσθητο ως προς τη διάσταση της κοινωνικοοικονομικής διαβάθμισης (Wagstaff κ.ά., 1991)²⁵⁹.

Σε ορισμένες περιπτώσεις είναι χρήσιμη και η απόλυτη εκδοχή του Index of Dissimilarity, η οποία μπορεί να προκύψει είτε απλώς πολλαπλασιάζοντας τον παραπάνω δείκτη με τον αριθμό των περιπτώσεων (π.χ. θανάτων) είτε με τον παρακάτω τύπο (Harper και Lynch, 2005):

$$AID_j(h) = \frac{1}{2} \sum_{j=1}^j |d_j - p_j \mu| \quad (6.35)$$

Όπου d_j είναι ο αριθμός των περιπτώσεων (π.χ. καρκινοπαθείς) και p_j ο πληθυσμός για την ομάδα j και μ είναι ο δείκτης υγείας για τον πληθυσμό (π.χ. ο επιπολασμός καρκίνου) (Harper και Lynch, 2005).

6.4.4. Μέτρα (αστάθμητα) βασιζόμενα σε ανάλυση παλινδρόμησης

Σε πολλές περιπτώσεις, ο αναλυτής μπορεί να επιθυμεί την προσαρμογή των εκτιμήσεων των συγκρίσεων κατά ζεύγη ως προς τη διαφορετική κατανομή του φύλου και της ηλικίας μεταξύ των ομάδων. Στο πλαίσιο της επιδημιολογίας αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί με στρωματοποιημένη ανάλυση πινάκων (stratified tabular analysis) (Harper και Lynch, 2017). Μια άλλη δυνατότητα είναι εκείνη της ανάλυσης παλινδρόμησης, η οποία μπορεί να διευκολύνει τη σύγκριση τόσο μεταξύ ζευγών όσο και μεταξύ ατόμων και διαθέτει την παρακάτω γενική μορφή (Harper και Lynch, 2017):

$$E(h|g, X) = a + \beta X + \sum_{j=1}^{j-1} \gamma_j g_{ij} + \varepsilon_i \quad (6.36)$$

Όπου $E(h)$ είναι η εκτιμημένη τιμή της έκβασης υγείας για i -οστά άτομα και $j = 1, \dots, J$ οι κοινωνικές ομάδες, a είναι μια σταθερά, X είναι ένα διάνυσμα

²⁵⁹ Στην περίπτωση που η έκβαση ενδιαφέροντος έχει περισσότερες από δύο κατηγορίες, τότε μπορεί να εφαρμοστεί ο Shannon Entropy Index: $SEI_j(h_i) = - \sum_{j=1}^j p_{ij} \ln(p_{ij})$, όπου i είναι οι κατηγορίες της έκβασης ενδιαφέροντος.

Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

συμμεταβλητών (π.χ. φύλο και ηλικία) και β το διάνυσμα των συντελεστών τους, ο συντελεστής γ_j εκφράζει τη διαφορά ως προς την εκτιμημένη τιμή της έκβασης μεταξύ της κοινωνικής ομάδας g_j και της κοινωνικής ομάδας αναφοράς και ε_i είναι ο όρος των τυχαίων σφαλμάτων για τα i -οστά άτομα (Harper και Lynch, 2017). Ουσιαστικά, ο συντελεστής γ αποτελεί ένα συνοπτικό μέτρο απόλυτης ανισότητας, το οποίο, υποθέτοντας ένα γραμμικό μοντέλο, ισούται με τη συνδυακύμανση μεταξύ της μεταβλητής υγείας και της μεταβλητής κατηγοριοποίησης του πληθυσμού σε κοινωνικές ομάδες (π.χ. επίπεδο μόρφωσης) εκφραζόμενη σε όρους της διακύμανσης της μεταβλητής της κοινωνικής κατηγοριοποίησης. Εάν η μεταβλητή υγείας δεν έχει μετασχηματιστεί, για παράδειγμα το BMI, τότε ο συντελεστής γ εκφράζει την απόλυτη αύξηση στο BMI για κάθε μοναδιαία μεταβολή στην κοινωνική ομάδα (π.χ. επίπεδο μόρφωσης). Ο συντελεστής γ μπορεί να αναφέρεται ως η βασισόμενη στην παλινδρόμηση απόλυτη επίδραση (regression-based absolute effect) της κοινωνικοοικονομικής μεταβλητής στην υγεία (Harper και Lynch, 2005).

Αυστηρή προϋπόθεση της παραπάνω προσέγγισης είναι η μέτρηση της υγείας στην αναλογική κλίμακα (Spinakis κ.ά., 2011). Όταν η έκβαση υγείας δεν είναι μια ποσοτική μεταβλητή, είναι δυνατή η διατήρηση της γραμμικής σχέσης με έναν μετασχηματισμό της εξαρτημένης μεταβλητής της υγείας (π.χ. λογαριθμικός ή logit μετασχηματισμός). Στην περίπτωση αυτή, ο συντελεστής γ μπορεί να ερμηνευτεί ως η αναλογική αύξηση στη μετασχηματισμένη έκβαση υγείας για κάθε μοναδιαία μεταβολή στην κοινωνική μεταβλητή, είτε ως σχετικός κίνδυνος (π.χ. Poisson παλινδρόμηση για διακριτά δεδομένα) είτε ως σχετικός λόγος των συμπληρωματικών πιθανοτήτων (π.χ. λογιστική παλινδρόμηση για διωνυμικές εκβάσεις). Ο συντελεστής γ μπορεί να αναφέρεται ως η βασισόμενη

στην παλινδρόμηση σχετική επίδραση (regression-based relative effect) της κοινωνικοοικονομικής μεταβλητής στην υγεία (Harper και Lynch, 2005)^{260, 261}.

6.4.5. Μέτρα εξαρτώμενα από την κοινωνικοοικονομική κατάταξη

Μια σειρά άλλων μέτρων της κοινωνικοοικονομικής ανισότητας στην υγεία λαμβάνουν υπόψη τους τόσο το πληθυσμιακό μέγεθος όσο και την κατάταξη των κοινωνικών ομάδων. Τα μέτρα αυτά διερευνούν τις ανισότητες υγείας σε όλο το φάσμα της κατανομής του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, βασιζόμενα στην παραδοχή της κοινωνικοοικονομικής διαβάθμισης της υγείας. Το πλεονέκτημα αυτών των δεικτών είναι ότι δεν απαιτούν την επιλογή μιας ομάδας αναφοράς (Anand κ.ά., 2001). Ο Slope Index of Inequality (*SII*) και ο Relative Index of Inequality (*RII*) βασίζονται στην παλινδρόμηση, ενώ και ο Concentration Index (*CI*) μπορεί να εκτιμηθεί μέσω της παλινδρόμησης.

6.4.5.1. Slope και Relative Index of Inequality

Ο *SII* υπολογίζεται μέσα από παλινδρόμηση και δείχνει την διαβάθμιση της υγείας σε σχέση με πολλαπλές κοινωνικές ομάδες, οι οποίες παρουσιάζουν μια φυσική ιεράρχηση, όπως είναι αυτές που ταξινομούνται βάσει του πλούτου ή του επιπέδου εκπαίδευσης. Πιο συγκεκριμένα, οι κοινωνικές ομάδες (ή τα άτομα) ιεραρχούνται από τη λιγότερο έως την περισσότερο προνομιούχο, με τη κατάταξη κάθε μίας να σταθμίζεται με το μέγεθός της (Mackenbach και Kunst, 1997· Harper και Lynch, 2005· Harper και Lynch, 2017). Έτσι, η έκβαση υγείας παλινδρομείται (με ένα γενικευμένο γραμμικό μοντέλο και logit link)²⁶² ως προς

²⁶⁰ Η βασιζόμενη στην παλινδρόμηση σχετική επίδραση μπορεί να μετατραπεί σε απόλυτο δείκτη εφαρμόζοντας απλά το μέσο επίπεδο υγείας της ομάδας αναφοράς (Harper και Lynch, 2005).

²⁶¹ Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι όροι «βασιζόμενη στην παλινδρόμηση απόλυτη και σχετική επίδραση» δεν είναι ευρέως χρησιμοποιούμενοι, καθότι οι εκτιμήσεις συνήθως ερμηνεύονται ως συντελεστές παλινδρόμησης.

²⁶² Για ομαδοποιημένα δεδομένα εφαρμόζεται η μέθοδος των σταθμισμένων ελαχίστων τετραγώνων, με τις σταθμίσεις να αποτελούν το πληθυσμιακό μέγεθος της κάθε κοινωνικής ομάδας (Ontario Agency for Health Protection and Promotion, 2013).

Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

το μέσο του εύρους που καταλαμβάνει στην αθροιστική κατανομή του πληθυσμού η κάθε ομάδα (Harper και Lynch, 2005· World Health Organization, 2013b· Harper και Lynch, 2017) (Mackenbach και Kunst, 1997):

$$h = \beta_0 + \beta_1 R + \varepsilon \quad (6.37)$$

Όπου R είναι η σταθμισμένη με το μερίδιο του πληθυσμού μεταβλητή της κοινωνικοοικονομικής κατάταξης, β_0 μια σταθερά που εκφράζει το επίπεδο υγείας για το υποθετικό άτομο (ή ομάδα) που βρίσκεται στο κάτω μέρος της κοινωνικής κατανομής (δηλαδή $R = 0$) και β_1 ο συντελεστής της κοινωνικοοικονομικής κατάταξης. Καθότι η κοινωνικοοικονομική κατάταξη βασίζεται στα μερίδια της αθροιστικής κατανομής του πληθυσμού, μια μοναδιαία μεταβολή στη μεταβλητή αυτή ισοδυναμεί με τη μετάβαση από το χαμηλότερο στο υψηλότερο (ή το αντίστροφο) σημείο της κοινωνικοοικονομικής κατανομής (Harper και Lynch, 2005· World Health Organization, 2013b· Harper και Lynch, 2017) (Mackenbach και Kunst, 1997). Ο SII ισοδυναμεί με την απόλυτη διαφορά μεταξύ των εκτιμημένων τιμών της υγείας για τα δύο άκρα της κοινωνικοοικονομικής κατανομής (δηλαδή για $R = 0$ και $R = 1$) (Harper και Lynch, 2005· Harper και Lynch, 2017) (Mackenbach και Kunst, 1997):

$$SII(h) = E(h|R = 1) - E(h|R = 0) = \widehat{\beta}_1 \quad (6.38)$$

Έτσι, όταν οι ομάδες είναι καταταγμένες από τη χαμηλότερη προς την υψηλότερη κοινωνικοοικονομική βαθμίδα, θετικές τιμές του SII υποδηλώνουν ότι η έκβαση υγείας είναι περισσότερο συγκεντρωμένη στην περισσότερο προνομιούχο ομάδα, ενώ οι αρνητικές τιμές εκφράζουν την αντίθετη κατάσταση. Καθότι ο SII σταθμίζεται με τα μερίδια του πληθυσμού των κοινωνικών ομάδων, αφενός αντιπροσωπεύει τις εμπειρίες όλων των ατόμων του πληθυσμού, και αφετέρου μπορεί να ενσωματώσει τις πληθυσμιακές μεταβολές των κοινωνικών ομάδων στον χρόνο (Regidor, 2004b· Ontario Agency for Health Protection and Promotion, 2013).

Ο SII συνιστά ένα μέτρο απόλυτης ανισότητας και εκφράζεται στην ίδια μονάδα μέτρησης με την έκβαση υγείας. Από τον SII μπορεί να υπολογιστεί και ο RII , το οποίο αποτελεί ένα μέτρο σχετικής ανισότητας. Ο RII μπορεί να εκτιμηθεί με δύο τρόπους. Σύμφωνα με τον πρώτο, ο SII διαιρείται με το μέσο επίπεδο της έκβασης υγείας στον πληθυσμό (Mackenbach και Kunst, 1997·

Harper και Lynch, 2005· Ontario Agency for Health Protection and Promotion, 2013· Harper και Lynch, 2017)

$$RII_{mean}(h) = \frac{SII}{\mu} = \frac{\widehat{\beta}_1}{\mu} \quad (6.39)$$

Η ερμηνεία του RII είναι παρόμοια με τον SII , ωστόσο το μέτρο αυτό εκφράζει την αναλογική ως προς το μέσο όρο μεταβολή στην έκβαση υγείας μεταξύ της χαμηλότερης και της υψηλότερης κοινωνικοοικονομικής ομάδας (Harper και Lynch, 2005). Σύμφωνα με τον δεύτερο τρόπο υπολογισμού του SII , αυτός προκύπτει από την αναλογία της εκτιμημένης υγείας μεταξύ της χαμηλότερης και της υψηλότερης κοινωνικοοικονομικής ομάδας (Mackenbach και Kunst, 1997· Harper και Lynch, 2005· Ontario Agency for Health Protection and Promotion, 2013· Harper και Lynch, 2017):

$$RII_{ratio}(h) = \frac{E(h|R=1)}{E(h|R=0)} = \frac{\widehat{\beta}_0 + \widehat{\beta}_1}{\widehat{\beta}_0} \quad (6.40)$$

Αυτή η εκδοχή προσομοιάζει περισσότερο σε ένα παραδοσιακό μέτρο σχετικού κινδύνου, καθώς συγκρίνει την υγεία της υψηλότερης με τη χαμηλότερη κοινωνική ομάδα, λαμβάνοντας υπόψη όλη την κοινωνικοοικονομική κατανομή, και σταθμίζει ως προς το πληθυσμιακό μέγεθος όλων των ομάδων (Harper και Lynch, 2005). Τιμές μεγαλύτερες (ή μικρότερες) του 1 υποδηλώνουν υψηλότερη (ή μικρότερη) συγκέντρωση της έκβασης υγείας στην περισσότερο προνομιούχο ομάδα (Ontario Agency for Health Protection and Promotion, 2013).

Τα παραπάνω μέτρα μπορεί να εφαρμοστούν μόνο για κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές που κατατάσσουν τον πληθυσμό σε διατεταγμένες κοινωνικές ομάδες. Επίσης, υποθέτουν την ύπαρξη μιας γραμμικής σχέσης μεταξύ της υγείας και της κοινωνικοοικονομικής κατάταξης (Regidor, 2004b). Ωστόσο, είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν και μη γραμμικά υποδείγματα, όπως είναι το υπόδειγμα Cox [για τον υπολογισμό του RII σε ατομικού επιπέδου δεδομένα για τον χρόνο μέχρι την εκδήλωση ενός συμβάντος (time-to-event)] και το υπόδειγμα αθροιστικών κινδύνων [(additive hazards) για τον υπολογισμό του SII] (Harper και Lynch, 2017).

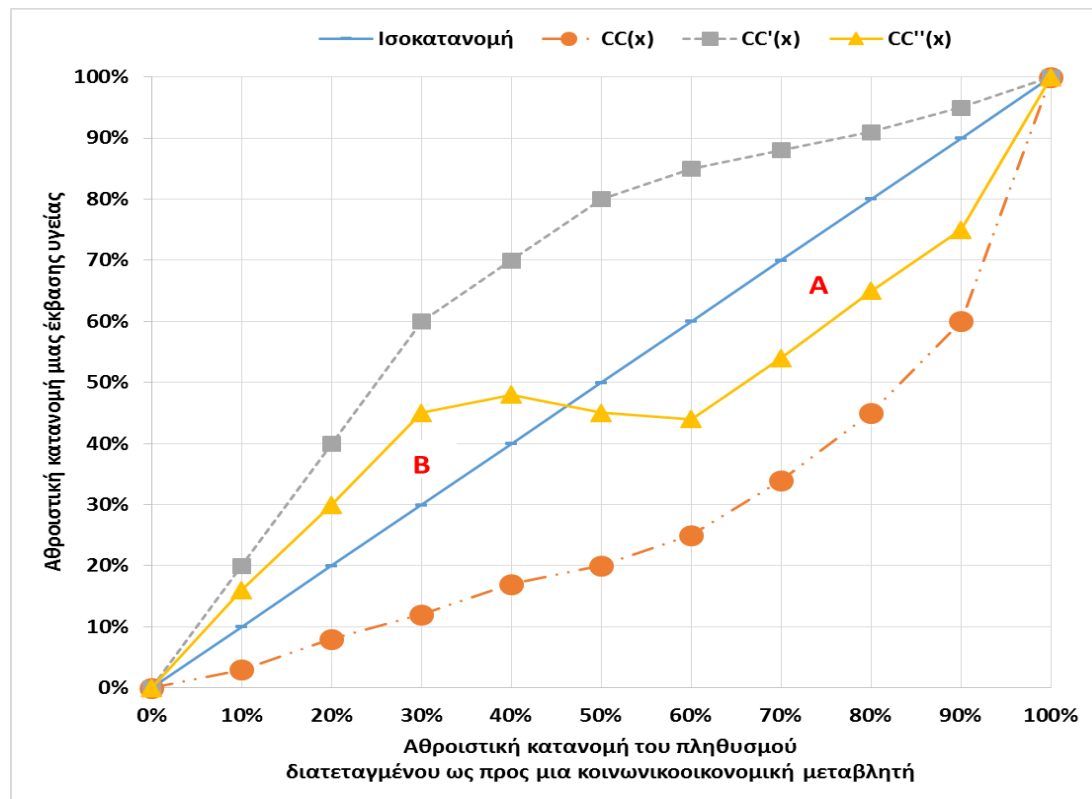
6.4.5.2. Concentration indices

Ο CI είναι παρόμοιος με τον συντελεστή Gini, αλλά βασίζεται σε μια διμετάβλητη κατανομή μιας μεταβλητής υγείας και ενός δείκτη κοινωνικοοικονομικής θέσης, ο οποίος προσεγγίζεται τουλάχιστον στην ιεραρχική κλίμακα μέτρησης. Συνεπώς, δεν αποτελεί ένα μέτρο της συνολικής, αλλά της κοινωνικοοικονομικής ανισότητας στην υγεία (Harper και Lynch, 2017). Ο CI αποτελεί έναν σχετικό δείκτη μέτρησης της ανισότητας, καθότι είναι ανεξάρτητος από τα απόλυτα μεγέθη τόσο της υγείας όσο και του κοινωνικοοικονομικού δείκτη (Anand κ.ά., 2001). Ενώ ο συντελεστής Gini εξάγεται από την καμπύλη Lorenz, ο CI προκύπτει από την καμπύλη συγκέντρωσης (concentration curve). Η καμπύλη συγκέντρωσης αναπαριστά γραφικά το μερίδιο του συνολικού αθροίσματος της υγείας που συγκεντρώνεται σε ένα μερίδιο του πληθυσμού, ο οποίος έχει καταταχθεί βάσει μιας κοινωνικοοικονομικής μεταβλητής. Διαφορετικά, αποτυπώνει την αθροιστική κατανομή του πληθυσμού, ο οποίος είναι διατεταγμένος ως προς μια μεταβλητή που μετράει το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, σε σχέση με το αθροιστικό ποσοστό μιας έκβασης υγείας. Σε αντίθεση με την καμπύλη Lorenz, η καμπύλη συγκέντρωσης μπορεί να βρίσκεται τόσο κάτω όσο και πάνω από τη διαγώνιο της ισοκατανομής, όπως είναι η $CC''(x)$ στο **Γράφημα 6-8**. Αν η καμπύλη συγκέντρωσης βρίσκεται πάνω από τη διαγώνιο, όπως η $CC'(x)$, τότε η έκβαση υγείας είναι περισσότερο συγκεντρωμένη στο κάτω μέρος της διατακτικής κοινωνικοοικονομικής μεταβλητής (ή στα κατώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα), ενώ όταν βρίσκεται κάτω από τη διαγώνιο, όπως η $CC(x)$, τότε η έκβαση υγείας είναι περισσότερο συγκεντρωμένη στο άνω μέρος της διατακτικής κοινωνικοοικονομικής μεταβλητής (ή στα ανώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα). Ο CI ορίζεται ως το διπλάσιο της περιοχής κάτω από τη διαγώνιο και πάνω από την καμπύλη συγκέντρωσης (περιοχή A), από το οποίο αφαιρείται το διπλάσιο της περιοχής πάνω από τη διαγώνιο και κάτω από την καμπύλη συγκέντρωσης (περιοχή B). Συνεπώς, η τιμή του CI διακυμαίνεται μεταξύ -1 και 1. Όσο μεγαλύτερη είναι η τιμή του δείκτη σε απόλυτους όρους, τόσο μεγαλύτερη είναι και η συγκέντρωση της έκβασης υγείας σε κάποιο μέρος του πληθυσμού. Όταν η καμπύλη συγκέντρωσης

Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

συμπίπτει με τη διαγώνιο, ο CI ισούται με 0²⁶³, οπότε δεν υφίσταται κοινωνικοοικονομική ανισότητα υγείας. Όταν η καμπύλη συγκέντρωσης βρίσκεται κυρίως (ή εξολοκλήρου) πάνω από τη διαγώνιο, τότε ο CI λαμβάνει αρνητικές τιμές. Όταν, αντίθετα, η καμπύλη συγκέντρωσης βρίσκεται κυρίως (ή εξολοκλήρου) κάτω από τη διαγώνιο, τότε ο CI λαμβάνει θετικές τιμές (Kjellsson και Gerdtham, 2014).

Γράφημα 6-8 Τρεις διαφορετικές καμπύλες συγκέντρωσης



Σε ένα πεπερασμένο δείγμα, ο CI μπορεί να υπολογιστεί ως εξής (Kjellsson και Gerdtham, 2014):

$$CI(h) = \frac{1}{n\mu} \sum_{i=1}^n [h_i(2R_i - 1)] \quad (6.41)$$

²⁶³ Ο δείκτης μπορεί να ισούται και με 0, όταν η περιοχή της καμπύλης που βρίσκεται πάνω από τη διαγώνιο ισούται με την περιοχή που βρίσκεται κάτω από αυτή.

Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

Όπου $R_i = n^{-1}(i - 0,5)$ αποτελεί την κλασματική κοινωνικοοικονομική κατάταξη του ατόμου. Από την εξίσωση (6.41) προκύπτει ότι ο CI μπορεί να ερμηνευτεί ως ο σταθμισμένος μέσος όρος των μεριδίων υγείας, με τις σταθμίσεις να εξαρτώνται από την κλασματική βάση της κοινωνικοοικονομικής μεταβλητής κατάταξης ($2R_i - 1$) (O'Donnell κ.ά., 2016)²⁶⁴. Ο CI μπορεί να υπολογιστεί και ως η συνδυακύμανση μεταξύ της έκβασης υγείας και της κλασματικής κοινωνικοοικονομικής κατάταξης (convenient covariance method) (O'Donnell κ.ά., 2016):

$$CI(h) = \frac{2cov(h_i, R_i)}{\mu} \quad (6.42)$$

Για την εκμαίευση των τυπικών σφαλμάτων μπορεί να χρησιμοποιηθεί η μέθοδος της παλινδρόμησης (convenient regression method) (Kakwani κ.ά., 1997):

$$2\sigma_R^2 \left(\frac{h_i}{\mu} \right) = \alpha + \beta R_i + \varepsilon_i \quad (6.43)$$

Όπου σ_R^2 είναι η διακύμανση της κλασματικής κοινωνικοοικονομικής κατάταξης, α είναι ο σταθερός όρος, β είναι η εκτίμηση για τον CI και ε_i ο όρος σφάλματος.

Ο CI ενσωματώνει την κοινωνικοοικονομική διάσταση στην ανισότητα της υγείας, όντας μάλιστα ευαίσθητος και στη φορά της κοινωνικοοικονομικής διαβάθμισης, καθώς και στις μεταβολές του πληθυσμού μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων (Regidor, 2004b). Μια μηδενική τιμή δεν σημαίνει την απουσία της ανισότητας στην υγεία, αλλά την απουσία της κοινωνικοοικονομικής διαβάθμισης της υγείας στο δείγμα (Costa-Font και Hernández-Quevedo, 2012). Επιπλέον, ο δείκτης αυτός τηρεί την αρχή των σχετιζόμενων με το εισόδημα μεταβιβάσεων υγείας (Bleichrodt και van Doorslaer, 2006· Brekke και Kverndokk, 2012· O'Donnell κ.ά., 2016). Ωστόσο, μπορεί να εφαρμοστεί μόνο για κοινωνικοοικονομικούς δείκτες που μετριοούνται

²⁶⁴ Συνεπώς, ο συντελεστής Gini αποτελεί ένα μέτρο μονομετάβλητης ανισότητας και ειδική περίπτωση του CI , όταν η κατάταξη του πληθυσμού γίνεται με βάση την έκβαση υγείας (O'Donnell κ.ά., 2016).

τουλάχιστον στην ιεραρχική κλίμακα. Επιπλέον, μπορεί να εκτιμήσει μια περίπτωση όπου υπάρχει δυσανάλογη επιβάρυνση του πληθυσμού στο μέσο της κοινωνικοοικονομικής κατανομής με προβλήματα υγείας ως μια κατάσταση απουσίας κοινωνικοοικονομικής ανισότητας στην υγεία (Harper και Lynch, 2005). Επιπρόσθετα, όπως ισχύει και για τον συντελεστή Gini και τις καμπύλες Lorenz, είναι δυνατόν οι σχετικές καμπύλες συγκέντρωσης να διαφέρουν μεταξύ δύο πληθυσμών, αλλά παρόλα αυτά η τιμή του CI να είναι ίδια. Πολλαπλασιάζοντας τον CI με 75 προκύπτει μια εκτίμηση του ποσοστού της έκβασης υγείας που θα πρέπει να μεταβιβαστεί γραμμικά από τα ανώτερα στα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα (στην περίπτωση της κοινωνικοοικονομικής ανισότητας υγείας που ευνοεί τα ανώτερα στρώματα), προκειμένου να μηδενιστεί η τιμή του CI (Koolman και van Doorslaer, 2004)²⁶⁵. Ο CI μπορεί να σταθεροποιηθεί ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος με τη χρήση είτε μιας άμεσης είτε μιας έμμεσης μεθόδου, ενώ επιτρέπει και την ανάλυση του διαχωρισμού των παραγόντων (decomposition analysis) της κοινωνικοοικονομικής ανισότητας (O'Donnell κ.ά., 2008), τα οποία θα συζητηθούν σε επόμενο κεφάλαιο.

Ο CI αποτελεί ένα μέτρο σχετικής ανισότητας, το οποίο παραμένει αμετάβλητο σε ισοαναλογικές μεταβολές στην έκβαση ενδιαφέροντος. Από την άλλη πλευρά, αντίστοιχα με τον γενικευμένο συντελεστή Gini, ο απόλυτος ή γενικευμένος CI (GCI) προκύπτει από τη γενικευμένη καμπύλη συγκέντρωσης, η οποία αναπαριστά γραφικά την αθροιστική κατανομή του πληθυσμού, ο οποίος είναι διατεταγμένος ως προς μια μεταβλητή που μετράει το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, σε σχέση με την αθροιστική κατανομή της απόλυτης συμβολής των ατόμων ή ομάδων του πληθυσμού στο μέσο επίπεδο της έκβασης υγείας (O'Donnell κ.ά., 2016):

$$GCI(h) = \mu CI = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n [h_i(2R_i - 1)] \quad (6.44)$$

²⁶⁵ Ο CI έχει μια συγκεκριμένη μαθηματική σχέση με τον RII : $CI(h) = 2var(R_i)RII$ (Harper και Lynch, 2005). Συνεπώς, αυτοί οι δύο δείκτες παρέχουν αντίστοιχη πληροφορία, αλλά διαφέρουν σε σχέση με μια πολλαπλασιαστική σταθερά (Anand κ.ά., 2001).

Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

Ο GCI αποτελεί ένα μέτρο απόλυτης ανισότητας και παίρνει τιμές από $\mu\left(\frac{1-n}{n}\right)$ (μέγιστη συγκέντρωση στο κάτω μέρος της κατανομής) έως $\mu\left(\frac{n-1}{n}\right)$ (μέγιστη συγκέντρωση στο πάνω μέρος της κατανομής) (O'Donnell κ.ά., 2016).

Ένας άλλος περιορισμός του CI (όπως και του Gini) σχετίζεται με την κλίμακα μέτρησης της έκβασης υγείας, η οποία, σε αντίθεση με τη μέτρηση της ανισότητας στην κατανομή του εισοδήματος, δεν είναι απαραίτητο να προσεγγίζεται στην αναλογική κλίμακα. Σε αυτό το πλαίσιο, το επίπεδο μέτρησης μπορεί να επηρεάσει τόσο την τιμή του CI όσο και την κατάταξη μεταξύ διαφορετικών κατανομών (O'Donnell κ.ά., 2016). Οι μεταβλητές υγείας μπορούν να διακριθούν βάσει δύο βασικών μετρικών διαστάσεων: α) την κλίμακα μέτρησης και β) το αν έχουν κάτω και άνω όρια (bounded) (Erreygers και Van Ourti, 2011). Ειδικότερα, οι κατηγορίες μεταβλητών που μπορεί να προκύψουν είναι οι εξής (Erreygers και Van Ourti, 2011· Kjellsson και Gerdtham, 2014· O'Donnell κ.ά., 2016):

- Κατηγορική (nominal), που επιτρέπει μόνο την κατηγοριοποίηση και όχι την ιεράρχηση των ατόμων βάσει της υγείας τους (π.χ. είδος ασθένειας).
- Ιεραρχική (ordinal), που επιτρέπει την ιεράρχηση των ατόμων, αλλά όχι και τη μέτρηση των διαφορών μεταξύ τους (π.χ. αυτοαξιολογούμενη υγεία σε πενταβάθμια κλίμακα).
- Διαστημική ή αριθμητική (cardinal), στην οποία το σημείο μηδέν είναι αυθαίρετο και, ενώ έχει νόημα ο υπολογισμός των διαφορών υγείας, δεν ισχύει το ίδιο με τις αναλογίες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα τέτοιων μεταβλητών είναι οι δείκτες ωφελιμότητας υγείας (utility indices), οι οποίοι μπορούν να εκμαιευθούν από τα διάφορα σταθμισμένα ερωτηματολόγια που μετρούν τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής.
- Αναλογική (ratio), στις οποίες το σημείο μηδέν συνδέεται με την πλήρη απουσία του χαρακτηριστικού της υγείας και ο υπολογισμός των αναλογιών έχει νόημα (π.χ. δαπάνες υγείας).
- Μεμονωμένα (unique ή fixed scale) ή διακριτή ή απαριθμητική, όπου το σημείο μηδέν συνδέεται με την πλήρη απουσία του χαρακτηριστικού της υγείας και δεν είναι δυνατός ο αναλογικός μετασχηματισμός (scaling) ή

Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

αλλαγή των μονάδων μέτρησης της μεταβλητής (π.χ. ο αριθμός των εξωνοσοκομειακών επισκέψεων)

Ο *CI* δεν μπορεί να εφαρμοστεί στην περίπτωση των κατηγορικών και των ιεραρχικών μεταβλητών, εκτός από τις διωνυμικές, εφόσον αυτές ερμηνευτούν ως αναλογικής κλίμακας μεταβλητές του επιπολασμού στο επίπεδο των ποσοστημορίων (συγκεντρωτικό επίπεδο). Σε αυτήν την περίπτωση, η άθροιση των 0 και 1 μπορεί να ερμηνευτεί ως ο αθροιστικός αριθμός των υγιών ή αρρώστων ατόμων που συγκεντρώνονται εντός ενός αθροιστικού ποσοστού του πληθυσμού, το οποίο συνάδει με την αθροιστική φύση του *CI* (Kjellsson και Gerdtham, 2013)²⁶⁶. Γενικότερα, οι μεταβλητές υγείας μπορεί να έχουν όρια, οπότε και μπορούν να προσεγγισθούν είτε ως θετικές είτε ως αρνητικές εκβάσεις (Kjellsson και Gerdtham, 2014). Σε αυτό το πλαίσιο, τίθενται εκ νέου οι βασικές επιθυμητές ιδιότητες που θα πρέπει να διαθέτουν τα μέτρα ανισότητας στην υγεία, δηλαδή η αρχή των μεταβιβάσεων (η μεταβίβαση υγείας από τα χαμηλότερα στα υψηλότερα στρώματα αυξάνει την τιμή του δείκτη ανισότητας υπέρ των υψηλότερων στρωμάτων) και η ανεξαρτησία ως προς την κλίμακα μέτρησης (η τιμή του δείκτη ανισότητας παραμένει αμετάβλητη σε σχέση με την κλίμακα ή τις μονάδες μέτρησης της μεταβλητής υγείας). Επιπλέον, ειδικά για το πεδίο της υγείας, προστίθεται η αντανακλαστική συνθήκη (*mirror condition*), κατά την οποία ο βαθμός της ανισότητας παραμένει αμετάβλητος με τη χρήση τόσο της θετικής όσο και της αρνητικής έκβασης για μια μεταβλητή υγείας, με αυτό που να αλλάζει να είναι μόνο το πρόσημο (Kjellsson και Gerdtham, 2014). Ουσιαστικά, θα πρέπει ισχύει: $I(h) = -I(s)$. Ωστόσο, η αντανακλαστική αρχή είναι γενικά ασύμβατη με τη μέτρηση της σχετικής ανισότητας, οπότε αναγκαστικά θα πρέπει να γίνεται μια επιλογή μεταξύ των δύο (Erreygers και Van Ourti, 2011). Τόσο ο *CI* όσο και ο *GCI* ικανοποιούν την αρχή των μεταβιβάσεων, αρκεί η μεταβλητή υγείας να μην έχει τιμές κάτω από το μηδέν. Επιπλέον, ο *GCI* ικανοποιεί την αντανακλαστική

²⁶⁶ Σε αυτήν την περίπτωση, η ανεξαρτησία μετατόπισης ερμηνεύεται ως ανεξαρτησία σε ίσες μεταβολές στον επιπολασμό της έκβασης υγείας στο επίπεδο των ποσοστημορίων (Kjellsson και Gerdtham, 2013).

συνθήκη, δηλαδή ισχύει $GCI(s) = -GCI(h)$, αλλά δεν είναι ανεξάρτητος από την κλίμακα μέτρησης (εκτός από την περίπτωση των διακριτών μεταβλητών). Από την άλλη πλευρά, ο CI δεν ικανοποιεί την αντανακλαστική συνθήκη²⁶⁷, το οποίο μπορεί να αλλάζει και την κατάταξη των κατανομών, αλλά είναι ανεξάρτητος από την κλίμακα μέτρησης σε μη διαστημικές μεταβλητές. Γενικότερα, η μέγιστη και η ελάχιστη τιμή του CI εξαρτώνται από τη μέση τιμή της κατανομής για εκβάσεις υγείας που έχουν κάτω και άνω όρια²⁶⁸, με συνέπεια να μην είναι δυνατή η ιεράρχηση κατανομών που έχουν διαφορετικό μέσο όρο (Kjellsson και Gerdtham, 2014· O'Donnell κ.ά., 2016).

Λόγω των παραπάνω περιορισμών του CI και του GCI , διάφορες παραλλαγές έχουν προταθεί. Μια πρώτη διόρθωση είναι εκείνη του τροποποιημένου (modified) CI (MCI) (Erreygers και Van Ourti, 2011):

$$MCI(h) = \frac{\mu}{(\mu - h_{min})} CI = \frac{2}{n(\mu - h_{min})} \sum_{i=1}^n [h_i(R_i - 1)] \quad (6.45)$$

Όπου h_{min} είναι το κάτω όριο της έκβασης υγείας, με τον δείκτη να διακυμαίνεται μεταξύ $\frac{1-n}{n}$ και $\frac{n-1}{n}$. Αυτή η τροποποιημένη εκδοχή του CI ικανοποιεί την αρχή της ανεξαρτησίας ακόμη και για διαστημικές μεταβλητές, καθώς και την αρχή των μεταβιβάσεων, ακόμη και αν η έκβαση υγείας λαμβάνει και αρνητικές τιμές. Συνεπώς, μπορεί να εφαρμοστεί για τη σύγκριση της ανισότητας μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών ή και στον ίδιο πληθυσμό για διαστημικές μεταβλητές που έχουν διαφορετική κλίμακα μέτρησης (Kjellsson και Gerdtham, 2014· O'Donnell κ.ά., 2016).

Ειδικά για τις μεταβλητές με κάτω και άνω όρια, έχουν προταθεί δύο ακόμη παραλλαγές που ικανοποιούν τόσο την αντανακλαστική συνθήκη όσο και την ανεξαρτησία ως προς την κλίμακα μέτρησης στις διαστημικές μεταβλητές. Ο Erreygers (2009b) πρότείνει την παρακάτω διόρθωση του CI :

²⁶⁷ Ισχύει $CI(s) = -\frac{\mu}{s} CI(h)$, όπου $s_i = h_{max} - h_i$, και η αντανακλαστική συνθήκη ικανοποιείται μόνο όταν $\mu = \bar{s}$ (O'Donnell κ.ά., 2016).

²⁶⁸ Στην περίπτωση των διωνυμικών μεταβλητών, και για αρκετά μεγάλο δείγμα, το κάτω όριο του CI είναι ίσο με $\mu - 1$ και το άνω με $1 - \mu$ (Wagstaff, 2005).

Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

$$E(h) = \frac{4}{(h_{max}-h_{min})} \mu CI = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n \left[\frac{4h_i}{(h_{max}-h_{min})} (2R_i - 1) \right] \quad (6.46)$$

Αντίστοιχα, ο Wagstaff (2005· 2009) τροποποιεί τον *CI* ως εξής:

$$W(h) = \frac{(h_{max}-h_{min})}{(h_{max}-\mu)(\mu-h_{min})} \mu CI = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n \left[\frac{(h_{max}-h_{min})h_i}{(h_{max}-\mu)(\mu-h_{min})} (2R_i - 1) \right] \quad (6.47)$$

Και οι δύο δείκτες διακυμαίνονται μεταξύ -1 και $+1$.

Στον παρακάτω πίνακα (**Πίνακας 6-1**) παρουσιάζονται συνοπτικά οι διάφοροι δείκτες της οικογένειας των concentration indices σε σχέση με τις βασικές ιδιότητες που ικανοποιούν.

Πίνακας 6-1 Ιδιότητες των δεικτών ανισότητας της οικογένειας των concentration indices

Δείκτες	Αντανακλαστική συνθήκη	Αρχή μεταβιβάσεων		Ανεξαρτησία κλίμακας			Ανεξαρτησία μετατόπισης της κατανομής
		Μη αρνητικές τιμές για τη μεταβλητή υγείας	Αρνητικές τιμές για τη μεταβλητή υγείας	Διαστημική μεταβλητή υγείας	Αναλογική μεταβλητή υγείας	Διακριτή μεταβλητή υγείας	
<i>CI</i>		Ναι			Ναι	Ναι	
<i>GCI</i>	Ναι	Ναι				Ναι	Ναι
<i>MCI</i>		Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	
<i>E</i>	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι
<i>W</i>	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	

Πηγή: Kjellsson και Gerdtham (2013) και Kjellsson και Gerdtham (2014)

Οι Kjellsson και Gerdtham (2013) διερεύνησαν και σύγκριναν τις αξιολογικές τοποθετήσεις που συνδέονται με τους *CI*, *E* και *W*, ειδικά στο πλαίσιο των διωνυμικών μεταβλητών. Και οι τρεις δείκτες μπορούν να προσεγγισθούν σε σχέση με την απάντηση που δίνουν ως προς το πόσο μακριά είναι μια κοινωνία από την κατάσταση της μεγαλύτερης δυνατής ανισότητας. Κατά τον *CI*, η πιο άνιση κοινωνία είναι εκείνη στην οποία όλη η υγεία βρίσκεται συγκεντρωμένη στο πιο πλούσιο άτομο. Ο *CI* συλλαμβάνει μια σχετική αξιολογική κρίση (relative value judgement), με ισόποσες αυξήσεις στην υγεία όλου του πληθυσμού να οδηγούν σε μείωση της ανισότητας στην υγεία. Ωστόσο, δεν μπορεί να προσεγγίσει τη σχετική κοινωνικοοικονομική ανισότητα στην υγεία ταυτόχρονα τόσο της θετικής όσο και της αρνητικής οπτικής μιας έκβασης υγείας που διαθέτει όρια. Μια βελτίωση της υγείας συνεπάγεται μια αντίστοιχου απόλυτου μεγέθους μείωση της κακής υγείας στον πληθυσμό, αλλά μια ισοαναλογική μεταβολή στη θετική έκβαση υγείας δεν

μεταφράζεται σε μια ισοαναλογική μεταβολή στην αρνητική έκβαση υγείας (καθότι η μείωση είναι μικρότερου μεγέθους). Σε αυτό το πλαίσιο, από την πλευρά της θετικής έκβασης, το ίδιο επίπεδο απόλυτης ανισότητας θεωρείται πιο σοβαρό όταν ο επιπολασμός της υγείας είναι χαμηλός, ενώ από την πλευρά της αρνητικής έκβασης, το ίδιο επίπεδο της απόλυτης ανισότητας είναι πιο σοβαρό όταν ο επιπολασμός της υγείας είναι υψηλός²⁶⁹.

Σύμφωνα με τον E , η πιο άνιση κοινωνία είναι εκείνη στην οποία μόνο το πάνω μισό της κοινωνικοοικονομικής κατανομής βρίσκεται σε κατάσταση καλής υγείας. Ο E δίνει σταθερή στάθμιση στην απόλυτη ανισότητα, ανεξάρτητα από τον επιπολασμό της υγείας στον πληθυσμό, καθότι συνδέεται με μια απόλυτη αξιολογική κρίση (absolute value judgement). Αυτό σημαίνει ότι παραμένει αμετάβλητος σε ισόποσες μεταβολές της υγείας για όλα τα άτομα του πληθυσμού, αλλά όχι και σε ισοαναλογικές μεταβολές. Το ότι αποτελεί έναν δείκτη απόλυτης ανισότητας σημαίνει ότι πληροί τις ιδιότητες της μονοτονικότητας (monotonicity) και της σύγκλισης (convergence). Η μονοτονικότητα ικανοποιείται όταν ο δείκτης ανισότητας αυξάνεται σε περίπτωση που ένα άτομο από το πάνω μισό της κοινωνικοοικονομικής κατανομής εισέρχεται σε κατάσταση καλής υγείας²⁷⁰. Σύμφωνα με την ιδιότητα της σύγκλισης, η ισοαναλογική μείωση της υγείας οδηγεί στη σύγκλιση του δείκτη ανισότητας προς το μηδέν²⁷¹ (Kjellsson και Gerdtham, 2013).

Κατά τον W , η πιο άνιση κοινωνία είναι εκείνη στην οποία μόνο τα άτομα στην κορυφή της κοινωνικοοικονομικής κατάταξης βρίσκονται σε καλή κατάσταση υγείας. Ο W συνδυάζει (ή συμβιβάζει) τις δύο σχετικές προσεγγίσεις

²⁶⁹ Συνεπώς, όταν εξετάζουμε την ανισότητα σε μια θετική έκβαση υγείας, μια κοινωνία όπου η συνολική ποσότητα της υγείας είναι χαμηλή και τα λίγα υγιή άτομα είναι συγκεντρωμένα στα πιο πλούσια στρώματα θεωρείται ότι είναι περισσότερο άνιση από μια κοινωνία όπου η συνολική ποσότητα της υγείας είναι υψηλή και τα λίγα άτομα που δεν είναι υγιή είναι περισσότερο συγκεντρωμένα στα χαμηλά στρώματα. Το αντίθετο ισχύει όταν εξετάζουμε τη σχετική ανισότητα σε μια αρνητική έκβαση υγείας (Kjellsson και Gerdtham, 2013).

²⁷⁰ Ο W δεν ικανοποιεί την αρχή της μονοτονικότητας, καθότι εξαρτάται από τον αρχικό επιπολασμό της υγείας και το αρχικό επίπεδο των απόλυτων ανισοτήτων (Kjellsson και Gerdtham, 2013).

²⁷¹ Στο πλαίσιο του W , η ισοαναλογική μείωση της υγείας οδηγεί στη μείωση της επίδρασης της σχετικής ανισότητας στην αρνητική έκβαση υγείας στην τιμή του δείκτη (Kjellsson και Gerdtham, 2013).

Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

(της θετικής και της αρνητικής έκβασης υγείας), καθότι στηρίζεται σε μια αξιολογική κρίση που αποκαλείται αντανεκλαστική σχετικότητα (mirror relativity)²⁷². Σύμφωνα με αυτήν τη θέση, το ίδιο επίπεδο απόλυτης ανισότητας αξιολογείται ως πιο σοβαρό τόσο για υψηλές όσο και για χαμηλές τιμές του επιπολασμού στον πληθυσμό²⁷³. Με άλλα λόγια, η επίδραση του επιπέδου της απόλυτης ανισότητας σταθμίζεται με μια συνάρτηση της μορφής U (γνησίως κυρτή και συμμετρική ως προς το 0,5). Έτσι, ισόποσες αυξήσεις υγείας οδηγούν σε μείωση του W όταν $\mu < 0,5$ και σε αύξηση όταν $\mu > 0,5$. Αυτό σημαίνει ότι ο W μπορεί να αυξάνει σε μέγεθος ακόμη και αν οι σχετικές διαφορές μειώνονται και οι απόλυτες διαφορές παραμένουν αμετάβλητες. Γενικότερα, η μεταβολή στον βαθμό της ανισότητας λόγω μιας ισόποσης αύξησης της υγείας σε όλον τον πληθυσμό ισούται με το άθροισμα των μεταβολών στη σχετική ανισότητα στη θετική έκβαση υγείας και εκείνων στη σχετική ανισότητα στην αρνητική έκβαση της υγείας. Όσο υψηλότερος είναι ο επιπολασμός της υγείας στον πληθυσμό, τόσο μεγαλύτερη είναι και η επίδραση των σχετικών ανισοτήτων στην αρνητική έκβαση υγείας σε σχέση με την επίδραση των σχετικών ανισοτήτων στη θετική έκβαση υγείας, και το αντίστροφο (Erreygers και Van Ourti, 2011· Kjellsson και Gerdtham, 2013).

Στον παρακάτω πίνακα (**Πίνακας 6-2**), παρουσιάζονται οι εναλλακτικοί δείκτες της οικογένειας των concentration indices και η καταλληλότητά τους σε σχέση με την κλίμακα μέτρησης και με το αν έχει όρια η έκβαση υγείας. Ένας δείκτης θεωρείται κατάλληλος στο πλαίσιο αυτού του πίνακα, εφόσον πληροί την αρχή των μεταβιβάσεων και την ανεξαρτησία κλίμακας. Ο υπολογισμός της ανισότητας δεν έχει νόημα για κατηγορικές μεταβλητές αλλά και για ιεραρχικές, εκτός και αν αυτές μετασχηματιστούν σε διαστημικές ή αναλογικές. Η ανεξαρτησία κλίμακας επιτρέπει τη σύγκριση της ανισότητας μεταξύ μεταβλητών υγείας που δεν μετριοούνται στην ίδια κλίμακα, π.χ. δείκτης ωφελιμότητας υγείας με δείκτη υγείας που μετρείται σε μια κλίμακα 0-100. Ο

²⁷² Επομένως δεν αποτελεί έναν δείκτη απόλυτης ανισότητας, παρά το γεγονός πως ικανοποιεί την αντανεκλαστική αρχή.

²⁷³ $E = W$ για διωνυμικές μεταβλητές μόνο όταν $\mu = 0,5$ (Kjellsson και Gerdtham, 2013).

Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

GCI ικανοποιεί την αντανακλαστική αρχή για τις διωνυμικές μεταβλητές, καθότι αποτελεί μέτρο της απόλυτης ανισότητας, και ισούται με το ένα τέταρτο του *E*. Επίσης, ο *GCI* μπορεί να εφαρμοστεί και σε αναλογικές και διαστημικές μεταβλητές για την κατάταξη των κατανομών μεταξύ πληθυσμών (ή και διαφορετικών μεταβλητών), εφόσον χρησιμοποιείται η ίδια κλίμακα μέτρησης (same cardinalization) (O'Donnell κ.ά., 2016).

Πίνακας 6-2 Καταλληλότητα των δεικτών ανισότητας της οικογένειας των concentration indices σε σχέση με τις μετρικές ιδιότητες της έκβασης υγείας

Κλίμακα μέτρησης	Μεταβλητή με όρια	Μεταβλητή χωρίς όρια
Διακριτή	<i>E</i> <i>W</i> <i>CI</i>	<i>GCI</i> <i>CI</i>
Αναλογική	<i>E</i> <i>W</i> <i>CI</i>	<i>CI</i>
Διαστημική	<i>E</i> <i>W</i> <i>MCI</i>	<i>MCI</i>
Διωνυμική	<i>E</i> <i>W</i> <i>MCI</i>	

Πηγή: Kjellsson και Gerdtham (2014)

Αντίστοιχα με τον ευέλικτο δείκτη S-Gini, ο οποίος επιτρέπει την προσαρμογή της δομής των σταθμίσεων, οι Pereira (1998) και Wagstaff (2002) πρότειναν μια παρόμοια επέκταση της συνάρτησης στάθμισης του *CI* (O'Donnell κ.ά., 2016):

$$ECI(h, \nu) = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n \left[\frac{h_i}{\mu} (1 - \nu(1 - R_i)^{\nu-1}) \right] \text{ με } \nu > 1 \quad (6.48)$$

Όπου ν είναι η παράμετρος αποστροφής για την ανισότητα, με υψηλότερες τιμές να δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στο κάτω μέρος της κοινωνικοοικονομικής κατανομής. Συνεπώς, η βαρύτητα που αποδίδεται τώρα στο μερίδιο υγείας (h_i/μ) του i -οστού ατόμου είναι ίση με $\nu(1 - R_i)^{\nu-1}$. Σε αντιστοιχία με τον S-Gini²⁷⁴, για $\nu = 1$, η συνάρτηση στάθμισης είναι σταθερή

²⁷⁴ Βλ. Γράφημα 6-7.

Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

και ισούται με μηδέν, ανεξαρτήτως του μεγέθους της κοινωνικοοικονομικής ανισότητας υγείας στον πληθυσμό. Για $v > 1$, η συνάρτηση στάθμισης είναι μια γνησίως αύξουσα συνάρτηση της κλασματικής κοινωνικοοικονομικής κατάταξης, με κάποια άτομα (στο πάνω μέρος της κατανομής) να έχουν θετική και κάποια άλλα (στο κάτω μέρος της κατανομής) να έχουν αρνητική στάθμιση²⁷⁵. Για $v = 2$, ο παραπάνω δείκτης ισούται με τον τυπικό *CI*. Σε αυτήν την περίπτωση, η συνάρτηση στάθμισης γίνεται γραμμική και διακυμαίνεται μεταξύ -1 και $+1$, έχοντας ως σημείο αλλαγής του προσήμου τη διάμεσο της κοινωνικοοικονομικής κατανομής. Για $1 < v < 2$, μόνο τα άτομα που βρίσκονται στο πάνω μέρος της κοινωνικοοικονομικής κατανομής έχουν θετική στάθμιση. Για $v > 2$, και όσο αυξάνεται η τιμή της παραμέτρου, όλο και περισσότερα άτομα λαμβάνουν θετική στάθμιση, και τόσο αυξάνεται η βαρύτητα του ατόμου που βρίσκεται στο κάτω μέρος της κοινωνικοοικονομικής κατανομής. Συνεπώς, εκτός από την περίπτωση όπου $v = 2$, η δομή της στάθμισης είναι ασυμμετρική. Τα όρια του *ECI* είναι μεταξύ $1 - v$ και 1 , καθώς συνδέονται με τις σταθμίσεις που δίνονται στο φτωχότερο και το πλουσιότερο άτομο της κοινωνικοοικονομικής κατανομής (Erreygers κ.ά., 2012· O'Donnell κ.ά., 2016).

Ο Erreygers κ.ά. (2012) προτείνει μια δοκιμασία για το αν ένας δείκτης συνιστά ένα καλό μέτρο της κοινωνικοοικονομικής ανισότητας στην υγεία. Σύμφωνα με αυτήν, όταν αντιστρέψουμε τα επίπεδα υγείας μεταξύ των ανώτερων και κατώτερων κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων, το μέτρο ανισότητας θα πρέπει να έχει την ίδια τιμή, αλλά με αντίθετο πρόσημο. Ωστόσο, αυτό δεν τηρείται από τον *ECI*, λόγω της ασύμμετρης φύσης της συνάρτησης στάθμισης, εκτός από την περίπτωση όπου $v = 1$ ή $v = 2$. Για αυτόν τον λόγο, πρότείνει ένα μέτρο, του οποίου η συνάρτηση στάθμισης είναι συμμετρική γύρω από τη διάμεσο της κοινωνικοοικονομικής κατανομής, με το άτομο που καταλαμβάνει αυτή τη θέση να σταθμίζεται με το μηδέν:

²⁷⁵ Το σημείο διαχωρισμού βρίσκεται στο άτομο με κλασματική κατάταξη $= 1 - \left(\frac{1}{v}\right)^{\frac{1}{v-1}}$ (Erreygers κ.ά., 2012).

Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

$$SCI(h, \beta) = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n \left(\frac{h_i}{\mu} \right) \left[\beta 2^{\beta-2} \left(\left(R_i - \frac{1}{2} \right)^2 \right)^{\frac{\beta-2}{2}} \left(R_i - \frac{1}{2} \right) \right] \text{ με } \beta > 1^{276} \quad (6.49)$$

Όπου β είναι η παράμετρος που καθορίζει τη βαρύτητα που δίνεται στα άκρα της κοινωνικοοικονομικής κατανομής. Για $1 < \beta < 2$, αποδίδεται υψηλότερη βαρύτητα στις κλασματικές θέσεις που βρίσκονται κοντά στη διάμεσο, ενώ για $\beta > 2$ αποδίδεται υψηλότερη βαρύτητα στο κάτω και το άνω μέρος της κοινωνικοοικονομικής κατανομής. Για πολύ υψηλές τιμές του β , ο *SCI* γίνεται ευαίσθητος μόνο στη διαφορά μεταξύ του κάτω και του άνω άκρου της κοινωνικοοικονομικής κατανομής, προσομοιάζοντας στο μέτρο του εύρους. Ο *SCI* παίρνει τιμές στο διάστημα $\left[-\frac{\beta}{2}, +\frac{\beta}{2} \right]$. Συνεπώς, η παράμετρος β μπορεί να ερμηνευτεί ως η απόσταση στη στάθμιση που δίνεται ανάμεσα στο κάτω και το άνω άκρο της κοινωνικοοικονομικής κατανομής²⁷⁷ (Erreygers κ.ά., 2012· O'Donnell κ.ά., 2016). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι Erreygers κ.ά. (2012) δεν παρέχουν μέθοδο υπολογισμού των τυπικών σφαλμάτων για τους *ECI* και *SCI*.

Ενώ ο *ECI* δίνει προτεραιότητα στο κάτω μέρος της κοινωνικοοικονομικής κατανομής (sensitivity to poverty), ο *SCI* σταθμίζει με την ίδια βαρύτητα τα άτομα που βρίσκονται εξίσου μακριά από τη διάμεσο (sensitivity to extremity). Συνεπώς, η βαρύτητα που δίνει ο *SCI* σε μεταβιβάσεις υγείας που γίνονται μεταξύ πλουσίων και φτωχών ατόμων αυξάνεται όσο μακρύτερα βρίσκονται αυτά τα άτομα από τη διάμεσο. Από την άλλη πλευρά, η βαρύτητα που δίνει ο *ECI* σε μεταβιβάσεις υγείας αυξάνεται όσο αυτές λαμβάνουν χώρα εγγύτερα του κάτω άκρου της κοινωνικοοικονομικής κατανομής²⁷⁸. Θεωρείται, λοιπόν,

²⁷⁶ Για $\beta < 1$, η συνάρτηση στάθμισης μειώνεται σε υψηλότερες ποσοστιαίες θέσεις (p) της κοινωνικοοικονομικής κατανομής, ενώ για $\beta = 1$ υπάρχει μια ασυνέχεια για $p = \frac{1}{2}$ (Erreygers κ.ά., 2012).

²⁷⁷ Θα πρέπει να σημειωθεί ότι σε πεπερασμένα δείγματα και για $n \neq 2$ ή $\beta \neq 2$, απαιτείται η εφαρμογή μιας διόρθωσης για την αντιμετώπιση της μεροληψίας μικρού δείγματος (Erreygers κ.ά., 2012).

²⁷⁸ Επίσης, είναι ενδιαφέρον το πώς αυτοί οι δύο δείκτες συμπεριφέρονται σε σχέση με τους συνδυασμούς του επιπέδου της υγείας και εκείνου της κοινωνικοοικονομικής κατάταξης. Τα χαμηλά επίπεδα υγείας έχουν μικρή θετική συμβολή για τις υψηλές και μικρή αρνητική συμβολή για τις χαμηλές κλασματικές θέσεις στην τιμή του *ECI*, και το ίδιο ισχύει και για τον *SCI*. Ωστόσο, τα υψηλά επίπεδα υγείας έχουν μέτρια θετική συμβολή για τις υψηλές και πολύ μεγάλη αρνητική συμβολή για τις χαμηλές κλασματικές θέσεις για τον *ECI*, και μεγάλη θετική συμβολή για τις

ότι, ενώ ο *SCI* δίνει έμφαση στη σχέση μεταξύ της κοινωνικοοικονομικής μεταβλητής και της υγείας, ο *ECI* δίνει προτεραιότητα στο κάτω άκρο της κοινωνικοοικονομικής κατάταξης, και κατόπιν αναλύει τις διαφορές υγείας εντός αυτής της περιοχής (Erreygers κ.ά., 2012· O'Donnell κ.ά., 2016).

Τέλος, για την ικανοποίηση της αντανακλαστικής συνθήκης, ο Erreygers κ.ά. (2012) προτείνει τον μετασχηματισμό των παραπάνω δύο δεικτών σε γενικευμένους δείκτες με βάση τον απαραίτητο μετασχηματισμό για (αναλογικές) μεταβλητές με άνω και κάτω όρια (O'Donnell κ.ά., 2016):

$$GEI(h, \nu) = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n \left(\frac{\nu^{v-1}}{\nu-1} b_i \right) [(1 - \nu(1 - R_i)^{\nu-1})] \quad \text{με } \nu \geq 1 \quad (6.50)$$

$$GSCI(h, \beta) = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n 4b_i \left[\beta 2^{\beta-2} \left(\left(R_i - \frac{1}{2} \right)^2 \right)^{\frac{\beta-2}{2}} \left(R_i - \frac{1}{2} \right) \right] \quad \text{με } \beta > 1 \quad (6.51)$$

Όπου $b_i = \frac{h_i - h_{min}}{h_{max} - h_{min}}$. Για $\nu = \beta = 2$, οι παραπάνω δείκτες συμπίπτουν με τον *ECI*. Και οι δύο δείκτες διακυμαίνονται μεταξύ -1 και $+1$ (Erreygers κ.ά., 2012).

6.4.5.3. Health Achievement Index

Ο Wagstaff (2002) εισήγαγε έναν δείκτη, τον οποίο ονόμασε Health Achievement Index, ο οποίος συλλαμβάνει την αντιστάθμιση μεταξύ της βελτίωσης της μέσης υγείας (αποτελεσματικότητα) και της μείωσης των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας (ισότητα) στον πληθυσμό:

$$HAI(h, \nu) = \mu(1 - ECI(h, \nu)) \quad \text{με } \nu \geq 1 \quad (6.52)$$

Ο *HAI* και μπορεί να ερμηνευτεί ως το σταθμισμένο μέσο επίπεδο της έκβασης υγείας των μελών ενός πληθυσμού, με τις σταθμίσεις να είναι αναλογικές με το αντίστροφο της αθροιστικής κοινωνικοοικονομικής κατάταξής τους (Wagstaff, 2002). Έτσι, όταν, για παράδειγμα, η μεταβλητή υγείας είναι

υψηλές και μεγάλη αρνητική συμβολή για τις χαμηλές κλασματικές θέσεις για τον *SCI* (Erreygers κ.ά., 2012).

θετική έκβαση, αναμένουμε να υπάρχουν ανισότητες υγείας υπέρ των ανώτερων κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων, οπότε και έχουμε $ECI > 0$. Σε αυτήν την περίπτωση, θα οδηγηθούμε σε μείωση του μέσου επιτεύγματος υγείας στον πληθυσμό, καθότι η συνάρτηση επιβάλλει μια ποινή (κόστος) όταν υπάρχουν κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας εις βάρος των φτωχότερων στρωμάτων, καθώς αφαιρεί από τη μέση τιμή το συμπλήρωμα του ECI . Το αντίθετο θα ισχύει όταν η μεταβλητή υγείας είναι αρνητική έκβαση. Αυτό σημαίνει ότι δύο πληθυσμοί ή ο ίδιος πληθυσμός σε δύο διαφορετικές χρονικές στιγμές μπορεί να συνδέονται με την ίδια τιμή HAI , αλλά το υψηλότερο μέσο επίπεδο υγείας να αντισταθμίζεται από υψηλότερες κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας, και το αντίστροφο. Επιπλέον, ο HAI επιτρέπει την ενσωμάτωση διαφορετικών προτιμήσεων για τον βαθμό αποστροφής για την ανισότητα, με συνέπεια να μπορεί να δοθεί ακόμη μεγαλύτερη βαρύτητα στην υγεία των ατόμων που βρίσκονται στο κάτω άκρο της κοινωνικοοικονομικής κατάταξης. Για $\nu = 1$, ισχύει $HAI = \mu$ (Costa-Font και Hernández-Quevedo, 2012). Γενικότερα, ο HAI μπορεί να θεωρηθεί ως η συνάρτηση κοινωνικής ευημερίας του CI (Bleichrodt και van Doorslaer, 2006).

6.4.6. Μέτρα βασιζόμενα στη συνιστώσα της μεταξύ των ομάδων ανισότητας

Στο πλαίσιο μιας άλλης προσέγγισης, μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε τη συνιστώσα της μεταξύ των ομάδων ανισότητας των μέτρων που είναι (είτε αυστηρά αθροιστικά είτε όχι) διαχωρίσιμα. Αυτό μας επιτρέπει να μετρήσουμε, όχι μόνο ανισότητες υγείας μεταξύ των κοινωνικών ομάδων, αλλά και το μερίδιο που καταλαμβάνουν αυτές στις συνολικές ανισότητες υγείας. Έτσι, όταν ο πληθυσμός μπορεί να διαχωριστεί σε j ομάδες, η διακύμανση στην υγεία μπορεί να διασπαστεί στις εξής συνιστώσες (Harper και Lynch, 2005· Harper και Lynch, 2017):

$$V(h) = V_B(h) + V_W(h) = \left[\frac{1}{J} \sum_{j=1}^J (\mu - \bar{h}_j)^2 \right] + \left[\sum_{j=1}^J p_j V_j \right] \quad (6.53)$$

Όπου $V_B(h)$ και $V_W(h)$ αποτελούν τη συνολική μεταξύ και τη συνολική εντός των ομάδων διακύμανση, αντίστοιχα, p_j είναι το πληθυσμιακό μερίδιο και V_j η εντός της ομάδας j διακύμανση. Ο πρώτος όρος εντός των αγκυλών στο

δεξί μέρος της πιο πάνω εξίσωσης μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη μέτρηση της μεταξύ των ομάδων ανισότητας υγείας και συνήθως ονομάζεται *Between-Group Variance (BGV)*. Το μέτρο αυτό παρουσιάζει τα ίδια χαρακτηριστικά με τη συνολική διακύμανση, οπότε και χρησιμοποιείται για μη διατεταγμένες κοινωνικές ομάδες, εξετάζοντας τις μέσες απόλυτες διαφορές μεταξύ τους, και είναι περισσότερο ευαίσθητο σε μεγαλύτερες αποκλίσεις από τον μέσο όρο (αμφότερα των δύο πλευρών του). Η υπόθεση στην οποία στηρίζεται είναι ότι δεν υπάρχει ανισότητα εντός των κοινωνικών ομάδων, καθώς σε κάθε άτομο ανατίθεται το μέσο επίπεδο υγείας της ομάδας στην οποία ανήκει. Η συνιστώσα της εντός των ομάδων ανισότητας προκύπτει από τον σταθμισμένο με το πληθυσμιακό μερίδιο άθροισμα των εντός των ομάδων διακυμάνσεων (Harper και Lynch, 2005· Harper και Lynch, 2017).

Αντίστοιχα, όταν ο πληθυσμός μπορεί να διαχωρισθεί σε j ομάδες, ο πρώτος δείκτης του Theil είναι το ακριβές άθροισμα των παρακάτω συνιστωσών (Harper και Lynch, 2005· Harper και Lynch, 2017):

$$T(h) = T_B(h) + T_W(h) = \left[\sum_{j=1}^J p_j \frac{\bar{h}_j}{\mu} \ln \left(\frac{\bar{h}_j}{\mu} \right) \right] + \left[\sum_{j=1}^J p_j \frac{\bar{h}_j}{\mu} T_j \right] \quad (6.54)$$

Όπου $T_B(h)$ και $T_W(h)$ αποτελούν τη συνολική μεταξύ και τη συνολική εντός των ομάδων ανισότητα, αντίστοιχα, και T_j είναι η εντός της ομάδας j εκτίμηση για τον πρώτο δείκτη Theil²⁷⁹. Η μεταξύ των ομάδων εκτίμηση για τον πρώτο δείκτη Theil παρουσιάζει αντίστοιχες ιδιότητες με εκείνες του συνολικού πρώτου δείκτη Theil, που σημαίνει ότι δίνει περισσότερη έμφαση στο πάνω μέρος της κατανομής, ενώ απαιτεί και τη μέτρηση της υγείας σε μια ποσοτική κλίμακα μέτρησης (Harper και Lynch, 2005· Harper και Lynch, 2017).

Αντίστοιχα, μπορεί να διαχωρισθεί και ο δεύτερος δείκτης Theil (Harper και Lynch, 2005· Harper και Lynch, 2017):

²⁷⁹ Από τον παραπάνω τύπο προκύπτει ότι η συνιστώσα της μεταξύ των ομάδων ανισότητας μπορεί να υπολογισθεί για τον πρώτο δείκτη Theil και για ομαδοποιημένα δεδομένα, ακόμη και αν αφορούν σε μη συνεχείς μεταβλητές, εφόσον γνωρίζουμε τα πληθυσμιακά μερίδια των ομάδων p_j και την αναλογία της μέσης υγείας της ομάδας προς τη μέση υγεία στον πληθυσμό $\frac{\bar{h}_i}{\mu}$ (Harper και Lynch, 2005· Harper και Lynch, 2017).

Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

$$MLD(h) = MLD_B(h) + MLD_W(h) = \left[\sum_{j=1}^J p_j \ln \left(\frac{\bar{h}_j}{\mu} \right) \right] + \left[\sum_{j=1}^J p_j MLD_j \right] \quad (6.55)$$

Όπου $MLD_B(h)$ και $MLD_W(h)$ αποτελούν τη συνολική μεταξύ και τη συνολική εντός των ομάδων ανισότητα, αντίστοιχα, και MLD_j είναι η εντός της ομάδας j εκτίμηση για τον δεύτερο δείκτη Theil. Ο όρος που εκτιμάει τη μεταξύ των ομάδων ανισότητα για τον δεύτερο δείκτη Theil παρουσιάζει αντίστοιχες ιδιότητες με εκείνες του συνολικού δεύτερου δείκτη Theil, με συνέπεια να είναι περισσότερο ευαίσθητος στο κάτω μέρος της κατανομής (Harper και Lynch, 2005· Harper και Lynch, 2017).

Επίσης, είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι οι μεταβολές στην εκτίμηση της μεταξύ των ομάδων ανισότητας των δεικτών Theil αποτελεί μια συνάρτηση αφενός των πληθυσμιακών μεριδίων, και αφετέρου των αναλογικών υγείας των ομάδων. Αυτό σημαίνει ότι, καθότι υπάρχει στάθμιση ως προς τον πληθυσμό, μια μεταβολή του δείκτη αυτού μπορεί να οφείλεται σε μετακινήσεις ατόμων μεταξύ των ομάδων και όχι απαραίτητα σε μεταβολές της υγείας τους (Harper και Lynch, 2005· Harper και Lynch, 2017). Ως εκ τούτου, μια πολιτική παρέμβαση για την άμβλυση των κοινωνικοοικονομικών υγείας μπορεί να θέσει δύο διαφορετικούς στόχους: είτε την εφαρμογή πολιτικών δημόσιας υγείας για τη βελτίωση της υγείας των ομάδων που βρίσκονται στη χειρότερη κατάσταση είτε την εφαρμογή κοινωνικών πολιτικών για τη βελτίωση της κοινωνικής θέσης των ατόμων, δηλαδή τη μείωση του μεγέθους των χαμηλών κοινωνικών ομάδων (π.χ. με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης). Βέβαια, η μεταξύ των ομάδων ανισότητα στον πρώτο δείκτη Theil επηρεάζεται περισσότερο από ομάδες με μεγάλα μερίδια υγείας ($\frac{\bar{h}_i}{\mu}$), ενώ η μεταξύ των ομάδων ανισότητα στον δεύτερο δείκτη Theil επηρεάζεται περισσότερο από τις ομάδες με μεγάλα πληθυσμιακά μερίδια (p_j)²⁸⁰.

²⁸⁰ Θα πρέπει να σημειωθεί ότι έχει προταθεί και ένας συμμετρικός δείκτης Theil για εκβάσεις υγείας, ο οποίος ουσιαστικά αποτελεί έναν σταθμισμένο μέσο όρο του πρώτου και του δεύτερου δείκτη του Theil (Borrell και Tali, 2011).

Ο δείκτης Atkinson δεν είναι αυστηρά αθροιστικά διαχωρίσιμος, καθότι, πέρα από τους όρους για τη συνολική μεταξύ και τη συνολική εντός των ομάδων ανισότητα υγείας, παραμένει ένας υπολειμματικός όρος (residual), ο οποίος ισούται με το αρνητικό γινόμενο της μεταξύ και της εντός των ομάδων ανισότητας. Παρόλα αυτά, εφόσον αντικαταστήσουμε την υγεία κάθε i -οστού ατόμου με τη μέση υγεία κάθε j ομάδας, μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε τον δείκτη αυτόν για την εκτίμηση της μεταξύ των ομάδων ανισότητας υγείας

$$A_B(h, \varepsilon) = 1 - \left[\frac{1}{j} \sum_{j=1}^J \left(\frac{\bar{h}_i}{\mu} \right)^{1-\varepsilon} \right]^{\frac{1}{1-\varepsilon}}, \text{ για } \varepsilon \neq 1 \text{ και } \varepsilon > 0 \quad (6.56)$$

Επίσης, και ο δείκτης Kolm μπορεί να διαχωρισθεί στις συνιστώσες της μεταξύ και της εντός των ομάδων ανισότητας ως εξής (Harper και Lynch, 2017):

$$K(h, k) = K_B(h, k) + K_W(h, k) = \left[\sum_{j=1}^J p_j h_{ej} - h_e \right] + \left[\sum_{j=1}^J p_j K(k)_j \right], \kappa > 0 \quad (6.57)$$

Όπου $K(k)_j$ είναι η εντός της ομάδας j εκτίμηση του δείκτη Kolm με k παράμετρο αποστροφής για την ανισότητα, $p_j h_{ej}$ είναι η σταθμισμένη με το πληθυσμιακό μερίδιό της ισοκατανεμημένη ισοδύναμη υγεία για την ομάδα j και h_e είναι η ισοκατανεμημένη ισοδύναμη υγεία για τον πληθυσμό, για την οποία ισχύει (Harper και Lynch, 2017):

$$h_{eK(k)} = -\frac{1}{\kappa} \ln \left[\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n e^{-\kappa h_i} \right], \text{ για } \kappa > 0 \quad (6.58)$$

6.5. Συμπεράσματα και περαιτέρω σκέψεις

Το κεφάλαιο αυτό πραγματοποίησε μια σύνοψη των βασικών δεικτών των ανισοτήτων στις εκβάσεις υγείας που χρησιμοποιούνται στη βιβλιογραφία. Παράλληλα, ανέδειξε τα βασικά κανονιστικά και μεθοδολογικά ζητήματα που συνδέονται με τη μέτρηση των ανισοτήτων υγείας γενικότερα αλλά και ειδικά σε σχέση με τον κάθε δείκτη. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η ανάλυση των δεικτών ανισότητας που προηγήθηκε αναφέρεται στην εκτίμηση των ανισοτήτων στις εκβάσεις υγείας και όχι σε άλλες έννοιες όπως είναι οι ευκαιρίες ή οι δυνατότητες για καλή υγεία. Για τη μέτρηση αυτών των ανισοτήτων απαιτούνται άλλες, πιο πολύπλοκες τεχνικές ή μια προεργασία πριν την εφαρμογή των παραπάνω δεικτών (Fleurbaey και Schokkaert, 2012).

Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

Το βασικό συμπέρασμα που προκύπτει από αυτό το κεφάλαιο είναι ότι η επιλογή ενός δείκτη ανισότητας συνεπάγεται την αποδοχή των σιωπηρών ή ρητών αξιολογικών θέσεων που συνδέονται με τον καθένα από αυτούς (Maguire και Sheriff, 2011). Συνεπώς, η μέτρηση της ανισότητας αναπόδραστα εκφράζει κάποιες κανονιστικές διαστάσεις και δεν είναι ηθικά ουδέτερη. Σε αυτό θα πρέπει να συνυπολογιστεί ότι, ακόμη και πριν την λήψη της απόφασης για τον δείκτη ανισότητας που θα χρησιμοποιηθεί, η ίδια η επιλογή του τρόπου μέτρησης της υγείας ή και της κοινωνικοοικονομικής μεταβλητής, εφόσον επιχειρούμε τη διερεύνηση των κοινωνικοοικονομικών και όχι των συνολικών ανισοτήτων υγείας, συνεπάγεται συγκεκριμένες κανονιστικές θέσεις ή και προκαταλαμβάνει τους παράγοντες που διαμορφώνουν την τελική εικόνα της κατανομής της υγείας στον πληθυσμό. Γενικότερα, σε κάθε φάση της διαδικασίας μέτρησης απαιτείται η λήψη αποφάσεων που, λιγότερο ή περισσότερο, στηρίζονται σε συγκεκριμένες αξιολογικές τοποθετήσεις και μπορούν να επηρεάσουν τα συμπεράσματά μας ως προς το μέγεθος της ανισότητας και την ιεράρχηση των κατανομών της υγείας. Πάντως, θα πρέπει να επισημανθεί ότι τα κανονιστικά ζητήματα διαπλέκονται με τα μεθοδολογικά. Για παράδειγμα, τα περισσότερα μέτρα ανισότητας υποθέτουν την ύπαρξη μιας έκβασης ενδιαφέροντος που προσεγγίζεται στην αναλογική κλίμακα. Έτσι, τα διάφορα μετρικά χαρακτηριστικά της έκβασης υγείας μπορεί να περιορίζουν τις δυνατές επιλογές μεταξύ των δεικτών ανισότητας.

Ο **Πίνακας 6-3** καταγράφει τα βασικότερα μέτρα των ανισοτήτων υγείας που χρησιμοποιούνται στη βιβλιογραφία σε σχέση με τις βασικές κανονιστικές θέσεις τους. Το πρώτο, ίσως και το βασικότερο, ζήτημα που θα πρέπει να επιλυθεί κατά τη μέτρηση των ανισοτήτων υγείας αναφέρεται στο αν ενδιαφερόμαστε για τις συνολικές (όπως με τον Atkinson index) ή τις κοινωνικοοικονομικές (όπως με τον concentration index) ανισότητες υγείας. Στην πρώτη περίπτωση, ουσιαστικά αποδεχόμαστε ότι η εκτίμησή μας για τις διατομικές διαφορές υγείας μπορεί να συμπεριλαμβάνει και ανισότητες που οφείλονται σε βιολογικούς λόγους, οι οποίοι δεν επιδέχονται πολιτικής παρέμβασης. Ακόμη περισσότερο, δεν λαμβάνεται υπόψη ότι η ευημερία των ατόμων δεν επηρεάζεται μόνο από το επίπεδο της υγείας τους. Ωστόσο, ανισότητες σε άλλα πεδία της ζωής των ανθρώπων, όπως είναι το

Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, όχι μόνο μπορούν να εξηγήσουν τα αίτια των ανισοτήτων υγείας, αλλά μπορεί και να τις αντισταθμίσουν, εφόσον είναι αντίθετης κατεύθυνσης. Τα μέτρα των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας συνδέονται με ρητές αξιολογικές τοποθετήσεις για το τι αποτελεί αδικία και ανισοτιμία. Από την άλλη πλευρά, όμως, εκτός από το πρακτικό και ουσιαστικό πρόβλημα της επιλογής των σωστών κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών, οι δείκτες των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας δεν λαμβάνουν υπόψη τους τη σημαντική ετερογένεια που υπάρχει στα επίπεδα υγείας των ατόμων εντός των κοινωνικών ομάδων. Ως εκ τούτου, μια συνετή επιλογή θα ήταν η παράλληλη μέτρηση τόσο των συνολικών όσο και των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας.

Ένα επόμενο ζήτημα αφορά στην επιλογή μεταξύ της μέτρησης της απόλυτης ή της σχετικής ανισότητας. Ενώ τα μέτρα της απόλυτης ανισότητας συνδέονται με την ιδιότητα της ανεξαρτησίας ως προς ισόποσες μεταβολές της υγείας όλου του πληθυσμού, εκείνα της σχετικής ανισότητας παρουσιάζουν ανεξαρτησία ως προς ισοαναλογικές μεταβολές της υγείας. Το κριτήριο της ισοδυναμίας της ανισότητας είναι σημαντικό, καθότι καθορίζει τον τρόπο με τον οποίο μπορούν να διαμοιραστούν επιπρόσθετοι πόροι για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, θέτοντας έναν συγκεκριμένο στόχο ως προς τη μεταβολή της κατανομής. Αν και η ανεξαρτησία ως προς την κλίμακα μέτρησης θεωρείται σημαντική ιδιότητα στη μέτρηση των εισοδηματικών ανισοτήτων, δεν ισχύει απαραίτητα το ίδιο και για την υγεία. Αυτό το ζήτημα αναδεικνύεται περισσότερο στο πλαίσιο εκβάσεων υγείας που έχουν κάτω και άνω όρια. Σε αυτήν την περίπτωση, είναι δυνατή η εξέταση της ανισότητας τόσο από την πλευρά του επιτεύγματος όσο και από εκείνη του ελλείμματος υγείας. Ενώ όμως οι δείκτες της απόλυτης ανισότητας παράγουν τα ίδια αποτελέσματα και για τα δύο είδη των μεταβλητών υγείας, τα μέτρα της σχετικής ανισότητας καταλήγουν σε διαφορετικά. Ωστόσο, ως στόχος πολιτικής συχνά τίθεται η μείωση του επιπολασμού του κινδύνου θνησιμότητας και νοσηρότητας και η άμβλυνση της δυσανάλογης απόλυτης επιβάρυνσης κάποιων ομάδων υψηλού κινδύνου, οι οποίες μπορεί να συνδέονται και με συγκεκριμένα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά. Καθότι η σταθερή ιεράρχηση των κατανομών υγείας είναι επιθυμητή, μια λύση είναι η παράλληλη εφαρμογή

Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

μέτρων τόσο της απόλυτης (όπως ο *generalized concentration index*) όσο και της σχετικής (όπως ο τυπικός *concentration index*) ανισότητας, και η σύγκριση των συμπερασμάτων των δύο διαστάσεων της ανισότητας.

Έπειτα, είναι συνήθως προτιμότερο να επιλέγονται δείκτες που λαμβάνουν υπόψη τους το σύνολο του πληθυσμού ή των κοινωνικών ομάδων, εκτός και αν εξετάζονται ειδικότερα ζητήματα, όπως εκείνα των επιπτώσεων των διακρίσεων. Η επιλογή της ομάδας ή του μέτρου αναφοράς επίσης επηρεάζει τόσο την κατεύθυνση όσο και το μέγεθος της ανισότητας. Το σημείο αναφοράς σιωπηρά θέτει και τον υποκείμενο στόχο της κατανομής. Τα περισσότερα μέτρα που λαμβάνουν υπόψη τους το σύνολο του πληθυσμού θέτουν ως μέτρο αναφοράς τον μέσο όρο. Ένα επιπλέον ζήτημα που τίθεται ειδικά στο πλαίσιο των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας αφορά στο αν επιθυμούμε ο δείκτης ανισότητας να είναι ευαίσθητος ως προς τη φορά της κοινωνικοοικονομικής διαβάθμισης της υγείας. Αν και αυτή η ιδιότητα φαίνεται εκ πρώτης όψεως ότι μπορεί να προσφέρει πρόσθετες και χρήσιμες πληροφορίες για την αξιολόγηση των κατανομών, είναι δυνατόν τα μεσαία κοινωνικά στρώματα να επιβαρύνονται δυσανάλογα με προβλήματα υγείας (ή να παρουσιάζουν αναλογικά καλύτερο επίπεδο υγείας) σε σχέση με τα υπόλοιπα. Σε αυτήν την περίπτωση, οι δείκτες που είναι ευαίσθητοι ως προς τη φορά της κοινωνικοοικονομικής διαβάθμισης δεν μπορούν να καταγράψουν τη σχέση μεταξύ της ταξινομητικής κοινωνικοοικονομικής μεταβλητής και της υγείας, με συνέπεια να καταλήγουν στο ότι δεν υφίστανται συστηματικές διαφοροποιήσεις της υγείας ως προς το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Επίσης, είναι σημαντικό να σταθμίζονται οι κοινωνικές ομάδες σε σχέση με τον πληθυσμό τους, καθότι συνήθως μας ενδιαφέρει το συνολικό μέγεθος του αντικτύπου των ανισοτήτων υγείας. Στο πλαίσιο της χρήσης ατομικών δεδομένων υπάρχει εξ ορισμού αυτο-στάθμιση (*self-weighting*).

Η αρχή των μεταβιβάσεων υγείας μπορεί να εφαρμοστεί στους δείκτες που εξετάζουν τις συνολικές ανισότητες υγείας. Στο πλαίσιο αυτής της αρχής, ο δείκτης ανισότητας θα πρέπει να μειώνεται για κάθε προοδευτική μεταβίβαση της υγείας που δε μεταβάλλει τη σχετική θέση των ατόμων στην κατανομή υγείας. Στις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας εφαρμόζεται η αρχή των σχετιζόμενων με το εισόδημα μεταβιβάσεων υγείας, κατά την οποία μια

Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

μεταβίβαση υγείας από ένα πλουσιότερο σε ένα φτωχότερο άτομο μειώνει τον δείκτη ανισότητας, εφόσον δεν μεταβάλλει τη θέση των ατόμων ως προς το κοινωνικοοικονομικό επίπεδό τους. Αυτές οι αρχές μπορεί να λειτουργήσουν ανεξαρτήτως της ευαισθησίας που έχει ο κάθε δείκτης σε σχέση με το τμήμα της κατανομής στο οποίο συμβαίνουν οι μεταβιβάσεις. Για παράδειγμα, κάποιοι δείκτες σταθμίζουν με υψηλότερη βαρύτητα τις μεταβιβάσεις που πραγματοποιούνται στο πάνω μέρος της κατανομής, όπως είναι ο πρώτος δείκτης Theil, και άλλοι στο κάτω τμήμα, όπως είναι η μέση λογαριθμική απόκλιση. Κάποια άλλα μέτρα, όπως ο S-Gini και ο *ECl*, παρουσιάζουν το πλεονέκτημα να μπορούν να μεταβάλλουν τη δομή των σταθμίσεών τους. Αυτή η δυνατότητα τους επιτρέπει να εκφράζουν διαφορετικούς βαθμούς αποστροφής για την ανισότητα, με τις προτιμήσεις αυτές να μπορούν να εκμαιευθούν άμεσα από την ίδια την κοινωνία.

Τέλος, η ικανοποίηση της διαχωρισιμότητας επιτρέπει είτε την εξέταση των μεταξύ και των εντός των ομάδων του πληθυσμού ανισοτήτων υγείας είτε τη διερεύνηση της συνεισφοράς των επιμέρους πηγών της ανισότητας υγείας. Ειδικά για τα μέτρα που εξετάζουν τη συνολική ανισότητα υγείας είναι σημαντική αυτή η ιδιότητα, καθότι καθιστά δυνατή την αξιολόγηση του μεριδίου που καταλαμβάνουν οι μεταξύ των ομάδων ανισότητες στις συνολικές ανισότητες υγείας.

Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

Πίνακας 6-3 Σύνοψη και βασικά χαρακτηριστικά των κυριότερων δεικτών μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

Δείκτες ανισότητας	Σύμβολο	Συνολική κοινων/μικρή ανισότητα	ή Απόλυτη σχετική ανισότητα	ή Ανεξαρτησία κλίμακας ομοιόμορφης μετατόπισης	ή Ομάδα ή σύγκρισης	ή μέτρο όλου του πληθυσμού ή ομάδων	Συμπερίληψη του Εξέταση κοινων/μικρής διαβάθμισης	Πληθυσμιακή στάθμιση	Αρχή των (κοιν/μικρών) μεταβ/σεων υγείας	Παράμετρος αποστροφής ανισότητας	Ευαισθησία μεταβιβάσεις	σε Διαχωρισιμότητα
Range	$R(h)$	Συνολική	Απόλυτη	Μετατόπισης	Καλύτερο	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Μόνο άκρα	Όχι
Range Ratio	$R_{ratio}(h)$	Συνολική	Σχετική	Κλίμακας	Καλύτερο	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Μόνο άκρα	Όχι
Quantile Ratio	$QR(h)$	Συνολική	Σχετική	Κλίμακας	Ανώτερο ποσοστημόριο	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Μόνο μεταξύ των ποσοστημορίων	Όχι
Interquartile range	$IQR(h)$	Συνολική	Απόλυτη	Μετατόπισης	75 ^ο ποσοστημόριο	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Μόνο το 50% των μεσαίων τιμών	Όχι
Relative Deviation	Mean $RMD(h)$	Συνολική	Σχετική	Κλίμακας	Μέσος όρος	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Όχι	Από τη μια στην άλλη πλευρά του μέσου όρου	Όχι
Absolute Deviation	Mean $AMD(h)$	Συνολική	Απόλυτη	Μετατόπισης	Μέσος όρος	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Όχι	Από τη μια στην άλλη πλευρά του μέσου όρου	Όχι
Variance	$V(h)$	Συνολική	Απόλυτη	Μετατόπισης	Μέσος όρος	Ναι	Όχι	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι	Ναι
Standard Deviation	$SD(h)$	Συνολική	Απόλυτη	Μετατόπισης	Μέσος όρος	Ναι	Όχι	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι	Όχι
Coefficient of Variation	$CV(h)$	Συνολική	Σχετική	Κλίμακας	Μέσος όρος	Ναι	Όχι	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι	Ναι
Squared Coefficient of Variation	$CV^2(h)$	Συνολική	Σχετική	Κλίμακας	Μέσος όρος	Ναι	Όχι	Ναι	Ναι	Όχι	Άνω τμήμα	Περιορισμένη
Variance of Logarithms	$Vlog(h)$	Συνολική	Σχετική	Κλίμακας	Μέσος όρος	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Όχι	Κάτω τμήμα	Ναι
Standard Deviation of Logarithms	$SDlog(h)$	Συνολική	Σχετική	Κλίμακας	Μέσος όρος	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Όχι	Κάτω τμήμα	Όχι
Gini Index	$G(h)$	Συνολική	Σχετική	Κλίμακας	Μέσος όρος	Ναι	Όχι	Ναι	Ναι	Όχι	Αυξάνεται μακρύτερα της διαμέσου	Περιορισμένη
Generalized Gini Index	$GG(h)$	Συνολική	Απόλυτη	Μετατόπισης	Μέσος όρος	Ναι	Όχι	Ναι	Ναι	Όχι	Αυξάνεται μακρύτερα της διαμέσου	Περιορισμένη
Corrected Gini Index	$CG(h)$	Συνολική	Απόλυτη	Μετατόπισης	Μέσος όρος	Ναι	Όχι	Ναι	Ναι	Όχι	Αυξάνεται μακρύτερα της διαμέσου	Περιορισμένη
S-Gini Index	$SG(h, \nu)$	Συνολική	Σχετική	Κλίμακας	Μέσος όρος	Ναι	Όχι	Ναι	Ναι	Ναι	Όσο αυξάνεται το ν , τόσο χαμηλότερα	Περιορισμένη
Theil Index	$T(h)$	Συνολική	Σχετική	Κλίμακας	Μέσος όρος	Ναι	Όχι	Ναι	Ναι	Όχι	Άνω τμήμα	Ναι

Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

Δείκτες ανισότητας	Σύμβολο	Συνολική κοινων/μικρή ανισότητα	ή Απόλυτη σχετική ανισότητα	ή Ανεξαρτησία κλίμακας ομοιόμορφης μετατόπισης	ή Ομάδα ή σύγκρισης	μέτρο	Συμπερίληψη όλου του πληθυσμού ή ομάδων	Εξέταση κοινων/μικρής διαβάθμισης	Πληθυσμιακή στάθμιση	Αρχή των (κοιν/μικρών) μεταβ/σεων υγείας	Παράμετρος αποστροφής ανισότητας	Ευαισθησία μεταβιβάσεις	σε Διαχωρισιμότητα
Mean Logarithmic Deviation	$MLD(h)$	Συνολική	Σχετική	Κλίμακας	Μέσος όρος	Ναι	Όχι	Ναι	Ναι	Όχι	Κάτω τμήμα	Ναι	
Atkinson Index	$A(h, \epsilon)$	Συνολική	Σχετική	Κλίμακας	Μέσος όρος	Ναι	Όχι	Ναι	Ναι	Ναι	Όσο αυξάνεται το ϵ , τόσο χαμηλότερα	Περιορισμένη	
Kolm-Pollak index	$K(h, k)$	Συνολική	Απόλυτη	Μετατόπισης	Μέσος όρος	Ναι	Όχι	Ναι	Ναι	Ναι	Όσο αυξάνεται το k , τόσο χαμηλότερα	Ναι	
Absolute Gap (Rate Difference)	$AG(h)$	Κοινων/μικρή	Απόλυτη	Μετατόπισης	Καλύτερο/Μεταβλητό	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	
Relative Gap (Rate Ratio)	$RG(h)$	Κοινων/μικρή	Σχετική	Κλίμακας	Καλύτερο/Μεταβλητό	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	
Risk Difference	$RD(h)$	Κοινων/μικρή	Απόλυτη	Μετατόπισης	Καλύτερο/Μεταβλητό	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	
Risk Ratio	$RR(h)$	Κοινων/μικρή	Σχετική	Κλίμακας	Καλύτερο/Μεταβλητό	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	
Odds Ratio	$OR(h)$	Κοινων/μικρή	Σχετική	Κλίμακας	Καλύτερο/Μεταβλητό	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	
Population Attributable Risk	$PAR(h)$	Κοινων/μικρή	Απόλυτη	Μετατόπισης	Καλύτερο	Όχι	Όχι	Ναι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	
Population Attributable Fraction	$PAF(h)$	Κοινων/μικρή	Σχετική	Κλίμακας	Καλύτερο	Όχι	Όχι	Ναι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	
Absolute Group Mean Deviation	$AGMD_j(h)$	Κοινων/μικρή	Απόλυτη	Μετατόπισης	Καλύτερο/Μεταβλητό	Ναι	Όχι	Δυνατή	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	
Relative Group Mean Deviation	$RGMD_j(h)$	Κοινων/μικρή	Σχετική	Κλίμακας	Καλύτερο/Μεταβλητό	Ναι	Όχι	Δυνατή	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	
Index of Disparity	$IDISP(h)$	Κοινων/μικρή	Σχετική	Κλίμακας	Καλύτερο	Ναι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	
Relative Index of Dissimilarity	$RID_j(h)$	Κοινων/μικρή	Σχετική	Κλίμακας	Μέσος όρος	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	
Absolute Index of Dissimilarity	$AID_j(h)$	Κοινων/μικρή	Απόλυτη	Μετατόπισης	Μέσος όρος	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	
Regression-based Absolute effect	$RAE(h)$	Κοινων/μικρή	Απόλυτη	Μετατόπισης	Καλύτερο	Ναι	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Όχι	Όχι	
Regression-based Relative Effect	$RRE(h)$	Κοινων/μικρή	Σχετική	Κλίμακας	Καλύτερο	Ναι	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Όχι	Όχι	

Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

Δείκτες ανισότητας	Σύμβολο	Συνολική κοινων/μικρή ανισότητα	ή Απόλυτη σχετική ανισότητα	ή Ανεξαρτησία κλίμακας ή Ομάδα ή μέτρο	ή Ομοιόμορφη μετατόπιση	ή Συμπερίληψη όλου του πληθυσμού ή ομάδων	Εξέταση κοινων/μικρής διαβάθμισης	Πληθυσμιακή στάθμιση	Αρχή των (κοιν/μικρών) μεταβ/σεων υγείας	Παράμετρος αποστροφής ανισότητας	Ευαισθησία μεταβιβάσεις	σε Διαχωρισιμότητα
Slope Index of Inequality	$SII(h)$	Κοινων/μικρή	Απόλυτη	Μετατόπισης	Καλύτερο	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι	Όχι
Relative Index of Inequality	$RII(h)$	Κοινων/μικρή	Σχετική	Κλίμακας	Καλύτερο	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι	Όχι
Concentration Index	$CI(h)$	Κοινων/μικρή	Σχετική	Κλίμακας	Μέσος όρος	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Αυξάνεται μακρύτερα της διαμέσου της κοιν/κής κατανομής	Ναι
Generalized Concentration Index	$GCI(h)$	Κοινων/μικρή	Απόλυτη	Μετατόπισης	Μέσος όρος	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Αυξάνεται μακρύτερα της διαμέσου της κοιν/κής κατανομής	Ναι
Modified Concentration Index	$MCI(h)$	Κοινων/μικρή	Σχετική	Κλίμακας	Μέσος όρος	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Αυξάνεται μακρύτερα της διαμέσου της κοιν/κής κατανομής	Ναι
Erreygers Concentration Index	$E(h)$	Κοινων/μικρή	Απόλυτη	Μετατόπισης	Μέσος όρος	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Αυξάνεται μακρύτερα της διαμέσου της κοιν/κής κατανομής	Ναι
Wagstaff Concentration Index	$W(h)$	Κοινων/μικρή	Μικτή	Ανταν/στική σχετικότητα	Μέσος όρος	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Επηρεάζεται από το μέσο επίπεδο υγείας	Ναι
Extended Concentration Index	$ECI(h, \nu)$	Κοινων/μικρή	Σχετική	Κλίμακας	Μέσος όρος	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Όσο αυξάνεται το ν , τόσο χαμηλότερα της κοιν/κής κατανομής	Ναι
Symmetrical Concentration Index	$SCI(h, \beta)$	Κοινων/μικρή	Σχετική	Κλίμακας	Μέσος όρος	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Όσο αυξάνεται το β , τόσο περισσότερο στα άκρα της κοιν/κής κατανομής	Ναι
Generalized Extended Concentration Index	$GECI(h, \nu)$	Κοινων/μικρή	Απόλυτη	Μετατόπισης	Μέσος όρος	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Όσο αυξάνεται το ν , τόσο χαμηλότερα της κοιν/κής κατανομής	Ναι
Generalized Symmetrical Concentration Index	$GSCI(h, \beta)$	Κοινων/μικρή	Απόλυτη	Μετατόπισης	Μέσος όρος	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Όσο αυξάνεται το β , τόσο περισσότερο στα άκρα της κοιν/κής κατανομής	Ναι

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

7. Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

7.1. Εισαγωγή

Στο προηγούμενο κεφάλαιο εξετάσαμε τους δείκτες των ανισοτήτων υγείας που κυρίως χρησιμοποιούνται στη βιβλιογραφία, τους οποίους συνδέσαμε με τα διάφορα κανονιστικά και μεθοδολογικά ζητήματα που αφορούν στη μέτρηση των ανισοτήτων υγείας. Διαπιστώσαμε, λοιπόν, ότι κάθε δείκτης στηρίζεται σε διαφορετικές αξιολογικές τοποθετήσεις, οι οποίες μπορεί να επηρεάσουν τα συμπεράσματα της μέτρησης. Παράλληλα, δεν φαίνεται να υπάρχει ένα ομόφωνα αποδεκτό άριστο μέτρο ανισότητας, καθώς όλοι συνδέονται με προτερήματα και μειονεκτήματα. Μάλιστα, σε πολλές περιπτώσεις υπάρχουν *de facto* περιορισμοί από τα μετρικά χαρακτηριστικά των διαθέσιμων δεδομένων, οι οποίοι οδηγούν στην αναγκαστική εφαρμογή συγκεκριμένων δεικτών ανισότητας.

Έπειτα, στο πέμπτο κεφάλαιο εξετάσαμε την επίπτωση των οικονομικών κρίσεων στην υγεία του πληθυσμού. Η πλειοψηφία των εμπειρικών μελετών συμφωνεί ως προς την αρνητική επίδραση της κρίσης στην κατάσταση υγείας του ελληνικού πληθυσμού, λόγω των αρνητικών μεταβολών στους κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστές της υγείας και των πολιτικών λιτότητας που εφαρμόστηκαν σε αυτήν την περίοδο. Επίσης, οι μηχανισμοί διαμέσου των οποίων οι μακροοικονομικές και οι ατομικές κοινωνικοοικονομικές μεταβολές επηρεάζουν την υγεία είναι ποικίλοι και σε πολλές περιπτώσεις αντίθετης κατεύθυνσης. Ακόμη περισσότερο, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των πληθυσμιακών ομάδων μπορεί να τροποποιούν την επίπτωση των σχετικών μηχανισμών. Όμως, ενώ πολλές μελέτες έχουν διερευνήσει τις επιπτώσεις της κρίσης στη μέση υγεία του πληθυσμού, δεν φαίνεται να ισχύει το ίδιο και για την εξέταση της κατανομής τους στις διάφορες πληθυσμιακές ομάδες. Με άλλα λόγια, δεν έχει υπάρξει ανάλογο επιστημονικό ενδιαφέρον για τις συνέπειες της κρίσης στις ανισότητες υγείας στον ελληνικό πληθυσμό. Οι λίγες έρευνες που έχουν δημοσιευθεί δεν φαίνεται να καταλήγουν στα ίδια συμπεράσματα. Επιπλέον, θα πρέπει να διαχωρίζονται οι βραχυχρόνιες από τις μακροπρόθεσμες συνέπειες των υφέσεων, καθώς κάποιες υγειονομικές επιπτώσεις χρειάζονται σημαντικό χρόνο για να εμφανιστούν (Bacigalupe και

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Escolar-Pujolar, 2014· Forster και Kentikelenis, 2019). Συνεπώς, θα είχε νόημα να διερευνηθεί σε βάθος χρόνου η εξέλιξη των ανισοτήτων υγείας μετά την έναρξη της κρίσης. Επίσης, ακόμη και αν διαπιστώναμε την ύπαρξη κάποιων μεταβολών στις ανισότητες υγείας, αυτό δεν αποκλείει το ενδεχόμενο οι μεταβολές αυτές να συνεχίζουν προϋπάρχουσες τάσεις (Bacigalupe και Escolar-Pujolar, 2014). Συνεπώς, προκειμένου να διακρίνουμε τις συγκεκριμένες συνέπειες της πρόσφατης κρίσης, θα πρέπει να εξετάσουμε παράλληλα και αν οι μεταβολές στις ανισότητες υγείας μετά το 2008 διαφέρουν από την τάση που υπήρχε πριν την έναρξη της κρίσης.

Σκοπός αυτού του κεφαλαίου είναι η αποτύπωση της επίπτωσης της οικονομικής κρίσης στην εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα. Για αυτόν τον σκοπό, α) εφαρμόζουμε πολλαπλούς δείκτες ανισότητας, β) χρησιμοποιούμε διαφορετικές μεταβλητές υγείας και κοινωνικοοικονομικής θέσης και γ) διερευνούμε τις σχετικές μεταβολές σε βάθος δεκαπενταετίας (2003-2017), ώστε να καταλήξουμε σε πιο αξιόπιστα συμπεράσματα. Η ενότητα που ακολουθεί περιγράφει τη μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση των ανισοτήτων υγείας, δηλαδή, το στατιστικό υλικό και τη στατιστική προσέγγιση, όπως είναι οι μεταβλητές και τα μέτρα ανισότητας που αξιοποιήθηκαν. Στη συνέχεια, παρατίθενται τα αποτελέσματα. Αρχικά παρουσιάζεται η εξέλιξη του μέσου επιπέδου των εκβάσεων υγείας, και ακολούθως οι μεταβολές στις συνολικές και τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας. Το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με κάποια συμπεράσματα και περαιτέρω σκέψεις.

7.2. Μεθοδολογία

7.2.1. Στατιστικό υλικό

7.2.1.1. Βάση δεδομένων

Για τη διερεύνηση της εξέλιξης των ανισοτήτων υγείας αξιοποιήσαμε τα ανωνυμοποιημένα μικροδεδομένα των βάσεων δεδομένων της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης (EU-SILC) για την περίοδο 2003-2017, τις οποίες μας παρείχε η ΕΛΣΤΑΤ. Η EU-SILC εκκίνησε το 2003 και διεξάγεται ετησίως σε όλα τα κράτη μέλη της Ε.Ε., καθώς και στην Ισλανδία, τη Νορβηγία

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

και την Ελβετία, αντικαθιστώντας το ευρωπαϊκό panel νοικοκυριών. Ως βασικό σκοπό έχει τη διερεύνηση του εισοδήματος, των συνθηκών διαβίωσης, καθώς και κάποιες διαστάσεις της υγείας και της συμπεριφοράς που σχετίζεται με την υγεία των νοικοκυριών σε εθνικό, περιφερειακό και ευρωπαϊκό επίπεδο. Η έρευνα αυτή είναι σχεδιασμένη για την παρακολούθηση της προόδου των στόχων ως προς την κατανομή του εισοδήματος και του κοινωνικού αποκλεισμού της «Ευρώπη 2020» (Υφαντόπουλος και Νικολαΐδου, 2008· Agora κ.ά., 2015).

Σε επίπεδο νοικοκυριού συλλέγονται στοιχεία, όπως: α) η σύνθεση και τα χαρακτηριστικά του νοικοκυριού (π.χ. χώρα, έτος, αναγνωριστικό), β) τα χαρακτηριστικά της στέγασης (π.χ. συνθήκες στέγασης, καθεστώς ιδιοκτησίας της κατοικίας), γ) ο βαθμός υλικής αποστέρησης (π.χ. οικονομικές δυσκολίες πληρωμής ενοικίου) και δ) πληροφορίες για το εισόδημα. Σε ατομικό επίπεδο συλλέγονται στοιχεία, όπως: α) βασικά δημογραφικά (π.χ. φύλο, ηλικία), β) πληροφορίες για το επίπεδο εκπαίδευσης, γ) πληροφορίες για την εργασία (π.χ. προηγούμενη και τρέχουσα απασχόληση), δ) πληροφορίες για το εισόδημα, καθώς και ε) κάποια περιορισμένα στοιχεία για την υγεία (π.χ. αυτοαξιολογούμενη υγεία). Δυστυχώς, κάποιες μεταβλητές που περιλαμβάνονται στα διαστρωματικά δεδομένα δεν υπάρχουν και στα διαχρονικά (βλ. παρακάτω). Το εργαλείο συλλογής των δεδομένων δεν είναι τυποποιημένο μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών. Ωστόσο, η συγκρισιμότητα επιτυγχάνεται χρησιμοποιώντας κοινές μεταβλητές και ορισμούς. Παράλληλα με τον κύριο πυρήνα των πληροφοριών που συλλέγονται σε σταθερή βάση, κάθε χρόνο συγκεντρώνονται στοιχεία και για ένα σύνολο μεταβλητών στο πλαίσιο *ad hoc* modules. Αυτά τα modules συνήθως επαναλαμβάνονται κάθε πέντε χρόνια²⁸¹ (Υφαντόπουλος και Νικολαΐδου, 2008· Agora κ.ά., 2015).

²⁸¹ Τα modules που είχαν διεξαχθεί μέχρι και το 2017 είναι τα παρακάτω:
2005 – Intergenerational transmission of poverty
2006 – Social participation
2007 – Housing conditions
2008 – Over-indebtedness and financial exclusion
2009 – Material deprivation
2010 – Intra-household sharing of resources

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Το δείγμα περιλαμβάνει άτομα ηλικίας 16 ετών και άνω, αλλά η μέθοδος δειγματοληψίας διαφέρει από χώρα σε χώρα. Στην Ελλάδα εφαρμόζεται μια δισταδιακή στρωματοποιημένη δειγματοληψία των νοικοκυριών, με βάση τα στοιχεία της τελευταίας απογραφής. Η τελική δειγματοληπτική μονάδα είναι το νοικοκυριό, ενώ ως μονάδες ανάλυσης χρησιμοποιούνται τα νοικοκυριά και τα μέλη τους. Το δείγμα κάθε χρόνο είναι μερικώς επικαλυπτόμενο (rotational integrated design), καθώς αποτελείται από μια συγχρονική και από μια διαχρονική συνιστώσα. Η διαχρονική συνιστώσα του δείγματος συνίσταται από τέσσερα (αντιπροσωπευτικά του πληθυσμού) εναλλασσόμενα υπο-δείγματα (panels), καθένα από τα οποία διαρκεί τέσσερα χρόνια. Κάθε χρόνο, ένα από τα εναλλασσόμενα υπο-δείγματα εγκαταλείπει το δείγμα και ένα νέο προστίθεται. Κατά αυτόν τον τρόπο, τα άτομα που επιλέγονται για κάθε panel ερευνώνται για μια περίοδο τεσσάρων ετών (Υφαντόπουλος και Νικολαΐδου, 2008· Arora κ.ά., 2015).

Η ΕΛΣΤΑΤ παρέιχε για κάθε έτος ένα αρχείο excel, το οποίο περιλάμβανε τέσσερα φύλλα εργασίας με τα δεδομένα κωδικοποιημένα, καθώς και ένα κωδικολόγιο. Αυτά τα τέσσερα φύλλα εργασίας ήταν για κάθε έτος τα παρακάτω:

- Household Register (D-file): Περιλαμβάνει πληροφορίες σε επίπεδο νοικοκυριού για τις σταθμίσεις, τη δειγματοληψία, την τοποθεσία της κατοικίας και τον βαθμό αστικοποίησης.
- Household Data (H-file): Περιλαμβάνει πληροφορίες για τη συνέντευξη, το οικογενειακό εισόδημα, την υποκειμενική οικονομική κατάσταση και το επίπεδο φτώχειας για το νοικοκυριό, τα χαρακτηριστικά της στέγασης και τις συνθήκες διαβίωσής του.

2011 – Intergenerational transmission of disadvantages
2012 – Housing conditions
2013 – Wellbeing
2014 – Material deprivation
2015 – Social/cultural participation and material deprivation
2016 – Access to services
2017 – Health and children's health.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

- Personal Register (R-file): Περιλαμβάνει πληροφορίες για όλα τα μέλη του νοικοκυριού (συμπεριλαμβανομένων εκείνων που είναι κάτω των 16 ετών), όπως βασικά δημογραφικά, σχέσεις συγγένειας, καθώς και στοιχεία για τη φροντίδα των παιδιών.
- Personal Data (P-file): Περιλαμβάνει πληροφορίες μόνο για τα μέλη του νοικοκυριού που είναι 16 ετών και άνω, όπως αναφορικά με τα βασικά δημογραφικά στοιχεία τους, το εισόδημα, την απασχόληση και την ανεργία, την υγεία, καθώς και τις σταθμίσεις (weights) των μελών.

Τα τέσσερα αρχεία ενοποιήθηκαν για κάθε έτος με το στατιστικό πρόγραμμα Stata v.14, χρησιμοποιώντας συγκεκριμένα αναγνωριστικά που ήταν διαθέσιμα, με συνέπεια να δημιουργηθεί μια ενιαία βάση δεδομένων για κάθε έτος. Στη συνέχεια, όλες οι ετήσιες βάσεις συνενώθηκαν, αφού προηγουμένως έγινε εναρμονισμός κάποιων μεταβλητών, οι οποίες υφίσταντο κάποια τροποποίηση με το πέρασμα του χρόνου. Για παράδειγμα, κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου 2003-2017 άλλαξε ο τρόπος κωδικοποίησης των επαγγελμάτων (από ISCO-88 σε ISCO-08)²⁸² και των εκπαιδευτικών επιπέδων (από ISCED 1997 σε ISCED 2011)²⁸³. Διορθώσεις εφαρμόστηκαν και όπου αλλού χρειάστηκε, για παράδειγμα όταν άλλαζαν οι ετικέτες των τιμών των μεταβλητών, κατά τρόπο που επέτρεψε την ενοποίηση των βάσεων των δεδομένων όλων των ετών, χωρίς να περιοριστεί η δυνατότητα των διαχρονικών συγκρίσεων για αυτές τις μεταβλητές. Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται το μέγεθος του δείγματος (τελική μονάδα ανάλυσης, αριθμός ατόμων) της βάσης δεδομένων της EU-SILC για την Ελλάδα ανά έτος (**Πίνακας 7-1**).

Πίνακας 7-1 Μέγεθος δείγματος (αριθμών ατόμων) ανά έτος της βάσης δεδομένων

Έτος	Μέγεθος δείγματος (αριθμός ατόμων)	Σχετική συχνότητα (%)	Αθροιστική συχνότητα (%)
2003	14923	5,30	5,30
2004	13996	4,97	10,27

²⁸² International Standard Classification of Occupations.

²⁸³ International Standard Classification of Education.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2005	12381	4,40	14,67
2006	12606	4,48	19,15
2007	12346	4,39	23,53
2008	14123	5,02	28,55
2009	15045	5,34	33,90
2010	14788	5,25	39,15
2011	12641	4,49	43,64
2012	11698	4,16	47,79
2013	15318	5,44	53,24
2014	17916	6,36	59,60
2015	29405	10,45	70,04
2016	37850	13,45	83,49
2017	46478	16,51	100
Σύνολο	281514	100	

7.2.1.2. Εκβάσεις υγείας

Όπως έχει ήδη συζητηθεί, για τη μέτρηση των ανισοτήτων υγείας στον πληθυσμό, προτείνεται η ταυτόχρονη χρήση περισσότερων δεικτών υγείας. Αυτό διότι αφενός η υγεία αποτελεί ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, και αφετέρου τα αποτελέσματα της μέτρησης μπορεί να διαφέρουν ανάλογα του δείκτη υγείας που θα χρησιμοποιηθεί. Η EU-SILC έχει διαθέσιμες διαχρονικά τρεις υποκειμενικές εκβάσεις υγείας, οι οποίες θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν για τη μέτρηση των ανισοτήτων υγείας. Ο πρώτος δείκτης μετράει την αυτοαξιολογούμενη κατάσταση γενικής υγείας σε μια 5-βάθμια κλίμακα μέτρησης (Likert), από «πολύ κακή» έως «πολύ καλή». Ο δεύτερος δείκτης αφορά στην ύπαρξη ή όχι μακροχρόνιου προβλήματος υγείας. Ο τρίτος δείκτης εξετάζει την περίπτωση περιορισμού των συνήθων δραστηριοτήτων λόγω προβλημάτων υγείας σε μια 3-βάθμια ιεραρχική κλίμακα («όχι», «ναι» και «ναι, πάρα πολύ»).

Στη βιβλιογραφία συχνά χρησιμοποιούνται υποκειμενικοί δείκτες της υγείας, όπως είναι η αυτοαξιολογούμενη υγεία σε 5-βαθμια κλίμακα. Στο προηγούμενο κεφάλαιο διαπιστώσαμε κάποια βασικά μεθοδολογικά (και κανονιστικά) ζητήματα κατά τη χρησιμοποίηση ιεραρχικών εκβάσεων υγείας για τη μέτρηση των ανισοτήτων υγείας, ιδίως κατά την εφαρμογή των δεικτών συγκέντρωσης. Έτσι, προκειμένου να εφαρμοστούν κάποια μέτρα ανισότητας, απαιτείται ο προηγούμενος μετασχηματισμός τους σε ποσοτικές μεταβλητές

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

(cardinal measures). Υπάρχουν τρεις συνήθεις μέθοδοι ποσοτικοποίησης (cardinalization) μιας ιεραρχικής έκβασης υγείας για τον σκοπό της μέτρησης των ανισοτήτων υγείας: α) η διχοτόμηση, β) ο λογαριθμοκανονικός (log-normal) μετασχηματισμός και γ) η χρήση της παλινδρόμησης διαστημάτων.

Η διχοτόμηση περιλαμβάνει την επιλογή ενός σημείου διαχωρισμού (cut-off point) μεταξύ της καλής και της κακής υγείας. Έτσι, η 5-βάθμια κλίμακα αυτοαξιολόγησης της υγείας θα μπορούσε να διχοτομηθεί με τέσσερις διαφορετικούς τρόπους, με το σημείο διαχωρισμού να τίθεται: α) στην πολύ κακή, β) στην κακή, γ) στη μέτρια ή δ) στην καλή κατάσταση υγείας. Σε αυτό το πλαίσιο, επιλέξαμε τη διχοτόμηση της αυτοαξιολογούμενης κατάστασης γενικής υγείας με δύο τρόπους: α) «πολύ καλή»/«καλή»/«μέτρια»/«κακή έναντι πολύ κακής κατάσταση υγείας και β) «πολύ καλή»/«καλή»/«μέτρια» έναντι «κακής»/«πολύ κακής» κατάσταση υγείας. Το ίδιο πράξαμε και για τη μεταβλητή για τον περιορισμό των συνήθων καθημερινών δραστηριοτήτων λόγω προβλημάτων υγείας, η οποία μετασχηματίστηκε με δύο τρόπους: α) «όχι»/«ναι» έναντι «ναι, πάρα πολύ» και β) «όχι» έναντι «ναι»/«ναι, πάρα πολύ».

Ένα πρόβλημα με τη διχοτόμηση ιεραρχικών εκβάσεων υγείας (πέρα από τα υπόλοιπα μεθοδολογικά και κανονιστικά που παρουσιάστηκαν στην προηγούμενη ενότητα) είναι ότι το μέγεθος των ανισοτήτων υγείας όταν χρησιμοποιούμε δείκτες συγκέντρωσης διαφοροποιείται ανάλογα με το σημείο διαχωρισμού που θα επιλέξουμε, ενώ παράλληλα χάνεται και σημαντική πληροφορία για την κατανομή της υγείας (Wagstaff και Van Doorslaer, 1994· Nesson και Robinson, 2017a). Μια εναλλακτική προσέγγιση είναι να υποθέσουμε ότι η ιεραρχική έκβαση υγείας (h) με J κατηγορίες βασίζεται σε μια συνεχή λανθάνουσα μεταβλητή (h^*), η οποία ακολουθεί τη λογαριθμοκανονική κατανομή. Το μειονέκτημα αυτής της προσέγγισης είναι ότι η υγεία μπορεί να μην ακολουθεί αυτό το είδος της κατανομής (Wagstaff και Van Doorslaer, 1994· Nesson και Robinson, 2017a). Επίσης, οι τιμές της λανθάνουσας μεταβλητής υγείας δεν περιορίζονται στο διάστημα $[0, 1]$ (Van Doorslaer και Jones, 2003).

Μια τρίτη μέθοδος για την ποσοτικοποίηση μιας ιεραρχικής έκβασης υγείας, την οποία και εφαρμόζουμε στην παρούσα διατριβή, είναι η αντιστοίχιση (mapping) των τιμών της ιεραρχικής μεταβλητής με τις τιμές ενός

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

γενικού δείκτη υγείας, ο οποίος έχει μετρηθεί σε μια συνεχή κλίμακα. Οι Van Doorslaer και Jones (2003) σύγκριναν εναλλακτικές προσεγγίσεις για την παραπάνω διαδικασία και κατέληξαν ότι η μέθοδος της παλινδρόμησης διαστημάτων είναι ανώτερη των υπολοίπων. Στο πλαίσιο αυτής της προσέγγισης, γίνεται η υπόθεση ότι το γενικό μέτρο υγείας, όπως ένας δείκτης χρησιμότητας της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, αποτελεί ένα κατάλληλο μέτρο αξιολόγησης της πραγματικής υγείας των ατόμων. Η τεχνική αυτή προϋποθέτει μια προηγούμενη έρευνα πεδίου, στην οποία συνυπήρχαν η ιεραρχική έκβαση υγείας και το γενικό μέτρο υγείας. Έτσι, καθίσταται δυνατό να αντληθούν τα όρια των διαστημάτων της παλινδρόμησης από την εμπειρική κατανομή του γενικού μέτρου υγείας που αντιστοιχούν στις τιμές της ιεραρχικής έκβασης (εξωτερική πληροφόρηση). Η προσέγγιση αυτή παρουσιάζει δύο βασικά μειονεκτήματα. Αρχικά, οι εκτιμήσεις των ανισοτήτων υγείας για τη μετασχηματισμένη μεταβλητή υγείας θα πλησιάζουν πολύ εκείνες του γενικού μέτρου. Έπειτα, καθώς χρησιμοποιούνται δημογραφικοί και άλλοι παράγοντες ως παλινδρομούσες ανεξάρτητες μεταβλητές (regressors) για τη βελτίωση της ακρίβειας των εκτιμημένων τιμών υγείας, αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την υπερτίμηση της σχέσης μεταξύ του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και της υγείας (Nesson και Robinson, 2017a· Nesson και Robinson, 2017b).

7.2.1.2.1. Μετασχηματισμός της ιεραρχικής έκβασης υγείας σε ποσοτική κλίμακα μέτρησης

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, για τον μετασχηματισμό της 5-βάθμιας έκβασης υγείας που παρέχεται από την EU-SILC σε ποσοτική με την εφαρμογή της παλινδρόμησης διαστημάτων, απαιτείται εξωτερική πληροφόρηση για την εμπειρική κατανομή ενός γενικού μέτρου υγείας, το οποίο είχε συμπληρωθεί παράλληλα με την ιεραρχική μεταβλητή υγείας. Αυτήν την εξωτερική πληροφόρηση θα την αντλήσουμε από έρευνα πεδίου που σχεδιάστηκε και διεξήχθη υπό τον συντονισμό και την επίβλεψη του ερευνητή της παρούσας διατριβής στην Περιφέρεια Αττικής μεταξύ 2014 και 2015. Βασικός σκοπός της έρευνας ήταν η αξιολόγηση των υγειονομικών συνεπειών της κρίσης στην Ελλάδα. Επρόκειτο για μια συγχρονική έρευνα παρατήρησης, η οποία εφάρμοσε μια στρωματοποιημένη δειγματοληψία με ποσοτώσεις

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

βάσει φύλου και ηλικίας, με την παράλληλη χρήση διαφόρων κριτηρίων και ελέγχων για την εξασφάλιση της αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος. Η βασική μονάδα δειγματοληψίας ήταν το νοικοκυριό και μονάδα παρατήρησης ένα άτομο ηλικίας 15 ετών και άνω ανά νοικοκυριό. Η συλλογή της πληροφορίας πραγματοποιήθηκε με συνεντεύξεις πρόσωπο με πρόσωπο στις κατοικίες των αποκρινόμενων, από ειδικά εκπαιδευμένους προπτυχιακούς και μεταπτυχιακούς φοιτητές του Τμήματος Πολιτικής Επιστήμης και Δημόσιας Διοίκησης του ΕΚΠΑ. Το τελικό δείγμα περιλάμβανε 2.851 άτομα, και τα αποτελέσματα της δειγματοληψίας δείχνουν ότι κατανομή του δείγματος ήταν πολύ κοντά στον πληθυσμό-στόχο²⁸⁴. Συνεπώς, μπορούμε να υποθέσουμε ότι η έρευνα αυτή παρήγαγε ένα αρκετά αντιπροσωπευτικό δείγμα.

Το ερωτηματολόγιο της έρευνας είχε προηγουμένως δοκιμασθεί σε πιλοτικό στάδιο, το οποίο οδήγησε σε κάποιες απαραίτητες διορθώσεις για τη διαμόρφωση του τελικού ερωτηματολογίου. Μεταξύ των ερωτήσεων περιλάμβανε και την αυτοαξιολόγηση της γενικής υγείας σε μια 5-βάθμια κλίμακα, αντίστοιχη με εκείνη της EU-SILC, καθώς και τα σταθμισμένα ερωτηματολόγια μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής EQ-5D-5L (Yfantopoulos και Chantzaras, 2016) και 15D (Yfantopoulos, 2001c). Το 15D εξετάζει την κατάσταση υγείας των ατόμων σε 15 διαστάσεις (κινητικότητα, όραση, ακοή, αναπνοή, ύπνος, φαγητό, ομιλία, αφόδευση, συνήθειες δραστηριότητες, νοητικές λειτουργίες, δυσφορία και συμπτώματα, κατάθλιψη, ψυχολογικό στρες, ζωτικότητα και σεξουαλική δραστηριότητα), με την κάθε διάσταση να αξιολογείται σε μια 5-βάθμια ιεραρχική κλίμακα μέτρησης. Το EQ-5D-5L εξετάζει το προφίλ υγείας των ατόμων σε πέντε διαστάσεις (κινητικότητα, αυτοεξυπηρέτηση, συνήθειες δραστηριότητες, πόνος/δυσφορία και άγχος/κατάθλιψη), οι οποίες επίσης αξιολογούνται σε μια 5-βάθμια κλίμακα μέτρησης. Παράλληλα, μαζί με το περιγραφικό σύστημα του EQ-5D-5L χορηγείται προς συμπλήρωση και μια οπτική αναλογική κλίμακα (visual analogue scale) με τη μορφή θερμόμετρου, η οποία μετράει την κατάσταση

²⁸⁴ Βλ. παράρτημα Α για τα αποτελέσματα της δειγματοληψίας.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

γενικής υγείας και λαμβάνει τιμές από 0 (χειρότερη δυνατή κατάσταση) έως και 100 (καλύτερη δυνατή κατάσταση). Το περιγραφικό σύστημα τόσο του 15D όσο και του EQ-5D-5L μπορούν να μετατραπούν μέσα από συγκεκριμένους αλγόριθμους σε έναν συνοπτικό δείκτη χρησιμότητας ή ωφελιμότητας, ο οποίος αντιπροσωπεύει τις προτιμήσεις των ατόμων για την κατάσταση υγείας τους (Yfantopoulos, 2001a· Yfantopoulos, 2001c· Yfantopoulos, 2001b· Υφαντόπουλος και Σαρρής, 2001· Υφαντόπουλος, 2007· Kontodimopoulos κ.ά., 2008). Ως εκ τούτου, υπήρχαν διαθέσιμες τρεις μεταβλητές για τη μετατροπή της ιεραρχικής έκβασης υγείας σε ποσοτική: ο δείκτης EQ-5D-5L, η οπτική αναλογική κλίμακα μέτρησης της υγείας του EQ-5D-5L και ο δείκτης 15D. Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται κάποια βασικά περιγραφικά στατιστικά της βάσης δεδομένων του 2014-15 (**Πίνακας 7-2**).

Πίνακας 7-2 Βασικά περιγραφικά στατιστικά της βάσης δεδομένων από την ειδική έρευνα στην Περιφέρεια Αττικής μεταξύ 2014-15

Μεταβλητή	Απόλυτη συχνότητα	Σχετική συχνότητα (%)	Αριθμητικός μέσος	Τυπική απόκλιση
Φύλο				
Άνδρες	1355	47,53		
Γυναίκες	1496	52,47		
Ηλικιακές κατηγορίες				
15-24	369	12,94		
25-44	1056	37,04		
45-64	882	30,94		
65+	544	19,08		
Γενική υγεία				
Πολύ κακή	52	1,82		
Κακή	151	5,30		
Μέτρια	594	20,83		
Καλή	1246	43,70		
Πολύ καλή	808	28,34		
EQ-5D index			0,798	0,193
15D score			0,917	0,101
VAS			76,54	16,45

Προκειμένου να επιλέξουμε μεταξύ των υποψηφίων μεταβλητών, εφαρμόσαμε τον συντελεστή συσχέτισης Spearman, για να διαπιστώσουμε ποια από αυτές παρουσίαζε την υψηλότερη συσχέτιση με την ιεραρχική

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

μεταβλητή υγείας. Η υψηλότερη συσχέτιση, λοιπόν, διαπιστώθηκε να υπάρχει με την οπτική αναλογική κλίμακα (**Πίνακας 7-3**), οπότε και επιλέξαμε αυτήν τη μεταβλητή για τον μετασχηματισμό της ιεραρχικής έκβασης υγείας.

Πίνακας 7-3 Συσχέτιση (Spearman) μεταξύ των ποσοτικών μεταβλητών και της ιεραρχικής έκβασης υγείας

	Γενική υγεία	EQ-5D index	15D score	VAS
Γενική υγεία	1			
EQ-5D index	0,4936*	1		
15D score	0,4984*	0,7388*	1	
VAS	0,6344*	0,5749*	0,5893*	1

* Στατιστικά σημαντικό σε $\alpha=0,05$

Όπως αναφέρθηκε πιο πάνω, η αντιστοίχιση των τιμών γίνεται με τον υπολογισμό της αθροιστικής συχνότητας των παρατηρήσεων για κάθε κατηγορία της ιεραρχικής μεταβλητής υγείας. Στη συνέχεια, τα όρια των διαστημάτων μ_j της παλινδρόμησης διαστημάτων βρίσκονται από τη συνάρτηση της εμπειρικής κατανομής (EDF) της μεταβλητής VAS που αντιστοιχούν σε αυτές τις συχνότητες. Με άλλα λόγια ισχύει:

$$\mu_j = F^{-1}(G_j) \quad (7.1)$$

Όπου $F^{-1}(\cdot)$ είναι η αντίστροφη εμπειρική συνάρτηση κατανομής της VAS και G_j είναι η αθροιστική συχνότητα των παρατηρήσεων για την κατηγορία j της VAS. Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τα όρια που τέθηκαν στην παλινδρόμηση διαστημάτων, σύμφωνα με την προαναφερθείσα μέθοδο (**Πίνακας 7-4**).

Πίνακας 7-4 Όρια της παλινδρόμησης διαστημάτων

Γενική υγεία	Απόλυτη συχνότητα	Σχετική συχνότητα (%)	Αθροιστική συχνότητα (%)	VAS		
				Αρ. μέσος	T.A.	Άνω όριο διαστήματος παλινδρόμησης
Πολύ κακή	52	1,82	1,82	49,31	23,54	35
Κακή	151	5,3	7,12	51,82	17,17	50
Μέτρια	594	20,83	27,96	65,05	14,26	70
Καλή	1246	43,7	71,66	78,58	12,21	90
Πολύ καλή	808	28,34	100	88,22	9,14	100
Σύνολο	2851	100		76,54	16,45	

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Υποθέτουμε, λοιπόν, ότι η συνεχής λανθάνουσα μεταβλητή υγείας (h^*) προκύπτει από το υποκείμενο υπόδειγμα:

$$h^* = X\beta + \varepsilon \quad (7.2)$$

Όπου h^* είναι το διάστημα στήλης των τιμών της λανθάνουσας μεταβλητής, X είναι η μήτρα των τιμών πολλαπλών ερμηνευτικών μεταβλητών της έκβασης υγείας, β το διάνυσμα των συντελεστών της παλινδρόμησης και ε το διάνυσμα των τιμών του διαταρακτικού όρου, υποθέτοντας ότι ισχύει $\varepsilon \sim N(0, \sigma^2)$. Σε αυτήν την περίπτωση, ένας τρόπος υπολογισμού των εκτιμώμενων ή προβλεφθεισών τιμών (predicted values) από την παλινδρόμηση διαστημάτων είναι η χρήση της αναμενόμενης τιμής του γραμμικού δείκτη $x_i\beta$ δοθείσας (conditional) της παρατηρούμενης για το άτομο κατηγορίας της αυτοαξιολογούμενης σε 5-βάθμια κλίμακα υγείας του (Van Doorslaer και Jones, 2003):

$$E(h_i^* | x_i, \mu_{j-1} < h_i^* \leq \mu_j) = \frac{x_i\beta + \sigma \left(\frac{\varphi(\mu_{j-1} - x_i\beta)}{\sigma} \right) - \left(\frac{\varphi(\mu_j - x_i\beta)}{\sigma} \right)}{\left(\frac{\Phi(\mu_j - x_i\beta)}{\sigma} \right) - \left(\frac{\Phi(\mu_{j-1} - x_i\beta)}{\sigma} \right)} \quad (7.3)$$

Η παραπάνω συνάρτηση μας δίνει την προβλεφθείσα τιμή του VAS γνωρίζοντας τόσο τις τιμές των προβλεπτικών μεταβλητών όσο και της παρατηρούμενης κατηγορίας της αυτοαξιολογούμενης σε 5-βάθμια κλίμακα υγείας του ατόμου.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι μεταβλητές που συμπεριελήφθησαν στο υπόδειγμα της παλινδρόμησης των διαστημάτων ως ανεξάρτητοι παράγοντες. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι όλες οι παράγωγες μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν σε αυτήν τη διατριβή δημιουργήθηκαν με βάση τους επίσημους αλγόριθμους των στατιστικών της Eurostat για την EU-SILC²⁸⁵ (Πίνακας 7-5).

²⁸⁵ Βλ. σχετικά [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/EU_statistics_on_income_and_living_conditions_\(EU-SILC\)_methodology_%E2%80%93_concepts_and_contents](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/EU_statistics_on_income_and_living_conditions_(EU-SILC)_methodology_%E2%80%93_concepts_and_contents)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-5 Ανεξάρτητες μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν στο πλαίσιο της παλινδρόμησης διαστημάτων για την εκτίμηση της λανθάνουσας συνεχούς μεταβλητής υγείας

Μεταβλητή	Τιμές	Περιγραφή
Έτος έρευνας	2003-2017	Έτος διεξαγωγής της έρευνας
Περιφέρεια κατοικίας	1 = Βόρεια Ελλάδα 2 = Κεντρική Ελλάδα 3 = Αττική 4 = Νησιά Αιγαίου, Κρήτη	NUTS 1 περιφέρεια κατοικίας του νοικοκυριού
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού	1 = Πυκνοκατοικημένη περιοχή 2 = Μέσης πυκνότητας περιοχή 3 = Αραιοκατοικημένη περιοχή	Βαθμός αστικοποίησης της περιοχής κατοικίας του νοικοκυριού ²⁸⁶
Ηλικία	Σε έτη	Ηλικία ατόμου σε έτη κατά την ημέρα της συνέντευξης
Ηλικία ²	Σε έτη ²	Ηλικία ατόμου σε έτη κατά την ημέρα της συνέντευξης υψωμένη στο τετράγωνο
Φύλο	1 = Άνδρας 2 = Γυναίκα	Φύλο ατόμου
Υπηκοότητα	1 = Ελληνική 2 = Άλλης Ε.Ε. χώρας 3 = Άλλης χώρας	Πρώτη υπηκοότητα ατόμου
Οικογενειακή κατάσταση	1 = Άγαμος/η 2 = Έγγαμος/η 3 = Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η	Οικογενειακή κατάσταση ατόμου
Αριθμός παιδιών στο νοικοκυριό		Αριθμός μελών του νοικοκυριού κάτω των 18 ετών
Επίπεδο εκπαίδευσης	1 = Δημοτικό ή χαμηλότερα 2 = Γυμνάσιο 3 = Λύκειο/ΤΕ.Ε. 4 = ΙΕΚ 5 = ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό 6 = Διδακτορικό	Υψηλότερο ολοκληρωμένο επίπεδο εκπαίδευσης βάσει ISCED για το άτομο
Κύρια ασχολία	1 = Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση 2 = Εργαζόμενος με μερική απασχόληση 3 = Άνεργος/η 4 = Μαθητής, φοιτητής 5 = Συνταξιούχος 6 = Ανάπηρος/η 7 = Στρατιώτης 8 = Νοικοκυρά 9 = Άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	(αυτο-αναφερόμενη) Τρέχουσα κύρια ασχολία του ατόμου
Φυσικός λογάριθμος του ισοδύναμου διαθέσιμου εισοδήματος		Φυσικός λογάριθμος του αποπληθωρισμένου (έτος βάσης το 2017) ισοδύναμου διαθέσιμου

²⁸⁶ Πυκνοκατοικημένη περιοχή = Συνεχόμενα (εφαπτόμενα) πλέγματα κελιών 1 km² με πυκνότητα τουλάχιστον 1500 κατοίκων ανά km² και ελάχιστο πληθυσμό 50000 κατοίκων. Μέσης πυκνότητας περιοχή = Συστάδες συνεχόμενων πλεγμάτων κελιών 1 km² με πυκνότητα τουλάχιστον 300 κατοίκων ανά km² και ελάχιστο πληθυσμό 5000 κατοίκων. Αραιοκατοικημένη περιοχή = Πλέγματα κελιών εκτός αστικών συστάδων (ΕΛΣΤΑΤ, 2018).

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

		εισοδήματος του νοικοκυριού μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις ²⁸⁷
Αδυναμία πληρωμής παγίων λογαριασμών	0 = Όχι 1 = Ναι	Οικονομική αδυναμία του νοικοκυριού για την εμπρόθεσμη πληρωμή ενοικίου ή πάγιων λογαριασμών κοινής ωφέλειας (π.χ. ηλεκτρικού ρεύματος) ή δόσεων πιστωτικών καρτών ή άλλου δανείου
Αδυναμία πληρωμής διακοπών	0 = Όχι 1 = Ναι	Οικονομική αδυναμία του νοικοκυριού για πληρωμή μιας εβδομάδας διακοπών μακριά από την κατοικία
Αδυναμία διατροφής με κρέας (ή πρωτεΐνη) τακτικά	0 = Όχι 1 = Ναι	Οικονομική αδυναμία του νοικοκυριού για διατροφή κάθε δεύτερη μέρα με κρέας, κοτόπουλο, ψάρι ή τροφής με ισοδύναμο πρωτεΐνης
Αδυναμία αντιμετώπισης εκτάκτων εξόδων	0 = Όχι 1 = Ναι	Οικονομική αδυναμία του νοικοκυριού για αντιμετώπιση έκτακτων, αλλά αναγκαίων δαπανών
Αδυναμία επαρκούς θέρμανσης κατοικίας	0 = Όχι 1 = Ναι	Οικονομική αδυναμία του νοικοκυριού για επαρκή θέρμανση της κατοικίας
Αδυναμία διάθεσης τηλεφώνου	0 = Όχι 1 = Ναι	Οικονομική αδυναμία του νοικοκυριού να διαθέτει τηλέφωνο (σταθερό ή κινητό)
Αδυναμία διάθεσης έγχρωμης τηλεόρασης	0 = Όχι 1 = Ναι	Οικονομική αδυναμία του νοικοκυριού να διαθέτει έγχρωμη τηλεόραση
Αδυναμία διάθεσης προσωπικού ηλεκτρονικού υπολογιστή	0 = Όχι 1 = Ναι	Οικονομική αδυναμία του νοικοκυριού να διαθέτει προσωπικό ηλεκτρονικό υπολογιστή
Αδυναμία διάθεσης πλυντηρίου ρούχων	0 = Όχι 1 = Ναι	Οικονομική αδυναμία του νοικοκυριού να διαθέτει πλυντήριο ρούχων
Αδυναμία διάθεσης αυτοκινήτου	0 = Όχι 1 = Ναι	Οικονομική αδυναμία του νοικοκυριού να διαθέτει αυτοκίνητο
Έλλειψη εσωτερικής τουαλέτας στην κατοικία	0 = Όχι 1 = Ναι	Αν η κατοικία του νοικοκυριού υφίσταται την έλλειψη εσωτερικής τουαλέτας
Έλλειψη λουτρού ή ντους στην κατοικία	0 = Όχι 1 = Ναι	Αν η κατοικία του νοικοκυριού υφίσταται την έλλειψη λουτρού ή ντους
Προβλήματα υγρασίας στην κατοικία	0 = Όχι 1 = Ναι	Αν η κατοικία του νοικοκυριού αντιμετωπίζει προβλήματα υγρασίας στην οροφή, στους τοίχους, στα πατώματα στα θεμέλια ή υπάρχουν σάπιες κάσες στα παράθυρα ή σάπια πατώματα
Προβλήματα σκοτεινότητας στην κατοικία	0 = Όχι 1 = Ναι	Αν η κατοικία του νοικοκυριού αντιμετωπίζει προβλήματα με σκοτεινά δωμάτια (χωρίς φως ημέρας)
Υπερπλήρης κατοικία	0 = Όχι 1 = Ναι	Αν το άτομο ζει σε υπερπλήρη κατοικία, δηλαδή σε κατοικία με ανεπαρκή αριθμό δωματίων, όπως όπως αυτό προκύπτει με βάση τον αριθμό των δωματίων της κατοικίας, τον αριθμό των μελών του

²⁸⁷ Το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα υπολογίζεται διαιρώντας το συνολικό διαθέσιμο εισόδημα του νοικοκυριού με το ισοδύναμο μέγεθος του. Το ισοδύναμο μέγεθος νοικοκυριού διαμορφώνεται με βάση την τροποποιημένη κλίμακα ισοδυναμίας του ΟΟΣΑ: Συντελεστής στάθμισης 1 για τον πρώτο ενήλικα, 0,5 για τον δεύτερο ενήλικα και για τα παιδιά 14 ετών και άνω και 0,3 για παιδιά κάτω των 14 ετών (βλ. σχετικά <http://www.oecd.org/els/soc/OECD-Note-EquivalenceScales.pdf>).

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

		νοικοκυριού, τις ηλικίες τους και την οικογενειακή τους κατάσταση ²⁸⁸
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά	0 = Όχι 1 = Ναι	Αν η κατοικία του νοικοκυριού αντιμετωπίζει προβλήματα θορύβου από τους γείτονες ή από τον δρόμο (π.χ. συγκοινωνία, βιομηχανία).
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά	0 = Όχι 1 = Ναι	Αν η κατοικία του νοικοκυριού αντιμετωπίζει προβλήματα περιβαλλοντικά από τη βιομηχανία ή την κυκλοφορία των αυτοκινήτων (π.χ. μόλυνση, νέφος)
Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά	0 = Όχι 1 = Ναι	Αν η κατοικία του νοικοκυριού αντιμετωπίζει προβλήματα περιβαλλοντικά από βανδαλισμούς και εγκληματικότητα
Χρόνιο πρόβλημα υγείας	0 = Όχι 1 = Ναι	Ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας στο άτομο διάρκειας τουλάχιστον έξι μηνών
Περιορισμοί στις συνήθειες δραστηριότητες	1 = Όχι, κανένας περιορισμός 2 = Κάποιοι περιορισμοί 3 = Σοβαροί περιορισμοί	Περιορισμοί στις συνήθειες δραστηριότητες του ατόμου λόγω προβλήματος υγείας για τους τουλάχιστον τελευταίους έξι μήνες

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται συνοπτικά οι εκβάσεις υγείας που χρησιμοποιήθηκαν για τη μέτρηση των ανισοτήτων υγείας (**Πίνακας 7-6**).

Πίνακας 7-6 Εκβάσεις υγείας που χρησιμοποιήθηκαν για τη μέτρηση των ανισοτήτων υγείας

Έκβαση υγείας	Κλίμακα μέτρησης	Περιγραφή μεταβλητής
Αυτοαξιολογούμενη κατάσταση γενικής υγείας	Ιεραρχική (αρχική, μη τροποποιημένη)	1 = Πολύ κακή 2 = Κακή 3 = Μέτρια 4 = Καλή 5 = Πολύ καλή
	Διωνυμική	0 = Πολύ καλή/καλή/μέτρια/κακή 1 = πολύ κακή
	Διωνυμική	0 = Πολύ καλή/καλή/μέτρια 1 = Κακή/πολύ κακή
	Ποσοτική, συνεχής (εκτιμημένες τιμές παλινδρόμησης διαστημάτων)	$h \in R \mid 0 \leq h \leq 100$
Χρόνιο πρόβλημα υγείας	Διωνυμική	0 = Όχι 1 = Ναι

²⁸⁸ Στενότητα χώρου υφίσταται εάν το νοικοκυριό του εν λόγω μέλους δεν διαθέτει: ένα δωμάτιο για το νοικοκυριό, ένα δωμάτιο για κάθε ζευγάρι, ένα δωμάτιο για κάθε άγαμο μέλος ηλικίας άνω των 18 ετών, ένα δωμάτιο για δυο άγαμα μέλη του νοικοκυριού του ίδιου φύλου ηλικίας 12-17 ετών, ένα δωμάτιο για κάθε άγαμο μέλος διαφορετικού φύλου ηλικίας 12-17 ετών και ένα δωμάτιο για κάθε δύο μέλη ηλικίας κάτω των 12 ετών (βλ. σχετικά [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/EU_statistics_on_income_and_living_conditions_\(EU-SILC\)_methodology_%E2%80%93_concepts_and_contents](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/EU_statistics_on_income_and_living_conditions_(EU-SILC)_methodology_%E2%80%93_concepts_and_contents)).

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Περιορισμός καθημερινών δραστηριοτήτων προβλήματος υγείας λόγω	Ιεραρχική (αρχική, τροποποιημένη)	μη	1 = Όχι 2 = Ναι 3 = Ναι, πάρα πολύ
	Διωνυμική		0 = Όχι/Ναι 1 = Ναι, πάρα πολύ
	Διωνυμική		0 = Όχι 1 = Ναι/Ναι, πάρα πολύ

7.2.2. Στατιστική ανάλυση

Σκοπός αυτού του κεφαλαίου είναι η διερεύνηση της εξέλιξης των συνολικών και των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα την τελευταία 15ετία και η εξέταση του αντικτύπου της πρόσφατης οικονομικής κρίσης σε αυτές τις ανισότητες. Οι δείκτες ανισότητας θα πρέπει να ικανοποιούν βασικές ιδιότητες που θεωρούνται ως επιθυμητές από τη βιβλιογραφία. Έχουμε ήδη επισημάνει ότι οι ιδιότητες που θεωρούνται επιθυμητές στο πεδίο της μέτρησης των ανισοτήτων υγείας δεν συμπίπτουν απόλυτα με εκείνες που ισχύουν στο πλαίσιο της ανάλυσης των οικονομικών ανισοτήτων. Όπως έχει προκύψει από τη συζήτηση του προηγούμενου κεφαλαίου, κάθε δείκτης ανισότητας παρουσιάζει συγκεκριμένα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα και συνεπάγεται την αποδοχή ορισμένων αξιολογικών θέσεων. Πέρα από το κανονιστικά και μεθοδολογικά ζητήματα, η επιλογή του ενός ή του άλλου δείκτη μπορεί να οδηγήσει πρακτικά σε τελείως διαφορετικά συμπεράσματα ως προς την ιεράρχηση των κατανομών. Καθότι, λοιπόν, δεν υπάρχει ένα ομόφωνα αποδεκτό, άριστο μέτρο ανισότητας στην υγεία, κρίνεται σκόπιμη η εφαρμογή περισσότερων δεικτών και η σύγκριση των τυχόν διαφορετικών αποτελεσμάτων τους. Βασική επιλογή, λοιπόν, της παρούσας διατριβής είναι να εφαρμόσει πολλαπλούς δείκτες ανισότητας, εξετάζοντας πολλαπλές κανονιστικές θέσεις. Έτσι, θα διερευνήσουμε τόσο τη συνολική όσο και την κοινωνικοοικονομική αλλά και αμφότερες την απόλυτη και τη σχετική ανισότητα στην κατάσταση υγείας (**Πίνακας 7-7**). Επίσης, σε σχέση με τους δείκτες ανισότητας που παρουσιάστηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο, δεν θα εξεταστούν οι Odds Ratio, Risk Ratio και Risk Difference, Population Attributable Risk και Population Attributable Fraction, οι οποίοι έχουν κατά βάση επιδημιολογικό υπόβαθρο, και οι Relative και Absolute Index of Dissimilarity, οι οποίοι ερμηνεύονται καλύτερα σε περιπτώσεις περιστατικών, όπως είναι οι θάνατοι λόγω συγκεκριμένων αιτιών, και ο οικιστικός διαχωρισμός. Επίσης, δεν

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

χρησιμοποιήσαμε τον Modified Concentration Index, καθότι εφαρμόζεται σε διαστημικές μεταβλητές.

Έπειτα, οι δείκτες που επιλέχθηκαν καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα μορφών ευαισθησίας ως προς το τμήμα της κατανομής της υγείας ή του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου όπου γίνονται οι μεταβιβάσεις. Ειδικά για τον δείκτη S-Gini, παρουσιάζεται το ζήτημα της επιλογής της κατάλληλης τιμής για την παράμετρο της αποστροφής για την ανισότητα στην υγεία. Η ιδανική περίπτωση θα ήταν η εκμαίευση αυτών των τιμών απευθείας από τον ελληνικό πληθυσμό και τις κοινωνικές προτιμήσεις του αναφορικά με την αποστροφή για την ανισότητα στην κατάσταση υγείας για τον δείκτη S-Gini. Ωστόσο, δεν υπάρχουν δημοσιευμένες τέτοιες μελέτες μέχρι σήμερα. Στην πρόσφατη μελέτη των Hardardottir κ.ά. (2019), η οποία διερεύνησε τις αντίστοιχες κοινωνικές προτιμήσεις στη Σουηδία, η διάμεσος της παραμέτρου ν που προσδιορίζει τις σχετικές σταθμίσεις για τον δείκτη S-Gini βρισκόταν στο διάστημα [2, 3]. Παρόλα αυτά, στην παρούσα διατριβή εξετάζουμε περισσότερες τιμές για την παράμετρο ν , δηλαδή 1,5 (έμφαση στο άνω μέρος της κατανομής), 3, 4 και 5 (όσο η τιμή αυξάνεται, τόσο μεγαλύτερη έμφαση στο κάτω μέρος της κατανομής). Αντίστοιχο ζήτημα επιλογής των κατάλληλων παραμέτρων αποστροφής για την ανισότητα ανακύπτει και για τους δείκτες Atkinson και Kolm-Pollak. Στη μελέτη των Robson κ.ά. (2017) στην Αγγλία, οι διάμεσοι παράμετροι αποστροφής για την ανισότητα στην κατάσταση υγείας για τους δείκτες Atkinson και Kolm-Pollak εκτιμήθηκαν σε 10,95 και 0,15, αντίστοιχα. Συνεπώς, ο πληθυσμός αποδίδει υψηλότερη βαρύτητα στη σχετική από την απόλυτη ισότητα. Και σε αυτήν την περίπτωση επιλέξαμε τη διερεύνηση περισσότερων τιμών για τις παραμέτρους αποστροφής. Ειδικότερα, εφαρμόζουμε τις τιμές 0,5, 1, 2, 5, 10 για τον Atkinson, και 0,25, 0,5, 1, 2, 5 για τον δείκτη Kolm-Pollak.

Αναφορικά με τους δείκτες μέτρησης της κοινωνικοοικονομικής ανισότητας στην υγεία που εμπεριέχουν παράμετρο αποστροφής για την ανισότητα (Extended Concentration Index, Symmetrical Concentration Index, Generalized Extended Concentration Index, Generalized Symmetrical Concentration Index και Health Achievement Index), δεν βρέθηκαν μελέτες διερεύνησης των κοινωνικών προτιμήσεων. Για αυτόν τον λόγο εφαρμόστηκαν

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

οι συνήθεις τιμές που χρησιμοποιούνται στη βιβλιογραφία, δηλαδή 3, 4 και 5²⁸⁹ (Uthman, 2009· Arokiasamy και Pradhan, 2011· Ichoku κ.ά., 2011· Υυ κ.ά., 2019).

Τέλος, παράλληλα με τους καθατούς δείκτες ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας, εξετάσαμε την εξέλιξη και του Health Achievement Index για την περίοδο 2003-2017, ο οποίος σταθμίζει το μέσο επίπεδο υγείας με την κοινωνικοοικονομική ανισότητα στην υγεία, συλλαμβάνοντας με αυτόν τον τρόπο την αντιστάθμιση μεταξύ της αποτελεσματικότητας και της ισότητας.

Πίνακας 7-7 Σύνοψη των δεικτών μέτρησης των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας που χρησιμοποιούνται στο παρόν κεφάλαιο

Δείκτες ανισότητας	Σύμβολο	Συνολική ή κοινων/μική ανισότητα	Απόλυτη ή σχετική ανισότητα
Range	$R(h)$	Συνολική	Απόλυτη
Range Ratio	$R_{ratio}(h)$	Συνολική	Σχετική
Interquartile Ratio	$QR(h)$	Συνολική	Σχετική
Interquartile Range	$IQR(h)$	Συνολική	Απόλυτη
Relative Mean Deviation	$RMD(h)$	Συνολική	Σχετική
Absolute Mean Deviation	$AMD(h)$	Συνολική	Απόλυτη
Variance	$V(h)$	Συνολική	Απόλυτη
Standard Deviation	$SD(h)$	Συνολική	Απόλυτη
Coefficient of Variation	$CV(h)$	Συνολική	Σχετική
Squared Coefficient of Variation	$CV^2(h)$	Συνολική	Σχετική
Variance of Logarithms	$Vlog(h)$	Συνολική	Σχετική
Standard Deviation of Logarithms	$SDlog(h)$	Συνολική	Σχετική
Gini Index	$G(h)$	Συνολική	Σχετική
Generalized Gini Index	$GG(h)$	Συνολική	Απόλυτη
Corrected Gini Index	$CG(h)$	Συνολική	Απόλυτη
S-Gini Index(1,5)	$SG(h,1,5)$	Συνολική	Σχετική
S-Gini Index(3)	$SG(h,3)$	Συνολική	Σχετική
S-Gini Index(4)	$SG(h,4)$	Συνολική	Σχετική
S-Gini Index(5)	$SG(h,5)$	Συνολική	Σχετική
Theil Index	$T(h)$	Συνολική	Σχετική
Mean Logarithmic Deviation	$MLD(h)$	Συνολική	Σχετική
Atkinson Index(0,5)	$A(h,0,5)$	Συνολική	Σχετική
Atkinson Index(1)	$A(h,1)$	Συνολική	Σχετική
Atkinson Index(2)	$A(h,2)$	Συνολική	Σχετική
Atkinson Index(5)	$A(h,5)$	Συνολική	Σχετική
Atkinson Index(10)	$A(h,10)$	Συνολική	Σχετική
Kolm-Pollak index(0,25)	$K(h,0,25)$	Συνολική	Απόλυτη
Kolm-Pollak index(0,5)	$K(h,0,5)$	Συνολική	Απόλυτη
Kolm-Pollak index(1)	$K(h,1)$	Συνολική	Απόλυτη
Kolm-Pollak index(2)	$K(h,2)$	Συνολική	Απόλυτη

²⁸⁹ Ειδικά για τον Health Achievement Index, αυτός υπολογίστηκε μόνο με την τιμή 2 για την αποστροφή προς την ανισότητα, προκειμένου να είναι δυνατή η σύγκριση με την προτυποποιημένη εκτίμησή του (βλ. τελευταία παράγραφο αυτής της υποενότητας).

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Δείκτες ανισότητας	Σύμβολο	Συνολική ή κοινων/μικρή ανισότητα	Απόλυτη ή σχετική ανισότητα
Kolm-Pollak index(5)	$K(h, 5)$	Συνολική	Απόλυτη
Absolute Gap (Rate Difference)	$AG(h)$	Κοινων/μικρή	Απόλυτη
Relative Gap (Rate Ratio)	$RG(h)$	Κοινων/μικρή	Σχετική
Absolute Group Mean Deviation	$AGMD_j(h)$	Κοινων/μικρή	Απόλυτη
Relative Group Mean Deviation	$RGMD_j(h)$	Κοινων/μικρή	Σχετική
Index of Disparity	$IDISP_j(h)$	Κοινων/μικρή	Σχετική
Slope Index of Inequality	$SII(h)$	Κοινων/μικρή	Απόλυτη
Relative Index of Inequality	$RII(h)$	Κοινων/μικρή	Σχετική
Concentration Index	$CI(h)$	Κοινων/μικρή	Σχετική
Generalized Concentration Index	$GCI(h)$	Κοινων/μικρή	Απόλυτη
Erreygers Concentration Index	$E(h)$	Κοινων/μικρή	Απόλυτη
Wagstaff Concentration Index	$W(h)$	Κοινων/μικρή	Μικτή
Extended Concentration Index(3)	$ECI(h,3)$	Κοινων/μικρή	Σχετική
Extended Concentration Index(4)	$ECI(h,4)$	Κοινων/μικρή	Σχετική
Extended Concentration Index(5)	$ECI(h,5)$	Κοινων/μικρή	Σχετική
Symmetrical Concentration Index(3)	$SCI(h,3)$	Κοινων/μικρή	Σχετική
Symmetrical Concentration Index(4)	$SCI(h,4)$	Κοινων/μικρή	Σχετική
Symmetrical Concentration Index(5)	$SCI(h,5)$	Κοινων/μικρή	Σχετική
Generalized Extended Concentration Index(3)	$GECI(h,3)$	Κοινων/μικρή	Απόλυτη
Generalized Extended Concentration Index(4)	$GECI(h,4)$	Κοινων/μικρή	Απόλυτη
Generalized Extended Concentration Index(5)	$GECI(h,5)$	Κοινων/μικρή	Απόλυτη
Generalized Symmetrical Concentration Index(3)	$GSCI(h,3)$	Κοινων/μικρή	Απόλυτη
Generalized Symmetrical Concentration Index(4)	$GSCI(h,4)$	Κοινων/μικρή	Απόλυτη
Generalized Symmetrical Concentration Index(5)	$GSCI(h,5)$	Κοινων/μικρή	Απόλυτη
Health Achievement Index(2)	$HAI(h,2)$	Κοινων/μικρή	Απόλυτη

Για τη μέτρηση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας, χρησιμοποιήθηκαν μια σειρά από μεταβλητές που είναι διαθέσιμες από την EU-SILC (**Πίνακας 7-8**). Το ενδιαφέρον στοιχείο που προσθέτει η παρούσα διατριβή είναι ότι οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας εξετάζονται όχι μόνο σε σχέση με τους κλασικούς κοινωνικοοικονομικούς δείκτες που εφαρμόζονται στη βιβλιογραφία, όπως είναι το εισόδημα και η εκπαίδευση, αλλά χρησιμοποιούμε και τους σύνθετους δείκτες φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού που χρησιμοποιούνται για τη στρατηγική «Ευρώπη 2020» της Ε.Ε.

Πίνακας 7-8 Μεταβλητές κοινωνικοοικονομικής κατηγοριοποίησης του πληθυσμού για τη μέτρηση της κοινωνικοοικονομικής ανισότητας στην κατάσταση υγείας

Μεταβλητή	Τιμές	Περιγραφή
Φύλο	1 = Άνδρας 2 = Γυναίκα	Φύλο ατόμου
Υπηκοότητα	1 = Ελληνική 2 = Άλλης Ε.Ε. χώρας 3 = Άλλης χώρας	Πρώτη υπηκοότητα ατόμου
Βαθμός πληθυσμού πυκνότητας	1 = Πυκνοκατοικημένη περιοχή 2 = Μέσης πυκνότητας περιοχή 3 = Αραιοκατοικημένη περιοχή	Βαθμός αστικοποίησης της περιοχής κατοικίας του νοικοκυριού

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα		Αποπληθωρισμένο (έτος βάσης το 2017) ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα του νοικοκυριού μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις
Πεμπτημότητα εισοδήματος	1 = 0-7.392,55 € 2 = 7.392,55-10.683,90 € 3 = 10.683,91-14.056,98 € 4 = 14.056,98-19.252,42 € 5 = ≥ 19.252,43 €	Πεμπτημότητα αποπληθωρισμένου (έτος βάσης το 2017) ισοδύναμου διαθέσιμου εισοδήματος του νοικοκυριού μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις, έχοντας ως σταθερή βάση για την κατηγοριοποίηση την κατανομή του 2008
Κίνδυνος φτώχειας	0 = Όχι 1 = Ναι	Ένα άτομο βρίσκεται υπό κίνδυνο φτώχειας εφόσον το νοικοκυριό του έχει (αποπληθωρισμένο με έτος βάσης το 2017) ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις κάτω από το κατώφλι του κινδύνου φτώχειας, το οποίο ορίζεται σταθερά (anchored) στο 60% της εθνικής διαμέσου του έτους 2008
Σοβαρή υλική στέρηση	0 = Όχι 1 = Ναι	Ένα άτομο υφίσταται σοβαρή υλική στέρηση, εφόσον υπάρχει αναγκαστική αδυναμία πληρωμής για τουλάχιστον 4 από τα παρακάτω 9 υλικά αγαθά: 1) εμπρόθεσμη εξόφληση ενοικίου ή πάγιων λογαριασμών κοινής ωφέλειας ή δόσεων πιστωτικών καρτών ή άλλου δανείου, 2) επαρκή θέρμανση κατοικίας, 3) ανταπόκριση σε αιφνίδιες δαπάνες, 4) κατανάλωση κρέατος, ψαριού ή τροφής με ισοδύναμο πρωτεΐνης κάθε δεύτερη ημέρα, 5) μια εβδομάδα διακοπών μακριά από την κατοικία, 6) αυτοκίνητο· 7) πλυντήριο, 8) έγχρωμη τηλεόραση και 9) τηλέφωνο
Συνολικός αριθμός υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό	0-10	Ο συνολικός αριθμός των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό λόγω οικονομικής αδυναμίας, τα οποία αναφέρονται στην προηγούμενη σειρά, στα οποία συμπεριλάβαμε και τον προσωπικό ηλεκτρονικό υπολογιστή
Συνολικός αριθμός υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό (5 κατηγορίες)	0 = Κανένα αγαθό 1 = 1 αγαθό 2 = 2 αγαθά 3 = 3 αγαθά 4 = 4 ή περισσότερα αγαθά	Ο συνολικός αριθμός των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό λόγω οικονομικής αδυναμίας, τα οποία αναφέρονται στην προηγούμενη σειρά, στα οποία συμπεριλάβαμε και τον προσωπικό ηλεκτρονικό υπολογιστή
Χαμηλή ένταση εργασίας	0 = Όχι 1 = Ναι	Χαμηλής έντασης εργασίας νοικοκυριά είναι εκείνα που τα μέλη τους εργάστηκαν λιγότερο από το 20% των συνολικών θεωρητικών δυνατοτήτων τους για εργασία κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτους
Κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού	0 = Όχι 1 = Ναι	Ένα άτομο βρίσκεται υπό κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού εφόσον το νοικοκυριό του είτε βρίσκεται υπό κίνδυνο φτώχειας είτε υφίσταται σοβαρή υλική στέρηση είτε χαρακτηρίζεται από χαμηλής έντασης εργασία
Υπερπλήρης κατοικία	0 = Όχι 1 = Ναι	Αν το άτομο ζει σε υπερπλήρη κατοικία, δηλαδή σε κατοικία με ανεπαρκή αριθμό δωματίων, όπως όπως αυτό προκύπτει με βάση τον αριθμό των δωματίων της κατοικίας, τον αριθμό των μελών του νοικοκυριού, τις ηλικίες τους και την οικογενειακή τους κατάσταση ²⁹⁰

²⁹⁰ Στενότητα χώρου υφίσταται εάν το νοικοκυριό του εν λόγω μέλους δεν διαθέτει: ένα δωμάτιο για το νοικοκυριό, ένα δωμάτιο για κάθε ζευγάρι, - ένα δωμάτιο για κάθε άγαμο μέλος ηλικίας άνω των 18 ετών, ένα δωμάτιο για δυο άγαμα μέλη του νοικοκυριού του ίδιου φύλου ηλικίας

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Σοβαρή στέρηση στέγασης	0 = Όχι 1 = Ναι	Ένα άτομο υφίσταται σοβαρή στέρηση στέγασης εφόσον ζει σε υπερπλήρη κατοικία, η οποία ταυτόχρονα παρουσιάζει τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω προβλήματα: 1) υγρασία, 2) έλλειψη μπανιέρας, ντους ή εσωτερικής τουαλέτας και 3) πολύ σκοτεινή
Δυσκολία αντιμετώπισης των συνήθων αναγκών	0 = Όχι 1 = Ναι	Ένα άτομο αντιμετωπίζει δυσκολία στην αντιμετώπιση των συνήθων αναγκών του, εφόσον αναφέρεται ότι, με το συνολικό διαθέσιμο εισόδημα όλων των μελών του, το νοικοκυριό του αντιμετωπίζει τις συνήθεις ανάγκες του με δυσκολία
Υποκειμενική φτώχεια	0 = Όχι 1 = Ναι	Ένα άτομο είναι υποκειμενικά φτωχό, εφόσον το συνολικό διαθέσιμο εισόδημα του νοικοκυριού του είναι μικρότερο από το ελάχιστο συνολικό διαθέσιμο εισόδημα που δηλώνει ότι θα έπρεπε να είχε για να αντιμετωπίσει τις ανάγκες του
Επίπεδο εκπαίδευσης	1 = Δημοτικό ή χαμηλότερα 2 = Γυμνάσιο 3 = Λύκειο/ΤΕ.Ε., ΙΕΚ 4 = ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	Υψηλότερο ολοκληρωμένο επίπεδο εκπαίδευσης βάσει ISCED για το άτομο
Κύρια ασχολία	1 = Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση 2 = Εργαζόμενος με μερική απασχόληση 3 = Άνεργος/η 4 = Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης 5 = Συνταξιούχος 6 = Ανάπηρος/η 7 = Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	(αυτο-αναφερόμενη) Τρέχουσα κύρια ασχολία του ατόμου
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά	0 = Όχι 1 = Ναι	Αν η κατοικία του νοικοκυριού αντιμετωπίζει προβλήματα θορύβου από τους γείτονες ή από τον δρόμο (π.χ. συγκοινωνία, βιομηχανία).
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά	0 = Όχι 1 = Ναι	Αν η κατοικία του νοικοκυριού αντιμετωπίζει προβλήματα περιβαλλοντικά από τη βιομηχανία ή την κυκλοφορία των αυτοκινήτων (π.χ. μόλυνση, νέφος)
Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά	0 = Όχι 1 = Ναι	Αν η κατοικία του νοικοκυριού αντιμετωπίζει προβλήματα περιβαλλοντικά από βανδαλισμούς και εγκληματικότητα

Θα πρέπει να επισημανθεί εκ νέου ότι δεν είναι όλοι οι δείκτες κατάλληλοι για κάθε περίπτωση μέτρησης των ανισοτήτων υγείας, σύμφωνα και με τα μεθοδολογικά ζητήματα που συζητήθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο. Βασικό κριτήριο αποτελεί η κλίμακα μέτρησης της έκβασης υγείας και της

12-17 ετών, ένα δωμάτιο για κάθε άγαμο μέλος διαφορετικού φύλου ηλικίας 12-17 ετών και ένα δωμάτιο για κάθε δύο μέλη ηλικίας κάτω των 12 ετών (βλ. σχετικά [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/EU_statistics_on_income_and_living_conditions_\(EU-SILC\)_methodology_%E2%80%93_93_concepts_and_contents](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/EU_statistics_on_income_and_living_conditions_(EU-SILC)_methodology_%E2%80%93_93_concepts_and_contents)).

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

κοινωνικοοικονομικής μεταβλητής. Ως εκ τούτου, κάποιοι από τους δείκτες ανισότητας παραλείπονται, ανάλογα με τις μεθοδολογικές ιδιαιτερότητες της κάθε περίπτωσης. Έτσι, οι Absolute και Relative Gap δείκτες χρησιμοποιούνται για τη συνεχή έκβαση υγείας, ενώ οι Rate Difference και Rate Ratio για τις διωνυμικές μεταβλητές. Επίσης, καθότι επιδιώκουμε τη σταθερή κατάταξη των κατανομών καθώς αυτές εξελίσσονται στον χρόνο, μας ενδιαφέρει η ικανοποίηση της αντανakλαστικής συνθήκης για τα μέτρα ανισότητας της οικογένειας των Concentration Indices. Ως εκ τούτου, κανονικά θα έπρεπε να αποκλεισθεί για τις εκβάσεις υγείας που έχουμε στη διάθεσή μας (οι οποίες όλες έχουν άνω και κάτω όρια) η εφαρμογή εκείνων των δεικτών ανισότητας της οικογένειας των Concentration Indices που δεν την ικανοποιούν. Παρόλα αυτά, επιλέξαμε να εφαρμόσουμε ακόμη και τους δείκτες που δεν ικανοποιούν αυτήν την αρχή (**Πίνακας 7-9**). Σε κάθε περίπτωση, θα πρέπει να επισημανθεί ότι αν είχαμε προτιμήσει να εξετάσουμε την ανισότητα χρησιμοποιώντας την απόσταση των εκβάσεων υγείας από το αντίθετο όριο, τότε μπορεί η κατάταξη των κατανομών να άλλαζε για τους δείκτες της σχετικής ανισότητας.

Επιπλέον, οι δείκτες της ομάδας των Concentration Indices και οι Slope και Relative Index of Inequality απαιτούν κοινωνικοοικονομική κατηγοριοποίηση του πληθυσμού σε ομάδες που ιεραρχούνται βάσει κάποιων χαρακτηριστικών, δηλαδή η κοινωνικοοικονομική μεταβλητή μετριέται τουλάχιστον στην ιεραρχική κλίμακα. Συνεπώς, για αυτούς τους δείκτες χρησιμοποιήσαμε μόνο το επίπεδο εκπαίδευσης, το εισόδημα, τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού και τον συνολικό αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό (**Πίνακας 7-10**). Για την καλύτερη ερμηνεία των αποτελεσμάτων αναφορικά με τους Slope και Relative Index of Inequality, χρησιμοποιήσαμε για τον υπολογισμό τους τα πεμπτημόρια του διαθέσιμου ισοδύναμου εισοδήματος (αντί για τη συνεχή μεταβλητή του διαθέσιμου ισοδύναμου εισοδήματος) και συμπτύξαμε σε μια κατηγορία τα άτομα που ανέφεραν ότι στερούνται 4 ή και παραπάνω υλικά αγαθά (αντί για τη διακριτή μεταβλητή του συνολικού αριθμού των αγαθών που στερείται το νοικοκυριό).

Έπειτα, για τις ποιοτικές κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές που περιλαμβάνουν περισσότερες από δύο κατηγορίες, δηλαδή την υπηκοότητα και την κύρια ασχολία, εφαρμόσαμε τους δείκτες ανισότητας Absolute και Relative

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Group Mean Deviation και Index of Disparity, οι οποίοι δεν χρειάζονται διάταξη των κοινωνικών ομάδων. Αυτούς τους δείκτες τους εφαρμόσαμε και στις διατακτικές κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές, αν και δε λαμβάνουν υπόψη τους την κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση, οπότε και χάνεται μέρος της πληροφορίας. Ωστόσο, πρόκειται για μια επιλογή που βασίζεται στην ωφελιμιστική κανονιστική θέση, κατά την οποία είναι αδιάφορο το από που θα προέλθει η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Για τις διωνυμικές κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές χρησιμοποιήσαμε τους Rate Difference και Rate Ratio.

Όταν είναι απαραίτητη η επιλογή της ομάδας αναφοράς, αυτή επιλέχθηκε να είναι εκείνη με το υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (Rate Difference, Rate Ratio) και ο αριθμητικός μέσος (Absolute Group Mean Deviation, Relative Group Mean Deviation, Index of Disparity)²⁹¹. Αναφορικά με τους Absolute και Relative Gap (αλλά και Rate Difference και Rate Ratio), ως ομάδα σύγκρισης με την ομάδα αναφοράς (αυτή με το υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο) επιλέχθηκε εκείνη με το χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο στην περίπτωση των διατακτικών κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών. Ειδικά για την υπηκοότητα, επιλέξαμε τη σύγκριση μεταξύ των Ελλήνων πολιτών και εκείνων από χώρα εκτός E.E., ενώ για την κύρια ασχολία, συγκρίνουμε τους εργαζόμενους πλήρους απασχόλησης με τους ανέργους, το οποίο παρουσιάζει ενδιαφέρον λόγω της οικονομικής κρίσης.

Τέλος, οι δείκτες ανισότητας εκτιμήθηκαν τόσο για την κανονική κατανομή όσο και για την προτυποποιημένη βάσει φύλου και ηλικίας (7 ηλικιακές κατηγορίες) κατανομή των εκβάσεων υγείας²⁹². Θα πρέπει να επισημανθεί πάντως ότι η βιβλιογραφία δεν προσφέρει μέχρι στιγμής τον τρόπο υπολογισμού των αναλυτικών τυπικών σφαλμάτων για τους *ECI*, *SCI*, *GECI* και

²⁹¹ Οι Absolute και Relative Group Mean Deviation δείκτες σταθμίζονται με τα πληθυσμιακά μερίδια των ομάδων.

²⁹² Η προτυποποίηση ήταν έμμεση για την εκτιμημένη κατάσταση υγείας και άμεση για τις διωνυμικές εκβάσεις υγείας για όλες τις αναλύσεις, εκτός από εκείνες για τους δείκτες συγκέντρωσης. Στους δείκτες συγκέντρωσης η προτυποποίηση ήταν έμμεση για όλες τις εκτιμήσεις. Για την άμεση προτυποποίηση, ως πληθυσμός αναφοράς χρησιμοποιήθηκε εκείνος του 2008, με το έτος αυτό να σηματοδοτεί την έναρξη της οικονομικής κρίσης.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

GSCI, καθώς και τη δυνατότητα προτυποποίησης με την εφαρμογή της προσαρμογής των σταθμίσεων για τις μεροληψίες που προκύπτουν από τη χρήση πεπερασμένων δειγμάτων (Erreygers κ.ά., 2012· O'Donnell κ.ά., 2016). Ως εκ τούτου, η προτυποποίηση εφαρμόστηκε στους υπόλοιπους δείκτες της οικογένειας των δεικτών συγκεντρώσεως²⁹³. Ακόμη, θα πρέπει να επισημανθεί ότι για την εκτίμηση όλων των στατιστικών λήφθηκε υπόψη ο σχεδιασμός της δειγματοληψίας (στάδια, στρώματα, αναγωγικός συντελεστής). Τέλος, οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με το Stata v.14.2.

²⁹³ Θα πρέπει να σημειωθεί ότι θα ήταν πάντως δυνατή η έμμεση προτύπωση της συνεχούς μεταβλητής υγείας, και κατόπιν να εφαρμόζαμε τους ECI, SCI, GECI και GSCI. Για τις υπόλοιπες διωνυμικές μεταβλητές, μια εναλλακτική θα μπορούσε να είναι η εκτίμηση της πιθανότητας για κάθε αρνητική έκβαση υγείας για κάθε άτομο και η εφαρμογή των δεικτών ανισότητας σε αυτήν τη συνεχή μεταβλητή. Ωστόσο, τότε θα εξετάζαμε τις ανισότητες ως προς την πιθανότητα μιας έκβασης και όχι ως προς την παρατηρούμενη έκβαση.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-9 Δείκτες ανισότητας στην κατάσταση υγείας ανά μεταβλητή υγείας

Μεταβλητή υγείας	AG	RG	RD	RR	AGMD _J	RGMD _J	IDISP _J	SII	RII	CI	GCI	E	W	ECI	SCI	GECI	GSCI	HAI
Εκτιμημένη κατάσταση υγείας (ποσοτική έκβαση)	√	√			√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη υγεία (διωνυμική έκβαση)			√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη υγεία (διωνυμική έκβαση)			√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Χρόνιο πρόβλημα υγείας (διωνυμική έκβαση)			√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Σοβαρός περιορισμός καθημερινών δραστηριοτήτων (διωνυμική έκβαση)			√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Τουλάχιστον κάποιος περιορισμός καθημερινών δραστηριοτήτων (διωνυμική έκβαση)			√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√

Πίνακας 7-10 Δείκτες ανισότητας στην κατάσταση υγείας ανά κοινωνικοοικονομική μεταβλητή

Κοινωνικοοικονομική μεταβλητή	AG	RG	RD	RR	AGMD _J	RGMD _J	IDISP _J	SII	RII	CI	GCI	E	W	ECI	SCI	GECI	GSCI	HAI
Φύλο	√	√	√	√														
Υπηκοότητα	√	√	√	√	√	√	√											
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα										√	√	√	√	√	√	√	√	√
Πεμπτημύρια εισοδήματος	√	√	√	√	√	√	√	√	√									
Κίνδυνος φτώχειας	√	√	√	√														
Συνολικός αριθμός υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό										√	√	√	√	√	√	√	√	√

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Συνολικός αριθμός υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό (5 κατηγορίες)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓										
Σοβαρή υλική στέρηση	✓	✓	✓	✓															
Χαμηλή ένταση εργασίας	✓	✓	✓	✓															
Κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού	✓	✓	✓	✓															
Υπερπλήρης κατοικία	✓	✓	✓	✓															
Σοβαρή στέρηση στέγασης	✓	✓	✓	✓															
Δυσκολία αντιμετώπισης των συνήθων αναγκών	✓	✓	✓	✓															
Υποκειμενική φτώχεια	✓	✓	✓	✓															
Επίπεδο εκπαίδευσης	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Κύρια ασχολία	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓												
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά	✓	✓	✓	✓															
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά	✓	✓	✓	✓															
Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά	✓	✓	✓	✓															

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

7.3. Αποτελέσματα

7.3.1. Εκτίμηση της λανθάνουσας συνεχούς μεταβλητής υγείας

Στον παρακάτω πίνακα περιλαμβάνονται τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης διαστημάτων για την εκτίμηση της λανθάνουσας συνεχούς μεταβλητής της υγείας (Πίνακας 7-11). Αυτό που μας ενδιαφέρει σε αυτήν την περίπτωση δεν είναι οι τιμές των συντελεστών παλινδρόμησης, αλλά ο σωστός προσδιορισμός του υποδείγματος, καθότι στόχος αποτελεί η ακριβέστερη δυνατή εκτίμηση της λανθάνουσας έκβασης υγείας. Σύμφωνα με το αποτέλεσμα της δοκιμασίας RESET, αποτυγχάνουμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση ότι το υπόδειγμα έχει σωστή λειτουργική μορφή (p -value = 0,9877). Επίσης, το υπόδειγμα έχει αρκετά υψηλό συντελεστή προσδιορισμού για υπόδειγμα που βασίζεται στην εκτίμηση της μέγιστης πιθανοφάνειας (adjusted McFadden $R^2 = 0,396$)

Πίνακας 7-11 Αποτελέσματα της παλινδρόμησης διαστημάτων για την εκτίμηση της λανθάνουσας συνεχούς μεταβλητής υγείας

Μεταβλητές	Συντελεστής	Τυπικό σφάλμα
Έτος έρευνας (β.α.:2003)		
2004	0,462***	0,144
2005	-0,338*	0,175
2006	-0,682***	0,189
2007	-0,0333	0,193
2008	-0,119	0,190
2009	-0,556***	0,200
2010	-0,479**	0,208
2011	0,398**	0,200
2012	0,105	0,210
2013	-0,115	0,187
2014	-0,106	0,202
2015	0,0860	0,175
2016	0,145	0,167
2017	0,105	0,160
Περιφέρεια κατοικίας (β.α.: Βόρεια Ελλάδα)		
Κεντρική Ελλάδα	0,402***	0,116
Αττική	0,236**	0,102
Νησιά Αιγαίου, Κρήτη	-0,469***	0,143
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού (β.α.: πυκνοκατοικημένη περιοχή)		
Μέσης πυκνότητας περιοχή	-0,118	0,115

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Αραιοκατοικημένη περιοχή	0,323***	0,103
Ηλικία	-0,177***	0,0127
Ηλικία ²	-0,000584***	0,000131
Φύλο (β.α.: άνδρας)		
Γυναίκα	-0,366***	0,0544
Υπηκοότητα (β.α.: ελληνική)		
Άλλης Ε.Ε. χώρας	0,666**	0,269
Άλλης χώρας	0,795***	0,153
Οικογενειακή κατάσταση (β.α.: άγαμος/η)		
Έγγαμος/η	0,152	0,100
Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η	-0,995***	0,148
Αριθμός παιδιών στο νοικοκυριό	0,255***	0,0398
Επίπεδο εκπαίδευσης (β.α.: δημοτικό ή χαμηλότερα)		
Γυμνάσιο	1,371***	0,112
Λύκειο/Τ.Ε.Ε.	1,944***	0,101
ΙΕΚ	1,780***	0,163
ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό	2,404***	0,115
Διδακτορικό	4,308***	0,326
Κύρια ασχολία (β.α.: εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση)		
Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	-0,519***	0,128
Άνεργος/η	-0,688***	0,103
Μαθητής, φοιτητής,	-1,051***	0,102
Συνταξιούχος	-2,447***	0,132
Ανάπηρος/η	-13,06***	0,381
Στρατιώτης	-1,229***	0,252
Νοικοκυρά	-1,208***	0,110
Άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	-2,737***	0,499
Φυσικός λογάριθμος του ισοδύναμου διαθέσιμου εισοδήματος	0,227***	0,0601
Αδυναμία πληρωμής παγίων λογαριασμών (β.α.: όχι)		
Ναι	-0,657***	0,0763
Αδυναμία πληρωμής διακοπών (β.α.: όχι)		
Ναι	-0,754***	0,0772
Αδυναμία διατροφής με κρέας (ή πρωτεϊνή) τακτικά (β.α.: όχι)		
Ναι	-0,0227	0,125
Αδυναμία αντιμετώπισης εκτάκτων εξόδων (β.α.: όχι)		
Ναι	-0,402***	0,0837
Αδυναμία επαρκούς θέρμανσης κατοικίας (β.α.: όχι)		
Ναι	-0,457***	0,0962
Αδυναμία διάθεσης τηλεφώνου (β.α.: όχι)		
Ναι	-0,441	0,377
Αδυναμία διάθεσης έγχρωμης τηλεόρασης (β.α.: όχι)		
Ναι	-1,185**	0,597
Αδυναμία διάθεσης προσωπικού ηλεκτρονικού υπολογιστή (β.α.: όχι)		
Ναι	0,295***	0,108

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Αδυναμία διάθεσης πλυντηρίου ρούχων (β.α.: όχι)		
<i>Ναι</i>	0,0905	0,282
Αδυναμία διάθεσης αυτοκινήτου (β.α.: όχι)		
<i>Ναι</i>	-0,240**	0,116
Έλλειψη εσωτερικής τουαλέτας στην κατοικία (β.α.: όχι)		
<i>Ναι</i>	-1,388***	0,413
Έλλειψη λουτρού ή ντους στην κατοικία (β.α.: όχι)		
<i>Ναι</i>	-0,177	0,435
Προβλήματα υγρασίας στην κατοικία (β.α.: όχι)		
<i>Ναι</i>	-0,898***	0,0970
Προβλήματα σκοτεινότητας στην κατοικία (β.α.: όχι)		
<i>Ναι</i>	-0,780***	0,144
Υπερπλήρης κατοικία (β.α.: όχι)		
<i>Ναι</i>	0,0628	0,0730
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά (β.α.: όχι)		
<i>Ναι</i>	-0,395***	0,0933
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά (β.α.: όχι)		
<i>Ναι</i>	-0,427***	0,103
Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά (β.α.: όχι)		
<i>Ναι</i>	-0,315***	0,110
Χρόνιο πρόβλημα υγείας (β.α.: όχι)		
<i>Ναι</i>	-15,74***	0,197
Περιορισμοί στις συνήθειες δραστηριότητες (β.α.: όχι)		
<i>Κάποιοι περιορισμοί</i>	-8,785***	0,198
<i>Σοβαροί περιορισμοί</i>	-20,35***	0,230
Σταθερός όρος	96,36***	0,661
Insigna	2,094***	0,00500
Παρατηρήσεις	274585	

Υποσημείωση: *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$. Δοκιμασία RESET: $F(1, 5572) = 0,00$, $P(F(1, 5572)) > F = 0,9877$. McFadden (adjusted) $R^2 = 0,396$. β.α.: βάση αναφοράς.

7.3.1. Περιγραφικά στατιστικά

7.3.1.1. Κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές

Στην ενότητα αυτή περιλαμβάνονται τα περιγραφικά στατιστικά των κατανομών των κοινωνικοοικονομικών μεταβολών για την περίοδο 2003-2017. Έτσι, η κατανομή του φύλου στο δείγμα παρουσιάζει διακυμάνσεις, χωρίς μια συγκεκριμένη κατεύθυνση, με τις γυναίκες να αποτελούν σταθερά πάνω από το 51% του δείγματος για κάθε έτος (Πίνακας 7-12).

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-12 Κατανομή ως προς το φύλο, 2003-2017

Έτος έρευνας	Κατηγορία	Σχετική συχνότητα	95% ΔΕ	
			Κάτω όριο	Άνω όριο
2003	Άνδρας	48,6%	48,1%	49,2%
	Γυναίκα	51,4%	50,8%	51,9%
2004	Άνδρας	48,6%	48,1%	49,2%
	Γυναίκα	51,4%	50,8%	51,9%
2005	Άνδρας	48,6%	48,0%	49,3%
	Γυναίκα	51,4%	50,7%	52,0%
2006	Άνδρας	48,7%	48,1%	49,4%
	Γυναίκα	51,3%	50,6%	51,9%
2007	Άνδρας	48,8%	48,2%	49,5%
	Γυναίκα	51,2%	50,5%	51,8%
2008	Άνδρας	48,8%	48,2%	49,4%
	Γυναίκα	51,2%	50,6%	51,8%
2009	Άνδρας	48,8%	48,2%	49,5%
	Γυναίκα	51,2%	50,5%	51,8%
2010	Άνδρας	48,9%	48,1%	49,6%
	Γυναίκα	51,1%	50,4%	51,9%
2011	Άνδρας	48,8%	48,1%	49,6%
	Γυναίκα	51,2%	50,4%	51,9%
2012	Άνδρας	48,8%	48,1%	49,6%
	Γυναίκα	51,2%	50,4%	51,9%
2013	Άνδρας	48,7%	48,1%	49,3%
	Γυναίκα	51,3%	50,7%	51,9%
2014	Άνδρας	48,4%	47,8%	48,9%
	Γυναίκα	51,6%	51,1%	52,2%
2015	Άνδρας	48,2%	47,8%	48,7%
	Γυναίκα	51,8%	51,3%	52,2%
2016	Άνδρας	48,1%	47,7%	48,6%
	Γυναίκα	51,9%	51,4%	52,3%
2017	Άνδρας	48,2%	47,8%	48,6%
	Γυναίκα	51,8%	51,4%	52,2%

Υποσημείωση: 95% ΔΕ: 95% διάστημα εμπιστοσύνης

Ως προς την ηλικία των συμμετεχόντων, διαπιστώνουμε μια διαρκή μετακίνηση της κατανομής προς τα δεξιά κατά τη διάρκεια της περιόδου της ανάλυσης, το οποίο εκφράζει το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης (Πίνακας 7-13). Χαρακτηριστικά, το ποσοστό των ηλικιωμένων αυξάνεται από 22% σε 25,9% μεταξύ 2003 και 2017.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-13 Κατανομή ως προς την ηλικία, 2003-2017

Έτος έρευνας	Κατηγορία	Σχετική συχνότητα	95% ΔΕ	
			Κάτω όριο	Άνω όριο
2003	16-24 ετών	12,7%	12,1%	13,3%
	25-44 ετών	35,9%	35,0%	36,8%
	45-64 ετών	29,5%	28,7%	30,3%
	65 ετών και άνω	22,0%	21,1%	22,8%
2004	16-24 ετών	12,3%	11,7%	13,0%
	25-44 ετών	36,1%	35,1%	37,1%
	45-64 ετών	29,4%	28,6%	30,3%
	65 ετών και άνω	22,2%	21,3%	23,1%
2005	16-24 ετών	12,1%	11,4%	12,9%
	25-44 ετών	36,0%	34,9%	37,2%
	45-64 ετών	29,6%	28,6%	30,5%
	65 ετών και άνω	22,3%	21,3%	23,3%
2006	16-24 ετών	12,0%	11,3%	12,8%
	25-44 ετών	36,0%	34,9%	37,1%
	45-64 ετών	29,5%	28,5%	30,4%
	65 ετών και άνω	22,5%	21,5%	23,5%
2007	16-24 ετών	11,5%	10,8%	12,2%
	25-44 ετών	36,3%	35,3%	37,4%
	45-64 ετών	30,0%	29,1%	31,0%
	65 ετών και άνω	22,2%	21,2%	23,2%
2008	16-24 ετών	11,2%	10,6%	11,9%
	25-44 ετών	36,2%	35,2%	37,2%
	45-64 ετών	30,6%	29,7%	31,4%
	65 ετών και άνω	22,0%	21,1%	22,9%
2009	16-24 ετών	10,9%	10,2%	11,6%
	25-44 ετών	35,6%	34,5%	36,7%
	45-64 ετών	31,1%	30,1%	32,1%
	65 ετών και άνω	22,4%	21,4%	23,5%
2010	16-24 ετών	10,6%	9,8%	11,5%
	25-44 ετών	35,5%	34,1%	36,8%
	45-64 ετών	31,1%	29,9%	32,2%
	65 ετών και άνω	22,9%	21,7%	24,1%
2011	16-24 ετών	9,6%	8,9%	10,4%
	25-44 ετών	35,3%	34,0%	36,5%
	45-64 ετών	31,3%	30,2%	32,3%
	65 ετών και άνω	23,8%	22,7%	25,0%
2012	16-24 ετών	10,0%	9,2%	10,9%
	25-44 ετών	34,5%	33,1%	35,9%
	45-64 ετών	31,8%	30,7%	32,9%
	65 ετών και άνω	23,7%	22,6%	25,0%
2013	16-24 ετών	10,0%	9,4%	10,6%

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

	25-44 ετών	33,5%	32,5%	34,5%
	45-64 ετών	32,3%	31,4%	33,1%
	65 ετών και άνω	24,3%	23,4%	25,2%
2014	16-24 ετών	9,8%	9,2%	10,4%
	25-44 ετών	32,4%	31,4%	33,4%
	45-64 ετών	32,9%	32,1%	33,8%
	65 ετών και άνω	24,8%	23,9%	25,8%
2015	16-24 ετών	9,4%	9,0%	9,9%
	25-44 ετών	32,3%	31,5%	33,1%
	45-64 ετών	32,9%	32,3%	33,6%
	65 ετών και άνω	25,3%	24,6%	26,1%
2016	16-24 ετών	9,4%	9,0%	9,9%
	25-44 ετών	31,6%	30,9%	32,3%
	45-64 ετών	33,2%	32,6%	33,9%
	65 ετών και άνω	25,7%	25,0%	26,4%
2017	16-24 ετών	9,4%	9,0%	9,8%
	25-44 ετών	31,0%	30,4%	31,7%
	45-64 ετών	33,6%	33,1%	34,2%
	65 ετών και άνω	25,9%	25,3%	26,6%

Υποσημείωση: 95% ΔΕ: 95% διάστημα εμπιστοσύνης

Ως προς την υπηκοότητα, φαίνεται να υπάρχει μια διακύμανση κατά την περίοδο της ανάλυσης, χωρίς σαφή τάση, με τους Έλληνες πολίτες να καταλαμβάνουν περίπου το 94% του δείγματος, τους πολίτες άλλων χωρών το 4%, και τους πολίτες άλλης Ε.Ε. χώρας το 1% του δείγματος (Πίνακας 7-14).

Πίνακας 7-14 Κατανομή ως προς την υπηκοότητα, 2003-2017

Έτος έρευνας	Κατηγορία	Σχετική συχνότητα	95% ΔΕ	
			Κάτω όριο	Άνω όριο
2003	Ελληνική	94,9%	94,3%	95,5%
	Άλλης Ε.Ε. χώρας	0,9%	0,7%	1,1%
	Άλλης χώρας	4,2%	3,7%	4,8%
2004	Ελληνική	94,6%	93,8%	95,3%
	Άλλης Ε.Ε. χώρας	1,0%	0,8%	1,3%
	Άλλης χώρας	4,4%	3,7%	5,1%
2005	Ελληνική	95,6%	94,9%	96,2%
	Άλλης Ε.Ε. χώρας	1,0%	0,7%	1,3%
	Άλλης χώρας	3,4%	2,9%	4,1%
2006	Ελληνική	95,5%	94,8%	96,1%
	Άλλης Ε.Ε. χώρας	1,0%	0,7%	1,3%
	Άλλης χώρας	3,5%	3,0%	4,2%

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2007	Ελληνική	94,5%	93,7%	95,2%
	Άλλης Ε.Ε. χώρας	1,2%	0,9%	1,6%
	Άλλης χώρας	4,3%	3,7%	5,0%
2008	Ελληνική	94,0%	93,3%	94,6%
	Άλλης Ε.Ε. χώρας	1,1%	0,9%	1,4%
	Άλλης χώρας	4,9%	4,3%	5,6%
2009	Ελληνική	93,8%	92,9%	94,5%
	Άλλης Ε.Ε. χώρας	1,2%	0,9%	1,6%
	Άλλης χώρας	5,0%	4,3%	5,8%
2010	Ελληνική	93,1%	92,0%	94,1%
	Άλλης Ε.Ε. χώρας	1,3%	1,0%	1,8%
	Άλλης χώρας	5,5%	4,6%	6,6%
2011	Ελληνική	94,6%	93,7%	95,3%
	Άλλης Ε.Ε. χώρας	1,0%	0,7%	1,3%
	Άλλης χώρας	4,5%	3,8%	5,3%
2012	Ελληνική	93,3%	91,9%	94,5%
	Άλλης Ε.Ε. χώρας	1,3%	0,9%	1,8%
	Άλλης χώρας	5,4%	4,4%	6,8%
2013	Ελληνική	93,8%	92,9%	94,6%
	Άλλης Ε.Ε. χώρας	1,1%	0,9%	1,4%
	Άλλης χώρας	5,1%	4,4%	6,0%
2014	Ελληνική	93,9%	93,1%	94,7%
	Άλλης Ε.Ε. χώρας	0,9%	0,7%	1,2%
	Άλλης χώρας	5,1%	4,4%	5,9%
2015	Ελληνική	94,4%	93,8%	94,9%
	Άλλης Ε.Ε. χώρας	0,9%	0,7%	1,1%
	Άλλης χώρας	4,7%	4,2%	5,3%
2016	Ελληνική	94,4%	93,8%	94,9%
	Άλλης Ε.Ε. χώρας	0,8%	0,7%	1,0%
	Άλλης χώρας	4,8%	4,3%	5,3%
2017	Ελληνική	94,3%	93,8%	94,8%
	Άλλης Ε.Ε. χώρας	0,8%	0,6%	0,9%
	Άλλης χώρας	4,9%	4,5%	5,4%

Υποσημείωση: 95% ΔΕ: 95% διάστημα εμπιστοσύνης

Ως προς τον βαθμό της πυκνότητας του πληθυσμού, διαπιστώνουμε μια σημαντική αύξηση των ατόμων που διαμένουν σε μέσης πυκνότητας περιοχές μετά το 2012 (**Πίνακας 7-15**). Ειδικότερα, το ποσοστό αυτών των ατόμων αυξάνεται από 12,5% το 2012 σε 29,9% το 2017.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-15 Κατανομή ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	Κατηγορία	Σχετική συχνότητα	95% ΔΕ	
			Κάτω όριο	Άνω όριο
2003	Πυκνοκατοικημένη περιοχή	41,0%	39,7%	42,3%
	Μέσης πυκνότητας περιοχή	12,1%	11,2%	13,0%
	Αραιοκατοικημένη περιοχή	46,9%	45,6%	48,3%
2004	Πυκνοκατοικημένη περιοχή	40,4%	38,9%	41,8%
	Μέσης πυκνότητας περιοχή	12,5%	11,5%	13,6%
	Αραιοκατοικημένη περιοχή	47,1%	45,7%	48,6%
2005	Πυκνοκατοικημένη περιοχή	40,1%	38,5%	41,8%
	Μέσης πυκνότητας περιοχή	13,1%	11,9%	14,4%
	Αραιοκατοικημένη περιοχή	46,8%	45,1%	48,4%
2006	Πυκνοκατοικημένη περιοχή	38,9%	37,3%	40,6%
	Μέσης πυκνότητας περιοχή	14,0%	12,8%	15,3%
	Αραιοκατοικημένη περιοχή	47,1%	45,4%	48,8%
2007	Πυκνοκατοικημένη περιοχή	40,9%	38,9%	42,9%
	Μέσης πυκνότητας περιοχή	13,2%	11,9%	14,5%
	Αραιοκατοικημένη περιοχή	46,0%	43,9%	48,0%
2008	Πυκνοκατοικημένη περιοχή	40,3%	38,8%	41,8%
	Μέσης πυκνότητας περιοχή	12,3%	11,3%	13,3%
	Αραιοκατοικημένη περιοχή	47,4%	45,9%	49,0%
2009	Πυκνοκατοικημένη περιοχή	41,1%	39,4%	42,8%
	Μέσης πυκνότητας περιοχή	11,8%	10,7%	13,0%
	Αραιοκατοικημένη περιοχή	47,1%	45,4%	48,8%
2010	Πυκνοκατοικημένη περιοχή	43,4%	41,3%	45,5%
	Μέσης πυκνότητας περιοχή	10,4%	9,2%	11,7%
	Αραιοκατοικημένη περιοχή	46,3%	44,2%	48,3%
2011	Πυκνοκατοικημένη περιοχή	43,4%	41,6%	45,3%
	Μέσης πυκνότητας περιοχή	13,5%	12,2%	14,9%
	Αραιοκατοικημένη περιοχή	43,1%	41,4%	44,8%
2012	Πυκνοκατοικημένη περιοχή	46,8%	44,8%	48,8%
	Μέσης πυκνότητας περιοχή	12,5%	11,1%	14,1%
	Αραιοκατοικημένη περιοχή	40,7%	38,8%	42,6%
2013	Πυκνοκατοικημένη περιοχή	41,7%	40,2%	43,3%
	Μέσης πυκνότητας περιοχή	13,6%	12,5%	14,8%
	Αραιοκατοικημένη περιοχή	44,6%	43,1%	46,1%
2014	Πυκνοκατοικημένη περιοχή	38,2%	36,9%	39,6%
	Μέσης πυκνότητας περιοχή	23,3%	22,1%	24,6%
	Αραιοκατοικημένη περιοχή	38,4%	37,0%	39,8%
2015	Πυκνοκατοικημένη περιοχή	38,5%	37,4%	39,6%
	Μέσης πυκνότητας περιοχή	26,6%	25,6%	27,6%
	Αραιοκατοικημένη περιοχή	34,9%	33,8%	36,1%
2016	Πυκνοκατοικημένη περιοχή	39,4%	38,3%	40,4%
	Μέσης πυκνότητας περιοχή	27,2%	26,3%	28,2%

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

	Αραιοκατοικημένη περιοχή	33,4%	32,3%	34,5%
2017	Πυκνοκατοικημένη περιοχή	38,3%	37,3%	39,2%
	Μέσης πυκνότητας περιοχή	29,9%	28,9%	30,8%
	Αραιοκατοικημένη περιοχή	31,9%	30,9%	32,9%

Υποσημείωση: 95% ΔΕ: 95% διάστημα εμπιστοσύνης

Ο παρακάτω **Πίνακας 7-16** παρουσιάζει την εξέλιξη της κατανομής των πεμπτημορίων του αποπληθωρισμένου εισοδήματος, τα οποία έχουν δημιουργηθεί με βάση τα σχετικά όρια της κατανομής του 2008. Βλέπουμε, λοιπόν, εμφανώς τις σημαντικές αρνητικές οικονομικές μεταβολές που επέφερε η κρίση, καθώς το ποσοστό των ατόμων που ανήκουν στο φτωχότερο πεμπτημόριο υπερδιπλασιάστηκε από 19,4% σε 44,5% μεταξύ 2008 και 2017!

Πίνακας 7-16 Κατανομή ως προς τα πεμπτημόρια του αποπληθωρισμένου (έτος βάσης το 2017) ισοδύναμου διαθέσιμου εισοδήματος του νοικοκυριού μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις, με βάση την κατανομή του 2008, 2003-2017

Έτος έρευνας	Κατηγορία	Σχετική συχνότητα	95% ΔΕ	
			Κάτω όριο	Άνω όριο
2003	1	25,8%	24,6%	27,1%
	2	22,8%	21,6%	23,9%
	3	19,5%	18,4%	20,7%
	4	16,9%	15,9%	18,0%
	5	15,0%	14,0%	16,0%
2004	1	22,9%	21,7%	24,3%
	2	23,2%	21,9%	24,5%
	3	19,5%	18,2%	20,7%
	4	17,8%	16,7%	19,1%
	5	16,6%	15,4%	17,8%
2005	1	20,9%	19,5%	22,3%
	2	23,2%	21,8%	24,6%
	3	19,9%	18,6%	21,3%
	4	17,7%	16,4%	19,0%
	5	18,4%	17,1%	19,8%
2006	1	21,3%	19,9%	22,7%
	2	22,4%	21,0%	23,8%
	3	19,4%	18,1%	20,8%
	4	18,4%	17,0%	19,8%
	5	18,6%	17,2%	20,0%
2007	1	21,1%	19,7%	22,5%
	2	22,3%	20,9%	23,7%
	3	19,5%	18,1%	20,9%

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

	4	17,8%	16,6%	19,2%
	5	19,3%	18,0%	20,8%
2008	1	19,4%	18,1%	20,7%
	2	20,1%	18,8%	21,3%
	3	20,4%	19,2%	21,7%
	4	19,9%	18,7%	21,2%
	5	20,3%	19,0%	21,6%
2009	1	18,3%	17,0%	19,6%
	2	19,5%	18,2%	20,9%
	3	21,5%	20,1%	23,0%
	4	20,0%	18,6%	21,5%
	5	20,7%	19,2%	22,2%
2010	1	17,5%	16,1%	19,1%
	2	19,5%	18,0%	21,0%
	3	19,6%	18,0%	21,2%
	4	21,7%	20,0%	23,6%
	5	21,7%	19,9%	23,7%
2011	1	24,5%	23,1%	26,1%
	2	23,5%	22,0%	25,1%
	3	19,4%	18,0%	21,0%
	4	17,9%	16,4%	19,5%
	5	14,7%	13,3%	16,1%
2012	1	35,1%	33,2%	37,1%
	2	25,5%	23,8%	27,2%
	3	19,7%	18,1%	21,3%
	4	13,3%	11,8%	14,8%
	5	6,5%	5,5%	7,6%
2013	1	42,0%	40,5%	43,6%
	2	28,1%	26,7%	29,5%
	3	15,9%	14,8%	17,1%
	4	9,0%	8,2%	9,9%
	5	4,9%	4,3%	5,6%
2014	1	46,9%	45,4%	48,4%
	2	26,7%	25,4%	28,1%
	3	13,3%	12,3%	14,3%
	4	9,1%	8,3%	10,0%
	5	4,0%	3,5%	4,6%
2015	1	46,1%	44,8%	47,4%
	2	27,0%	25,9%	28,2%
	3	14,1%	13,3%	14,9%
	4	8,7%	8,0%	9,4%
	5	4,1%	3,7%	4,5%
2016	1	45,2%	44,1%	46,4%
	2	25,9%	25,0%	26,9%

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

	3	15,1%	14,3%	15,9%
	4	9,5%	8,6%	10,5%
	5	4,3%	3,9%	4,7%
2017	1	44,5%	43,5%	45,6%
	2	27,0%	26,1%	28,0%
	3	15,6%	14,8%	16,4%
	4	8,5%	8,0%	9,1%
	5	4,3%	3,6%	5,2%

Υποσημείωση: 95% ΔΕ: 95% διάστημα εμπιστοσύνης

Αυτή η εικόνα παρουσιάζεται πιο έκδηλα στην εξέλιξη του κινδύνου φτώχειας με σταθερό όριο φτώχειας βάσει του έτους 2008 (Πίνακας 7-17). Έτσι, ενώ ο δείκτης παρουσίαζε συνεχή αποκλιμάκωση μέχρι και το 2010, οπότε και είχε φτάσει στο 16,8%, στη συνέχεια σχεδόν τριπλασιάστηκε και ανέβηκε στο 45,6% το 2014. Πάντως, τα τελευταία 3 έτη της περιόδου της ανάλυσης παρατηρείται μια σταθερή βελτιωτική τάση.

Πίνακας 7-17 Κατανομή ως προς τον κίνδυνο φτώχειας με σταθερό όριο φτώχειας βάσει του έτους 2008, 2003-2017

Έτος έρευνας	Κατηγορία	Σχετική συχνότητα	95% ΔΕ	
			Κάτω όριο	Άνω όριο
2003	Όχι	75,4%	74,2%	76,6%
	Ναι	24,6%	23,4%	25,8%
2004	Όχι	78,2%	76,9%	79,4%
	Ναι	21,8%	20,6%	23,1%
2005	Όχι	79,8%	78,4%	81,1%
	Ναι	20,2%	18,9%	21,6%
2006	Όχι	79,5%	78,1%	80,8%
	Ναι	20,5%	19,2%	21,9%
2007	Όχι	80,0%	78,6%	81,3%
	Ναι	20,0%	18,7%	21,4%
2008	Όχι	81,7%	80,3%	82,9%
	Ναι	18,3%	17,1%	19,7%
2009	Όχι	82,8%	81,5%	84,0%
	Ναι	17,2%	16,0%	18,5%
2010	Όχι	83,2%	81,6%	84,6%
	Ναι	16,8%	15,4%	18,4%
2011	Όχι	76,2%	74,7%	77,7%
	Ναι	23,8%	22,3%	25,3%
2012	Όχι	66,0%	64,0%	67,9%
	Ναι	34,0%	32,1%	36,0%

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2013	Όχι	59,1%	57,5%	60,6%
	Ναι	40,9%	39,4%	42,5%
2014	Όχι	54,4%	52,9%	55,9%
	Ναι	45,6%	44,1%	47,1%
2015	Όχι	55,3%	54,0%	56,6%
	Ναι	44,7%	43,4%	46,0%
2016	Όχι	56,4%	55,3%	57,6%
	Ναι	43,6%	42,4%	44,7%
2017	Όχι	57,1%	56,0%	58,2%
	Ναι	42,9%	41,8%	44,0%

Υποσημείωση: 95% ΔΕ: 95% διάστημα εμπιστοσύνης

Η εισοδηματική ανισότητα επίσης φαίνεται να επιδεινώνεται κατά τη διάρκεια της κρίσης, όπως φαίνεται από την αύξηση των τιμών του δείκτη Gini (Πίνακας 7-18). Ωστόσο, αυτή η επιδείνωση είναι πολύ μικρότερου βαθμού από εκείνη που παρατηρείται για τον κίνδυνο φτώχειας.

Πίνακας 7-18 Εξέλιξη του δείκτη Gini για την ανισότητα στην κατανομή του εισοδήματος, 2003-2017

Έτος	Εκτίμηση	95% ΔΕ	
		Κάτω όριο	Άνω όριο
2003	0.340	0.331	0.350
2004	0.320	0.309	0.330
2005	0.325	0.315	0.335
2006	0.333	0.322	0.343
2007	0.334	0.322	0.345
2008	0.323	0.313	0.332
2009	0.322	0.309	0.335
2010	0.326	0.311	0.341
2011	0.328	0.314	0.343
2012	0.321	0.308	0.334
2013	0.332	0.319	0.345
2014	0.338	0.326	0.349
2015	0.331	0.321	0.340
2016	0.334	0.325	0.342
2017	0.326	0.317	0.335

Υποσημείωση: 95% ΔΕ: 95% διάστημα εμπιστοσύνης

Ο Πίνακας 7-19 και ο Πίνακας 7-20 παρουσιάζουν τον βαθμό απόλυτης αποστέρησης των νοικοκυριών με τον συνολικό αριθμό των υλικών αγαθών

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

που στερούνται λόγω οικονομικής αδυναμίας. Ενώ, λοιπόν, ο αριθμητικός μέσος μειώνεται σταθερά μεταξύ 2003 και 2009, στη συνέχεια παρουσιάζει μια σταθερή ανοδική τάση μέχρι και το 2016, όπου φθάνει σε 2,16 υλικά αγαθά ανά άτομο, δηλαδή σε επίπεδο υψηλότερο από εκείνο του 2003. Πάντως, το 2017 εμφανίζεται να υπάρχει κάποια μείωση.

Πίνακας 7-19 Κατανομή ως προς τον συνολικό αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	Κατηγορία	Σχετική συχνότητα	95% ΔΕ	
			Κάτω όριο	Άνω όριο
2003	0	28,8%	27,6%	30,1%
	1	17,9%	16,8%	19,0%
	2	17,1%	16,0%	18,1%
	3	15,1%	14,1%	16,1%
	4	9,7%	8,9%	10,6%
	5	6,7%	6,0%	7,4%
	6	3,0%	2,6%	3,5%
	7	1,3%	1,0%	1,7%
	8	0,3%	0,2%	0,5%
	9	0,1%	0,0%	0,2%
2004	0	32,4%	31,0%	33,9%
	1	21,0%	19,8%	22,3%
	2	16,4%	15,3%	17,6%
	3	12,3%	11,3%	13,3%
	4	8,1%	7,3%	8,9%
	5	5,7%	5,1%	6,4%
	6	2,7%	2,3%	3,3%
	7	1,0%	0,8%	1,3%
	8	0,2%	0,1%	0,4%
	9	0,1%	0,0%	0,2%
2005	0	31,3%	29,7%	32,9%
	1	19,8%	18,5%	21,1%
	2	17,9%	16,5%	19,3%
	3	14,5%	13,4%	15,7%
	4	8,2%	7,3%	9,2%
	5	5,0%	4,3%	5,7%
	6	2,5%	2,1%	3,1%
	7	0,7%	0,5%	0,9%
	8	0,1%	0,0%	0,2%
	9	0,1%	0,0%	0,1%
2006	0	36,3%	34,6%	38,0%
	1	20,6%	19,2%	22,0%
	2	16,0%	14,8%	17,3%
	3	12,5%	11,4%	13,6%
	4	7,5%	6,7%	8,4%
	5	4,6%	4,0%	5,4%
	6	1,5%	1,2%	1,9%
	7	0,7%	0,3%	1,6%
	8	0,2%	0,1%	0,4%

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2007	9	0,1%	0,0%	0,1%
	10	0,0%	0,0%	0,1%
	0	39,1%	37,4%	40,8%
	1	19,9%	18,5%	21,3%
	2	15,5%	14,3%	16,7%
	3	11,5%	10,4%	12,6%
	4	7,7%	6,8%	8,6%
	5	4,0%	3,4%	4,6%
	6	1,3%	1,0%	1,7%
	7	0,9%	0,4%	1,9%
2008	8	0,2%	0,1%	0,3%
	9	0,1%	0,1%	0,3%
	10	0,0%	0,0%	0,1%
	0	37,0%	35,5%	38,6%
	1	22,2%	21,0%	23,6%
	2	15,5%	14,4%	16,7%
	3	11,3%	10,4%	12,3%
	4	8,1%	7,1%	9,2%
	5	4,0%	3,4%	4,6%
	6	1,3%	1,0%	1,7%
2009	7	0,3%	0,2%	0,5%
	8	0,1%	0,0%	0,3%
	9	0,0%	0,0%	0,1%
	0	42,3%	40,6%	44,1%
	1	15,2%	14,0%	16,4%
	2	17,1%	15,8%	18,5%
	3	12,6%	11,5%	13,7%
	4	7,3%	6,4%	8,2%
	5	3,8%	3,2%	4,5%
	6	1,5%	1,1%	2,0%
2010	7	0,3%	0,1%	0,5%
	8	0,0%	0,0%	0,3%
	9	0,0%	0,0%	0,0%
	0	41,7%	39,6%	43,8%
	1	17,2%	15,7%	18,8%
	2	15,3%	13,9%	16,8%
	3	12,8%	11,5%	14,2%
	4	7,3%	6,4%	8,4%
	5	3,5%	2,9%	4,3%
	6	1,8%	1,3%	2,5%
2011	7	0,4%	0,2%	0,8%
	8	0,0%	0,0%	0,1%
	9	0,0%	0,0%	0,1%
	0	38,9%	37,0%	40,7%
	1	16,2%	15,0%	17,6%
	2	15,5%	14,3%	16,9%
	3	12,8%	11,7%	14,1%
	4	8,8%	7,8%	9,8%
	5	5,1%	4,3%	5,9%
	6	1,9%	1,5%	2,3%
2012	7	0,7%	0,5%	1,0%
	8	0,1%	0,0%	0,1%
	9	0,1%	0,0%	0,3%
	0	29,4%	27,5%	31,3%
	1	19,8%	18,3%	21,3%
	2	15,9%	14,5%	17,4%
	3	13,9%	12,7%	15,3%
	4	10,1%	8,8%	11,5%

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

	5	7,0%	5,8%	8,3%
	6	2,8%	2,3%	3,5%
	7	1,0%	0,5%	1,8%
	8	0,1%	0,1%	0,3%
	9	0,1%	0,0%	0,4%
2013	0	27,3%	25,9%	28,7%
	1	18,4%	17,3%	19,6%
	2	15,6%	14,5%	16,8%
	3	16,6%	15,5%	17,8%
	4	10,3%	9,3%	11,3%
	5	7,5%	6,6%	8,5%
	6	3,0%	2,6%	3,6%
	7	1,0%	0,8%	1,4%
	8	0,2%	0,1%	0,3%
	9	0,1%	0,0%	0,1%
2014	10	0,0%	0,0%	0,0%
	0	25,0%	23,8%	26,3%
	1	17,2%	16,2%	18,3%
	2	17,0%	15,9%	18,2%
	3	17,3%	16,1%	18,6%
	4	11,3%	10,4%	12,3%
	5	6,7%	5,9%	7,5%
	6	4,1%	3,4%	4,8%
	7	1,1%	0,8%	1,5%
	8	0,2%	0,1%	0,4%
2015	9	0,1%	0,0%	0,2%
	10	0,0%	0,0%	0,1%
	0	23,7%	22,7%	24,7%
	1	16,4%	15,5%	17,2%
	2	19,0%	18,1%	20,0%
	3	17,5%	16,4%	18,6%
	4	13,0%	12,1%	13,9%
	5	6,6%	5,9%	7,4%
	6	2,6%	2,2%	3,0%
	7	1,1%	0,8%	1,4%
2016	8	0,2%	0,1%	0,3%
	9	0,1%	0,0%	0,1%
	10	0,0%	0,0%	0,0%
	0	23,4%	22,5%	24,3%
	1	18,9%	18,1%	19,8%
	2	18,4%	17,3%	19,5%
	3	16,4%	15,5%	17,3%
	4	10,8%	10,1%	11,6%
	5	7,3%	6,7%	7,9%
	6	3,2%	2,8%	3,6%
2017	7	1,2%	0,9%	1,4%
	8	0,3%	0,2%	0,5%
	9	0,1%	0,1%	0,2%
	10	0,0%	0,0%	0,1%
	0	24,7%	23,9%	25,6%
	1	20,7%	19,7%	21,7%
	2	18,3%	17,6%	19,1%
	3	14,8%	14,1%	15,6%
4	11,0%	10,3%	11,7%	
5	6,4%	5,9%	7,0%	
6	2,7%	2,3%	3,1%	
7	1,1%	0,9%	1,3%	
8	0,2%	0,1%	0,3%	

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

	9	0,1%	0,0%	0,1%
	10	0,0%	0,0%	0,0%

Υποσημείωση: 95% ΔΕ: 95% διάστημα εμπιστοσύνης

Πίνακας 7-20 Μέση τιμή του συνολικού αριθμού των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	Αριθμητικός μέσος	95% ΔΕ	
		Κάτω όριο	Άνω όριο
2003	2,00	1,95	2,06
2004	1,78	1,73	1,83
2005	1,78	1,72	1,84
2006	1,60	1,54	1,66
2007	1,52	1,46	1,59
2008	1,51	1,46	1,56
2009	1,46	1,4	1,52
2010	1,47	1,4	1,54
2011	1,63	1,57	1,70
2012	1,94	1,86	2,02
2013	2,05	1,99	2,11
2014	2,16	2,11	2,22
2015	2,17	2,12	2,21
2016	2,16	2,12	2,20
2017	2,04	2,00	2,07

Υποσημείωση: 95% ΔΕ: 95% διάστημα εμπιστοσύνης

Αντίστοιχη είναι και η εικόνα για την κατανομή της σοβαρής υλικής στέρησης, δηλαδή των περιπτώσεων των ατόμων που ανήκουν σε νοικοκυριά που στερούνται τουλάχιστον 4 υλικά αγαθά (**Πίνακας 7-21**). Το ποσοστό αυτών των νοικοκυριών υπερδιπλασιάζεται από 10,8% σε 21,8% μεταξύ 2009 και 2016.

Πίνακας 7-21 Κατανομή ως προς τη σοβαρή υλική στέρηση, 2003-2017

Έτος έρευνας	Κατηγορία	Σχετική συχνότητα	95% ΔΕ	
			Κάτω όριο	Άνω όριο
2003	Όχι	82,2%	81,1%	83,2%
	Ναι	17,8%	16,8%	18,9%
2004	Όχι	85,2%	84,1%	86,2%
	Ναι	14,8%	13,8%	15,9%
2005	Όχι	86,6%	85,4%	87,6%
	Ναι	13,4%	12,4%	14,6%
2006	Όχι	88,1%	86,9%	89,2%

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

	Ναι	11,9%	10,8%	13,1%
2007	Όχι	88,3%	87,1%	89,4%
	Ναι	11,7%	10,6%	12,9%
2008	Όχι	88,6%	87,4%	89,6%
	Ναι	11,4%	10,4%	12,6%
2009	Όχι	89,2%	88,1%	90,2%
	Ναι	10,8%	9,8%	11,9%
2010	Όχι	88,5%	87,2%	89,7%
	Ναι	11,5%	10,3%	12,8%
2011	Όχι	85,1%	83,8%	86,3%
	Ναι	14,9%	13,7%	16,2%
2012	Όχι	80,4%	78,5%	82,2%
	Ναι	19,6%	17,8%	21,5%
2013	Όχι	80,1%	78,7%	81,4%
	Ναι	19,9%	18,6%	21,3%
2014	Όχι	78,8%	77,5%	80,1%
	Ναι	21,2%	19,9%	22,5%
2015	Όχι	78,5%	77,4%	79,5%
	Ναι	21,5%	20,5%	22,6%
2016	Όχι	78,2%	77,2%	79,2%
	Ναι	21,8%	20,8%	22,8%
2017	Όχι	79,4%	78,5%	80,3%
	Ναι	20,6%	19,7%	21,5%

Υποσημείωση: 95% ΔΕ: 95% διάστημα εμπιστοσύνης

Το ποσοστό των ατόμων που ανήκουν σε νοικοκυριά που χαρακτηρίζονται από χαμηλή ένταση εργασίας υπερδιπλασιάζεται από 6,9% σε 14,6% μεταξύ 2009 και 2014, ενώ στη συνέχεια παρουσιάζει κάποια αποκλιμάκωση (Πίνακας 7-22).

Πίνακας 7-22 Κατανομή ως προς τη χαμηλή ένταση εργασίας, 2003-2017

Έτος έρευνας	Κατηγορία	Σχετική συχνότητα	95% ΔΕ	
			Κάτω όριο	Άνω όριο
2003	Όχι	92,2%	91,5%	92,9%
	Ναι	7,8%	7,1%	8,5%
2004	Όχι	92,9%	92,2%	93,5%
	Ναι	7,1%	6,5%	7,8%
2005	Όχι	93,2%	92,4%	93,9%
	Ναι	6,8%	6,1%	7,6%
2006	Όχι	92,4%	91,6%	93,1%
	Ναι	7,6%	6,9%	8,4%

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2007	Όχι	92,6%	91,8%	93,3%
	Ναι	7,4%	6,7%	8,2%
2008	Όχι	92,9%	92,2%	93,5%
	Ναι	7,1%	6,5%	7,8%
2009	Όχι	93,1%	92,4%	93,8%
	Ναι	6,9%	6,2%	7,6%
2010	Όχι	92,6%	91,7%	93,4%
	Ναι	7,4%	6,6%	8,3%
2011	Όχι	89,5%	88,5%	90,4%
	Ναι	10,5%	9,6%	11,5%
2012	Όχι	87,6%	86,3%	88,8%
	Ναι	12,4%	11,2%	13,7%
2013	Όχι	85,8%	84,8%	86,8%
	Ναι	14,2%	13,2%	15,2%
2014	Όχι	85,4%	84,4%	86,3%
	Ναι	14,6%	13,7%	15,6%
2015	Όχι	86,0%	85,3%	86,8%
	Ναι	14,0%	13,2%	14,7%
2016	Όχι	86,1%	85,4%	86,8%
	Ναι	13,9%	13,2%	14,6%
2017	Όχι	87,4%	86,8%	88,1%
	Ναι	12,6%	11,9%	13,2%

Υποσημείωση: 95% ΔΕ: 95% διάστημα εμπιστοσύνης

Επιδείνωση παρουσιάζει και ο δείκτης της υπερπλήρης κατοικίας, καθώς η τάση μείωσης του ποσοστού των ατόμων που διαβιούν σε κατοικίες με στενότητα χώρου αντιστρέφεται κατά τη διάρκεια της κρίσης και αυξάνεται από 24,7% το 2009 σε 27,6% το 2017 (Πίνακας 7-23).

Πίνακας 7-23 Κατανομή ως προς την υπερπλήρη κατοικία, 2003-2017

Έτος έρευνας	Κατηγορία	Σχετική συχνότητα	95% ΔΕ	
			Κάτω όριο	Άνω όριο
2003	Όχι	69,4%	68,0%	70,8%
	Ναι	30,6%	29,2%	32,0%
2004	Όχι	71,0%	69,5%	72,5%
	Ναι	29,0%	27,5%	30,5%
2005	Όχι	70,9%	69,2%	72,5%
	Ναι	29,1%	27,5%	30,8%
2006	Όχι	71,5%	69,8%	73,1%
	Ναι	28,5%	26,9%	30,2%
2007	Όχι	71,9%	70,2%	73,5%

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

	Ναι	28,1%	26,5%	29,8%
2008	Όχι	73,6%	72,1%	75,1%
	Ναι	26,4%	24,9%	27,9%
2009	Όχι	75,3%	73,7%	76,9%
	Ναι	24,7%	23,1%	26,3%
2010	Όχι	74,9%	72,9%	76,9%
	Ναι	25,1%	23,1%	27,1%
2011	Όχι	74,2%	72,4%	76,0%
	Ναι	25,8%	24,0%	27,6%
2012	Όχι	73,5%	71,4%	75,4%
	Ναι	26,5%	24,6%	28,6%
2013	Όχι	73,2%	71,6%	74,7%
	Ναι	26,8%	25,3%	28,4%
2014	Όχι	73,2%	71,7%	74,7%
	Ναι	26,8%	25,3%	28,3%
2015	Όχι	72,7%	71,3%	74,0%
	Ναι	27,3%	26,0%	28,7%
2016	Όχι	72,5%	71,1%	73,7%
	Ναι	27,5%	26,3%	28,9%
2017	Όχι	72,4%	71,2%	73,6%
	Ναι	27,6%	26,4%	28,8%

Υποσημείωση: 95% ΔΕ: 95% διάστημα εμπιστοσύνης

Αντίστοιχη αντιστροφή τάσης διαπιστώνουμε και για τον κίνδυνο φτώχειας (με σταθερό όριο φτώχειας εκείνο του 2008) ή κοινωνικού αποκλεισμού. Ειδικότερα, διαπιστώνουμε έναν σχεδόν διπλασιασμό του κινδύνου μεταξύ 2010 και 2015, δηλαδή μια αύξηση του σχετικού ποσοστού από 26,2% σε 51,5%, ενώ στη συνέχεια παρατηρείται μια μικρή αποκλιμάκωση (**Πίνακας 7-24**).

Πίνακας 7-24 Κατανομή ως προς τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	Κατηγορία	Σχετική συχνότητα	95% ΔΕ	
			Κάτω όριο	Άνω όριο
2003	Όχι	63,1%	61,8%	64,4%
	Ναι	36,9%	35,6%	38,2%
2004	Όχι	66,5%	65,0%	67,9%
	Ναι	33,5%	32,1%	35,0%
2005	Όχι	68,6%	67,0%	70,1%
	Ναι	31,4%	29,9%	33,0%
2006	Όχι	69,5%	67,9%	71,0%

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

	Ναι	30,5%	29,0%	32,1%
2007	Όχι	70,7%	69,2%	72,2%
	Ναι	29,3%	27,8%	30,8%
2008	Όχι	72,3%	70,9%	73,7%
	Ναι	27,7%	26,3%	29,1%
2009	Όχι	73,4%	72,0%	74,9%
	Ναι	26,6%	25,1%	28,0%
2010	Όχι	73,8%	72,0%	75,5%
	Ναι	26,2%	24,5%	28,0%
2011	Όχι	66,1%	64,4%	67,8%
	Ναι	33,9%	32,2%	35,6%
2012	Όχι	57,1%	55,1%	59,0%
	Ναι	42,9%	41,0%	44,9%
2013	Όχι	52,1%	50,5%	53,6%
	Ναι	47,9%	46,4%	49,5%
2014	Όχι	48,8%	47,3%	50,2%
	Ναι	51,2%	49,8%	52,7%
2015	Όχι	48,5%	47,3%	49,8%
	Ναι	51,5%	50,2%	52,7%
2016	Όχι	49,2%	48,1%	50,4%
	Ναι	50,8%	49,6%	51,9%
2017	Όχι	50,1%	49,0%	51,1%
	Ναι	49,9%	48,9%	51,0%

Υποσημείωση: 95% ΔΕ: 95% διάστημα εμπιστοσύνης

Ως προς τα προβλήματα που σχετίζονται με τη στέγαση, παρατηρούμε μια διαρκής βελτίωση του δείκτη ακόμη και μετά την έναρξη της κρίσης, αν και το 2015 διαπιστώνουμε μια απότομη αύξηση (**Πίνακας 7-25**).

Πίνακας 7-25 Κατανομή ως προς τη σοβαρή στέρηση στέγασης, 2003-2017

Έτος έρευνας	Κατηγορία	Σχετική συχνότητα	95% ΔΕ	
			Κάτω όριο	Άνω όριο
2003	Όχι	90,8%	89,9%	91,6%
	Ναι	9,2%	8,4%	10,1%
2004	Όχι	92,0%	91,1%	92,9%
	Ναι	8,0%	7,1%	8,9%
2005	Όχι	90,9%	89,7%	91,9%
	Ναι	9,1%	8,1%	10,3%
2006	Όχι	90,9%	89,7%	92,0%
	Ναι	9,1%	8,0%	10,3%
2007	Όχι	91,7%	90,4%	92,8%

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

	Ναι	8,3%	7,2%	9,6%
2008	Όχι	92,1%	91,1%	92,9%
	Ναι	7,9%	7,1%	8,9%
2009	Όχι	92,6%	91,5%	93,5%
	Ναι	7,4%	6,5%	8,5%
2010	Όχι	92,6%	91,3%	93,7%
	Ναι	7,4%	6,3%	8,7%
2011	Όχι	92,7%	91,6%	93,7%
	Ναι	7,3%	6,3%	8,4%
2012	Όχι	92,7%	91,2%	93,9%
	Ναι	7,3%	6,1%	8,8%
2013	Όχι	93,0%	92,0%	93,9%
	Ναι	7,0%	6,1%	8,0%
2014	Όχι	94,2%	93,3%	94,9%
	Ναι	5,8%	5,1%	6,7%
2015	Όχι	93,6%	92,8%	94,3%
	Ναι	6,4%	5,7%	7,2%
2016	Όχι	93,9%	93,2%	94,5%
	Ναι	6,1%	5,5%	6,8%
2017	Όχι	94,2%	93,6%	94,8%
	Ναι	5,8%	5,2%	6,4%

Υποσημείωση: 95% ΔΕ: 95% διάστημα εμπιστοσύνης

Οι δύο επόμενοι πίνακες εξετάζουν την εξέλιξη των οικονομικών δυσκολιών των νοικοκυριών. Το ποσοστό των ατόμων που διαβιούν σε νοικοκυριά που αντιμετωπίζουν δυσκολίες κατά την κάλυψη των συνήθων αναγκών παρουσίαζε μια γενικότερη αυξητική τάση ακόμη και πριν την έναρξη της κρίσης (**Πίνακας 7-26**). Ωστόσο, μετά το 2008 αυτή η τάση είναι πιο εμφανής, με το ποσοστό των ατόμων που διαβιούν σε νοικοκυριά με οικονομικές δυσκολίες να φθάνει το 77% το 2017. Ως προς την υποκειμενική φτώχεια, δηλαδή τις περιπτώσεις των νοικοκυριών όπου το διαθέσιμο εισόδημά τους είναι χαμηλότερο από αυτό που δηλώνουν ότι θα έπρεπε να έχουν για να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες τους, παρατηρείται γενικότερα μια διακύμανση (**Πίνακας 7-27**). Πάντως, μετά την έναρξη της κρίσης τα ποσοστά φαίνονται να είναι υψηλότερα, ιδίως για τα έτη 2012, 2015 και 2016, ξεπερνώντας το 2% του δείγματος.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-26 Κατανομή ως προς τη δυσκολία αντιμετώπισης των συνήθων αναγκών, 2003-2017

Έτος έρευνας	Κατηγορία	Σχετική συχνότητα	95% ΔΕ	
			Κάτω όριο	Άνω όριο
2003	Όχι	51,7%	50,3%	53,1%
	Ναι	48,3%	46,9%	49,7%
2004	Όχι	54,0%	52,5%	55,6%
	Ναι	46,0%	44,4%	47,5%
2005	Όχι	48,6%	46,9%	50,3%
	Ναι	51,4%	49,7%	53,1%
2006	Όχι	46,9%	45,2%	48,6%
	Ναι	53,1%	51,4%	54,8%
2007	Όχι	47,1%	45,4%	48,9%
	Ναι	52,9%	51,1%	54,6%
2008	Όχι	45,2%	43,6%	46,8%
	Ναι	54,8%	53,2%	56,4%
2009	Όχι	42,7%	41,0%	44,4%
	Ναι	57,3%	55,6%	59,0%
2010	Όχι	41,5%	39,5%	43,6%
	Ναι	58,5%	56,4%	60,5%
2011	Όχι	37,9%	36,1%	39,8%
	Ναι	62,1%	60,2%	63,9%
2012	Όχι	27,3%	25,5%	29,1%
	Ναι	72,7%	70,9%	74,5%
2013	Όχι	22,3%	21,1%	23,6%
	Ναι	77,7%	76,4%	78,9%
2014	Όχι	22,0%	20,8%	23,2%
	Ναι	78,0%	76,8%	79,2%
2015	Όχι	22,8%	21,7%	23,9%
	Ναι	77,2%	76,1%	78,3%
2016	Όχι	23,4%	22,5%	24,3%
	Ναι	76,6%	75,7%	77,5%
2017	Όχι	23,0%	22,2%	23,9%
	Ναι	77,0%	76,1%	77,8%

Υποσημείωση: 95% ΔΕ: 95% διάστημα εμπιστοσύνης

Πίνακας 7-27 Κατανομή ως προς την υποκειμενική φτώχεια, 2003-2017

Έτος έρευνας	Κατηγορία	Σχετική συχνότητα	95% ΔΕ	
			Κάτω όριο	Άνω όριο
2004	Όχι	98,6%	98,3%	98,9%
	Ναι	1,4%	1,1%	1,7%
2005	Όχι	98,9%	98,5%	99,2%
	Ναι	1,1%	0,8%	1,5%
2006	Όχι	99,3%	99,0%	99,6%

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

	Ναι	0,7%	0,4%	1,0%
2007	Όχι	99,1%	98,7%	99,3%
	Ναι	0,9%	0,7%	1,3%
2008	Όχι	98,8%	98,4%	99,1%
	Ναι	1,2%	0,9%	1,6%
2009	Όχι	99,0%	98,6%	99,2%
	Ναι	1,0%	0,8%	1,4%
2010	Όχι	99,1%	98,7%	99,4%
	Ναι	0,9%	0,6%	1,3%
2011	Όχι	98,8%	98,4%	99,1%
	Ναι	1,2%	0,9%	1,6%
2012	Όχι	97,7%	97,0%	98,2%
	Ναι	2,3%	1,8%	3,0%
2013	Όχι	98,4%	98,0%	98,8%
	Ναι	1,6%	1,2%	2,0%
2014	Όχι	98,7%	98,4%	99,0%
	Ναι	1,3%	1,0%	1,6%
2015	Όχι	98,0%	97,6%	98,3%
	Ναι	2,0%	1,7%	2,4%
2016	Όχι	97,9%	97,6%	98,2%
	Ναι	2,1%	1,8%	2,4%
2017	Όχι	98,3%	98,0%	98,5%
	Ναι	1,7%	1,5%	2,0%

Υποσημείωση: 95% ΔΕ: 95% διάστημα εμπιστοσύνης

Όπως ήταν αναμενόμενο, υπάρχει μια διαρκής τάση αύξησης του ποσοστού των αποφοίτων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (Πίνακας 7-28). Ωστόσο, η κρίση φαίνεται να επιβράδυνε τον σχετικό ρυθμό, ιδίως στα χρόνια της μεγάλης ύφεσης, γεγονός που μπορεί να οφείλεται στο φαινόμενο του brain drain.

Πίνακας 7-28 Κατανομή ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	Κατηγορία	Σχετική συχνότητα	95% ΔΕ	
			Κάτω όριο	Άνω όριο
2003	Δημοτικό ή χαμηλότερα	38,3%	37,2%	39,3%
	Γυμνάσιο	12,6%	12,0%	13,3%
	Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	33,5%	32,6%	34,5%
	ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	15,6%	14,8%	16,4%
2004	Δημοτικό ή χαμηλότερα	37,1%	36,0%	38,2%
	Γυμνάσιο	12,8%	12,1%	13,6%
	Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	33,9%	32,8%	34,9%
	ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	16,2%	15,4%	17,1%
2005	Δημοτικό ή χαμηλότερα	36,0%	34,8%	37,2%
	Γυμνάσιο	12,7%	11,9%	13,5%

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2006	Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	34,4%	33,3%	35,6%
	ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	16,9%	15,9%	18,0%
2007	Δημοτικό ή χαμηλότερα	35,7%	34,5%	36,9%
	Γυμνάσιο	13,1%	12,3%	13,9%
2008	Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	34,7%	33,6%	35,9%
	ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	16,5%	15,5%	17,5%
2009	Δημοτικό ή χαμηλότερα	34,5%	33,3%	35,8%
	Γυμνάσιο	12,8%	12,1%	13,6%
2010	Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	35,0%	33,8%	36,1%
	ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	17,7%	16,7%	18,8%
2011	Δημοτικό ή χαμηλότερα	32,1%	31,0%	33,1%
	Γυμνάσιο	12,3%	11,5%	13,0%
2012	Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	36,4%	35,4%	37,5%
	ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	19,2%	18,3%	20,2%
2013	Δημοτικό ή χαμηλότερα	30,9%	29,7%	32,1%
	Γυμνάσιο	11,5%	10,8%	12,3%
2014	Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	36,7%	35,5%	37,9%
	ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	20,9%	19,8%	22,1%
2015	Δημοτικό ή χαμηλότερα	28,9%	27,6%	30,3%
	Γυμνάσιο	11,4%	10,6%	12,3%
2016	Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	38,0%	36,6%	39,5%
	ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	21,7%	20,3%	23,1%
2017	Δημοτικό ή χαμηλότερα	27,0%	25,8%	28,1%
	Γυμνάσιο	11,4%	10,7%	12,2%
2018	Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	39,1%	37,8%	40,4%
	ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	22,5%	21,2%	23,8%
2019	Δημοτικό ή χαμηλότερα	26,4%	25,2%	27,6%
	Γυμνάσιο	12,1%	11,3%	13,0%
2020	Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	39,1%	37,7%	40,5%
	ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	22,4%	21,1%	23,8%
2021	Δημοτικό ή χαμηλότερα	26,5%	25,5%	27,4%
	Γυμνάσιο	11,9%	11,2%	12,6%
2022	Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	39,2%	38,2%	40,3%
	ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	22,4%	21,5%	23,5%
2023	Δημοτικό ή χαμηλότερα	27,7%	26,8%	28,7%
	Γυμνάσιο	11,9%	11,2%	12,6%
2024	Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	38,0%	37,0%	39,0%
	ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	22,4%	21,4%	23,3%
2025	Δημοτικό ή χαμηλότερα	27,3%	26,5%	28,1%
	Γυμνάσιο	11,3%	10,8%	11,9%
2026	Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	38,1%	37,3%	38,9%
	ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	23,3%	22,6%	24,1%
2027	Δημοτικό ή χαμηλότερα	26,4%	25,7%	27,2%
	Γυμνάσιο	11,2%	10,7%	11,7%
2028	Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	38,8%	38,1%	39,6%
	ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	23,6%	22,9%	24,3%
2029	Δημοτικό ή χαμηλότερα	25,8%	25,2%	26,5%
	Γυμνάσιο	11,1%	10,7%	11,6%
2030	Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	39,3%	38,6%	40,1%
	ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	23,7%	23,0%	24,4%

Υποσημείωση: 95% ΔΕ: 95% διάστημα εμπιστοσύνης

Έπειτα, και όπως ήταν αναμενόμενο, διαπιστώνουμε ότι κατά τη διάρκεια της κρίσης αυξήθηκε σημαντικά το ποσοστό των ανέργων ατόμων, ενώ

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

παρατηρείται μείωση στους εργαζόμενους με πλήρη απασχόληση και τα οικονομικά ανενεργά άτομα (Πίνακας 7-29).

Πίνακας 7-29 Κατανομή ως προς την κύρια ασχολία, 2003-2017

Έτος έρευνας	Κατηγορία	Σχετική συχνότητα	95% ΔΕ	
			Κάτω όριο	Άνω όριο
2003	Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση	43,8%	42,9%	44,6%
	Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	3,9%	3,5%	4,2%
	Άνεργος/η	5,3%	4,9%	5,8%
	Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	7,8%	7,3%	8,3%
	Συνταξιούχος	21,2%	20,4%	22,0%
	Ανάπηρος/η	1,3%	1,1%	1,5%
	Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	16,8%	16,2%	17,3%
2004	Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση	44,0%	43,1%	45,0%
	Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	4,1%	3,8%	4,6%
	Άνεργος/η	5,3%	4,9%	5,7%
	Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	7,7%	7,2%	8,3%
	Συνταξιούχος	21,2%	20,4%	22,0%
	Ανάπηρος/η	1,3%	1,1%	1,5%
	Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	16,3%	15,7%	17,0%
2005	Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση	43,7%	42,6%	44,8%
	Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	4,5%	4,1%	5,0%
	Άνεργος/η	5,7%	5,2%	6,2%
	Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	7,9%	7,3%	8,6%
	Συνταξιούχος	21,2%	20,3%	22,1%
	Ανάπηρος/η	1,3%	1,1%	1,6%
	Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	15,7%	15,0%	16,4%
2006	Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση	43,2%	42,1%	44,3%
	Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	4,7%	4,3%	5,2%
	Άνεργος/η	5,6%	5,1%	6,2%
	Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	8,0%	7,4%	8,6%
	Συνταξιούχος	21,4%	20,6%	22,4%
	Ανάπηρος/η	1,4%	1,1%	1,8%
	Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	15,6%	14,9%	16,3%
2007	Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση	43,7%	42,6%	44,8%
	Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	4,6%	4,1%	5,0%
	Άνεργος/η	5,4%	4,9%	5,9%
	Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	7,9%	7,3%	8,5%
	Συνταξιούχος	21,9%	21,0%	22,9%
	Ανάπηρος/η	1,6%	1,3%	2,1%
	Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	14,9%	14,2%	15,6%
2008	Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση	45,2%	44,2%	46,1%
	Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	4,3%	3,9%	4,7%
	Άνεργος/η	4,8%	4,3%	5,2%
	Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	7,6%	7,1%	8,2%
	Συνταξιούχος	21,5%	20,7%	22,4%
	Ανάπηρος/η	1,5%	1,1%	2,0%
	Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	15,2%	14,6%	15,8%
2009	Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση	44,4%	43,3%	45,5%
	Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	4,2%	3,8%	4,7%
	Άνεργος/η	5,5%	5,0%	6,0%
	Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	7,9%	7,2%	8,5%
	Συνταξιούχος	22,5%	21,6%	23,5%

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

	Ανάπηρος/η	1,8%	1,5%	2,2%
	Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	13,7%	13,0%	14,4%
2010	Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση	42,9%	41,5%	44,2%
	Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	5,1%	4,5%	5,8%
	Άνεργος/η	7,2%	6,5%	7,9%
	Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	7,3%	6,6%	8,1%
	Συνταξιούχος	22,2%	21,1%	23,3%
	Ανάπηρος/η	1,6%	1,4%	2,0%
	Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	13,7%	12,9%	14,5%
2011	Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση	35,9%	34,7%	37,0%
	Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	4,1%	3,6%	4,6%
	Άνεργος/η	13,2%	12,4%	14,1%
	Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	7,7%	7,0%	8,4%
	Συνταξιούχος	24,9%	23,9%	26,0%
	Ανάπηρος/η	1,3%	1,1%	1,5%
	Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	12,9%	12,2%	13,6%
2012	Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση	34,7%	33,4%	36,1%
	Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	4,8%	4,3%	5,3%
	Άνεργος/η	13,8%	12,8%	15,0%
	Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	7,7%	7,0%	8,5%
	Συνταξιούχος	25,7%	24,5%	26,8%
	Ανάπηρος/η	1,1%	0,9%	1,3%
	Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	12,2%	11,5%	12,9%
2013	Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση	32,6%	31,7%	33,6%
	Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	4,4%	4,0%	4,8%
	Άνεργος/η	15,7%	14,9%	16,5%
	Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	7,0%	6,4%	7,5%
	Συνταξιούχος	26,4%	25,5%	27,3%
	Ανάπηρος/η	1,2%	1,0%	1,4%
	Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	12,8%	12,2%	13,4%
2014	Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση	33,8%	32,9%	34,7%
	Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	3,3%	3,0%	3,7%
	Άνεργος/η	15,7%	15,0%	16,5%
	Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	6,7%	6,2%	7,2%
	Συνταξιούχος	25,2%	24,4%	26,0%
	Ανάπηρος/η	1,2%	1,0%	1,5%
	Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	14,0%	13,4%	14,6%
2015	Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση	34,5%	33,7%	35,2%
	Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	3,8%	3,5%	4,1%
	Άνεργος/η	14,6%	14,0%	15,2%
	Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	7,2%	6,8%	7,6%
	Συνταξιούχος	25,5%	24,9%	26,2%
	Ανάπηρος/η	1,4%	1,2%	1,6%
	Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	13,1%	12,6%	13,6%
2016	Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση	35,1%	34,4%	35,8%
	Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	4,0%	3,7%	4,3%
	Άνεργος/η	13,7%	13,1%	14,2%
	Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	7,2%	6,8%	7,6%
	Συνταξιούχος	25,7%	25,0%	26,3%
	Ανάπηρος/η	1,4%	1,3%	1,6%
	Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	12,9%	12,5%	13,4%
2017	Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση	36,6%	36,0%	37,3%
	Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	4,0%	3,8%	4,3%
	Άνεργος/η	13,2%	12,7%	13,6%
	Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	7,0%	6,7%	7,4%
	Συνταξιούχος	25,0%	24,4%	25,5%
	Ανάπηρος/η	1,5%	1,4%	1,7%
	Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	12,7%	12,3%	13,1%

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Υποσημείωση: 95% ΔΕ: 95% διάστημα εμπιστοσύνης

Οι τελευταίοι τρεις πίνακες αυτής της ενότητας εξετάζουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το νοικοκυριό από το περιβάλλον της γειτονιάς της κατοικίας του. Παρατηρούμε, λοιπόν, ότι η συχνότητα αναφοράς προβλημάτων θορύβου παρουσίαζε μια ανοδική τάση μέχρι και το 2011 (25,3%), ενώ στη συνέχεια φαίνεται να μειώνεται (**Πίνακας 7-30**). Μια αντίστοιχη τάση διαπιστώνουμε και για τη συχνότητα αναφοράς προβλημάτων ακαθαρσιών και μόλυνσης, με το έτος καμπής να είναι σε αυτήν την περίπτωση το 2013 (26,5%) (**Πίνακας 7-31**). Τέλος, τα (αντιλαμβανόμενα) προβλήματα εγκληματικότητας φαίνεται να κορυφώθηκαν το 2011 (20,1%), ενώ στη συνέχεια υπάρχει μια σαφής τάση αποκλιμάκωσης (**Πίνακας 7-32**).

Πίνακας 7-30 Κατανομή ως προς τα προβλήματα θορύβου, 2003-2017

Έτος έρευνας	Κατηγορία	Σχετική συχνότητα	95% ΔΕ	
			Κάτω όριο	Άνω όριο
2003	Όχι	79,4%	78,3%	80,5%
	Ναι	20,6%	19,5%	21,7%
2004	Όχι	81,4%	80,1%	82,5%
	Ναι	18,6%	17,5%	19,9%
2005	Όχι	79,4%	78,0%	80,8%
	Ναι	20,6%	19,2%	22,0%
2006	Όχι	79,6%	78,2%	80,9%
	Ναι	20,4%	19,1%	21,8%
2007	Όχι	78,0%	76,5%	79,4%
	Ναι	22,0%	20,6%	23,5%
2008	Όχι	77,7%	76,3%	78,9%
	Ναι	22,3%	21,1%	23,7%
2009	Όχι	76,7%	75,2%	78,1%
	Ναι	23,3%	21,9%	24,8%
2010	Όχι	77,1%	75,2%	78,9%
	Ναι	22,9%	21,1%	24,8%
2011	Όχι	74,7%	72,9%	76,3%
	Ναι	25,3%	23,7%	27,1%
2012	Όχι	74,9%	73,0%	76,7%
	Ναι	25,1%	23,3%	27,0%
2013	Όχι	75,7%	74,3%	77,1%
	Ναι	24,3%	22,9%	25,7%
2014	Όχι	80,2%	79,0%	81,3%

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

	Ναι	19,8%	18,7%	21,0%
2015	Όχι	80,6%	79,6%	81,5%
	Ναι	19,4%	18,5%	20,4%
2016	Όχι	80,1%	79,2%	81,0%
	Ναι	19,9%	19,0%	20,8%
2017	Όχι	79,9%	79,0%	80,7%
	Ναι	20,1%	19,3%	21,0%

Υποσημείωση: 95% ΔΕ: 95% διάστημα εμπιστοσύνης

Πίνακας 7-31 Κατανομή ως προς τα προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	Κατηγορία	Σχετική συχνότητα	95% ΔΕ	
			Κάτω όριο	Άνω όριο
2003	Όχι	82,8%	81,7%	83,9%
	Ναι	17,2%	16,1%	18,3%
2004	Όχι	84,7%	83,5%	85,8%
	Ναι	15,3%	14,2%	16,5%
2005	Όχι	81,9%	80,5%	83,3%
	Ναι	18,1%	16,7%	19,5%
2006	Όχι	82,9%	81,5%	84,1%
	Ναι	17,1%	15,9%	18,5%
2007	Όχι	81,1%	79,6%	82,5%
	Ναι	18,9%	17,5%	20,4%
2008	Όχι	79,8%	78,6%	81,0%
	Ναι	20,2%	19,0%	21,4%
2009	Όχι	77,7%	76,2%	79,1%
	Ναι	22,3%	20,9%	23,8%
2010	Όχι	75,8%	73,9%	77,7%
	Ναι	24,2%	22,3%	26,1%
2011	Όχι	74,8%	73,1%	76,4%
	Ναι	25,2%	23,6%	26,9%
2012	Όχι	73,8%	71,9%	75,6%
	Ναι	26,2%	24,4%	28,1%
2013	Όχι	73,5%	72,1%	74,9%
	Ναι	26,5%	25,1%	27,9%
2014	Όχι	76,8%	75,5%	78,0%
	Ναι	23,2%	22,0%	24,5%
2015	Όχι	80,9%	79,9%	81,9%
	Ναι	19,1%	18,1%	20,1%
2016	Όχι	80,3%	79,3%	81,2%
	Ναι	19,7%	18,8%	20,7%
2017	Όχι	79,6%	78,7%	80,5%
	Ναι	20,4%	19,5%	21,3%

Υποσημείωση: 95% ΔΕ: 95% διάστημα εμπιστοσύνης

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-32 Κατανομή ως προς τα προβλήματα εγκληματικότητας, 2003-2017

Έτος έρευνας	Κατηγορία	Σχετική συχνότητα	95% ΔΕ	
			Κάτω όριο	Άνω όριο
2003	Όχι	90,2%	89,2%	91,0%
	Ναι	9,8%	9,0%	10,8%
2004	Όχι	92,2%	91,3%	93,0%
	Ναι	7,8%	7,0%	8,7%
2005	Όχι	91,7%	90,7%	92,7%
	Ναι	8,3%	7,3%	9,3%
2006	Όχι	91,6%	90,6%	92,4%
	Ναι	8,4%	7,6%	9,4%
2007	Όχι	89,7%	88,5%	90,7%
	Ναι	10,3%	9,3%	11,5%
2008	Όχι	88,3%	87,2%	89,3%
	Ναι	11,7%	10,7%	12,8%
2009	Όχι	84,0%	82,6%	85,2%
	Ναι	16,0%	14,8%	17,4%
2010	Όχι	81,5%	79,7%	83,2%
	Ναι	18,5%	16,8%	20,3%
2011	Όχι	79,9%	78,1%	81,5%
	Ναι	20,1%	18,5%	21,9%
2012	Όχι	80,2%	78,3%	82,0%
	Ναι	19,8%	18,0%	21,7%
2013	Όχι	81,0%	79,7%	82,2%
	Ναι	19,0%	17,8%	20,3%
2014	Όχι	83,9%	82,8%	85,0%
	Ναι	16,1%	15,0%	17,2%
2015	Όχι	87,0%	86,2%	87,8%
	Ναι	13,0%	12,2%	13,8%
2016	Όχι	87,9%	87,2%	88,7%
	Ναι	12,1%	11,3%	12,8%
2017	Όχι	86,2%	85,5%	86,9%
	Ναι	13,8%	13,1%	14,5%

Υποσημείωση: 95% ΔΕ: 95% διάστημα εμπιστοσύνης

7.3.1.2. Εκβάσεις υγείας

7.3.1.2.1. Μη προτυποποιημένες κατανομές των εκβάσεων υγείας

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται οι μη προτυποποιημένες κατανομές των εκβάσεων υγείας για το διάστημα 2003-2017. Ως προς την εξέλιξη της κατανομής της αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας στην 5-βάθμια κλίμακα, παρατηρούμε ταυτόχρονη μείωση των ποσοστών των ατόμων με πολύ κακή

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

αλλά και με καλή υγεία μεταξύ 2003 και 2017 (**Πίνακας 7-33** και **Γράφημα 7-1**). Αυτό σημαίνει ότι η κατανομή γίνεται περισσότερο λεπτόκυρτη και συγκεντρώνεται στις μεσαίες κατηγορίες. Είναι ενδιαφέρον, πάντως, πως ο ρυθμός μεταβολής επιταχύνεται μετά την έναρξη της κρίσης, αν και φαίνεται ότι κατά τα τελευταία έτη η τάση αυτή αντιστρέφεται για την πολύ καλή υγεία. Ειδικά για τη σχετική συχνότητα των ατόμων με κακή ή πολύ κακή υγεία, αυτή μειώνεται κατά 2,9% μεταξύ 2003 και 2008, αλλά στη συνέχεια αυξάνεται κατά 11,5% μέχρι το 2017 (**Πίνακας 7-34** και **Γράφημα 7-2**).

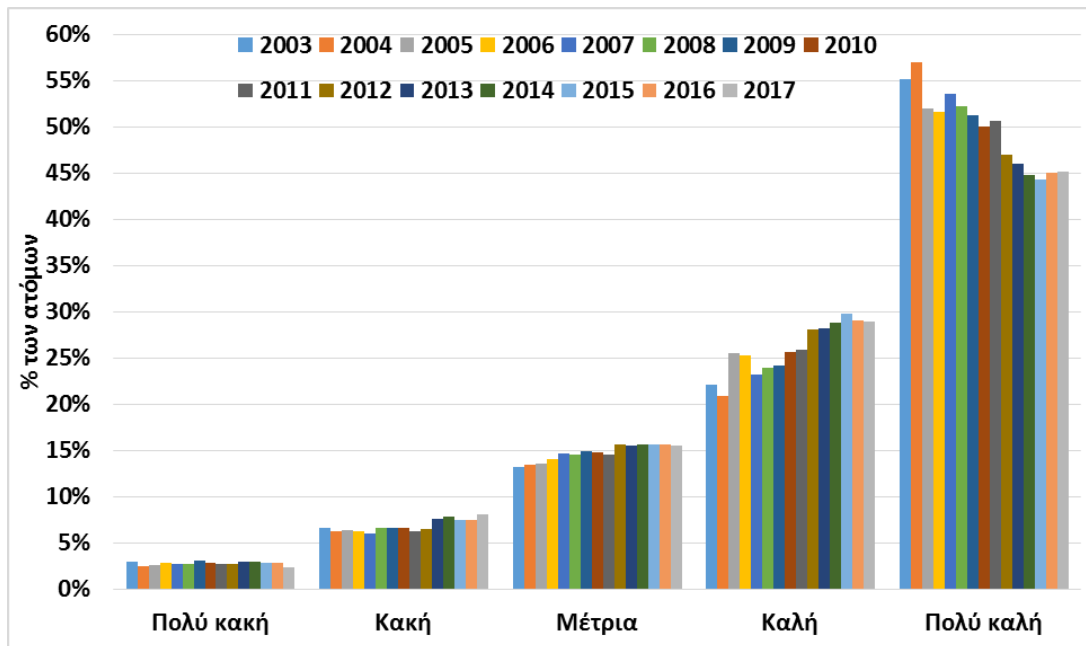
Πίνακας 7-33 Εξέλιξη της κατανομής (%) των ατόμων ως προς την αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας στην 5-βάθμια κλίμακα, 2003-2017

Έτος έρευνας	Πολύ κακή (% ατόμων)	Κακή (% ατόμων)	Μέτρια (% ατόμων)	Καλή (% ατόμων)	Πολύ καλή (% ατόμων)
2003	2,99 (0,16)	6,57 (0,23)	13,15 (0,32)	22,14 (0,43)	55,15 (0,54)
2004	2,50 (0,15)	6,29 (0,23)	13,43 (0,35)	20,85 (0,45)	56,93 (0,57)
2005	2,58 (0,16)	6,31 (0,26)	13,60 (0,38)	25,53 (0,55)	51,99 (0,64)
2006	2,86 (0,18)	6,29 (0,29)	14,03 (0,40)	25,24 (0,53)	51,58 (0,65)
2007	2,74 (0,17)	6,01 (0,29)	14,59 (0,39)	23,13 (0,52)	53,53 (0,64)
2008	2,69 (0,16)	6,59 (0,32)	14,58 (0,37)	23,94 (0,48)	52,21 (0,60)
2009	3,09 (0,19)	6,56 (0,29)	14,89 (0,41)	24,21 (0,55)	51,25 (0,68)
2010	2,87 (0,21)	6,65 (0,32)	14,78 (0,49)	25,62 (0,64)	50,07 (0,79)
2011	2,68 (0,18)	6,29 (0,28)	14,56 (0,42)	25,84 (0,60)	50,63 (0,71)
2012	2,72 (0,20)	6,54 (0,37)	15,67 (0,48)	28,09 (0,65)	46,97 (0,80)
2013	2,89 (0,16)	7,52 (0,28)	15,48 (0,36)	28,14 (0,51)	45,97 (0,61)
2014	2,92 (0,16)	7,79 (0,26)	15,67 (0,36)	28,85 (0,50)	44,78 (0,58)
2015	2,86 (0,13)	7,45 (0,21)	15,62 (0,29)	29,75 (0,39)	44,31 (0,46)
2016	2,83 (0,11)	7,47 (0,18)	15,65 (0,27)	29,03 (0,33)	45,02 (0,40)
2017	2,29 (0,09)	8,06 (0,18)	15,51 (0,25)	28,97 (0,31)	45,17 (0,38)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,30	0,02	1,43	1,80	-2,94
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-10,03	0,30	10,87	8,13	-5,33
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,40	1,47	0,93	5,03	-7,04
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-14,87	22,31	6,38	21,01	-13,48

Υποσημείωση: Εντός των παρενθέσεων βρίσκονται τα τυπικά σφάλματα της εκτίμησης του ποσοστού των ατόμων.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Γράφημα 7-1 Εξέλιξη της κατανομής (%) των ατόμων ως προς την αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας στην 5-βάθμια κλίμακα, 2003-2017



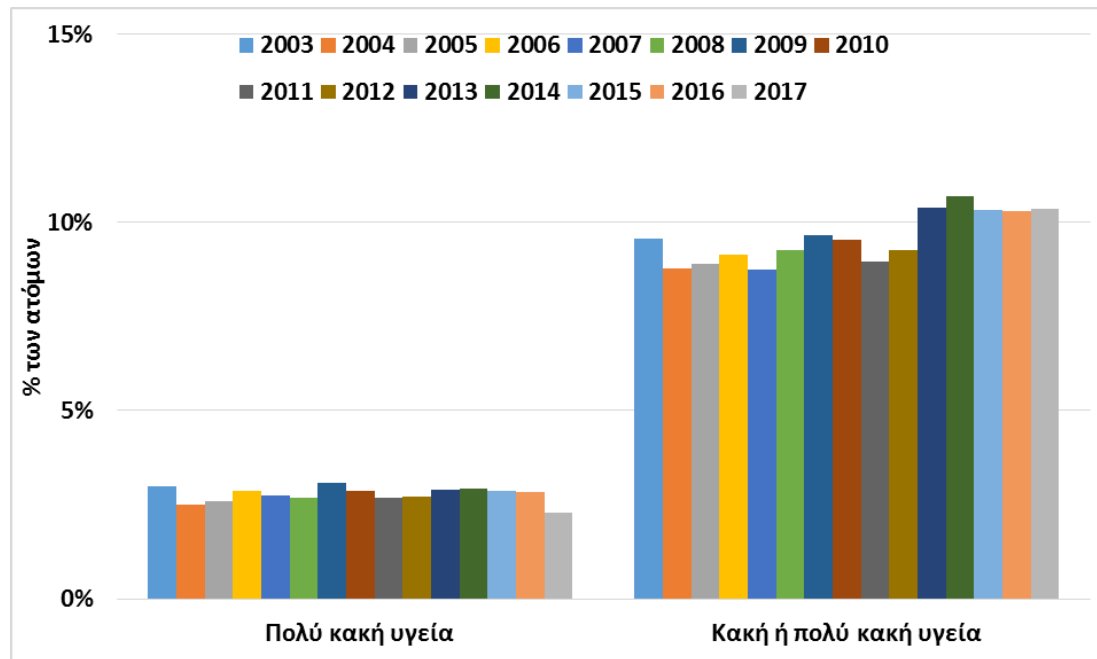
Πίνακας 7-34 Εξέλιξη του ποσοστού (%) των ατόμων με πολύ κακή υγεία και με κακή ή πολύ κακή υγεία, 2003-2017

Έτος έρευνας	Πολύ κακή υγεία (% ατόμων)	Κακή ή πολύ κακή υγεία (% ατόμων)
2003	2,99 (0,16)	9,56 (0,29)
2004	2,50 (0,15)	8,79 (0,29)
2005	2,58 (0,16)	8,89 (0,32)
2006	2,86 (0,18)	9,16 (0,35)
2007	2,74 (0,17)	8,75 (0,34)
2008	2,69 (0,16)	9,28 (0,35)
2009	3,09 (0,19)	9,65 (0,35)
2010	2,87 (0,21)	9,53 (0,39)
2011	2,68 (0,18)	8,97 (0,34)
2012	2,72 (0,20)	9,27 (0,42)
2013	2,89 (0,16)	10,41 (0,33)
2014	2,92 (0,16)	10,71 (0,31)
2015	2,86 (0,13)	10,32 (0,24)
2016	2,83 (0,11)	10,31 (0,22)
2017	2,29 (0,09)	10,35 (0,20)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,30	-0,28
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-10,03	-2,93
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,40	1,07
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-14,87	11,53

Υποσημείωση: Εντός των παρενθέσεων βρίσκονται τα τυπικά σφάλματα της εκτίμησης του ποσοστού των ατόμων.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Γράφημα 7-2 Εξέλιξη του ποσοστού (%) των ατόμων με πολύ κακή υγεία και με κακή ή πολύ κακή υγεία, 2003-2017



Οι προηγούμενες μεταβολές έχουν σαν αποτέλεσμα τη μείωση της μέσης τιμής της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας κατά 0,8% για το διάστημα πριν την κρίση και κατά 2,8% για το διάστημα μετά την κρίση (Πίνακας 7-35 και Γράφημα 7-3). Πάντως, μετά το 2014 φαίνεται να αρχίζει να βελτιώνεται η αυτοαξιολογούμενη υγεία του πληθυσμού.

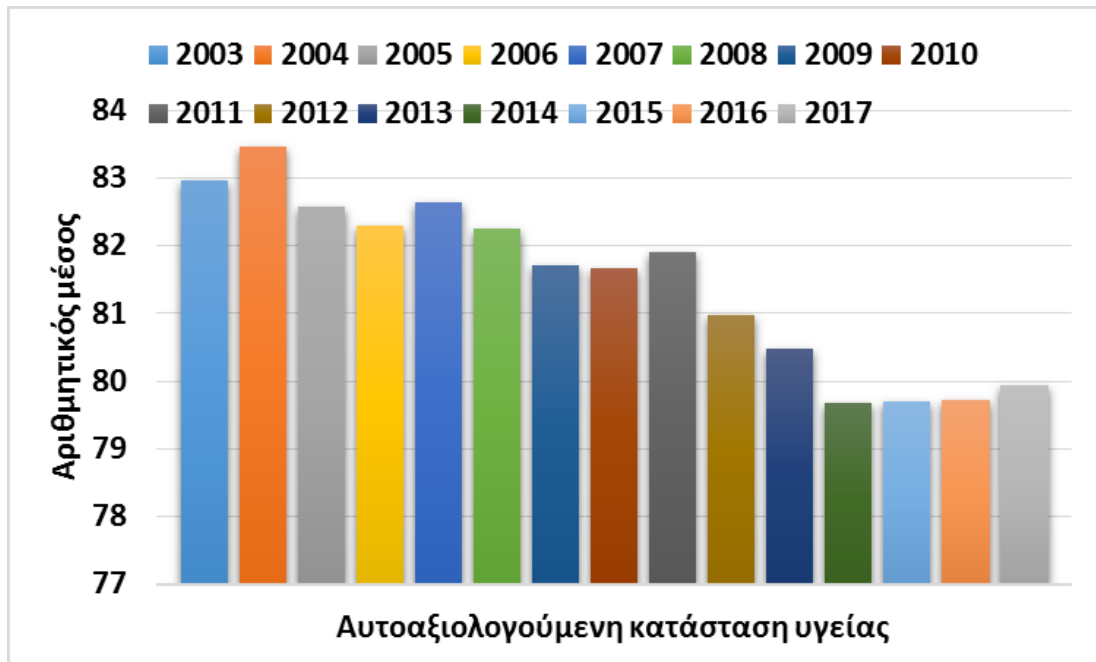
Πίνακας 7-35 Εξέλιξη του μέσου επιπέδου της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας, 2003-2017

Έτος έρευνας	Μέση τιμή	Τυπικό σφάλμα
2003	82,97	0,18
2004	83,47	0,19
2005	82,58	0,21
2006	82,30	0,22
2007	82,65	0,22
2008	82,25	0,21
2009	81,71	0,23
2010	81,66	0,26
2011	81,90	0,23
2012	80,97	0,29
2013	80,47	0,21
2014	79,67	0,20
2015	79,70	0,16

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2016	79,72	0,14
2017	79,93	0,13
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,72	
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-0,86	
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-2,32	
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-2,82	

Γράφημα 7-3 Εξέλιξη του μέσου επιπέδου της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας, 2003-2017



Το ποσοστό των ατόμων που αναφέρουν την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας αυξήθηκε κατά 11% μέχρι το 2008 και κατά 7,4% για το υπόλοιπο διάστημα μέχρι το τέλος της περιόδου της ανάλυσης, φθάνοντας το 23,7% το 2017 (Πίνακας 7-36 και Γράφημα 7-4). Συνολικά, φαίνεται να υπάρχει μια επιβράδυνση του ρυθμού αύξησης των αναφερόμενων χρονίων προβλημάτων υγείας.

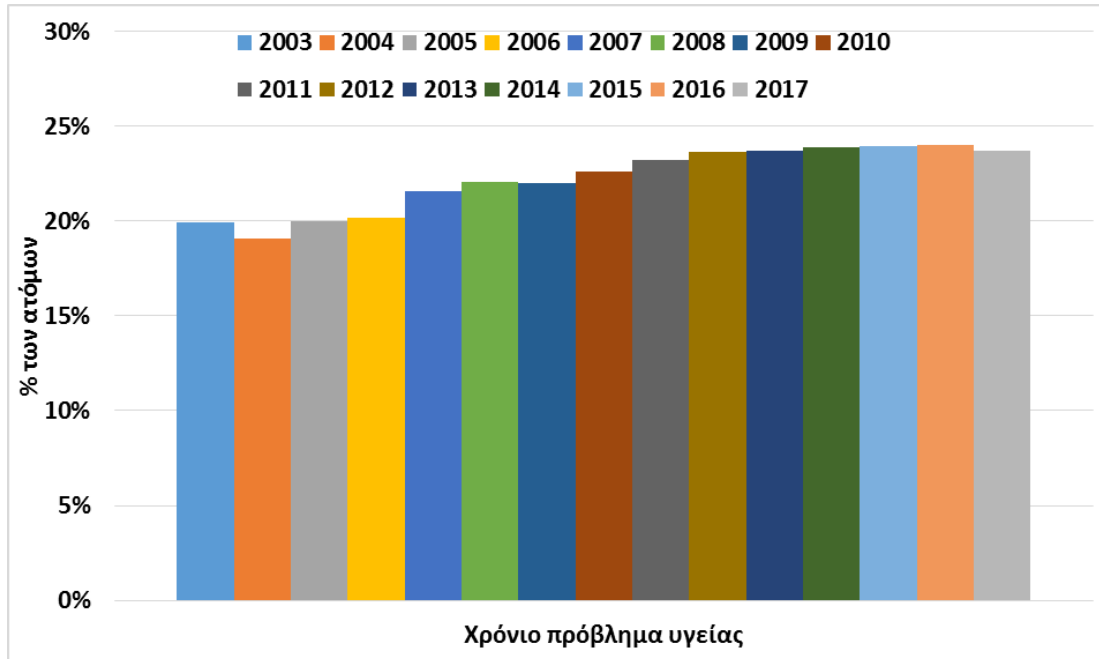
Πίνακας 7-36 Εξέλιξη του ποσοστού (%) των ατόμων με χρόνια πρόβλημα υγείας, 2003-2017

Έτος έρευνας	Ποσοστό (%) ατόμων	Τυπικό σφάλμα
2003	19,91	0,40
2004	19,07	0,41
2005	20,02	0,47
2006	20,19	0,49
2007	21,57	0,50

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2008	22,09	0,53
2009	21,98	0,50
2010	22,60	0,60
2011	23,23	0,54
2012	23,67	0,65
2013	23,73	0,47
2014	23,92	0,45
2015	23,95	0,36
2016	24,00	0,33
2017	23,72	0,30
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	2,18	
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	10,95	
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,63	
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	7,38	

Γράφημα 7-4 Εξέλιξη του ποσοστού (%) των ατόμων με χρόνια πρόβλημα υγείας, 2003-2017



Διαρκή επιδείνωση παρατηρείται και στον δείκτη των αναφερόμενων περιορισμών στις συνήθεις δραστηριότητες λόγω κάποιου προβλήματος υγείας (Πίνακας 7-37 και Γράφημα 7-5). Ωστόσο, διαπιστώνουμε μια τάση μείωσης της σχετικής συχνότητας των ατόμων που δηλώνουν σοβαρούς περιορισμούς μετά το 2014, καθώς και μια αυξητική πορεία μετά το 2015 για το ποσοστό των ατόμων που αναφέρουν απουσία τέτοιων περιορισμών. (Πίνακας 7-38 και Γράφημα 7-5).

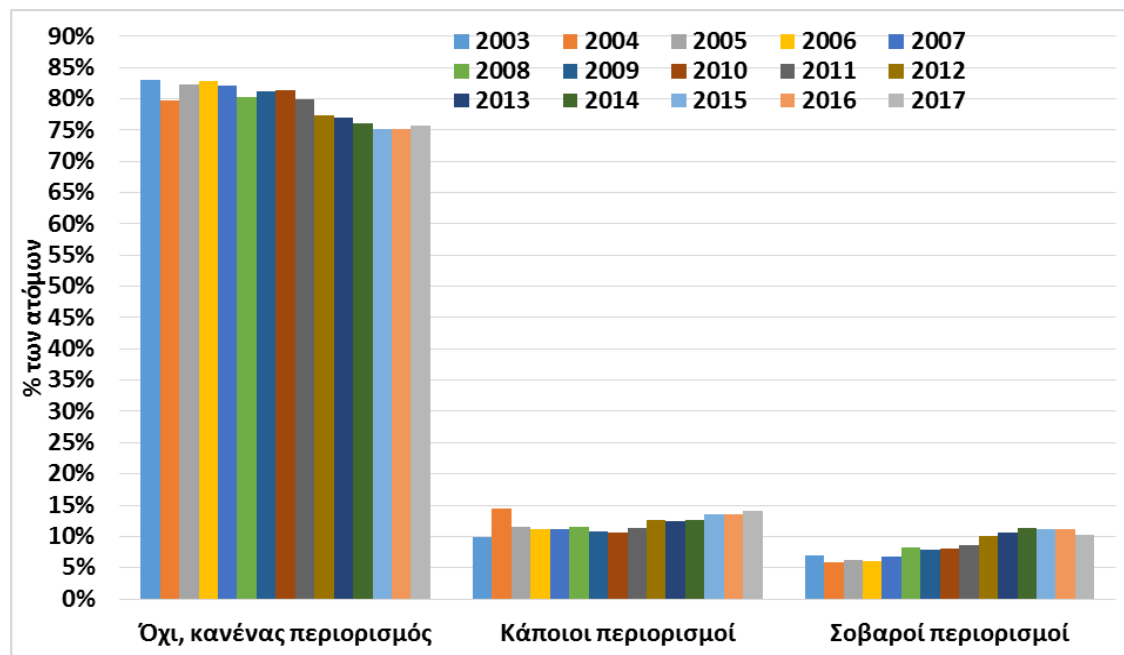
Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-37 Εξέλιξη της κατανομής (%) των ατόμων ως προς τους περιορισμούς στις συνήθεις δραστηριότητές τους λόγω προβλήματος υγείας, 2003-2017

Έτος έρευνας	Όχι, κανένας περιορισμός (% ατόμων)	Κάποιοι περιορισμοί (% ατόμων)	Σοβαροί περιορισμοί (% ατόμων)
2003	83,04 (0,37)	9,97 (0,28)	6,99 (0,24)
2004	79,83 (0,46)	14,37 (0,40)	5,80 (0,23)
2005	82,30 (0,45)	11,53 (0,36)	6,16 (0,26)
2006	82,83 (0,47)	11,13 (0,40)	6,04 (0,26)
2007	82,10 (0,52)	11,14 (0,40)	6,76 (0,27)
2008	80,31 (0,47)	11,54 (0,33)	8,15 (0,36)
2009	81,28 (0,47)	10,84 (0,34)	7,87 (0,31)
2010	81,32 (0,55)	10,66 (0,40)	8,02 (0,35)
2011	80,01 (0,51)	11,42 (0,38)	8,57 (0,33)
2012	77,43 (0,65)	12,56 (0,43)	10,01 (0,44)
2013	76,96 (0,48)	12,36 (0,32)	10,67 (0,33)
2014	76,03 (0,45)	12,65 (0,32)	11,33 (0,33)
2015	75,18 (0,38)	13,57 (0,29)	11,25 (0,25)
2016	75,25 (0,34)	13,50 (0,25)	11,25 (0,23)
2017	75,71 (0,30)	14,06 (0,23)	10,23 (0,20)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-2,73	1,57	1,16
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-3,29	15,75	16,60
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-4,60	2,52	2,08
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-5,73	21,84	25,52

Υποσημείωση: Εντός των παρενθέσεων βρίσκονται τα τυπικά σφάλματα της εκτίμησης του ποσοστού των ατόμων.

Γράφημα 7-5 Εξέλιξη της κατανομής (%) των ατόμων ως προς τους περιορισμούς στις συνήθεις δραστηριότητές τους λόγω προβλήματος υγείας, 2003-2017



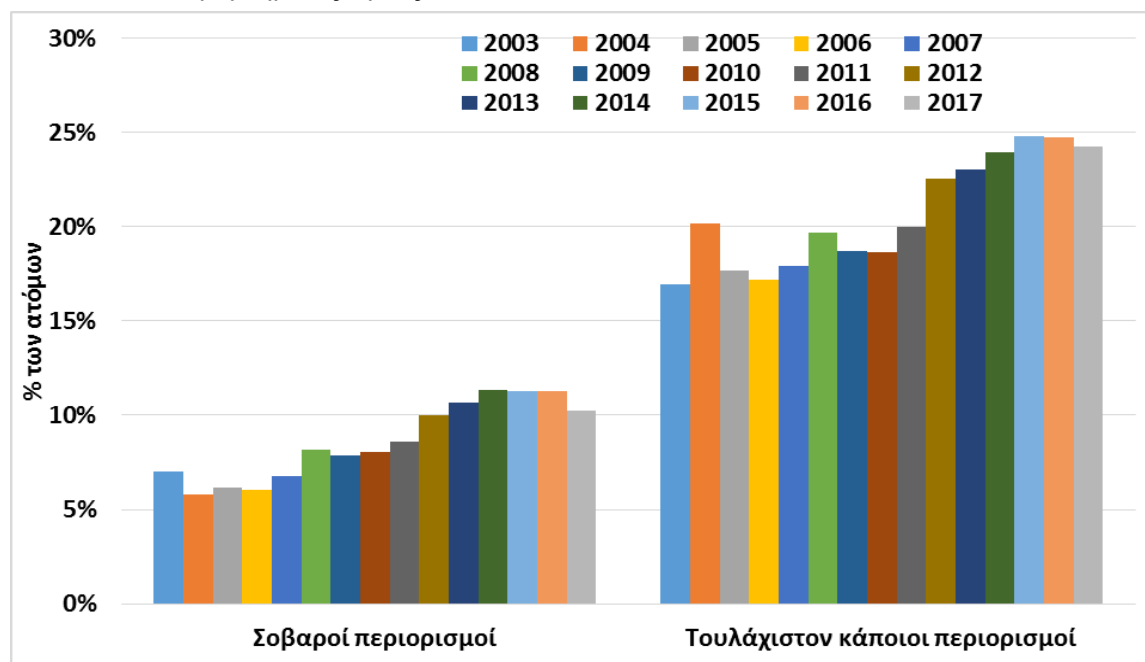
Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-38 Εξέλιξη του ποσοστού (%) των ατόμων με σοβαρούς περιορισμούς και με τουλάχιστον κάποιους περιορισμούς στις συνήθειες δραστηριότητές τους λόγω προβλήματος υγείας, 2003-2017

Έτος έρευνας	Σοβαροί περιορισμοί (% ατόμων)	Τουλάχιστον κάποιους περιορισμοί (% ατόμων)
2003	6,99 (0,24)	16,96 (0,37)
2004	5,80 (0,23)	20,17 (0,46)
2005	6,16 (0,26)	17,70 (0,45)
2006	6,04 (0,26)	17,17 (0,47)
2007	6,76 (0,27)	17,90 (0,52)
2008	8,15 (0,36)	19,69 (0,47)
2009	7,87 (0,31)	18,72 (0,47)
2010	8,02 (0,35)	18,68 (0,55)
2011	8,57 (0,33)	19,99 (0,51)
2012	10,01 (0,44)	22,57 (0,65)
2013	10,67 (0,33)	23,04 (0,48)
2014	11,33 (0,33)	23,97 (0,45)
2015	11,25 (0,25)	24,82 (0,38)
2016	11,25 (0,23)	24,75 (0,34)
2017	10,23 (0,20)	24,29 (0,30)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,16	2,73
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	16,60	16,10
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	2,08	4,60
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	25,52	23,36

Υποσημείωση: Εντός των παρενθέσεων βρίσκονται τα τυπικά σφάλματα της εκτίμησης του ποσοστού των ατόμων.

Γράφημα 7-6 Εξέλιξη του ποσοστού (%) των ατόμων με σοβαρούς περιορισμούς και με τουλάχιστον κάποιους περιορισμούς στις συνήθειες δραστηριότητές τους λόγω προβλήματος υγείας, 2003-2017



Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

7.3.1.2.2. Προτυποποιημένες ως προς την ηλικία και το φύλο κατανομές των εκβάσεων υγείας

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται οι προτυποποιημένες κατανομές των εκβάσεων υγείας για το διάστημα 2003-2017. Λαμβάνοντας, λοιπόν, υπόψη τις προτυποποιημένες ως προς την ηλικία και το φύλο κατανομές του πληθυσμού –ουσιαστικά συγκρίνοντας τις εκβάσεις υγείας στην περίπτωση που θα είχαμε ίδια κατανομή του φύλου και της ηλικίας στον πληθυσμό– διαπιστώνουμε ότι ο ρυθμός μείωσης της πολύ κακής υγείας είναι μεγαλύτερος και εκείνος της πολύ καλής υγείας μικρότερος σε σχέση με τις μη προτυποποιημένες κατανομές (**Πίνακας 7-39** και **Γράφημα 7-7**). Αυτό προφανώς οφείλεται στο ότι εξετάζουμε την εξέλιξη των εκβάσεων υγείας σε βάθος δεκαπενταετίας, εντός της οποίας λαμβάνει χώρα η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού. Για αυτόν τον λόγο και η σχετική μεταβολή εντός της οικονομικής κρίσης για την πολύ κακή ή κακή υγεία από θετική στην μη προτυποποιημένη κατανομή γίνεται αρνητική στην προτυποποιημένη (**Πίνακας 7-40** και **Γράφημα 7-8**).

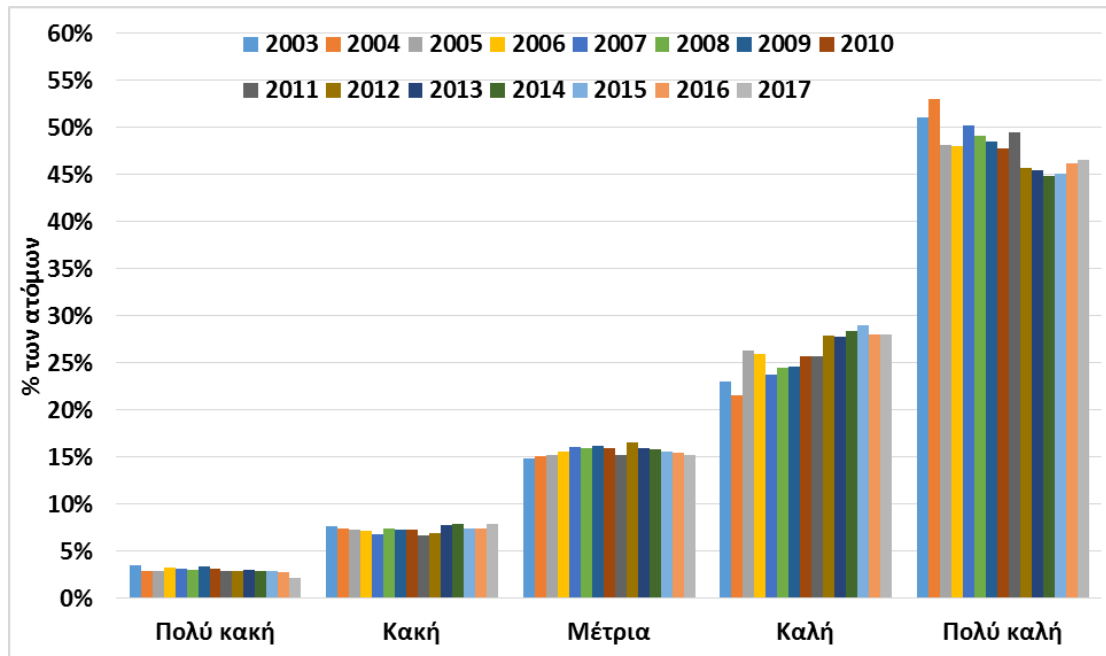
Πίνακας 7-39 Εξέλιξη της προτυποποιημένης (βάσει του πληθυσμού του 2008) κατανομής (%) των ατόμων ως προς την αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας στην 5-βάθμια κλίμακα, 2003-2017

Έτος έρευνας	Πολύ κακή (% ατόμων)	Κακή (% ατόμων)	Μέτρια (% ατόμων)	Καλή (% ατόμων)	Πολύ καλή (% ατόμων)
2003	3,48 (0,20)	7,63 (0,28)	14,82 (0,37)	22,98 (0,62)	51,10 (0,69)
2004	2,86 (0,19)	7,37 (0,27)	15,16 (0,38)	21,63 (0,57)	52,99 (0,64)
2005	2,95 (0,20)	7,33 (0,31)	15,26 (0,40)	26,34 (0,65)	48,13 (0,69)
2006	3,29 (0,22)	7,20 (0,32)	15,60 (0,44)	25,95 (0,70)	47,97 (0,72)
2007	3,13 (0,22)	6,76 (0,33)	16,13 (0,43)	23,81 (0,68)	50,17 (0,70)
2008	3,04 (0,19)	7,41 (0,32)	15,97 (0,40)	24,46 (0,61)	49,12 (0,68)
2009	3,43 (0,22)	7,29 (0,30)	16,15 (0,41)	24,59 (0,67)	48,54 (0,75)
2010	3,19 (0,22)	7,34 (0,34)	15,94 (0,50)	25,77 (0,78)	47,76 (0,87)
2011	2,87 (0,19)	6,64 (0,30)	15,23 (0,46)	25,72 (0,72)	49,53 (0,83)
2012	2,91 (0,22)	6,94 (0,37)	16,51 (0,47)	27,88 (0,78)	45,76 (0,87)
2013	2,99 (0,17)	7,79 (0,28)	15,96 (0,35)	27,81 (0,64)	45,46 (0,72)
2014	2,96 (0,18)	7,89 (0,25)	15,83 (0,36)	28,41 (0,66)	44,90 (0,70)
2015	2,86 (0,14)	7,43 (0,21)	15,57 (0,31)	29,00 (0,48)	45,14 (0,51)
2016	2,81 (0,13)	7,38 (0,18)	15,52 (0,26)	28,08 (0,36)	46,21 (0,38)
2017	2,24 (0,09)	7,86 (0,17)	15,26 (0,23)	28,01 (0,35)	46,62 (0,38)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,44	-0,22	1,15	1,48	-1,98
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-12,64	-2,88	7,76	6,44	-3,87
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,80	0,45	-0,71	3,55	-2,50
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-26,32	6,07	-4,45	14,51	-5,09

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Υποσημείωση: Εντός των παρενθέσεων βρίσκονται τα τυπικά σφάλματα της εκτίμησης του ποσοστού των ατόμων.

Γράφημα 7-7 Εξέλιξη της προτυποποιημένης (βάσει του πληθυσμού του 2008) κατανομής (%) των ατόμων ως προς την αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας στην 5-βάθμια κλίμακα, 2003-2017



Πίνακας 7-40 Εξέλιξη του ποσοστού (%) των ατόμων με πολύ κακή υγεία και με κακή ή πολύ κακή υγεία (προτυποποιημένη κατανομή βάσει του πληθυσμού του 2008), 2003-2017

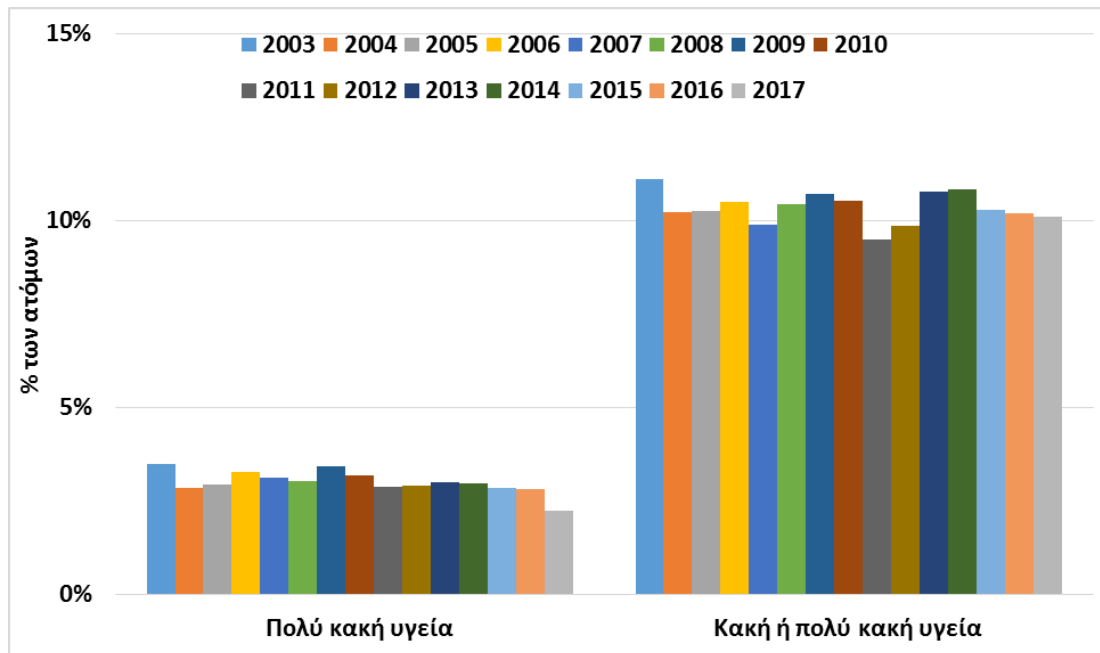
Έτος έρευνας	Πολύ κακή υγεία (% ατόμων)	Κακή ή πολύ κακή υγεία (% ατόμων)
2003	3,48 (0,20)	11,10 (0,35)
2004	2,86 (0,19)	10,23 (0,34)
2005	2,95 (0,20)	10,27 (0,38)
2006	3,29 (0,22)	10,49 (0,39)
2007	3,13 (0,22)	9,89 (0,40)
2008	3,04 (0,19)	10,45 (0,35)
2009	3,43 (0,22)	10,72 (0,37)
2010	3,19 (0,22)	10,53 (0,40)
2011	2,87 (0,19)	9,51 (0,35)
2012	2,91 (0,22)	9,85 (0,41)
2013	2,99 (0,17)	10,77 (0,33)
2014	2,96 (0,18)	10,85 (0,32)
2015	2,86 (0,14)	10,29 (0,25)
2016	2,81 (0,13)	10,20 (0,23)
2017	2,24 (0,09)	10,11 (0,19)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,44	-0,65
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-12,64	-5,86

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,80	-0,34
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-26,32	-3,25

Υποσημείωση: Εντός των παρενθέσεων βρίσκονται τα τυπικά σφάλματα της εκτίμησης του ποσοστού των ατόμων.

Γράφημα 7-8 Εξέλιξη του ποσοστού (%) των ατόμων με πολύ κακή υγεία και με κακή ή πολύ κακή υγεία (προτυποποιημένη κατανομή βάσει του πληθυσμού του 2008), 2003-2017



Συνολικά, οι προηγούμενες μεταβολές οδήγησαν σε μικρότερη μείωση της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας στους προτυποποιημένους πληθυσμούς σε σχέση με τους μη προτυποποιημένους (Πίνακας 7-41 και Γράφημα 7-9).

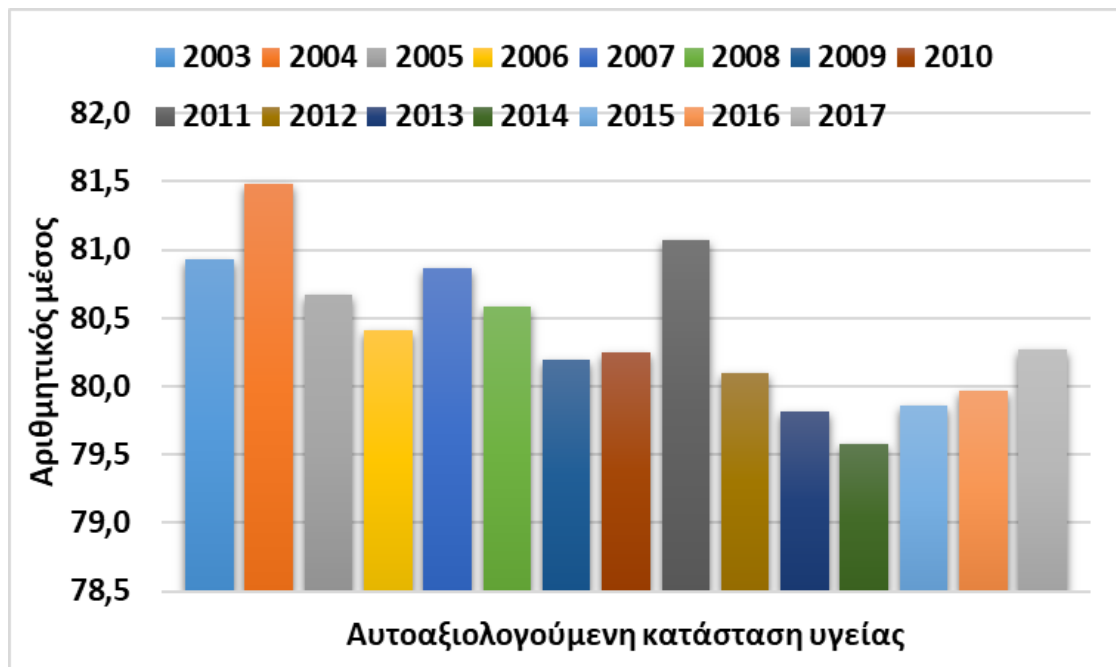
Πίνακας 7-41 Εξέλιξη του μέσου επιπέδου της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας (προτυποποιημένη κατανομή βάσει του πληθυσμού του 2008), 2003-2017

Έτος έρευνας	Μέση τιμή	Τυπικό σφάλμα
2003	80,93	0,20
2004	81,48	0,19
2005	80,67	0,21
2006	80,42	0,22
2007	80,86	0,21
2008	80,59	0,20
2009	80,20	0,21
2010	80,25	0,24
2011	81,08	0,23

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2012	80,10	0,25
2013	79,81	0,19
2014	79,58	0,20
2015	79,86	0,15
2016	79,97	0,13
2017	80,27	0,11
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,34	
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-0,42	
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,32	
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-0,39	

Γράφημα 7-9 Εξέλιξη του μέσου επιπέδου της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας (προτυποποιημένη κατανομή βάσει του πληθυσμού του 2008), 2003-2017



Ως προς την ύπαρξη χρόνιων προβλημάτων υγείας, παρατηρούμε ότι η αυξητική τάση είναι μικρότερη για το διάστημα πριν το 2008 στους προτυποποιημένους πληθυσμούς, και μάλιστα αντιστρέφεται μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης (**Πίνακας 7-42** και **Γράφημα 7-10**).

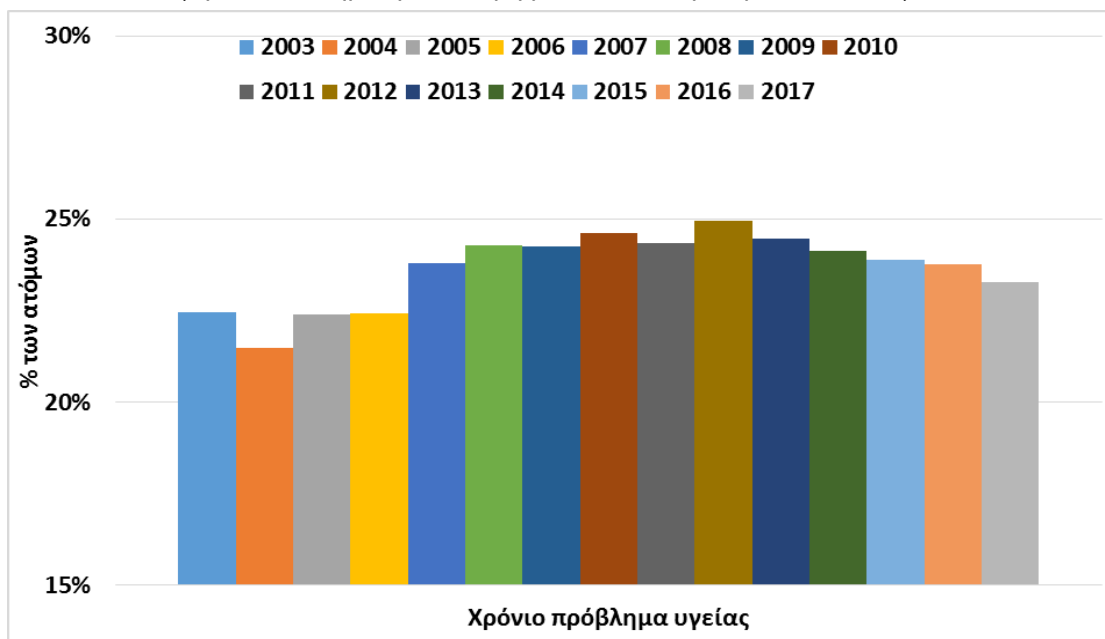
Πίνακας 7-42 Εξέλιξη του ποσοστού (%) των ατόμων με χρόνια πρόβλημα υγείας (προτυποποιημένη κατανομή βάσει του πληθυσμού του 2008), 2003-2017

Έτος έρευνας	Ποσοστό (%) ατόμων	Τυπικό σφάλμα
2003	22,47	0,46

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2004	21,49	0,47
2005	22,39	0,51
2006	22,42	0,53
2007	23,79	0,53
2008	24,29	0,52
2009	24,26	0,47
2010	24,63	0,58
2011	24,36	0,55
2012	24,95	0,58
2013	24,47	0,44
2014	24,15	0,48
2015	23,88	0,42
2016	23,77	0,35
2017	23,27	0,31
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,82	
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	8,10	
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-1,02	
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-4,20	

Γράφημα 7-10 Εξέλιξη του ποσοστού (%) των ατόμων με χρόνια πρόβλημα υγείας (προτυποποιημένη κατανομή βάσει του πληθυσμού του 2008), 2003-2017



Έπειτα, η αύξηση μετά το 2008 στους αναφερόμενους σοβαρούς περιορισμούς λόγω προβλημάτων υγείας είναι υποτριπλάσια στους προτυποποιημένους σε σχέση με τους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς, ενώ μικρότερη είναι και η σχετική μείωση της αναφοράς κανενός περιορισμού

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

για το ίδιο διάστημα (**Πίνακας 7-43** και **Γράφημα 7-11**). Αντίστοιχα, παρατηρείται ότι και η αύξηση στην αναφορά τουλάχιστον κάποιων περιορισμών είναι μικρότερη τόσο πριν όσο και μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης (**Πίνακας 7-44** και **Γράφημα 7-12**).

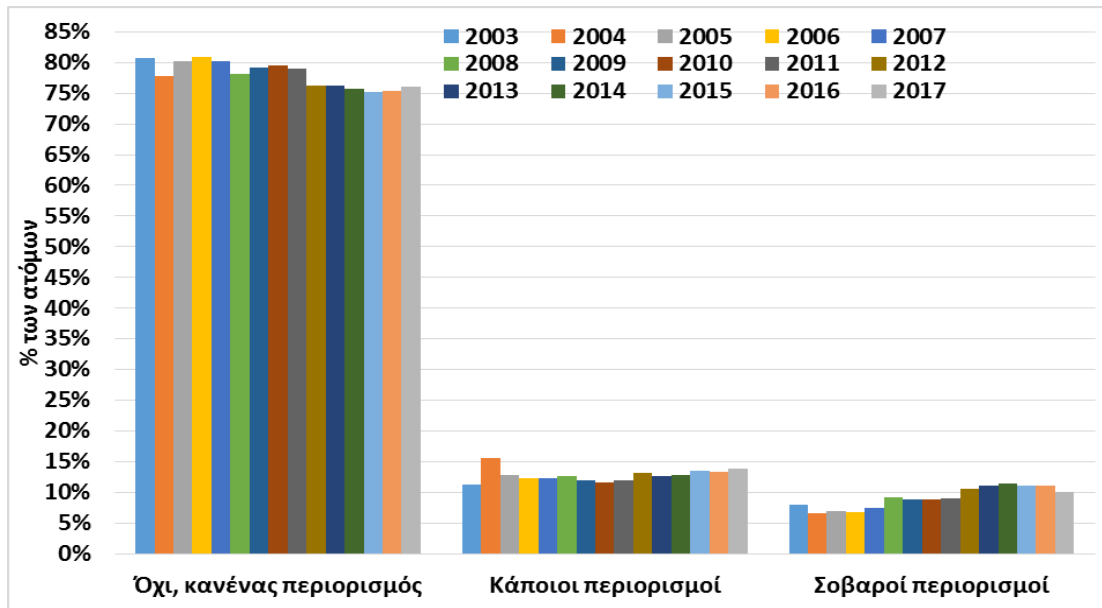
Πίνακας 7-43 Εξέλιξη της προτυποποιημένης (βάσει του πληθυσμού του 2008) κατανομής (%) των ατόμων ως προς τους περιορισμούς στις συνήθεις δραστηριότητές τους λόγω προβλήματος υγείας, 2003-2017

Έτος έρευνας	Όχι, κανένας περιορισμός (% ατόμων)	Κάποιοι περιορισμοί (% ατόμων)	Σοβαροί περιορισμοί (% ατόμων)
2003	80,68 (0,45)	11,30 (0,33)	8,02 (0,31)
2004	77,82 (0,68)	15,56 (0,63)	6,63 (0,29)
2005	80,20 (0,53)	12,78 (0,43)	7,02 (0,31)
2006	80,89 (0,53)	12,24 (0,44)	6,86 (0,32)
2007	80,17 (0,56)	12,27 (0,44)	7,57 (0,33)
2008	78,12 (0,46)	12,68 (0,36)	9,20 (0,37)
2009	79,09 (0,43)	12,01 (0,37)	8,90 (0,32)
2010	79,46 (0,50)	11,63 (0,41)	8,91 (0,36)
2011	78,92 (0,51)	12,03 (0,39)	9,05 (0,36)
2012	76,21 (0,59)	13,22 (0,44)	10,57 (0,45)
2013	76,19 (0,43)	12,75 (0,33)	11,07 (0,33)
2014	75,68 (0,47)	12,87 (0,37)	11,45 (0,37)
2015	75,21 (0,43)	13,59 (0,35)	11,20 (0,27)
2016	75,43 (0,36)	13,44 (0,27)	11,13 (0,24)
2017	76,15 (0,29)	13,85 (0,24)	10,01 (0,21)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-2,56	1,38	1,18
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-3,17	12,25	14,68
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-1,98	1,17	0,81
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-2,53	9,19	8,83

Υποσημείωση: Εντός των παρενθέσεων βρίσκονται τα τυπικά σφάλματα της εκτίμησης του ποσοστού των ατόμων.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Γράφημα 7-11 Εξέλιξη της προτυποποιημένης (βάσει του πληθυσμού του 2008) κατανομής (%) των ατόμων ως προς τους περιορισμούς στις συνήθειες δραστηριότητές τους λόγω προβλήματος υγείας, 2003-2017



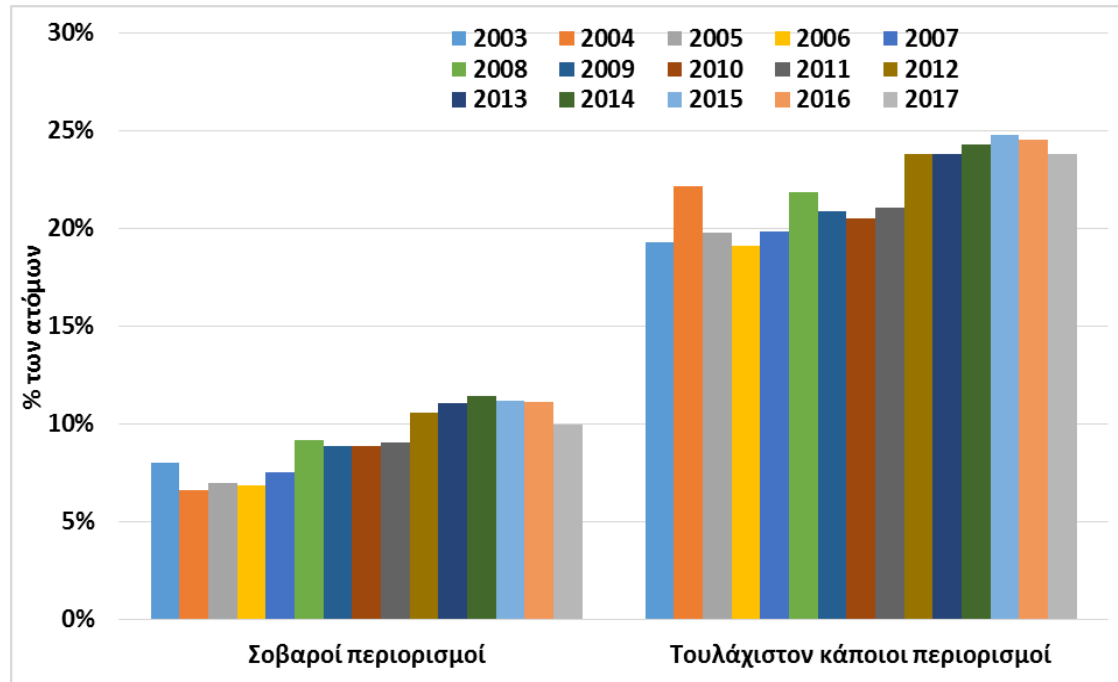
Πίνακας 7-44 Εξέλιξη του ποσοστού (%) των ατόμων με σοβαρούς περιορισμούς και με τουλάχιστον κάποιους περιορισμούς στις συνήθειες δραστηριότητές τους λόγω προβλήματος υγείας (προτυποποιημένη κατανομή βάσει του πληθυσμού του 2008), 2003-2017

Έτος έρευνας	Σοβαροί περιορισμοί (% ατόμων)	Τουλάχιστον κάποιοι περιορισμοί (% ατόμων)
2003	8,02 (0,31)	19,32 (0,45)
2004	6,63 (0,29)	22,18 (0,68)
2005	7,02 (0,31)	19,80 (0,53)
2006	6,86 (0,32)	19,11 (0,53)
2007	7,57 (0,33)	19,83 (0,56)
2008	9,20 (0,37)	21,88 (0,46)
2009	8,90 (0,32)	20,91 (0,43)
2010	8,91 (0,36)	20,54 (0,50)
2011	9,05 (0,36)	21,08 (0,51)
2012	10,57 (0,45)	23,79 (0,59)
2013	11,07 (0,33)	23,81 (0,43)
2014	11,45 (0,37)	24,32 (0,47)
2015	11,20 (0,27)	24,79 (0,43)
2016	11,13 (0,24)	24,57 (0,36)
2017	10,01 (0,21)	23,85 (0,29)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,18	2,56
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	14,71	13,25
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,81	1,97
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	8,80	9,00

Υποσημείωση: Εντός των παρενθέσεων βρίσκονται τα τυπικά σφάλματα της εκτίμησης του ποσοστού των ατόμων.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Γράφημα 7-12 Εξέλιξη του ποσοστού (%) των ατόμων με σοβαρούς περιορισμούς και με τουλάχιστον κάποιους περιορισμούς στις συνήθεις δραστηριότητές τους λόγω προβλήματος υγείας (προτυποποιημένη κατανομή βάσει του πληθυσμού του 2008), 2003-2017



7.3.2. Εξέλιξη των δεικτών ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας

7.3.2.1. Συνολική ανισότητα στην κατάσταση υγείας

Στην ενότητα αυτή θα εξεταστούν οι δείκτες της συνολικής ανισότητας στην εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας για τους μη προτυποποιημένους και στη συνέχεια για τους προτυποποιημένους ως προς το φύλο και την ηλικία πληθυσμούς στην Ελλάδα για το διάστημα 2003 έως και 2017.

7.3.2.1.1. Μη προτυποποιημένες κατανομές των εκβάσεων υγείας

Το εύρος της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας αυξάνεται σε μεγαλύτερο βαθμό μετά την έναρξη της κρίσης (3,8%) σε σχέση με την περίοδο πριν το 2008 (1%), το οποίο οφείλεται στη μείωση της ελάχιστης τιμής (**Πίνακας 7-45**). Ως προς την αναλογία του εύρους, η οποία αποτελεί ένα μέτρο της σχετικής συνολικής ανισότητας, αυτή αυξάνεται ακόμη περισσότερο και πριν και κατά τη διάρκεια της κρίσης

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-45 Εξέλιξη των δεικτών Range (R) και Range Ratio (R_{ratio}) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας, 2003-2017

Έτος έρευνας	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	R	R_{ratio}
2003	25,87	95,37	69,50	3,69
2004	25,06	95,39	70,33	3,81
2005	23,30	95,30	72,00	4,09
2006	24,47	95,22	70,76	3,89
2007	23,96	95,41	71,45	3,98
2008	25,20	95,38	70,18	3,79
2009	24,03	95,35	71,32	3,97
2010	24,33	95,30	70,97	3,92
2011	24,69	95,37	70,68	3,86
2012	24,94	95,27	70,34	3,82
2013	23,73	95,26	71,53	4,01
2014	24,20	95,26	71,05	3,94
2015	24,88	95,39	70,51	3,83
2016	22,55	95,38	72,83	4,23
2017	22,52	95,34	72,82	4,23
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,674	0,012	0,686	0,099
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-2,61	0,01	0,99	2,69
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-2,680	-0,043	2,637	0,449
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-10,64	-0,04	3,76	11,85

Τόσο το IQR όσο και το QR αυξάνονται σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό κατά τη διάρκεια της κρίσης (**Πίνακας 7-46**). Ωστόσο, η αυξητική μεταβολή στο IQR, το οποίο αποτελεί μέτρο απόλυτης ανισότητας, είναι πολλαπλάσια εκείνης του QR, το οποίο συνιστά ένα μέτρο σχετικής ανισότητας.

Πίνακας 7-46 Εξέλιξη των δεικτών Quantile Ratio (QR) και Interquartile Range (IQR) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας, 2003-2017

Έτος έρευνας	25 ^ο ποσοστημόριο	75 ^ο ποσοστημόριο	IQR	QR
2003	79,42	94,74	15,32	1,193 (0,005)
2004	79,63	94,80	15,17	1,191 (0,005)
2005	78,72	94,70	15,97	1,203 (0,007)
2006	78,09	94,65	16,56	1,212 (0,009)
2007	77,80	94,74	16,94	1,218 (0,013)
2008	77,35	94,73	17,38	1,225 (0,017)
2009	74,74	94,66	19,92	1,267 (0,016)
2010	76,66	94,66	18,00	1,235 (0,033)
2011	75,23	94,70	19,47	1,259 (0,013)
2012	73,29	94,65	21,35	1,291 (0,017)
2013	72,75	94,57	21,82	1,300 (0,045)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2014	66,84	94,54	27,70	1,414 (0,010)
2015	67,00	94,57	27,57	1,411 (0,008)
2016	67,03	94,60	27,57	1,411 (0,007)
2017	66,56	94,58	28,02	1,421 (0,008)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-2,078	-0,018	2,060	0,032
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-2,62	-0,02	13,44	2,67
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-10,782	-0,142	10,640	0,196
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-13,94	-0,15	61,22	16,02

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων.

Υψηλότερη αυξητική τάση μετά το 2008 παρατηρούμε και για τους AMD και RMD, με τον δεύτερο, που εκφράζει τη σχετική ανισότητα, να συνδέεται με μεγαλύτερη σχετική μεταβολή (Πίνακας 7-47). Ως προς του δείκτες V και SD, οι οποίοι μετράνε την απόλυτη ανισότητα, η σχετική μείωση πριν το 2008 αντιστρέφεται μετά την έναρξη της κρίσης με μια πολύ μεγαλύτερου μεγέθους αύξηση.

Πίνακας 7-47 Εξέλιξη των δεικτών Relative Mean Deviation (RMD), Absolute Mean Deviation (AMD), Variance (V) και Standard Deviation (SD) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας, 2003-2017

Έτος έρευνας	AMD	RMD	V	SD
2003	12,79	0,154	236,99	15,39
2004	12,55	0,150	212,06	14,56
2005	12,58	0,152	186,86	13,67
2006	12,80	0,156	193,16	13,90
2007	12,92	0,156	188,21	13,72
2008	13,11	0,159	220,72	14,86
2009	13,54	0,166	243,13	15,59
2010	13,34	0,163	234,41	15,31
2011	13,23	0,161	193,18	13,90
2012	13,41	0,166	183,82	13,56
2013	13,95	0,173	256,99	16,03
2014	14,72	0,185	317,23	17,81
2015	14,32	0,180	510,35	22,59
2016	14,41	0,181	664,19	25,77
2017	14,35	0,180	806,34	28,40
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,319	0,005	-16,266	-0,538
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	2,49	3,39	-6,86	-3,49
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,238	0,020	585,620	13,539
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	9,44	12,62	265,32	91,13

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Με υψηλότερη σχετική αύξηση μετά το 2008 συνδέονται και οι CV, Vlog και SDlog (**Πίνακας 7-48**). Πάντως, παρατηρούμε μια τάση σταθεροποίησης κατά τα τελευταία έτη της περιόδου της ανάλυσης.

Πίνακας 7-48 Εξέλιξη των δεικτών Coefficient of Variation (CV), Variance of Logarithms (Vlog) και Standard Deviation of Logarithms (SDlog) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας, 2003-2017

Έτος έρευνας	CV	Vlog	SDlog
2003	0,206 (0,003)	0,068 (0,002)	0,261 (0,047)
2004	0,201 (0,003)	0,065 (0,003)	0,254 (0,050)
2005	0,203 (0,003)	0,066 (0,002)	0,256 (0,047)
2006	0,207 (0,003)	0,068 (0,003)	0,261 (0,052)
2007	0,206 (0,003)	0,067 (0,003)	0,259 (0,050)
2008	0,210 (0,003)	0,069 (0,003)	0,263 (0,050)
2009	0,216 (0,003)	0,074 (0,003)	0,272 (0,052)
2010	0,214 (0,003)	0,072 (0,003)	0,268 (0,051)
2011	0,210 (0,003)	0,069 (0,002)	0,263 (0,049)
2012	0,215 (0,003)	0,071 (0,003)	0,267 (0,052)
2013	0,223 (0,003)	0,076 (0,002)	0,276 (0,047)
2014	0,229 (0,003)	0,080 (0,002)	0,283 (0,050)
2015	0,226 (0,002)	0,078 (0,002)	0,280 (0,042)
2016	0,227 (0,002)	0,079 (0,002)	0,280 (0,039)
2017	0,225 (0,002)	0,076 (0,001)	0,276 (0,037)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,004	0,001	0,002
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	1,92	1,78	0,88
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,015	0,007	0,012
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	7,10	9,71	4,74

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. Για την εκτίμηση των τυπικών σφαλμάτων των δεικτών Vlog και SDlog χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος επαναδειγματοληψίας Bootstrap.

Ο **Πίνακας 7-49** παρουσιάζει τις εκτιμήσεις για τους δείκτες G, GG, CG και SG(1,5, 3, 4, 5). Για όλους τους δείκτες διαπιστώνουμε αυξητική μεταβολή τόσο πριν όσο και μετά την έναρξη της κρίσης. Ωστόσο, η αύξηση μετά το 2008 φαίνεται να επιταχύνεται. Από το 2014 και έπειτα διαπιστώνουμε πάντως μια σταθεροποίηση. Επιπλέον, όσο αυξάνουμε την αποστροφή για την ανισότητα, δηλαδή τη βαρύτητα στο κάτω μέρος της κατανομής, οι τιμές των δεικτών μειώνονται. Τέλος, είναι ενδιαφέρον πως (με τον ίδιο βαθμό αποστροφής), η σχετική ανισότητα στην κατάσταση υγείας είναι μεγαλύτερη από την απόλυτη ανισότητα

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-49 Εξέλιξη των δεικτών Gini Index (G), Generalized Gini Index (GG), Corrected Gini Index (CG) και S-Gini Index (SG[1,5, 3, 4, 5]) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας, 2003-2017

Έτος έρευνας	G	GG	CG	SG(1,5)	SG(3)	S(4)	SG(5)
2003	0,100 (0,001)	8,329 (0,082)	0,333 (0,003)	0,054 (0,001)	0,174 (0,002)	0,229 (0,003)	0,273 (0,003)
2004	0,097 (0,001)	8,104 (0,084)	0,324 (0,003)	0,053 (0,001)	0,168 (0,003)	0,223 (0,003)	0,266 (0,004)
2005	0,101 (0,001)	8,320 (0,087)	0,333 (0,003)	0,055 (0,001)	0,173 (0,003)	0,227 (0,004)	0,269 (0,004)
2006	0,103 (0,001)	8,459 (0,094)	0,338 (0,004)	0,056 (0,001)	0,176 (0,003)	0,231 (0,004)	0,274 (0,004)
2007	0,102 (0,001)	8,411 (0,077)	0,336 (0,003)	0,055 (0,001)	0,175 (0,003)	0,230 (0,004)	0,273 (0,005)
2008	0,104 (0,001)	8,590 (0,083)	0,344 (0,003)	0,057 (0,001)	0,179 (0,003)	0,235 (0,003)	0,278 (0,004)
2009	0,108 (0,001)	8,833 (0,089)	0,353 (0,004)	0,059 (0,001)	0,185 (0,003)	0,242 (0,004)	0,286 (0,004)
2010	0,107 (0,001)	8,774 (0,099)	0,351 (0,004)	0,059 (0,001)	0,183 (0,003)	0,239 (0,004)	0,283 (0,004)
2011	0,106 (0,001)	8,655 (0,091)	0,346 (0,004)	0,058 (0,001)	0,180 (0,003)	0,235 (0,004)	0,278 (0,004)
2012	0,110 (0,001)	8,933 (0,100)	0,357 (0,004)	0,061 (0,001)	0,186 (0,003)	0,242 (0,004)	0,284 (0,004)
2013	0,114 (0,001)	9,186 (0,073)	0,367 (0,003)	0,063 (0,001)	0,193 (0,002)	0,250 (0,003)	0,294 (0,003)
2014	0,119 (0,001)	9,481 (0,075)	0,379 (0,003)	0,066 (0,001)	0,200 (0,002)	0,258 (0,003)	0,302 (0,003)
2015	0,118 (0,001)	9,388 (0,058)	0,376 (0,002)	0,065 (0,001)	0,197 (0,002)	0,254 (0,002)	0,298 (0,003)
2016	0,118 (0,001)	9,425 (0,056)	0,377 (0,002)	0,065 (0,001)	0,198 (0,002)	0,255 (0,002)	0,299 (0,003)
2017	0,117 (0,001)	9,337 (0,046)	0,373 (0,002)	0,065 (0,001)	0,196 (0,001)	0,253 (0,002)	0,296 (0,002)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0.004	0.261	0.010	0.003	0.005	0.006	0.005
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	4.04	3.14	3.14	4.60	3.11	2.49	1.94
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0.012	0.747	0.030	0.008	0.017	0.018	0.018
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	11.86	8.70	8.70	13.53	9.39	7.62	6.44

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. Για την εκτίμηση των τυπικών σφαλμάτων των δεικτών S-Gini χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος επαναδειγματοληψίας Bootstrap.

Ο Πίνακας 7-50 παρουσιάζει τις εκτιμήσεις για τους δείκτες T, MLD και CV^2 , οι οποίοι ανήκουν στην οικογένεια των μέτρων γενικευμένης εντροπίας και αποτελούν δείκτες σχετικής ανισότητας. Και εδώ παρατηρούμε την ίδια εικόνα, με τη σχετική αύξηση να είναι σχεδόν τετραπλάσια μετά την έναρξη της κρίσης. Πάντως, διαπιστώνουμε πάλι μια τάση σταθεροποίησης της ανισότητας μετά το 2014.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-50 Εξέλιξη των δεικτών Theil Index (T), Mean Logarithmic Deviation (MLD) και Squared Coefficient of Variation (CV²) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας, 2003-2017

Έτος έρευνας	T	MLD	CV ²
2003	0,024 (0,001)	0,029 (0,001)	0,042 (0,001)
2004	0,023 (0,001)	0,027 (0,001)	0,040 (0,001)
2005	0,024 (0,001)	0,028 (0,001)	0,041 (0,001)
2006	0,024 (0,001)	0,029 (0,001)	0,043 (0,001)
2007	0,024 (0,001)	0,029 (0,001)	0,042 (0,001)
2008	0,025 (0,001)	0,030 (0,001)	0,044 (0,001)
2009	0,027 (0,001)	0,031 (0,001)	0,047 (0,001)
2010	0,026 (0,001)	0,031 (0,001)	0,046 (0,001)
2011	0,025 (0,001)	0,030 (0,001)	0,044 (0,001)
2012	0,026 (0,001)	0,031 (0,001)	0,046 (0,001)
2013	0,028 (0,001)	0,033 (0,001)	0,050 (0,001)
2014	0,030 (0,001)	0,035 (0,001)	0,052 (0,001)
2015	0,029 (0,001)	0,034 (0,001)	0,051 (0,001)
2016	0,029 (0,001)	0,034 (0,001)	0,051 (0,001)
2017	0,028 (0,000)	0,033 (0,000)	0,050 (0,001)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,001	0,001	0,002
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	3,22	2,48	3,88
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,003	0,003	0,006
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	13,15	11,44	14,70

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων.

Ως προς τους δείκτες A, διαπιστώνουμε μια περίπου τετραπλάσια σχετική αύξηση μετά το 2008 (**Πίνακας 7-51**). Επιπλέον, όσο ενισχύουμε την αποστροφή για την ανισότητα, τόσο μεγαλώνουν οι τιμές των δεικτών, αν και το μέγεθος των σχετικών μεταβολών γίνεται παράλληλα πολύ μικρότερο, μέχρι που μηδενίζεται για υψηλές τιμές του ε.

Πίνακας 7-51 Εξέλιξη των δεικτών Atkinson Index (A[0,5, 1, 2, 5, 10]) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας, 2003-2017

Έτος έρευνας	A(0,5)	A(1)	A(2)	A(5)	A(10)
2003	0,013 (0,000)	0,028 (0,001)	0,067 (0,002)	0,243 (0,005)	0,450 (0,004)
2004	0,012 (0,000)	0,027 (0,001)	0,064 (0,002)	0,236 (0,005)	0,450 (0,004)
2005	0,013 (0,000)	0,027 (0,001)	0,065 (0,002)	0,237 (0,005)	0,450 (0,004)
2006	0,013 (0,000)	0,028 (0,001)	0,067 (0,002)	0,243 (0,005)	0,450 (0,004)
2007	0,013 (0,000)	0,028 (0,001)	0,066 (0,002)	0,240 (0,006)	0,450 (0,004)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2008	0,013 (0,000)	0,029 (0,001)	0,068 (0,002)	0,241 (0,005)	0,445 (0,003)
2009	0,014 (0,000)	0,031 (0,001)	0,072 (0,002)	0,254 (0,005)	0,457 (0,004)
2010	0,014 (0,000)	0,030 (0,001)	0,070 (0,002)	0,246 (0,005)	0,451 (0,004)
2011	0,013 (0,000)	0,029 (0,001)	0,068 (0,002)	0,242 (0,005)	0,449 (0,005)
2012	0,014 (0,000)	0,030 (0,001)	0,070 (0,002)	0,239 (0,005)	0,441 (0,005)
2013	0,015 (0,000)	0,032 (0,001)	0,075 (0,002)	0,249 (0,004)	0,446 (0,004)
2014	0,016 (0,000)	0,034 (0,001)	0,078 (0,002)	0,254 (0,004)	0,445 (0,003)
2015	0,015 (0,000)	0,033 (0,001)	0,076 (0,001)	0,253 (0,004)	0,445 (0,003)
2016	0,016 (0,000)	0,033 (0,001)	0,077 (0,001)	0,253 (0,003)	0,446 (0,002)
2017	0,015 (0,000)	0,032 (0,000)	0,074 (0,001)	0,242 (0,003)	0,438 (0,002)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,000	0,001	0,001	-0,002	-0,005
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	2,85	2,44	1,52	-0,83	-1,11
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,002	0,003	0,006	0,002	-0,007
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	12,27	11,25	8,75	0,72	-1,47

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων.

Οι τιμές των δεικτών K, τα οποία αποτελούν μέτρα απόλυτης ανισότητας, παρουσιάζουν μικρή μείωση για τις περισσότερες τιμές της παραμέτρου αποστροφής για την ανισότητα τόσο πριν όσο και μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης (Πίνακας 7-52). Πάντως, για $k \geq 2$ παρατηρούμε να υπάρχει μια αυξητική μεταβολή μετά το 2008, αν και με μεγάλες διακυμάνσεις καθόλη την περίοδο της ανάλυσης.

Πίνακας 7-52 Εξέλιξη των δεικτών Kolm-Pollak Index (K[0,25, 0,5, 1, 2, 5]) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας, 2003-2017

Έτος έρευνας	K(0,25)	K(0,5)	K(1)	K(2)	K(5)
2003	37,824 (0,269)	45,203 (0,251)	49,581 (0,315)	52,754 (0,442)	55,255 (0,485)
2004	38,010 (0,283)	45,740 (0,259)	50,582 (0,318)	54,034 (0,360)	56,520 (0,399)
2005	37,481 (0,309)	45,123 (0,310)	50,210 (0,652)	54,416 (1,250)	57,325 (1,546)
2006	37,472 (0,310)	44,753 (0,259)	49,129 (0,405)	52,897 (1,033)	55,848 (1,395)
2007	37,591 (0,288)	45,019 (0,309)	49,787 (0,485)	53,735 (0,789)	56,654 (1,023)
2008	37,112 (0,248)	44,420 (0,241)	48,642 (0,306)	51,997 (0,739)	54,994 (1,185)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2009	37,465 (0,248)	44,685 (0,307)	49,467 (0,689)	53,297 (1,176)	55,904 (1,310)
2010	37,037 (0,318)	44,403 (0,331)	48,891 (0,416)	52,220 (0,487)	55,002 (0,529)
2011	37,079 (0,326)	44,571 (0,336)	49,330 (0,461)	52,722 (0,493)	55,171 (0,494)
2012	36,091 (0,376)	43,383 (0,368)	47,880 (0,498)	51,441 (0,853)	54,154 (1,110)
2013	36,072 (0,234)	43,302 (0,257)	48,028 (0,461)	51,819 (0,793)	54,684 (1,047)
2014	35,622 (0,237)	42,512 (0,238)	46,836 (0,437)	50,675 (1,088)	53,540 (1,359)
2015	35,649 (0,201)	42,561 (0,191)	46,716 (0,236)	49,911 (0,333)	52,566 (0,353)
2016	35,660 (0,149)	42,751 (0,160)	47,793 (0,458)	52,088 (0,843)	55,118 (1,053)
2017	35,234 (0,169)	42,725 (0,191)	47,922 (0,433)	52,211 (0,797)	55,311 (1,026)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,712	-0,783	-0,938	-0,757	-0,261
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-1,88	-1,73	-1,89	-1,44	-0,47
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-1,877	-1,695	-0,720	0,215	0,317
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-5,06	-3,82	-1,48	0,41	0,58

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. Για την εκτίμηση των τυπικών σφαλμάτων των δεικτών *Kolm-Pollak* χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος επαναδειγματοληψίας *Bootstrap*.

Ειδικά για τις διωνυμικές εκβάσεις υγείας εφαρμόσαμε τους δείκτες GG και CG. Έτσι, για την πολύ κακή υγεία παρατηρείται μια μείωση στις τιμές των δεικτών, η οποία είναι μεγαλύτερη μετά το 2008 (Πίνακας 7-53). Αντίθετα, η μικρή μείωση που παρατηρείται στην πολύ κακή/κακή υγεία πριν την έναρξη της κρίσης, στη συνέχεια ακολουθείται από μια πολύ υψηλότερη αύξηση, η οποία εκδηλώνεται μέχρι και το 2014. Τέλος, φαίνεται να υπάρχει μια σταθεροποίηση της ανισότητας σε κάπως χαμηλότερα επίπεδα μεταξύ 2015-2017.

Πίνακας 7-53 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Gini Index (GG) και Corrected Gini Index (CG) για την πολύ κακή και πολύ κακή/κακή αυτοαξιολογούμενη υγεία (διωνυμικές εκβάσεις), 2003-2017

Έτος έρευνας	Πολύ κακή υγεία		Πολύ κακή/κακή υγεία	
	GG	CG	GG	CG
2003	0,029 (0,000)	0,116 (0,000)	0,086 (0,000)	0,346 (0,000)
2004	0,024 (0,000)	0,116 (0,000)	0,080 (0,000)	0,321 (0,000)
2005	0,025 (0,000)	0,101 (0,000)	0,081 (0,000)	0,324 (0,000)
2006	0,028 (0,000)	0,111 (0,000)	0,083 (0,000)	0,333 (0,000)
2007	0,027 (0,000)	0,107 (0,000)	0,080 (0,000)	0,319 (0,000)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2008	0,026 (0,000)	0,105 (0,000)	0,084 (0,000)	0,337 (0,000)
2009	0,030 (0,000)	0,120 (0,000)	0,087 (0,000)	0,349 (0,000)
2010	0,028 (0,000)	0,112 (0,000)	0,086 (0,000)	0,345 (0,000)
2011	0,026 (0,000)	0,104 (0,000)	0,082 (0,000)	0,327 (0,000)
2012	0,026 (0,000)	0,106 (0,000)	0,084 (0,000)	0,336 (0,000)
2013	0,028 (0,000)	0,112 (0,000)	0,093 (0,000)	0,373 (0,000)
2014	0,028 (0,000)	0,113 (0,000)	0,096 (0,000)	0,383 (0,000)
2015	0,028 (0,000)	0,111 (0,000)	0,093 (0,000)	0,370 (0,000)
2016	0,028 (0,000)	0,110 (0,000)	0,092 (0,000)	0,370 (0,000)
2017	0,022 (0,000)	0,090 (0,000)	0,093 (0,000)	0,371 (0,000)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,003	-0,011	-0,002	-0,009
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-9,58	-9,58	-2,59	-2,59
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,004	-0,015	0,009	0,034
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-14,57	-14,57	10,23	10,23

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων.

Η ανισότητα στην ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας επίσης αυξάνεται καθόλη την περίοδο της ανάλυσης, αν και σε μικρότερο βαθμό μετά την έναρξη της κρίσης (**Πίνακας 7-54**). Πάλι φαίνεται να υπάρχει μια τάση σταθεροποίησης ή και μείωσης μετά το 2014.

Πίνακας 7-54 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Gini Index (GG) και Corrected Gini Index (CG) για την ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας (διωνυμική έκβαση), 2003-2017

Έτος έρευνας	GG	CG
2003	0,159 (0,000)	0,638 (0,000)
2004	0,154 (0,000)	0,617 (0,000)
2005	0,160 (0,000)	0,640 (0,000)
2006	0,161 (0,000)	0,645 (0,000)
2007	0,169 (0,000)	0,677 (0,000)
2008	0,172 (0,000)	0,688 (0,000)
2009	0,172 (0,000)	0,686 (0,000)
2010	0,175 (0,000)	0,700 (0,000)
2011	0,178 (0,000)	0,713 (0,000)
2012	0,181 (0,000)	0,723 (0,000)
2013	0,181 (0,000)	0,724 (0,000)
2014	0,182 (0,000)	0,728 (0,000)
2015	0,182 (0,000)	0,729 (0,000)
2016	0,182 (0,000)	0,730 (0,000)
2017	0,181 (0,000)	0,724 (0,000)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,013	0,051
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	7,94	7,94

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,009	0,035
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	5,13	5,13

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων.

Ως προς τις δυο εκβάσεις που αφορούν στον περιορισμό των καθημερινών δραστηριοτήτων λόγω κάποιου προβλήματος υγείας, επίσης παρατηρείται, σημαντική κιόλας, αύξηση στο διάστημα 2003-2017, η οποία είναι μάλιστα μεγαλύτερη μετά την έναρξη της κρίσης (**Πίνακας 7-55**). Πάντως, φαίνεται να ξεκινάει κάποια τάση αποκλιμάκωσης μετά το 2014.

Πίνακας 7-55 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Gini Index (GG) και Corrected Gini Index (CG) για τον σοβαρό περιορισμό και τον τουλάχιστον κάποιο περιορισμό των καθημερινών δραστηριοτήτων (διωνυμικές εκβάσεις), 2003-2017

Έτος έρευνας	Σοβαρός περιορισμός		Τουλάχιστον κάποιος περιορισμός	
	GG	CG	GG	CG
2003	0,065 (0,000)	0,260 (0,000)	0,141 (0,000)	0,563 (0,000)
2004	0,055 (0,000)	0,219 (0,000)	0,161 (0,000)	0,644 (0,000)
2005	0,058 (0,000)	0,231 (0,000)	0,146 (0,000)	0,583 (0,000)
2006	0,057 (0,000)	0,227 (0,000)	0,142 (0,000)	0,569 (0,000)
2007	0,063 (0,000)	0,252 (0,000)	0,147 (0,000)	0,588 (0,000)
2008	0,075 (0,000)	0,299 (0,000)	0,158 (0,000)	0,632 (0,000)
2009	0,073 (0,000)	0,290 (0,000)	0,152 (0,000)	0,609 (0,000)
2010	0,074 (0,000)	0,295 (0,000)	0,152 (0,000)	0,608 (0,000)
2011	0,078 (0,000)	0,314 (0,000)	0,160 (0,000)	0,640 (0,000)
2012	0,090 (0,000)	0,360 (0,000)	0,175 (0,000)	0,699 (0,000)
2013	0,095 (0,000)	0,381 (0,000)	0,177 (0,000)	0,709 (0,000)
2014	0,100 (0,000)	0,402 (0,000)	0,182 (0,000)	0,729 (0,000)
2015	0,100 (0,000)	0,399 (0,000)	0,187 (0,000)	0,746 (0,000)
2016	0,100 (0,000)	0,399 (0,000)	0,186 (0,000)	0,745 (0,000)
2017	0,092 (0,000)	0,367 (0,000)	0,184 (0,000)	0,736 (0,000)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,010	0,039	0,017	0,069
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	15,08	15,08	12,25	12,25
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,017	0,068	0,026	0,103
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	22,69	22,69	16,31	16,31

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων.

7.3.2.1.2. Προτυποποιημένες κατανομές των εκβάσεων υγείας

Σε αυτήν την ενότητα παρουσιάζονται οι εκτιμήσεις των δεικτών της συνολικής ανισότητας υγείας στους προτυποποιημένους ως προς το φύλο και

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

την ηλικία πληθυσμούς. Αναμενόμενα, λοιπόν, οι εκτιμήσεις για το εύρος και την αναλογία εύρους είναι υποδιπλάσιες σε σχέση με τις μη προτυποποιημένες κατανομές (**Πίνακας 7-56**).

Πίνακας 7-56 Εξέλιξη των δεικτών Range (R) και Range Ratio (R_{ratio}) για την προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας, 2003-2017

Έτος έρευνας	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	R	R_{ratio}
2003	20,45	114,50	94,05	5,60
2004	19,54	114,15	94,61	5,84
2005	21,81	114,27	92,46	5,24
2006	19,99	114,42	94,43	5,72
2007	20,22	114,39	94,17	5,66
2008	20,45	114,41	93,96	5,59
2009	21,61	114,32	92,72	5,29
2010	20,20	114,30	94,10	5,66
2011	20,36	114,36	94,00	5,62
2012	20,47	114,33	93,86	5,59
2013	19,79	114,44	94,65	5,78
2014	20,02	114,33	94,31	5,71
2015	19,30	114,37	95,07	5,93
2016	19,70	114,47	94,77	5,81
2017	19,57	114,47	94,91	5,85
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0.001	-0.090	-0.091	-0.005
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	0.00	-0.08	-0.10	-0.08
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0.885	0.065	0.949	0.256
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-4.33	0.06	1.01	4.58

Εξαιρετικά μικρότερη είναι και η αυξητική μεταβολή στους δείκτες QR και IQR τόσο πριν όσο και μετά την έναρξη της κρίσης, με μια τάση μείωσης να παρατηρείται μετά το 2014 (**Πίνακας 7-57**). Την ίδια εικόνα παρατηρούμε και για τους δείκτες AMD, RMD, V και SD (**Πίνακας 7-58**), καθώς και για τους CV, Vlog και SDlog (**Πίνακας 7-59**).

Πίνακας 7-57 Εξέλιξη των δεικτών Quantile Ratio (QR) και Interquartile Range (IQR) για την προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας, 2003-2017

Έτος έρευνας	25 ^ο ποσοστημόριο	75 ^ο ποσοστημόριο	IQR	QR
2003	78,63	89,87	11,23	1,143 (0,004)
2004	79,72	89,99	10,28	1,129 (0,004)
2005	78,65	89,71	11,06	1,141 (0,004)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2006	77,80	89,71	11,91	1,153 (0,004)
2007	78,32	89,90	11,59	1,148 (0,004)
2008	77,73	89,90	12,17	1,157 (0,004)
2009	77,49	89,76	12,26	1,158 (0,004)
2010	77,46	89,76	12,30	1,159 (0,004)
2011	77,73	90,04	12,31	1,158 (0,004)
2012	77,15	89,70	12,55	1,163 (0,003)
2013	76,83	89,73	12,90	1,168 (0,003)
2014	76,39	89,67	13,28	1,174 (0,004)
2015	76,88	89,70	12,82	1,167 (0,003)
2016	77,02	89,73	12,71	1,165 (0,003)
2017	77,17	89,80	12,63	1,164 (0,002)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,909	0,028	0,938	0,014
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-1,16	0,03	8,35	1,20
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,556	-0,098	0,458	0,007
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-0,72	-0,11	3,77	0,61

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων.

Πίνακας 7-58 Εξέλιξη των δεικτών Relative Mean Deviation (RMD), Absolute Mean Deviation (AMD), Variance (V) και Standard Deviation (SD) για την προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας, 2003-2017

Έτος έρευνας	AMD	RMD	V	SD
2003	9,20	0,112	145,07	12,04
2004	8,68	0,105	124,38	11,15
2005	8,95	0,109	111,97	10,58
2006	9,23	0,113	117,10	10,82
2007	9,24	0,112	114,37	10,69
2008	9,54	0,117	135,81	11,65
2009	9,60	0,118	140,88	11,87
2010	9,48	0,116	133,29	11,55
2011	9,55	0,116	116,00	10,77
2012	9,51	0,117	107,35	10,36
2013	10,02	0,124	151,93	12,33
2014	10,58	0,131	189,08	13,75
2015	10,30	0,128	302,44	17,39
2016	10,21	0,126	383,45	19,58
2017	10,00	0,123	459,43	21,43
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,336	0,005	-9,258	-0,391
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	3,65	4,11	-6,38	-3,24
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,460	0,007	323,618	9,781
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	4,83	5,72	238,29	83,93

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-59 Εξέλιξη των δεικτών Coefficient of Variation (CV), Variance of Logarithms (Vlog) και Standard Deviation of Logarithms (SDlog) για την προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας, 2003-2017

Έτος έρευνας	CV	Vlog	SDlog
2003	0,163 (0,002)	0,040 (0,002)	0,200 (0,041)
2004	0,155 (0,002)	0,036 (0,002)	0,190 (0,042)
2005	0,159 (0,002)	0,038 (0,002)	0,194 (0,041)
2006	0,162 (0,003)	0,040 (0,002)	0,200 (0,045)
2007	0,161 (0,003)	0,039 (0,002)	0,198 (0,044)
2008	0,165 (0,003)	0,041 (0,002)	0,201 (0,045)
2009	0,165 (0,003)	0,040 (0,002)	0,201 (0,047)
2010	0,161 (0,003)	0,037 (0,002)	0,193 (0,044)
2011	0,162 (0,002)	0,037 (0,002)	0,193 (0,041)
2012	0,164 (0,003)	0,038 (0,002)	0,196 (0,047)
2013	0,170 (0,002)	0,041 (0,002)	0,203 (0,040)
2014	0,175 (0,002)	0,044 (0,002)	0,210 (0,044)
2015	0,172 (0,002)	0,042 (0,002)	0,206 (0,039)
2016	0,170 (0,002)	0,043 (0,001)	0,207 (0,037)
2017	0,167 (0,001)	0,040 (0,001)	0,201 (0,035)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,003	0,001	0,002
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	1,76	1,97	0,98
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,002	0,000	-0,001
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	1,00	-0,64	-0,32

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. Για την εκτίμηση των τυπικών σφαλμάτων των δεικτών Vlog και SDlog χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος επαναδειγματοληψίας Bootstrap.

Ως προς του δείκτης της οικογένειας Gini, παρατηρούμε μια τάση αύξησης τόσο της απόλυτης όσο και της σχετικής ανισότητας (**Πίνακας 7-60**), ιδίως μετά το 2008, αν και ο βαθμός αύξησης είναι μικρότερος από ό,τι στις μη προτυποποιημένες κατανομές. Πάντως, είναι ενδιαφέρον πως η αύξηση μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης είναι μικρότερη από ό,τι στην προηγούμενη περίοδο για υψηλότερες τιμές της παραμέτρου αποστροφής στην ανισότητα. Αυτό φαίνεται να οφείλεται στο ότι η πτωτική μεταβολή σε απόλυτους όρους μετά το 2014 είναι περίπου ίδια σε όλους τους δείκτες, αλλά οι αρχικές τιμές σε εκείνους με μεγαλύτερο n είναι υψηλότερες, οπότε και η μεταβολή είναι μικρότερη σε σχετικούς όρους,

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-60 Εξέλιξη των δεικτών Gini Index (G), Generalized Gini Index (GG), Corrected Gini Index (CG) και S-Gini Index (SG[1,5, 3, 4, 5]) για την προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας, 2003-2017

Έτος έρευνας	G	GG	CG	SG(1,5)	SG(3)	SG(4)	SG(5)
2003	0,082 (0,001)	6,722 (0,060)	0,282 (0,003)	0,047 (0,001)	0,134 (0,002)	0,175 (0,002)	0,208 (0,003)
2004	0,077 (0,001)	6,400 (0,062)	0,269 (0,003)	0,045 (0,001)	0,127 (0,002)	0,166 (0,003)	0,197 (0,003)
2005	0,080 (0,001)	6,530 (0,066)	0,274 (0,003)	0,046 (0,001)	0,131 (0,002)	0,171 (0,003)	0,203 (0,003)
2006	0,082 (0,001)	6,666 (0,074)	0,280 (0,003)	0,047 (0,001)	0,135 (0,003)	0,175 (0,003)	0,208 (0,004)
2007	0,081 (0,001)	6,691 (0,060)	0,281 (0,003)	0,047 (0,001)	0,134 (0,003)	0,174 (0,004)	0,207 (0,005)
2008	0,084 (0,001)	6,885 (0,069)	0,289 (0,003)	0,048 (0,001)	0,138 (0,002)	0,179 (0,003)	0,213 (0,003)
2009	0,084 (0,001)	6,843 (0,070)	0,288 (0,003)	0,048 (0,001)	0,138 (0,002)	0,179 (0,003)	0,212 (0,004)
2010	0,083 (0,001)	6,779 (0,071)	0,285 (0,003)	0,048 (0,001)	0,136 (0,002)	0,176 (0,003)	0,208 (0,003)
2011	0,084 (0,001)	6,903 (0,060)	0,290 (0,003)	0,049 (0,001)	0,136 (0,003)	0,176 (0,003)	0,208 (0,004)
2012	0,085 (0,001)	6,895 (0,079)	0,290 (0,003)	0,049 (0,001)	0,138 (0,003)	0,178 (0,004)	0,211 (0,004)
2013	0,089 (0,001)	7,189 (0,055)	0,302 (0,002)	0,051 (0,001)	0,144 (0,002)	0,186 (0,002)	0,219 (0,003)
2014	0,091 (0,001)	7,366 (0,057)	0,310 (0,002)	0,053 (0,001)	0,149 (0,002)	0,192 (0,003)	0,226 (0,003)
2015	0,090 (0,001)	7,230 (0,045)	0,304 (0,002)	0,052 (0,001)	0,146 (0,002)	0,188 (0,002)	0,222 (0,003)
2016	0,088 (0,001)	7,081 (0,043)	0,298 (0,002)	0,050 (0,001)	0,144 (0,002)	0,187 (0,002)	0,221 (0,003)
2017	0,087 (0,000)	7,037 (0,034)	0,296 (0,001)	0,050 (0,000)	0,142 (0,001)	0,183 (0,002)	0,216 (0,002)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,002	0,164	0,007	0,001	0,004	0,005	0,005
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	2,89	2,43	2,43	2,76	2,84	2,62	2,36
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,003	0,152	0,006	0,002	0,003	0,003	0,003
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	3,08	2,20	2,20	3,26	2,43	1,81	1,28

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. Για την εκτίμηση των τυπικών σφαλμάτων των δεικτών S-Gini χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος επαναδειγματοληψίας Bootstrap.

Αντίστοιχα εικόνα διαπιστώνουμε και για τους δείκτες γενικευμένης εντροπίας, με την προτύπωση να μειώνει περισσότερο τις εκτιμήσεις μετά το 2008 (Πίνακας 7-61). Σε γενικές γραμμές μπορούμε να υποστηρίξουμε πως δεν υπάρχουν μεγάλου μεγέθους διακυμάνσεις, αν και φαίνεται να υπάρχει μια αυξητική τάση μέχρι το 2014, η οποία στη συνέχεια αντιστρέφεται.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-61 Εξέλιξη των δεικτών Theil Index (T), Mean Logarithmic Deviation (MLD) και Squared Coefficient of Variation (CV²) για την προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας, 2003-2017

Έτος έρευνας	T	MLD	CV ²
2003	0,015 (0,000)	0,017 (0,001)	0,026 (0,001)
2004	0,013 (0,000)	0,016 (0,001)	0,024 (0,001)
2005	0,014 (0,000)	0,016 (0,001)	0,025 (0,001)
2006	0,015 (0,001)	0,017 (0,001)	0,026 (0,001)
2007	0,015 (0,001)	0,017 (0,001)	0,026 (0,001)
2008	0,015 (0,001)	0,018 (0,001)	0,027 (0,001)
2009	0,015 (0,001)	0,017 (0,001)	0,027 (0,001)
2010	0,014 (0,001)	0,016 (0,001)	0,026 (0,001)
2011	0,014 (0,000)	0,016 (0,001)	0,026 (0,001)
2012	0,015 (0,001)	0,017 (0,001)	0,027 (0,001)
2013	0,016 (0,000)	0,018 (0,001)	0,029 (0,001)
2014	0,017 (0,000)	0,019 (0,001)	0,031 (0,001)
2015	0,016 (0,000)	0,019 (0,000)	0,029 (0,001)
2016	0,016 (0,000)	0,019 (0,000)	0,029 (0,001)
2017	0,015 (0,000)	0,018 (0,000)	0,028 (0,000)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,000	0,000	0,001
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	3,14	2,57	3,55
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,000	0,000	0,001
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	1,22	0,27	2,02

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων.

Ως προς τους δείκτες Atkinson και Kolm-Pollak, που μετράνε τη σχετική και την απόλυτη ανισότητα, αντίστοιχα, παρατηρούμε ότι υπήρξαν κάποιες μικρές διακυμάνσεις καθόλη την περίοδο της ανάλυσης (**Πίνακας 7-62** και **Πίνακας 7-63**). Πάντως, η τάση στους δείκτες Atkinson ήταν περισσότερο αυξητική από ό,τι στους δείκτες Kolm-Pollak.

Πίνακας 7-62 Εξέλιξη των δεικτών Atkinson Index (A[0,5, 1, 2, 5, 10]) για την προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας, 2003-2017

Έτος έρευνας	A(0,5)	A(1)	A(2)	A(5)	A(10)
2003	0,008 (0,000)	0,017 (0,001)	0,040 (0,001)	0,176 (0,008)	0,462 (0,011)
2004	0,007 (0,000)	0,015 (0,001)	0,036 (0,001)	0,160 (0,008)	0,445 (0,015)
2005	0,008 (0,000)	0,016 (0,001)	0,038 (0,001)	0,160 (0,007)	0,421 (0,011)
2006	0,008 (0,000)	0,017 (0,001)	0,040 (0,002)	0,174 (0,008)	0,449 (0,011)
2007	0,008 (0,000)	0,017 (0,001)	0,039 (0,002)	0,172 (0,008)	0,448 (0,011)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2008	0,008 (0,000)	0,017 (0,001)	0,041 (0,002)	0,172 (0,008)	0,444 (0,012)
2009	0,008 (0,000)	0,017 (0,001)	0,040 (0,002)	0,174 (0,008)	0,448 (0,012)
2010	0,008 (0,000)	0,016 (0,001)	0,037 (0,001)	0,153 (0,010)	0,436 (0,029)
2011	0,008 (0,000)	0,016 (0,001)	0,037 (0,001)	0,146 (0,006)	0,415 (0,015)
2012	0,008 (0,000)	0,017 (0,001)	0,038 (0,002)	0,153 (0,008)	0,414 (0,015)
2013	0,008 (0,000)	0,018 (0,001)	0,041 (0,001)	0,161 (0,006)	0,422 (0,012)
2014	0,009 (0,000)	0,019 (0,001)	0,044 (0,001)	0,178 (0,008)	0,454 (0,013)
2015	0,009 (0,000)	0,018 (0,000)	0,042 (0,001)	0,169 (0,006)	0,443 (0,012)
2016	0,009 (0,000)	0,018 (0,000)	0,043 (0,001)	0,180 (0,006)	0,455 (0,007)
2017	0,008 (0,000)	0,017 (0,000)	0,040 (0,001)	0,167 (0,005)	0,445 (0,008)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,000	0,000	0,001	-0,005	-0,018
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	2,87	2,54	1,67	-2,70	-3,90
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,000	0,000	0,000	-0,005	0,000
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	0,76	0,26	-0,81	-2,68	0,07

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων.

Πίνακας 7-63 Εξέλιξη των δεικτών Koim-Pollak Index (Κ[0,25, 0,5, 1, 2, 5]) για την προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας, 2003-2017

Έτος έρευνας	Κ(0,25)	Κ(0,5)	Κ(1)	Κ(2)	Κ(5)
2003	36,247 (0,641)	47,132 (0,535)	53,625 (0,530)	57,430 (0,593)	59,975 (0,632)
2004	35,552 (0,792)	46,900 (0,898)	54,167 (1,133)	58,534 (1,338)	61,343 (1,402)
2005	34,425 (0,532)	44,829 (0,545)	51,251 (0,605)	55,073 (0,662)	57,833 (0,856)
2006	35,476 (0,626)	46,062 (0,695)	52,887 (0,867)	57,046 (1,002)	59,794 (1,094)
2007	35,680 (0,503)	46,384 (0,530)	53,114 (0,745)	57,250 (1,020)	60,024 (1,237)
2008	35,287 (0,616)	45,988 (0,588)	52,607 (0,621)	56,641 (0,851)	59,448 (1,073)
2009	35,356 (0,686)	45,831 (0,636)	52,084 (0,600)	55,676 (0,594)	58,116 (0,624)
2010	33,963 (1,144)	45,838 (1,701)	53,287 (1,767)	57,286 (1,319)	59,719 (0,932)
2011	33,495 (0,704)	45,323 (0,790)	52,832 (0,835)	57,157 (0,950)	59,877 (1,054)
2012	33,158 (0,712)	44,387 (0,917)	51,858 (1,223)	56,184 (1,433)	58,872 (1,552)
2013	33,397 (0,504)	44,467 (0,678)	51,777 (0,939)	56,177 (1,183)	59,093 (1,386)
2014	34,665 (0,720)	45,572 (0,717)	52,233 (0,664)	56,106 (0,704)	58,700 (0,744)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2015	34,132 (0,582)	45,355 (0,680)	52,500 (0,745)	56,604 (0,743)	59,314 (0,795)
2016	35,232 (0,369)	45,666 (0,316)	52,073 (0,346)	56,130 (0,514)	59,023 (0,620)
2017	34,667 (0,395)	45,606 (0,333)	52,293 (0,320)	56,488 (0,384)	59,404 (0,340)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,960	-1,144	-1,018	-0,789	-0,527
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-2,65	-2,43	-1,90	-1,37	-0,88
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,620	-0,382	-0,314	-0,153	-0,044
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-1,76	-0,83	-0,60	-0,27	-0,07

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. Για την εκτίμηση των τυπικών σφαλμάτων των δεικτών Kolm-Pollak χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος επαναδειγματοληψίας Bootstrap.

7.3.2.2. Κοινωνικοοικονομική ανισότητα στην κατάσταση υγείας

Σε αυτήν την ενότητα παρουσιάζονται οι εκτιμήσεις για τους δείκτες της κοινωνικοοικονομικής ανισότητας. Η ενότητα διακρίνεται σε υποενότητες βάσει της έκβασης υγείας που μελετάται και σε σχέση με τις κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές.

7.3.2.2.1. Εκτιμημένη κατάσταση υγείας

7.3.2.2.1.1. Φύλο

Η υποενότητα αυτή εξετάζει τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το φύλο τόσο για τους προτυποποιημένους όσο και για τους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς. Παρατηρούμε, λοιπόν, ότι το μέσο επίπεδο υγείας των ανδρών είναι κάπως υψηλότερο από εκείνο των γυναικών (**Πίνακας 7-64**). Γενικότερα φαίνεται να υπάρχει μια μικρή τάση χειροτέρευσης της υγείας και για τα δύο φύλα, με την τάση αυτή να είναι κάπως πιο έντονη μετά το 2008.

Πίνακας 7-64 Εξέλιξη της μέσης τιμής για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς το φύλο, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Άνδρας	Γυναίκα	Άνδρας	Γυναίκα
2003	83,92 (0,25)	82,04 (0,26)	83,12 (0,21)	81,30 (0,21)
2004	84,53 (0,25)	82,43 (0,28)	83,77 (0,20)	81,82 (0,22)
2005	83,46 (0,27)	81,73 (0,29)	82,69 (0,23)	81,16 (0,23)
2006	83,32 (0,27)	81,31 (0,32)	82,61 (0,23)	80,77 (0,25)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2007	83,66 (0,29)	81,65 (0,32)	83,05 (0,23)	81,22 (0,24)
2008	83,24 (0,27)	81,28 (0,29)	82,72 (0,23)	80,96 (0,23)
2009	82,77 (0,29)	80,68 (0,31)	82,42 (0,23)	80,61 (0,25)
2010	82,36 (0,34)	80,98 (0,36)	82,10 (0,29)	81,01 (0,28)
2011	82,66 (0,31)	81,16 (0,32)	82,72 (0,26)	81,64 (0,25)
2012	82,02 (0,38)	79,95 (0,37)	82,03 (0,33)	80,41 (0,28)
2013	81,53 (0,28)	79,44 (0,28)	81,74 (0,24)	80,09 (0,22)
2014	80,83 (0,27)	78,58 (0,30)	81,33 (0,23)	79,79 (0,23)
2015	80,91 (0,22)	78,58 (0,23)	81,59 (0,19)	79,95 (0,18)
2016	80,87 (0,20)	78,65 (0,21)	81,64 (0,17)	80,09 (0,15)
2017	81,14 (0,18)	78,81 (0,19)	81,98 (0,14)	80,36 (0,14)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,68	-0,75	-0,40	-0,34
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-0,82	-0,92	-0,48	-0,42
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-2,10	-2,48	-0,74	-0,60
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-2,52	-3,05	-0,90	-0,75

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Καθότι το φύλο είναι διωνυμική μεταβλητή, την ανισότητα υγείας μεταξύ των δύο φύλων τη μετράμε με τα απλά μέτρα AG και RG. Παρατηρούμε, λοιπόν, ότι η απόλυτη ανισότητα μεταξύ των ανδρών και των γυναικών συνδέεται με μια τάση αύξησης τόσο πριν όσο και μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, ιδίως όμως για τη μη προτυποποιημένη κατανομή μετά το 2008 (Πίνακας 7-65). Ωστόσο, οι μεταβολές γίνονται αρνητικές μετά την προτυποποίηση, με το απόλυτο χάσμα ανάμεσα στα δύο φύλα να μειώνεται, ιδίως μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Αντίθετα, η σχετική ανισότητα φαίνεται να είναι πιο σταθερή στον χρόνο. Αυτό οφείλεται εν μέρει στο ότι εξετάζουμε έναν δείκτη θετικής έκβασης υγείας, οπότε καθότι το μέσο επίπεδο είναι υψηλό, οι αναλογίες μεταξύ των τιμών έχουν χαμηλές τιμές.

Πίνακας 7-65 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Gap (AG) και Relative Gap (RG) για την εκτιμημένη προς-αξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το φύλο, 2003-2017

Έτος έρευνας	AG		RG	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	1,89 (0,36)	1,82 (0,29)	1,02 (0,00)	1,02 (0,00)
2004	2,10 (0,37)	1,96 (0,29)	1,03 (0,00)	1,02 (0,00)
2005	1,73 (0,40)	1,54 (0,32)	1,02 (0,00)	1,02 (0,00)
2006	2,01 (0,42)	1,84 (0,34)	1,02 (0,01)	1,02 (0,00)
2007	2,02 (0,43)	1,84 (0,34)	1,02 (0,01)	1,02 (0,00)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2008	1,96 (0,40)	1,75 (0,33)	1,02 (0,00)	1,02 (0,00)
2009	2,08 (0,43)	1,80 (0,34)	1,03 (0,01)	1,02 (0,00)
2010	1,38 (0,49)	1,08 (0,40)	1,02 (0,01)	1,01 (0,00)
2011	1,50 (0,45)	1,08 (0,37)	1,02 (0,01)	1,01 (0,00)
2012	2,07 (0,52)	1,62 (0,43)	1,03 (0,01)	1,02 (0,01)
2013	2,09 (0,40)	1,65 (0,33)	1,03 (0,01)	1,02 (0,00)
2014	2,24 (0,41)	1,54 (0,33)	1,03 (0,01)	1,02 (0,00)
2015	2,32 (0,32)	1,64 (0,26)	1,03 (0,00)	1,02 (0,00)
2016	2,22 (0,29)	1,55 (0,23)	1,03 (0,00)	1,02 (0,00)
2017	2,33 (0,26)	1,62 (0,20)	1,03 (0,00)	1,02 (0,00)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,07	-0,06	0,00	0,00
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	3,58	-3,39	0,10	-0,07
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,38	-0,14	0,01	0,00
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	19,18	-7,83	0,54	-0,15

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.1.2. Υπηκοότητα

Οι Έλληνες πολίτες έχουν χειρότερο μέσο επίπεδο υγείας σε σχέση με εκείνο των πολιτών άλλων χωρών (Πίνακας 7-66). Πάντως, παρουσιάζουν μικρότερη επιδείνωση της υγείας τους σε σχέση με αυτή που παρατηρείται για τους πολίτες άλλων χωρών. Επίσης, μετά το 2014 φαίνεται ότι το μέσο επίπεδο υγείας τους βελτιώνεται τόσο για την προτυποποιημένη όσο και για την μη προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-66 Εξέλιξη της μέσης τιμής για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς την υπηκοότητα, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ			ΠΚ		
	Ελληνική	Άλλης Ε.Ε. χώρας	Άλλης χώρας	Ελληνική	Άλλης Ε.Ε. χώρας	Άλλης χώρας
2003	82,54 (0,23)	88,88 (1,22)	91,21 (0,43)	82,03 (0,19)	83,99 (1,14)	85,42 (0,42)
2004	83,06 (0,24)	88,62 (1,23)	90,82 (0,57)	82,67 (0,19)	84,10 (1,08)	84,94 (0,52)
2005	82,30 (0,26)	88,42 (1,17)	88,63 (0,76)	81,85 (0,20)	85,04 (1,10)	82,79 (0,70)
2006	82,05 (0,27)	86,10 (1,33)	87,72 (0,82)	81,63 (0,22)	83,91 (1,19)	82,49 (0,75)
2007	82,28 (0,29)	87,48 (1,40)	89,06 (0,70)	82,02 (0,22)	83,90 (1,06)	83,81 (0,65)
2008	81,85 (0,25)	87,80 (1,18)	88,55 (0,70)	81,71 (0,21)	83,61 (1,09)	83,66 (0,62)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2009	81,30 (0,28)	87,42 (1,26)	87,80 (0,88)	81,40 (0,21)	84,16 (1,13)	82,77 (0,79)
2010	81,22 (0,32)	86,20 (1,73)	87,89 (0,88)	81,44 (0,25)	82,67 (1,61)	83,07 (0,84)
2011	81,54 (0,29)	85,82 (1,98)	88,65 (0,67)	82,07 (0,23)	83,13 (1,56)	84,08 (0,66)
2012	80,41 (0,34)	86,95 (1,44)	89,25 (0,58)	81,01 (0,27)	83,79 (1,20)	84,03 (0,61)
2013	79,94 (0,26)	89,65 (0,97)	88,24 (0,57)	80,70 (0,20)	86,16 (0,74)	83,42 (0,51)
2014	79,21 (0,27)	86,74 (1,70)	86,78 (0,89)	80,40 (0,21)	83,55 (1,57)	82,35 (0,82)
2015	79,34 (0,21)	85,38 (1,32)	85,92 (0,64)	80,65 (0,16)	82,66 (1,28)	82,16 (0,56)
2016	79,34 (0,19)	85,35 (1,04)	86,21 (0,59)	80,72 (0,14)	83,27 (0,89)	82,64 (0,52)
2017	79,58 (0,17)	83,97 (1,11)	85,93 (0,54)	81,06 (0,12)	82,42 (1,03)	82,52 (0,46)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,68	-1,08	-2,66	-0,32	-0,37	-1,77
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-0,83	-1,22	-2,92	-0,39	-0,45	-2,07
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-2,27	-3,83	-2,62	-0,66	-1,19	-1,14
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-2,78	-4,36	-2,95	-0,81	-1,42	-1,36

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Είναι ενδιαφέρον πως, ενώ το απόλυτο χάσμα ως προς το μέσο επίπεδο υγείας μεταξύ των Ελλήνων πολιτών και των πολιτών άλλων χωρών εκτός Ε.Ε. μειώνεται σημαντικά τόσο πριν όσο και μετά την έναρξη της κρίσης, το σχετικό χάσμα παρέμεινε σχεδόν σταθερό (Πίνακας 7-67).

Πίνακας 7-67 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Gap (AG) και Relative Gap (RG) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς την υπηκοότητα, 2003-2017

Έτος έρευνας	AG		RG	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-8,68 (0,49)	-3,39 (0,46)	0,90 (0,00)	0,96 (0,01)
2004	-7,76 (0,62)	-2,27 (0,55)	0,91 (0,01)	0,97 (0,01)
2005	-6,33 (0,80)	-0,94 (0,73)	0,93 (0,01)	0,99 (0,01)
2006	-5,66 (0,86)	-0,86 (0,78)	0,94 (0,01)	0,99 (0,01)
2007	-6,77 (0,75)	-1,78 (0,68)	0,92 (0,01)	0,98 (0,01)
2008	-6,69 (0,75)	-1,94 (0,65)	0,92 (0,01)	0,98 (0,01)
2009	-6,50 (0,92)	-1,37 (0,82)	0,93 (0,01)	0,98 (0,01)
2010	-6,67 (0,94)	-1,63 (0,87)	0,92 (0,01)	0,98 (0,01)
2011	-7,11 (0,73)	-2,01 (0,70)	0,92 (0,01)	0,98 (0,01)
2012	-8,84 (0,68)	-3,02 (0,67)	0,90 (0,01)	0,96 (0,01)
2013	-8,30 (0,62)	-2,72 (0,55)	0,91 (0,01)	0,97 (0,01)
2014	-7,56 (0,93)	-1,94 (0,84)	0,91 (0,01)	0,98 (0,01)
2015	-6,58 (0,67)	-1,51 (0,59)	0,92 (0,01)	0,98 (0,01)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2016	-6,87 (0,62)	-1,92 (0,54)	0,92 (0,01)	0,98 (0,01)
2017	-6,35 (0,57)	-1,46 (0,48)	0,93 (0,01)	0,98 (0,01)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,98	1,45	0,02	0,02
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	22,83	42,73	2,16	1,72
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,34	0,48	0,00	0,01
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	5,13	24,60	0,18	0,56

Υποσημείωση: Σύγκριση μεταξύ των Ελλήνων πολιτών και εκείνων από χώρα εκτός Ε.Ε. Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Έπειτα, οι AGMD και RGMD είναι σταθμισμένοι με τα πληθυσμιακά μερίδια, ενώ ο IDISP δεν είναι σταθμισμένος. Παρατηρούμε ότι οι σταθμισμένοι δείκτες δείχνουν μείωση της απόλυτης και της σχετικής κοινωνικοοικονομικής ανισότητας ως προς την υπηκοότητα πριν την οικονομική κρίση και αύξηση στη συνέχεια, ενώ ο μη σταθμισμένος δείκτης συνδέεται με τις ακριβώς αντίθετες μεταβολές για τη σχετική κοινωνικοοικονομική ανισότητα (Πίνακας 7-68). Αυτές οι μεταβολές οφείλονται στο ότι από τη μια πλευρά οι πολίτες άλλων χωρών παρουσίασαν κάπως μεγαλύτερη επιδείνωση της υγείας τους, και από την άλλη το μέγεθος του πληθυσμού τους αυξήθηκε.

Πίνακας 7-68 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς την υπηκοότητα, 2003-2017

Έτος έρευνας	AGMD		RGMD		IDISP	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	1,07 (0,18)	0,33 (0,16)	1,21 (0,21)	0,39 (0,19)	3,49 (0,18)	1,42 (0,21)
2004	0,77 (0,06)	0,22 (0,05)	0,92 (0,07)	0,27 (0,06)	5,16 (0,49)	1,45 (0,44)
2005	0,97 (0,19)	0,52 (0,19)	1,11 (0,22)	0,61 (0,22)	2,60 (0,33)	2,03 (0,84)
2006	0,47 (0,06)	0,10 (0,05)	0,57 (0,08)	0,13 (0,06)	3,83 (0,58)	1,26 (0,52)
2007	0,68 (0,08)	0,19 (0,05)	0,82 (0,09)	0,23 (0,06)	4,68 (0,71)	1,44 (0,45)
2008	0,75 (0,07)	0,22 (0,08)	0,91 (0,09)	0,27 (0,09)	4,96 (0,64)	1,52 (0,52)
2009	0,76 (0,09)	0,20 (0,08)	0,94 (0,11)	0,24 (0,09)	4,98 (0,70)	1,65 (0,52)
2010	0,82 (0,11)	0,20 (0,09)	1,00 (0,14)	0,25 (0,11)	4,57 (0,78)	1,13 (0,58)
2011	0,69 (0,29)	0,17 (0,19)	0,80 (0,34)	0,21 (0,23)	2,91 (0,33)	0,84 (0,62)
2012	1,04 (0,08)	0,37 (0,07)	1,28 (0,10)	0,45 (0,09)	6,10 (0,73)	2,30 (0,57)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2013	1,00 (0,06)	0,37 (0,05)	1,24 (0,08)	0,46 (0,07)	7,24 (0,49)	3,29 (0,38)
2014	1,24 (0,30)	0,53 (0,26)	1,45 (0,35)	0,63 (0,31)	3,19 (0,54)	1,62 (0,83)
2015	0,68 (0,07)	0,17 (0,06)	0,86 (0,09)	0,21 (0,07)	5,13 (0,55)	1,42 (0,55)
2016	1,12 (0,20)	0,48 (0,17)	1,32 (0,23)	0,57 (0,20)	2,95 (0,24)	1,17 (0,46)
2017	0,87 (0,24)	0,27 (0,17)	1,05 (0,29)	0,33 (0,20)	2,73 (0,23)	0,65 (0,43)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,32	-0,11	-0,30	-0,12	1,47	0,10
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-29,87	-32,86	-24,71	-31,23	42,03	6,99
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,13	0,05	0,14	0,06	-2,23	-0,86
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	16,83	23,31	15,11	22,65	-45,03	-56,82

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.1.3. Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού

Οι κάτοικοι των περισσότερο πυκνοκατοικημένων περιοχών φαίνεται να συνδέονται με υψηλότερο μέσο επίπεδο υγείας (Πίνακας 7-69). Μάλιστα, οι αραιοκατοικημένες περιοχές είναι εκείνες που σημείωσαν την υψηλότερη επιδείνωση υγείας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, αν και όλες οι περιοχές καταγράφουν μια αρνητική μεταβολή. Μετά το 2014 υπάρχει μια βελτιωτική τάση για όλους τους βαθμούς πυκνότητας, αλλά –και είναι πολύ ενδιαφέρον– αυτή είναι πολύ μικρότερη στις αραιοκατοικημένες περιοχές. Η εφαρμογή της προτυποποίησης μπορεί να μειώνει το μέγεθος των αρνητικών εξελίξεων, αλλά δεν αλλάζει την προηγούμενη εικόνα.

Πίνακας 7-69 Εξέλιξη της μέσης τιμής για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ			
	Πυκνοκατοικημένη	Μέσης πυκνότητας	Αραιοκατοικημένη	Πυκνοκατοικημένη	Μέσης πυκνότητας	Αραιοκατοικημένη
2003	84,44 (0,31)	84,70 (0,58)	81,17 (0,35)	82,91 (0,26)	82,97 (0,48)	81,35 (0,29)
2004	84,82 (0,30)	86,01 (0,62)	81,56 (0,36)	83,29 (0,25)	84,19 (0,49)	81,95 (0,28)
2005	83,41 (0,36)	84,53 (0,61)	81,28 (0,39)	82,06 (0,31)	83,07 (0,52)	81,45 (0,30)
2006	82,62 (0,38)	83,13 (0,66)	81,77 (0,40)	81,65 (0,33)	82,28 (0,59)	81,52 (0,31)
2007	83,57 (0,37)	82,44 (0,74)	81,85 (0,45)	82,41 (0,29)	81,72 (0,59)	81,98 (0,34)
2008	83,18 (0,34)	81,97 (0,74)	81,51 (0,39)	82,28 (0,27)	81,74 (0,60)	81,46 (0,32)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2009	82,65 (0,39)	81,48 (0,77)	80,93 (0,42)	81,93 (0,32)	81,53 (0,62)	81,12 (0,32)
2010	83,14 (0,44)	81,35 (1,07)	80,31 (0,45)	82,22 (0,36)	81,10 (0,90)	81,01 (0,35)
2011	82,39 (0,44)	83,14 (0,72)	81,00 (0,40)	82,13 (0,38)	82,66 (0,57)	82,05 (0,31)
2012	81,92 (0,46)	80,53 (1,28)	80,00 (0,42)	81,45 (0,37)	79,99 (1,00)	81,30 (0,31)
2013	81,89 (0,39)	80,15 (0,78)	79,21 (0,34)	81,47 (0,31)	80,05 (0,66)	80,62 (0,26)
2014	81,35 (0,38)	81,21 (0,49)	77,07 (0,47)	81,18 (0,33)	81,36 (0,39)	79,38 (0,35)
2015	81,17 (0,29)	80,50 (0,37)	77,47 (0,40)	81,24 (0,24)	80,93 (0,29)	80,04 (0,30)
2016	81,28 (0,26)	80,92 (0,30)	76,91 (0,37)	81,40 (0,21)	81,36 (0,25)	79,75 (0,25)
2017	81,51 (0,25)	81,01 (0,27)	77,04 (0,32)	81,62 (0,19)	81,53 (0,20)	80,21 (0,22)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-1,25	-2,73	0,34	-0,63	-1,23	0,11
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-1,49	-3,23	0,42	-0,76	-1,48	0,14
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-1,67	-0,96	-4,47	-0,66	-0,22	-1,26
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-2,01	-1,17	-5,49	-0,81	-0,26	-1,54

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Ως αποτέλεσμα των παραπάνω τάσεων, το απόλυτο χάσμα υγείας της μέσης υγείας μεταξύ των πυκνοκατοικημένων και των αραιοκατοικημένων περιοχών, ενώ μέχρι το 2008 παρουσίαζε σημαντική μείωση, μετά την έναρξη της κρίσης σημειώνει μια πολύ μεγαλύτερου μεγέθους αύξηση (**Πίνακας 7-70**). Μάλιστα, δεν είναι ξεκάθαρη η κατεύθυνση της απόλυτης διαφοράς μεταξύ των περιοχών στη μέση υγεία τους, καθότι υπάρχει μεγάλη διακύμανση. Επίσης, και το σχετικό χάσμα αυξάνεται μετά το 2008, αν και σε μικρότερο βαθμό.

Πίνακας 7-70 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Gap (AG) και Relative Gap (RG) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	AG		RG	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	3,26 (0,47)	1,56 (0,39)	1,04 (0,01)	1,02 (0,00)
2004	3,27 (0,47)	1,34 (0,38)	1,04 (0,01)	1,02 (0,00)
2005	2,13 (0,53)	0,61 (0,43)	1,03 (0,01)	1,01 (0,01)
2006	0,85 (0,55)	0,13 (0,45)	1,01 (0,01)	1,00 (0,01)
2007	1,71 (0,58)	0,43 (0,45)	1,02 (0,01)	1,01 (0,01)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2008	1,67 (0,51)	0,81 (0,42)	1,02 (0,01)	1,01 (0,01)
2009	1,73 (0,57)	0,81 (0,45)	1,02 (0,01)	1,01 (0,01)
2010	2,84 (0,63)	1,21 (0,50)	1,04 (0,01)	1,01 (0,01)
2011	1,39 (0,60)	0,09 (0,49)	1,02 (0,01)	1,00 (0,01)
2012	1,92 (0,62)	0,15 (0,49)	1,02 (0,01)	1,00 (0,01)
2013	2,68 (0,52)	0,85 (0,40)	1,03 (0,01)	1,01 (0,01)
2014	4,28 (0,60)	1,80 (0,48)	1,06 (0,01)	1,02 (0,01)
2015	3,70 (0,49)	1,20 (0,38)	1,05 (0,01)	1,01 (0,00)
2016	4,36 (0,46)	1,65 (0,33)	1,06 (0,01)	1,02 (0,00)
2017	4,47 (0,41)	1,41 (0,29)	1,06 (0,01)	1,02 (0,00)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-1,59	-0,75	-0,02	-0,01
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-48,83	-47,81	-1,89	-0,90
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	2,80	0,59	0,04	0,01
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	167,97	72,80	3,68	0,75

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Σημαντική αύξηση σημειώνουν οι δείκτες AGMD, RGD και IDISP μετά το 2008, σε αντίθεση με την τάση μείωσης που υπήρχε πριν την οικονομική κρίση (Πίνακας 7-71). Η κορύφωση των ανισοτήτων φαίνεται να συμβαίνει στο 2014, ενώ στη συνέχεια σημειώνεται μια διακύμανση των τιμών.

Πίνακας 7-71 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	AGMD		RGMD		IDISP	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	1,65 (0,22)	0,78 (0,19)	1,99 (0,27)	0,95 (0,24)	2,01 (0,28)	0,94 (0,24)
2004	1,76 (0,21)	0,77 (0,17)	2,11 (0,25)	0,93 (0,20)	2,32 (0,29)	1,11 (0,23)
2005	1,19 (0,24)	0,42 (0,17)	1,45 (0,29)	0,52 (0,21)	1,64 (0,33)	0,72 (0,26)
2006	0,49 (0,19)	0,17 (0,13)	0,60 (0,23)	0,21 (0,16)	0,68 (0,26)	0,32 (0,22)
2007	0,77 (0,21)	0,24 (0,16)	0,93 (0,26)	0,29 (0,19)	0,77 (0,23)	0,34 (0,20)
2008	0,76 (0,21)	0,37 (0,15)	0,92 (0,26)	0,45 (0,19)	0,79 (0,28)	0,37 (0,22)
2009	0,79 (0,26)	0,36 (0,17)	0,96 (0,32)	0,44 (0,21)	0,80 (0,29)	0,34 (0,21)
2010	1,30 (0,30)	0,59 (0,22)	1,59 (0,36)	0,72 (0,27)	1,28 (0,36)	0,68 (0,30)
2011	0,77 (0,25)	0,13 (0,13)	0,94 (0,30)	0,16 (0,16)	1,07 (0,35)	0,26 (0,21)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2012	0,89 (0,28)	0,31 (0,15)	1,10 (0,35)	0,38 (0,19)	0,97 (0,37)	0,64 (0,33)
2013	1,20 (0,23)	0,48 (0,19)	1,49 (0,29)	0,59 (0,24)	1,24 (0,29)	0,70 (0,27)
2014	2,00 (0,26)	0,88 (0,22)	2,51 (0,32)	1,10 (0,27)	2,43 (0,32)	1,09 (0,26)
2015	1,56 (0,19)	0,49 (0,16)	1,96 (0,23)	0,60 (0,20)	1,88 (0,23)	0,57 (0,18)
2016	1,88 (0,19)	0,73 (0,15)	2,35 (0,24)	0,90 (0,18)	2,33 (0,24)	0,90 (0,18)
2017	1,85 (0,16)	0,60 (0,11)	2,31 (0,20)	0,73 (0,14)	2,31 (0,21)	0,74 (0,14)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,89	-0,42	-1,06	-0,50	-1,22	-0,58
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-53,94	-53,26	-53,54	-53,05	-60,60	-61,00
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,09	0,23	1,39	0,29	1,52	0,37
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	143,27	62,91	150,34	64,30	192,57	100,23

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Ο Πίνακας 7-72 παρουσιάζει την εξέλιξη των δεικτών SII και RII. Ο SII δείχνει την (εκτιμημένη) απόλυτη διαφορά στο μέσο επίπεδο υγείας μεταξύ των κατοίκων των πυκνοκατοικημένων και εκείνων των αραιοκατοικημένων περιοχών, σταθμισμένη ως προς τα πληθυσμιακά μερίδια των πληθυσμών τους. Από την άλλη πλευρά, ο RII δείχνει την αναλογία του (εκτιμημένου) μέσου επιπέδου υγείας μεταξύ των πυκνοκατοικημένων και των αραιοκατοικημένων περιοχών, σταθμισμένη ως προς τα πληθυσμιακά μερίδια των πληθυσμών τους. Παρατηρούμε, λοιπόν, να υπάρχει μια υψηλή διακύμανση στις τιμές κατά την περίοδο της ανάλυσης, αλλά με την ανισότητα υγείας να είναι προς όφελος των πυκνοκατοικημένων περιοχών. Επιπλέον, φαίνεται η τάση μείωσης πριν το 2008 να ακολουθείται από μια μεγαλύτερη τάση αύξησης μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, η οποία κορυφώνεται το 2014. Έπειτα, οι μεταβολές στη σχετική ανισότητα παρουσιάζονται να είναι πολύ μικρότερες, ιδίως στις προτυποποιημένες κατανομές.

Πίνακας 7-72 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	SII		RII	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	5,90 (0,05)	2,82 (0,05)	1,07 (0,00)	1,03 (0,00)
2004	5,95 (0,05)	2,45 (0,05)	1,07 (0,00)	1,03 (0,00)
2005	3,87 (0,05)	1,13 (0,05)	1,05 (0,00)	1,01 (0,00)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2006	1,56 (0,05)	0,27 (0,05)	1,02 (0,00)	1,00 (0,00)
2007	3,01 (0,05)	0,75 (0,05)	1,04 (0,00)	1,01 (0,00)
2008	2,95 (0,05)	1,44 (0,05)	1,04 (0,00)	1,02 (0,00)
2009	3,08 (0,05)	1,45 (0,05)	1,04 (0,00)	1,02 (0,00)
2010	5,13 (0,05)	2,18 (0,05)	1,06 (0,00)	1,03 (0,00)
2011	2,43 (0,05)	0,14 (0,05)	1,03 (0,00)	1,00 (0,00)
2012	3,43 (0,05)	0,36 (0,05)	1,04 (0,00)	1,00 (0,00)
2013	4,71 (0,05)	1,47 (0,05)	1,06 (0,00)	1,02 (0,00)
2014	6,94 (0,05)	2,92 (0,05)	1,09 (0,00)	1,04 (0,00)
2015	5,77 (0,05)	1,87 (0,05)	1,08 (0,00)	1,02 (0,00)
2016	6,64 (0,05)	2,50 (0,05)	1,09 (0,00)	1,03 (0,00)
2017	6,64 (0,05)	2,09 (0,05)	1,09 (0,00)	1,03 (0,00)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-2,95	-1,37	-0,04	-0,02
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-49,98	-48,77	-3,47	-1,65
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	3,69	0,64	0,05	0,01
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	125,11	44,61	4,85	0,81

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι δείκτες CI και ECI, οι οποίοι μετράνε τη σχετική κοινωνικοοικονομική ανισότητα, έχουν χαμηλές τιμές, αλλά δείχνουν μεγαλύτερη συγκέντρωση της υγείας στις περιοχές με υψηλότερο βαθμό πυκνότητας πληθυσμού (Πίνακας 7-73)²⁹⁴. Επιπλέον, φαίνεται ότι οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας γενικότερα αυξάνονται σε μέγεθος στις μη προτυποποιημένες κατανομές μετά το 2008, ενώ για τις προτυποποιημένες σημειώνουν μια μικρή μείωση.

Πίνακας 7-73 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	CI		ECI(3)	ECI(4)	ECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	-0,010 (0,001)	-0,004 (0,001)	-0,014	-0,016	-0,017
2004	-0,010 (0,001)	-0,003 (0,001)	-0,014	-0,016	-0,016
2005	-0,007 (0,002)	-0,001 (0,001)	-0,009	-0,010	-0,010
2006	-0,003 (0,002)	0,000 (0,001)	-0,004	-0,004	-0,004

²⁹⁴ Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η κωδικοποίηση είναι αντίστροφη της κοινωνικοοικονομικής ιεραρχίας στην περίπτωση του βαθμού πυκνότητας του πληθυσμού στην περιοχή κατοικίας. Ως εκ τούτου, η ερμηνεία θα πρέπει να είναι αντίθετη για τους δείκτες συγκέντρωσης.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2007	-0,005 (0,002)	-0,001 (0,001)	-0,008	-0,009	-0,010
2008	-0,005 (0,002)	-0,002 (0,001)	-0,008	-0,009	-0,010
2009	-0,005 (0,002)	-0,002 (0,001)	-0,008	-0,010	-0,010
2010	-0,009 (0,002)	-0,002 (0,002)	-0,013	-0,015	-0,017
2011	-0,004 (0,002)	0,000 (0,002)	-0,006	-0,006	-0,006
2012	-0,006 (0,002)	0,001 (0,001)	-0,009	-0,010	-0,011
2013	-0,008 (0,002)	-0,001 (0,001)	-0,013	-0,015	-0,016
2014	-0,013 (0,002)	-0,004 (0,001)	-0,018	-0,020	-0,020
2015	-0,011 (0,001)	-0,002 (0,001)	-0,015	-0,017	-0,018
2016	-0,012 (0,001)	-0,003 (0,001)	-0,017	-0,018	-0,019
2017	-0,012 (0,001)	-0,002 (0,001)	-0,017	-0,018	-0,019
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,005	0,002	0,007	0,007	0,007
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	49,49	41,67	45,85	42,96	40,59
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,007	0,001	-0,009	-0,009	-0,009
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-148,99	23,81	-117,17	-98,05	-88,12

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι δείκτες GCI και GECI, που μετράνε την απόλυτη ανισότητα, παρουσιάζουν παρόμοια εικόνα με τους δείκτες σχετικής ανισότητας, καθώς η ανισότητα αυξάνεται στους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, αν και μετά το 2014 παρατηρείται μια τάση μάλλον άμβλυνσης (Πίνακας 7-74). Αντίθετα, στους προτυποποιημένους πληθυσμούς, διαπιστώνουμε υψηλότερη διακύμανση και μάλλον μια αυξητική μεταβολή μετά το 2014, σε αντίθεση με τα πρώτα χρόνια της ύφεσης.

Πίνακας 7-74 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	GCI		GECI(3)	GECI(4)	GECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	-0,811 (0,112)	-0,299 (0,092)	-3,057	-2,836	-2,640
2004	-0,820 (0,112)	-0,231 (0,088)	-3,016	-2,745	-2,518
2005	-0,536 (0,127)	-0,073 (0,102)	-1,941	-1,742	-1,580
2006	-0,217 (0,132)	-0,029 (0,107)	-0,779	-0,694	-0,626
2007	-0,419 (0,135)	-0,072 (0,103)	-1,672	-1,621	-1,557
2008	-0,407 (0,123)	-0,176 (0,101)	-1,644	-1,608	-1,554
2009	-0,423 (0,139)	-0,144 (0,107)	-1,697	-1,651	-1,590
2010	-0,700 (0,154)	-0,169 (0,120)	-2,769	-2,664	-2,544
2011	-0,338 (0,143)	0,035 (0,119)	-1,188	-1,045	-0,937

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2012	-0,474 (0,148)	0,048 (0,117)	-1,842	-1,750	-1,657
2013	-0,656 (0,124)	-0,096 (0,096)	-2,608	-2,520	-2,417
2014	-1,012 (0,137)	-0,284 (0,109)	-3,659	-3,313	-3,044
2015	-0,848 (0,110)	-0,142 (0,087)	-3,084	-2,819	-2,614
2016	-0,977 (0,102)	-0,202 (0,071)	-3,449	-3,087	-2,825
2017	-0,982 (0,090)	-0,129 (0,065)	-3,458	-3,100	-2,843
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,404	0,124	1,413	1,228	1,086
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	49,82	41,25	46,22	43,30	41,14
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,575	0,047	-1,814	-1,492	-1,289
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-141,28	26,66	-110,34	-92,79	-82,95

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι δείκτες E και W επίσης δείχνουν υψηλότερη συγκέντρωση της υγείας στις περισσότερο πυκνοκατοικημένες περιοχές, με μια αυξητική μεταβολή στην μη προτυποποιημένες κατανομές μετά το 2008 (Πίνακας 7-75).

Πίνακας 7-75 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	E		W	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-0,033 (0,005)	-0,012 (0,004)	-0,057 (0,008)	-0,021 (0,007)
2004	-0,033 (0,004)	-0,009 (0,004)	-0,059 (0,008)	-0,017 (0,006)
2005	-0,022 (0,005)	-0,003 (0,004)	-0,037 (0,009)	-0,005 (0,007)
2006	-0,009 (0,005)	-0,001 (0,004)	-0,015 (0,009)	-0,002 (0,007)
2007	-0,017 (0,005)	-0,003 (0,004)	-0,029 (0,009)	-0,005 (0,007)
2008	-0,016 (0,005)	-0,007 (0,004)	-0,028 (0,008)	-0,012 (0,007)
2009	-0,017 (0,006)	-0,006 (0,004)	-0,028 (0,009)	-0,010 (0,007)
2010	-0,028 (0,006)	-0,007 (0,005)	-0,047 (0,010)	-0,011 (0,008)
2011	-0,014 (0,006)	0,001 (0,005)	-0,023 (0,010)	0,002 (0,008)
2012	-0,019 (0,006)	0,002 (0,005)	-0,031 (0,010)	0,003 (0,008)
2013	-0,026 (0,005)	-0,004 (0,004)	-0,042 (0,008)	-0,006 (0,006)
2014	-0,041 (0,005)	-0,011 (0,004)	-0,063 (0,008)	-0,018 (0,007)
2015	-0,034 (0,004)	-0,006 (0,004)	-0,052 (0,007)	-0,009 (0,005)
2016	-0,039 (0,004)	-0,008 (0,003)	-0,060 (0,006)	-0,013 (0,004)
2017	-0,039 (0,004)	-0,005 (0,003)	-0,061 (0,006)	-0,008 (0,004)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,016	0,005	0,030	0,009
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	49,85	41,67	51,39	43,40
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,023	0,002	-0,033	0,004
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-141,10	25,71	-119,35	33,33

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Οι δείκτες SCI και GSCI δεν δίνουν βαρύτητα μόνο στο κάτω μέρος της κοινωνικοοικονομικής κατανομής, αλλά σταθμίζουν εξίσου την ανισότητα στο κάτω και άνω άκρο της κατανομής. Τα αποτελέσματα της μέτρησης δείχνουν αύξηση τόσο της σχετικής όσο και της απόλυτης ανισότητας στα δύο άκρα της κατανομής μετά το 2008, ενώ πριν την έναρξη της κρίσης καταγράφεται μια αντίθετη κατεύθυνση μεταβολή (Πίνακας 7-76). Μάλιστα, μετά το 2014 φαίνεται να υπάρχει μια αυξητική τάση.

Πίνακας 7-76 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

	SCI(3)	SCI(4)	SCI(5)	GSCI(3)	GSCI(4)	GSCI(5)
Έτος έρευνας	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	-0,010	-0,010	-0,010	-3,260	-3,261	-3,261
2004	-0,010	-0,010	-0,010	-3,272	-3,268	-3,267
2005	-0,006	-0,006	-0,006	-2,134	-2,130	-2,129
2006	-0,003	-0,003	-0,003	-0,858	-0,855	-0,854
2007	-0,005	-0,005	-0,005	-1,706	-1,711	-1,712
2008	-0,005	-0,005	-0,005	-1,661	-1,667	-1,668
2009	-0,005	-0,005	-0,005	-1,722	-1,727	-1,728
2010	-0,009	-0,009	-0,009	-2,831	-2,835	-2,835
2011	-0,004	-0,004	-0,004	-1,382	-1,387	-1,387
2012	-0,006	-0,006	-0,006	-1,916	-1,920	-1,920
2013	-0,008	-0,008	-0,008	-2,673	-2,680	-2,681
2014	-0,013	-0,013	-0,013	-4,223	-4,264	-4,273
2015	-0,011	-0,012	-0,012	-3,613	-3,678	-3,696
2016	-0,013	-0,014	-0,014	-4,215	-4,314	-4,347
2017	-0,013	-0,014	-0,014	-4,278	-4,402	-4,446
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,005	0,005	0,005	1,599	1,594	1,593
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	48,57	48,42	48,42	49,05	-48,88	-48,85
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,008	-0,009	-0,009	-2,617	-2,735	-2,778
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-165,35	-172,19	-174,16	-157,56	-164,07	166,55

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Τέλος, ως προς την γενικότερη επίδοση της χώρας σε σχέση με την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας, ο δείκτης ΗΑΙ, ο οποίος ενσωματώνει την πληροφορία τόσο του μέσου επιπέδου όσο και της κοινωνικοοικονομικής ανισότητας, παρουσιάζει μια τάση επιδείνωσης μετά το 2008 (Πίνακας 7-77). Πάντως, μετά το 2014 η τάση φαίνεται να αντιστρέφεται.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-77 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	HAI(2)	
	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	82,16	80,63
2004	82,65	81,25
2005	82,04	80,60
2006	82,08	80,39
2007	82,23	80,79
2008	81,84	80,41
2009	81,29	80,06
2010	80,96	80,08
2011	81,56	81,11
2012	80,50	80,15
2013	79,81	79,71
2014	78,66	79,30
2015	78,85	79,72
2016	78,74	79,77
2017	78,95	80,14
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,32	-0,22
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-0,38	-0,27
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-2,90	-0,27
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-3,54	-0,34

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.1.4. Ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα

Σε αυτήν την υποενότητα θα εξεταστούν οι δείκτες κοινωνικοοικονομικής ανισότητας υγείας ως προς το εισόδημα. Στον παρακάτω πίνακα (**Πίνακας 7-78**) παρουσιάζεται εμφανώς η κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση της υγείας, με το μέσο επίπεδο υγείας να βελτιώνεται διαρκώς καθώς ανερχόμαστε σε υψηλότερες κατηγορίες της εισοδηματικής κλίμακας. Δεν διαπιστώνονται σημαντικές μεταβολές ξεχωριστά για κάθε εισοδηματική κατηγορία κατά την περίοδο της ανάλυσης. Ωστόσο, μπορούμε να παρατηρήσουμε κάποια ενδιαφέροντα στοιχεία. Αρχικά ότι, ενώ για τη φτωχότερη εισοδηματική κατηγορία φαίνεται να υπάρχει μια τάση βελτίωσης μετά το 2014, αυτό δεν ισχύει για την πλουσιότερη, ακόμη και μετά την προτυποποίηση. Ακόμη περισσότερο, για τις υπόλοιπες κατηγορίες, το σημείο καμπής φαίνεται να μετατίθεται μετά το 2016. Μάλιστα, είναι η μοναδική εισοδηματική ομάδα στις

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

προτυποποιημένες κατανομές που καταγράφει μια συνολική αρνητική μεταβολή τόσο πριν όσο και μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης.

Πίνακας 7-78 Εξέλιξη της μέσης τιμής για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ					ΠΚ				
	Πρώτο	Δεύτερο	Τρίτο	Τέταρτο	Πεμπτο	Πρώτο	Δεύτερο	Τρίτο	Τέταρτο	Πεμπτο
2003	79,07 (0,45)	80,93 (0,44)	83,63 (0,43)	85,90 (0,38)	88,13 (0,35)	79,69 (0,34)	80,69 (0,33)	82,25 (0,33)	84,20 (0,31)	86,17 (0,29)
2004	79,36 (0,49)	80,88 (0,44)	83,99 (0,43)	86,32 (0,41)	88,57 (0,34)	80,21 (0,35)	80,97 (0,32)	82,68 (0,32)	84,57 (0,32)	86,73 (0,28)
2005	78,44 (0,53)	80,23 (0,49)	83,05 (0,47)	84,83 (0,45)	87,16 (0,40)	79,33 (0,40)	80,28 (0,38)	82,02 (0,36)	82,93 (0,36)	85,56 (0,34)
2006	78,71 (0,55)	80,38 (0,51)	81,74 (0,56)	84,17 (0,48)	87,12 (0,39)	78,87 (0,42)	80,43 (0,38)	81,26 (0,42)	82,97 (0,42)	85,32 (0,33)
2007	79,45 (0,62)	80,09 (0,50)	82,19 (0,51)	84,90 (0,47)	87,15 (0,38)	79,45 (0,48)	80,42 (0,37)	81,97 (0,42)	83,35 (0,35)	85,79 (0,32)
2008	79,38 (0,59)	79,48 (0,54)	80,53 (0,49)	84,83 (0,42)	86,63 (0,35)	79,37 (0,49)	79,82 (0,42)	80,77 (0,39)	83,49 (0,33)	85,36 (0,29)
2009	77,97 (0,66)	78,88 (0,59)	81,07 (0,51)	83,51 (0,49)	86,37 (0,39)	78,11 (0,51)	79,81 (0,43)	81,15 (0,36)	82,61 (0,39)	85,22 (0,31)
2010	78,43 (0,75)	78,14 (0,65)	80,08 (0,61)	83,96 (0,50)	86,28 (0,52)	78,42 (0,58)	79,33 (0,44)	80,59 (0,46)	83,07 (0,38)	85,18 (0,47)
2011	79,14 (0,53)	79,06 (0,57)	82,02 (0,54)	85,61 (0,49)	86,10 (0,54)	80,08 (0,42)	80,39 (0,42)	82,15 (0,40)	84,27 (0,42)	85,78 (0,41)
2012	80,28 (0,59)	79,38 (0,52)	80,99 (0,61)	83,32 (0,83)	85,81 (0,74)	79,75 (0,45)	80,77 (0,38)	81,46 (0,44)	83,16 (0,60)	85,76 (0,61)
2013	79,70 (0,39)	78,86 (0,44)	82,29 (0,51)	82,70 (0,57)	85,94 (0,69)	79,49 (0,30)	80,53 (0,31)	82,46 (0,40)	82,95 (0,47)	85,98 (0,54)
2014	78,15 (0,36)	78,81 (0,47)	82,43 (0,50)	83,28 (0,59)	85,92 (0,77)	78,81 (0,28)	80,70 (0,34)	82,53 (0,40)	83,74 (0,43)	85,64 (0,63)
2015	78,65 (0,29)	78,40 (0,34)	81,82 (0,39)	83,11 (0,45)	85,60 (0,50)	79,31 (0,23)	80,51 (0,25)	82,51 (0,30)	83,87 (0,37)	85,58 (0,44)
2016	78,93 (0,25)	78,15 (0,30)	81,32 (0,39)	82,70 (0,40)	85,29 (0,47)	79,45 (0,20)	80,71 (0,22)	82,15 (0,29)	83,56 (0,31)	85,50 (0,37)
2017	78,97 (0,24)	78,64 (0,27)	81,75 (0,34)	83,02 (0,38)	85,14 (0,54)	79,72 (0,17)	80,96 (0,19)	82,81 (0,26)	84,07 (0,30)	85,07 (0,75)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,31	-1,45	-3,10	-1,08	-1,50	-0,31	-0,87	-1,48	-0,71	-0,81
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	0,39	-1,79	-3,70	-1,25	-1,71	-0,39	-1,08	-1,80	-0,85	-0,93
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,41	-0,84	1,22	-1,80	-1,49	0,34	1,14	2,04	0,58	-0,29
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-0,51	-1,05	1,52	-2,13	-1,72	0,43	1,42	2,52	0,70	-0,34

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι παραπάνω εξελίξεις έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση τόσο του απόλυτου όσο και του σχετικού χάσματος μεταξύ των δύο άκρων της

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

εισοδηματικής κλίμακας τόσο πριν όσο και μετά το 2008 (Πίνακας 7-79). Μάλιστα, η τάση μείωσης των ανισοτήτων είναι πιο σαφής μετά το 2014.

Πίνακας 7-79 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Gap (AG) και Relative Gap (RG) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	AG		RG	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	9.06 (0.57)	6.48 (0.45)	1.11 (0.01)	1.08 (0.01)
2004	9.21 (0.60)	6.52 (0.45)	1.12 (0.01)	1.08 (0.01)
2005	8.72 (0.66)	6.23 (0.52)	1.11 (0.01)	1.08 (0.01)
2006	8.41 (0.68)	6.45 (0.54)	1.11 (0.01)	1.08 (0.01)
2007	7.71 (0.72)	6.34 (0.58)	1.10 (0.01)	1.08 (0.01)
2008	7.24 (0.69)	5.99 (0.57)	1.09 (0.01)	1.08 (0.01)
2009	8.40 (0.76)	7.12 (0.59)	1.11 (0.01)	1.09 (0.01)
2010	7.85 (0.91)	6.76 (0.74)	1.10 (0.01)	1.09 (0.01)
2011	6.96 (0.76)	5.71 (0.59)	1.09 (0.01)	1.07 (0.01)
2012	5.54 (0.94)	6.01 (0.76)	1.07 (0.01)	1.08 (0.01)
2013	6.24 (0.79)	6.49 (0.62)	1.08 (0.01)	1.08 (0.01)
2014	7.78 (0.85)	6.83 (0.69)	1.10 (0.01)	1.09 (0.01)
2015	6.95 (0.58)	6.27 (0.50)	1.09 (0.01)	1.08 (0.01)
2016	6.36 (0.54)	6.05 (0.42)	1.08 (0.01)	1.08 (0.01)
2017	6.16 (0.59)	5.35 (0.76)	1.08 (0.01)	1.07 (0.01)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-1.81	-0.49	-0.02	-0.01
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-20.03	-7.59	-2.09	-0.54
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-1.08	-0.64	-0.01	-0.01
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-14.96	-10.62	-1.21	-0.77

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Μείωση σημειώνουν και οι δείκτες AGMD, RGMD και IDISP μετά το 2008 (Πίνακας 7-80). Βεβαία, το 2017 καταγράφεται μια επιδείνωση για τα μέτρα ανισότητας που σταθμίζονται ως προς τα πληθυσμιακά μερίδια, το οποίο σημαίνει αύξηση των ατόμων με υψηλό εισόδημα και καλή υγεία.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-80 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	AGMD		RGMD		IDISP	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	2,86 (0,18)	1,93 (0,12)	3,45 (0,22)	2,35 (0,15)	3,54 (0,23)	2,44 (0,15)
2004	2,99 (0,19)	2,00 (0,14)	3,58 (0,23)	2,42 (0,17)	3,63 (0,23)	2,47 (0,17)
2005	2,73 (0,20)	1,78 (0,14)	3,31 (0,24)	2,17 (0,17)	3,34 (0,24)	2,19 (0,18)
2006	2,54 (0,19)	1,87 (0,15)	3,09 (0,23)	2,29 (0,18)	3,10 (0,23)	2,30 (0,19)
2007	2,61 (0,22)	1,90 (0,15)	3,16 (0,27)	2,31 (0,18)	3,14 (0,28)	2,30 (0,18)
2008	2,87 (0,19)	2,14 (0,16)	3,49 (0,24)	2,62 (0,19)	3,48 (0,24)	2,62 (0,19)
2009	2,70 (0,24)	2,02 (0,17)	3,30 (0,29)	2,47 (0,21)	3,35 (0,30)	2,52 (0,22)
2010	3,07 (0,27)	2,29 (0,20)	3,76 (0,33)	2,80 (0,24)	3,74 (0,32)	2,81 (0,24)
2011	2,65 (0,27)	1,84 (0,20)	3,23 (0,32)	2,24 (0,24)	3,33 (0,33)	2,34 (0,25)
2012	1,29 (0,22)	1,23 (0,17)	1,59 (0,27)	1,51 (0,21)	2,35 (0,32)	2,13 (0,26)
2013	1,54 (0,21)	1,38 (0,14)	1,92 (0,26)	1,71 (0,18)	2,96 (0,33)	2,59 (0,23)
2014	1,89 (0,18)	1,61 (0,15)	2,37 (0,22)	2,01 (0,19)	3,77 (0,34)	3,03 (0,26)
2015	1,68 (0,14)	1,44 (0,11)	2,10 (0,18)	1,78 (0,14)	3,46 (0,24)	2,82 (0,20)
2016	1,53 (0,14)	1,32 (0,11)	1,91 (0,17)	1,63 (0,14)	3,14 (0,23)	2,53 (0,16)
2017	1,55 (0,13)	1,36 (0,09)	1,94 (0,16)	1,68 (0,12)	3,09 (0,22)	2,50 (0,20)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,01	0,21	0,04	0,27	-0,06	0,18
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	0,21	10,89	1,08	11,39	-1,70	7,23
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-1,32	-0,78	-1,55	-0,94	-0,39	-0,12
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-46,04	-36,46	-44,48	-35,91	-11,12	-4,64

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι τιμές των δεικτών SII και RII δείχνουν να υπάρχει μια κοινωνικοοικονομική ανισότητα υγείας υπέρ των πλουσιότερων στρωμάτων, η οποία όμως έχει μειωθεί σημαντικά από το 2003 (**Πίνακας 7-81**). Είναι αξιοσημείωτο πως τα πρώτα χρόνια της κρίσης σημειώθηκε κατακόρυφη συμπίεση των ανισοτήτων, το οποίο μάλλον οφείλεται στις αιφνίδιες κοινωνικοοικονομικές μεταβολές, οι οποίες μετακίνησαν την κατανομή του εισοδήματος προς τα αριστερά.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-81 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	SII		RII	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	11,42 (0,05)	7,94 (0,05)	1,15 (0,00)	1,10 (0,00)
2004	11,82 (0,05)	8,10 (0,05)	1,15 (0,00)	1,10 (0,00)
2005	10,96 (0,05)	7,46 (0,05)	1,14 (0,00)	1,10 (0,00)
2006	10,22 (0,05)	7,65 (0,05)	1,13 (0,00)	1,10 (0,00)
2007	10,11 (0,05)	7,82 (0,05)	1,13 (0,00)	1,10 (0,00)
2008	10,01 (0,05)	7,88 (0,05)	1,13 (0,00)	1,10 (0,00)
2009	10,71 (0,05)	8,44 (0,05)	1,14 (0,00)	1,11 (0,00)
2010	11,05 (0,05)	8,72 (0,05)	1,15 (0,00)	1,11 (0,00)
2011	9,93 (0,05)	7,28 (0,05)	1,13 (0,00)	1,09 (0,00)
2012	4,60 (0,05)	5,37 (0,05)	1,06 (0,00)	1,07 (0,00)
2013	4,84 (0,05)	5,80 (0,05)	1,06 (0,00)	1,07 (0,00)
2014	7,39 (0,05)	7,20 (0,05)	1,10 (0,00)	1,09 (0,00)
2015	5,87 (0,05)	6,27 (0,05)	1,08 (0,00)	1,08 (0,00)
2016	4,97 (0,05)	5,85 (0,05)	1,06 (0,00)	1,08 (0,00)
2017	5,32 (0,05)	5,91 (0,05)	1,07 (0,00)	1,08 (0,00)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-1,41	-0,06	-0,02	0,00
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-12,32	-0,81	-1,61	-0,04
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-4,69	-1,97	-0,06	-0,03
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-46,85	-24,98	-5,42	-2,33

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι δείκτες CI και ECI καταγράφουν υψηλότερη συγκέντρωση στις υψηλότερες εισοδηματικές ομάδες, αν και οι τιμές είναι σχετικά χαμηλές (Πίνακας 7-82). Έπειτα, φαίνεται να υπάρχει σημαντική μείωση της σχετικής ανισότητας μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, με την τάση αυτή να είναι πιο ξεκάθαρη μετά το 2014, αν και το 2017 σημειώνεται μια μικρή αντιστροφή. Επίσης, καθώς αυξάνουμε την αποστροφή για την ανισότητα, η μείωση στις ανισότητες παρουσιάζεται να είναι μεγαλύτερη.

Πίνακας 7-82 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	CI		ECI(3)	ECI(4)	ECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	0,022 (0,001)	0,014 (0,001)	0,032	0,038	0,040

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2004	0,023 (0,001)	0,014 (0,001)	0,034	0,040	0,044
2005	0,022 (0,001)	0,014 (0,001)	0,033	0,039	0,043
2006	0,021 (0,002)	0,014 (0,001)	0,029	0,034	0,037
2007	0,020 (0,002)	0,015 (0,001)	0,029	0,033	0,034
2008	0,020 (0,002)	0,015 (0,001)	0,028	0,031	0,032
2009	0,022 (0,002)	0,016 (0,001)	0,031	0,035	0,038
2010	0,022 (0,002)	0,016 (0,002)	0,031	0,035	0,036
2011	0,020 (0,002)	0,014 (0,001)	0,028	0,031	0,031
2012	0,008 (0,002)	0,011 (0,002)	0,007	0,004	0,000
2013	0,007 (0,002)	0,011 (0,001)	0,004	-0,001	-0,006
2014	0,011 (0,001)	0,014 (0,001)	0,010	0,005	0,001
2015	0,009 (0,001)	0,013 (0,001)	0,008	0,005	0,001
2016	0,007 (0,001)	0,012 (0,001)	0,005	0,001	-0,003
2017	0,008 (0,001)	0,012 (0,001)	0,007	0,005	0,001
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,003	0,001	-0,005	-0,007	-0,008
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-11,66	7,30	-15,12	-18,35	-20,79
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,011	-0,003	-0,020	-0,026	-0,031
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-57,82	-17,69	-72,91	-85,28	-96,06

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα για τους δείκτες GCI και GECI, καθώς καταγράφεται μια τάση άμβλυνσης των απόλυτων ανισοτήτων μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης (**Πίνακας 7-83**).

Πίνακας 7-83 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	GCI		GECI(3)	GECI(4)	GECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	1,853 (0,107)	1,135 (0,083)	6,976	6,594	6,263
2004	1,936 (0,110)	1,131 (0,083)	7,386	7,087	6,841
2005	1,843 (0,120)	1,141 (0,092)	7,078	6,808	6,575
2006	1,686 (0,125)	1,170 (0,098)	6,250	5,893	5,628
2007	1,686 (0,128)	1,228 (0,100)	6,179	5,711	5,320
2008	1,621 (0,125)	1,209 (0,102)	5,880	5,347	4,916
2009	1,785 (0,132)	1,274 (0,104)	6,582	6,117	5,728
2010	1,785 (0,146)	1,307 (0,122)	6,518	5,957	5,484
2011	1,626 (0,133)	1,126 (0,103)	5,860	5,286	4,809
2012	0,636 (0,169)	0,903 (0,129)	1,501	0,700	0,055
2013	0,531 (0,123)	0,915 (0,095)	0,819	-0,129	-0,851
2014	0,856 (0,118)	1,076 (0,091)	1,979	0,908	0,103

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2015	0,726 (0,093)	1,013 (0,076)	1,665	0,802	0,169
2016	0,586 (0,085)	0,973 (0,067)	1,087	0,211	-0,425
2017	0,665 (0,076)	0,964 (0,062)	1,546	0,765	0,188
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,232	0,074	-1,096	-1,247	-1,347
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-12,52	6,51	-15,71	-18,91	-21,51
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,956	-0,245	-4,334	-4,582	-4,728
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-58,98	-20,25	-73,71	-85,69	-96,18

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Αντίστοιχη είναι και η εικόνα για τους δείκτες E και W (Πίνακας 7-84). Πάντως, σε αυτόν τον πίνακα διαπιστώνουμε μια μάλλον πιο ξεκάθαρη τάση σταθεροποίησης ή ακόμη και μεγέθυνσης των ανισοτήτων μετά το 2016.

Πίνακας 7-84 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	E		W	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	0,074 (0,004)	0,045 (0,003)	0,131 (0,008)	0,080 (0,006)
2004	0,078 (0,004)	0,045 (0,003)	0,140 (0,008)	0,082 (0,006)
2005	0,074 (0,005)	0,046 (0,004)	0,128 (0,008)	0,079 (0,006)
2006	0,068 (0,005)	0,047 (0,004)	0,116 (0,009)	0,080 (0,007)
2007	0,068 (0,005)	0,049 (0,004)	0,118 (0,009)	0,086 (0,007)
2008	0,065 (0,005)	0,048 (0,004)	0,111 (0,009)	0,083 (0,007)
2009	0,071 (0,005)	0,051 (0,004)	0,119 (0,009)	0,085 (0,007)
2010	0,071 (0,006)	0,052 (0,005)	0,119 (0,010)	0,087 (0,008)
2011	0,065 (0,005)	0,045 (0,004)	0,110 (0,009)	0,076 (0,007)
2012	0,025 (0,007)	0,036 (0,005)	0,041 (0,011)	0,059 (0,008)
2013	0,021 (0,005)	0,037 (0,004)	0,034 (0,008)	0,058 (0,006)
2014	0,034 (0,005)	0,043 (0,004)	0,053 (0,007)	0,066 (0,006)
2015	0,029 (0,004)	0,041 (0,003)	0,045 (0,006)	0,063 (0,005)
2016	0,024 (0,003)	0,039 (0,003)	0,036 (0,005)	0,060 (0,004)
2017	0,027 (0,003)	0,039 (0,003)	0,041 (0,005)	0,060 (0,004)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,009	0,003	-0,020	0,003
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-12,55	6,39	-15,27	3,11
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,038	-0,010	-0,070	-0,023
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-58,95	-20,08	-62,70	-27,42

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Οι δείκτες SCI και GSCI επίσης μειώνονται σημαντικά μετά το 2008, ακολουθώντας την τάση που προϋπήρχε της οικονομικής κρίσης (**Πίνακας 7-85**). Βέβαια, οι τιμές είναι γενικότερα χαμηλές και υπάρχουν σημαντικές διακυμάνσεις.

Πίνακας 7-85 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

	SCI(3)	SCI(4)	SCI(5)	GSCI(3)	GSCI(4)	GSCI(5)
Έτος έρευνας	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	0.024	0.025	0.026	8.085	8.397	8.520
2004	0.026	0.027	0.028	8.575	9.079	9.423
2005	0.025	0.026	0.026	8.137	8.529	8.737
2006	0.023	0.024	0.025	7.598	8.045	8.287
2007	0.022	0.023	0.023	7.347	7.542	7.555
2008	0.021	0.021	0.021	6.789	6.909	6.949
2009	0.024	0.025	0.025	7.741	8.018	8.142
2010	0.023	0.023	0.023	7.499	7.600	7.610
2011	0.021	0.021	0.021	6.754	6.808	6.799
2012	0.007	0.006	0.005	2.373	2.071	1.742
2013	0.006	0.005	0.005	1.909	1.689	1.494
2014	0.010	0.010	0.009	3.241	3.037	2.870
2015	0.009	0.009	0.009	3.008	2.974	2.893
2016	0.007	0.007	0.007	2.317	2.269	2.236
2017	0.008	0.008	0.008	2.711	2.691	2.662
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0.004	-0.004	-0.005	-1.296	-1.488	-1.571
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-15.57	-17.00	-17.90	-16.03	-17.72	-18.44
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0.012	-0.013	-0.013	-4.078	-4.218	-4.287
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-58.83	-59.90	-60.52	-60.07	-61.05	-61.69

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Τέλος, ο δείκτης ΗΑΙ δείχνει μια επιδείνωση της συνολικής επίδοσης, η οποία είναι κάπως μεγαλύτερη μετά το 2008 (**Πίνακας 7-86**). Πάντως, μετά το 2014 φαίνεται να ξεκινάει μια φάση ανάκαμψης και βελτίωσης της συνολικής επίδοσης.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-86 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

HAI(2)		
Έτος έρευνας	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	81,12	79,80
2004	81,53	80,35
2005	80,74	79,53
2006	80,61	79,25
2007	80,96	79,63
2008	80,63	79,38
2009	79,93	78,93
2010	79,88	78,94
2011	80,27	79,95
2012	80,33	79,20
2013	79,94	78,90
2014	78,81	78,50
2015	78,97	78,85
2016	79,13	79,00
2017	79,27	79,31
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,49	-0,41
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-0,60	-0,52
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-1,36	-0,08
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-1,69	-0,10

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.1.5. Κίνδυνος φτώχειας

Σε αυτήν την υποενότητα εξετάζουμε την ανισότητα υγείας μεταξύ των ατόμων που βρίσκονται σε κίνδυνο φτώχειας και εκείνων που δεν υφίστανται αυτόν τον κίνδυνο. Όπως ήταν αναμενόμενο, το μέσο επίπεδο υγείας είναι υψηλότερο στα άτομα που δεν βρίσκονται υπό κίνδυνο φτώχειας (**Πίνακας 7-87**). Ωστόσο, η επιδείνωση της μέσης υγείας μετά το 2008 είναι υψηλότερη για αυτήν την ομάδα σε σχέση με τα φτωχά άτομα. Μάλιστα, τα αποτελέσματα της προτυποποιημένης κατανομής δείχνουν και μια μικρή βελτίωση στους φτωχούς κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Αυτό ίσως οφείλεται στην καθοδική κοινωνική κινητικότητα ατόμων με καλή υγεία. Μάλιστα, η αντιστροφή της τάσης εκκινεί ένα έτος νωρίτερα για τα φτωχά άτομα, δηλαδή από το 2015, ενώ για τα μη φτωχά από το 2016.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-87 Εξέλιξη της μέσης τιμής για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τον κίνδυνο φτώχειας, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	84,19 (0,23)	79,03 (0,47)	82,97 (0,19)	79,71 (0,35)
2004	84,51 (0,24)	79,47 (0,49)	83,42 (0,19)	80,34 (0,35)
2005	83,57 (0,25)	78,45 (0,54)	82,52 (0,21)	79,36 (0,40)
2006	83,21 (0,27)	78,62 (0,57)	82,38 (0,22)	78,84 (0,44)
2007	83,41 (0,26)	79,44 (0,64)	82,78 (0,21)	79,40 (0,49)
2008	82,87 (0,25)	79,36 (0,61)	82,36 (0,20)	79,34 (0,51)
2009	82,49 (0,27)	77,84 (0,68)	82,21 (0,21)	78,01 (0,53)
2010	82,25 (0,30)	78,60 (0,77)	82,13 (0,24)	78,51 (0,59)
2011	82,74 (0,30)	79,13 (0,55)	82,80 (0,24)	80,07 (0,43)
2012	81,24 (0,35)	80,44 (0,60)	81,89 (0,27)	79,85 (0,47)
2013	80,90 (0,29)	79,83 (0,39)	81,84 (0,22)	79,52 (0,31)
2014	80,93 (0,31)	78,16 (0,36)	81,99 (0,23)	78,79 (0,28)
2015	80,45 (0,23)	78,77 (0,30)	81,84 (0,18)	79,36 (0,23)
2016	80,28 (0,22)	78,99 (0,26)	81,89 (0,16)	79,46 (0,20)
2017	80,56 (0,20)	79,10 (0,24)	82,18 (0,14)	79,75 (0,17)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-1,32	0,33	-0,61	-0,37
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-1,57	0,42	-0,73	-0,46
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-2,31	-0,27	-0,18	0,40
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-2,79	-0,33	-0,22	0,51

Υποσημείωση: *Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.*

Τα παραπάνω έχουν ως αποτέλεσμα τόσο οι απόλυτες όσο και οι σχετικές ανισότητες υγείας ως προς τη φτώχεια να αμβλύνονται στο διάστημα 2003-2017, ιδίως μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης (**Πίνακας 7-88**).

Πίνακας 7-88 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Gap (AG) και Relative Gap (RG) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον κίνδυνο φτώχειας, 2003-2017

Έτος έρευνας	AG		RG	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	5,16 (0,52)	3,26 (0,40)	1,07 (0,01)	1,04 (0,01)
2004	5,04 (0,54)	3,08 (0,40)	1,06 (0,01)	1,04 (0,01)
2005	5,11 (0,60)	3,16 (0,45)	1,07 (0,01)	1,04 (0,01)
2006	4,59 (0,63)	3,54 (0,49)	1,06 (0,01)	1,04 (0,01)
2007	3,97 (0,69)	3,38 (0,53)	1,05 (0,01)	1,04 (0,01)
2008	3,50 (0,66)	3,02 (0,54)	1,04 (0,01)	1,04 (0,01)
2009	4,64 (0,74)	4,20 (0,57)	1,06 (0,01)	1,05 (0,01)
2010	3,65 (0,83)	3,62 (0,63)	1,05 (0,01)	1,05 (0,01)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2011	3,61 (0,62)	2,74 (0,49)	1,05 (0,01)	1,03 (0,01)
2012	0,79 (0,70)	2,04 (0,54)	1,01 (0,01)	1,03 (0,01)
2013	1,08 (0,49)	2,32 (0,38)	1,01 (0,01)	1,03 (0,00)
2014	2,77 (0,48)	3,20 (0,36)	1,04 (0,01)	1,04 (0,00)
2015	1,67 (0,38)	2,48 (0,29)	1,02 (0,00)	1,03 (0,00)
2016	1,29 (0,34)	2,43 (0,25)	1,02 (0,00)	1,03 (0,00)
2017	1,46 (0,31)	2,44 (0,22)	1,02 (0,00)	1,03 (0,00)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-1,65	-0,24	-0,02	0,00
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-32,05	-7,40	-1,98	-0,27
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-2,05	-0,58	-0,03	-0,01
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-58,40	-19,27	-2,46	-0,72

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.1.6. Αριθμός υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό

Παρόμοια με την περίπτωση της εισοδηματικής κλίμακα, και η κατανομή της υγείας σε σχέση με τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό δείχνει την κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση της υγείας, ιδίως στους προτυποποιημένους πληθυσμούς (**Πίνακας 7-89**). Έπειτα, είναι αξιοσημείωτο πως, καθώς αυξάνεται ο αριθμός των αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, οπότε και κατερχόμαστε στην κοινωνικοοικονομική ιεραρχία, είτε διαπιστώνουμε μικρότερη επιδείνωση είτε υψηλότερη βελτίωση της υγείας μετά το 2008.

Πίνακας 7-89 Εξέλιξη της μέσης τιμής για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ					ΠΚ				
	0 αγαθά	1 αγαθά	2 αγαθά	3 αγαθά	4+ αγαθά	0 αγαθά	1 αγαθά	2 αγαθά	3 αγαθά	4+ αγαθά
2003	86,97 (0,28)	84,76 (0,42)	83,03 (0,45)	80,90 (0,58)	77,05 (0,53)	85,52 (0,22)	83,59 (0,31)	82,37 (0,34)	80,39 (0,43)	77,34 (0,40)
2004	87,51 (0,28)	84,52 (0,41)	81,85 (0,50)	80,04 (0,67)	78,33 (0,57)	86,00 (0,20)	83,75 (0,31)	81,90 (0,39)	79,54 (0,49)	78,52 (0,41)
2005	86,66 (0,31)	83,54 (0,46)	82,12 (0,53)	78,99 (0,66)	76,92 (0,62)	85,38 (0,25)	82,94 (0,33)	81,62 (0,42)	78,53 (0,48)	77,02 (0,45)
2006	86,68 (0,29)	83,48 (0,43)	80,11 (0,59)	77,86 (0,76)	75,32 (0,70)	85,40 (0,24)	82,63 (0,31)	79,98 (0,46)	78,11 (0,55)	75,46 (0,56)
2007	86,44 (0,30)	83,47 (0,45)	79,85 (0,61)	79,21 (0,67)	76,20 (0,81)	85,38 (0,24)	82,87 (0,35)	79,92 (0,43)	78,84 (0,53)	76,61 (0,64)
2008	86,35 (0,29)	82,50 (0,42)	79,94 (0,62)	78,10 (0,64)	76,19 (0,73)	85,34 (0,22)	82,23 (0,32)	79,54 (0,48)	78,72 (0,50)	76,31 (0,60)
2009	85,43 (0,31)	79,83 (0,61)	78,72 (0,61)	79,48 (0,71)	77,38 (0,79)	84,80 (0,23)	80,50 (0,43)	79,21 (0,47)	79,31 (0,52)	76,60 (0,63)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2010	85,00 (0,37)	81,04 (0,59)	78,37 (0,69)	79,08 (0,83)	77,89 (0,84)	84,73 (0,29)	81,00 (0,47)	78,96 (0,51)	79,25 (0,58)	77,06 (0,67)
2011	85,15 (0,35)	81,75 (0,56)	79,64 (0,68)	77,29 (0,77)	79,87 (0,67)	85,01 (0,28)	82,65 (0,43)	80,56 (0,54)	78,47 (0,59)	79,17 (0,47)
2012	83,55 (0,50)	81,03 (0,52)	80,11 (0,67)	79,19 (0,72)	78,95 (0,88)	84,18 (0,36)	81,51 (0,38)	80,75 (0,48)	79,83 (0,49)	77,79 (0,67)
2013	83,57 (0,38)	79,88 (0,45)	79,26 (0,52)	78,83 (0,57)	79,15 (0,60)	84,17 (0,28)	81,39 (0,36)	80,22 (0,39)	79,25 (0,40)	78,07 (0,47)
2014	83,22 (0,36)	80,44 (0,50)	78,19 (0,53)	76,84 (0,59)	78,47 (0,52)	84,30 (0,27)	81,79 (0,36)	79,67 (0,40)	78,39 (0,42)	77,78 (0,43)
2015	83,59 (0,26)	80,64 (0,37)	78,30 (0,39)	77,15 (0,43)	78,10 (0,44)	84,78 (0,20)	82,18 (0,25)	80,36 (0,29)	78,56 (0,35)	77,50 (0,34)
2016	83,59 (0,25)	80,58 (0,32)	78,14 (0,40)	76,61 (0,42)	78,52 (0,38)	84,58 (0,18)	82,21 (0,22)	80,29 (0,25)	78,62 (0,30)	77,84 (0,30)
2017	83,35 (0,23)	80,90 (0,29)	78,14 (0,35)	78,05 (0,42)	77,84 (0,35)	84,42 (0,16)	82,54 (0,22)	80,26 (0,23)	79,65 (0,28)	77,72 (0,27)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,62	-2,26	-3,09	-2,80	-0,86	-0,18	-1,36	-2,82	-1,68	-1,03
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-0,72	-2,67	-3,72	-3,46	-1,12	-0,21	-1,63	-3,43	-2,08	-1,33
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-3,00	-1,60	-1,80	-0,05	1,65	-0,91	0,31	0,72	0,93	1,41
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-3,47	-1,94	-2,25	-0,06	2,16	-1,07	0,38	0,90	1,19	1,85

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Έτσι, λοιπόν, το χάσμα υγείας, ιδίως το απόλυτο, μεταξύ της υψηλότερης και της χαμηλότερης κοινωνικοοικονομικής κατηγορίας παρουσίασε σημαντική άμβλυνση μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης (**Πίνακας 7-90**). Υπάρχει βέβαια μια διακύμανση, καθώς στην αρχή της κρίσης σημειώνεται μια μείωση και στη συνέχεια μια αύξηση, η οποία κορυφώνεται το 2015.

Πίνακας 7-90 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Gap (AG) και Relative Gap (RG) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	AG		RG	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	9,92 (0,60)	8,18 (0,46)	1,13 (0,01)	1,11 (0,01)
2004	9,19 (0,63)	7,49 (0,46)	1,12 (0,01)	1,10 (0,01)
2005	9,74 (0,69)	8,36 (0,52)	1,13 (0,01)	1,11 (0,01)
2006	11,36 (0,76)	9,94 (0,61)	1,15 (0,01)	1,13 (0,01)
2007	10,24 (0,87)	8,76 (0,68)	1,13 (0,01)	1,11 (0,01)
2008	10,15 (0,79)	9,03 (0,64)	1,13 (0,01)	1,12 (0,01)
2009	8,05 (0,85)	8,20 (0,67)	1,10 (0,01)	1,11 (0,01)
2010	7,12 (0,92)	7,67 (0,73)	1,09 (0,01)	1,10 (0,01)
2011	5,28 (0,76)	5,84 (0,54)	1,07 (0,01)	1,07 (0,01)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2012	4,60 (1,01)	6,39 (0,76)	1,06 (0,01)	1,08 (0,01)
2013	4,42 (0,71)	6,10 (0,54)	1,06 (0,01)	1,08 (0,01)
2014	4,75 (0,63)	6,52 (0,50)	1,06 (0,01)	1,08 (0,01)
2015	5,49 (0,51)	7,28 (0,39)	1,07 (0,01)	1,09 (0,01)
2016	5,08 (0,45)	6,74 (0,35)	1,06 (0,01)	1,09 (0,00)
2017	5,51 (0,42)	6,71 (0,32)	1,07 (0,01)	1,09 (0,00)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,24	0,84	0,00	0,01
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	2,39	10,31	0,40	1,13
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-4,64	-2,32	-0,06	-0,03
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-45,73	-25,72	-5,51	-2,86

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Αντίστοιχη εικόνα παρουσιάζουν και τα αποτελέσματα των δεικτών AGMD, RGMD και IDISP (Πίνακας 7-91).

Πίνακας 7-91 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	AGMD		RGMD		IDISP	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	3,03 (0,17)	2,52 (0,13)	3,65 (0,21)	3,07 (0,16)	3,34 (0,23)	2,81 (0,18)
2004	3,14 (0,18)	2,55 (0,16)	3,76 (0,22)	3,08 (0,20)	3,66 (0,23)	3,04 (0,21)
2005	2,99 (0,21)	2,63 (0,14)	3,62 (0,25)	3,21 (0,18)	3,57 (0,27)	3,19 (0,19)
2006	3,74 (0,22)	3,16 (0,15)	4,55 (0,27)	3,87 (0,19)	4,66 (0,29)	3,96 (0,20)
2007	3,35 (0,23)	2,89 (0,18)	4,06 (0,28)	3,52 (0,21)	4,18 (0,30)	3,65 (0,24)
2008	3,22 (0,21)	2,84 (0,15)	3,92 (0,25)	3,47 (0,18)	4,10 (0,27)	3,62 (0,21)
2009	3,21 (0,20)	2,84 (0,18)	3,92 (0,25)	3,48 (0,22)	3,71 (0,24)	3,36 (0,21)
2010	2,83 (0,22)	2,70 (0,20)	3,46 (0,27)	3,31 (0,24)	3,33 (0,26)	3,22 (0,24)
2011	2,57 (0,20)	2,40 (0,18)	3,13 (0,25)	2,92 (0,22)	3,00 (0,24)	2,83 (0,23)
2012	1,58 (0,29)	1,91 (0,20)	1,96 (0,36)	2,36 (0,25)	1,81 (0,33)	2,10 (0,24)
2013	1,71 (0,20)	1,99 (0,15)	2,13 (0,24)	2,45 (0,19)	1,95 (0,21)	2,20 (0,18)
2014	2,05 (0,20)	2,32 (0,15)	2,57 (0,25)	2,88 (0,19)	2,47 (0,25)	2,68 (0,19)
2015	2,16 (0,15)	2,40 (0,11)	2,72 (0,19)	2,98 (0,14)	2,60 (0,19)	2,79 (0,14)
2016	2,15 (0,16)	2,28 (0,11)	2,70 (0,20)	2,82 (0,13)	2,67 (0,19)	2,69 (0,14)
2017	2,10 (0,14)	2,21 (0,10)	2,63 (0,18)	2,73 (0,12)	2,54 (0,19)	2,58 (0,12)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,19	0,32	0,27	0,41	0,77	0,81
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	6,43	12,78	7,35	13,28	22,95	28,93
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-1,12	-0,63	-1,29	-0,74	-1,56	-1,04
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-34,77	-22,10	-32,87	-21,43	-38,07	-28,76

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι δείκτες SII και RII παρουσιάζουν τα πρώτα χρόνια της κρίσης μείωση, σε αντίθεση με την τάση πριν το 2008, και στη συνέχεια σημειώνουν αύξηση, η οποία κορυφώνεται το 2015 (**Πίνακας 7-92**). Συνολικά, η μείωση της απόλυτης ανισότητας είναι μεγαλύτερη από εκείνη της σχετικής μετά το 2008.

Πίνακας 7-92 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	SII		RII	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	12.59 (0.05)	10.40 (0.05)	1.17 (0.00)	1.14 (0.00)
2004	12.32 (0.05)	10.10 (0.05)	1.16 (0.00)	1.13 (0.00)
2005	12.40 (0.05)	10.80 (0.05)	1.16 (0.00)	1.14 (0.00)
2006	14.72 (0.05)	12.59 (0.05)	1.20 (0.00)	1.17 (0.00)
2007	13.14 (0.05)	11.36 (0.05)	1.17 (0.00)	1.15 (0.00)
2008	13.27 (0.05)	11.54 (0.05)	1.18 (0.00)	1.15 (0.00)
2009	11.26 (0.05)	10.71 (0.05)	1.15 (0.00)	1.14 (0.00)
2010	10.45 (0.05)	10.33 (0.05)	1.14 (0.00)	1.14 (0.00)
2011	9.42 (0.05)	9.09 (0.05)	1.12 (0.00)	1.12 (0.00)
2012	6.35 (0.05)	8.13 (0.05)	1.08 (0.00)	1.11 (0.00)
2013	5.90 (0.05)	8.01 (0.05)	1.08 (0.00)	1.10 (0.00)
2014	6.94 (0.05)	8.82 (0.05)	1.09 (0.00)	1.12 (0.00)
2015	7.56 (0.05)	9.61 (0.05)	1.10 (0.00)	1.13 (0.00)
2016	7.32 (0.05)	8.95 (0.05)	1.10 (0.00)	1.12 (0.00)
2017	7.51 (0.05)	8.65 (0.05)	1.10 (0.00)	1.11 (0.00)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0.68	1.14	0.01	0.02
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	5.38	10.95	0.98	1.49
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-5.76	-2.89	-0.08	-0.04
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-43.41	-25.00	-6.65	-3.44

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι δείκτες CI και ECI επίσης παρουσιάζουν μια τάση μείωσης των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τα πρώτα χρόνια της ύφεσης, η οποία για τα έτη 2014 και 2015 φαίνεται να αντιστρέφεται (**Πίνακας 7-93**). Παρόμοια είναι η εικόνα και για τους GCI και GEI (**Πίνακας 7-94**). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η κοινωνική ιεραρχία είναι αντεστραμμένη στον συνολικό αριθμό των αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, καθότι η αύξηση του αριθμού

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

αυτού συνδέεται με νοικοκυριά που αντιμετωπίζουν μεγαλύτερα οικονομικά προβλήματα. Για αυτόν τον λόγο, οι τιμές των δεικτών συγκέντρωσης είναι αρνητικοί. Επίσης, γενικότερα, οι τιμές είναι σχετικά χαμηλές, το οποίο σημαίνει ότι δεν υπάρχουν σημαντικές κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην κατάσταση υγείας ως προς αυτήν την κοινωνικοοικονομική κατηγοριοποίηση.

Πίνακας 7-93 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	CI		ECI(3)	ECI(4)	ECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	-0,024 (0,001)	-0,019 (0,001)	-0,034	-0,040	-0,043
2004	-0,024 (0,001)	-0,018 (0,001)	-0,034	-0,040	-0,043
2005	-0,024 (0,001)	-0,020 (0,001)	-0,034	-0,040	-0,043
2006	-0,028 (0,002)	-0,023 (0,001)	-0,040	-0,046	-0,049
2007	-0,025 (0,002)	-0,021 (0,001)	-0,035	-0,040	-0,043
2008	-0,025 (0,001)	-0,021 (0,001)	-0,036	-0,042	-0,045
2009	-0,021 (0,002)	-0,020 (0,001)	-0,032	-0,038	-0,041
2010	-0,020 (0,002)	-0,019 (0,001)	-0,030	-0,035	-0,037
2011	-0,018 (0,002)	-0,017 (0,001)	-0,028	-0,033	-0,036
2012	-0,012 (0,002)	-0,017 (0,002)	-0,019	-0,024	-0,026
2013	-0,012 (0,002)	-0,017 (0,001)	-0,020	-0,025	-0,029
2014	-0,014 (0,002)	-0,019 (0,001)	-0,024	-0,030	-0,034
2015	-0,015 (0,001)	-0,021 (0,001)	-0,025	-0,032	-0,037
2016	-0,015 (0,001)	-0,019 (0,001)	-0,025	-0,032	-0,037
2017	-0,015 (0,001)	-0,018 (0,001)	-0,024	-0,030	-0,034
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,001	-0,002	-0,002	-0,002	-0,003
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-4,56	-11,70	-5,52	-6,06	-6,10
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,010	0,003	0,012	0,012	0,011
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	40,87	14,29	33,61	28,81	25,22

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-94 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	GCI		GECI(3)	GECI(4)	GECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	-2,002 (0,109)	-1,560 (0,082)	-7,409	-6,952	-6,606
2004	-1,970 (0,112)	-1,477 (0,078)	-7,413	-7,034	-6,718
2005	-1,974 (0,117)	-1,659 (0,088)	-7,386	-6,994	-6,685

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2006	-2,313 (0,125)	-1,898 (0,100)	-8,536	-7,965	-7,513
2007	-2,053 (0,128)	-1,701 (0,098)	-7,528	-6,999	-6,580
2008	-2,075 (0,114)	-1,725 (0,090)	-7,764	-7,314	-6,943
2009	-1,730 (0,129)	-1,593 (0,096)	-6,795	-6,563	-6,302
2010	-1,618 (0,149)	-1,567 (0,116)	-6,265	-5,992	-5,714
2011	-1,455 (0,138)	-1,388 (0,099)	-5,888	-5,709	-5,481
2012	-0,985 (0,177)	-1,360 (0,128)	-4,064	-4,047	-3,985
2013	-0,924 (0,132)	-1,358 (0,097)	-4,100	-4,287	-4,365
2014	-1,109 (0,123)	-1,510 (0,094)	-4,885	-5,067	-5,117
2015	-1,213 (0,097)	-1,640 (0,072)	-5,262	-5,444	-5,504
2016	-1,162 (0,089)	-1,516 (0,067)	-5,168	-5,386	-5,456
2017	-1,190 (0,077)	-1,435 (0,058)	-5,004	-5,066	-5,046
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,073	-0,165	-0,355	-0,362	-0,337
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-3,65	-10,60	-4,79	-5,21	-5,10
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,885	0,290	2,760	2,248	1,897
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	42,65	16,80	35,55	30,74	27,32

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Και οι δείκτες E και W παρουσιάζουν μια τάση μείωσης στην αρχή της κρίσης, ενώ μετά το 2013 καταγράφουν μια μικρή αύξηση (Πίνακας 7-95). Συνολικά, πάντως, οι ανισότητες υγείας έχουν μειωθεί μετά το 2008.

Πίνακας 7-95 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	E		W	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-0,080 (0,004)	-0,062 (0,003)	-0,142 (0,008)	-0,110 (0,006)
2004	-0,079 (0,004)	-0,059 (0,003)	-0,143 (0,008)	-0,107 (0,006)
2005	-0,079 (0,005)	-0,066 (0,004)	-0,137 (0,008)	-0,115 (0,006)
2006	-0,093 (0,005)	-0,076 (0,004)	-0,159 (0,009)	-0,130 (0,007)
2007	-0,082 (0,005)	-0,068 (0,004)	-0,143 (0,009)	-0,119 (0,007)
2008	-0,083 (0,005)	-0,069 (0,004)	-0,142 (0,008)	-0,118 (0,006)
2009	-0,069 (0,005)	-0,064 (0,004)	-0,116 (0,009)	-0,107 (0,007)
2010	-0,065 (0,006)	-0,063 (0,005)	-0,108 (0,010)	-0,105 (0,008)
2011	-0,058 (0,006)	-0,056 (0,004)	-0,098 (0,009)	-0,094 (0,007)
2012	-0,039 (0,007)	-0,054 (0,005)	-0,064 (0,012)	-0,088 (0,008)
2013	-0,037 (0,005)	-0,054 (0,004)	-0,059 (0,008)	-0,086 (0,006)
2014	-0,044 (0,005)	-0,060 (0,004)	-0,069 (0,008)	-0,093 (0,006)
2015	-0,049 (0,004)	-0,066 (0,003)	-0,075 (0,006)	-0,101 (0,004)
2016	-0,047 (0,004)	-0,061 (0,003)	-0,072 (0,005)	-0,094 (0,004)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2017	-0,048 (0,003)	-0,057 (0,002)	-0,074 (0,005)	-0,090 (0,004)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,003	-0,007	0,000	-0,008
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-3,62	-10,58	0,00	-7,07
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,035	0,012	0,068	0,029
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	42,65	16,81	47,75	24,28

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι δείκτες SCI και GSCI, ενώ ήταν σχετικά σταθεροί πριν το 2008, στη συνέχεια συνδέονται με μια σημαντική μείωση, αν και από 2014 οι ανισότητες οξύνονται (Πίνακας 7-96).

Πίνακας 7-96 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

	SCI(3)	SCI(4)	SCI(5)	GSCI(3)	GSCI(4)	GSCI(5)
Έτος έρευνας	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	-0,027	-0,028	-0,029	-8,911	-9,358	-9,585
2004	-0,026	-0,027	-0,028	-8,682	-9,143	-9,450
2005	-0,027	-0,028	-0,029	-8,800	-9,263	-9,526
2006	-0,031	-0,032	-0,033	-10,120	-10,580	-10,870
2007	-0,027	-0,029	-0,030	-8,995	-9,470	-9,819
2008	-0,028	-0,029	-0,030	-9,075	-9,465	-9,694
2009	-0,022	-0,023	-0,023	-7,249	-7,455	-7,619
2010	-0,021	-0,021	-0,022	-6,767	-6,949	-7,104
2011	-0,018	-0,017	-0,016	-5,767	-5,566	-5,358
2012	-0,013	-0,013	-0,013	-4,155	-4,169	-4,116
2013	-0,012	-0,013	-0,013	-4,001	-4,083	-4,081
2014	-0,015	-0,015	-0,015	-4,666	-4,753	-4,793
2015	-0,017	-0,017	-0,018	-5,252	-5,453	-5,579
2016	-0,015	-0,016	-0,016	-4,861	-4,939	-4,984
2017	-0,016	-0,016	-0,017	-5,087	-5,233	-5,303
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,001	-0,001	-0,001	-0,164	-0,107	-0,109
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-2,60	-2,13	-2,08	-1,84	-1,14	-1,14
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,012	0,012	0,013	3,988	4,232	4,391
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	42,39	43,06	43,73	43,94	44,71	45,30

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Τέλος, οι τιμές του δείκτη ΗΑΙ παραμένουν πιο σταθερές στον χρόνο (Πίνακας 7-97). Πάντως, υπάρχει μια γενικότερη τάση μείωσης της επίδοσης

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

μετά την έναρξη της κρίσης, η οποία μάλλον αντιστρέφεται τα τελευταία έτη της περιόδου της ανάλυσης.

Πίνακας 7-97 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	HAI(2)	
	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	80,97	79,37
2004	81,50	80,00
2005	80,61	79,01
2006	79,99	78,52
2007	80,60	79,16
2008	80,18	78,87
2009	79,98	78,61
2010	80,04	78,68
2011	80,45	79,69
2012	79,99	78,74
2013	79,55	78,45
2014	78,56	78,07
2015	78,49	78,22
2016	78,56	78,45
2017	78,74	78,84
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,79	-0,50
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-0,98	-0,64
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-1,43	-0,03
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-1,79	-0,04

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.1.7. Σοβαρή υλική στέρηση

Η σοβαρή υλική στέρηση αναφέρεται σε περιπτώσεις όπου το άτομο ζει σε νοικοκυριό το οποίο στερείται τουλάχιστον τέσσερα από τα εννέα υλικά αγαθά που εξετάζονται. Ουσιαστικά αποτελεί ένα μέτρο της απόλυτης υλικής αποστέρησης. Όπως ήταν αναμενόμενο, τα άτομα που υφίστανται σοβαρή υλική στέρηση συνδέονται με χαμηλότερο μέσο επίπεδο υγείας (**Πίνακας 7-98**). Ωστόσο, ενώ πριν το 2008 η επιδείνωση της μέσης υγείας ήταν κάπως μεγαλύτερη σε αυτήν την ομάδα του πληθυσμού, μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης ο βαθμός επιδείνωσης ήταν υψηλότερος στην ομάδα που δεν υφίστατο σοβαρή υλική στέρηση.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-98 Εξέλιξη της μέσης τιμής για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τη σοβαρή υλική στέρηση, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	82,90 (0,24)	83,69 (0,56)	82,36 (0,19)	80,61 (0,48)
2004	83,42 (0,23)	84,00 (0,68)	82,93 (0,18)	81,05 (0,59)
2005	82,62 (0,26)	82,18 (0,66)	82,18 (0,20)	79,26 (0,57)
2006	82,47 (0,27)	80,53 (0,86)	82,03 (0,21)	78,19 (0,72)
2007	82,72 (0,28)	81,75 (1,05)	82,40 (0,21)	79,04 (0,90)
2008	82,39 (0,25)	80,65 (0,96)	82,15 (0,20)	78,13 (0,78)
2009	81,86 (0,28)	79,90 (0,94)	81,82 (0,21)	77,56 (0,80)
2010	81,81 (0,32)	79,82 (1,12)	81,88 (0,25)	77,42 (0,95)
2011	82,02 (0,28)	80,38 (1,02)	82,42 (0,23)	78,89 (0,88)
2012	81,23 (0,30)	77,60 (1,93)	81,62 (0,23)	75,87 (1,45)
2013	80,62 (0,24)	78,48 (1,34)	81,21 (0,19)	76,77 (1,01)
2014	79,82 (0,26)	77,33 (1,01)	80,83 (0,20)	75,65 (0,79)
2015	79,74 (0,20)	79,10 (0,79)	80,99 (0,16)	77,02 (0,67)
2016	79,71 (0,19)	79,90 (0,67)	81,04 (0,14)	77,67 (0,58)
2017	79,95 (0,17)	79,70 (0,66)	81,36 (0,12)	77,47 (0,54)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,51	-3,04	-0,21	-2,48
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-0,61	-3,63	-0,26	-3,08
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-2,44	-0,96	-0,78	-0,66
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-2,97	-1,19	-0,95	-0,85

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Τα παραπάνω είχαν ως αποτέλεσμα τη μείωση του χάσματος υγείας, ιδίως του απόλυτου, μετά το 2008, το οποίο σήμανε αντιστροφή της προηγούμενης τάσης για τις προτυποποιημένες κατανομές (**Πίνακας 7-99**). Παρατηρούμε βεβαίως σημαντική διακύμανση στις τιμές των δεικτών.

Πίνακας 7-99 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Gap (AG) και Relative Gap (RG) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τη σοβαρή υλική στέρηση, 2003-2017

Έτος έρευνας	AG		RG	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-0,80 (0,61)	1,74 (0,52)	0,99 (0,01)	1,02 (0,01)
2004	-0,58 (0,72)	1,88 (0,61)	0,99 (0,01)	1,02 (0,01)
2005	0,44 (0,71)	2,92 (0,60)	1,01 (0,01)	1,04 (0,01)
2006	1,94 (0,90)	3,84 (0,75)	1,02 (0,01)	1,05 (0,01)
2007	0,98 (1,09)	3,35 (0,93)	1,01 (0,01)	1,04 (0,01)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2008	1,74 (1,00)	4,02 (0,80)	1,02 (0,01)	1,05 (0,01)
2009	1,96 (0,98)	4,26 (0,83)	1,02 (0,01)	1,05 (0,01)
2010	1,98 (1,16)	4,46 (0,98)	1,02 (0,01)	1,06 (0,01)
2011	1,64 (1,06)	3,53 (0,90)	1,02 (0,01)	1,04 (0,01)
2012	3,63 (1,96)	5,75 (1,47)	1,05 (0,03)	1,08 (0,02)
2013	2,14 (1,36)	4,43 (1,03)	1,03 (0,02)	1,06 (0,01)
2014	2,49 (1,05)	5,19 (0,82)	1,03 (0,01)	1,07 (0,01)
2015	0,65 (0,82)	3,97 (0,69)	1,01 (0,01)	1,05 (0,01)
2016	-0,20 (0,69)	3,37 (0,59)	1,00 (0,01)	1,04 (0,01)
2017	0,25 (0,68)	3,90 (0,56)	1,00 (0,01)	1,05 (0,01)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	2,53	2,27	0,03	0,03
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	318,11	130,37	3,13	2,92
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-1,49	-0,12	-0,02	0,00
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-85,61	-3,05	-1,80	-0,11

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.1.8. Χαμηλή ένταση εργασίας

Το μέσο επίπεδο υγείας των ατόμων που ανήκουν σε νοικοκυριά με χαμηλή ένταση εργασίας είναι χαμηλότερο από ό,τι σε εκείνα των υπολοίπων νοικοκυριών στις προτυποποιημένες κατανομές (**Πίνακας 7-100**). Στις μη προτυποποιημένες κατανομές η σχέση είναι αντίστροφη πριν το 2008. Σε κάθε περίπτωση, το μέσο επίπεδο υγείας των νοικοκυριών με χαμηλή ένταση υγείας φαίνεται να βελτιώνεται μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Αυτό ενδεχομένως να οφείλεται σε μετακίνηση υγιών ατόμων από την κατηγορία της κανονικής έντασης εργασίας σε εκείνη της χαμηλής έντασης κατά τη διάρκεια της ύφεσης.

Πίνακας 7-100 Εξέλιξη της μέσης τιμής για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τη χαμηλή ένταση εργασίας, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	83,04 (0,23)	82,11 (0,71)	82,56 (0,18)	77,91 (0,62)
2004	83,56 (0,23)	82,28 (0,76)	83,12 (0,18)	78,23 (0,70)
2005	82,64 (0,26)	81,78 (0,74)	82,22 (0,20)	77,68 (0,66)
2006	82,36 (0,26)	81,57 (0,87)	82,06 (0,21)	77,16 (0,80)
2007	82,76 (0,28)	81,20 (0,93)	82,54 (0,21)	76,86 (0,87)
2008	82,35 (0,24)	80,95 (0,96)	82,23 (0,19)	76,51 (0,92)
2009	81,73 (0,28)	81,44 (0,91)	81,83 (0,21)	77,05 (0,85)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2010	81,58 (0,32)	82,69 (0,90)	81,80 (0,25)	78,32 (0,80)
2011	81,78 (0,29)	82,94 (0,71)	82,54 (0,22)	78,89 (0,66)
2012	80,87 (0,31)	81,75 (1,08)	81,68 (0,23)	77,58 (1,00)
2013	80,13 (0,26)	82,55 (0,63)	81,29 (0,19)	78,47 (0,58)
2014	79,20 (0,28)	82,45 (0,50)	80,89 (0,21)	78,42 (0,45)
2015	79,25 (0,22)	82,62 (0,40)	81,05 (0,16)	78,71 (0,37)
2016	79,33 (0,20)	82,23 (0,37)	81,22 (0,14)	78,35 (0,35)
2017	79,56 (0,18)	82,62 (0,35)	81,48 (0,12)	78,71 (0,32)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,69	-1,16	-0,34	-1,40
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-0,83	-1,41	-0,41	-1,79
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-2,79	1,67	-0,75	2,20
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-3,39	2,07	-0,91	2,87

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Τα προηγούμενα έχουν ως αποτέλεσμα τα συμπεράσματα να είναι διαφορετικά ανάλογα με το αν η κατανομή είναι προτυποποιημένη ή όχι (Πίνακας 7-101). Οι προτυποποιημένες κατανομές δείχνουν πάντως σαφή ανισότητα υγείας εις βάρος των νοικοκυριών που υφίστανται χαμηλή ένταση εργασίας, η οποία όμως φαίνεται να μειώθηκε κατά τα πρώτα χρόνια της κρίσης και ίσως να αρχίζει οξύνεται μετά το 2015.

Πίνακας 7-101 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Gap (AG) και Relative Gap (RG) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τη χαμηλή ένταση εργασίας, 2003-2017

Έτος έρευνας	AG		RG	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	0,93 (0,75)	4,66 (0,65)	1,01 (0,01)	1,06 (0,01)
2004	1,28 (0,80)	4,89 (0,72)	1,02 (0,01)	1,06 (0,01)
2005	0,86 (0,78)	4,54 (0,69)	1,01 (0,01)	1,06 (0,01)
2006	0,79 (0,90)	4,90 (0,83)	1,01 (0,01)	1,06 (0,01)
2007	1,56 (0,97)	5,68 (0,90)	1,02 (0,01)	1,07 (0,01)
2008	1,40 (0,99)	5,71 (0,94)	1,02 (0,01)	1,07 (0,01)
2009	0,29 (0,95)	4,78 (0,88)	1,00 (0,01)	1,06 (0,01)
2010	-1,10 (0,96)	3,48 (0,84)	0,99 (0,01)	1,04 (0,01)
2011	-1,16 (0,76)	3,66 (0,69)	0,99 (0,01)	1,05 (0,01)
2012	-0,88 (1,12)	4,09 (1,03)	0,99 (0,01)	1,05 (0,01)
2013	-2,42 (0,68)	2,82 (0,61)	0,97 (0,01)	1,04 (0,01)
2014	-3,26 (0,57)	2,47 (0,50)	0,96 (0,01)	1,03 (0,01)
2015	-3,38 (0,46)	2,34 (0,41)	0,96 (0,01)	1,03 (0,01)
2016	-2,90 (0,42)	2,88 (0,38)	0,96 (0,01)	1,04 (0,00)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2017	-3,07 (0,39)	2,77 (0,35)	0,96 (0,00)	1,04 (0,00)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,47	1,06	0,01	0,01
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	50,15	22,74	0,59	1,41
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-4,47	-2,95	-0,05	-0,04
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-319,67	-51,56	-5,35	-3,68

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.1.9. Κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού

Ο κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού είναι ένας δείκτης που λαμβάνει υπόψη του τον κίνδυνο φτώχειας, τη σοβαρή υλική στέρηση και τη χαμηλή ένταση εργασίας. Τα άτομα, λοιπόν, που υφίστανται αυτόν τον κίνδυνο παρουσιάζουν σαφώς χαμηλότερο μέσο επίπεδο υγείας τόσο στους προτυποποιημένους όσο και στους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς (Πίνακας 7-102). Ωστόσο, η επιδείνωση της υγείας της ανώτερης κοινωνικοοικονομικής ομάδας είναι υψηλότερη κατά τη διάρκεια της κρίσης.

Πίνακας 7-102 Εξέλιξη της μέσης τιμής για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	85,23 (0,23)	78,92 (0,38)	83,91 (0,19)	79,13 (0,29)
2004	85,33 (0,23)	79,56 (0,40)	84,20 (0,18)	79,82 (0,30)
2005	84,41 (0,26)	78,36 (0,46)	83,36 (0,21)	78,59 (0,34)
2006	83,90 (0,27)	78,48 (0,46)	83,14 (0,22)	78,20 (0,36)
2007	84,07 (0,26)	79,04 (0,52)	83,52 (0,20)	78,60 (0,40)
2008	83,34 (0,25)	79,28 (0,48)	83,00 (0,20)	78,63 (0,39)
2009	82,80 (0,28)	78,59 (0,54)	82,77 (0,21)	77,90 (0,43)
2010	82,48 (0,32)	79,26 (0,60)	82,60 (0,25)	78,47 (0,46)
2011	82,99 (0,31)	79,71 (0,48)	83,33 (0,24)	79,82 (0,37)
2012	81,37 (0,38)	80,42 (0,52)	82,40 (0,28)	79,56 (0,40)
2013	81,23 (0,30)	79,62 (0,36)	82,39 (0,22)	79,25 (0,28)
2014	80,92 (0,33)	78,48 (0,34)	82,31 (0,24)	78,84 (0,27)
2015	80,60 (0,24)	78,84 (0,28)	82,35 (0,18)	79,19 (0,22)
2016	80,54 (0,23)	78,92 (0,24)	82,49 (0,16)	79,21 (0,19)
2017	80,87 (0,20)	78,97 (0,22)	82,76 (0,14)	79,49 (0,16)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-1,89	0,37	-0,91	-0,50
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-2,22	0,46	-1,09	-0,63
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-2,46	-0,31	-0,24	0,86
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-2,96	-0,39	-0,29	1,10

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Το απόλυτο χάσμα υγείας μεταξύ της ομάδας υπό κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού και εκείνης χωρίς κίνδυνο αμβλύνεται σημαντικά κατά τη διάρκεια της κρίσης, ενώ το σχετικό σε μικρότερο βαθμό (**Πίνακας 7-103**).

Πίνακας 7-103 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Gap (AG) και Relative Gap (RG) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	AG		RG	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	6,31 (0,44)	4,79 (0,35)	1,08 (0,01)	1,06 (0,00)
2004	5,77 (0,47)	4,38 (0,35)	1,07 (0,01)	1,05 (0,00)
2005	6,06 (0,52)	4,77 (0,40)	1,08 (0,01)	1,06 (0,01)
2006	5,42 (0,54)	4,94 (0,42)	1,07 (0,01)	1,06 (0,01)
2007	5,03 (0,59)	4,92 (0,45)	1,06 (0,01)	1,06 (0,01)
2008	4,05 (0,54)	4,37 (0,44)	1,05 (0,01)	1,06 (0,01)
2009	4,21 (0,61)	4,87 (0,47)	1,05 (0,01)	1,06 (0,01)
2010	3,22 (0,68)	4,13 (0,52)	1,04 (0,01)	1,05 (0,01)
2011	3,28 (0,57)	3,51 (0,44)	1,04 (0,01)	1,04 (0,01)
2012	0,95 (0,64)	2,83 (0,49)	1,01 (0,01)	1,04 (0,01)
2013	1,61 (0,47)	3,14 (0,36)	1,02 (0,01)	1,04 (0,00)
2014	2,44 (0,47)	3,48 (0,36)	1,03 (0,01)	1,04 (0,00)
2015	1,76 (0,37)	3,16 (0,28)	1,02 (0,00)	1,04 (0,00)
2016	1,62 (0,33)	3,28 (0,25)	1,02 (0,00)	1,04 (0,00)
2017	1,90 (0,30)	3,27 (0,22)	1,02 (0,00)	1,04 (0,00)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-2,26	-0,42	-0,03	0,00
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-35,78	-8,70	-2,67	-0,46
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-2,15	-1,10	-0,03	-0,01
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-53,13	-25,24	-2,58	-1,37

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.1.10. Υπερπλήρης κατοικία

Ενώ οι εκτιμήσεις για τις μη προτυποποιημένες κατανομές δείχνουν ότι η ομάδα των ατόμων που ζουν σε κατοικίες με ανεπαρκή αριθμό δωματίων συνδέονται με υψηλότερο επίπεδο υγείας, αυτό δεν ισχύει για τους προτυποποιημένους πληθυσμούς (**Πίνακας 7-104**). Γενικότερα, φαίνεται να υπάρχει μια υψηλή διακύμανση, χωρίς μια ξεκάθαρη εικόνα, αν και τα άτομα

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

που δεν ζουν σε υπερπλήρεις κατοικίες παρουσιάζουν μεγαλύτερου βαθμού χειροτέρευση της υγείας τους.

Πίνακας 7-104 Εξέλιξη της μέσης τιμής για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς την υπερπλήρη κατοικία, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΓΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	81,58 (0,27)	86,12 (0,30)	82,02 (0,21)	82,61 (0,26)
2004	82,15 (0,27)	86,63 (0,32)	82,67 (0,21)	83,06 (0,28)
2005	81,37 (0,30)	85,49 (0,35)	81,92 (0,23)	81,89 (0,31)
2006	81,29 (0,31)	84,83 (0,42)	81,76 (0,24)	81,48 (0,36)
2007	81,64 (0,32)	85,21 (0,44)	82,27 (0,24)	81,75 (0,38)
2008	81,63 (0,27)	84,01 (0,50)	82,16 (0,21)	80,90 (0,42)
2009	81,16 (0,31)	83,39 (0,50)	81,88 (0,22)	80,36 (0,43)
2010	80,88 (0,36)	84,00 (0,52)	81,74 (0,27)	80,98 (0,45)
2011	81,02 (0,32)	84,43 (0,46)	82,30 (0,25)	81,80 (0,39)
2012	80,11 (0,35)	83,35 (0,71)	81,41 (0,26)	80,65 (0,57)
2013	79,41 (0,27)	83,36 (0,50)	80,99 (0,21)	80,65 (0,39)
2014	78,81 (0,29)	82,02 (0,44)	80,86 (0,22)	79,63 (0,37)
2015	78,64 (0,22)	82,52 (0,36)	80,92 (0,17)	80,25 (0,29)
2016	78,42 (0,21)	83,12 (0,31)	80,87 (0,15)	80,74 (0,25)
2017	78,48 (0,18)	83,74 (0,27)	81,07 (0,13)	81,31 (0,22)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,05	-2,11	0,15	-1,71
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	0,06	-2,45	0,18	-2,07
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-3,15	-0,27	-1,09	0,42
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-3,86	-0,32	-1,33	0,51

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΓΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εικόνα για το απόλυτο και το σχετικό χάσμα υγείας μεταξύ των δύο ομάδων είναι συγκεχυμένο (**Πίνακας 7-105**). Στους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς υφίσταται διαφορά στο μέσο επίπεδο υγείας υπέρ των ατόμων που διαβιούν σε υπερπλήρεις κατοικίες, ενώ στους προτυποποιημένους πληθυσμούς παρατηρούμε το αντίθετο, αν και οι διαφορές είναι πολύ μικρές. Γενικότερα, υπάρχει μια τάση προς όφελος της κατηγορίας των υπερπλήρων κατοικιών, το οποίο μπορεί να οφείλεται σε καθοδική κοινωνική κινητικότητα ατόμων με καλύτερο επίπεδο υγείας.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-105 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Gap (AG) και Relative Gap (RG) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς την υπερπλήρη κατοικία, 2003-2017

Έτος έρευνας	AG		RG	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-4,54 (0,41)	-0,59 (0,34)	0,95 (0,00)	0,99 (0,00)
2004	-4,48 (0,42)	-0,40 (0,35)	0,95 (0,00)	1,00 (0,00)
2005	-4,11 (0,46)	0,03 (0,39)	0,95 (0,01)	1,00 (0,00)
2006	-3,54 (0,52)	0,28 (0,43)	0,96 (0,01)	1,00 (0,01)
2007	-3,57 (0,54)	0,52 (0,44)	0,96 (0,01)	1,01 (0,01)
2008	-2,38 (0,57)	1,27 (0,47)	0,97 (0,01)	1,02 (0,01)
2009	-2,23 (0,59)	1,52 (0,48)	0,97 (0,01)	1,02 (0,01)
2010	-3,12 (0,64)	0,77 (0,53)	0,96 (0,01)	1,01 (0,01)
2011	-3,41 (0,57)	0,50 (0,47)	0,96 (0,01)	1,01 (0,01)
2012	-3,24 (0,79)	0,75 (0,63)	0,96 (0,01)	1,01 (0,01)
2013	-3,95 (0,57)	0,34 (0,44)	0,95 (0,01)	1,00 (0,01)
2014	-3,20 (0,53)	1,22 (0,43)	0,96 (0,01)	1,02 (0,01)
2015	-3,88 (0,42)	0,67 (0,33)	0,95 (0,00)	1,01 (0,00)
2016	-4,70 (0,37)	0,14 (0,29)	0,94 (0,00)	1,00 (0,00)
2017	-5,26 (0,32)	-0,24 (0,26)	0,94 (0,00)	1,00 (0,00)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	2,16	1,86	0,02	0,02
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	47,52	314,38	2,57	2,30
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-2,88	-1,51	-0,03	-0,02
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-120,87	-119,13	-3,55	-1,83

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.1.11. Σοβαρή στέρηση στέγασης

Η σοβαρή στέρηση στέγασης συνδυάζει το πρόβλημα της υπερπλήρους κατοικίας με τουλάχιστον ένα άλλο πρόβλημα στην ποιότητα της στέγασης. Συνεπώς, μπορεί να διακρίνει καλύτερα τους συμμετέχοντες ως προς το κοινωνικοοικονομικό επίπεδό τους. Πράγματι, ειδικά στις προτυποποιημένες κατανομές, φαίνεται ότι το επίπεδο υγείας των ατόμων που διαβιούν σε κατοικίες χωρίς σοβαρά προβλήματα στέγασης είναι υψηλότερο σε σχέση με εκείνα που υφίστανται τέτοια προβλήματα (**Πίνακας 7-106**).

Πίνακας 7-106 Εξέλιξη της μέσης τιμής για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τη σοβαρή στέρηση στέγασης, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	0,00	0,00	0,00	0,00
2004	0,00	0,00	0,00	0,00
2005	0,00	0,00	0,00	0,00
2006	0,00	0,00	0,00	0,00
2007	0,00	0,00	0,00	0,00
2008	0,00	0,00	0,00	0,00
2009	0,00	0,00	0,00	0,00
2010	0,00	0,00	0,00	0,00
2011	0,00	0,00	0,00	0,00
2012	0,00	0,00	0,00	0,00
2013	0,00	0,00	0,00	0,00
2014	0,00	0,00	0,00	0,00
2015	0,00	0,00	0,00	0,00
2016	0,00	0,00	0,00	0,00
2017	0,00	0,00	0,00	0,00

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2003	82,90 (0,24)	83,69 (0,56)	82,36 (0,19)	80,61 (0,48)
2004	83,42 (0,23)	84,00 (0,68)	82,93 (0,18)	81,05 (0,59)
2005	82,62 (0,26)	82,18 (0,66)	82,18 (0,20)	79,26 (0,57)
2006	82,47 (0,27)	80,53 (0,86)	82,03 (0,21)	78,19 (0,72)
2007	82,72 (0,28)	81,75 (1,05)	82,40 (0,21)	79,04 (0,90)
2008	82,39 (0,25)	80,65 (0,96)	82,15 (0,20)	78,13 (0,78)
2009	81,86 (0,28)	79,90 (0,94)	81,82 (0,21)	77,56 (0,80)
2010	81,81 (0,32)	79,82 (1,12)	81,88 (0,25)	77,42 (0,95)
2011	82,02 (0,28)	80,38 (1,02)	82,42 (0,23)	78,89 (0,88)
2012	81,23 (0,30)	77,60 (1,93)	81,62 (0,23)	75,87 (1,45)
2013	80,62 (0,24)	78,48 (1,34)	81,21 (0,19)	76,77 (1,01)
2014	79,82 (0,26)	77,33 (1,01)	80,83 (0,20)	75,65 (0,79)
2015	79,74 (0,20)	79,10 (0,79)	80,99 (0,16)	77,02 (0,67)
2016	79,71 (0,19)	79,90 (0,67)	81,04 (0,14)	77,67 (0,58)
2017	79,95 (0,17)	79,70 (0,66)	81,36 (0,12)	77,47 (0,54)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,51	-3,04	-0,21	-2,48
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-0,61	-3,63	-0,26	-3,08
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-2,44	-0,96	-0,78	-0,66
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-2,97	-1,19	-0,95	-0,85

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Έπειτα, η τάση αύξησης του χάσματος υγείας υπέρ της ομάδας χωρίς προβλήματα σοβαρής στέγασης που προϋπήρχε της κρίσης αντιστρέφεται μετά το 2008 (Πίνακας 7-107).

Πίνακας 7-107 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Gap (AG) και Relative Gap (RG) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τη σοβαρή στέγαση, 2003-2017

Έτος έρευνας	AG		RG	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-0,80 (0,61)	1,74 (0,52)	0,99 (0,01)	1,02 (0,01)
2004	-0,58 (0,72)	1,88 (0,61)	0,99 (0,01)	1,02 (0,01)
2005	0,44 (0,71)	2,92 (0,60)	1,01 (0,01)	1,04 (0,01)
2006	1,94 (0,90)	3,84 (0,75)	1,02 (0,01)	1,05 (0,01)
2007	0,98 (1,09)	3,35 (0,93)	1,01 (0,01)	1,04 (0,01)
2008	1,74 (1,00)	4,02 (0,80)	1,02 (0,01)	1,05 (0,01)
2009	1,96 (0,98)	4,26 (0,83)	1,02 (0,01)	1,05 (0,01)
2010	1,98 (1,16)	4,46 (0,98)	1,02 (0,01)	1,06 (0,01)
2011	1,64 (1,06)	3,53 (0,90)	1,02 (0,01)	1,04 (0,01)
2012	3,63 (1,96)	5,75 (1,47)	1,05 (0,03)	1,08 (0,02)
2013	2,14 (1,36)	4,43 (1,03)	1,03 (0,02)	1,06 (0,01)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2014	2,49 (1,05)	5,19 (0,82)	1,03 (0,01)	1,07 (0,01)
2015	0,65 (0,82)	3,97 (0,69)	1,01 (0,01)	1,05 (0,01)
2016	-0,20 (0,69)	3,37 (0,59)	1,00 (0,01)	1,04 (0,01)
2017	0,25 (0,68)	3,90 (0,56)	1,00 (0,01)	1,05 (0,01)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	2,53	2,27	0,03	0,03
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	318,11	130,37	3,13	2,92
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-1,49	-0,12	-0,02	0,00
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-85,61	-3,05	-1,80	-0,11

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.1.12. Δυσκολία αντιμετώπισης των συνήθων αναγκών

Ο δείκτης της δυσκολίας αντιμετώπισης των συνήθων αναγκών αναφέρεται στην πεποίθηση του ατόμου ότι με το συνολικό διαθέσιμο εισόδημά του το νοικοκυριό δυσκολεύεται να καλύψει τις συνήθειες ανάγκες του. Όπως ήταν αναμενόμενο, τα άτομα που δεν αναφέρουν τέτοια δυσκολία έχουν κατά μέσο όρο υψηλότερο επίπεδο υγείας από τα άτομα που αναφέρουν οικονομικές δυσκολίες (**Πίνακας 7-108**). Πάντως, η εξέλιξη της υγείας αυτών των ατόμων χειροτερεύει σε μεγαλύτερο βαθμό στον χρόνο. Μάλιστα, η ομάδα που αντιμετωπίζει οικονομικές δυσκολίες παρουσιάζει μια σαφή τάση βελτίωσης της υγείας της μετά το 2014.

Πίνακας 7-108 Εξέλιξη της μέσης τιμής για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τη δυσκολία αντιμετώπισης των συνήθων αναγκών, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	85,52 (0,25)	80,16 (0,32)	84,53 (0,20)	79,64 (0,25)
2004	85,65 (0,25)	80,82 (0,35)	84,75 (0,18)	80,40 (0,27)
2005	85,23 (0,28)	80,00 (0,36)	84,40 (0,22)	79,49 (0,28)
2006	85,22 (0,30)	79,66 (0,36)	84,33 (0,25)	79,29 (0,29)
2007	85,42 (0,32)	80,10 (0,37)	84,66 (0,26)	79,81 (0,28)
2008	85,05 (0,28)	79,87 (0,34)	84,30 (0,23)	79,73 (0,28)
2009	84,33 (0,32)	79,71 (0,37)	84,00 (0,24)	79,60 (0,29)
2010	84,20 (0,37)	79,83 (0,40)	83,93 (0,29)	79,83 (0,32)
2011	83,60 (0,39)	80,84 (0,34)	84,42 (0,31)	80,77 (0,27)
2012	83,19 (0,46)	80,12 (0,38)	84,24 (0,33)	80,04 (0,30)
2013	83,10 (0,39)	79,70 (0,29)	84,11 (0,29)	79,97 (0,22)
2014	83,04 (0,42)	78,72 (0,29)	83,88 (0,33)	79,59 (0,23)
2015	82,32 (0,31)	78,92 (0,23)	83,96 (0,25)	79,78 (0,18)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2016	82,29 (0,28)	78,93 (0,21)	83,66 (0,19)	79,97 (0,16)
2017	82,30 (0,25)	79,22 (0,19)	83,93 (0,17)	80,30 (0,14)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,47	-0,29	-0,22	0,09
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-0,55	-0,36	-0,26	0,11
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-2,75	-0,65	-0,38	0,57
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-3,23	-0,82	-0,45	0,72

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι προαναφερθείσες τάσεις είχαν ως αποτέλεσμα τη μείωση των χασμάτων υγείας, ιδίως του απόλυτου, μεταξύ των ομάδων (Πίνακας 7-109). Αυτή η άμβλυνση της ανισότητας οφείλεται κυρίως στην επίδραση των μεταβολών στην υγεία των ομάδων μετά το 2015.

Πίνακας 7-109 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Gap (AG) και Relative Gap (RG) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τη δυσκολία αντιμετώπισης των συνήθων αναγκών, 2003-2017

Έτος έρευνας	AG		RG	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	5,36 (0,41)	4,89 (0,32)	1,07 (0,01)	1,06 (0,00)
2004	4,84 (0,43)	4,35 (0,33)	1,06 (0,01)	1,05 (0,00)
2005	5,23 (0,46)	4,91 (0,36)	1,07 (0,01)	1,06 (0,00)
2006	5,57 (0,47)	5,04 (0,38)	1,07 (0,01)	1,06 (0,00)
2007	5,32 (0,49)	4,85 (0,38)	1,07 (0,01)	1,06 (0,00)
2008	5,18 (0,44)	4,57 (0,36)	1,06 (0,01)	1,06 (0,00)
2009	4,62 (0,50)	4,40 (0,38)	1,06 (0,01)	1,06 (0,00)
2010	4,36 (0,55)	4,10 (0,43)	1,05 (0,01)	1,05 (0,01)
2011	2,76 (0,52)	3,65 (0,41)	1,03 (0,01)	1,05 (0,01)
2012	3,08 (0,60)	4,20 (0,45)	1,04 (0,01)	1,05 (0,01)
2013	3,39 (0,48)	4,14 (0,37)	1,04 (0,01)	1,05 (0,00)
2014	4,32 (0,52)	4,29 (0,40)	1,05 (0,01)	1,05 (0,01)
2015	3,40 (0,39)	4,18 (0,30)	1,04 (0,00)	1,05 (0,00)
2016	3,35 (0,35)	3,69 (0,25)	1,04 (0,00)	1,05 (0,00)
2017	3,08 (0,31)	3,63 (0,22)	1,04 (0,00)	1,05 (0,00)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,19	-0,31	0,00	0,00
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-3,45	-6,37	-0,19	-0,37
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-2,10	-0,95	-0,03	-0,01
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-40,47	-20,73	-2,43	-1,16

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

7.3.2.2.1.13. Υποκειμενική φτώχεια

Ένα άτομο είναι υποκειμενικά φτωχό, εφόσον το συνολικό διαθέσιμο εισόδημα του νοικοκυριού του είναι μικρότερο από το ελάχιστο συνολικό διαθέσιμο εισόδημα που δηλώνει ότι θα έπρεπε να είχε για να αντιμετωπίσει τις ανάγκες του. Ο δείκτης αυτός δεν φαίνεται να μπορεί να διακρίνει επιτυχώς τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας, καθώς καταγράφονται υψηλές διακυμάνσεις στις μέσες τιμές και τους δείκτες χασμάτων (Πίνακας 7-110 και Πίνακας 7-111).

Πίνακας 7-110 Εξέλιξη της μέσης τιμής για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς την υποκειμενική φτώχεια, 2004-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2004	83,46 (0,23)	84,41 (2,97)	82,78 (0,18)	84,74 (2,08)
2005	82,59 (0,25)	79,40 (2,52)	81,93 (0,20)	78,26 (2,20)
2006	82,31 (0,26)	79,34 (3,63)	81,69 (0,21)	76,51 (3,81)
2007	82,64 (0,27)	84,17 (2,72)	82,13 (0,21)	81,14 (2,15)
2008	82,26 (0,25)	80,43 (3,33)	81,85 (0,20)	76,64 (2,84)
2009	81,70 (0,27)	84,63 (2,64)	81,50 (0,21)	83,97 (2,33)
2010	81,69 (0,30)	71,74 (5,47)	81,58 (0,24)	70,58 (5,50)
2011	81,92 (0,28)	78,38 (3,06)	82,20 (0,22)	75,37 (2,66)
2012	80,94 (0,32)	85,12 (1,76)	81,21 (0,25)	81,36 (1,51)
2013	80,43 (0,25)	84,62 (1,57)	80,90 (0,20)	80,81 (1,33)
2014	79,65 (0,26)	81,71 (2,08)	80,54 (0,21)	80,04 (1,22)
2015	79,64 (0,20)	85,14 (0,98)	80,71 (0,16)	82,83 (0,89)
2016	79,67 (0,18)	83,39 (0,87)	80,85 (0,14)	80,20 (0,79)
2017	79,91 (0,16)	82,08 (1,02)	81,15 (0,12)	79,56 (0,92)
Απόλυτη μεταβολή 2004-2008	-1,20	-3,98	-0,92	-8,10
Σχετική μεταβολή (%) 2004-2008	-1,44	-4,71	-1,12	-9,56
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-2,35	1,65	-0,70	2,92
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-2,86	2,05	-0,86	3,81

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-111 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Gap (AG) και Relative Gap (RG) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς την υποκειμενική φτώχεια, 2004-2017

Έτος έρευνας	AG		RG	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2004	-0,95 (2,98)	-1,96 (2,09)	0,99 (0,03)	0,98 (0,02)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2005	3,19 (2,54)	3,67 (2,21)	1,04 (0,03)	1,05 (0,03)
2006	2,96 (3,63)	5,18 (3,82)	1,04 (0,05)	1,07 (0,05)
2007	-1,53 (2,73)	0,99 (2,16)	0,98 (0,03)	1,01 (0,03)
2008	1,83 (3,34)	5,21 (2,85)	1,02 (0,04)	1,07 (0,04)
2009	-2,93 (2,65)	-2,47 (2,34)	0,97 (0,03)	0,97 (0,03)
2010	9,95 (5,48)	11,00 (5,51)	1,14 (0,09)	1,16 (0,09)
2011	3,54 (3,07)	6,83 (2,67)	1,05 (0,04)	1,09 (0,04)
2012	-4,18 (1,79)	-0,15 (1,53)	0,95 (0,02)	1,00 (0,02)
2013	-4,19 (1,59)	0,09 (1,34)	0,95 (0,02)	1,00 (0,02)
2014	-2,07 (2,10)	0,50 (1,24)	0,97 (0,03)	1,01 (0,02)
2015	-5,50 (1,00)	-2,12 (0,90)	0,94 (0,01)	0,97 (0,01)
2016	-3,72 (0,89)	0,64 (0,80)	0,96 (0,01)	1,01 (0,01)
2017	-2,17 (1,04)	1,59 (0,93)	0,97 (0,01)	1,02 (0,01)
Απόλυτη μεταβολή 2004-2008	2,78	7,18	0,03	0,09
Σχετική μεταβολή (%) 2004-2008	292,49	365,35	3,43	9,34
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-4,00	-3,62	-0,05	-0,05
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-219,00	-69,48	-4,81	-4,50

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.1.14. Επίπεδο εκπαίδευσης

Η κατηγοριοποίηση του πληθυσμού ως προς το επίπεδο εκπαίδευσής του φανερώνει ξεκάθαρα για άλλη μια φορά την κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση της υγείας (**Πίνακας 7-112**). Είναι αξιοσημείωτο πως η υψηλότερη επιδείνωση υγείας καταγράφηκε για τους αποφοίτους δημοτικού, ακόμη και μετά την προτυποποίηση. Το επίπεδο εκπαίδευσης αποτελεί μια κοινωνικοοικονομική μεταβλητή που δεν επηρεάζεται από τις αιφνίδιες κοινωνικοοικονομικές μεταβολές που επανακατηγοριοποιούν τα άτομα σε χαμηλότερες κοινωνικές θέσεις. Ως εκ τούτου, ένα άτομο μπορεί να απωλέσει μέρος του εισοδήματος του κατά τη διάρκεια της ύφεσης και αυτό να οδηγήσει σε καθοδική εισοδηματική κινητικότητα, αλλά όχι και σε εκπαιδευτική. Αν μη τι άλλο, είναι δυνατόν ένα άτομο να βελτιώσει το εκπαιδευτικό επίπεδό του στον χρόνο, ακόμη και κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης. Βέβαια, με την πάροδο του χρόνου, οι παλαιότερες κοόρτες, οι οποίες είναι κατά κανόνα χαμηλότερης εκπαιδευτικής βαθμίδας, δίνουν τη θέση τους σε νεότερες, οι οποίες τείνουν να ολοκληρώνουν υψηλότερες εκπαιδευτικές βαθμίδες. Άλλωστε, αυτό επιβεβαιώνεται και από τα περιγραφικά στατιστικά που αναλύθηκαν νωρίτερα.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-112 Εξέλιξη της μέσης τιμής για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ				ΠΚ			
	Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	ΑΕΙ/ΤΕΙ	Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	ΑΕΙ/ΤΕΙ
2003	73,18 (0,38)	87,30 (0,37)	89,30 (0,22)	89,87 (0,28)	78,16 (0,32)	83,11 (0,32)	84,39 (0,19)	86,66 (0,24)
2004	73,19 (0,39)	88,04 (0,37)	89,76 (0,21)	90,17 (0,29)	78,46 (0,33)	83,80 (0,30)	85,02 (0,19)	87,16 (0,25)
2005	72,71 (0,41)	86,51 (0,47)	88,23 (0,28)	89,15 (0,37)	78,12 (0,35)	82,70 (0,36)	83,54 (0,24)	86,09 (0,31)
2006	72,09 (0,41)	85,88 (0,57)	88,27 (0,29)	89,03 (0,33)	77,49 (0,34)	82,40 (0,48)	83,69 (0,26)	85,98 (0,31)
2007	72,00 (0,42)	85,61 (0,75)	88,73 (0,28)	89,22 (0,34)	77,97 (0,35)	82,11 (0,67)	84,14 (0,25)	86,25 (0,28)
2008	71,19 (0,41)	84,90 (0,81)	87,61 (0,27)	88,82 (0,30)	77,58 (0,35)	81,36 (0,74)	83,58 (0,23)	85,88 (0,27)
2009	69,55 (0,44)	84,25 (0,74)	87,32 (0,30)	88,44 (0,35)	76,44 (0,36)	81,19 (0,65)	83,46 (0,25)	85,74 (0,30)
2010	68,46 (0,52)	84,61 (0,62)	86,82 (0,36)	88,76 (0,38)	75,84 (0,44)	81,67 (0,48)	83,38 (0,30)	85,93 (0,36)
2011	69,00 (0,49)	82,71 (0,59)	86,93 (0,32)	88,20 (0,33)	77,27 (0,43)	81,34 (0,48)	83,68 (0,27)	85,82 (0,28)
2012	67,23 (0,52)	82,97 (0,68)	86,06 (0,37)	87,32 (0,39)	75,77 (0,44)	81,15 (0,56)	82,73 (0,33)	85,02 (0,35)
2013	66,58 (0,45)	82,77 (0,53)	85,31 (0,29)	87,18 (0,30)	75,18 (0,37)	80,60 (0,43)	82,48 (0,25)	85,03 (0,27)
2014	65,31 (0,46)	82,14 (0,55)	85,14 (0,28)	86,86 (0,29)	74,65 (0,40)	80,55 (0,42)	82,38 (0,24)	84,68 (0,27)
2015	65,55 (0,37)	81,42 (0,48)	85,04 (0,21)	86,67 (0,23)	75,13 (0,32)	80,48 (0,37)	82,34 (0,18)	84,79 (0,20)
2016	64,95 (0,32)	82,34 (0,38)	84,93 (0,19)	86,46 (0,22)	74,81 (0,27)	81,15 (0,32)	82,55 (0,16)	84,63 (0,19)
2017	64,99 (0,28)	82,93 (0,38)	84,98 (0,18)	86,42 (0,19)	75,15 (0,23)	81,55 (0,28)	82,72 (0,15)	84,84 (0,16)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-1,99	-2,40	-1,69	-1,05	-0,57	-1,75	-0,81	-0,78
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-2,72	-2,75	-1,89	-1,17	-0,73	-2,11	-0,96	-0,90
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-6,20	-1,97	-2,63	-2,40	-2,43	0,19	-0,86	-1,05
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-8,71	-2,32	-3,01	-2,70	-3,13	0,23	-1,03	-1,22

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Τόσο το απόλυτο όσο και το σχετικό χάσμα υγείας μεταξύ της ανώτερης και της κατώτερης εκπαιδευτικής κατηγορίας αυξήθηκε μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, με την αυξητική τάση να συνεχίζεται μέχρι και το τέλος της περιόδου της ανάλυσης (**Πίνακας 7-113**).

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-113 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Gap (AG) και Relative Gap (RG) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	AG		RG	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	16,69 (0,47)	8,51 (0,40)	1,23 (0,01)	1,11 (0,01)
2004	16,97 (0,49)	8,70 (0,41)	1,23 (0,01)	1,11 (0,01)
2005	16,44 (0,55)	7,97 (0,47)	1,23 (0,01)	1,10 (0,01)
2006	16,94 (0,53)	8,49 (0,46)	1,23 (0,01)	1,11 (0,01)
2007	17,22 (0,54)	8,27 (0,45)	1,24 (0,01)	1,11 (0,01)
2008	17,63 (0,51)	8,30 (0,44)	1,25 (0,01)	1,11 (0,01)
2009	18,89 (0,56)	9,30 (0,47)	1,27 (0,01)	1,12 (0,01)
2010	20,30 (0,64)	10,09 (0,57)	1,30 (0,01)	1,13 (0,01)
2011	19,20 (0,60)	8,55 (0,51)	1,28 (0,01)	1,11 (0,01)
2012	20,09 (0,65)	9,25 (0,56)	1,30 (0,01)	1,12 (0,01)
2013	20,60 (0,54)	9,85 (0,46)	1,31 (0,01)	1,13 (0,01)
2014	21,55 (0,54)	10,03 (0,48)	1,33 (0,01)	1,13 (0,01)
2015	21,12 (0,44)	9,66 (0,38)	1,32 (0,01)	1,13 (0,01)
2016	21,51 (0,39)	9,83 (0,33)	1,33 (0,01)	1,13 (0,00)
2017	21,43 (0,34)	9,69 (0,28)	1,33 (0,01)	1,13 (0,00)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,94	-0,21	0,02	0,00
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	5,63	-2,46	1,59	-0,17
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	3,80	1,39	0,08	0,02
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	21,56	16,69	6,58	1,98

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Με αύξηση συνδέονται μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης και οι δείκτες AGMD, RGMD και IDISP, αντιστρέφοντας την τάση που υπήρχε μέχρι το 2008 (Πίνακας 7-114).

Πίνακας 7-114 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	AGMD		RGMD		IDISP	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	7,49 (0,18)	3,09 (0,17)	9,03 (0,21)	3,77 (0,20)	8,24 (0,22)	3,53 (0,19)
2004	7,62 (0,19)	3,21 (0,17)	9,12 (0,22)	3,87 (0,21)	8,34 (0,24)	3,61 (0,20)
2005	7,11 (0,22)	2,73 (0,16)	8,61 (0,27)	3,34 (0,19)	7,88 (0,26)	3,17 (0,20)
2006	7,30 (0,20)	3,00 (0,16)	8,87 (0,25)	3,67 (0,20)	8,04 (0,27)	3,43 (0,22)
2007	7,35 (0,21)	2,87 (0,17)	8,89 (0,26)	3,49 (0,20)	7,95 (0,28)	3,14 (0,20)
2008	7,09 (0,22)	2,84 (0,17)	8,62 (0,27)	3,47 (0,21)	7,79 (0,31)	3,21 (0,23)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2009	7,51 (0,20)	3,20 (0,17)	9,20 (0,25)	3,93 (0,20)	8,27 (0,28)	3,55 (0,22)
2010	7,66 (0,25)	3,31 (0,19)	9,38 (0,31)	4,06 (0,23)	8,69 (0,30)	3,69 (0,22)
2011	6,96 (0,21)	2,83 (0,17)	8,50 (0,26)	3,45 (0,20)	7,64 (0,28)	3,31 (0,20)
2012	7,30 (0,22)	2,90 (0,19)	9,01 (0,28)	3,58 (0,23)	8,39 (0,32)	3,34 (0,24)
2013	7,36 (0,19)	3,10 (0,15)	9,15 (0,23)	3,83 (0,19)	8,62 (0,28)	3,63 (0,19)
2014	7,96 (0,18)	3,26 (0,18)	10,00 (0,23)	4,05 (0,22)	9,25 (0,26)	3,69 (0,22)
2015	7,71 (0,18)	3,11 (0,12)	9,68 (0,22)	3,86 (0,15)	8,84 (0,22)	3,57 (0,16)
2016	7,81 (0,13)	3,19 (0,10)	9,80 (0,16)	3,94 (0,12)	9,20 (0,18)	3,66 (0,12)
2017	7,72 (0,11)	3,09 (0,10)	9,65 (0,13)	3,81 (0,12)	9,22 (0,17)	3,60 (0,13)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,40	-0,26	-0,41	-0,30	-0,45	-0,32
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-5,38	-8,28	-4,56	-7,87	-5,47	-9,01
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,63	0,25	1,03	0,34	1,43	0,39
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	8,83	8,92	11,99	9,85	18,31	12,00

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι τιμές των SII και RII αυξάνονται κατά τα πρώτα χρόνια της οικονομικής ύφεσης, με εξαίρεση το 2011, αλλά φαίνεται να αποκλιμακώνονται μετά το 2014 (Πίνακας 7-115).

Πίνακας 7-115 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	SII		RII	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	26,89 (0,05)	12,05 (0,05)	1,40 (0,00)	1,16 (0,00)
2004	27,05 (0,05)	12,36 (0,05)	1,40 (0,00)	1,16 (0,00)
2005	25,30 (0,05)	10,83 (0,05)	1,38 (0,00)	1,14 (0,00)
2006	26,15 (0,05)	11,77 (0,05)	1,39 (0,00)	1,16 (0,00)
2007	26,44 (0,05)	11,61 (0,05)	1,40 (0,00)	1,15 (0,00)
2008	25,66 (0,05)	11,44 (0,05)	1,38 (0,00)	1,15 (0,00)
2009	27,10 (0,05)	12,85 (0,05)	1,41 (0,00)	1,17 (0,00)
2010	27,80 (0,05)	13,51 (0,05)	1,43 (0,00)	1,18 (0,00)
2011	26,00 (0,05)	11,43 (0,05)	1,39 (0,00)	1,15 (0,00)
2012	26,54 (0,05)	12,03 (0,05)	1,41 (0,00)	1,16 (0,00)
2013	26,94 (0,05)	12,84 (0,05)	1,42 (0,00)	1,17 (0,00)
2014	28,89 (0,05)	13,30 (0,05)	1,46 (0,00)	1,18 (0,00)
2015	28,28 (0,05)	12,78 (0,05)	1,45 (0,00)	1,17 (0,00)
2016	28,11 (0,05)	12,79 (0,05)	1,45 (0,00)	1,17 (0,00)
2017	27,54 (0,05)	12,43 (0,05)	1,43 (0,00)	1,17 (0,00)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-1,23	-0,61	-0,02	-0,01

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-4,58	-5,04	-1,44	-0,69
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,88	0,99	0,05	0,02
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	7,34	8,62	3,53	1,37

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Αύξηση παρουσιάζουν συνολικά οι δείκτες CI και ECI κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης (Πίνακας 7-116). Μάλιστα, η αύξηση γίνεται ακόμη μεγαλύτερη σε υψηλότερες τιμές της παραμέτρου αποστροφής για την ανισότητα. Οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας κορυφώθηκαν το 2014, ενώ στη συνέχεια φαίνεται να σημειώνουν μια πτωτική πορεία.

Πίνακας 7-116 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	CI		ECI(3)	ECI(4)	ECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	0,047 (0,001)	0,018 (0,001)	0,075	0,092	0,102
2004	0,047 (0,001)	0,018 (0,001)	0,076	0,094	0,105
2005	0,045 (0,001)	0,016 (0,001)	0,073	0,090	0,101
2006	0,047 (0,001)	0,018 (0,001)	0,076	0,094	0,105
2007	0,048 (0,001)	0,018 (0,001)	0,077	0,096	0,107
2008	0,047 (0,001)	0,018 (0,001)	0,076	0,096	0,109
2009	0,050 (0,001)	0,019 (0,001)	0,082	0,104	0,118
2010	0,051 (0,002)	0,020 (0,002)	0,085	0,108	0,124
2011	0,048 (0,001)	0,019 (0,001)	0,080	0,102	0,118
2012	0,050 (0,002)	0,019 (0,002)	0,084	0,108	0,125
2013	0,051 (0,001)	0,020 (0,001)	0,085	0,109	0,127
2014	0,055 (0,001)	0,022 (0,001)	0,092	0,118	0,136
2015	0,054 (0,001)	0,022 (0,001)	0,090	0,115	0,133
2016	0,054 (0,001)	0,020 (0,001)	0,090	0,116	0,135
2017	0,052 (0,001)	0,019 (0,001)	0,089	0,115	0,134
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,000	-0,001	0,001	0,004	0,007
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-0,85	-3,85	1,73	4,13	6,86
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,006	0,002	0,012	0,019	0,025
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	11,78	9,14	16,10	19,79	22,94

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Αντίστοιχες μεταβολές παρατηρούμε και για τους δείκτες GCI και GECI, που μετράνε την απόλυτη ανισότητα (Πίνακας 7-117).

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-117 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	GCI		GECI(3)	GECI(4)	GECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	3,911 (0,097)	1,511 (0,089)	16,180	16,130	15,830
2004	3,948 (0,101)	1,497 (0,091)	16,510	16,580	16,360
2005	3,738 (0,110)	1,299 (0,105)	15,630	15,730	15,560
2006	3,868 (0,106)	1,468 (0,101)	16,180	16,280	16,100
2007	3,925 (0,112)	1,490 (0,100)	16,530	16,720	16,590
2008	3,843 (0,103)	1,439 (0,101)	16,320	16,670	16,690
2009	4,074 (0,112)	1,510 (0,109)	17,440	17,930	18,040
2010	4,187 (0,129)	1,627 (0,130)	18,020	18,660	18,930
2011	3,920 (0,114)	1,538 (0,109)	17,040	17,760	18,090
2012	4,023 (0,129)	1,508 (0,134)	17,610	18,460	18,890
2013	4,081 (0,105)	1,596 (0,100)	17,780	18,610	19,040
2014	4,389 (0,104)	1,750 (0,105)	19,040	19,820	20,180
2015	4,296 (0,084)	1,743 (0,081)	18,660	19,440	19,810
2016	4,266 (0,077)	1,612 (0,073)	18,700	19,650	20,150
2017	4,174 (0,069)	1,525 (0,065)	18,410	19,430	20,010
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,068	-0,072	0,140	0,540	0,860
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-1,74	-4,75	0,87	3,35	5,43
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,331	0,086	2,090	2,760	3,320
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	8,61	5,97	12,81	16,56	19,89

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Έπειτα, ενώ ο δείκτης E σημειώνει συνολικά αύξηση μετά το 2008, ο δείκτης W καταγράφει μια μείωση (Πίνακας 7-118). Πάντως και οι δύο δείκτες δείχνουν μια αποκλιμάκωση των ανισοτήτων υγείας μετά το 2014.

Πίνακας 7-118 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	E		W	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	0,156 (0,004)	0,060 (0,004)	0,277 (0,007)	0,107 (0,006)
2004	0,158 (0,004)	0,060 (0,004)	0,286 (0,007)	0,109 (0,007)
2005	0,150 (0,004)	0,052 (0,004)	0,260 (0,008)	0,090 (0,007)
2006	0,155 (0,004)	0,059 (0,004)	0,266 (0,007)	0,101 (0,007)
2007	0,157 (0,004)	0,060 (0,004)	0,274 (0,008)	0,104 (0,007)
2008	0,154 (0,004)	0,058 (0,004)	0,263 (0,007)	0,099 (0,007)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2009	0,163 (0,004)	0,060 (0,004)	0,273 (0,008)	0,101 (0,007)
2010	0,167 (0,005)	0,065 (0,005)	0,280 (0,009)	0,109 (0,009)
2011	0,157 (0,005)	0,062 (0,004)	0,264 (0,008)	0,104 (0,007)
2012	0,161 (0,005)	0,060 (0,005)	0,261 (0,008)	0,098 (0,009)
2013	0,163 (0,004)	0,064 (0,004)	0,260 (0,007)	0,102 (0,006)
2014	0,176 (0,004)	0,070 (0,004)	0,271 (0,006)	0,108 (0,007)
2015	0,172 (0,003)	0,070 (0,003)	0,266 (0,005)	0,108 (0,005)
2016	0,171 (0,003)	0,065 (0,003)	0,264 (0,005)	0,100 (0,005)
2017	0,167 (0,003)	0,061 (0,003)	0,260 (0,004)	0,095 (0,004)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,002	-0,003	-0,014	-0,008
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-1,28	-4,64	-5,05	-7,76
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,013	0,003	-0,003	-0,003
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	8,44	5,90	-1,14	-3,55

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι δείκτες SCI και GSCI δείχνουν αύξηση της σχετικής και της απόλυτης κοινωνικοοικονομικής ανισότητας μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, η οποία είναι μεγαλύτερη από εκείνη που σημειώθηκε στην προηγούμενη περίοδο (Πίνακας 7-119). Ωστόσο, οι δείκτες ακολουθούν μια μάλλον πτωτική τάση μετά το 2014.

Πίνακας 7-119 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

	SCI(3)	SCI(4)	SCI(5)	GSCI(3)	GSCI(4)	GSCI(5)
Έτος έρευνας	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	0,049	0,050	0,050	16,320	16,520	16,590
2004	0,050	0,050	0,051	16,590	16,820	16,900
2005	0,048	0,049	0,049	15,870	16,180	16,300
2006	0,050	0,051	0,051	16,390	16,690	16,810
2007	0,051	0,052	0,052	16,680	17,010	17,130
2008	0,051	0,052	0,053	16,710	17,230	17,440
2009	0,055	0,056	0,057	17,840	18,450	18,700
2010	0,057	0,060	0,061	18,740	19,600	19,980
2011	0,054	0,056	0,058	17,600	18,450	18,850
2012	0,056	0,059	0,061	18,220	19,210	19,670
2013	0,058	0,061	0,063	18,580	19,630	20,140
2014	0,062	0,065	0,066	19,740	20,720	21,160
2015	0,061	0,064	0,065	19,340	20,300	20,740
2016	0,061	0,064	0,066	19,430	20,530	21,040

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2017	0,060	0,064	0,065	19,160	20,330	20,900
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,002	0,003	0,003	0,390	0,710	0,850
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	3,25	5,22	6,00	2,39	4,30	5,12
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,009	0,011	0,012	2,450	3,100	3,460
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	17,91	21,37	23,40	14,66	17,99	19,84

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Τέλος, η συνολική επίδοση, όπως αυτή προσεγγίζεται με τον δείκτη ΗΑΙ, παρουσιάζει αρνητική μεταβολή και πριν και μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, αν και από το 2014 φαίνεται να εκκινεί μια βελτιωτική τάση (Πίνακας 7-120).

Πίνακας 7-120 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (ΗΑΙ[2]) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΗΑΙ(2)	
	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	79,06	79,42
2004	79,52	79,98
2005	78,84	79,37
2006	78,43	78,95
2007	78,73	79,37
2008	78,41	79,15
2009	77,64	78,69
2010	77,47	78,62
2011	77,98	79,54
2012	76,95	78,59
2013	76,39	78,21
2014	75,28	77,83
2015	75,40	78,12
2016	75,45	78,36
2017	75,76	78,75
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,65	-0,27
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-0,82	-0,34
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-2,65	-0,41
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-3,38	-0,51

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

7.3.2.2.1.15. Κύρια ασχολία

Ως προς την κύρια ασχολία των ατόμων, οι προτυποποιημένες κατανομές δείχνουν ότι το υψηλότερο επίπεδο υγείας συνδέεται με τους εργαζόμενους πλήρους απασχόλησης (**Πίνακας 7-121**). Ωστόσο, αυτοί που φαίνεται πως επιβαρύνθηκαν περισσότερο κατά τη διάρκεια της κρίσης ήταν οι εργαζόμενοι πλήρους απασχόλησης και τα οικονομικά ανενεργά άτομα. Είναι ενδιαφέρον επίσης πως η βελτιωτική τάση που φαίνεται να υπάρχει στην υγεία κατά τα τελευταία έτη της περιόδου της ανάλυσης αργεί να εκκινήσει κατά ένα έτος για τα οικονομικά ενεργά άτομα, δηλαδή τους εργαζομένους πλήρους και μερικής απασχόλησης και τους ανέργους, σε σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-121 Εξέλιξη της μέσης τιμής για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς την κύρια ασχολία, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ						ΠΚ							
	Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση	Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	Άνεργος/η	Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	Συνταξιούχος	Ανάπηρος/η	Άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση	Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	Άνεργος/η	Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	Συνταξιούχος	Ανάπηρος/η	Άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο
2003	89,77 (0,17)	86,80 (0,63)	89,47 (0,46)	93,84 (0,17)	66,66 (0,46)	40,03 (0,96)	78,72 (0,43)	85,48 (0,16)	82,81 (0,51)	82,88 (0,42)	83,26 (0,17)	77,82 (0,44)	40,31 (1,10)	80,53 (0,36)
2004	90,32 (0,17)	87,22 (0,62)	89,62 (0,50)	94,34 (0,12)	67,19 (0,45)	41,16 (1,06)	79,14 (0,44)	86,16 (0,16)	83,04 (0,56)	83,02 (0,45)	83,72 (0,12)	78,55 (0,43)	43,52 (1,24)	80,82 (0,36)
2005	89,25 (0,20)	85,65 (0,73)	89,23 (0,52)	93,80 (0,20)	66,02 (0,50)	43,52 (1,70)	78,43 (0,48)	85,15 (0,19)	81,63 (0,69)	82,45 (0,47)	83,17 (0,20)	77,43 (0,47)	44,75 (1,68)	80,48 (0,41)
2006	89,32 (0,20)	86,10 (0,69)	88,23 (0,59)	93,51 (0,20)	66,03 (0,49)	42,46 (1,21)	77,40 (0,54)	85,24 (0,20)	81,90 (0,65)	81,75 (0,54)	82,99 (0,20)	77,37 (0,46)	42,34 (1,27)	79,61 (0,44)
2007	89,59 (0,21)	86,94 (0,61)	87,88 (0,62)	93,52 (0,23)	66,19 (0,52)	43,78 (1,71)	79,13 (0,53)	85,58 (0,20)	83,16 (0,53)	81,86 (0,52)	83,03 (0,23)	77,67 (0,48)	43,24 (1,64)	80,96 (0,41)
2008	89,33 (0,20)	86,32 (0,63)	86,45 (0,76)	93,30 (0,24)	66,00 (0,44)	42,30 (1,00)	77,70 (0,51)	85,40 (0,19)	81,98 (0,53)	80,49 (0,67)	82,78 (0,23)	77,40 (0,43)	41,51 (1,18)	80,24 (0,41)
2009	89,37 (0,21)	86,30 (0,73)	87,21 (0,85)	93,43 (0,21)	64,54 (0,46)	48,47 (2,27)	77,21 (0,57)	85,48 (0,20)	82,30 (0,67)	81,19 (0,76)	82,84 (0,21)	76,33 (0,43)	48,61 (2,31)	79,78 (0,44)
2010	88,99 (0,26)	86,24 (0,78)	87,13 (0,76)	93,55 (0,29)	64,60 (0,55)	50,42 (2,27)	77,29 (0,64)	85,30 (0,25)	81,97 (0,72)	81,67 (0,69)	82,90 (0,30)	76,38 (0,49)	51,35 (2,37)	80,04 (0,49)
2011	88,93 (0,24)	88,06 (0,59)	88,01 (0,43)	93,40 (0,32)	67,61 (0,55)	44,14 (1,64)	76,89 (0,62)	85,35 (0,23)	83,69 (0,53)	82,74 (0,40)	82,93 (0,28)	79,21 (0,51)	44,84 (1,48)	80,44 (0,53)
2012	88,45 (0,27)	87,01 (0,69)	86,58 (0,93)	93,65 (0,29)	65,90 (0,50)	44,85 (1,87)	75,98 (0,71)	84,80 (0,26)	83,20 (0,59)	81,18 (0,85)	83,22 (0,24)	77,47 (0,47)	45,75 (1,79)	78,95 (0,57)
2013	88,37 (0,22)	86,36 (0,53)	86,87 (0,53)	93,32 (0,23)	65,73 (0,40)	44,48 (1,43)	75,54 (0,57)	84,84 (0,22)	82,54 (0,48)	81,48 (0,48)	82,68 (0,23)	77,24 (0,36)	45,57 (1,36)	78,65 (0,45)
2014	87,82 (0,23)	87,76 (0,53)	86,62 (0,35)	93,01 (0,30)	65,13 (0,42)	42,55 (1,08)	73,40 (0,54)	84,37 (0,21)	83,62 (0,48)	81,63 (0,32)	82,33 (0,30)	77,04 (0,38)	42,57 (1,22)	78,10 (0,44)
2015	87,65 (0,18)	86,40 (0,45)	86,36 (0,30)	93,70 (0,16)	65,44 (0,33)	43,94 (0,81)	73,52 (0,42)	84,34 (0,17)	82,45 (0,43)	81,57 (0,26)	83,11 (0,16)	77,59 (0,30)	43,36 (0,86)	78,58 (0,33)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2016	87,93 (0,16)	86,48 (0,44)	86,62 (0,29)	93,84 (0,12)	64,96 (0,28)	41,91 (0,71)	73,97 (0,37)	84,69 (0,15)	82,63 (0,40)	81,91 (0,26)	83,26 (0,12)	77,17 (0,25)	42,52 (0,77)	78,91 (0,29)
2017	88,01 (0,13)	87,05 (0,39)	86,73 (0,25)	93,81 (0,15)	65,08 (0,25)	42,35 (0,63)	73,36 (0,35)	84,94 (0,13)	83,41 (0,36)	82,15 (0,22)	83,26 (0,15)	77,56 (0,23)	43,29 (0,67)	78,72 (0,27)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,44	-0,49	-3,02	-0,55	-0,66	2,28	-1,01	-0,08	-0,83	-2,40	-0,47	-0,41	1,21	-0,29
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-0,49	-0,56	-3,37	-0,58	-0,99	5,68	-1,29	-0,09	-1,00	-2,89	-0,57	-0,53	2,99	-0,36
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-1,33	0,73	0,29	0,51	-0,92	0,05	-4,35	-0,46	1,43	1,67	0,48	0,15	1,78	-1,51
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-1,49	0,85	0,33	0,55	-1,39	0,12	-5,59	-0,54	1,75	2,07	0,58	0,20	4,28	-1,89

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Στη συνέχεια εξετάσαμε τους δείκτες χάσματος μεταξύ των ανέργων και των εργαζομένων πλήρους απασχόλησης. Οι τιμές των δεικτών για τις προτυποποιημένες κατανομές δείχνουν την ύπαρξη απόλυτων και σχετικών ανισοτήτων εις βάρος των ανέργων (**Πίνακας 7-122**). Πάντως την αυξητική τάση που προϋπήρχε της κρίσης διαδέχθηκε μια τάση συμπίεσης του χάσματος υγείας μετά το 2008, η οποία λαμβάνει χώρα κυρίως τα τελευταία έτη της περιόδου.

Πίνακας 7-122 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Gap (AG) και Relative Gap (RG) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς την κύρια ασχολία, 2003-2017

Έτος έρευνας	AG		RG	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	0,31 (0,49)	2,59 (0,45)	1,00 (0,01)	1,03 (0,01)
2004	0,70 (0,52)	3,14 (0,48)	1,01 (0,01)	1,04 (0,01)
2005	0,02 (0,56)	2,70 (0,51)	1,00 (0,01)	1,03 (0,01)
2006	1,09 (0,62)	3,50 (0,57)	1,01 (0,01)	1,04 (0,01)
2007	1,71 (0,65)	3,72 (0,56)	1,02 (0,01)	1,05 (0,01)
2008	2,89 (0,78)	4,91 (0,70)	1,03 (0,01)	1,06 (0,01)
2009	2,16 (0,88)	4,29 (0,79)	1,02 (0,01)	1,05 (0,01)
2010	1,86 (0,80)	3,63 (0,74)	1,02 (0,01)	1,04 (0,01)
2011	0,92 (0,49)	2,61 (0,46)	1,01 (0,01)	1,03 (0,01)
2012	1,87 (0,97)	3,63 (0,88)	1,02 (0,01)	1,04 (0,01)
2013	1,50 (0,58)	3,36 (0,53)	1,02 (0,01)	1,04 (0,01)
2014	1,19 (0,41)	2,75 (0,38)	1,01 (0,00)	1,03 (0,00)
2015	1,29 (0,35)	2,77 (0,31)	1,01 (0,00)	1,03 (0,00)
2016	1,31 (0,33)	2,78 (0,30)	1,02 (0,00)	1,03 (0,00)
2017	1,27 (0,28)	2,78 (0,26)	1,01 (0,00)	1,03 (0,00)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	2,58	2,32	0,03	0,03
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	840,17	89,38	2,99	2,88
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-1,61	-2,13	-0,02	-0,03
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-55,93	-43,35	-1,81	-2,56

Υποσημείωση: Σύγκριση μεταξύ των εργαζομένων πλήρους απασχόλησης και των ανέργων. Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Έπειτα, οι δείκτες AGMD, RGMD και IDISP, οι οποίοι εξετάζουν τις ανισότητες μεταξύ όλων των κατηγοριών, παρουσιάζουν όλοι αύξηση μετά την έναρξη της κρίσης (**Πίνακας 7-123**).

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-123 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς την κύρια ασχολία, 2003-2017

Έτος έρευνας	AGMD		RGMD		IDISP	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	8,86 (0,16)	3,24 (0,14)	10,68 (0,20)	3,94 (0,17)	15,76 (0,25)	9,31 (0,24)
2004	8,89 (0,15)	3,25 (0,14)	10,65 (0,18)	3,92 (0,17)	15,50 (0,22)	8,68 (0,25)
2005	8,85 (0,16)	3,17 (0,16)	10,72 (0,20)	3,86 (0,20)	15,12 (0,35)	8,44 (0,32)
2006	9,10 (0,20)	3,40 (0,15)	11,06 (0,24)	4,16 (0,19)	15,44 (0,30)	8,90 (0,28)
2007	8,97 (0,19)	3,35 (0,15)	10,85 (0,23)	4,07 (0,19)	14,90 (0,38)	8,73 (0,36)
2008	9,04 (0,16)	3,47 (0,14)	10,99 (0,19)	4,23 (0,17)	15,13 (0,28)	9,14 (0,22)
2009	9,80 (0,19)	3,88 (0,17)	12,00 (0,23)	4,77 (0,21)	14,75 (0,51)	8,10 (0,46)
2010	9,42 (0,20)	3,54 (0,17)	11,54 (0,25)	4,35 (0,21)	14,33 (0,51)	7,45 (0,50)
2011	9,07 (0,22)	2,72 (0,19)	11,08 (0,27)	3,32 (0,23)	15,33 (0,38)	8,36 (0,32)
2012	9,44 (0,23)	3,08 (0,19)	11,66 (0,28)	3,80 (0,23)	15,53 (0,42)	8,63 (0,38)
2013	9,61 (0,17)	3,20 (0,15)	11,94 (0,21)	3,96 (0,19)	15,75 (0,30)	8,69 (0,29)
2014	10,02 (0,17)	3,39 (0,15)	12,57 (0,21)	4,21 (0,19)	16,94 (0,27)	9,53 (0,30)
2015	9,92 (0,13)	3,20 (0,12)	12,45 (0,16)	3,97 (0,15)	16,40 (0,23)	9,06 (0,22)
2016	10,20 (0,12)	3,50 (0,09)	12,80 (0,15)	4,33 (0,12)	16,90 (0,21)	9,38 (0,18)
2017	10,23 (0,10)	3,54 (0,09)	12,80 (0,13)	4,36 (0,11)	16,96 (0,19)	9,34 (0,16)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,18	0,23	0,31	0,30	-0,62	-0,17
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	2,02	7,02	2,91	7,50	-3,95	-1,85
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,19	0,08	1,81	0,13	1,82	0,20
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	13,18	2,20	16,46	3,07	12,05	2,22

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.1.16. Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά

Στη συνέχεια εξετάσαμε κάποιες μεταβλητές, οι οποίες μπορούν να εκφράσουν το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον της περιοχής κατοικίας και, συνεπώς, εμμέσως του ίδιου του νοικοκυριού. Οι κατοικίες που βρίσκονται σε περιοχές με προβλήματα θορύβου συνδέονται με κάπως χαμηλότερο επίπεδο υγείας (**Πίνακας 7-124**). Πάντως, οι περιοχές χωρίς προβλήματα θορύβου παρουσιάζουν σημαντικότερη μείωση στο μέσο επίπεδο υγείας τους κατά τη διάρκεια της κρίσης.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-124 Εξέλιξη της μέσης τιμής για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τα προβλήματα θορύβου στη γειτονιά, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	83,14 (0,25)	82,33 (0,44)	82,49 (0,20)	81,09 (0,35)
2004	83,66 (0,25)	82,62 (0,47)	83,05 (0,19)	81,64 (0,37)
2005	83,00 (0,27)	80,99 (0,52)	82,41 (0,21)	80,03 (0,42)
2006	82,82 (0,28)	80,28 (0,54)	82,28 (0,23)	79,39 (0,43)
2007	82,94 (0,31)	81,62 (0,50)	82,55 (0,23)	80,65 (0,39)
2008	82,60 (0,27)	81,05 (0,50)	82,26 (0,22)	80,36 (0,40)
2009	81,89 (0,31)	81,15 (0,54)	81,80 (0,24)	80,55 (0,42)
2010	81,72 (0,35)	81,49 (0,61)	81,78 (0,27)	80,78 (0,50)
2011	82,10 (0,31)	81,30 (0,52)	82,42 (0,24)	81,43 (0,42)
2012	81,53 (0,36)	79,31 (0,61)	81,75 (0,28)	79,60 (0,49)
2013	80,67 (0,28)	79,84 (0,46)	81,21 (0,22)	79,95 (0,36)
2014	79,95 (0,30)	78,54 (0,47)	80,89 (0,22)	79,09 (0,41)
2015	79,95 (0,23)	78,68 (0,37)	81,09 (0,18)	79,27 (0,30)
2016	79,85 (0,20)	79,19 (0,34)	81,09 (0,15)	79,81 (0,26)
2017	80,01 (0,18)	79,61 (0,34)	81,41 (0,13)	80,06 (0,26)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,54	-1,28	-0,23	-0,73
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-0,65	-1,55	-0,28	-0,90
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-2,59	-1,45	-0,85	-0,29
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-3,13	-1,79	-1,03	-0,36

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Το χάσμα υγείας μεταξύ των δύο περιοχών στην αρχή της κρίσης μειώθηκε, στη συνέχεια αυξήθηκε και κατόπιν φαίνεται να ακολουθεί μια πτωτική πορεία (**Πίνακας 7-125**). Υπάρχουν γενικότερα σημαντικές διακυμάνσεις στο μέσο επίπεδο υγείας των δύο ομάδων.

Πίνακας 7-125 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Gap (AG) και Relative Gap (RG) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τα προβλήματα θορύβου στη γειτονιά, 2003-2017

Έτος έρευνας	AG		RG	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	0,81 (0,51)	1,40 (0,40)	1,01 (0,01)	1,02 (0,01)
2004	1,04 (0,53)	1,41 (0,42)	1,01 (0,01)	1,02 (0,01)
2005	2,01 (0,58)	2,38 (0,47)	1,02 (0,01)	1,03 (0,01)
2006	2,54 (0,61)	2,89 (0,49)	1,03 (0,01)	1,04 (0,01)
2007	1,31 (0,59)	1,90 (0,45)	1,02 (0,01)	1,02 (0,01)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2008	1,55 (0,57)	1,90 (0,46)	1,02 (0,01)	1,02 (0,01)
2009	0,74 (0,62)	1,25 (0,48)	1,01 (0,01)	1,02 (0,01)
2010	0,23 (0,70)	1,01 (0,57)	1,00 (0,01)	1,01 (0,01)
2011	0,81 (0,61)	0,99 (0,49)	1,01 (0,01)	1,01 (0,01)
2012	2,22 (0,71)	2,16 (0,57)	1,03 (0,01)	1,03 (0,01)
2013	0,84 (0,54)	1,25 (0,42)	1,01 (0,01)	1,02 (0,01)
2014	1,42 (0,56)	1,79 (0,47)	1,02 (0,01)	1,02 (0,01)
2015	1,27 (0,43)	1,82 (0,35)	1,02 (0,01)	1,02 (0,00)
2016	0,67 (0,40)	1,28 (0,30)	1,01 (0,01)	1,02 (0,00)
2017	0,41 (0,38)	1,34 (0,29)	1,01 (0,00)	1,02 (0,00)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,74	0,50	0,01	0,01
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	91,66	35,45	0,92	0,62
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-1,14	-0,56	-0,01	-0,01
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-73,67	-29,31	-1,37	-0,67

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.1.17. Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά

Οι γειτονιές με προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης συνδέονται με χαμηλότερο μέσο επίπεδο υγείας (Πίνακας 7-126). Στην αρχή της κρίσης η υγεία επιδεινώνεται και για τις δύο περιοχές, ενώ και οι δύο παρουσιάζουν μια βελτιωτική τάση μετά το 2014.

Πίνακας 7-126 Εξέλιξη της μέσης τιμής για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τα προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	82,95 (0,25)	83,05 (0,45)	82,28 (0,20)	81,82 (0,36)
2004	83,45 (0,25)	83,58 (0,49)	82,90 (0,20)	82,16 (0,39)
2005	82,80 (0,28)	81,59 (0,55)	82,27 (0,22)	80,31 (0,45)
2006	82,69 (0,28)	80,44 (0,60)	82,16 (0,23)	79,43 (0,49)
2007	82,90 (0,31)	81,57 (0,54)	82,54 (0,23)	80,38 (0,39)
2008	82,44 (0,28)	81,52 (0,46)	82,16 (0,23)	80,57 (0,38)
2009	81,94 (0,31)	80,94 (0,52)	81,83 (0,23)	80,40 (0,44)
2010	81,62 (0,35)	81,81 (0,59)	81,70 (0,27)	81,10 (0,48)
2011	82,30 (0,30)	80,71 (0,55)	82,68 (0,25)	80,66 (0,44)
2012	81,07 (0,38)	80,68 (0,57)	81,54 (0,29)	80,29 (0,49)
2013	80,64 (0,29)	80,00 (0,47)	81,32 (0,23)	79,74 (0,37)
2014	79,86 (0,30)	79,03 (0,47)	80,97 (0,23)	79,10 (0,38)
2015	80,01 (0,22)	78,41 (0,44)	81,21 (0,17)	78,74 (0,37)
2016	79,88 (0,20)	79,05 (0,39)	81,13 (0,15)	79,64 (0,29)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2017	80,08 (0,18)	79,36 (0,37)	81,50 (0,13)	79,71 (0,28)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,51	-1,53	-0,12	-1,25
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-0,61	-1,85	-0,15	-1,53
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-2,36	-2,16	-0,65	-0,86
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-2,87	-2,65	-0,79	-1,07

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Ως προς το χάσμα υγείας μεταξύ των περιοχών, υπάρχει υψηλή διακύμανση (Πίνακας 7-127). Ωστόσο, διαπιστώνουμε μια αυξητική τάση μέχρι και το 2015, την οποία ακολουθεί μια άμβλυση των ανισοτήτων.

Πίνακας 7-127 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Gap (AG) και Relative Gap (RG) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τα προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά, 2003-2017

Έτος έρευνας	AG		RG	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-0,10 (0,52)	0,45 (0,41)	1,00 (0,01)	1,01 (0,01)
2004	-0,13 (0,55)	0,74 (0,44)	1,00 (0,01)	1,01 (0,01)
2005	1,21 (0,61)	1,96 (0,50)	1,01 (0,01)	1,02 (0,01)
2006	2,25 (0,66)	2,73 (0,54)	1,03 (0,01)	1,03 (0,01)
2007	1,34 (0,62)	2,17 (0,46)	1,02 (0,01)	1,03 (0,01)
2008	0,92 (0,54)	1,58 (0,44)	1,01 (0,01)	1,02 (0,01)
2009	0,99 (0,61)	1,43 (0,50)	1,01 (0,01)	1,02 (0,01)
2010	-0,19 (0,69)	0,60 (0,56)	1,00 (0,01)	1,01 (0,01)
2011	1,59 (0,63)	2,02 (0,50)	1,02 (0,01)	1,03 (0,01)
2012	0,39 (0,68)	1,25 (0,57)	1,00 (0,01)	1,02 (0,01)
2013	0,63 (0,55)	1,59 (0,44)	1,01 (0,01)	1,02 (0,01)
2014	0,83 (0,56)	1,86 (0,45)	1,01 (0,01)	1,02 (0,01)
2015	1,60 (0,49)	2,47 (0,40)	1,02 (0,01)	1,03 (0,01)
2016	0,84 (0,43)	1,48 (0,33)	1,01 (0,01)	1,02 (0,00)
2017	0,72 (0,41)	1,79 (0,30)	1,01 (0,01)	1,02 (0,00)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,02	1,13	0,01	0,01
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	988,32	249,14	1,25	1,40
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,20	0,21	0,00	0,00
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-22,01	13,04	-0,22	0,27

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

7.3.2.2.1.18. Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά

Οι γειτονίες με προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας παρουσιάζουν χαμηλότερο μέσο επίπεδο υγείας (**Πίνακας 7-128**). Μάλιστα, η επιδείνωση της υγείας του πληθυσμού κατά τα πρώτα χρόνια της οικονομικής κρίσης φαίνεται να επηρέασε περισσότερο αυτές τις περιοχές.

Πίνακας 7-128 Εξέλιξη της μέσης τιμής για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της εκτιμημένης αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τα προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	83,08 (0,24)	81,93 (0,63)	82,35 (0,19)	80,80 (0,49)
2004	83,54 (0,24)	82,63 (0,80)	82,86 (0,19)	81,88 (0,60)
2005	82,68 (0,26)	81,50 (0,84)	82,05 (0,21)	80,35 (0,67)
2006	82,67 (0,26)	78,38 (0,88)	81,99 (0,22)	78,36 (0,70)
2007	82,72 (0,29)	82,02 (0,76)	82,27 (0,22)	80,87 (0,58)
2008	82,43 (0,25)	80,91 (0,79)	82,04 (0,21)	80,27 (0,64)
2009	81,79 (0,29)	81,29 (0,66)	81,62 (0,22)	80,90 (0,56)
2010	81,54 (0,34)	82,20 (0,66)	81,58 (0,26)	81,42 (0,57)
2011	82,22 (0,30)	80,63 (0,66)	82,54 (0,24)	80,72 (0,52)
2012	81,19 (0,35)	80,10 (0,73)	81,56 (0,27)	79,81 (0,60)
2013	80,73 (0,28)	79,37 (0,50)	81,22 (0,22)	79,54 (0,39)
2014	79,97 (0,28)	78,12 (0,64)	80,88 (0,21)	78,74 (0,53)
2015	80,04 (0,21)	77,40 (0,54)	81,06 (0,17)	78,58 (0,41)
2016	80,00 (0,19)	77,65 (0,51)	81,13 (0,14)	78,69 (0,39)
2017	80,13 (0,17)	78,67 (0,43)	81,43 (0,13)	79,33 (0,33)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,65	-1,01	-0,31	-0,53
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-0,78	-1,24	-0,38	-0,65
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-2,30	-2,24	-0,61	-0,94
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-2,79	-2,77	-0,75	-1,18

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι προτυποποιημένες κατανομές συνδέονται με αύξηση του χάσματος μεταξύ των περιοχών με προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας και εκείνων χωρίς τέτοια προβλήματα (**Πίνακας 7-129**). Ωστόσο, μετά το 2015 φαίνεται να εκκινεί μια τάση σύμπτυξης των ανισοτήτων.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-129 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Gap (AG) και Relative Gap (RG) για την εκτιμημένη αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τα προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά, 2003-2017

Έτος έρευνας	AG		RG	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	1,16 (0,67)	1,56 (0,52)	1,01 (0,01)	1,02 (0,01)
2004	0,91 (0,84)	0,98 (0,63)	1,01 (0,01)	1,01 (0,01)
2005	1,17 (0,88)	1,70 (0,70)	1,01 (0,01)	1,02 (0,01)
2006	4,28 (0,92)	3,64 (0,73)	1,05 (0,01)	1,05 (0,01)
2007	0,70 (0,81)	1,40 (0,62)	1,01 (0,01)	1,02 (0,01)
2008	1,52 (0,83)	1,77 (0,67)	1,02 (0,01)	1,02 (0,01)
2009	0,51 (0,72)	0,72 (0,60)	1,01 (0,01)	1,01 (0,01)
2010	-0,66 (0,74)	0,16 (0,63)	0,99 (0,01)	1,00 (0,01)
2011	1,59 (0,72)	1,81 (0,57)	1,02 (0,01)	1,02 (0,01)
2012	1,09 (0,81)	1,75 (0,66)	1,01 (0,01)	1,02 (0,01)
2013	1,36 (0,57)	1,68 (0,45)	1,02 (0,01)	1,02 (0,01)
2014	1,84 (0,70)	2,14 (0,57)	1,02 (0,01)	1,03 (0,01)
2015	2,64 (0,58)	2,48 (0,44)	1,03 (0,01)	1,03 (0,01)
2016	2,36 (0,54)	2,45 (0,41)	1,03 (0,01)	1,03 (0,01)
2017	1,47 (0,46)	2,10 (0,35)	1,02 (0,01)	1,03 (0,00)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,36	0,21	0,00	0,00
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	31,33	13,72	0,46	0,27
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,06	0,33	0,00	0,00
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-3,64	18,69	-0,02	0,43

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.2. Πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας

Στην παρούσα υποενότητα θα εξεταστούν οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες ως προς την παρουσία πολύ κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας.

7.3.2.2.2.1. Φύλο

Ως προς το φύλο, διαπιστώνουμε ότι οι γυναίκες αντιμετωπίζουν περισσότερο συχνά προβλήματα πολύ κακής υγείας από ό,τι οι άνδρες. Ωστόσο, ο επιπολασμός των προβλημάτων αυτών μειώθηκε σε μεγαλύτερο βαθμό στις γυναίκες από ό,τι στους άνδρες κατά τη διάρκεια της κρίσης (Πίνακας 7-130).

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-130 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς το φύλο, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Άνδρας	Γυναίκα	Άνδρας	Γυναίκα
2003	2,79 (0,23)	3,18 (0,23)	3,15 (0,25)	3,78 (0,26)
2004	2,26 (0,21)	2,73 (0,23)	2,55 (0,23)	3,15 (0,25)
2005	2,64 (0,23)	2,53 (0,23)	3,00 (0,25)	2,90 (0,26)
2006	2,60 (0,23)	3,11 (0,29)	3,00 (0,26)	3,56 (0,31)
2007	2,52 (0,25)	2,95 (0,27)	2,85 (0,27)	3,39 (0,30)
2008	2,25 (0,19)	3,12 (0,27)	2,51 (0,20)	3,52 (0,30)
2009	2,74 (0,24)	3,43 (0,30)	3,02 (0,25)	3,82 (0,33)
2010	2,45 (0,26)	3,28 (0,30)	2,68 (0,28)	3,66 (0,32)
2011	2,51 (0,24)	2,84 (0,25)	2,69 (0,25)	3,03 (0,25)
2012	2,20 (0,25)	3,22 (0,30)	2,35 (0,25)	3,44 (0,31)
2013	2,26 (0,19)	3,48 (0,24)	2,36 (0,19)	3,57 (0,24)
2014	2,66 (0,21)	3,17 (0,25)	2,70 (0,21)	3,20 (0,24)
2015	2,51 (0,18)	3,20 (0,20)	2,51 (0,17)	3,18 (0,19)
2016	2,65 (0,17)	3,01 (0,17)	2,63 (0,17)	2,98 (0,17)
2017	2,17 (0,13)	2,41 (0,13)	2,12 (0,13)	2,36 (0,13)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,54	-0,06	-0,63	-0,26
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-19,34	-1,88	-20,17	-6,84
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,08	-0,71	-0,39	-1,17
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-3,65	-22,77	-15,54	-33,11

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η ανισότητα στον επιπολασμό της πολύ κακής υγείας είναι υπέρ των ανδρών (Πίνακας 7-131). Υπάρχουν μεγάλες διακυμάνσεις, με συνέπεια να μην μπορεί να εξαχθούν σαφή συμπεράσματα για τις τάσεις πριν και μετά την έναρξη της ύφεσης. Ωστόσο, φαίνεται ότι, μετά από μια αύξηση για τα έτη 2012 και 2013, μάλλον υπήρξε μείωση των ανισοτήτων υγείας που ήταν υπέρ των ανδρών από το 2014.

Πίνακας 7-131 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το φύλο, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-0,39 (0,32)	-0,64 (0,36)	0,88 (0,10)	0,83 (0,09)
2004	-0,47 (0,31)	-0,60 (0,34)	0,83 (0,10)	0,81 (0,10)
2005	0,11 (0,32)	0,10 (0,36)	1,04 (0,13)	1,03 (0,13)
2006	-0,51 (0,37)	-0,55 (0,41)	0,84 (0,11)	0,84 (0,10)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2007	-0,43 (0,37)	-0,54 (0,40)	0,85 (0,11)	0,84 (0,11)
2008	-0,87 (0,33)	-1,01 (0,36)	0,72 (0,09)	0,71 (0,08)
2009	-0,69 (0,38)	-0,81 (0,41)	0,80 (0,10)	0,79 (0,09)
2010	-0,84 (0,40)	-0,98 (0,42)	0,74 (0,11)	0,73 (0,10)
2011	-0,33 (0,35)	-0,35 (0,36)	0,88 (0,12)	0,89 (0,11)
2012	-1,02 (0,39)	-1,09 (0,40)	0,68 (0,10)	0,68 (0,10)
2013	-1,22 (0,31)	-1,21 (0,30)	0,65 (0,07)	0,66 (0,07)
2014	-0,51 (0,32)	-0,50 (0,32)	0,84 (0,09)	0,84 (0,09)
2015	-0,69 (0,27)	-0,67 (0,26)	0,78 (0,07)	0,79 (0,07)
2016	-0,36 (0,24)	-0,34 (0,24)	0,88 (0,08)	0,88 (0,07)
2017	-0,24 (0,19)	-0,24 (0,18)	0,90 (0,07)	0,90 (0,07)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,48	-0,38	-0,16	-0,12
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-121,57	-59,04	-17,79	-14,31
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,63	0,78	0,18	0,19
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	72,02	76,68	24,77	26,26

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.2. Υπηκοότητα

Η σχετική συχνότητα της πολύ κακής υγείας είναι υψηλότερη για τους Έλληνες πολίτες σε σχέση με τους πολίτες άλλων χωρών (Πίνακας 7-132). Διαπιστώνουμε, πάντως, μια σημαντική μείωση της κατά τη διάρκεια της κρίσης.

Πίνακας 7-132 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς την υπηκοότητα, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ			ΠΚ		
	Ελληνική	Άλλης Ε.Ε. χώρας	Άλλης χώρας	Ελληνική	Άλλης Ε.Ε. χώρας	Άλλης χώρας
2003	3,13 (0,19)	0,66 (0,66)	0,40 (0,28)	3,51 (0,20)	1,20 (1,14)	4,74 (1,88)
2004	2,62 (0,18)	0,00 (0,00)	0,55 (0,32)	2,88 (0,19)	0,00 (0,00)	4,70 (0,76)
2005	2,69 (0,19)	0,00 (0,00)	0,20 (0,20)	2,99 (0,20)	0,00 (0,00)	0,85 (0,81)
2006	2,94 (0,21)	0,00 (0,00)	1,64 (0,68)	3,30 (0,22)	0,00 (0,00)	5,28 (2,72)
2007	2,83 (0,21)	0,00 (0,00)	1,54 (0,64)	3,14 (0,22)	0,00 (0,00)	2,96 (1,55)
2008	2,80 (0,19)	1,57 (0,97)	0,95 (0,40)	3,05 (0,19)	9,16 (1,70)	3,00 (1,61)
2009	3,21 (0,21)	1,22 (0,93)	1,38 (0,60)	3,43 (0,22)	6,57 (2,10)	5,75 (1,57)
2010	2,99 (0,22)	3,09 (2,21)	0,85 (0,40)	3,18 (0,22)	7,39 (1,45)	4,69 (0,79)
2011	2,80 (0,20)	1,23 (1,23)	0,39 (0,26)	2,89 (0,20)	0,54 (0,53)	2,41 (1,87)
2012	2,89 (0,23)	0,00 (0,00)	0,46 (0,27)	2,95 (0,22)	0,00 (0,00)	0,67 (0,44)
2013	3,04 (0,18)	0,58 (0,58)	0,62 (0,29)	3,02 (0,17)	6,38 (0,00)	2,32 (1,38)
2014	3,02 (0,20)	3,71 (2,32)	1,02 (0,47)	2,94 (0,19)	5,37 (2,73)	1,56 (0,94)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2015	2,97 (0,16)	1,26 (0,78)	1,04 (0,33)	2,87 (0,15)	1,63 (0,98)	2,15 (0,98)
2016	2,93 (0,14)	1,52 (0,68)	1,15 (0,38)	2,83 (0,13)	1,09 (0,46)	2,81 (1,00)
2017	2,36 (0,10)	1,48 (0,81)	1,13 (0,31)	2,25 (0,09)	1,37 (0,69)	2,17 (0,65)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,33	0,91	0,55	-0,46	7,96	-1,74
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-10,46	137,92	139,20	-13,15	665,33	-36,63
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,44	-0,09	0,18	-0,81	-7,78	-0,84
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-15,75	-6,00	19,18	-26,41	-85,00	-27,87

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η διαφορά στον επιπολασμό της πολύ κακής υγείας μεταξύ των Ελλήνων πολιτών και των πολιτών άλλων χωρών εκτός Ε.Ε. μειώνεται μετά το 2008 στις μη προτυποποιημένες κατανομές (**Πίνακας 7-133**). Ωστόσο, η διακύμανση είναι σημαντική στις προτυποποιημένες κατανομές και δεν είναι δυνατή η εξαγωγή σαφών συμπερασμάτων.

Πίνακας 7-133 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς την υπηκοότητα, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	2,73 (0,34)	-1,23 (1,89)	7,86 (5,63)	0,74 (0,30)
2004	2,06 (0,36)	-1,82 (0,78)	4,72 (2,72)	0,61 (0,11)
2005	2,49 (0,27)	2,14 (0,84)	13,33 (13,26)	3,53 (3,39)
2006	1,30 (0,71)	-1,98 (2,72)	1,79 (0,76)	0,62 (0,32)
2007	1,30 (0,67)	0,18 (1,56)	1,84 (0,78)	1,06 (0,56)
2008	1,85 (0,44)	0,05 (1,62)	2,94 (1,26)	1,02 (0,55)
2009	1,83 (0,64)	-2,32 (1,58)	2,32 (1,02)	0,60 (0,17)
2010	2,14 (0,45)	-1,51 (0,82)	3,52 (1,66)	0,68 (0,12)
2011	2,41 (0,33)	0,48 (1,88)	7,15 (4,79)	1,20 (0,93)
2012	2,43 (0,36)	2,28 (0,49)	6,31 (3,81)	4,37 (2,88)
2013	2,42 (0,35)	0,70 (1,39)	4,92 (2,35)	1,30 (0,78)
2014	2,00 (0,51)	1,39 (0,96)	2,97 (1,38)	1,89 (1,15)
2015	1,93 (0,37)	0,72 (0,99)	2,86 (0,92)	1,33 (0,61)
2016	1,79 (0,41)	0,02 (1,01)	2,56 (0,86)	1,01 (0,36)
2017	1,22 (0,33)	0,08 (0,65)	2,08 (0,59)	1,04 (0,31)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,88	1,27	-4,92	0,27
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-32,26	103,95	-62,57	37,06
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,62	0,03	-0,86	0,02
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-33,72	63,72	-29,31	2,02

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Υποσημείωση: Σύγκριση μεταξύ των Ελλήνων πολιτών και εκείνων από χώρα εκτός Ε.Ε. Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι δείκτες AGMD, RGMD και IDISP αυξάνονται μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, αλλά μετά το 2014 φαίνεται να υπάρχει μια μεγαλύτερη τάση μείωσής τους (Πίνακας 7-134).

Πίνακας 7-134 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς την υπηκοότητα, 2003-2017

Έτος έρευνας	AGMD		RGMD		IDISP	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	0,26 (0,03)	0,10 (0,11)	8,69 (0,91)	2,83 (3,05)	56,40 (9,07)	33,61 (17,16)
2004	0,22 (0,03)	0,15 (0,05)	8,87 (1,05)	5,25 (1,82)	60,84 (4,38)	54,01 (8,56)
2005	0,21 (0,02)	0,20 (0,04)	8,25 (0,69)	6,78 (1,45)	65,50 (2,63)	58,07 (9,06)
2006	0,14 (0,04)	0,14 (0,10)	4,98 (1,51)	4,12 (2,95)	48,46 (7,60)	53,11 (16,31)
2007	0,17 (0,05)	0,09 (0,06)	6,24 (1,82)	2,85 (1,87)	49,08 (7,11)	35,31 (8,69)
2008	0,20 (0,04)	0,14 (0,07)	7,28 (1,62)	4,41 (2,36)	36,76 (10,95)	66,46 (21,04)
2009	0,22 (0,06)	0,29 (0,14)	7,03 (1,88)	8,08 (4,03)	39,84 (10,50)	49,24 (22,25)
2010	0,22 (0,05)	0,26 (0,08)	7,81 (1,65)	7,85 (2,36)	27,34 (13,81)	56,07 (15,51)
2011	0,23 (0,04)	0,08 (0,07)	8,68 (1,31)	2,93 (2,46)	48,04 (13,42)	32,67 (13,92)
2012	0,31 (0,04)	0,30 (0,04)	11,56 (1,61)	10,76 (1,50)	63,12 (3,69)	60,53 (4,86)
2013	0,28 (0,03)	0,07 (0,06)	9,81 (1,10)	2,45 (1,94)	54,56 (7,48)	44,78 (10,99)
2014	0,20 (0,05)	0,14 (0,06)	6,69 (1,76)	4,74 (2,18)	31,84 (15,98)	44,42 (25,96)
2015	0,20 (0,04)	0,08 (0,06)	7,03 (1,23)	3,01 (2,08)	41,15 (9,45)	22,57 (12,07)
2016	0,18 (0,04)	0,03 (0,04)	6,51 (1,32)	1,01 (1,49)	36,48 (8,58)	20,59 (7,93)
2017	0,13 (0,03)	0,02 (0,03)	5,53 (1,36)	0,88 (1,54)	29,67 (10,46)	14,04 (10,65)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,06	0,04	-1,40	1,58	-19,63	32,85
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-24,42	36,98	-16,17	55,67	-34,81	97,75
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,07	-0,12	-1,75	-3,52	-7,09	-52,43
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-35,41	-85,62	-24,03	-79,94	-19,29	-78,88

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.3. Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού

Οι πυκνοκατοικημένες περιοχές αντιμετωπίζουν λιγότερο συχνά προβλήματα πολύ κακής υγείας σε σχέση με τις αραιοκατοικημένες περιοχές στους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς, κάτι που δεν ισχύει πάντοτε για

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

τους προτυποποιημένους, ιδίως μετά το 2011 (Πίνακας 7-135). Σε όλες τις περιοχές ο επιπολασμός των προβλημάτων αυξάνεται κατά τα πρώτα χρόνια της ύφεσης, ενώ μειώνεται μετά το 2014. Πάντως, η συνολική μείωση που σημειώνεται μετά το 2008 είναι υψηλότερη για τις αραιοκατοικημένες περιοχές.

Πίνακας 7-135 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ			
	Πυκνοκατοικημένη	Μέσης πυκνότητας	Αραιοκατοικημένη	Πυκνοκατοικημένη	Μέσης πυκνότητας	Αραιοκατοικημένη
2003	2,21 (0,23)	1,81 (0,37)	3,97 (0,31)	2,92 (0,30)	2,52 (0,50)	4,09 (0,30)
2004	2,19 (0,23)	1,75 (0,46)	2,97 (0,28)	2,96 (0,31)	2,22 (0,58)	2,93 (0,26)
2005	2,49 (0,28)	2,47 (0,55)	2,69 (0,25)	3,14 (0,35)	3,11 (0,68)	2,73 (0,24)
2006	3,03 (0,34)	3,01 (0,69)	2,68 (0,25)	3,71 (0,41)	3,57 (0,81)	2,88 (0,25)
2007	2,84 (0,32)	2,54 (0,69)	2,71 (0,26)	3,65 (0,39)	3,13 (0,84)	2,81 (0,26)
2008	2,30 (0,25)	1,70 (0,32)	3,29 (0,29)	2,78 (0,29)	1,96 (0,37)	3,53 (0,31)
2009	2,85 (0,32)	2,29 (0,50)	3,50 (0,31)	3,45 (0,38)	2,53 (0,56)	3,67 (0,31)
2010	2,21 (0,28)	2,95 (0,76)	3,48 (0,31)	2,83 (0,35)	3,39 (0,87)	3,44 (0,29)
2011	2,41 (0,32)	2,45 (0,51)	3,02 (0,26)	2,89 (0,36)	3,15 (0,61)	2,86 (0,23)
2012	2,43 (0,36)	2,86 (0,58)	3,02 (0,28)	2,91 (0,40)	3,74 (0,74)	2,78 (0,24)
2013	2,74 (0,26)	2,40 (0,48)	3,17 (0,26)	3,35 (0,30)	2,64 (0,53)	2,90 (0,24)
2014	2,28 (0,23)	1,99 (0,30)	4,12 (0,40)	2,61 (0,25)	2,16 (0,32)	3,54 (0,32)
2015	2,36 (0,19)	2,24 (0,25)	3,90 (0,33)	2,67 (0,21)	2,42 (0,26)	3,28 (0,27)
2016	2,44 (0,18)	2,32 (0,23)	3,72 (0,30)	2,71 (0,20)	2,47 (0,24)	3,13 (0,25)
2017	2,12 (0,15)	1,90 (0,17)	2,86 (0,20)	2,37 (0,16)	2,01 (0,17)	2,32 (0,16)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,09	-0,12	-0,68	-0,15	-0,56	-0,56
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	4,07	-6,40	-17,21	-4,97	-22,23	-13,71
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,17	0,20	-0,43	-0,41	0,06	-1,21
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-7,54	11,83	-12,95	-14,86	2,81	-34,38

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι διαφορές υγείας μεταξύ των πυκνοκατοικημένων και των αραιοκατοικημένων περιοχών παρουσιάζουν υψηλή διακύμανση, οπότε δεν είναι εύκολο να εξαχθεί κάποια σαφή τάση (Πίνακας 7-136).

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-136 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-1,77 (0,39)	-1,17 (0,42)	0,56 (0,07)	0,71 (0,09)
2004	-0,78 (0,36)	0,03 (0,40)	0,74 (0,10)	1,01 (0,14)
2005	-0,20 (0,38)	0,41 (0,42)	0,93 (0,14)	1,15 (0,16)
2006	0,35 (0,42)	0,83 (0,48)	1,13 (0,16)	1,29 (0,18)
2007	0,13 (0,42)	0,84 (0,47)	1,05 (0,16)	1,30 (0,18)
2008	-0,99 (0,38)	-0,75 (0,42)	0,70 (0,10)	0,79 (0,11)
2009	-0,65 (0,45)	-0,23 (0,49)	0,81 (0,12)	0,94 (0,13)
2010	-1,27 (0,42)	-0,61 (0,46)	0,63 (0,10)	0,82 (0,12)
2011	-0,60 (0,41)	0,02 (0,43)	0,80 (0,13)	1,01 (0,15)
2012	-0,58 (0,45)	0,14 (0,46)	0,81 (0,14)	1,05 (0,17)
2013	-0,43 (0,37)	0,44 (0,38)	0,86 (0,11)	1,15 (0,14)
2014	-1,84 (0,46)	-0,93 (0,40)	0,55 (0,08)	0,74 (0,10)
2015	-1,54 (0,38)	-0,60 (0,34)	0,60 (0,07)	0,82 (0,09)
2016	-1,28 (0,35)	-0,42 (0,32)	0,66 (0,07)	0,87 (0,09)
2017	-0,74 (0,25)	0,05 (0,23)	0,74 (0,07)	1,02 (0,10)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,77	0,42	0,14	0,07
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	43,75	35,62	25,70	10,14
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,25	0,80	0,04	0,23
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	25,43	106,59	6,21	29,75

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι δείκτες AGMD, RGMD και IDISP καταγράφουν μείωση τόσο πριν όσο και μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης (Πίνακας 7-137). Ωστόσο, πάλι υπάρχει υψηλή διακύμανση που κάνει δύσκολη την εξαγωγή συμπερασμάτων. Το ίδιο ισχύει και για τους δείκτες SII και RII (Πίνακας 7-138).

Πίνακας 7-137 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	AGMD		RGMD		IDISP	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	0,93 (0,18)	0,63 (0,19)	30,97 (5,90)	18,34 (5,47)	32,84 (5,71)	20,20 (5,74)
2004	0,44 (0,17)	0,16 (0,12)	17,53 (6,63)	5,53 (4,14)	20,30 (7,00)	9,51 (5,89)
2005	0,10 (0,10)	0,20 (0,13)	3,93 (3,81)	6,77 (4,54)	3,98 (5,02)	6,47 (5,50)
2006	0,17 (0,13)	0,40 (0,19)	5,97 (4,61)	11,98 (5,89)	5,76 (5,46)	11,11 (5,98)
2007	0,08 (0,12)	0,37 (0,18)	2,99 (4,23)	11,62 (5,76)	4,07 (5,92)	9,44 (6,06)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2008	0,57 (0,16)	0,47 (0,19)	21,00 (5,88)	15,50 (6,36)	24,65 (5,78)	20,09 (5,86)
2009	0,39 (0,17)	0,22 (0,15)	12,52 (5,66)	6,26 (4,48)	15,67 (6,63)	11,08 (5,88)
2010	0,58 (0,18)	0,29 (0,18)	20,10 (6,26)	9,27 (5,54)	15,63 (6,71)	8,68 (7,14)
2011	0,29 (0,14)	0,06 (0,11)	10,87 (5,40)	2,21 (3,73)	10,35 (5,79)	3,58 (4,83)
2012	0,27 (0,19)	0,20 (0,12)	10,03 (6,83)	6,59 (4,01)	8,88 (7,73)	11,39 (6,48)
2013	0,25 (0,14)	0,25 (0,14)	8,80 (4,78)	8,06 (4,64)	10,60 (5,70)	9,35 (5,88)
2014	0,92 (0,18)	0,52 (0,17)	31,56 (6,09)	18,19 (5,79)	31,57 (5,48)	19,00 (5,73)
2015	0,72 (0,16)	0,32 (0,12)	25,17 (5,51)	11,39 (4,36)	25,15 (5,42)	11,81 (4,45)
2016	0,59 (0,15)	0,23 (0,12)	20,81 (5,27)	8,27 (4,25)	21,05 (5,27)	8,79 (4,06)
2017	0,37 (0,09)	0,14 (0,08)	15,93 (3,82)	6,19 (3,45)	16,53 (3,81)	6,33 (3,47)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,36	-0,16	-9,97	-2,84	-8,19	-0,11
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-38,87	-25,06	-32,19	-15,47	-24,94	-0,52
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,20	-0,33	-5,07	-9,31	-8,12	-13,76
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-35,47	-70,45	-24,15	-60,05	-32,95	-68,49

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-138 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	SII		RII	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-3,37 (0,02)	-2,17 (0,02)	0,33 (0,00)	0,53 (0,00)
2004	-1,45 (0,02)	0,01 (0,02)	0,56 (0,00)	1,00 (0,01)
2005	-0,36 (0,02)	0,73 (0,02)	0,87 (0,01)	1,28 (0,01)
2006	0,62 (0,02)	1,47 (0,02)	1,24 (0,01)	1,56 (0,01)
2007	0,22 (0,02)	1,48 (0,02)	1,08 (0,01)	1,59 (0,01)
2008	-1,88 (0,02)	-1,43 (0,02)	0,50 (0,00)	0,62 (0,00)
2009	-1,22 (0,02)	-0,46 (0,02)	0,67 (0,00)	0,88 (0,01)
2010	-2,36 (0,02)	-1,10 (0,02)	0,44 (0,00)	0,71 (0,00)
2011	-1,06 (0,02)	0,04 (0,02)	0,67 (0,01)	1,01 (0,01)
2012	-1,04 (0,02)	0,20 (0,02)	0,68 (0,01)	1,07 (0,01)
2013	-0,77 (0,02)	0,77 (0,02)	0,77 (0,01)	1,29 (0,01)
2014	-3,06 (0,02)	-1,52 (0,02)	0,35 (0,00)	0,59 (0,00)
2015	-2,40 (0,02)	-0,92 (0,02)	0,43 (0,00)	0,72 (0,01)
2016	-1,93 (0,02)	-0,61 (0,02)	0,51 (0,00)	0,80 (0,01)
2017	-1,06 (0,02)	0,12 (0,02)	0,63 (0,01)	1,05 (0,01)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,49	0,74	0,17	0,09
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	44,13	34,09	52,73	17,60
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,82	1,55	0,13	0,43
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	43,48	108,31	26,24	68,87

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Οι δείκτες CI και ECI δείχνουν περισσότερα προβλήματα υγείας να συγκεντρώνονται σε περιοχές με χαμηλότερο βαθμό πυκνότητας πληθυσμού, αν και υπάρχει υψηλή διακύμανση στις τιμές (Πίνακας 7-139). Επίσης, παρατηρείται μείωση της συνολικής ανισότητας τόσο πριν όσο και μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Ωστόσο, διαπιστώνουμε μια αιφνίδια αύξηση το 2010 και το 2014, την οποία ακολούθησε μια αποκλιμάκωση των ανισοτήτων.

Πίνακας 7-139 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	CI		ECI(3)	ECI(4)	ECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	0,148 (0,031)	0,091 (0,029)	0,214	0,243	0,255
2004	0,079 (0,034)	0,009 (0,033)	0,111	0,123	0,127
2005	0,019 (0,036)	-0,040 (0,035)	0,028	0,032	0,034
2006	-0,030 (0,035)	-0,067 (0,035)	-0,045	-0,052	-0,055
2007	-0,011 (0,036)	-0,066 (0,036)	-0,020	-0,026	-0,030
2008	0,094 (0,035)	0,065 (0,034)	0,132	0,146	0,150
2009	0,054 (0,035)	0,021 (0,034)	0,074	0,080	0,082
2010	0,109 (0,036)	0,046 (0,034)	0,167	0,197	0,213
2011	0,055 (0,038)	0,001 (0,037)	0,079	0,090	0,095
2012	0,053 (0,041)	-0,017 (0,041)	0,080	0,093	0,100
2013	0,037 (0,031)	-0,030 (0,030)	0,050	0,053	0,053
2014	0,149 (0,037)	0,083 (0,033)	0,201	0,217	0,221
2015	0,122 (0,030)	0,054 (0,028)	0,162	0,174	0,178
2016	0,100 (0,028)	0,034 (0,026)	0,130	0,139	0,141
2017	0,068 (0,024)	-0,004 (0,023)	0,083	0,084	0,081
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,054	-0,025	-0,082	-0,097	-0,105
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-36,49	-27,92	-38,32	-39,92	-41,18
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,026	-0,069	-0,049	-0,062	-0,069
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-27,23	-106,13	-36,89	-42,67	-45,87

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Έπειτα, οι τιμές των δεικτών GCI και GECI είναι πολύ χαμηλές, το οποίο σημαίνει χαμηλή απόλυτη ανισότητα ως προς την πολύ κακή κατάσταση υγείας (Πίνακας 7-140). Παρόλα αυτά, οι μεταβολές δείχνουν μια μείωση της ανισότητας τόσο πριν όσο και μετά το 2008.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-140 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	GCI		GECI(3)	GECI(4)	GECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	0,004 (0,001)	0,003 (0,001)	0,017	0,015	0,014
2004	0,002 (0,001)	0,000 (0,001)	0,007	0,006	0,006
2005	0,000 (0,001)	-0,001 (0,001)	0,002	0,002	0,002
2006	-0,001 (0,001)	-0,002 (0,001)	-0,003	-0,003	-0,003
2007	0,000 (0,001)	-0,002 (0,001)	-0,001	-0,002	-0,002
2008	0,003 (0,001)	0,002 (0,001)	0,009	0,008	0,008
2009	0,002 (0,001)	0,001 (0,001)	0,006	0,005	0,005
2010	0,003 (0,001)	0,001 (0,001)	0,012	0,012	0,011
2011	0,001 (0,001)	0,000 (0,001)	0,006	0,005	0,005
2012	0,001 (0,001)	-0,001 (0,001)	0,006	0,005	0,005
2013	0,001 (0,001)	-0,001 (0,001)	0,004	0,003	0,003
2014	0,004 (0,001)	0,002 (0,001)	0,015	0,013	0,012
2015	0,003 (0,001)	0,002 (0,001)	0,012	0,011	0,010
2016	0,003 (0,001)	0,001 (0,001)	0,010	0,008	0,007
2017	0,002 (0,001)	0,000 (0,001)	0,005	0,004	0,003
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,002	-0,001	-0,007	-0,007	-0,007
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-42,89	-33,33	-44,34	-45,56	-46,62
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,001	-0,002	-0,004	-0,004	-0,004
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-37,94	-105,56	-46,32	-51,26	-54,09

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Χαμηλές είναι οι τιμές και για τους δείκτες E και W, αν και πάλι παρατηρείται μια μείωση καθόλη τη διάρκεια της περιόδου της ανάλυσης, με διακυμάνσεις βέβαια στο μεσοδιάστημα (**Πίνακας 7-141**).

Πίνακας 7-141 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	E		W	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	0,018 (0,004)	0,011 (0,004)	0,153 (0,032)	0,093 (0,030)
2004	0,008 (0,003)	0,001 (0,003)	0,081 (0,035)	0,009 (0,034)
2005	0,002 (0,004)	-0,004 (0,004)	0,020 (0,036)	-0,041 (0,036)
2006	-0,003 (0,004)	-0,008 (0,004)	-0,031 (0,036)	-0,068 (0,036)
2007	-0,001 (0,004)	-0,007 (0,004)	-0,011 (0,037)	-0,068 (0,037)
2008	0,010 (0,004)	0,007 (0,004)	0,097 (0,036)	0,067 (0,035)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2009	0,007 (0,004)	0,003 (0,004)	0,056 (0,036)	0,022 (0,035)
2010	0,013 (0,004)	0,005 (0,004)	0,113 (0,037)	0,047 (0,035)
2011	0,006 (0,004)	0,000 (0,004)	0,057 (0,039)	0,001 (0,038)
2012	0,006 (0,004)	-0,002 (0,005)	0,055 (0,042)	-0,017 (0,042)
2013	0,004 (0,004)	-0,003 (0,004)	0,038 (0,032)	-0,031 (0,031)
2014	0,017 (0,004)	0,010 (0,004)	0,153 (0,038)	0,085 (0,034)
2015	0,014 (0,003)	0,006 (0,003)	0,125 (0,031)	0,056 (0,029)
2016	0,011 (0,003)	0,004 (0,003)	0,103 (0,029)	0,035 (0,027)
2017	0,006 (0,002)	0,000 (0,002)	0,070 (0,025)	-0,004 (0,024)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,008	-0,004	-0,056	-0,026
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-42,94	-35,19	-36,86	-28,16
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,004	-0,007	-0,027	-0,071
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-37,92	-105,71	-27,54	-106,11

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι δείκτες SCI και GSCI, οι οποίοι δίνουν έμφαση στα άκρα της κοινωνικοοικονομικής κατανομής, σημειώνουν υψηλότερες τιμές σε σχέση με τους προηγούμενους δείκτες (Πίνακας 7-142). Αυτό συμβαίνει διότι η μεταβλητή της πυκνότητας του πληθυσμού δεν ακολουθούσε πάντοτε την τάση της κοινωνικοοικονομικής διαβάθμισης της υγείας. Συνεπώς, η υγεία δεν τηρούσε μια μονοτονικότητα στην κατανομή της μεταξύ των περιοχών.

Πίνακας 7-142 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

	SCI(3)	SCI(4)	SCI(5)	GSCI(3)	GSCI(4)	GSCI(5)
Έτος έρευνας	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	0,148	0,148	0,148	0,018	0,018	0,018
2004	0,078	0,078	0,078	0,008	0,008	0,008
2005	0,019	0,019	0,019	0,002	0,002	0,002
2006	-0,030	-0,030	-0,030	-0,003	-0,003	-0,003
2007	-0,012	-0,012	-0,012	-0,001	-0,001	-0,001
2008	0,093	0,092	0,092	0,010	0,010	0,010
2009	0,053	0,053	0,053	0,007	0,007	0,007
2010	0,111	0,111	0,111	0,013	0,013	0,013
2011	0,056	0,056	0,056	0,006	0,006	0,006
2012	0,054	0,054	0,054	0,006	0,006	0,006
2013	0,037	0,037	0,037	0,004	0,004	0,004
2014	0,155	0,157	0,157	0,018	0,018	0,018
2015	0,131	0,133	0,134	0,015	0,015	0,015

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2016	0,108	0,111	0,112	0,012	0,013	0,013
2017	0,076	0,079	0,080	0,007	0,007	0,007
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,055	-0,056	-0,056	-0,008	-0,008	-0,008
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-37,36	-37,57	-37,64	-43,56	-43,73	-43,79
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,017	-0,013	-0,012	-0,003	-0,003	-0,003
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-17,80	-14,29	-13,00	-30,03	-27,11	-26,03

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Τέλος, ο ΗΑΙ, ο οποίος λαμβάνει υπόψη του τόσο τη μέση τιμή του επιπολασμού των προβλημάτων υγείας όσο και τον βαθμό της άνισης κατανομής στον πληθυσμό, καταγράφει μια συνολική βελτίωση τόσο πριν όσο και μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης (**Πίνακας 7-143**). Πάντως, είναι ενδιαφέρον πως οι χειρότερες επιδόσεις καταγράφονται αμέσως μετά την έναρξη της κρίσης, καθώς και στα έτη 2014 με 2016.

Πίνακας 7-143 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (ΗΑΙ[2]) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΗΑΙ(2)	
	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	3,43	3,75
2004	2,70	2,88
2005	2,63	2,85
2006	2,77	3,10
2007	2,71	2,95
2008	2,94	3,22
2009	3,26	3,50
2010	3,18	3,32
2011	2,83	2,87
2012	2,86	2,86
2013	3,00	2,90
2014	3,36	3,20
2015	3,21	3,02
2016	3,11	2,91
2017	2,45	2,23
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,49	-0,53
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-14,27	-14,26
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,50	-0,99
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-16,85	-30,63

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

7.3.2.2.4. Ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα

Όλες οι εισοδηματικές κατηγορίες παρουσιάζουν βελτίωση της μέσης υγείας τους μετά το 2008 (**Πίνακας 7-144**). Ωστόσο, στις προτυποποιημένες κατανομές, τη σημαντικότερη μείωση στη συχνότητα της πολύ κακής υγείας σημειώνει η πλουσιότερη κατηγορία και τη μικρότερη ελάττωση η φτωχότερη.

Πίνακας 7-144 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ					ΠΚ				
	Πρώτο	Δεύτερο	Τρίτο	Τέταρτο	Πεμπτο	Πρώτο	Δεύτερο	Τρίτο	Τέταρτο	Πεμπτο
2003	4,86 (0,44)	3,92 (0,38)	2,61 (0,35)	1,41 (0,26)	0,67 (0,18)	4,64 (0,41)	4,28 (0,39)	3,19 (0,42)	2,08 (0,38)	1,19 (0,34)
2004	3,84 (0,44)	3,43 (0,37)	2,22 (0,30)	1,57 (0,29)	0,77 (0,24)	3,49 (0,38)	3,53 (0,36)	2,81 (0,39)	2,07 (0,39)	1,43 (0,54)
2005	4,00 (0,44)	3,40 (0,40)	2,74 (0,39)	1,68 (0,34)	0,69 (0,19)	3,65 (0,40)	3,59 (0,41)	3,43 (0,47)	2,22 (0,45)	0,77 (0,21)
2006	3,94 (0,43)	3,59 (0,47)	3,32 (0,51)	1,80 (0,35)	1,39 (0,28)	3,89 (0,42)	3,69 (0,47)	3,90 (0,55)	2,18 (0,40)	2,26 (0,47)
2007	3,61 (0,41)	3,53 (0,44)	3,06 (0,45)	1,83 (0,36)	1,46 (0,29)	3,53 (0,42)	3,57 (0,41)	3,35 (0,46)	2,78 (0,53)	2,57 (0,49)
2008	3,72 (0,42)	3,80 (0,40)	3,31 (0,42)	1,52 (0,31)	1,23 (0,22)	3,68 (0,41)	3,90 (0,40)	3,46 (0,42)	2,26 (0,47)	1,87 (0,34)
2009	4,35 (0,53)	4,10 (0,46)	3,00 (0,42)	2,65 (0,40)	1,61 (0,33)	4,30 (0,49)	3,86 (0,43)	3,20 (0,43)	3,26 (0,48)	2,50 (0,48)
2010	4,04 (0,54)	4,26 (0,54)	3,58 (0,53)	1,51 (0,33)	1,28 (0,35)	4,03 (0,51)	3,75 (0,47)	3,67 (0,52)	2,02 (0,41)	2,28 (0,69)
2011	3,79 (0,45)	3,81 (0,45)	2,74 (0,44)	1,07 (0,25)	0,97 (0,30)	3,51 (0,40)	3,37 (0,39)	3,03 (0,45)	1,76 (0,42)	1,66 (0,49)
2012	3,02 (0,40)	3,51 (0,43)	2,47 (0,42)	2,06 (0,49)	0,47 (0,29)	3,46 (0,43)	3,19 (0,37)	2,56 (0,42)	2,64 (0,61)	0,91 (0,54)
2013	3,52 (0,27)	3,49 (0,34)	1,77 (0,35)	1,30 (0,36)	0,86 (0,34)	3,78 (0,29)	3,13 (0,29)	1,96 (0,36)	1,61 (0,44)	1,55 (0,69)
2014	3,47 (0,31)	2,99 (0,30)	2,60 (0,50)	1,22 (0,35)	1,01 (0,54)	3,55 (0,30)	2,74 (0,27)	2,99 (0,56)	1,69 (0,49)	1,34 (0,71)
2015	3,42 (0,25)	3,03 (0,26)	2,04 (0,26)	1,64 (0,31)	0,99 (0,33)	3,41 (0,24)	2,67 (0,22)	2,26 (0,28)	1,91 (0,37)	1,11 (0,41)
2016	3,12 (0,21)	3,49 (0,27)	2,31 (0,26)	1,39 (0,23)	1,03 (0,29)	3,25 (0,21)	3,00 (0,24)	2,45 (0,27)	1,68 (0,26)	0,95 (0,30)
2017	2,72 (0,16)	2,49 (0,18)	1,70 (0,21)	1,38 (0,24)	0,59 (0,20)	2,76 (0,16)	2,17 (0,16)	1,84 (0,23)	1,53 (0,26)	0,62 (0,25)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-1,140	-0,119	0,700	0,107	0,554	-0,97	-0,38	0,27	0,18	0,67
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-23,46	-3,05	26,83	7,56	82,54	-20,80	-8,93	8,58	8,65	56,61
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,994	-1,306	-1,612	-0,145	-0,639	-0,92	-1,73	-1,62	-0,73	-1,24
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-26,74	-34,38	-48,72	-9,51	-52,17	-24,96	-44,43	-46,82	-32,23	-66,62

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Η εικόνα για τις διαφορές υγείας μεταξύ της φτωχότερης και της πλουσιότερης εισοδηματικής κατηγορίας είναι διαφορετική μεταξύ των προτυποποιημένων και των μη προτυποποιημένων κατανομών (**Πίνακας 7-145**). Ενώ στις μη προτυποποιημένες σημειώνεται μείωση της διαφοράς μετά την έναρξη της ύφεσης, στις προτυποποιημένες καταγράφεται μια αύξησή της.

Πίνακας 7-145 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-4,19 (0,48)	-3,45 (0,53)	0,14 (0,04)	0,26 (0,08)
2004	-3,07 (0,50)	-2,06 (0,66)	0,20 (0,07)	0,41 (0,16)
2005	-3,31 (0,48)	-2,89 (0,45)	0,17 (0,05)	0,21 (0,06)
2006	-2,55 (0,51)	-1,63 (0,63)	0,35 (0,08)	0,58 (0,14)
2007	-2,15 (0,50)	-0,96 (0,65)	0,40 (0,09)	0,73 (0,16)
2008	-2,49 (0,47)	-1,81 (0,53)	0,33 (0,07)	0,51 (0,11)
2009	-2,74 (0,62)	-1,79 (0,68)	0,37 (0,09)	0,58 (0,13)
2010	-2,76 (0,64)	-1,76 (0,86)	0,32 (0,10)	0,56 (0,19)
2011	-2,82 (0,54)	-1,85 (0,63)	0,26 (0,08)	0,47 (0,15)
2012	-2,56 (0,49)	-2,55 (0,69)	0,15 (0,10)	0,26 (0,16)
2013	-2,66 (0,44)	-2,23 (0,74)	0,24 (0,10)	0,41 (0,18)
2014	-2,47 (0,62)	-2,20 (0,77)	0,29 (0,16)	0,38 (0,20)
2015	-2,43 (0,41)	-2,30 (0,47)	0,29 (0,10)	0,33 (0,12)
2016	-2,10 (0,36)	-2,29 (0,37)	0,33 (0,09)	0,29 (0,09)
2017	-2,14 (0,26)	-2,14 (0,30)	0,22 (0,08)	0,23 (0,09)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,69	1,64	0,19	0,25
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	40,46	47,55	138,49	97,76
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,36	-0,33	-0,11	-0,28
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	14,24	-18,00	-34,71	-55,51

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι δείκτες AGMD και RGMD παρουσιάζουν μια τάση μείωσης τόσο πριν όσο και μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης (**Πίνακας 7-146**). Ο δείκτης IDISP, αν και αυτός μειώνεται πριν την έναρξη της κρίσης, σημειώνει συνολικά μια αύξηση για την περίοδο μετά το 2008. Βέβαια, οι τιμές παρουσιάζουν μια συνεχή διακύμανση, οπότε και δεν είναι εύκολο να εξαχθούν συμπεράσματα.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-146 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	AGMD		RGMD		IDISP	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	1,38 (0,14)	1,12 (0,16)	46,14 (4,70)	33,54 (4,69)	47,25 (4,34)	34,84 (4,96)
2004	1,03 (0,18)	0,70 (0,16)	40,99 (7,28)	25,11 (5,79)	41,55 (5,83)	25,70 (6,68)
2005	1,02 (0,13)	0,96 (0,16)	39,44 (5,03)	34,16 (5,83)	39,99 (4,51)	34,70 (5,52)
2006	0,95 (0,14)	0,75 (0,19)	32,89 (4,73)	23,10 (5,92)	33,28 (4,68)	23,59 (6,28)
2007	0,83 (0,15)	0,38 (0,15)	30,07 (5,45)	11,99 (4,76)	30,19 (5,75)	12,03 (4,93)
2008	1,07 (0,14)	0,78 (0,17)	39,64 (5,16)	25,68 (5,65)	39,66 (5,03)	25,66 (6,20)
2009	0,85 (0,17)	0,51 (0,16)	27,24 (5,32)	14,96 (4,78)	27,71 (5,54)	15,21 (5,35)
2010	1,26 (0,19)	0,82 (0,21)	44,30 (6,76)	26,46 (6,76)	43,96 (6,41)	26,37 (7,97)
2011	1,08 (0,12)	0,71 (0,16)	40,24 (4,59)	25,26 (5,68)	41,64 (4,32)	26,41 (6,13)
2012	0,59 (0,14)	0,49 (0,18)	21,35 (5,27)	16,68 (6,23)	31,24 (6,14)	23,64 (6,40)
2013	0,85 (0,13)	0,72 (0,15)	29,36 (4,42)	24,14 (4,90)	41,30 (4,86)	31,91 (6,11)
2014	0,55 (0,16)	0,51 (0,16)	18,82 (5,30)	17,05 (5,31)	31,19 (5,42)	25,19 (6,55)
2015	0,60 (0,11)	0,54 (0,12)	20,92 (3,93)	19,09 (4,28)	32,44 (4,42)	27,81 (4,39)
2016	0,59 (0,09)	0,49 (0,09)	20,82 (3,22)	17,26 (3,10)	33,27 (3,74)	28,29 (3,82)
2017	0,49 (0,07)	0,45 (0,08)	21,38 (3,13)	19,76 (3,55)	33,58 (3,46)	29,90 (3,64)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,31	-0,34	-6,51	-7,86	-7,60	-9,18
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-22,34	-30,30	-14,10	-23,44	-16,08	-26,34
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,58	-0,33	-18,25	-5,92	-6,08	4,24
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-54,30	-42,59	-46,05	-23,04	-15,33	16,50

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των δεικτών SII και RII δείχνει ότι οι ανισότητες υπέρ του πλουσιότερου στρώματος ως προς τον επιπολασμό της πολύ κακής αυτοαξιολογούμενης υγείας ελαττώθηκαν τόσο πριν όσο και μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης (**Πίνακας 7-147**). Ωστόσο, διαπιστώνονται υψηλές διακυμάνσεις, οπότε είναι δύσκολο να διακριθούν οι τάσεις σε σχέση με συγκεκριμένα έτη. Πάντως, οι μεταβολές μετά το 2008 είναι μικρότερου μεγέθους από ό,τι στην προηγούμενη περίοδο.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-147 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	SII		RII	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-5,83 (0,02)	-4,55 (0,02)	0,14 (0,00)	0,25 (0,00)
2004	-4,16 (0,02)	-2,73 (0,02)	0,19 (0,00)	0,37 (0,00)
2005	-4,30 (0,02)	-3,53 (0,02)	0,19 (0,00)	0,28 (0,00)
2006	-3,47 (0,02)	-2,34 (0,02)	0,30 (0,00)	0,48 (0,00)
2007	-3,03 (0,02)	-1,34 (0,02)	0,33 (0,00)	0,66 (0,00)
2008	-3,75 (0,02)	-2,67 (0,02)	0,25 (0,00)	0,41 (0,00)
2009	-3,52 (0,02)	-2,07 (0,02)	0,32 (0,00)	0,54 (0,00)
2010	-4,37 (0,02)	-2,66 (0,02)	0,21 (0,00)	0,42 (0,00)
2011	-4,23 (0,02)	-2,58 (0,02)	0,21 (0,00)	0,40 (0,00)
2012	-1,98 (0,02)	-2,00 (0,02)	0,49 (0,00)	0,51 (0,00)
2013	-3,14 (0,02)	-3,15 (0,02)	0,34 (0,00)	0,35 (0,00)
2014	-2,62 (0,02)	-2,24 (0,02)	0,41 (0,00)	0,47 (0,00)
2015	-2,60 (0,02)	-2,39 (0,02)	0,40 (0,00)	0,43 (0,00)
2016	-1,94 (0,02)	-2,08 (0,02)	0,51 (0,00)	0,48 (0,00)
2017	-2,04 (0,02)	-2,02 (0,02)	0,41 (0,00)	0,41 (0,00)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	2,08	1,88	0,11	0,16
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	35,67	41,30	75,50	62,89
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,71	0,65	0,16	0,00
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	45,54	24,24	64,65	1,06

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι δείκτες CI και ECI επίσης σημειώνουν μια τάση μείωσης των ανισοτήτων υγείας υπέρ των πλουσίων και στις δύο περιόδους της ανάλυσης (Πίνακας 7-148). Ωστόσο, παρατηρούμε ότι κατά τα πρώτα χρόνια της κρίσης υπήρξε μια αντιστροφή της τάσης αυτής, το οποίο διαπιστώνεται και για τα έτη 2013-2015.

Πίνακας 7-148 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	CI		ECI(3)	ECI(4)	ECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	-0,297 (0,032)	-0,200 (0,030)	-0,438	-0,517	-0,566
2004	-0,261 (0,036)	-0,157 (0,033)	-0,381	-0,446	-0,485
2005	-0,273 (0,034)	-0,188 (0,031)	-0,398	-0,469	-0,516
2006	-0,190 (0,034)	-0,103 (0,031)	-0,266	-0,306	-0,331

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2007	-0,182 (0,034)	-0,094 (0,033)	-0,255	-0,289	-0,307
2008	-0,215 (0,032)	-0,146 (0,030)	-0,299	-0,329	-0,334
2009	-0,190 (0,037)	-0,114 (0,035)	-0,273	-0,316	-0,337
2010	-0,234 (0,041)	-0,135 (0,040)	-0,330	-0,360	-0,360
2011	-0,239 (0,036)	-0,141 (0,035)	-0,327	-0,359	-0,370
2012	-0,091 (0,041)	-0,097 (0,040)	-0,081	-0,047	-0,006
2013	-0,128 (0,028)	-0,135 (0,027)	-0,130	-0,097	-0,055
2014	-0,104 (0,032)	-0,107 (0,032)	-0,103	-0,079	-0,051
2015	-0,117 (0,025)	-0,122 (0,025)	-0,130	-0,114	-0,091
2016	-0,092 (0,022)	-0,107 (0,023)	-0,080	-0,045	-0,006
2017	-0,115 (0,022)	-0,124 (0,022)	-0,131	-0,120	-0,100
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,082	0,055	0,139	0,188	0,232
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	27,61	27,26	31,74	36,36	40,99
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,100	0,022	0,168	0,209	0,234
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	46,51	15,03	56,19	63,53	70,06

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι δείκτες GCI και GECI επίσης καταγράφουν μια τάση μείωσης τόσο πριν όσο και μετά το 2008 (**Πίνακας 7-149**). Έπειτα, πάλι παρατηρείται μια μικρή αύξηση κατά τα πρώτα χρόνια της κρίσης αλλά και το 2013.

Πίνακας 7-149 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	GCI		GECI(3)	GECI(4)	GECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	-0,009 (0,001)	-0,006 (0,001)	-0,034	-0,033	-0,032
2004	-0,007 (0,001)	-0,004 (0,001)	-0,025	-0,024	-0,023
2005	-0,007 (0,001)	-0,005 (0,001)	-0,027	-0,026	-0,025
2006	-0,005 (0,001)	-0,003 (0,001)	-0,020	-0,019	-0,018
2007	-0,005 (0,001)	-0,003 (0,001)	-0,018	-0,017	-0,016
2008	-0,006 (0,001)	-0,004 (0,001)	-0,021	-0,019	-0,017
2009	-0,006 (0,001)	-0,004 (0,001)	-0,022	-0,021	-0,020
2010	-0,007 (0,001)	-0,004 (0,001)	-0,024	-0,022	-0,019
2011	-0,006 (0,001)	-0,004 (0,001)	-0,023	-0,021	-0,019
2012	-0,003 (0,001)	-0,003 (0,001)	-0,006	-0,003	0,000
2013	-0,004 (0,001)	-0,004 (0,001)	-0,010	-0,006	-0,003
2014	-0,003 (0,001)	-0,003 (0,001)	-0,008	-0,005	-0,003
2015	-0,003 (0,001)	-0,004 (0,001)	-0,010	-0,007	-0,005
2016	-0,003 (0,001)	-0,003 (0,001)	-0,006	-0,003	0,000
2017	-0,003 (0,001)	-0,003 (0,001)	-0,008	-0,006	-0,004

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,003	0,002	0,013	0,014	0,015
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	34,49	35,00	38,12	42,68	46,69
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,003	0,001	0,013	0,013	0,013
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	54,89	28,21	62,99	69,04	74,56

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι δείκτες E και W καταγράφουν συνολικά μια μείωση των υπέρ των πλουσιότερων ομάδων απόλυτων ανισοτήτων στην πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας τόσο πριν όσο και μετά την έναρξη της κρίσης (**Πίνακας 7-150**). Ωστόσο, παρατηρείται μια παροδική όξυνσή τους κατά τα πρώτα έτη της κρίσης αλλά και μεταξύ 2013 και 2015.

Πίνακας 7-150 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	E		W	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-0,036 (0,004)	-0,024 (0,004)	-0,306 (0,033)	-0,207 (0,031)
2004	-0,026 (0,004)	-0,016 (0,003)	-0,268 (0,037)	-0,161 (0,034)
2005	-0,028 (0,004)	-0,020 (0,003)	-0,280 (0,035)	-0,193 (0,032)
2006	-0,022 (0,004)	-0,012 (0,004)	-0,195 (0,035)	-0,106 (0,032)
2007	-0,020 (0,004)	-0,010 (0,004)	-0,187 (0,035)	-0,096 (0,034)
2008	-0,023 (0,003)	-0,016 (0,003)	-0,221 (0,033)	-0,150 (0,031)
2009	-0,024 (0,005)	-0,014 (0,004)	-0,196 (0,038)	-0,117 (0,036)
2010	-0,027 (0,005)	-0,015 (0,005)	-0,241 (0,042)	-0,139 (0,041)
2011	-0,026 (0,004)	-0,015 (0,004)	-0,246 (0,037)	-0,145 (0,035)
2012	-0,010 (0,005)	-0,011 (0,004)	-0,094 (0,042)	-0,100 (0,041)
2013	-0,015 (0,003)	-0,016 (0,003)	-0,131 (0,028)	-0,139 (0,028)
2014	-0,012 (0,004)	-0,013 (0,004)	-0,107 (0,033)	-0,110 (0,033)
2015	-0,013 (0,003)	-0,014 (0,003)	-0,120 (0,026)	-0,126 (0,026)
2016	-0,011 (0,003)	-0,012 (0,003)	-0,095 (0,023)	-0,110 (0,023)
2017	-0,011 (0,002)	-0,011 (0,002)	-0,117 (0,023)	-0,127 (0,023)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,012	0,008	0,085	0,057
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	34,55	34,17	27,78	27,46
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,013	0,004	0,104	0,023
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	54,94	27,85	47,06	15,35

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι δείκτες SCI και GSCI επίσης καταγράφουν μια συνολική μείωση των ανισοτήτων υγείας τόσο πριν όσο και μετά το 2008 (**Πίνακας 7-151**). Επίσης, παρατηρείται αύξηση κατά τα πρώτα χρόνια της κρίσης και μεταξύ 2013 και 2015. Ακόμη, οι μειώσεις στις υπέρ των πλουσιότερων ομάδων ανισότητες είναι μικρότερες σε υψηλότερες τιμές της παραμέτρου αποστροφής στην ανισότητα.

Πίνακας 7-151 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

	SCI(3)	SCI(4)	SCI(5)	GSCI(3)	GSCI(4)	GSCI(5)
Έτος έρευνας	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	-0,327	-0,344	-0,353	-0,039	-0,041	-0,042
2004	-0,289	-0,304	-0,315	-0,029	-0,031	-0,032
2005	-0,313	-0,333	-0,345	-0,032	-0,035	-0,036
2006	-0,217	-0,234	-0,245	-0,025	-0,027	-0,028
2007	-0,202	-0,210	-0,214	-0,022	-0,023	-0,024
2008	-0,217	-0,210	-0,201	-0,024	-0,023	-0,022
2009	-0,208	-0,216	-0,219	-0,026	-0,027	-0,027
2010	-0,222	-0,201	-0,180	-0,025	-0,023	-0,021
2011	-0,253	-0,258	-0,261	-0,027	-0,028	-0,028
2012	-0,092	-0,085	-0,077	-0,010	-0,009	-0,008
2013	-0,122	-0,115	-0,106	-0,014	-0,013	-0,012
2014	-0,109	-0,113	-0,116	-0,013	-0,013	-0,014
2015	-0,119	-0,119	-0,117	-0,014	-0,014	-0,013
2016	-0,091	-0,088	-0,086	-0,010	-0,010	-0,010
2017	-0,118	-0,119	-0,118	-0,011	-0,011	-0,011
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,110	0,134	0,152	0,016	0,019	0,021
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	33,64	38,95	43,06	40,05	44,90	48,46
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,099	0,091	0,083	0,013	0,012	0,011
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	45,62	43,33	41,29	53,62	51,98	50,46

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Τέλος, ως προς την συνολική επίδοση, ο δείκτης HAI σημειώνει μεγαλύτερη μείωση μετά το 2008 από ό,τι πριν την έναρξη της κρίσης (**Πίνακας 7-152**). Αυτό μεταφράζεται σε επιτάχυνση της βελτίωσης της συνολικής επίδοσης μετά την έναρξη της ύφεσης. Επίσης, παρατηρείται προσωρινή

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

αναστροφή αυτής της τάσης στα πρώτα χρόνια της κρίσης αλλά και μεταξύ 2013 και 2015.

Πίνακας 7-152 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	HAI(2)	
	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	3,89	4,08
2004	3,18	3,26
2005	3,30	3,44
2006	3,43	3,60
2007	3,25	3,40
2008	3,29	3,45
2009	3,70	3,79
2010	3,51	3,55
2011	3,33	3,25
2012	3,00	3,20
2013	3,27	3,38
2014	3,22	3,27
2015	3,19	3,20
2016	3,10	3,12
2017	2,55	2,53
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,60	-0,63
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-15,35	-15,56
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,74	-0,91
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-22,47	-26,44

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.2.5. Κίνδυνος φτώχειας

Ο επιπολασμός της πολύ κακής αυτοαξιολογούμενης υγείας μειώνεται τόσο για τους φτωχούς όσο και για τους μη φτωχούς πληθυσμούς σε μεγαλύτερο βαθμό μετά το 2008 από ό,τι πριν την έναρξη της κρίσης (**Πίνακας 7-153**). Ωστόσο, ενώ οι μειώσεις είναι μεγαλύτερες στους μη φτωχούς από ό,τι στους φτωχούς πληθυσμούς στις προτυποποιημένες κατανομές, στις μη προτυποποιημένες κατανομές παρατηρείται το αντίθετο.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-153 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τον κίνδυνο φτώχειας, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	2,40 (0,17)	4,84 (0,45)	3,08 (0,22)	4,59 (0,41)
2004	2,18 (0,17)	3,73 (0,43)	2,73 (0,20)	3,38 (0,37)
2005	2,23 (0,18)	4,00 (0,45)	2,74 (0,22)	3,64 (0,39)
2006	2,58 (0,22)	4,00 (0,44)	3,20 (0,26)	3,94 (0,43)
2007	2,55 (0,21)	3,54 (0,43)	3,11 (0,24)	3,48 (0,45)
2008	2,48 (0,18)	3,71 (0,43)	2,91 (0,21)	3,66 (0,42)
2009	2,80 (0,21)	4,57 (0,57)	3,18 (0,23)	4,51 (0,51)
2010	2,60 (0,21)	4,04 (0,55)	2,96 (0,23)	4,10 (0,53)
2011	2,33 (0,20)	3,85 (0,46)	2,66 (0,22)	3,55 (0,41)
2012	2,62 (0,25)	2,98 (0,41)	2,71 (0,24)	3,44 (0,44)
2013	2,52 (0,21)	3,45 (0,28)	2,58 (0,20)	3,76 (0,29)
2014	2,46 (0,21)	3,48 (0,32)	2,56 (0,21)	3,56 (0,31)
2015	2,46 (0,16)	3,36 (0,25)	2,43 (0,16)	3,38 (0,25)
2016	2,63 (0,16)	3,11 (0,21)	2,55 (0,15)	3,24 (0,22)
2017	2,01 (0,11)	2,68 (0,16)	1,94 (0,11)	2,73 (0,16)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,09	-1,12	-0,17	-0,93
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	3,64	-23,23	-5,52	-20,24
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,48	-1,03	-0,97	-0,93
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-19,20	-27,87	-33,45	-25,42

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Ενώ οι μη προτυποποιημένοι πληθυσμοί συνδέονται με μια μείωση των εις βάρος των φτωχών χασμάτων στην πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη υγεία τόσο πριν όσο και μετά το 2008, στις προτυποποιημένες κατανομές συνολικά παρατηρείται μια μικρή όξυνσή τους μετά την έναρξη της κρίσης τόσο για το απόλυτο όσο και για το σχετικό χάσμα (**Πίνακας 7-154**). Αυτό οφείλεται στη διεύρυνση που σημειώνεται κατά τα πρώτα έτη μετά την έναρξη της κρίσης αλλά και μεταξύ 2013 και 2014.

Πίνακας 7-154 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον κίνδυνο φτώχειας, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-2,44 (0,48)	-1,51 (0,47)	0,50 (0,06)	0,67 (0,08)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2004	-1,55 (0,46)	-0,65 (0,42)	0,58 (0,08)	0,81 (0,11)
2005	-1,77 (0,49)	-0,90 (0,45)	0,56 (0,08)	0,75 (0,10)
2006	-1,42 (0,49)	-0,74 (0,50)	0,65 (0,09)	0,81 (0,11)
2007	-0,99 (0,48)	-0,36 (0,51)	0,72 (0,11)	0,90 (0,13)
2008	-1,23 (0,46)	-0,75 (0,46)	0,67 (0,09)	0,79 (0,11)
2009	-1,77 (0,60)	-1,32 (0,56)	0,61 (0,09)	0,71 (0,10)
2010	-1,44 (0,59)	-1,14 (0,58)	0,64 (0,10)	0,72 (0,11)
2011	-1,52 (0,50)	-0,89 (0,47)	0,61 (0,09)	0,75 (0,11)
2012	-0,35 (0,48)	-0,73 (0,50)	0,88 (0,15)	0,79 (0,12)
2013	-0,93 (0,34)	-1,17 (0,35)	0,73 (0,08)	0,69 (0,08)
2014	-1,02 (0,38)	-1,01 (0,37)	0,71 (0,09)	0,72 (0,09)
2015	-0,90 (0,30)	-0,95 (0,29)	0,73 (0,07)	0,72 (0,07)
2016	-0,48 (0,26)	-0,69 (0,27)	0,85 (0,08)	0,79 (0,07)
2017	-0,67 (0,20)	-0,80 (0,19)	0,75 (0,06)	0,71 (0,06)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,21	0,76	0,17	0,12
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	49,62	50,17	35,00	18,45
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,56	-0,04	0,08	-0,09
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	45,39	-5,56	12,02	-10,77

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.6. Αριθμός υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό

Η εξέλιξη του επιπολασμού της πολύ κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας σε σχέση με τον αριθμό των αγαθών που στερείται το νοικοκυριό παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα (**Πίνακας 7-155**). Αρχικά, παρατηρείται μια κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση της κατάστασης υγείας, καθώς η συχνότητα της πολύ κακής υγείας φθίνει καθώς μειώνεται ο αριθμός των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό. Έπειτα, διαπιστώνεται ότι οι δύο χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές κατηγορίες κατέγραψαν βελτίωση της υγείας τους στην περίοδο μέχρι το 2008 τόσο για τους προτυποποιημένους όσο και για τους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς, σε αντίθεση με τις ανώτερες κατηγορίες που σημείωσαν επιδείνωση. Κατά τα πρώτα χρόνια της οικονομικής κρίσης, παρατηρείται μια χειροτέρευση σε όλες τις κοινωνικές κατηγορίες. Ακολουθεί μια περίοδος με διακύμανση, ενώ από το 2015 καταγράφεται μια συνεχής βελτίωση. Συνολικά, μετά την έναρξη της κρίσης σημειώνεται μείωση του επιπολασμού της κακής υγείας σε όλες τις κατηγορίες, εκτός από εκείνη που αναφέρει στέρηση τριών υλικών αγαθών, η οποία συνδέεται με μια σχετική σταθερότητα.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-155 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ					ΠΚ				
	0 αγαθά	1 αγαθά	2 αγαθά	3 αγαθά	4+ αγαθά	0 αγαθά	1 αγαθά	2 αγαθά	3 αγαθά	4+ αγαθά
2003	0,95 (0,15)	1,60 (0,29)	2,31 (0,32)	3,73 (0,48)	6,95 (0,56)	1,34 (0,22)	2,24 (0,38)	2,70 (0,36)	4,13 (0,49)	6,78 (0,51)
2004	0,71 (0,14)	1,50 (0,26)	2,17 (0,33)	4,86 (0,63)	5,61 (0,56)	1,00 (0,23)	1,79 (0,30)	2,28 (0,34)	5,35 (0,64)	5,52 (0,54)
2005	0,75 (0,15)	1,31 (0,26)	2,60 (0,42)	4,28 (0,57)	6,03 (0,59)	1,01 (0,20)	1,54 (0,30)	2,89 (0,45)	4,59 (0,57)	6,08 (0,58)
2006	0,99 (0,18)	1,69 (0,29)	3,55 (0,50)	4,56 (0,77)	6,94 (0,69)	1,42 (0,24)	2,04 (0,33)	3,77 (0,51)	4,68 (0,75)	7,05 (0,68)
2007	1,27 (0,18)	1,94 (0,27)	4,05 (0,70)	3,98 (0,55)	5,50 (0,65)	1,78 (0,25)	2,34 (0,31)	4,25 (0,67)	4,36 (0,57)	5,27 (0,62)
2008	1,19 (0,17)	2,48 (0,33)	3,66 (0,47)	2,75 (0,44)	5,94 (0,68)	1,68 (0,26)	2,83 (0,36)	3,94 (0,49)	2,68 (0,44)	5,87 (0,65)
2009	1,44 (0,19)	3,22 (0,54)	4,14 (0,50)	4,39 (0,73)	5,71 (0,69)	1,98 (0,25)	3,25 (0,52)	4,06 (0,48)	4,71 (0,73)	6,34 (0,70)
2010	1,38 (0,23)	2,44 (0,48)	3,74 (0,56)	5,27 (0,76)	4,84 (0,73)	1,92 (0,32)	2,63 (0,47)	3,70 (0,55)	5,20 (0,69)	5,32 (0,70)
2011	1,25 (0,19)	2,61 (0,40)	3,61 (0,58)	4,30 (0,66)	3,97 (0,55)	1,67 (0,25)	2,58 (0,37)	3,46 (0,53)	3,84 (0,59)	4,65 (0,61)
2012	1,71 (0,32)	2,55 (0,42)	3,03 (0,43)	2,81 (0,44)	4,02 (0,64)	1,94 (0,33)	2,76 (0,44)	2,99 (0,41)	2,72 (0,41)	4,82 (0,71)
2013	1,14 (0,17)	2,66 (0,37)	3,67 (0,42)	3,68 (0,50)	4,09 (0,43)	1,31 (0,18)	2,43 (0,32)	3,54 (0,39)	3,70 (0,48)	5,11 (0,51)
2014	1,30 (0,21)	2,83 (0,47)	3,28 (0,41)	4,00 (0,42)	3,66 (0,48)	1,33 (0,21)	2,79 (0,43)	3,08 (0,37)	3,70 (0,39)	4,40 (0,56)
2015	1,29 (0,16)	2,55 (0,27)	2,93 (0,30)	3,61 (0,35)	4,06 (0,40)	1,36 (0,17)	2,35 (0,24)	2,52 (0,25)	3,44 (0,32)	4,85 (0,46)
2016	1,25 (0,15)	2,22 (0,22)	3,53 (0,33)	4,02 (0,32)	3,54 (0,33)	1,34 (0,16)	2,09 (0,20)	3,07 (0,28)	3,65 (0,29)	4,23 (0,39)
2017	1,01 (0,11)	1,94 (0,18)	2,82 (0,23)	2,84 (0,27)	3,29 (0,24)	1,05 (0,11)	1,79 (0,16)	2,48 (0,21)	2,61 (0,24)	3,73 (0,26)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,23	0,89	1,35	-0,99	-1,02	0,33	0,59	1,24	-1,45	-0,90
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	24,56	55,63	58,54	-26,41	-14,62	24,90	26,15	45,72	-35,03	-13,34
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,18	-0,55	-0,84	0,09	-2,64	-0,63	-1,04	-1,46	-0,08	-2,14
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-15,38	-22,10	-23,04	3,36	-44,50	-37,68	-36,63	-36,98	-2,80	-36,47

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Το απόλυτο χάσμα υγείας υπέρ της ομάδας που δεν στερείται κανένα αγαθό αμβλύνεται τόσο πριν όσο και μετά το 2008 (Πίνακας 7-156). Ωστόσο, παρατηρείται μια παροδική αύξησή του κατά τα πρώτα χρόνια της κρίσης αλλά και μεταξύ 2013 και 2015. Ως προς το σχετικό χάσμα, καταγράφεται ένα αντίστοιχο μοτίβο για τους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς. Ωστόσο, δεν

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

σημειώνεται σημαντική μεταβολή συνολικά για την περίοδο μετά το 2008 για τους προτυποποιημένους πληθυσμούς, αν και παρατηρούνται και εδώ παρόμοιες διακυμάνσεις.

Πίνακας 7-156 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-6,00 (0,58)	-5,43 (0,56)	0,14 (0,02)	0,20 (0,04)
2004	-4,90 (0,58)	-4,52 (0,59)	0,13 (0,03)	0,18 (0,05)
2005	-5,28 (0,60)	-5,08 (0,61)	0,13 (0,03)	0,17 (0,04)
2006	-5,95 (0,72)	-5,63 (0,72)	0,14 (0,03)	0,20 (0,04)
2007	-4,23 (0,67)	-3,48 (0,67)	0,23 (0,04)	0,34 (0,06)
2008	-4,75 (0,70)	-4,19 (0,70)	0,20 (0,04)	0,29 (0,05)
2009	-4,27 (0,71)	-4,36 (0,75)	0,25 (0,05)	0,31 (0,05)
2010	-3,46 (0,76)	-3,41 (0,77)	0,29 (0,06)	0,36 (0,08)
2011	-2,73 (0,58)	-2,97 (0,66)	0,31 (0,07)	0,36 (0,07)
2012	-2,31 (0,72)	-2,87 (0,79)	0,42 (0,10)	0,40 (0,09)
2013	-2,94 (0,46)	-3,80 (0,54)	0,28 (0,05)	0,26 (0,04)
2014	-2,36 (0,52)	-3,07 (0,60)	0,36 (0,07)	0,30 (0,06)
2015	-2,77 (0,43)	-3,49 (0,49)	0,32 (0,05)	0,28 (0,04)
2016	-2,29 (0,36)	-2,90 (0,42)	0,35 (0,05)	0,32 (0,05)
2017	-2,29 (0,26)	-2,68 (0,29)	0,31 (0,04)	0,28 (0,04)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,25	1,24	0,06	0,09
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	20,85	22,81	45,88	44,13
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	2,46	1,51	0,11	-0,01
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	51,79	35,98	52,47	-1,92

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι δείκτες AGMD, RGMD και IDISP σημειώνουν μείωση τόσο πριν όσο και μετά το 2008 (**Πίνακας 7-157**).

Πίνακας 7-157 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	AGMD		RGMD		IDISP	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	1.90 (0.20)	1.72 (0.16)	63.66 (6.68)	51.94 (4.92)	58,99 (5,73)	47,93 (5,01)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2004	1.69 (0.20)	1.65 (0.18)	67.59 (7.82)	60.68 (6.55)	68,72 (6,55)	62,74 (6,73)
2005	1.64 (0.16)	1.63 (0.18)	63.76 (6.18)	58.03 (6.34)	64,16 (5,92)	58,46 (6,30)
2006	1.84 (0.19)	1.72 (0.19)	64.27 (6.59)	54.45 (6.04)	66,38 (5,93)	56,25 (5,51)
2007	1.47 (0.16)	1.29 (0.19)	53.42 (5.95)	42.04 (6.32)	55,14 (5,79)	43,69 (5,25)
2008	1.21 (0.15)	1.10 (0.16)	44.88 (5.51)	36.88 (5.38)	44,36 (5,89)	37,60 (5,79)
2009	1.40 (0.16)	1.28 (0.17)	45.22 (5.12)	37.29 (4.89)	43,69 (4,52)	37,49 (5,34)
2010	1.39 (0.19)	1.24 (0.21)	48.43 (6.48)	39.00 (6.73)	49,77 (6,75)	40,94 (7,01)
2011	1.13 (0.16)	1.02 (0.18)	42.35 (5.84)	35.61 (6.39)	39,94 (5,66)	33,66 (6,32)
2012	0.67 (0.18)	0.77 (0.18)	24.46 (6.78)	25.93 (6.18)	21,13 (5,62)	22,57 (5,55)
2013	1.04 (0.13)	1.22 (0.13)	35.91 (4.66)	39.48 (4.29)	32,90 (4,56)	35,57 (3,87)
2014	0.84 (0.13)	0.91 (0.14)	28.81 (4.34)	30.37 (4.81)	26,61 (4,19)	26,88 (4,23)
2015	0.85 (0.14)	1.09 (0.15)	29.63 (4.72)	37.12 (5.05)	27,24 (4,08)	34,17 (4,08)
2016	0.97 (0.12)	0.99 (0.10)	34.20 (4.07)	34.79 (3.65)	33,73 (3,69)	33,00 (3,03)
2017	0.78 (0.08)	0.80 (0.08)	34.21 (3.50)	35.41 (3.38)	32,43 (3,57)	32,72 (2,98)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0.69	-0.62	-18.78	-15.07	-14,63	-10,34
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-36.45	-36.02	-29.50	-29.01	-24,80	-21,56
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0.43	-0.29	-10.67	-1.47	-11,93	-4,88
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-35.15	-26.82	-23.78	-3.98	-26,89	-12,98

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Ως προς τον δείκτη SII, παρατηρείται σημαντική μείωση των απόλυτων ανισοτήτων τόσο πριν όσο και μετά το 2008 (**Πίνακας 7-158**). Ωστόσο, για τον δείκτη RII, ενώ οι μη προτυποποιημένοι πληθυσμοί συνδέονται με σημαντική άμβλυνση των σχετικών ανισοτήτων μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, δεν ισχύει το ίδιο και για τους προτυποποιημένους, καθότι η καθαρή συνολική μεταβολή των διακυμάνσεων είναι σχεδόν μηδενική.

Πίνακας 7-158 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	SII		RII	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-8,22 (0,03)	-7,19 (0,03)	0,06 (0,00)	0,11 (0,00)
2004	-7,10 (0,03)	-6,57 (0,02)	0,06 (0,00)	0,09 (0,00)
2005	-7,27 (0,03)	-6,95 (0,03)	0,06 (0,00)	0,08 (0,00)
2006	-7,68 (0,03)	-6,99 (0,03)	0,07 (0,00)	0,11 (0,00)
2007	-5,59 (0,02)	-4,74 (0,02)	0,13 (0,00)	0,21 (0,00)
2008	-5,26 (0,02)	-4,42 (0,02)	0,14 (0,00)	0,23 (0,00)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2009	-5,66 (0,02)	-5,33 (0,02)	0,16 (0,00)	0,21 (0,00)
2010	-5,41 (0,02)	-4,81 (0,02)	0,15 (0,00)	0,22 (0,00)
2011	-4,39 (0,02)	-4,05 (0,02)	0,19 (0,00)	0,24 (0,00)
2012	-2,84 (0,02)	-3,28 (0,02)	0,35 (0,00)	0,33 (0,00)
2013	-4,03 (0,02)	-5,08 (0,02)	0,25 (0,00)	0,19 (0,00)
2014	-3,26 (0,02)	-4,00 (0,02)	0,33 (0,00)	0,26 (0,00)
2015	-3,64 (0,02)	-4,55 (0,02)	0,28 (0,00)	0,21 (0,00)
2016	-3,36 (0,02)	-3,99 (0,02)	0,30 (0,00)	0,25 (0,00)
2017	-3,05 (0,02)	-3,43 (0,02)	0,26 (0,00)	0,22 (0,00)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	2,97	2,77	0,08	0,11
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	36,09	38,53	125,92	101,55
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	2,21	0,99	0,12	-0,01
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	41,99	22,39	86,38	-2,63

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Τα αποτελέσματα των δεικτών συγκέντρωσης για την κατανομή της πολύ κακής αυτοαξιολογούμενης κακής υγείας σε σχέση με τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό παρουσιάζονται στους επόμενους πίνακες. Παρατηρούμε ότι σε όλες τις περιπτώσεις σημειώνεται μείωση όλων των δεικτών τόσο πριν όσο και μετά την απαρχή της ύφεσης, ιδίως για εκείνους που μετράνε το μέγεθος της απόλυτης ανισότητας.

Πίνακας 7-159 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	CI		ECI(3)	ECI(4)	ECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	0,391 (0,034)	0,324 (0,031)	0,533	0,596	0,628
2004	0,407 (0,040)	0,341 (0,038)	0,560	0,628	0,663
2005	0,408 (0,039)	0,363 (0,037)	0,557	0,624	0,658
2006	0,391 (0,041)	0,325 (0,038)	0,529	0,589	0,618
2007	0,307 (0,036)	0,244 (0,034)	0,426	0,480	0,506
2008	0,296 (0,034)	0,240 (0,032)	0,412	0,472	0,507
2009	0,278 (0,036)	0,244 (0,035)	0,399	0,460	0,493
2010	0,287 (0,042)	0,243 (0,040)	0,406	0,461	0,488
2011	0,250 (0,039)	0,214 (0,038)	0,378	0,446	0,484
2012	0,168 (0,049)	0,183 (0,049)	0,242	0,285	0,314
2013	0,219 (0,032)	0,243 (0,032)	0,345	0,426	0,481
2014	0,182 (0,038)	0,207 (0,038)	0,292	0,366	0,418
2015	0,207 (0,031)	0,236 (0,031)	0,310	0,377	0,423

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2016	0,189 (0,025)	0,210 (0,026)	0,307	0,385	0,436
2017	0,209 (0,022)	0,223 (0,022)	0,324	0,396	0,445
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,095	-0,085	-0,121	-0,124	-0,121
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-24,30	-26,08	-22,70	-20,81	-19,27
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,087	-0,017	-0,088	-0,076	-0,062
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-29,39	-7,13	-21,36	-16,10	-12,23

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-160 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	GCI		GECI(3)	GECI(4)	GECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	0,012 (0,001)	0,010 (0,001)	0,041	0,038	0,035
2004	0,010 (0,001)	0,009 (0,001)	0,036	0,033	0,031
2005	0,011 (0,001)	0,009 (0,001)	0,037	0,034	0,032
2006	0,011 (0,001)	0,009 (0,001)	0,039	0,036	0,033
2007	0,008 (0,001)	0,007 (0,001)	0,030	0,028	0,026
2008	0,008 (0,001)	0,007 (0,001)	0,029	0,027	0,026
2009	0,009 (0,001)	0,008 (0,001)	0,032	0,030	0,029
2010	0,008 (0,001)	0,007 (0,001)	0,030	0,028	0,026
2011	0,007 (0,001)	0,006 (0,001)	0,026	0,025	0,024
2012	0,005 (0,001)	0,005 (0,001)	0,017	0,016	0,016
2013	0,006 (0,001)	0,007 (0,001)	0,026	0,026	0,026
2014	0,005 (0,001)	0,006 (0,001)	0,022	0,023	0,023
2015	0,006 (0,001)	0,007 (0,001)	0,023	0,023	0,023
2016	0,005 (0,001)	0,006 (0,001)	0,023	0,023	0,023
2017	0,005 (0,001)	0,005 (0,001)	0,019	0,019	0,019
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,004	-0,003	-0,013	-0,011	-0,010
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-31,79	-32,99	-30,43	-28,65	-27,35
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,003	-0,001	-0,010	-0,008	-0,007
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-40,10	-21,54	-32,99	-28,62	-25,49

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-161 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	E		W	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	0,047 (0,004)	0,039 (0,004)	0,403 (0,035)	0,334 (0,032)
2004	0,041 (0,004)	0,034 (0,004)	0,417 (0,041)	0,349 (0,039)
2005	0,042 (0,004)	0,038 (0,004)	0,419 (0,040)	0,373 (0,038)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2006	0,045 (0,005)	0,037 (0,004)	0,402 (0,042)	0,334 (0,040)
2007	0,034 (0,004)	0,027 (0,004)	0,316 (0,037)	0,251 (0,035)
2008	0,032 (0,004)	0,026 (0,004)	0,304 (0,035)	0,246 (0,033)
2009	0,034 (0,004)	0,030 (0,004)	0,287 (0,037)	0,252 (0,036)
2010	0,033 (0,005)	0,028 (0,005)	0,295 (0,043)	0,250 (0,041)
2011	0,027 (0,004)	0,023 (0,004)	0,257 (0,040)	0,219 (0,039)
2012	0,018 (0,005)	0,020 (0,005)	0,173 (0,051)	0,188 (0,051)
2013	0,025 (0,004)	0,028 (0,004)	0,225 (0,033)	0,250 (0,033)
2014	0,021 (0,004)	0,024 (0,004)	0,187 (0,039)	0,213 (0,039)
2015	0,024 (0,004)	0,027 (0,004)	0,213 (0,032)	0,243 (0,032)
2016	0,021 (0,003)	0,024 (0,003)	0,194 (0,026)	0,216 (0,026)
2017	0,019 (0,002)	0,020 (0,002)	0,213 (0,022)	0,228 (0,022)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,015	-0,013	-0,099	-0,088
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-31,69	-33,51	-24,57	-26,32
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,013	-0,005	-0,091	-0,019
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-40,13	-20,93	-29,93	-7,51

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-162 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

	SCI(3)	SCI(4)	SCI(5)	GSCI(3)	GSCI(4)	GSCI(5)
Έτος έρευνας	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	0,437	0,460	0,472	0,052	0,055	0,056
2004	0,451	0,472	0,484	0,045	0,047	0,048
2005	0,458	0,488	0,509	0,047	0,050	0,053
2006	0,439	0,468	0,488	0,050	0,054	0,056
2007	0,336	0,355	0,369	0,037	0,039	0,041
2008	0,339	0,370	0,393	0,037	0,040	0,042
2009	0,302	0,318	0,330	0,037	0,039	0,041
2010	0,306	0,316	0,321	0,035	0,036	0,037
2011	0,257	0,257	0,255	0,028	0,028	0,027
2012	0,197	0,217	0,231	0,022	0,024	0,025
2013	0,243	0,258	0,269	0,028	0,030	0,031
2014	0,207	0,223	0,235	0,024	0,026	0,028
2015	0,244	0,270	0,292	0,028	0,031	0,033
2016	0,204	0,214	0,223	0,023	0,024	0,025
2017	0,232	0,247	0,257	0,021	0,023	0,024
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,098	-0,090	-0,079	-0,016	-0,015	-0,014
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-22,43	-19,57	-16,74	-30,02	-27,64	-25,00
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,107	-0,123	-0,136	-0,015	-0,017	-0,019
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-31,56	-33,24	-34,61	-41,80	-42,96	-44,21

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Τέλος, ως προς τη συνολική επίδοση, διαπιστώνουμε ότι συνολικά αυτή βελτιώνεται τόσο πριν όσο και μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, αν και παρατηρείται μια παροδική χειροτέρευση τα πρώτα χρόνια της ύφεσης αλλά και μεταξύ 2013 και 2015 (**Πίνακας 7-163**).

Πίνακας 7-163 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

HAI(2)		
Έτος έρευνας	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	4,16	4,45
2004	3,52	3,71
2005	3,63	3,89
2006	3,98	4,22
2007	3,58	3,80
2008	3,49	3,69
2009	3,95	4,18
2010	3,69	3,89
2011	3,35	3,44
2012	3,18	3,41
2013	3,52	3,69
2014	3,45	3,56
2015	3,45	3,54
2016	3,37	3,41
2017	2,77	2,75
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,67	-0,76
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-16,15	-17,15
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,72	-0,94
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-20,64	-25,39

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.7. Σοβαρή υλική στέρηση

Τα άτομα που ανήκουν σε νοικοκυριά που βιώνουν σοβαρή υλική στέρηση έχουν κατά μέσο όρο χαμηλότερο επίπεδο υγείας από εκείνα που ανήκουν σε οικογένειες που δεν υφίστανται τέτοια στέρηση (**Πίνακας 7-164**). Αυτό διότι η σοβαρή υλική στέρηση συνδέεται με τη φτώχεια και τη γενικότερη έλλειψη οικονομικών πόρων. Είναι ενδιαφέρον πως ο επιπολασμός της πολύ κακής υγείας μειώνεται σε μεγαλύτερο βαθμό στα άτομα σοβαρής υλικής στέρησης από ό,τι στα υπόλοιπα μετά το 2008, το οποίο συνεχίζει την τάση

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

που προϋπήρχε της οικονομικής κρίσης. Αυτό οφείλεται στο ότι οι παροδικές αυξήσεις στην περίοδο μετά το 2008 ήταν μεγαλύτερου μεγέθους στα νοικοκυριά χωρίς σοβαρή στέρηση, το οποίο μπορεί να αποδοθεί στην κοινωνική κινητικότητα. Είναι επίσης ενδιαφέρον πως οι επιδεινώσεις υγείας στην ομάδα με σοβαρή στέρηση εμφανίζονται έναν χρόνο νωρίτερα από ό,τι στην άλλη ομάδα, το οποίο μπορεί να εκφράζει μια υψηλότερη ανθεκτικότητα.

Πίνακας 7-164 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τη σοβαρή υλική στέρηση, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	1,99 (0,15)	7,60 (0,63)	2,55 (0,18)	7,03 (0,55)
2004	1,93 (0,15)	5,79 (0,62)	2,35 (0,18)	5,24 (0,56)
2005	1,94 (0,17)	6,69 (0,68)	2,29 (0,19)	6,18 (0,61)
2006	2,25 (0,20)	7,43 (0,79)	2,71 (0,23)	7,00 (0,73)
2007	2,30 (0,20)	6,05 (0,72)	2,81 (0,23)	5,66 (0,71)
2008	2,23 (0,16)	6,29 (0,77)	2,60 (0,18)	6,00 (0,71)
2009	2,73 (0,20)	6,10 (0,77)	3,04 (0,22)	6,50 (0,76)
2010	2,54 (0,21)	5,43 (0,82)	2,84 (0,22)	5,75 (0,76)
2011	2,41 (0,19)	4,19 (0,60)	2,55 (0,19)	4,91 (0,67)
2012	2,36 (0,20)	4,21 (0,69)	2,46 (0,20)	5,17 (0,78)
2013	2,63 (0,18)	3,95 (0,46)	2,61 (0,17)	5,16 (0,56)
2014	2,66 (0,19)	3,91 (0,51)	2,58 (0,17)	4,76 (0,59)
2015	2,50 (0,14)	4,20 (0,42)	2,38 (0,13)	5,12 (0,49)
2016	2,63 (0,13)	3,56 (0,34)	2,49 (0,13)	4,32 (0,41)
2017	2,03 (0,10)	3,29 (0,24)	1,91 (0,09)	3,76 (0,27)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,24	-1,32	0,05	-1,03
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	12,25	-17,30	2,13	-14,69
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,20	-3,00	-0,69	-2,24
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-8,87	-47,65	-26,42	-37,39

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι παραπάνω μεταβολές είχαν ως αποτέλεσμα τη μεγαλύτερου βαθμού μείωση τόσο του απόλυτου όσο και του σχετικού χάσματος υγείας μεταξύ των δύο ομάδων μετά το 2008 (**Πίνακας 7-165**).

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-165 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τη σοβαρή υλική στέρηση, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-5,62 (0,65)	-4,49 (0,58)	0,26 (0,03)	0,36 (0,04)
2004	-3,86 (0,64)	-2,89 (0,59)	0,33 (0,04)	0,45 (0,06)
2005	-4,75 (0,70)	-3,89 (0,64)	0,29 (0,04)	0,37 (0,05)
2006	-5,18 (0,82)	-4,28 (0,76)	0,30 (0,04)	0,39 (0,05)
2007	-3,75 (0,75)	-2,85 (0,74)	0,38 (0,06)	0,50 (0,07)
2008	-4,06 (0,79)	-3,40 (0,73)	0,35 (0,05)	0,43 (0,06)
2009	-3,38 (0,80)	-3,45 (0,79)	0,45 (0,07)	0,47 (0,06)
2010	-2,89 (0,85)	-2,91 (0,79)	0,47 (0,08)	0,49 (0,08)
2011	-1,77 (0,63)	-2,36 (0,70)	0,58 (0,10)	0,52 (0,08)
2012	-1,85 (0,72)	-2,71 (0,80)	0,56 (0,10)	0,48 (0,08)
2013	-1,32 (0,49)	-2,55 (0,59)	0,66 (0,09)	0,51 (0,06)
2014	-1,25 (0,54)	-2,18 (0,62)	0,68 (0,10)	0,54 (0,08)
2015	-1,71 (0,44)	-2,75 (0,51)	0,59 (0,07)	0,46 (0,05)
2016	-0,93 (0,37)	-1,83 (0,43)	0,74 (0,08)	0,58 (0,06)
2017	-1,26 (0,26)	-1,84 (0,29)	0,62 (0,05)	0,51 (0,04)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,56	1,09	0,09	0,07
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	27,74	24,23	35,72	19,71
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	2,80	1,56	0,26	0,08
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	68,96	45,78	74,08	17,51

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.8. Χαμηλή ένταση εργασίας

Είναι ενδιαφέρον πως τα άτομα που ανήκουν σε νοικοκυριά που χαρακτηρίζονται από χαμηλή ένταση εργασίας συνδέονται με υψηλότερη συχνότητα κακής υγείας σε σχέση με τα υπόλοιπα νοικοκυριά μέχρι και το 2009 για τους μη προτυποποιημένους και μέχρι και το 2010 για τους προτυποποιημένους πληθυσμούς (**Πίνακας 7-166**). Κατόπιν, η κατάσταση αντιστρέφεται μέχρι το 2017, οπότε και ο επιπολασμός της πολύ κακής υγείας γίνεται ξανά μεγαλύτερος στα νοικοκυριά χαμηλής έντασης εργασίας. Αυτές οι τάσεις μάλλον εκφράζουν την αιφνίδια αύξηση των ποσοστών ανεργίας στον πληθυσμό. Τα άτομα, λοιπόν, που απώλεσαν την εργασία τους έφεραν μαζί τους το καλύτερο μέσο επίπεδο υγείας τους και μείωσαν τη σχετική συχνότητα της κακής υγείας στα νοικοκυριά με χαμηλή ένταση εργασίας.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-166 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τη χαμηλή ένταση εργασίας, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	2,74 (0,17)	5,98 (0,80)	3,11 (0,19)	8,59 (1,15)
2004	2,32 (0,16)	4,80 (0,81)	2,60 (0,18)	6,67 (1,19)
2005	2,41 (0,18)	4,89 (0,82)	2,69 (0,19)	6,83 (1,25)
2006	2,72 (0,20)	4,64 (0,85)	3,03 (0,22)	6,28 (1,14)
2007	2,69 (0,21)	3,44 (0,66)	2,96 (0,22)	4,39 (0,90)
2008	2,56 (0,18)	4,50 (0,77)	2,81 (0,19)	5,78 (1,00)
2009	3,00 (0,21)	4,32 (0,82)	3,23 (0,22)	6,70 (1,21)
2010	2,90 (0,22)	2,59 (0,74)	3,08 (0,22)	4,20 (1,25)
2011	2,72 (0,20)	2,32 (0,52)	2,70 (0,19)	2,41 (0,51)
2012	2,76 (0,23)	2,46 (0,51)	2,72 (0,22)	2,53 (0,50)
2013	2,91 (0,18)	2,73 (0,43)	2,75 (0,16)	2,74 (0,42)
2014	2,96 (0,21)	2,67 (0,40)	2,73 (0,18)	2,80 (0,41)
2015	3,02 (0,17)	1,89 (0,27)	2,76 (0,15)	1,91 (0,30)
2016	2,86 (0,14)	2,67 (0,30)	2,60 (0,13)	2,90 (0,34)
2017	2,21 (0,10)	2,86 (0,30)	1,99 (0,09)	3,12 (0,34)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,18	-1,48	-0,30	-2,81
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-6,56	-24,76	-9,73	-32,73
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,35	-1,64	-0,82	-2,66
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-13,55	-36,42	-29,19	-46,08

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι παραπάνω μεταβολές αντικατοπτρίζονται στην εξέλιξη των δεικτών του απόλυτου και του σχετικού χάσματος υγείας, καθώς αρχικά είναι εις βάρος των νοικοκυριών με χαμηλή ένταση εργασίας, και κατόπιν της έναρξης της κρίσης η κατάσταση αντιστρέφεται (**Πίνακας 7-167**).

Πίνακας 7-167 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τη χαμηλή ένταση εργασίας, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-3,24 (0,82)	-5,48 (1,17)	0,46 (0,07)	0,36 (0,05)
2004	-2,48 (0,83)	-4,07 (1,21)	0,48 (0,09)	0,39 (0,07)
2005	-2,48 (0,84)	-4,14 (1,26)	0,49 (0,09)	0,39 (0,08)
2006	-1,92 (0,87)	-3,26 (1,17)	0,59 (0,12)	0,48 (0,09)
2007	-0,75 (0,69)	-1,43 (0,93)	0,78 (0,16)	0,67 (0,15)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2008	-1,94 (0,79)	-2,97 (1,02)	0,57 (0,11)	0,49 (0,09)
2009	-1,32 (0,85)	-3,48 (1,23)	0,69 (0,14)	0,48 (0,09)
2010	0,31 (0,77)	-1,12 (1,27)	1,12 (0,33)	0,73 (0,22)
2011	0,40 (0,55)	0,28 (0,55)	1,17 (0,27)	1,12 (0,25)
2012	0,30 (0,56)	0,18 (0,55)	1,12 (0,25)	1,07 (0,23)
2013	0,18 (0,46)	0,01 (0,45)	1,07 (0,18)	1,00 (0,17)
2014	0,30 (0,45)	-0,06 (0,45)	1,11 (0,18)	0,98 (0,16)
2015	1,14 (0,32)	0,85 (0,33)	1,60 (0,25)	1,45 (0,24)
2016	0,19 (0,33)	-0,31 (0,36)	1,07 (0,13)	0,89 (0,11)
2017	-0,65 (0,31)	-1,13 (0,35)	0,77 (0,09)	0,64 (0,08)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,30	2,51	0,11	0,12
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	40,11	45,80	24,19	34,18
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,29	1,84	0,20	0,15
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	66,51	62,08	35,97	31,34

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.9. Κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού

Η ομάδα των ατόμων που βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού συνδέεται με υψηλότερη συχνότητα κακής υγείας σε σχέση με τα νοικοκυριά που δεν υπόκεινται σε τέτοιο κίνδυνο (**Πίνακας 7-168**). Έπειτα, παρατηρούμε ότι η σχετική βελτίωση της υγείας κατά την περίοδο μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης είναι μικρότερη στην ομάδα χωρίς κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού στους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς, ενώ στους προτυποποιημένους διαπιστώνεται να είναι παρόμοια μεταξύ των δύο ομάδων.

Πίνακας 7-168 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	1,81 (0,16)	5,02 (0,36)	2,53 (0,21)	5,07 (0,35)
2004	1,66 (0,16)	4,21 (0,37)	2,18 (0,20)	4,13 (0,35)
2005	1,71 (0,18)	4,51 (0,39)	2,13 (0,21)	4,48 (0,37)
2006	2,12 (0,21)	4,59 (0,39)	2,70 (0,26)	4,78 (0,40)
2007	2,17 (0,20)	4,14 (0,40)	2,72 (0,24)	4,40 (0,43)
2008	2,11 (0,18)	4,27 (0,38)	2,48 (0,20)	4,58 (0,39)
2009	2,50 (0,20)	4,77 (0,47)	2,80 (0,22)	5,32 (0,49)
2010	2,37 (0,22)	4,28 (0,50)	2,66 (0,23)	4,78 (0,52)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2011	2,20 (0,20)	3,64 (0,38)	2,41 (0,21)	3,80 (0,38)
2012	2,45 (0,25)	3,09 (0,36)	2,41 (0,23)	3,70 (0,40)
2013	2,23 (0,20)	3,61 (0,27)	2,25 (0,19)	3,98 (0,28)
2014	2,34 (0,22)	3,47 (0,29)	2,33 (0,21)	3,63 (0,29)
2015	2,35 (0,16)	3,35 (0,23)	2,24 (0,15)	3,49 (0,23)
2016	2,40 (0,16)	3,25 (0,20)	2,24 (0,15)	3,49 (0,21)
2017	1,75 (0,11)	2,85 (0,15)	1,63 (0,10)	2,96 (0,16)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,30	-0,75	-0,05	-0,49
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	16,40	-14,85	-1,95	-9,62
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,36	-1,43	-0,85	-1,62
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-16,96	-33,36	-34,32	-35,39

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Τόσο τα απόλυτα όσο και τα σχετικά χάσματα μειώνονται και πριν και μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης (Πίνακας 7-169). Είναι ενδιαφέρον πως τα πρώτα χρόνια της ύφεσης αλλά και τα έτη 2013 και 2014 παρατηρείται μια μικρή αντιστροφή της τάσης.

Πίνακας 7-169 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-3,21 (0,40)	-2,53 (0,41)	0,36 (0,04)	0,50 (0,05)
2004	-2,55 (0,40)	-1,95 (0,41)	0,39 (0,05)	0,53 (0,07)
2005	-2,80 (0,42)	-2,36 (0,43)	0,38 (0,05)	0,47 (0,06)
2006	-2,46 (0,45)	-2,08 (0,48)	0,46 (0,06)	0,56 (0,07)
2007	-1,97 (0,45)	-1,68 (0,49)	0,53 (0,07)	0,62 (0,08)
2008	-2,17 (0,42)	-2,10 (0,44)	0,49 (0,06)	0,54 (0,06)
2009	-2,27 (0,52)	-2,52 (0,54)	0,52 (0,07)	0,53 (0,06)
2010	-1,91 (0,54)	-2,13 (0,57)	0,55 (0,08)	0,56 (0,08)
2011	-1,44 (0,43)	-1,39 (0,44)	0,60 (0,08)	0,63 (0,08)
2012	-0,63 (0,44)	-1,29 (0,46)	0,79 (0,12)	0,65 (0,09)
2013	-1,38 (0,33)	-1,74 (0,34)	0,62 (0,07)	0,56 (0,06)
2014	-1,13 (0,37)	-1,30 (0,36)	0,68 (0,09)	0,64 (0,08)
2015	-1,00 (0,28)	-1,25 (0,28)	0,70 (0,07)	0,64 (0,06)
2016	-0,85 (0,26)	-1,25 (0,26)	0,74 (0,07)	0,64 (0,06)
2017	-1,10 (0,19)	-1,33 (0,19)	0,61 (0,05)	0,55 (0,04)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,04	0,44	0,13	0,04
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	32,48	17,28	36,70	8,48
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,07	0,77	0,12	0,01

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	49,31	36,66	24,62	1,65
---------------------------------------	-------	-------	-------	------

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΓΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΓΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.10. Υπερπλήρης κατοικία

Διαπιστώνουμε την ύπαρξη σημαντικών διακυμάνσεων πριν την έναρξη της οικονομικής κρίσης ως προς τον επιπολασμό της πολύ κακής υγείας (Πίνακας 7-170). Αντιθέτως, η συχνότητα της πολύ κακής υγείας μειώνεται μετά το 2008, ανεξαρτήτως του αν τα άτομα διαβιούν σε υπερπλήρεις κατοικίες. Ωστόσο, η βελτίωση αυτή μπορεί να αποδοθεί κυρίως στη μείωση του επιπολασμού της κακής υγείας το 2017.

Πίνακας 7-170 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς την υπερπλήρη κατοικία, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΓΚ		ΓΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	3,32 (0,23)	2,23 (0,25)	3,45 (0,22)	3,60 (0,40)
2004	2,72 (0,21)	1,97 (0,25)	2,72 (0,20)	3,73 (0,49)
2005	2,88 (0,21)	1,84 (0,29)	2,89 (0,20)	2,99 (0,48)
2006	3,04 (0,25)	2,43 (0,32)	3,10 (0,24)	4,19 (0,54)
2007	2,95 (0,24)	2,23 (0,29)	3,00 (0,23)	3,87 (0,51)
2008	2,73 (0,21)	2,60 (0,32)	2,81 (0,21)	3,86 (0,50)
2009	3,17 (0,23)	2,84 (0,39)	3,20 (0,23)	4,54 (0,62)
2010	3,00 (0,25)	2,50 (0,41)	2,98 (0,23)	4,33 (0,65)
2011	2,86 (0,23)	2,14 (0,34)	2,72 (0,20)	3,75 (0,62)
2012	2,77 (0,23)	2,58 (0,47)	2,64 (0,20)	3,57 (0,55)
2013	3,00 (0,19)	2,59 (0,34)	2,79 (0,17)	3,94 (0,50)
2014	3,04 (0,22)	2,59 (0,32)	2,77 (0,19)	4,00 (0,47)
2015	3,08 (0,17)	2,28 (0,26)	2,74 (0,15)	3,40 (0,37)
2016	3,02 (0,15)	2,35 (0,24)	2,67 (0,13)	3,68 (0,39)
2017	2,46 (0,12)	1,86 (0,17)	2,12 (0,10)	2,97 (0,27)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,60	0,37	-0,64	0,26
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-17,94	16,79	-18,64	7,26
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,27	-0,74	-0,69	-0,89
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-9,99	-28,34	-24,42	-23,15

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΓΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΓΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Ως προς τις απόλυτες και σχετικές διαφορές στη συχνότητα της πολύ κακής υγείας, παρατηρούμε ότι αυτές είναι προς όφελος των νοικοκυριών με υπερπλήρεις κατοικίες στους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς και εις βάρος τους κατόπιν της προτυποποίησης (**Πίνακας 7-171**).

Πίνακας 7-171 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς την υπερπλήρη κατοικία, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	1.10 (0.33)	-0.15 (0.46)	1.49 (0.19)	0.96 (0.12)
2004	0.75 (0.33)	-1.01 (0.53)	1.38 (0.21)	0.73 (0.11)
2005	1.04 (0.36)	-0.10 (0.52)	1.56 (0.27)	0.97 (0.17)
2006	0.61 (0.40)	-1.09 (0.59)	1.25 (0.19)	0.74 (0.11)
2007	0.72 (0.38)	-0.87 (0.56)	1.32 (0.21)	0.77 (0.12)
2008	0.13 (0.38)	-1.06 (0.54)	1.05 (0.15)	0.73 (0.11)
2009	0.33 (0.45)	-1.33 (0.66)	1.12 (0.17)	0.71 (0.11)
2010	0.50 (0.48)	-1.35 (0.69)	1.20 (0.22)	0.69 (0.12)
2011	0.72 (0.41)	-1.03 (0.65)	1.34 (0.24)	0.72 (0.13)
2012	0.19 (0.52)	-0.92 (0.59)	1.07 (0.21)	0.74 (0.13)
2013	0.41 (0.39)	-1.14 (0.53)	1.16 (0.17)	0.71 (0.10)
2014	0.45 (0.39)	-1.23 (0.50)	1.18 (0.17)	0.69 (0.09)
2015	0.80 (0.31)	-0.66 (0.40)	1.35 (0.17)	0.81 (0.10)
2016	0.67 (0.29)	-1.01 (0.41)	1.29 (0.15)	0.73 (0.09)
2017	0.59 (0.20)	-0.85 (0.29)	1.32 (0.13)	0.71 (0.07)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0.97	-0.90	-0.44	-0.23
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-88.42	-588.87	-29.74	-24.15
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0.46	0.21	0.27	-0.01
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	365.66	19.77	25.61	-1.66

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.11. Σοβαρή στέρηση στέγασης

Η ποιότητα στέγασης αποτελεί έναν γενικό δείκτη κοινωνικοοικονομικού επιπέδου αλλά και συνιστά παράλληλα η ίδια έναν προσδιοριστή της υγείας. Παρατηρούμε, λοιπόν, ότι τα άτομα που διαβιούν σε νοικοκυριά με σοβαρά προβλήματα στέγασης συνδέονται με υψηλότερη συχνότητα κακής υγείας σε σχέση με τα υπόλοιπα νοικοκυριά (**Πίνακας 7-172**). Έπειτα, ενώ τα νοικοκυριά χωρίς σοβαρή στέρηση στέγασης παρουσιάζουν μείωση του επιπολασμού της πολύ κακής υγείας τόσο πριν όσο και μετά την οικονομική κρίση, οι οικογένειες

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

με προβλήματα στέγασης κατέγραψαν επιδείνωση της υγείας τους μετά το 2008. Αυτό οφείλεται στη σημαντική αύξηση των αναφερόμενων προβλημάτων πολύ κακής υγείας κατά τα πρώτα χρόνια της κρίσης αλλά και το 2014, η οποία ήταν πολύ μεγαλύτερη σε σχέση με εκείνη που καταγράφεται για τα νοικοκυριά χωρίς προβλήματα στέγασης.

Πίνακας 7-172 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τη σοβαρή στέρηση στέγασης, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	2,98 (0,19)	3,04 (0,49)	3,41 (0,20)	4,32 (0,74)
2004	2,42 (0,17)	3,46 (0,65)	2,71 (0,19)	5,26 (0,94)
2005	2,53 (0,18)	3,10 (0,63)	2,83 (0,19)	4,13 (0,81)
2006	2,75 (0,21)	4,00 (0,72)	3,11 (0,22)	5,61 (0,93)
2007	2,69 (0,21)	3,32 (0,62)	3,03 (0,22)	4,45 (0,85)
2008	2,68 (0,19)	2,81 (0,58)	2,98 (0,20)	3,82 (0,81)
2009	2,97 (0,21)	4,63 (0,86)	3,25 (0,22)	6,46 (1,18)
2010	2,88 (0,22)	2,78 (0,73)	3,13 (0,22)	4,28 (0,97)
2011	2,56 (0,19)	4,16 (0,93)	2,70 (0,19)	6,01 (1,36)
2012	2,62 (0,22)	4,08 (0,89)	2,77 (0,22)	5,42 (1,05)
2013	2,77 (0,17)	4,42 (0,84)	2,83 (0,16)	5,85 (1,05)
2014	2,78 (0,18)	5,16 (0,99)	2,78 (0,17)	7,27 (1,30)
2015	2,83 (0,15)	3,39 (0,58)	2,76 (0,14)	5,12 (0,86)
2016	2,80 (0,14)	3,29 (0,55)	2,73 (0,13)	5,01 (0,82)
2017	2,25 (0,10)	3,00 (0,44)	2,16 (0,09)	4,60 (0,63)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,30	-0,24	-0,43	-0,50
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-10,00	-7,82	-12,66	-11,66
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,44	0,20	-0,82	0,78
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-16,24	6,97	-27,48	20,49

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Ως προς τις απόλυτες και τις σχετικές διαφορές υγείας, διαπιστώνουμε ότι αυτές είναι μεγαλύτερες στους προτυποποιημένους πληθυσμούς (**Πίνακας 7-173**). Συνολικά, καταγράφεται μια αύξηση τόσο των απόλυτων όσο και των σχετικών ανισοτήτων υγείας υπέρ των νοικοκυριών χωρίς σοβαρά προβλήματα στέγασης μετά το 2008. Αυτή η εξέλιξη μπορεί να αποδοθεί στη διεύρυνση των ανισοτήτων μέχρι και το 2014, καθότι στη συνέχεια παρατηρείται μια τάση αποκλιμάκωσή τους

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-173 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τη σοβαρή στέρση στέγασης, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-0,06 (0,53)	-0,91 (0,76)	0,98 (0,17)	0,79 (0,14)
2004	-1,04 (0,67)	-2,55 (0,96)	0,70 (0,14)	0,52 (0,10)
2005	-0,57 (0,65)	-1,31 (0,83)	0,82 (0,18)	0,68 (0,14)
2006	-1,25 (0,75)	-2,50 (0,96)	0,69 (0,13)	0,55 (0,10)
2007	-0,63 (0,65)	-1,42 (0,88)	0,81 (0,16)	0,68 (0,14)
2008	-0,12 (0,61)	-0,84 (0,84)	0,96 (0,21)	0,78 (0,17)
2009	-1,66 (0,88)	-3,21 (1,20)	0,64 (0,13)	0,50 (0,10)
2010	0,10 (0,76)	-1,15 (0,99)	1,04 (0,28)	0,73 (0,17)
2011	-1,60 (0,95)	-3,31 (1,38)	0,62 (0,14)	0,45 (0,11)
2012	-1,47 (0,92)	-2,65 (1,07)	0,64 (0,15)	0,51 (0,11)
2013	-1,65 (0,86)	-3,02 (1,06)	0,63 (0,13)	0,48 (0,09)
2014	-2,37 (1,01)	-4,49 (1,31)	0,54 (0,11)	0,38 (0,07)
2015	-0,56 (0,60)	-2,36 (0,87)	0,83 (0,15)	0,54 (0,09)
2016	-0,49 (0,57)	-2,28 (0,83)	0,85 (0,15)	0,55 (0,09)
2017	-0,75 (0,45)	-2,44 (0,64)	0,75 (0,11)	0,47 (0,07)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,06	0,07	-0,02	-0,01
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-99,52	7,94	-2,37	-1,13
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,63	-1,60	-0,21	-0,31
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-522,39	-190,27	-21,70	-39,81

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.12. Δυσκολία αντιμετώπισης των συνήθων αναγκών

Τα νοικοκυριά που αναφέρουν δυσκολία αντιμετώπισης των συνήθων αναγκών σημειώνουν υψηλότερο επιπολασμό πολύ κακής υγείας από ό,τι τα υπόλοιπα (Πίνακας 7-174). Επίσης, η σχετική συχνότητα πολύ κακής υγείας μειώνεται στην περίοδο μετά την έναρξη της κρίσης τόσο στα άτομα που αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες όσο και στα υπόλοιπα. Ωστόσο, το μεγαλύτερο μέρος αυτής της μείωσης οφείλεται στη σημαντική πτώση του επιπολασμού της πολύ κακής υγείας κατά το 2017.

Πίνακας 7-174 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τη δυσκολία αντιμετώπισης των συνήθων αναγκών, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2003	1,52 (0,15)	4,56 (0,31)	1,88 (0,19)	5,01 (0,32)
2004	1,50 (0,16)	3,67 (0,30)	1,86 (0,20)	3,93 (0,31)
2005	1,06 (0,15)	4,02 (0,30)	1,30 (0,18)	4,38 (0,32)
2006	1,29 (0,17)	4,26 (0,33)	1,67 (0,22)	4,62 (0,34)
2007	1,29 (0,17)	4,04 (0,32)	1,67 (0,21)	4,34 (0,33)
2008	1,60 (0,20)	3,60 (0,25)	2,05 (0,25)	3,82 (0,26)
2009	1,70 (0,23)	4,13 (0,31)	2,12 (0,27)	4,44 (0,31)
2010	1,50 (0,23)	3,85 (0,30)	1,96 (0,30)	4,06 (0,31)
2011	1,45 (0,21)	3,43 (0,27)	1,48 (0,20)	3,79 (0,28)
2012	1,42 (0,24)	3,21 (0,28)	1,41 (0,23)	3,53 (0,29)
2013	1,09 (0,17)	3,41 (0,22)	1,17 (0,18)	3,55 (0,21)
2014	1,27 (0,25)	3,39 (0,23)	1,39 (0,26)	3,40 (0,22)
2015	1,55 (0,17)	3,25 (0,19)	1,50 (0,16)	3,28 (0,18)
2016	1,63 (0,17)	3,20 (0,17)	1,60 (0,16)	3,19 (0,16)
2017	1,17 (0,13)	2,63 (0,12)	1,11 (0,12)	2,60 (0,12)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,08	-0,96	0,17	-1,19
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	5,00	-21,07	9,13	-23,77
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,43	-0,97	-0,95	-1,21
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-26,64	-26,98	-46,01	-31,76

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Τόσο οι απόλυτες όσο και οι σχετικές διαφορές υγείας μειώνονται μέχρι το 2008 (**Πίνακας 7-175**). Οι απόλυτες ανισότητες υγείας μειώνονται συνολικά και κατά την περίοδο μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Αυτό μπορεί να αποδοθεί στην τάση άμβλυνσης των ανισοτήτων μετά το 2014, καθότι τα προηγούμενα έτη παρατηρείται μια παροδική αύξησή τους. Από την άλλη πλευρά, οι σχετικές ανισότητες επίσης παρουσιάζουν μια αποκλιμάκωση μετά το 2014, η οποία όμως μάλλον αντιστρέφεται το 2017.

Πίνακας 7-175 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή προς-αξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τη δυσκολία αντιμετώπισης των συνήθων αναγκών, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-3,04 (0,34)	-3,12 (0,37)	0,33 (0,04)	0,38 (0,04)
2004	-2,17 (0,34)	-2,07 (0,37)	0,41 (0,06)	0,47 (0,06)
2005	-2,96 (0,34)	-3,08 (0,36)	0,26 (0,04)	0,30 (0,05)
2006	-2,97 (0,37)	-2,94 (0,41)	0,30 (0,05)	0,36 (0,05)
2007	-2,74 (0,36)	-2,66 (0,39)	0,32 (0,05)	0,39 (0,06)
2008	-2,00 (0,32)	-1,76 (0,36)	0,44 (0,06)	0,54 (0,07)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2009	-2,43 (0,38)	-2,32 (0,41)	0,41 (0,06)	0,48 (0,07)
2010	-2,34 (0,38)	-2,10 (0,43)	0,39 (0,07)	0,48 (0,08)
2011	-1,98 (0,34)	-2,31 (0,35)	0,42 (0,07)	0,39 (0,06)
2012	-1,80 (0,37)	-2,11 (0,36)	0,44 (0,08)	0,40 (0,07)
2013	-2,32 (0,28)	-2,38 (0,28)	0,32 (0,05)	0,33 (0,06)
2014	-2,12 (0,34)	-2,01 (0,34)	0,37 (0,08)	0,41 (0,08)
2015	-1,71 (0,25)	-1,78 (0,24)	0,48 (0,06)	0,46 (0,06)
2016	-1,57 (0,24)	-1,59 (0,23)	0,51 (0,06)	0,50 (0,06)
2017	-1,46 (0,18)	-1,49 (0,17)	0,45 (0,05)	0,43 (0,05)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,04	1,36	0,11	0,16
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	34,12	43,61	33,03	43,16
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,55	0,27	0,00	-0,11
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	27,26	15,14	0,47	-20,88

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.13. Υποκειμενική φτώχεια

Ως προς τα άτομα που είναι υποκειμενικά φτωχά, παρατηρείται υψηλή διακύμανση του επιπολασμού της πολύ κακής υγείας (**Πίνακας 7-176**). Αυτό μπορεί να οφείλεται στο μικρό δείγμα της ομάδας αυτής.

Πίνακας 7-176 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς την υποκειμενική φτώχεια, 2004-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2004	2,52 (0,17)	0,96 (0,61)	2,88 (0,19)	1,60 (0,83)
2005	2,59 (0,18)	1,40 (0,96)	2,95 (0,20)	7,54 (1,52)
2006	2,88 (0,20)	0,00 (0,00)	3,30 (0,22)	0,00 (0,00)
2007	2,76 (0,20)	1,13 (0,82)	3,14 (0,22)	1,50 (1,05)
2008	2,70 (0,18)	2,39 (1,17)	3,04 (0,19)	2,70 (1,30)
2009	3,11 (0,21)	1,54 (1,08)	3,44 (0,22)	1,28 (0,84)
2010	2,86 (0,21)	4,71 (3,50)	3,17 (0,22)	4,42 (2,33)
2011	2,70 (0,19)	1,01 (0,79)	2,87 (0,19)	0,81 (0,67)
2012	2,77 (0,22)	0,56 (0,29)	2,93 (0,22)	0,40 (0,22)
2013	2,93 (0,18)	0,55 (0,39)	3,00 (0,17)	0,64 (0,45)
2014	2,94 (0,19)	1,64 (1,01)	2,96 (0,18)	2,11 (0,98)
2015	2,88 (0,15)	2,28 (0,77)	2,84 (0,14)	2,64 (1,13)
2016	2,86 (0,14)	1,64 (0,51)	2,81 (0,13)	2,96 (0,74)
2017	2,30 (0,10)	1,74 (0,44)	2,24 (0,09)	1,95 (0,53)
Απόλυτη μεταβολή 2004-2008	0,18	1,43	0,16	1,10
Σχετική μεταβολή (%) 2004-2008	6,98	148,48	5,56	68,86

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,40	-0,65	-0,79	-0,75
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-14,68	-27,35	-26,11	-27,88

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η ευμεταβλητότητα του επιπολασμού της πολύ κακής υγείας αντικατοπτρίζεται στην εξέλιξη των απόλυτων και των σχετικών διαφορών μεταξύ των υποκειμενικά φτωχών και των υπολοίπων ατόμων (Πίνακας 7-177).

Πίνακας 7-177 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς την υποκειμενική φτώχεια, 2004-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2004	1,56 (0,64)	1,28 (0,85)	2,62 (1,69)	1,80 (0,94)
2005	1,19 (0,97)	-4,59 (1,53)	1,85 (1,27)	0,39 (0,08)
2006	2,88 (0,20)	3,30 (0,22)	2,44 (1,77)	2,10 (1,47)
2007	1,63 (0,84)	1,64 (1,07)	1,13 (0,56)	1,13 (0,54)
2008	0,31 (1,18)	0,34 (1,31)	2,01 (1,42)	2,68 (1,77)
2009	1,56 (1,10)	2,16 (0,87)	0,61 (0,45)	0,72 (0,38)
2010	-1,85 (3,51)	-1,25 (2,34)	2,68 (2,10)	3,54 (2,92)
2011	1,69 (0,81)	2,06 (0,70)	4,91 (2,60)	7,27 (4,07)
2012	2,21 (0,37)	2,53 (0,31)	5,37 (3,87)	4,69 (3,27)
2013	2,38 (0,43)	2,36 (0,48)	1,79 (1,11)	1,40 (0,66)
2014	1,30 (1,03)	0,85 (1,00)	1,26 (0,43)	1,07 (0,46)
2015	0,60 (0,79)	0,20 (1,14)	1,74 (0,55)	0,95 (0,24)
2016	1,22 (0,53)	-0,15 (0,76)	1,33 (0,34)	1,15 (0,32)
2017	0,57 (0,45)	0,30 (0,54)	0,30 (0,54)	0,30 (0,54)
Απόλυτη μεταβολή 2004-2008	-1,25	-0,94	-0,61	0,88
Σχετική μεταβολή (%) 2004-2008	-80,20	-73,60	-23,21	49,06
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,26	-0,04	-1,72	-2,39
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	83,34	-11,95	-85,25	-88,92

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.14. Επίπεδο εκπαίδευσης

Καθώς βελτιώνεται το επίπεδο εκπαίδευσης, η συχνότητα της πολύ κακής υγείας μειώνεται, επιβεβαιώνοντας την κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση της υγείας ως προς το μορφωτικό επίπεδο (Πίνακας 7-178). Είναι ενδιαφέρον πως

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

η συνολική μεταβολή κατά την περίοδο μετά το 2008 σχηματίζει μια καμπύλη U σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης στις μη προτυποποιημένες κατανομές, το οποίο σημαίνει ότι η υψηλότερη και η χαμηλότερη βαθμίδα εκπαίδευσης παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη επιδείνωση της υγείας τους μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Αντίθετα, κατά το χρονικό διάστημα πριν το 2008, ήταν τα μεσαία εκπαιδευτικά στρώματα τα οποία εμφάνιζαν υψηλότερη επιδείνωση της υγείας τους. Ως προς τους προτυποποιημένους πληθυσμούς, μόνο το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο παρουσιάζει επιδείνωση της υγείας του κατά τη διάρκεια της κρίσης, ενώ οι υπόλοιπες κατηγορίες σημειώνουν βελτίωση, με τη μεγαλύτερη μείωση του επιπολασμού της πολύ κακής υγείας να καταγράφεται για την υψηλότερη μορφωτική βαθμίδα.

Πίνακας 7-178 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ				ΠΚ			
	Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	ΑΕΙ/ΤΕΙ	Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	ΑΕΙ/ΤΕΙ
2003	4,94 (0,36)	1,11 (0,26)	0,87 (0,14)	0,51 (0,15)	3,84 (0,29)	1,94 (0,57)	2,32 (0,49)	1,10 (0,42)
2004	4,43 (0,36)	0,70 (0,22)	0,93 (0,15)	0,41 (0,15)	3,27 (0,28)	1,48 (0,51)	2,80 (0,50)	1,24 (0,62)
2005	4,47 (0,37)	0,79 (0,27)	1,31 (0,23)	0,64 (0,23)	3,23 (0,29)	1,45 (0,52)	3,03 (0,61)	0,97 (0,35)
2006	4,70 (0,39)	1,75 (0,44)	1,46 (0,24)	0,89 (0,23)	3,66 (0,37)	3,10 (0,80)	2,91 (0,57)	2,11 (0,77)
2007	4,71 (0,39)	2,01 (0,51)	1,15 (0,18)	0,94 (0,25)	3,27 (0,26)	3,58 (0,92)	2,64 (0,52)	2,95 (0,99)
2008	5,11 (0,39)	1,66 (0,45)	1,01 (0,14)	0,63 (0,17)	3,68 (0,32)	2,68 (0,68)	2,05 (0,34)	1,76 (0,55)
2009	5,79 (0,44)	2,33 (0,58)	1,37 (0,21)	0,83 (0,24)	3,87 (0,33)	3,53 (0,82)	2,81 (0,47)	2,48 (0,78)
2010	6,01 (0,53)	2,38 (0,53)	0,92 (0,22)	0,39 (0,14)	4,82 (1,03)	3,90 (0,84)	2,08 (0,62)	1,27 (0,56)
2011	6,19 (0,50)	2,17 (0,43)	0,90 (0,19)	0,37 (0,15)	4,21 (0,53)	2,79 (0,56)	2,06 (0,44)	0,69 (0,32)
2012	6,58 (0,63)	1,63 (0,38)	1,05 (0,21)	0,46 (0,20)	4,52 (0,70)	2,22 (0,52)	2,31 (0,45)	0,72 (0,40)
2013	6,61 (0,48)	2,63 (0,42)	1,03 (0,16)	0,55 (0,13)	4,09 (0,40)	3,70 (0,58)	1,94 (0,32)	0,65 (0,17)
2014	7,67 (0,56)	2,44 (0,38)	0,98 (0,15)	0,58 (0,14)	7,14 (1,17)	3,19 (0,50)	1,53 (0,26)	1,08 (0,36)
2015	7,48 (0,45)	2,06 (0,30)	1,21 (0,13)	0,57 (0,10)	4,54 (0,45)	2,86 (0,43)	1,89 (0,21)	1,00 (0,19)
2016	7,11 (0,40)	2,20 (0,29)	1,30 (0,12)	0,86 (0,14)	5,40 (0,57)	2,71 (0,36)	1,93 (0,18)	1,20 (0,20)
2017	5,74 (0,29)	1,80 (0,23)	1,09 (0,09)	0,75 (0,11)	4,71 (0,54)	2,21 (0,28)	1,75 (0,17)	1,03 (0,18)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,17	0,55	0,14	0,12	-0,16	0,75	-0,26	0,65
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	3,36	49,92	16,09	22,87	-4,08	38,61	-11,40	59,13
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,64	0,14	0,09	0,12	1,03	-0,47	-0,30	-0,72
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	12,44	8,30	8,49	19,12	27,97	-17,64	-14,58	-41,21

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Συνολικά, οι απόλυτες και οι σχετικές διαφορές υγείας μεταξύ της κατώτερης και της ανώτερης εκπαιδευτικής βαθμίδας φαίνεται να έχουν οξυνθεί μετά το 2008, ιδίως για τους προτυποποιημένους πληθυσμούς (Πίνακας 7-179).

Πίνακας 7-179 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-4,43 (0,39)	-2,74 (0,51)	0,10 (0,03)	0,29 (0,11)
2004	-4,02 (0,39)	-2,03 (0,68)	0,09 (0,03)	0,38 (0,19)
2005	-3,82 (0,43)	-2,26 (0,46)	0,14 (0,05)	0,30 (0,11)
2006	-3,81 (0,45)	-1,54 (0,86)	0,19 (0,05)	0,58 (0,22)
2007	-3,78 (0,47)	-0,33 (1,02)	0,20 (0,06)	0,90 (0,31)
2008	-4,48 (0,42)	-1,93 (0,64)	0,12 (0,03)	0,48 (0,16)
2009	-4,97 (0,50)	-1,39 (0,85)	0,14 (0,04)	0,64 (0,21)
2010	-5,63 (0,55)	-3,55 (1,18)	0,06 (0,02)	0,26 (0,13)
2011	-5,82 (0,53)	-3,52 (0,62)	0,06 (0,02)	0,16 (0,08)
2012	-6,12 (0,66)	-3,80 (0,81)	0,07 (0,03)	0,16 (0,09)
2013	-6,06 (0,50)	-3,44 (0,44)	0,08 (0,02)	0,16 (0,04)
2014	-7,09 (0,58)	-6,05 (1,22)	0,08 (0,02)	0,15 (0,06)
2015	-6,92 (0,46)	-3,54 (0,49)	0,08 (0,01)	0,22 (0,05)
2016	-6,24 (0,42)	-4,21 (0,60)	0,12 (0,02)	0,22 (0,04)
2017	-4,99 (0,31)	-3,68 (0,57)	0,13 (0,02)	0,22 (0,05)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,05	-0,81	0,02	0,19
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-1,10	-29,58	18,87	65,90
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,52	-1,75	0,01	-0,26
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-11,51	-91,02	5,94	-54,06

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι δείκτες AGMD, RGMD και IDISP παρουσιάζουν μια τάση μείωσης μέχρι το 2008, η οποία αντιστρέφεται με την έναρξη της κρίσης τόσο για τους μη προτυποποιημένους όσο και για τους προτυποποιημένους πληθυσμούς (Πίνακας 7-180). Παρατηρείται, ωστόσο, μια απότομη πτώση στις τιμές όλων των δεικτών κατά το 2017.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-180 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	AGMD		RGMD		IDISP	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	1,94 (0,17)	0,90 (0,18)	80,97 (7,13)	33,83 (6,90)	75,54 (4,41)	35,75 (7,58)
2004	1,72 (0,17)	0,70 (0,18)	81,21 (8,07)	27,50 (7,00)	78,21 (4,98)	32,87 (9,33)
2005	1,58 (0,17)	0,81 (0,17)	69,83 (7,58)	31,93 (6,78)	69,02 (5,23)	37,57 (7,73)
2006	1,53 (0,20)	0,43 (0,20)	59,65 (7,84)	13,87 (6,42)	55,87 (6,32)	14,07 (8,27)
2007	1,56 (0,18)	0,31 (0,18)	63,64 (7,15)	10,07 (6,10)	56,30 (7,09)	10,44 (7,53)
2008	1,78 (0,17)	0,72 (0,18)	76,49 (7,13)	27,69 (6,95)	69,40 (6,24)	24,63 (7,61)
2009	1,89 (0,18)	0,53 (0,23)	69,21 (6,60)	16,82 (7,26)	61,62 (6,93)	16,72 (8,67)
2010	2,07 (0,22)	1,33 (0,37)	84,57 (8,82)	45,86 (12,63)	73,88 (5,63)	46,11 (13,02)
2011	2,07 (0,21)	1,05 (0,20)	87,94 (8,77)	43,69 (8,32)	79,20 (5,75)	44,09 (8,25)
2012	2,18 (0,25)	1,05 (0,24)	89,06 (10,27)	41,71 (9,43)	85,12 (7,52)	42,84 (9,32)
2013	2,13 (0,17)	1,18 (0,16)	82,43 (6,67)	48,77 (6,77)	73,83 (4,88)	53,64 (9,41)
2014	2,63 (0,24)	2,19 (0,44)	90,22 (8,39)	68,90 (13,72)	81,41 (5,13)	60,55 (7,95)
2015	2,52 (0,18)	1,18 (0,20)	87,91 (6,13)	47,12 (7,88)	81,86 (4,17)	44,96 (5,75)
2016	2,26 (0,15)	1,40 (0,20)	79,72 (5,36)	50,53 (7,26)	74,15 (4,00)	46,08 (5,40)
2017	1,78 (0,12)	1,20 (0,21)	77,84 (5,20)	49,88 (8,87)	72,90 (4,28)	47,04 (5,88)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,16	-0,18	-4,48	-6,15	-6,14	-11,11
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-8,34	-20,21	-5,53	-18,17	-8,13	-31,09
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,00	0,48	1,36	22,19	3,50	22,41
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	0,13	66,46	1,77	80,15	5,04	90,96

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι εκτιμήσεις για τους δείκτες SII και RII δείχνουν την ύπαρξη σημαντικών ανισοτήτων εις βάρος των κατώτερων εκπαιδευτικών βαθμίδων (Πίνακας 7-181). Επιπλέον, ενώ οι απόλυτες και οι σχετικές ανισότητες μειώνονταν κατά την περίοδο μέχρι το 2008, αυτή η τάση αντιστρέφεται μετά την έναρξη της κρίσης, αν και μετά το 2014 παρατηρούμε μια τάση αποκλιμάκωσής τους. Μάλιστα, η επιδείνωση της απόλυτης και της σχετικής ανισότητας είναι πολύ μεγαλύτερη στους προτυποποιημένους πληθυσμούς.

Πίνακας 7-181 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	SII		RII	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-8,98 (0,04)	-3,62 (0,02)	0,03 (0,00)	0,26 (0,00)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2004	-7,64 (0,03)	-2,03 (0,02)	0,03 (0,00)	0,45 (0,00)
2005	-6,36 (0,03)	-2,06 (0,02)	0,06 (0,00)	0,45 (0,00)
2006	-6,26 (0,03)	-1,91 (0,02)	0,09 (0,00)	0,54 (0,00)
2007	-6,55 (0,03)	-0,80 (0,02)	0,07 (0,00)	0,77 (0,01)
2008	-7,79 (0,03)	-2,84 (0,02)	0,04 (0,00)	0,34 (0,00)
2009	-8,17 (0,03)	-2,02 (0,02)	0,05 (0,00)	0,53 (0,00)
2010	-10,04 (0,03)	-5,33 (0,02)	0,02 (0,00)	0,16 (0,00)
2011	-10,02 (0,03)	-4,86 (0,02)	0,02 (0,00)	0,13 (0,00)
2012	-9,91 (0,03)	-4,91 (0,02)	0,02 (0,00)	0,14 (0,00)
2013	-10,02 (0,03)	-5,06 (0,02)	0,02 (0,00)	0,13 (0,00)
2014	-12,39 (0,04)	-9,53 (0,03)	0,02 (0,00)	0,05 (0,00)
2015	-11,47 (0,04)	-5,08 (0,02)	0,02 (0,00)	0,13 (0,00)
2016	-9,68 (0,03)	-5,93 (0,02)	0,03 (0,00)	0,12 (0,00)
2017	-7,59 (0,03)	-5,06 (0,02)	0,04 (0,00)	0,12 (0,00)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,19	0,78	0,01	0,08
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	13,24	21,62	37,96	30,15
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,20	-2,22	0,00	-0,21
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	2,56	-78,12	1,27	-63,36

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η ομάδα των δεικτών συγκέντρωσης δείχνει την παρουσία, ιδίως σχετικών, εκπαιδευτικών ανισοτήτων ως προς την πολύ κακή υγεία. Μάλιστα, όταν η παράμετρος αποστροφής στην ανισότητα αυξάνεται, παρατηρούνται ακόμη μεγαλύτερες ανισότητες. Οι δείκτες καταγράφουν σημαντική όξυνση των ανισοτήτων υγείας κατά τα πρώτα χρόνια της κρίσης, ενώ από το 2015 και έπειτα παρατηρείται μια αποκλιμάκωσή τους.

Πίνακας 7-182 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	CI		ECI(3)	ECI(4)	ECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	-0,422 (0,036)	-0,197 (0,033)	-0,670	-0,820	-0,912
2004	-0,418 (0,040)	-0,174 (0,037)	-0,669	-0,825	-0,925
2005	-0,358 (0,041)	-0,118 (0,044)	-0,575	-0,714	-0,804
2006	-0,323 (0,037)	-0,083 (0,036)	-0,513	-0,631	-0,705
2007	-0,349 (0,040)	-0,089 (0,036)	-0,561	-0,692	-0,775
2008	-0,417 (0,040)	-0,187 (0,036)	-0,679	-0,850	-0,964
2009	-0,389 (0,038)	-0,144 (0,038)	-0,633	-0,792	-0,898
2010	-0,487 (0,047)	-0,198 (0,043)	-0,798	-1,006	-1,147

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2011	-0,504 (0,045)	-0,224 (0,040)	-0,837	-1,067	-1,228
2012	-0,491 (0,053)	-0,234 (0,057)	-0,823	-1,060	-1,230
2013	-0,477 (0,039)	-0,234 (0,035)	-0,794	-1,012	-1,166
2014	-0,502 (0,040)	-0,287 (0,035)	-0,839	-1,071	-1,233
2015	-0,486 (0,033)	-0,243 (0,027)	-0,812	-1,039	-1,201
2016	-0,439 (0,029)	-0,235 (0,028)	-0,740	-0,953	-1,105
2017	-0,429 (0,026)	-0,222 (0,026)	-0,725	-0,937	-1,089
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,005	0,010	-0,009	-0,030	-0,052
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	1,18	4,93	-1,34	-3,66	-5,70
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,012	-0,035	-0,046	-0,087	-0,125
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-2,88	-18,67	-6,77	-10,24	-12,97

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-183 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	GCI		GECI(3)	GECI(4)	GECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	-0,010 (0,001)	-0,005 (0,001)	-0,042	-0,042	-0,041
2004	-0,009 (0,001)	-0,004 (0,001)	-0,037	-0,037	-0,037
2005	-0,008 (0,001)	-0,003 (0,001)	-0,034	-0,034	-0,034
2006	-0,008 (0,001)	-0,002 (0,001)	-0,034	-0,034	-0,034
2007	-0,009 (0,001)	-0,002 (0,001)	-0,036	-0,036	-0,036
2008	-0,010 (0,001)	-0,004 (0,001)	-0,041	-0,042	-0,042
2009	-0,011 (0,001)	-0,004 (0,001)	-0,045	-0,046	-0,046
2010	-0,012 (0,001)	-0,005 (0,001)	-0,051	-0,052	-0,052
2011	-0,012 (0,001)	-0,005 (0,001)	-0,051	-0,053	-0,054
2012	-0,012 (0,001)	-0,006 (0,001)	-0,052	-0,055	-0,056
2013	-0,012 (0,001)	-0,006 (0,001)	-0,053	-0,056	-0,056
2014	-0,015 (0,001)	-0,008 (0,001)	-0,064	-0,066	-0,067
2015	-0,014 (0,001)	-0,007 (0,001)	-0,060	-0,063	-0,064
2016	-0,012 (0,001)	-0,007 (0,001)	-0,054	-0,057	-0,059
2017	-0,010 (0,001)	-0,005 (0,001)	-0,043	-0,045	-0,047
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,000	0,000	0,001	0,000	-0,001
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	3,86	6,38	1,67	0,48	-2,69
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,000	-0,001	-0,002	-0,004	-0,005
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	1,24	-15,91	-5,11	-8,35	-11,19

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-184 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	E		W	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-0,041 (0,003)	-0,019 (0,003)	-0,432 (0,037)	-0,201 (0,033)
2004	-0,035 (0,003)	-0,015 (0,003)	-0,427 (0,041)	-0,178 (0,038)
2005	-0,032 (0,004)	-0,011 (0,004)	-0,366 (0,042)	-0,121 (0,045)
2006	-0,033 (0,004)	-0,009 (0,004)	-0,332 (0,038)	-0,085 (0,037)
2007	-0,034 (0,004)	-0,009 (0,004)	-0,358 (0,041)	-0,092 (0,037)
2008	-0,039 (0,004)	-0,017 (0,003)	-0,427 (0,041)	-0,191 (0,037)
2009	-0,043 (0,004)	-0,016 (0,004)	-0,400 (0,039)	-0,148 (0,039)
2010	-0,048 (0,005)	-0,019 (0,004)	-0,499 (0,049)	-0,203 (0,044)
2011	-0,047 (0,004)	-0,021 (0,004)	-0,516 (0,046)	-0,230 (0,041)
2012	-0,048 (0,005)	-0,023 (0,006)	-0,503 (0,054)	-0,240 (0,058)
2013	-0,049 (0,004)	-0,024 (0,004)	-0,489 (0,040)	-0,240 (0,035)
2014	-0,059 (0,005)	-0,034 (0,004)	-0,518 (0,041)	-0,296 (0,036)
2015	-0,056 (0,004)	-0,028 (0,003)	-0,500 (0,034)	-0,250 (0,028)
2016	-0,050 (0,003)	-0,027 (0,003)	-0,452 (0,030)	-0,242 (0,028)
2017	-0,039 (0,002)	-0,020 (0,002)	-0,439 (0,027)	-0,227 (0,026)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,002	0,002	0,005	0,010
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	4,20	7,94	1,16	4,97
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,001	-0,003	-0,012	-0,036
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-1,29	-16,67	-2,81	-18,60

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-185 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	SCI(3)	SCI(4)	SCI(5)	GSCI(3)	GSCI(4)	GSCI(5)
	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	-0,444	-0,452	-0,455	-0,043	-0,043	-0,044
2004	-0,449	-0,461	-0,466	-0,038	-0,039	-0,039
2005	-0,392	-0,405	-0,412	-0,036	-0,037	-0,037
2006	-0,348	-0,359	-0,364	-0,036	-0,037	-0,037
2007	-0,371	-0,379	-0,382	-0,036	-0,037	-0,037
2008	-0,454	-0,469	-0,475	-0,042	-0,044	-0,044
2009	-0,427	-0,442	-0,449	-0,047	-0,048	-0,049
2010	-0,537	-0,558	-0,568	-0,053	-0,055	-0,056
2011	-0,566	-0,594	-0,607	-0,053	-0,056	-0,057
2012	-0,561	-0,594	-0,610	-0,055	-0,058	-0,060
2013	-0,535	-0,561	-0,573	-0,055	-0,058	-0,059
2014	-0,561	-0,586	-0,598	-0,066	-0,069	-0,070

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2015	-0,550	-0,579	-0,592	-0,063	-0,066	-0,068
2016	-0,499	-0,526	-0,539	-0,057	-0,060	-0,061
2017	-0,489	-0,518	-0,532	-0,045	-0,048	-0,049
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,010	-0,017	-0,020	0,000	0,000	-0,001
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-2,25	-3,76	-4,40	-0,70	-0,69	-1,14
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,035	-0,049	-0,057	-0,003	-0,004	-0,005
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-7,71	-10,45	-12,00	-6,15	-8,70	-10,18

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Τέλος, ως προς τη συνολική επίδοση της χώρας σε σχέση με την πολύ κακή υγεία, παρατηρούμε μια χειροτέρευσή της κατά τα πρώτα χρόνια της κρίσης αλλά και μεταξύ 2014 και 2016, ενώ το 2017 σημειώνεται μια απότομη βελτίωση (Πίνακας 7-186). Επίσης, η συνολική βελτίωση κατά την περίοδο μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης ήταν πολύ μεγαλύτερη στους προτυποποιημένους πληθυσμούς.

Πίνακας 7-186 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	HAI(2)	
	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	3,41	3,43
2004	3,00	2,95
2005	3,08	2,98
2006	3,39	3,34
2007	3,31	3,21
2008	3,30	3,23
2009	3,79	3,58
2010	3,63	3,38
2011	3,53	3,15
2012	3,65	3,29
2013	3,82	3,41
2014	4,39	3,80
2015	4,25	3,56
2016	4,07	3,48
2017	3,27	2,75
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,11	-0,21
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-3,20	-6,03
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,03	-0,48
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-0,85	-14,79

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

7.3.2.2.2.15. Κύρια ασχολία

Ως προς την κύρια ασχολία των ατόμων, η υψηλότερη συχνότητα πολύ κακής υγείας συνδέεται με τους ανάπηρους, τους συνταξιούχους και τα υπόλοιπα οικονομικά ανενεργά άτομα (**Πίνακας 7-187**). Γενικότερα, παρατηρούνται υψηλές διακυμάνσεις για τις περισσότερες οικονομικές κατηγορίες, καθώς κάποιες από αυτές έχουν μικρό δείγμα ή/και μικρό αριθμό περιπτώσεων που αναφέρουν την παρουσία πολύ κακής υγείας.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-187 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς την κύρια ασχολία, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ							ΠΚ						
	Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση	Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	Άνεργος/η	Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	Συνταξιούχος	Ανάπηρος/η	Άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση	Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	Άνεργος/η	Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	Συνταξιούχος	Ανάπηρος/η	Άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο
2003	0,23 (0,07)	0,86 (0,40)	0,42 (0,24)	0,26 (0,17)	8,40 (0,60)	43,94 (4,19)	2,73 (0,34)	0,40 (0,17)	2,23 (1,28)	0,70 (0,39)	0,08 (0,05)	10,28 (3,06)	44,30 (4,33)	4,12 (2,15)
2004	0,20 (0,06)	0,54 (0,26)	0,28 (0,19)	0,00 (0,00)	6,65 (0,57)	39,30 (3,92)	2,81 (0,36)	0,29 (0,12)	0,69 (0,34)	0,20 (0,13)	0,00 (0,00)	5,95 (1,49)	35,35 (3,36)	3,82 (1,78)
2005	0,23 (0,08)	0,68 (0,44)	0,58 (0,33)	0,00 (0,00)	6,84 (0,55)	38,02 (4,28)	2,92 (0,44)	0,19 (0,07)	0,89 (0,53)	7,51 (0,46)	0,00 (0,00)	15,34 (2,61)	37,04 (4,40)	14,27 (3,16)
2006	0,30 (0,09)	1,49 (0,64)	0,34 (0,34)	0,15 (0,12)	7,21 (0,57)	36,40 (5,73)	3,75 (0,57)	0,34 (0,12)	2,19 (1,10)	0,45 (0,44)	10,97 (0,01)	9,37 (3,37)	42,31 (4,91)	5,88 (2,14)
2007	0,18 (0,06)	1,03 (0,57)	1,12 (0,42)	0,00 (0,00)	7,20 (0,62)	33,93 (5,12)	2,84 (0,46)	0,23 (0,09)	0,90 (0,52)	7,88 (0,68)	0,00 (0,00)	9,23 (2,07)	35,32 (4,20)	5,52 (2,04)
2008	0,27 (0,07)	0,72 (0,37)	1,06 (0,41)	0,06 (0,05)	7,00 (0,52)	35,39 (5,61)	2,96 (0,51)	0,25 (0,08)	0,62 (0,34)	3,08 (1,93)	10,02 (0,01)	6,06 (1,58)	38,60 (4,94)	2,22 (0,59)
2009	0,31 (0,09)	0,37 (0,23)	1,75 (0,99)	0,06 (0,06)	8,11 (0,61)	34,28 (4,62)	2,76 (0,45)	0,31 (0,10)	0,33 (0,23)	4,89 (2,38)	17,19 (0,00)	6,98 (1,81)	33,08 (4,00)	10,75 (1,69)
2010	0,27 (0,10)	0,34 (0,19)	0,96 (0,49)	0,07 (0,05)	7,90 (0,70)	30,34 (4,53)	3,04 (0,61)	0,42 (0,22)	0,26 (0,14)	1,09 (0,49)	0,02 (0,01)	8,20 (2,95)	30,64 (3,94)	6,93 (2,26)
2011	0,15 (0,05)	0,25 (0,16)	0,61 (0,23)	0,14 (0,14)	6,77 (0,59)	33,36 (4,62)	3,18 (0,51)	0,50 (0,37)	1,04 (0,93)	1,74 (1,01)	7,22 (5,35)	4,64 (1,56)	38,53 (3,69)	2,83 (1,40)
2012	0,17 (0,07)	0,05 (0,05)	1,01 (0,41)	0,07 (0,07)	6,93 (0,60)	28,52 (5,00)	3,57 (0,63)	0,19 (0,08)	0,09 (0,09)	1,27 (0,47)	0,01 (0,01)	5,76 (1,52)	33,66 (4,58)	2,12 (0,49)
2013	0,30 (0,09)	1,01 (0,35)	0,74 (0,22)	0,31 (0,20)	6,38 (0,44)	35,19 (3,91)	4,04 (0,48)	0,28 (0,10)	0,97 (0,34)	8,76 (1,39)	0,09 (0,06)	4,13 (1,00)	33,90 (3,85)	4,64 (1,58)
2014	0,20 (0,07)	0,21 (0,12)	0,88 (0,26)	0,41 (0,34)	6,70 (0,53)	31,46 (3,81)	4,29 (0,52)	0,18 (0,08)	0,32 (0,19)	1,09 (0,34)	0,15 (0,12)	3,72 (0,37)	33,46 (4,02)	8,37 (2,19)
2015	0,37 (0,08)	0,10 (0,07)	0,92 (0,19)	0,34 (0,13)	6,73 (0,41)	24,31 (3,11)	4,03 (0,43)	0,64 (0,25)	0,13 (0,09)	1,11 (0,23)	0,49 (0,42)	3,35 (0,25)	30,61 (3,51)	6,39 (2,29)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2016	0,52 (0,09)	0,61 (0,21)	1,00 (0,17)	0,24 (0,09)	6,08 (0,34)	32,22 (2,95)	3,45 (0,36)	0,68 (0,21)	0,40 (0,14)	1,68 (0,68)	1,71 (1,59)	5,11 (1,07)	30,49 (2,97)	3,55 (1,10)
2017	0,34 (0,06)	0,35 (0,14)	0,63 (0,13)	0,24 (0,13)	4,74 (0,25)	32,14 (2,50)	3,03 (0,29)	0,43 (0,13)	0,28 (0,11)	0,66 (0,15)	0,06 (0,03)	5,54 (1,73)	31,40 (2,56)	3,14 (1,23)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,03	-0,15	0,64	-0,20	-1,40	-8,55	0,22	-0,14	-1,61	2,38	9,94	-4,22	-5,70	-1,91
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	14,65	-16,80	153,70	-75,94	-16,70	-19,46	8,19	-35,82	-72,08	342,04	12035,38	-41,05	-12,88	-46,27
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,07	-0,37	-0,42	0,18	-2,26	-3,24	0,07	0,17	-0,34	-2,42	-9,96	-0,52	-7,20	0,93
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	27,93	-51,35	-40,06	284,79	-32,26	-9,16	2,37	68,51	-55,04	-78,66	-99,38	-8,59	-18,64	41,84

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Οι απόλυτες και οι σχετικές διαφορές δείχνουν την παρουσία ανισοτήτων κακής υγείας μεταξύ εργαζομένων πλήρους απασχόλησης και ανέργων, εις βάρος των δεύτερων (**Πίνακας 7-188**). Ως προς τους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς, παρατηρούμε μια σημαντική όξυνση των ανισοτήτων το 2009. Στη συνέχεια, ακολουθεί μια περίοδος διακύμανσης των διαφορών υγείας, ενώ από το 2015 εκκινεί μια τάση αποκλιμάκωσής τους. Αντίθετα, στους προτυποποιημένους πληθυσμούς διαπιστώνουμε μια διαρκή αυξομείωση, με την υψηλότερη ανισότητα να καταγράφεται για το έτος 2013.

Πίνακας 7-188 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς την κύρια ασχολία, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-0,18 (0,25)	-0,30 (0,43)	0,56 (0,36)	0,57 (0,40)
2004	-0,08 (0,20)	0,09 (0,17)	0,70 (0,51)	1,44 (1,07)
2005	-0,35 (0,34)	-7,32 (0,46)	0,40 (0,26)	0,03 (0,01)
2006	-0,04 (0,35)	-0,12 (0,45)	0,87 (0,90)	0,75 (0,77)
2007	-0,94 (0,43)	-7,65 (0,69)	0,16 (0,08)	0,03 (0,01)
2008	-0,79 (0,42)	-2,83 (1,93)	0,25 (0,12)	0,08 (0,06)
2009	-1,43 (0,99)	-4,58 (2,38)	0,18 (0,12)	0,06 (0,04)
2010	-0,69 (0,50)	-0,67 (0,54)	0,28 (0,18)	0,39 (0,27)
2011	-0,46 (0,24)	-1,24 (1,08)	0,25 (0,13)	0,29 (0,27)
2012	-0,83 (0,41)	-1,09 (0,48)	0,17 (0,10)	0,15 (0,09)
2013	-0,44 (0,24)	-8,48 (1,40)	0,40 (0,17)	0,03 (0,01)
2014	-0,67 (0,27)	-0,91 (0,35)	0,23 (0,11)	0,17 (0,09)
2015	-0,55 (0,20)	-0,47 (0,34)	0,40 (0,12)	0,58 (0,26)
2016	-0,48 (0,20)	-1,00 (0,71)	0,52 (0,13)	0,40 (0,21)
2017	-0,29 (0,14)	-0,23 (0,19)	0,54 (0,14)	0,65 (0,24)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,61	-2,53	-0,31	-0,49
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-329,68	-841,43	-54,81	-85,48
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,50	2,60	0,29	0,57
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	63,03	91,92	113,44	689,51

Υποσημείωση: Σύγκριση μεταξύ των εργαζομένων πλήρους απασχόλησης και των ανέργων. Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι δείκτες AGMD, RGMD και IDISP συνδέονται με υψηλή διακύμανση τόσο πριν όσο και μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης (**Πίνακας 7-189**).

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πάντως, ο δείκτης AGMD φαίνεται να παρουσιάζει μια τάση μείωσης μετά το 2008.

Πίνακας 7-189 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την πολύ κακή προσ-αξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς την κύρια ασχολία, 2003-2017

Έτος έρευνας	AGMD		RGMD		IDISP	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	3,36 (0,22)	3,95 (1,03)	112,43 (7,24)	105,32 (27,53)	271,49 (16,56)	224,97 (42,54)
2004	2,81 (0,17)	2,74 (0,51)	112,44 (6,73)	109,00 (20,25)	287,09 (19,34)	264,40 (37,46)
2005	2,86 (0,19)	7,09 (0,89)	110,96 (7,53)	108,53 (13,69)	270,76 (18,89)	145,62 (13,70)
2006	3,07 (0,19)	4,45 (0,83)	107,09 (6,49)	95,36 (17,81)	239,15 (24,36)	186,55 (30,96)
2007	3,01 (0,22)	4,20 (0,62)	109,57 (7,97)	105,17 (15,49)	231,10 (22,61)	188,94 (24,40)
2008	2,91 (0,20)	3,29 (0,44)	108,20 (7,33)	100,52 (13,59)	243,55 (22,10)	226,17 (26,63)
2009	3,41 (0,27)	5,02 (0,43)	110,26 (8,58)	92,60 (7,97)	214,53 (19,32)	150,18 (15,62)
2010	3,17 (0,26)	3,88 (0,82)	110,40 (9,13)	109,50 (23,25)	211,28 (20,60)	191,54 (30,64)
2011	2,95 (0,22)	2,36 (0,57)	110,15 (8,15)	78,09 (18,84)	239,21 (21,61)	223,84 (45,63)
2012	2,91 (0,24)	2,42 (0,57)	106,98 (8,77)	103,49 (24,22)	212,19 (26,01)	260,93 (39,50)
2013	2,89 (0,18)	2,88 (0,35)	99,98 (6,25)	80,11 (9,75)	228,13 (15,74)	184,75 (21,09)
2014	3,00 (0,21)	2,80 (0,37)	102,67 (7,34)	100,78 (13,28)	213,59 (17,16)	239,23 (23,33)
2015	2,86 (0,15)	2,19 (0,36)	99,86 (5,07)	86,80 (14,29)	180,55 (14,86)	228,93 (27,69)
2016	2,68 (0,14)	2,16 (0,39)	94,46 (5,01)	76,85 (13,71)	212,87 (13,67)	190,14 (23,35)
2017	2,31 (0,10)	2,54 (0,57)	100,76 (4,17)	101,08 (22,56)	253,28 (13,48)	233,95 (34,56)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,44	-0,66	-4,23	-4,79	-27,93	1,20
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-13,24	-16,75	-3,76	-4,55	-10,29	0,53
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,61	-0,75	-7,44	0,56	9,73	7,79
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-20,77	-22,71	-6,87	0,56	3,99	3,44

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.16. Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά

Τόσο τα άτομα που διαβιούν σε γειτονίες με προβλήματα θορύβου όσο και εκείνα που δεν υφίστανται τέτοια προβλήματα συνδέονται με μειώσεις του επιπολασμού της πολύ κακής υγείας μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, οι οποίες είναι και μεγαλύτερου βαθμού σε σχέση με εκείνες που καταγράφηκαν για την περίοδο πριν το 2008 (**Πίνακας 7-190**). Επίσης, είναι ενδιαφέρον πως, ενώ οι οικογένειες που δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα θορύβου σημειώνουν μια αύξηση της σχετικής συχνότητας της πολύ κακής υγείας για την περίοδο 2013-2016, τα υπόλοιπα νοικοκυριά που υφίστανται τέτοια προβλήματα συνδέονται με μια διαρκή βελτίωση της υγείας τους. Αυτό μπορεί να σχετίζεται

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

με την κοινωνικοοικονομική κάθοδο κάποιων οικογενειών, οι οποίες αναγκάζονται να μετακομίσουν σε γειτονιές με περισσότερο υποβαθμισμένο περιβάλλον, φέροντας όμως μαζί τους και το καλύτερο μέσο επίπεδο υγείας τους.

Πίνακας 7-190 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τα προβλήματα θορύβου στη γειτονιά, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	2,98 (0,20)	3,04 (0,39)	3,42 (0,22)	3,88 (0,47)
2004	2,52 (0,19)	2,43 (0,39)	2,83 (0,20)	3,07 (0,50)
2005	2,45 (0,19)	3,07 (0,46)	2,77 (0,20)	3,68 (0,54)
2006	2,56 (0,20)	4,04 (0,55)	2,90 (0,22)	4,92 (0,65)
2007	2,64 (0,21)	3,12 (0,41)	2,95 (0,23)	3,90 (0,51)
2008	2,65 (0,19)	2,85 (0,39)	2,95 (0,20)	3,32 (0,43)
2009	2,98 (0,22)	3,44 (0,48)	3,26 (0,23)	3,99 (0,51)
2010	2,94 (0,24)	2,64 (0,41)	3,20 (0,25)	3,21 (0,47)
2011	2,67 (0,22)	2,70 (0,40)	2,83 (0,21)	3,00 (0,42)
2012	2,28 (0,19)	4,05 (0,62)	2,44 (0,20)	4,36 (0,62)
2013	2,72 (0,19)	3,42 (0,38)	2,77 (0,19)	3,72 (0,39)
2014	2,87 (0,21)	3,11 (0,39)	2,89 (0,20)	3,27 (0,40)
2015	2,83 (0,17)	3,03 (0,31)	2,78 (0,16)	3,22 (0,32)
2016	2,84 (0,15)	2,79 (0,27)	2,78 (0,14)	2,98 (0,28)
2017	2,31 (0,11)	2,23 (0,21)	2,21 (0,10)	2,43 (0,23)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,33	-0,18	-0,47	-0,56
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-11,00	-6,07	-13,67	-14,46
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,34	-0,62	-0,75	-0,89
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-12,87	-21,82	-25,24	-26,85

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι απόλυτες και οι σχετικές διαφορές στην πολύ κακή υγεία παρουσιάζουν μεγάλη διακύμανση, αν και είναι υπέρ των νοικοκυριών που διαβιούν σε γειτονιές χωρίς προβλήματα θορύβου στις περισσότερες περιπτώσεις στους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς και σε όλες τις περιπτώσεις στους προτυποποιημένους πληθυσμούς (**Πίνακας 7-191**).

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-191 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τα προβλήματα θορύβου στη γειτονιά, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-0,06 (0,44)	-0,46 (0,52)	0,98 (0,14)	0,88 (0,12)
2004	0,08 (0,44)	-0,25 (0,53)	1,03 (0,18)	0,92 (0,16)
2005	-0,61 (0,50)	-0,90 (0,57)	0,80 (0,13)	0,75 (0,12)
2006	-1,48 (0,58)	-2,02 (0,69)	0,63 (0,10)	0,59 (0,09)
2007	-0,49 (0,47)	-0,95 (0,55)	0,84 (0,13)	0,76 (0,11)
2008	-0,21 (0,43)	-0,36 (0,48)	0,93 (0,14)	0,89 (0,13)
2009	-0,46 (0,53)	-0,73 (0,56)	0,87 (0,14)	0,82 (0,12)
2010	0,30 (0,48)	-0,01 (0,53)	1,11 (0,20)	1,00 (0,16)
2011	-0,03 (0,45)	-0,17 (0,47)	0,99 (0,17)	0,94 (0,15)
2012	-1,77 (0,65)	-1,93 (0,66)	0,56 (0,10)	0,56 (0,09)
2013	-0,70 (0,42)	-0,96 (0,43)	0,79 (0,10)	0,74 (0,09)
2014	-0,23 (0,45)	-0,38 (0,45)	0,93 (0,14)	0,89 (0,13)
2015	-0,20 (0,35)	-0,44 (0,35)	0,93 (0,11)	0,86 (0,10)
2016	0,05 (0,31)	-0,20 (0,31)	1,02 (0,11)	0,93 (0,10)
2017	0,08 (0,24)	-0,22 (0,25)	1,03 (0,11)	0,91 (0,10)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,14	0,09	-0,05	0,01
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-225,18	20,39	-5,25	0,92
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,28	0,14	0,11	0,02
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	136,68	39,90	11,44	2,19

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.17. Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά

Σε σχέση με τα προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά, παρατηρούμε ότι ο επιπολασμός της πολύ κακής υγείας μειώθηκε περισσότερο μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης στην ομάδα των ατόμων που δεν αντιμετωπίζουν τέτοια προβλήματα (**Πίνακας 7-192**).

Πίνακας 7-192 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τα προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	3,17 (0,21)	2,13 (0,32)	3,63 (0,22)	2,69 (0,41)
2004	2,58 (0,19)	2,08 (0,34)	2,86 (0,20)	2,88 (0,48)
2005	2,54 (0,19)	2,76 (0,45)	2,85 (0,21)	3,42 (0,52)
2006	2,62 (0,21)	4,03 (0,60)	2,96 (0,22)	5,06 (0,72)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2007	2,69 (0,21)	2,98 (0,43)	3,00 (0,22)	3,73 (0,52)
2008	2,72 (0,20)	2,60 (0,37)	3,03 (0,21)	2,95 (0,41)
2009	3,02 (0,22)	3,34 (0,46)	3,31 (0,23)	3,81 (0,51)
2010	3,08 (0,25)	2,23 (0,40)	3,33 (0,25)	2,68 (0,47)
2011	2,62 (0,21)	2,84 (0,43)	2,74 (0,21)	3,37 (0,47)
2012	2,50 (0,22)	3,35 (0,54)	2,59 (0,22)	3,91 (0,56)
2013	2,68 (0,19)	3,46 (0,37)	2,68 (0,18)	4,00 (0,40)
2014	2,92 (0,23)	2,91 (0,35)	2,87 (0,21)	3,36 (0,38)
2015	2,74 (0,17)	3,38 (0,36)	2,68 (0,16)	3,68 (0,37)
2016	2,78 (0,15)	3,04 (0,30)	2,72 (0,14)	3,26 (0,31)
2017	2,24 (0,11)	2,50 (0,23)	2,14 (0,10)	2,78 (0,24)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,45	0,46	-0,60	0,26
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-14,12	21,68	-16,43	9,64
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,48	-0,10	-0,89	-0,17
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-17,66	-3,73	-29,48	-5,60

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι απόλυτες και οι σχετικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων παρουσιάζουν υψηλή διακύμανση (Πίνακας 7-193). Ωστόσο, από το 2011 και έπειτα φαίνεται ότι είναι προς όφελος των νοικοκυριών που διαβιούν σε γειτονιές χωρίς προβλήματα μόλυνσης.

Πίνακας 7-193 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τα προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	1,03 (0,39)	0,94 (0,46)	1,48 (0,25)	1,35 (0,22)
2004	0,50 (0,39)	-0,02 (0,52)	1,24 (0,22)	0,99 (0,18)
2005	-0,22 (0,49)	-0,57 (0,56)	0,92 (0,17)	0,83 (0,14)
2006	-1,41 (0,64)	-2,10 (0,75)	0,65 (0,11)	0,58 (0,09)
2007	-0,29 (0,48)	-0,73 (0,57)	0,90 (0,15)	0,80 (0,13)
2008	0,12 (0,41)	0,09 (0,46)	1,05 (0,17)	1,03 (0,16)
2009	-0,32 (0,51)	-0,50 (0,56)	0,90 (0,14)	0,87 (0,13)
2010	0,85 (0,47)	0,65 (0,54)	1,38 (0,27)	1,24 (0,24)
2011	-0,22 (0,48)	-0,64 (0,52)	0,92 (0,16)	0,81 (0,13)
2012	-0,85 (0,58)	-1,32 (0,60)	0,75 (0,14)	0,66 (0,11)
2013	-0,77 (0,41)	-1,32 (0,44)	0,78 (0,10)	0,67 (0,08)
2014	0,01 (0,41)	-0,49 (0,43)	1,00 (0,14)	0,85 (0,11)
2015	-0,64 (0,39)	-0,99 (0,40)	0,81 (0,10)	0,73 (0,09)
2016	-0,25 (0,34)	-0,53 (0,34)	0,92 (0,10)	0,84 (0,09)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2017	-0,26 (0,25)	-0,64 (0,26)	0,90 (0,09)	0,77 (0,08)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,91	-0,86	-0,44	-0,32
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-88,26	-90,84	-29,42	-23,78
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,38	-0,73	-0,15	-0,26
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-316,74	-844,87	-14,47	-25,30

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.18. Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά

Τα νοικοκυριά που διαβιούν σε γειτονίες με προβλήματα εγκληματικότητας καταγράφουν μεγαλύτερη μείωση του επιπολασμού της πολύ κακής υγείας μετά το 2008 σε σχέση με τα υπόλοιπα νοικοκυριά (Πίνακας 7-194).

Πίνακας 7-194 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τα προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	3,02 (0,19)	2,71 (0,49)	3,49 (0,21)	3,18 (0,57)
2004	2,51 (0,18)	2,44 (0,52)	2,84 (0,20)	3,03 (0,63)
2005	2,45 (0,18)	4,05 (0,82)	2,78 (0,20)	4,96 (0,89)
2006	2,63 (0,20)	5,45 (0,94)	3,03 (0,22)	5,96 (0,95)
2007	2,80 (0,22)	2,28 (0,47)	3,16 (0,24)	2,84 (0,58)
2008	2,72 (0,19)	2,47 (0,45)	3,05 (0,20)	2,84 (0,50)
2009	2,94 (0,21)	3,88 (0,61)	3,24 (0,23)	4,47 (0,64)
2010	3,02 (0,23)	2,21 (0,46)	3,29 (0,24)	2,63 (0,55)
2011	2,57 (0,19)	3,11 (0,56)	2,72 (0,19)	3,50 (0,58)
2012	2,47 (0,20)	3,76 (0,71)	2,61 (0,20)	4,27 (0,74)
2013	2,73 (0,19)	3,56 (0,42)	2,80 (0,18)	3,83 (0,42)
2014	2,79 (0,21)	3,60 (0,45)	2,81 (0,20)	3,79 (0,46)
2015	2,72 (0,16)	3,82 (0,44)	2,72 (0,15)	3,76 (0,42)
2016	2,74 (0,14)	3,54 (0,44)	2,71 (0,13)	3,65 (0,42)
2017	2,23 (0,11)	2,70 (0,28)	2,16 (0,10)	2,83 (0,28)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,30	-0,24	-0,44	-0,33
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-9,78	-8,81	-12,67	-10,49
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,50	0,22	-0,90	-0,01
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-18,21	8,93	-29,34	-0,50

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Οι απόλυτες και οι σχετικές διαφορές πολύ κακής υγείας παρουσιάζουν υψηλή διακύμανση και στις δύο ομάδες ατόμων (**Πίνακας 7-195**). Ωστόσο, από το 2011 οι ανισότητες είναι σταθερά εις βάρος των νοικοκυριών που διαβιούν σε περιοχές με προβλήματα εγκληματικότητας.

Πίνακας 7-195 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τα προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	0,30 (0,53)	0,32 (0,60)	1,11 (0,21)	1,10 (0,21)
2004	0,07 (0,55)	-0,18 (0,66)	1,03 (0,23)	0,94 (0,20)
2005	-1,61 (0,84)	-2,18 (0,91)	0,60 (0,13)	0,56 (0,11)
2006	-2,82 (0,96)	-2,93 (0,98)	0,48 (0,09)	0,51 (0,09)
2007	0,52 (0,51)	0,33 (0,62)	1,23 (0,27)	1,11 (0,24)
2008	0,25 (0,49)	0,21 (0,54)	1,10 (0,22)	1,07 (0,20)
2009	-0,94 (0,65)	-1,23 (0,68)	0,76 (0,13)	0,72 (0,12)
2010	0,81 (0,52)	0,66 (0,59)	1,37 (0,30)	1,25 (0,27)
2011	-0,54 (0,59)	-0,78 (0,61)	0,83 (0,16)	0,78 (0,14)
2012	-1,29 (0,74)	-1,66 (0,77)	0,66 (0,14)	0,61 (0,12)
2013	-0,83 (0,46)	-1,03 (0,46)	0,77 (0,10)	0,73 (0,09)
2014	-0,81 (0,49)	-0,98 (0,50)	0,78 (0,11)	0,74 (0,10)
2015	-1,10 (0,47)	-1,03 (0,45)	0,71 (0,09)	0,72 (0,09)
2016	-0,81 (0,46)	-0,95 (0,44)	0,77 (0,10)	0,74 (0,09)
2017	-0,47 (0,30)	-0,67 (0,30)	0,83 (0,09)	0,76 (0,08)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,06	-0,11	-0,01	-0,03
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-18,42	-34,54	-1,06	-2,44
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,72	-0,88	-0,27	-0,31
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-288,75	-425,12	-24,92	-28,99

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.3. Πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας

Στην παρούσα υποενότητα θα εξεταστούν οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες ως προς την παρουσία πολύ κακής ή κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

7.3.2.2.3.1. Φύλο

Ως προς το φύλο, παρατηρούμε ότι και για τους άνδρες και τις γυναίκες καταγράφεται αύξηση του επιπολασμού της πολύ κακής ή κακής αυτοαξιολογούμενης υγείας στους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς κατά την περίοδο μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης (**Πίνακας 7-196**). Αυτή η μεταβολή μπορεί να αποδοθεί στην αυξητική τάση κατά τα πρώτα χρόνια της ύφεσης αλλά και στα έτη 2013 και 2014, ενώ στη συνέχεια παρατηρείται μια πτωτική κατεύθυνση στην εκτίμηση για τη συχνότητα της πολύ κακής ή κακής υγείας. Στους προτυποποιημένους πληθυσμούς, αν και παρατηρούνται ανάλογες τάσεις μετά το 2008, η συνολική μεταβολή είναι βελτιωτική και για τα δύο φύλα.

Πίνακας 7-196 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής ή κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς το φύλο, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Άνδρας	Γυναίκα	Άνδρας	Γυναίκα
2003	8,14 (0,38)	10,90 (0,43)	9,36 (0,41)	12,71 (0,44)
2004	7,56 (0,38)	9,95 (0,43)	8,74 (0,40)	11,60 (0,44)
2005	8,38 (0,43)	9,37 (0,46)	9,68 (0,46)	10,82 (0,47)
2006	8,07 (0,43)	10,18 (0,53)	9,21 (0,44)	11,67 (0,53)
2007	7,72 (0,48)	9,73 (0,53)	8,65 (0,47)	11,04 (0,50)
2008	8,17 (0,45)	10,34 (0,47)	9,16 (0,45)	11,64 (0,44)
2009	8,50 (0,44)	10,73 (0,50)	9,44 (0,43)	11,90 (0,49)
2010	8,82 (0,54)	10,20 (0,53)	9,77 (0,54)	11,23 (0,50)
2011	8,04 (0,46)	9,85 (0,46)	8,53 (0,45)	10,42 (0,43)
2012	7,93 (0,65)	10,54 (0,55)	8,40 (0,65)	11,19 (0,52)
2013	9,07 (0,48)	11,68 (0,45)	9,40 (0,46)	12,04 (0,41)
2014	9,69 (0,42)	11,67 (0,46)	9,86 (0,39)	11,77 (0,41)
2015	9,35 (0,34)	11,22 (0,36)	9,31 (0,31)	11,19 (0,31)
2016	9,20 (0,31)	11,33 (0,33)	9,10 (0,29)	11,21 (0,29)
2017	9,19 (0,27)	11,43 (0,30)	8,97 (0,24)	11,16 (0,28)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,03	-0,56	-0,20	-1,08
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	0,40	-5,14	-2,12	-8,46
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,02	1,10	-0,20	-0,48
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	12,44	10,61	-2,14	-4,11

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Οι απόλυτες και οι σχετικές διαφορές υγείας είναι σταθερά εις βάρος των γυναικών (Πίνακας 7-197). Γενικότερα, παρατηρούνται αυξομειώσεις, με τις αυξήσεις να σημειώνονται στα έτη 2008-2009, 2012-2013 αλλά και 2016-2017.

Πίνακας 7-197 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το φύλο, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-2,76 (0,58)	-3,35 (0,60)	0,75 (0,05)	0,74 (0,04)
2004	-2,39 (0,57)	-2,85 (0,60)	0,76 (0,05)	0,75 (0,04)
2005	-0,99 (0,63)	-1,14 (0,65)	0,89 (0,06)	0,89 (0,06)
2006	-2,11 (0,68)	-2,46 (0,69)	0,79 (0,06)	0,79 (0,05)
2007	-2,01 (0,71)	-2,39 (0,68)	0,79 (0,07)	0,78 (0,06)
2008	-2,16 (0,65)	-2,47 (0,63)	0,79 (0,06)	0,79 (0,05)
2009	-2,23 (0,66)	-2,46 (0,66)	0,79 (0,06)	0,79 (0,05)
2010	-1,38 (0,75)	-1,47 (0,74)	0,86 (0,07)	0,87 (0,06)
2011	-1,81 (0,65)	-1,89 (0,62)	0,82 (0,06)	0,82 (0,05)
2012	-2,61 (0,85)	-2,79 (0,83)	0,75 (0,07)	0,75 (0,07)
2013	-2,61 (0,66)	-2,64 (0,62)	0,78 (0,05)	0,78 (0,05)
2014	-1,98 (0,62)	-1,91 (0,57)	0,83 (0,05)	0,84 (0,04)
2015	-1,86 (0,49)	-1,88 (0,44)	0,83 (0,04)	0,83 (0,04)
2016	-2,12 (0,45)	-2,12 (0,41)	0,81 (0,04)	0,81 (0,03)
2017	-2,24 (0,40)	-2,19 (0,37)	0,80 (0,03)	0,80 (0,03)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,59	0,88	0,04	0,05
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	21,53	26,18	5,85	6,92
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,08	0,28	0,01	0,02
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-3,68	11,40	1,66	2,05

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.3.2. Υπηκοότητα

Όλες οι κατηγορίες των πολιτών παρουσιάζουν αύξηση του επιπολασμού της πολύ κακής ή κακής υγείας στους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς και μείωση στους προτυποποιημένους πληθυσμούς μετά την έναρξη της κρίσης (Πίνακας 7-198). Κατά τη διάρκεια της κρίσης, παρατηρείται αύξηση τόσο στην αρχή της κρίσης όσο και στην περίοδο 2013-2015, ενώ στη συνέχεια καταγράφεται μια αποκλιμάκωση.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-198 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής ή κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς την υπηκοότητα, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ			ΠΚ		
	Ελληνική	Άλλης Ε.Ε. χώρας	Άλλης χώρας	Ελληνική	Άλλης Ε.Ε. χώρας	Άλλης χώρας
2003	9,96 (0,36)	3,94 (1,71)	1,56 (0,48)	11,18 (0,36)	10,59 (1,66)	8,14 (0,71)
2004	9,16 (0,35)	2,30 (1,43)	2,31 (0,81)	10,25 (0,34)	10,68 (2,92)	8,69 (2,22)
2005	9,20 (0,39)	1,05 (0,70)	2,30 (0,73)	10,34 (0,39)	0,82 (0,58)	5,83 (2,04)
2006	9,41 (0,41)	2,54 (1,48)	4,14 (0,99)	10,54 (0,40)	2,76 (1,64)	10,99 (3,57)
2007	9,11 (0,46)	2,26 (1,31)	2,71 (0,80)	9,99 (0,41)	1,49 (0,89)	4,75 (1,92)
2008	9,68 (0,40)	2,45 (1,31)	3,14 (0,81)	10,53 (0,36)	9,95 (1,86)	14,32 (2,50)
2009	10,02 (0,40)	2,08 (1,22)	4,44 (1,25)	10,73 (0,37)	8,48 (2,60)	15,15 (2,82)
2010	9,90 (0,45)	6,31 (2,86)	4,03 (1,26)	10,49 (0,40)	12,68 (3,06)	10,67 (1,92)
2011	9,30 (0,40)	4,46 (2,04)	2,93 (0,80)	9,53 (0,36)	6,16 (2,35)	9,92 (2,99)
2012	9,82 (0,49)	0,00 (0,00)	1,97 (0,70)	9,98 (0,43)	0,00 (0,00)	7,19 (2,36)
2013	10,94 (0,40)	1,02 (0,73)	2,81 (0,68)	10,87 (0,34)	6,66 (0,29)	13,10 (3,44)
2014	11,14 (0,38)	5,48 (2,53)	3,77 (1,34)	10,88 (0,33)	9,35 (2,83)	10,12 (2,81)
2015	10,67 (0,29)	4,61 (2,19)	4,49 (0,90)	10,31 (0,25)	6,82 (2,63)	10,35 (1,41)
2016	10,70 (0,28)	4,08 (1,37)	3,61 (0,73)	10,28 (0,23)	5,06 (1,76)	7,41 (1,60)
2017	10,71 (0,23)	4,40 (1,39)	4,47 (0,72)	10,15 (0,20)	6,96 (2,16)	7,83 (1,52)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,28	-1,49	1,58	-0,65	-0,63	6,18
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-2,82	-37,73	101,44	-5,84	-5,98	75,96
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,02	1,95	1,33	-0,38	-2,99	-6,49
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	10,58	79,43	42,51	-3,64	-30,05	-45,32

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι Έλληνες πολίτες συνδέονται με χειρότερο επίπεδο υγείας σε σχέση με τους πολίτες άλλων χωρών εκτός Ε.Ε. ως προς τους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς (**Πίνακας 7-199**). Αντίθετα, οι προτυποποιημένες κατανομές παρουσιάζουν σημαντικές διακυμάνσεις ως προς τις απόλυτες και τις σχετικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων πολιτών.

Πίνακας 7-199 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς την υπηκοότητα, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	8,41 (0,60)	3,04 (0,79)	6,40 (1,99)	1,37 (0,13)
2004	6,85 (0,88)	1,55 (2,25)	3,96 (1,39)	1,18 (0,30)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2005	6,91 (0,83)	4,52 (2,08)	4,01 (1,29)	1,77 (0,63)
2006	5,27 (1,07)	-0,45 (3,59)	2,27 (0,55)	0,96 (0,31)
2007	6,40 (0,93)	5,24 (1,96)	3,37 (1,02)	2,10 (0,86)
2008	6,55 (0,91)	-3,80 (2,52)	3,09 (0,81)	0,74 (0,13)
2009	5,58 (1,31)	-4,42 (2,84)	2,26 (0,64)	0,71 (0,13)
2010	5,87 (1,33)	-0,17 (1,96)	2,46 (0,78)	0,98 (0,18)
2011	6,37 (0,89)	-0,39 (3,02)	3,18 (0,88)	0,96 (0,29)
2012	7,84 (0,86)	2,79 (2,40)	4,97 (1,79)	1,39 (0,46)
2013	8,12 (0,79)	-2,23 (3,45)	3,89 (0,96)	0,83 (0,22)
2014	7,37 (1,40)	0,76 (2,82)	2,95 (1,06)	1,08 (0,30)
2015	6,18 (0,95)	-0,04 (1,44)	2,38 (0,48)	1,00 (0,14)
2016	7,09 (0,78)	2,87 (1,62)	2,96 (0,61)	1,39 (0,30)
2017	6,24 (0,75)	2,31 (1,53)	2,39 (0,39)	1,30 (0,25)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-1,86	-6,84	-3,31	-0,64
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-22,14	-224,81	-51,76	-46,49
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,31	6,11	-0,69	0,56
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-4,73	160,93	-22,41	76,22

Υποσημείωση: Σύγκριση μεταξύ των Ελλήνων πολιτών και εκείνων από χώρα εκτός Ε.Ε. Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι δείκτες AGMD, RGMD και IDISP παρουσιάζουν υψηλή διακύμανση, και δεν είναι εύκολο να εξαχθούν συμπεράσματα (Πίνακας 7-200).

Πίνακας 7-200 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς την υπηκοότητα, 2003-2017

Έτος έρευνας	AGMD		RGMD		IDISP	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	0,77 (0,05)	0,25 (0,07)	8,09 (0,57)	2,29 (0,60)	48,90 (6,17)	10,57 (4,04)
2004	0,70 (0,07)	0,13 (0,10)	7,96 (0,85)	1,27 (1,03)	50,58 (5,68)	6,72 (6,93)
2005	0,60 (0,05)	0,47 (0,14)	6,79 (0,61)	4,69 (1,37)	55,29 (3,75)	45,55 (7,04)
2006	0,48 (0,08)	0,15 (0,14)	5,29 (0,87)	1,44 (1,31)	43,27 (6,55)	26,38 (9,16)
2007	0,68 (0,08)	0,62 (0,16)	7,75 (0,92)	6,44 (1,68)	49,13 (5,90)	46,28 (7,40)
2008	0,76 (0,10)	0,35 (0,18)	8,15 (1,03)	3,31 (1,72)	48,03 (6,00)	14,17 (7,72)
2009	0,71 (0,13)	0,42 (0,22)	7,33 (1,31)	3,89 (2,05)	45,43 (6,10)	20,95 (9,82)
2010	0,70 (0,15)	0,07 (0,11)	7,30 (1,58)	0,69 (1,04)	31,80 (10,78)	7,34 (6,64)
2011	0,63 (0,08)	0,06 (0,13)	6,99 (0,93)	0,68 (1,31)	40,44 (8,10)	13,21 (9,34)
2012	1,03 (0,10)	0,52 (0,18)	11,07 (1,06)	5,33 (1,85)	61,54 (2,68)	42,93 (5,65)
2013	0,99 (0,08)	0,22 (0,22)	9,46 (0,77)	2,03 (1,98)	56,06 (3,60)	19,84 (7,30)
2014	0,81 (0,13)	0,10 (0,18)	7,56 (1,24)	0,93 (1,63)	39,22 (8,38)	6,89 (8,76)
2015	0,65 (0,09)	0,06 (0,08)	6,33 (0,84)	0,59 (0,77)	38,41 (6,67)	11,54 (6,82)
2016	0,75 (0,07)	0,34 (0,13)	7,26 (0,69)	3,39 (1,30)	43,06 (4,59)	26,13 (7,01)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2017	0,67 (0,07)	0,26 (0,12)	6,48 (0,64)	17,85 (7,56)	39,23 (4,47)	17,85 (7,56)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,02	0,10	0,06	1,02	-0,88	3,59
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-2,13	40,15	0,78	44,61	-1,80	33,99
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,09	-0,09	-1,67	14,54	-8,80	3,68
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-11,33	-26,31	-20,50	439,93	-18,32	25,98

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.3.3. Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού

Οι αραιοκατοικημένες περιοχές εμφανίζουν υψηλότερη σχετική συχνότητας πολύ κακής ή κακής υγείας σε σχέση με τις πυκνοκατοικημένες περιοχές (**Πίνακας 7-201**). Μετά την έναρξη της ύφεσης παρατηρούνται δύο περίοδοι επιδείνωσης της υγείας για όλες τις περιοχές: κατά τα πρώτα χρόνια της κρίσης και μεταξύ 2013-2015.

Πίνακας 7-201 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ			ΠΚ		
	Πυκνοκατοικη μένη	Μέσης πυκνότητας	Αραιοκατοικη μένη	Πυκνοκατοικη μένη	Μέσης πυκνότητας	Αραιοκατοικη μένη
2003	7,98 (0,45)	6,20 (0,71)	11,80 (0,59)	10,55 (0,53)	8,81 (0,93)	11,99 (0,53)
2004	6,93 (0,44)	6,26 (0,82)	11,05 (0,55)	9,38 (0,54)	8,96 (1,05)	11,05 (0,48)
2005	7,48 (0,53)	5,59 (0,79)	11,02 (0,60)	9,74 (0,64)	7,29 (0,94)	11,27 (0,53)
2006	8,36 (0,58)	6,91 (1,00)	10,48 (0,61)	10,23 (0,65)	8,45 (1,16)	11,17 (0,54)
2007	7,06 (0,51)	7,14 (1,22)	10,72 (0,70)	8,86 (0,55)	8,71 (1,32)	10,98 (0,59)
2008	7,70 (0,44)	9,47 (1,43)	10,57 (0,60)	9,43 (0,46)	10,71 (1,34)	11,18 (0,52)
2009	8,47 (0,57)	8,40 (1,07)	10,98 (0,60)	10,24 (0,58)	9,23 (1,06)	11,43 (0,53)
2010	7,55 (0,58)	8,46 (1,61)	11,62 (0,64)	9,63 (0,66)	9,75 (1,65)	11,41 (0,51)
2011	7,53 (0,58)	6,55 (0,90)	11,18 (0,59)	8,71 (0,60)	8,25 (0,95)	10,67 (0,48)
2012	7,74 (0,62)	9,49 (1,98)	10,95 (0,61)	9,16 (0,66)	10,80 (1,46)	10,07 (0,47)
2013	8,58 (0,49)	9,60 (1,20)	12,37 (0,59)	10,30 (0,49)	10,72 (0,99)	11,21 (0,45)
2014	8,96 (0,51)	8,76 (0,67)	13,64 (0,70)	10,23 (0,52)	9,83 (0,66)	11,87 (0,53)
2015	9,03 (0,40)	8,62 (0,53)	13,03 (0,55)	10,22 (0,40)	9,30 (0,48)	11,05 (0,41)
2016	8,78 (0,37)	8,53 (0,43)	13,54 (0,57)	9,83 (0,36)	9,18 (0,42)	11,24 (0,42)
2017	9,10 (0,32)	8,76 (0,36)	13,35 (0,44)	10,18 (0,31)	9,36 (0,34)	10,72 (0,38)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,28	3,27	-1,22	-1,13	1,90	-0,81
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-3,50	52,69	-10,37	-10,69	21,60	-6,77

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,40	-0,71	2,77	0,76	-1,35	-0,47
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	18,14	-7,48	26,24	8,04	-12,64	-4,16

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Αντίστοιχα, οι απόλυτες και οι σχετικές διαφορές μεταξύ των περισσότερο και λιγότερο πυκνοκατοικημένων περιοχών είναι σταθερά προς όφελος των πρώτων (Πίνακας 7-202). Οι απόλυτες και οι σχετικές ανισότητες παρουσιάζουν διακυμάνσεις μετά την έναρξη της κρίσης και κορυφώνονται τα έτη 2010 και 2014 και 2016. Συνολικά, οι απόλυτες διαφορές επιτείνονται κατά την περίοδο μετά το 2008, ενώ οι σχετικές αμβλύνονται.

Πίνακας 7-202 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-3,82 (0,74)	-1,44 (0,75)	0,68 (0,05)	0,88 (0,06)
2004	-4,12 (0,70)	-1,67 (0,72)	0,63 (0,05)	0,85 (0,06)
2005	-3,53 (0,80)	-1,53 (0,83)	0,68 (0,06)	0,86 (0,07)
2006	-2,12 (0,84)	-0,94 (0,85)	0,80 (0,07)	0,92 (0,07)
2007	-3,66 (0,87)	-2,11 (0,80)	0,66 (0,06)	0,81 (0,07)
2008	-2,87 (0,74)	-1,75 (0,69)	0,73 (0,06)	0,84 (0,06)
2009	-2,51 (0,82)	-1,19 (0,79)	0,77 (0,07)	0,90 (0,07)
2010	-4,08 (0,86)	-1,78 (0,84)	0,65 (0,06)	0,84 (0,07)
2011	-3,65 (0,83)	-1,95 (0,77)	0,67 (0,06)	0,82 (0,07)
2012	-3,21 (0,87)	-0,91 (0,81)	0,71 (0,07)	0,91 (0,08)
2013	-3,78 (0,77)	-0,91 (0,67)	0,69 (0,05)	0,92 (0,06)
2014	-4,69 (0,87)	-1,63 (0,74)	0,66 (0,05)	0,86 (0,06)
2015	-3,99 (0,68)	-0,83 (0,58)	0,69 (0,04)	0,93 (0,05)
2016	-4,76 (0,68)	-1,41 (0,55)	0,65 (0,04)	0,87 (0,05)
2017	-4,25 (0,54)	-0,53 (0,49)	0,68 (0,03)	0,95 (0,04)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,94	-0,32	0,05	-0,04
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	24,72	-22,06	7,66	-4,21
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-1,38	1,22	-0,05	0,11
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-47,92	69,73	-6,41	12,73

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Για την περίοδο μετά το 2008, οι δείκτες AGMD, RGMD και IDISP καταγράφουν συνολικά αύξηση στους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς και μείωση στους προτυποποιημένους (**Πίνακας 7-203**). Αυτή η αύξηση αποδίδεται κυρίως στις αυξήσεις που παρατηρούνται κατά τα έτη 2010-2011 και 2014-2016.

Πίνακας 7-203 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	AGMD		RGMD		IDISP	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	2,10 (0,33)	0,91 (0,30)	22,01 (3,45)	8,29 (2,70)	25,02 (3,44)	11,04 (3,27)
2004	2,13 (0,34)	0,88 (0,30)	24,26 (3,82)	8,72 (2,97)	25,22 (4,08)	9,32 (3,87)
2005	1,99 (0,34)	1,06 (0,26)	22,41 (3,84)	10,48 (2,59)	25,61 (4,13)	14,39 (3,76)
2006	1,25 (0,36)	0,71 (0,30)	13,61 (3,94)	6,76 (2,88)	15,89 (4,06)	9,35 (3,83)
2007	1,81 (0,41)	1,07 (0,36)	20,67 (4,65)	10,89 (3,71)	20,09 (5,07)	10,94 (4,37)
2008	1,27 (0,36)	0,80 (0,29)	13,73 (3,88)	7,66 (2,79)	11,00 (3,90)	6,56 (2,99)
2009	1,26 (0,37)	0,70 (0,31)	13,05 (3,80)	6,59 (2,93)	12,97 (3,88)	8,23 (3,34)
2010	1,94 (0,44)	0,87 (0,36)	20,36 (4,64)	8,34 (3,45)	17,99 (4,59)	7,95 (4,18)
2011	1,91 (0,37)	1,01 (0,32)	21,25 (4,09)	10,67 (3,38)	22,58 (4,53)	11,24 (3,66)
2012	1,43 (0,37)	0,54 (0,31)	15,38 (3,98)	5,55 (3,17)	12,33 (4,90)	6,78 (4,01)
2013	1,75 (0,36)	0,40 (0,24)	16,77 (3,44)	3,70 (2,27)	14,70 (3,10)	2,94 (2,31)
2014	2,25 (0,40)	0,84 (0,27)	21,03 (3,74)	7,84 (2,51)	20,65 (3,53)	7,94 (2,44)
2015	1,89 (0,28)	0,55 (0,20)	18,35 (2,73)	5,32 (1,90)	18,40 (2,51)	5,81 (1,93)
2016	2,16 (0,27)	0,75 (0,20)	20,99 (2,58)	7,37 (1,97)	21,12 (2,57)	7,75 (1,95)
2017	1,91 (0,20)	0,45 (0,18)	18,45 (1,98)	4,43 (1,82)	18,81 (2,13)	4,74 (1,91)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,83	-0,12	-8,28	-0,64	-14,02	-4,48
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-39,44	-12,72	-37,64	-7,67	-56,02	-40,58
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,64	-0,35	4,73	-3,23	7,81	-1,82
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	49,98	-43,88	34,45	-42,16	70,98	-27,75

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Στους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς διαπιστώνουμε μείωση στους δείκτες SII και RII πριν το 2008 και αύξηση μετά την έναρξη της κρίσης, ενώ στους προτυποποιημένους οι τάσεις αντιστρέφονται (**Πίνακας 7-204**). Και στην περίπτωση αυτών των δεικτών παρατηρούμε αυξήσεις των απόλυτων και των σχετικών ανισοτήτων κατά τα έτη 2010-2011 και 2014 και 2016.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-204 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	SII		RII	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-7,13 (0,04)	-2,70 (0,04)	0,47 (0,00)	0,78 (0,00)
2004	-7,67 (0,04)	-3,06 (0,04)	0,42 (0,00)	0,74 (0,00)
2005	-6,60 (0,04)	-2,92 (0,04)	0,48 (0,00)	0,75 (0,00)
2006	-3,95 (0,04)	-1,84 (0,04)	0,65 (0,00)	0,84 (0,00)
2007	-6,67 (0,04)	-3,82 (0,04)	0,47 (0,00)	0,68 (0,00)
2008	-5,16 (0,04)	-3,11 (0,04)	0,57 (0,00)	0,74 (0,00)
2009	-4,60 (0,04)	-2,21 (0,04)	0,62 (0,00)	0,81 (0,00)
2010	-7,53 (0,04)	-3,25 (0,04)	0,45 (0,00)	0,73 (0,00)
2011	-6,48 (0,04)	-3,45 (0,04)	0,48 (0,00)	0,70 (0,00)
2012	-5,70 (0,04)	-1,69 (0,04)	0,54 (0,00)	0,84 (0,00)
2013	-6,75 (0,04)	-1,61 (0,04)	0,52 (0,00)	0,86 (0,00)
2014	-7,66 (0,04)	-2,65 (0,04)	0,49 (0,00)	0,78 (0,00)
2015	-6,16 (0,04)	-1,22 (0,04)	0,55 (0,00)	0,89 (0,00)
2016	-7,18 (0,04)	-2,06 (0,04)	0,50 (0,00)	0,82 (0,00)
2017	-6,22 (0,04)	-0,67 (0,04)	0,55 (0,00)	0,94 (0,00)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,97	-0,41	0,10	-0,04
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	27,59	-15,25	20,96	-5,23
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-1,06	2,44	-0,03	0,19
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-20,46	78,33	-4,43	26,14

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Τα αποτελέσματα της οικογένειας των δεικτών συγκέντρωσης δείχνουν μια παρόμοια εικόνα. Αρχικά, επιβεβαιώνεται η ύπαρξη απόλυτων και σχετικών ανισοτήτων υγείας υπέρ των περισσότερο πυκνοκατοικημένων περιοχών. Έπειτα, καθώς αυξάνεται η τιμή της παραμέτρου αποστροφής για την ανισότητα, αυξάνονται και οι τιμές των δεικτών ECI, SCI και GSCI (αν και οριακά) και μειώνονται εκείνες των GECI. Αντίστοιχα με τα προηγούμενα ευρήματα, καταγράφεται μείωση των ανισοτήτων συνολικά κατά την περίοδο πριν το 2008 και αύξηση μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης στους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς, ενώ οι τάσεις αντιστρέφονται για τους προτυποποιημένους. Για όλους τους δείκτες παρατηρείται μια διακύμανση των τιμών κατά τη διάρκεια της ύφεσης, με όξυνση των ανισοτήτων 2-3 χρόνια μετά την έναρξη της κρίσης αλλά και μεταξύ 2014-2016.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-205 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	CI		ECI(3)	ECI(4)	ECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	0,101 (0,019)	0,040 (0,017)	0,143	0,159	0,165
2004	0,117 (0,019)	0,044 (0,017)	0,170	0,194	0,204
2005	0,101 (0,022)	0,041 (0,020)	0,141	0,156	0,161
2006	0,059 (0,022)	0,026 (0,020)	0,082	0,090	0,091
2007	0,104 (0,023)	0,054 (0,021)	0,152	0,174	0,184
2008	0,076 (0,019)	0,044 (0,017)	0,117	0,140	0,153
2009	0,065 (0,021)	0,030 (0,019)	0,095	0,110	0,116
2010	0,106 (0,022)	0,042 (0,019)	0,158	0,183	0,195
2011	0,100 (0,022)	0,053 (0,020)	0,139	0,154	0,159
2012	0,085 (0,022)	0,022 (0,021)	0,125	0,145	0,155
2013	0,089 (0,018)	0,024 (0,015)	0,133	0,154	0,164
2014	0,104 (0,019)	0,037 (0,016)	0,142	0,157	0,162
2015	0,088 (0,015)	0,021 (0,013)	0,116	0,124	0,126
2016	0,102 (0,015)	0,032 (0,013)	0,135	0,145	0,148
2017	0,089 (0,012)	0,012 (0,011)	0,114	0,121	0,123
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,025	0,004	-0,026	-0,019	-0,012
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-25,15	9,85	-18,18	-11,95	-7,27
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,013	-0,032	-0,003	-0,019	-0,030
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	17,20	-72,41	-2,56	-13,57	-19,61

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-206 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	GCI		GECI(3)	GECI(4)	GECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	0,010 (0,002)	0,004 (0,002)	0,035	0,032	0,030
2004	0,010 (0,002)	0,004 (0,002)	0,039	0,036	0,034
2005	0,009 (0,002)	0,004 (0,002)	0,033	0,029	0,027
2006	0,005 (0,002)	0,002 (0,002)	0,020	0,017	0,016
2007	0,009 (0,002)	0,005 (0,002)	0,035	0,032	0,030
2008	0,007 (0,002)	0,004 (0,002)	0,028	0,028	0,027
2009	0,006 (0,002)	0,003 (0,002)	0,024	0,022	0,021
2010	0,010 (0,002)	0,004 (0,002)	0,039	0,037	0,035
2011	0,009 (0,002)	0,005 (0,002)	0,032	0,029	0,027
2012	0,008 (0,002)	0,002 (0,002)	0,030	0,028	0,027
2013	0,009 (0,002)	0,002 (0,002)	0,036	0,034	0,032
2014	0,011 (0,002)	0,004 (0,002)	0,040	0,036	0,032

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2015	0,009 (0,002)	0,002 (0,001)	0,031	0,027	0,024
2016	0,011 (0,002)	0,003 (0,001)	0,036	0,032	0,028
2017	0,009 (0,001)	0,001 (0,001)	0,031	0,027	0,024
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,003	0,000	-0,007	-0,005	-0,003
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-27,28	5,26	-20,34	-14,60	-10,17
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,002	-0,003	0,003	-0,001	-0,003
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	30,81	-70,00	9,22	-3,27	-10,57

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-207 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	E		W	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	0,039 (0,007)	0,015 (0,006)	0,111 (0,021)	0,044 (0,018)
2004	0,041 (0,007)	0,015 (0,006)	0,129 (0,021)	0,048 (0,019)
2005	0,036 (0,008)	0,015 (0,007)	0,111 (0,024)	0,045 (0,022)
2006	0,022 (0,008)	0,009 (0,007)	0,065 (0,024)	0,028 (0,022)
2007	0,036 (0,008)	0,019 (0,007)	0,114 (0,025)	0,060 (0,023)
2008	0,028 (0,007)	0,016 (0,006)	0,083 (0,021)	0,048 (0,019)
2009	0,025 (0,008)	0,012 (0,007)	0,072 (0,023)	0,034 (0,021)
2010	0,040 (0,008)	0,016 (0,007)	0,117 (0,024)	0,047 (0,021)
2011	0,036 (0,008)	0,019 (0,007)	0,110 (0,024)	0,058 (0,022)
2012	0,032 (0,008)	0,008 (0,008)	0,094 (0,025)	0,024 (0,023)
2013	0,037 (0,007)	0,010 (0,006)	0,100 (0,020)	0,026 (0,017)
2014	0,044 (0,008)	0,016 (0,007)	0,116 (0,021)	0,042 (0,018)
2015	0,036 (0,006)	0,009 (0,005)	0,098 (0,017)	0,023 (0,015)
2016	0,042 (0,006)	0,013 (0,005)	0,114 (0,017)	0,036 (0,014)
2017	0,037 (0,005)	0,005 (0,005)	0,099 (0,013)	0,013 (0,012)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,011	0,001	-0,028	0,004
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-27,27	6,62	-24,95	9,36
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,009	-0,011	0,016	-0,035
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	31,07	-68,94	18,61	-72,03

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-208 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	SCI(3)	SCI(4)	SCI(5)	GSCI(3)	GSCI(4)	GSCI(5)
	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	0,100	0,100	0,100	0,038	0,038	0,038
2004	0,117	0,117	0,117	0,041	0,041	0,041

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2005	0,100	0,100	0,099	0,036	0,035	0,035
2006	0,058	0,058	0,058	0,021	0,021	0,021
2007	0,104	0,105	0,105	0,037	0,037	0,037
2008	0,077	0,077	0,077	0,029	0,029	0,029
2009	0,065	0,065	0,065	0,025	0,025	0,025
2010	0,107	0,107	0,107	0,041	0,041	0,041
2011	0,102	0,102	0,102	0,036	0,037	0,037
2012	0,086	0,087	0,087	0,032	0,032	0,032
2013	0,091	0,091	0,091	0,038	0,038	0,038
2014	0,108	0,109	0,109	0,046	0,047	0,047
2015	0,094	0,096	0,097	0,039	0,040	0,040
2016	0,111	0,114	0,115	0,046	0,047	0,047
2017	0,098	0,101	0,102	0,040	0,042	0,042
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,023	-0,023	-0,023	-0,010	-0,010	-0,010
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-22,90	-22,52	-22,52	-25,33	-24,87	-24,87
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,020	0,024	0,025	0,012	0,013	0,014
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	26,46	30,49	31,78	41,26	45,30	47,04

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Τέλος, ως προς τη συνολική επίδοση σε σχέση με την πολύ κακή ή κακή υγεία, η εξέλιξη των τιμών του δείκτη ΗΑΙ δείχνει μικρή επιδείνωση μετά το 2008 στους προτυποποιημένους πληθυσμούς και βελτίωση στους μη προτυποποιημένους (Πίνακας 7-209). Τα έτη που συνδέονται με χειροτέρευση των επιδόσεων είναι τα πρώτα χρόνια της κρίσης αλλά και μεταξύ 2012-2014.

Πίνακας 7-209 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (ΗΑΙ[2]) για την πολύ κακή ή κακή προς-αξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΗΑΙ(2)	
	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	10,52	11,48
2004	9,82	10,58
2005	9,79	10,67
2006	9,70	10,73
2007	9,66	10,37
2008	9,98	10,80
2009	10,28	10,99
2010	10,54	10,90
2011	9,87	9,99
2012	10,06	10,06
2013	11,33	11,04

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2014	11,81	11,30
2015	11,20	10,51
2016	11,35	10,53
2017	11,32	10,23
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,54	-0,68
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-5,16	-5,88
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,34	-0,58
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	13,39	-5,36

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.3.4. Ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα

Ως προς το εισόδημα, παρατηρείται μια σαφής κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση της υγείας (Πίνακας 7-210). Έπειτα, το πλουσιότερο πεμπτημόριο είναι η μόνη εισοδηματική ομάδα που παρουσιάζει αύξηση του επιπολασμού της πολύ κακής ή κακής υγείας τόσο στους μη προτυποποιημένους όσο και στους προτυποποιημένους πληθυσμούς. Αντίθετα, οι δύο χαμηλότερες εισοδηματικές κατηγορίες σημειώνουν βελτίωση της υγείας τους.

Πίνακας 7-210 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ					ΠΚ				
	Πρώτο	Δεύτερο	Τρίτο	Τέταρτο	Πεμπτο	Πρώτο	Δεύτερο	Τρίτο	Τέταρτο	Πεμπτο
2003	15,26 (0,81)	11,89 (0,70)	7,87 (0,65)	5,75 (0,55)	2,79 (0,40)	14,37 (0,69)	12,78 (0,64)	10,01 (0,76)	8,27 (0,72)	4,90 (0,70)
2004	14,39 (0,80)	11,57 (0,68)	7,61 (0,62)	5,00 (0,55)	2,91 (0,45)	13,05 (0,63)	11,96 (0,63)	9,91 (0,72)	7,37 (0,70)	5,31 (0,81)
2005	14,36 (0,89)	11,93 (0,75)	8,32 (0,70)	5,13 (0,62)	3,04 (0,45)	12,97 (0,74)	12,51 (0,71)	10,32 (0,76)	7,53 (0,86)	4,24 (0,60)
2006	14,36 (0,97)	11,70 (0,83)	9,36 (0,81)	5,64 (0,67)	3,53 (0,49)	14,04 (0,86)	11,81 (0,75)	10,88 (0,81)	7,19 (0,81)	5,68 (0,79)
2007	13,32 (1,02)	11,17 (0,81)	8,99 (0,83)	5,87 (0,62)	3,38 (0,45)	13,26 (0,95)	11,16 (0,71)	10,06 (0,83)	8,18 (0,78)	5,70 (0,72)
2008	13,72 (1,00)	12,41 (0,99)	10,82 (0,78)	5,66 (0,56)	3,78 (0,39)	13,92 (0,86)	12,44 (0,86)	11,24 (0,72)	8,32 (0,69)	5,91 (0,54)
2009	14,29 (1,08)	13,39 (0,89)	9,99 (0,78)	7,27 (0,67)	4,09 (0,52)	14,38 (0,99)	12,61 (0,77)	10,65 (0,71)	9,44 (0,75)	6,55 (0,69)
2010	13,62 (1,15)	13,37 (1,01)	11,27 (0,97)	6,46 (0,67)	4,22 (0,62)	14,19 (1,11)	11,93 (0,83)	11,37 (0,85)	8,45 (0,73)	6,45 (1,00)
2011	12,90 (0,84)	12,39 (0,85)	8,37 (0,79)	4,16 (0,52)	3,76 (0,64)	12,36 (0,78)	11,09 (0,65)	9,25 (0,72)	5,95 (0,65)	4,90 (0,75)
2012	10,86 (0,92)	10,85 (0,73)	9,35 (0,89)	5,31 (0,82)	3,25 (0,83)	12,24 (0,85)	9,82 (0,59)	9,69 (0,81)	6,45 (0,82)	5,14 (1,20)
2013	11,78 (0,60)	11,79 (0,67)	8,27 (0,74)	7,06 (0,81)	4,66 (0,96)	12,62 (0,56)	10,51 (0,51)	9,32 (0,72)	8,27 (0,87)	6,90 (1,31)
2014	12,70 (0,56)	11,23 (0,65)	7,29 (0,71)	6,70 (0,90)	4,41 (0,87)	12,96 (0,51)	10,20 (0,52)	8,69 (0,72)	8,19 (0,87)	6,86 (1,34)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2015	12,14 (0,46)	11,30 (0,49)	7,46 (0,50)	5,60 (0,65)	3,91 (0,63)	12,25 (0,41)	9,95 (0,41)	8,18 (0,49)	6,52 (0,73)	4,80 (0,85)
2016	11,73 (0,41)	11,68 (0,46)	8,19 (0,51)	6,24 (0,62)	3,54 (0,58)	12,11 (0,39)	9,80 (0,36)	8,84 (0,46)	6,94 (0,66)	4,20 (0,69)
2017	11,58 (0,33)	11,28 (0,39)	8,44 (0,48)	6,84 (0,63)	5,84 (1,57)	11,68 (0,30)	9,67 (0,30)	8,80 (0,45)	7,26 (0,63)	6,71 (1,36)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-1,54	0,52	2,96	-0,09	1,00	-0,45	-0,34	1,23	0,05	1,01
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-10,08	4,34	37,61	-1,64	35,83	-3,12	-2,70	12,31	0,60	20,54
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-2,14	-1,13	-2,38	1,18	2,05	-2,25	-2,77	-2,44	-1,06	0,80
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-15,63	-9,08	-22,02	20,80	54,25	-16,15	-22,24	-21,67	-12,79	13,58

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι απόλυτες και οι σχετικές διαφορές πολύ κακής ή κακής υγείας μειώνονται πριν το 2008 αλλά και μετά την έναρξη της κρίσης (Πίνακας 7-211). Πάντως, είναι ενδιαφέρον πως παρατηρείται μια παροδική αύξηση μεταξύ 2014 και 2016.

Πίνακας 7-211 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-12,47 (0,90)	-9,47 (0,98)	0,18 (0,03)	0,34 (0,05)
2004	-11,48 (0,92)	-7,74 (1,03)	0,20 (0,03)	0,41 (0,07)
2005	-11,32 (0,99)	-8,73 (0,95)	0,21 (0,03)	0,33 (0,05)
2006	-10,83 (1,09)	-8,36 (1,17)	0,25 (0,04)	0,40 (0,06)
2007	-9,94 (1,11)	-7,56 (1,19)	0,25 (0,04)	0,43 (0,06)
2008	-9,94 (1,07)	-8,01 (1,02)	0,28 (0,03)	0,42 (0,05)
2009	-10,20 (1,20)	-7,82 (1,21)	0,29 (0,04)	0,46 (0,06)
2010	-9,40 (1,31)	-7,75 (1,49)	0,31 (0,05)	0,45 (0,08)
2011	-9,15 (1,06)	-7,46 (1,08)	0,29 (0,05)	0,40 (0,07)
2012	-7,61 (1,24)	-7,10 (1,47)	0,30 (0,08)	0,42 (0,10)
2013	-7,12 (1,13)	-5,72 (1,42)	0,40 (0,08)	0,55 (0,11)
2014	-8,29 (1,04)	-6,10 (1,43)	0,35 (0,07)	0,53 (0,11)
2015	-8,23 (0,78)	-7,45 (0,94)	0,32 (0,05)	0,39 (0,07)
2016	-8,19 (0,71)	-7,92 (0,79)	0,30 (0,05)	0,35 (0,06)
2017	-5,74 (1,61)	-4,96 (1,39)	0,50 (0,14)	0,58 (0,12)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	2,54	1,46	0,09	0,08
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	20,33	15,38	51,05	24,42
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	4,20	3,05	0,23	0,15

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	42,23	38,09	82,82	35,46
---------------------------------------	-------	-------	-------	-------

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι δείκτες AGMD, RGMD και IDISP παρουσιάζουν μείωση και πριν και μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, τόσο για τους μη προτυποποιημένους όσο και για τους προτυποποιημένους πληθυσμούς (**Πίνακας 7-212**). Ωστόσο, παρατηρείται μια προσωρινή αυξητική τάση κατά τα έτη 2010-2011 και 2014-2015.

Πίνακας 7-212 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	AGMD		RGMD		IDISP	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	3,99 (0,31)	2,84 (0,31)	41,70 (3,22)	26,50 (2,93)	42,45 (2,76)	27,42 (2,70)
2004	3,81 (0,28)	2,42 (0,27)	43,11 (3,22)	24,43 (2,78)	43,59 (3,03)	24,97 (2,95)
2005	3,70 (0,32)	2,83 (0,29)	41,65 (3,59)	28,94 (2,98)	42,07 (3,32)	29,21 (3,20)
2006	3,40 (0,31)	2,72 (0,31)	36,99 (3,36)	26,91 (3,05)	37,16 (3,00)	27,17 (3,02)
2007	3,10 (0,32)	2,16 (0,30)	35,46 (3,71)	22,08 (3,07)	35,40 (3,11)	22,03 (3,09)
2008	3,64 (0,31)	2,60 (0,28)	39,39 (3,34)	25,13 (2,73)	39,49 (2,75)	25,21 (2,74)
2009	3,27 (0,33)	2,16 (0,32)	33,81 (3,41)	20,31 (3,02)	34,38 (3,27)	20,74 (3,18)
2010	3,63 (0,36)	2,45 (0,36)	38,14 (3,82)	23,89 (3,50)	37,99 (3,23)	24,02 (3,49)
2011	3,51 (0,29)	2,43 (0,32)	38,99 (3,24)	26,40 (3,44)	40,00 (2,96)	27,40 (3,39)
2012	1,85 (0,31)	1,65 (0,38)	19,85 (3,28)	16,66 (3,84)	28,20 (3,40)	21,90 (3,75)
2013	1,87 (0,26)	1,51 (0,27)	17,94 (2,51)	13,92 (2,49)	26,85 (3,29)	18,67 (3,28)
2014	2,14 (0,24)	1,86 (0,29)	19,99 (2,26)	16,97 (2,62)	30,31 (2,95)	21,80 (2,85)
2015	2,17 (0,18)	1,84 (0,20)	20,93 (1,77)	17,95 (1,95)	32,51 (2,29)	26,44 (2,36)
2016	1,99 (0,20)	1,74 (0,19)	19,31 (1,93)	17,07 (1,89)	30,54 (2,32)	25,34 (2,27)
2017	1,59 (0,18)	1,41 (0,17)	15,33 (1,78)	13,95 (1,64)	23,37 (3,34)	18,85 (3,07)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,35	-0,24	-2,31	-1,37	-2,95	-2,21
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-8,75	-8,44	-5,53	-5,16	-6,96	-8,07
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-2,06	-1,19	-24,06	-11,17	-16,12	-6,35
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-56,42	-45,78	-61,08	-44,47	-40,83	-25,20

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Οι δείκτες SII και RII παρουσιάζουν πτωτική τάση μετά την έναρξη της κρίσης, η οποία είναι μάλιστα μεγαλύτερου μεγέθους από εκείνη της προηγούμενης περιόδου (**Πίνακας 7-213**). Διαπιστώνουμε, πάντως, παροδικές αυξήσεις κατά τα πρώτα έτη της κρίσης αλλά και μεταξύ 2014-2015.

Πίνακας 7-213 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	SII		RII	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-16,32 (0,04)	-11,55 (0,04)	0,18 (0,00)	0,34 (0,00)
2004	-15,43 (0,04)	-9,92 (0,04)	0,17 (0,00)	0,36 (0,00)
2005	-15,21 (0,04)	-11,16 (0,04)	0,17 (0,00)	0,32 (0,00)
2006	-14,22 (0,04)	-10,72 (0,04)	0,21 (0,00)	0,34 (0,00)
2007	-12,94 (0,04)	-9,14 (0,04)	0,22 (0,00)	0,39 (0,00)
2008	-13,62 (0,04)	-10,16 (0,04)	0,22 (0,00)	0,37 (0,00)
2009	-13,46 (0,04)	-9,38 (0,04)	0,24 (0,00)	0,41 (0,00)
2010	-13,31 (0,04)	-9,55 (0,04)	0,24 (0,00)	0,39 (0,00)
2011	-13,46 (0,04)	-9,92 (0,04)	0,22 (0,00)	0,34 (0,00)
2012	-7,41 (0,04)	-7,74 (0,04)	0,45 (0,00)	0,46 (0,00)
2013	-6,78 (0,04)	-6,50 (0,04)	0,52 (0,00)	0,55 (0,00)
2014	-9,19 (0,04)	-7,72 (0,04)	0,42 (0,00)	0,49 (0,00)
2015	-8,78 (0,04)	-8,30 (0,04)	0,43 (0,00)	0,44 (0,00)
2016	-7,48 (0,04)	-7,76 (0,04)	0,48 (0,00)	0,47 (0,00)
2017	-6,04 (0,04)	-6,01 (0,04)	0,56 (0,00)	0,55 (0,00)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	2,70	1,39	0,05	0,03
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	16,54	12,05	27,65	10,36
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	7,59	4,15	0,33	0,18
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	55,70	40,84	148,84	48,27

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Όλοι οι δείκτες συγκέντρωσης δείχνουν άμβλυνση των απόλυτων και των σχετικών ανισοτήτων πολύ κακής ή κακής υγείας που είναι σταθερά υπέρ των υψηλότερων εισοδηματικά ομάδων τόσο πριν όσο και μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Μάλιστα, η μείωση των ανισοτήτων είναι μεγαλύτερη σε υψηλότερες τιμές της παραμέτρου αποστροφής της ανισότητας. Παρόλα αυτά, παρατηρείται μια παροδική αύξηση κατά τα έτη 2011 και 2014-2015

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-214 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	CI		ECI(3)	ECI(4)	ECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	-0,270 (0,019)	-0,171 (0,016)	-0,402	-0,476	-0,521
2004	-0,273 (0,019)	-0,158 (0,017)	-0,411	-0,493	-0,546
2005	-0,277 (0,020)	-0,178 (0,018)	-0,407	-0,477	-0,516
2006	-0,249 (0,022)	-0,168 (0,020)	-0,367	-0,433	-0,472
2007	-0,241 (0,022)	-0,166 (0,021)	-0,350	-0,406	-0,437
2008	-0,233 (0,022)	-0,166 (0,021)	-0,336	-0,384	-0,407
2009	-0,230 (0,022)	-0,157 (0,021)	-0,333	-0,388	-0,419
2010	-0,219 (0,024)	-0,141 (0,023)	-0,307	-0,342	-0,355
2011	-0,235 (0,021)	-0,157 (0,020)	-0,329	-0,365	-0,374
2012	-0,109 (0,026)	-0,121 (0,024)	-0,113	-0,087	-0,052
2013	-0,077 (0,017)	-0,092 (0,016)	-0,069	-0,038	-0,003
2014	-0,101 (0,017)	-0,109 (0,015)	-0,107	-0,085	-0,057
2015	-0,106 (0,014)	-0,116 (0,013)	-0,114	-0,095	-0,069
2016	-0,087 (0,012)	-0,105 (0,011)	-0,077	-0,044	-0,007
2017	-0,076 (0,012)	-0,089 (0,012)	-0,078	-0,060	-0,037
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,037	0,005	0,066	0,092	0,114
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	13,70	3,15	16,42	19,33	21,88
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,157	0,077	0,258	0,324	0,370
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	67,30	46,41	76,79	84,35	90,91

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-215 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	GCI		GECI(3)	GECI(4)	GECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	-0,026 (0,002)	-0,016 (0,002)	-0,100	-0,096	-0,093
2004	-0,024 (0,002)	-0,014 (0,002)	-0,094	-0,092	-0,090
2005	-0,025 (0,002)	-0,016 (0,002)	-0,094	-0,090	-0,086
2006	-0,023 (0,002)	-0,015 (0,002)	-0,088	-0,084	-0,081
2007	-0,021 (0,002)	-0,015 (0,002)	-0,080	-0,075	-0,071
2008	-0,022 (0,002)	-0,015 (0,002)	-0,081	-0,075	-0,070
2009	-0,022 (0,002)	-0,015 (0,002)	-0,084	-0,079	-0,076
2010	-0,021 (0,002)	-0,013 (0,002)	-0,076	-0,069	-0,063
2011	-0,021 (0,002)	-0,014 (0,002)	-0,077	-0,070	-0,063
2012	-0,010 (0,002)	-0,011 (0,002)	-0,027	-0,017	-0,009
2013	-0,008 (0,002)	-0,010 (0,002)	-0,019	-0,009	-0,001
2014	-0,011 (0,002)	-0,012 (0,002)	-0,030	-0,019	-0,011

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2015	-0,011 (0,001)	-0,012 (0,001)	-0,031	-0,021	-0,013
2016	-0,009 (0,001)	-0,011 (0,001)	-0,021	-0,010	-0,001
2017	-0,008 (0,001)	-0,009 (0,001)	-0,021	-0,013	-0,007
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,004	0,001	0,019	0,021	0,023
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	16,99	6,71	19,32	21,99	24,46
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,014	0,006	0,060	0,062	0,063
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	63,30	39,87	73,95	82,45	89,82

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-216 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	E		W	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-0,103 (0,007)	-0,066 (0,006)	-0,299 (0,021)	-0,189 (0,018)
2004	-0,097 (0,007)	-0,056 (0,006)	-0,299 (0,021)	-0,173 (0,019)
2005	-0,098 (0,007)	-0,063 (0,006)	-0,304 (0,022)	-0,196 (0,020)
2006	-0,092 (0,008)	-0,062 (0,007)	-0,274 (0,024)	-0,184 (0,022)
2007	-0,085 (0,008)	-0,058 (0,007)	-0,264 (0,025)	-0,182 (0,023)
2008	-0,086 (0,008)	-0,061 (0,008)	-0,257 (0,024)	-0,183 (0,023)
2009	-0,089 (0,009)	-0,061 (0,008)	-0,254 (0,024)	-0,174 (0,023)
2010	-0,084 (0,009)	-0,053 (0,009)	-0,242 (0,027)	-0,155 (0,025)
2011	-0,084 (0,008)	-0,057 (0,007)	-0,258 (0,024)	-0,172 (0,022)
2012	-0,041 (0,010)	-0,045 (0,009)	-0,121 (0,029)	-0,133 (0,027)
2013	-0,032 (0,007)	-0,039 (0,007)	-0,086 (0,019)	-0,103 (0,018)
2014	-0,044 (0,007)	-0,047 (0,007)	-0,114 (0,019)	-0,122 (0,017)
2015	-0,044 (0,006)	-0,048 (0,005)	-0,119 (0,015)	-0,130 (0,014)
2016	-0,036 (0,005)	-0,043 (0,005)	-0,097 (0,013)	-0,117 (0,013)
2017	-0,032 (0,005)	-0,037 (0,005)	-0,085 (0,013)	-0,099 (0,013)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,017	0,004	0,042	0,007
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	16,41	6,40	14,05	3,48
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,055	0,025	0,172	0,084
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	63,41	40,07	66,93	45,73

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-217 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	SCI(3)	SCI(4)	SCI(5)	GSCI(3)	GSCI(4)	GSCI(5)
	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	-0,298	-0,312	-0,319	-0,114	-0,119	-0,122
2004	-0,303	-0,321	-0,333	-0,107	-0,114	-0,118

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2005	-0,299	-0,308	-0,311	-0,106	-0,109	-0,110
2006	-0,275	-0,288	-0,294	-0,101	-0,106	-0,108
2007	-0,266	-0,275	-0,276	-0,093	-0,096	-0,097
2008	-0,245	-0,249	-0,248	-0,091	-0,092	-0,092
2009	-0,250	-0,261	-0,269	-0,097	-0,101	-0,104
2010	-0,229	-0,230	-0,227	-0,087	-0,087	-0,086
2011	-0,240	-0,235	-0,227	-0,086	-0,085	-0,082
2012	-0,109	-0,102	-0,094	-0,041	-0,038	-0,035
2013	-0,073	-0,067	-0,061	-0,031	-0,028	-0,026
2014	-0,098	-0,094	-0,091	-0,042	-0,040	-0,039
2015	-0,110	-0,108	-0,104	-0,045	-0,045	-0,043
2016	-0,085	-0,083	-0,081	-0,035	-0,034	-0,033
2017	-0,077	-0,074	-0,070	-0,032	-0,031	-0,029
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,053	0,063	0,071	0,023	0,027	0,030
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	17,79	20,19	22,26	20,44	22,69	24,75
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,169	0,175	0,178	0,059	0,062	0,063
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	68,78	70,44	71,69	65,05	66,85	68,30

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Τέλος, η συνολική επίδοση ως προς την πολύ κακή ή κακή κατάσταση υγείας δείχνει να βελτιώνεται μετά το 2008, ιδίως για τους προτυποποιημένους πληθυσμούς (Πίνακας 7-218). Παρουσιάζεται μια παροδική επιδείνωση κατά τα πρώτα έτη της κρίσης αλλά και μεταξύ 2013 και 2014, αλλά στη συνέχεια παρατηρείται μια συνεχής βελτίωση.

Πίνακας 7-218 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	HAI(2)	
	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	12,16	12,74
2004	11,25	11,70
2005	11,34	11,88
2006	11,47	12,04
2007	10,86	11,34
2008	11,40	11,93
2009	11,90	12,22
2010	11,60	11,84
2011	11,11	10,94
2012	10,35	11,02
2013	11,21	11,76

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2014	11,79	11,96
2015	11,40	11,50
2016	11,20	11,28
2017	11,19	11,02
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,76	-0,81
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-6,25	-6,36
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,21	-0,91
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-1,85	-7,62

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.3.5. Κίνδυνος φτώχειας

Η συχνότητα της πολύ κακής ή κακής κατάστασης υγείας μειώνεται συνολικά κατά την περίοδο μετά το 2008 στα φτωχά άτομα τόσο στους προτυποποιημένους όσο και στους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς, ενώ για τα μη φτωχά μόνο στους προτυποποιημένους (**Πίνακας 7-219**). Γενικότερα, παρατηρούμε μια προσωρινή αυξητική τάση κατά την αρχή της κρίσης αλλά και στα έτη 2013 και 2014.

Πίνακας 7-219 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής ή κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τον κίνδυνο φτώχειας, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	7,72 (0,33)	15,26 (0,82)	9,92 (0,37)	14,28 (0,70)
2004	7,34 (0,33)	14,21 (0,79)	9,40 (0,37)	12,82 (0,62)
2005	7,48 (0,36)	14,42 (0,90)	9,32 (0,40)	12,97 (0,73)
2006	7,78 (0,39)	14,63 (0,99)	9,44 (0,42)	14,22 (0,88)
2007	7,56 (0,41)	13,51 (1,07)	9,00 (0,42)	13,53 (1,01)
2008	8,25 (0,37)	13,70 (1,04)	9,66 (0,37)	13,89 (0,91)
2009	8,61 (0,38)	14,81 (1,14)	9,85 (0,36)	14,89 (1,04)
2010	8,73 (0,43)	13,41 (1,19)	9,81 (0,41)	14,18 (1,16)
2011	7,71 (0,40)	13,12 (0,87)	8,65 (0,37)	12,54 (0,80)
2012	8,67 (0,47)	10,61 (0,94)	8,89 (0,42)	12,05 (0,87)
2013	9,64 (0,43)	11,62 (0,60)	9,68 (0,37)	12,59 (0,56)
2014	9,02 (0,41)	12,73 (0,57)	9,23 (0,36)	13,05 (0,52)
2015	8,97 (0,32)	12,05 (0,46)	8,81 (0,28)	12,24 (0,41)
2016	9,30 (0,30)	11,62 (0,42)	8,93 (0,26)	12,08 (0,39)
2017	9,54 (0,28)	11,44 (0,33)	9,09 (0,25)	11,66 (0,30)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,53	-1,56	-0,25	-0,39
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	6,85	-10,21	-2,57	-2,74
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,29	-2,26	-0,57	-2,23

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	15,68	-16,51	-5,95	-16,06
---------------------------------------	-------	--------	-------	--------

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Ως προς τις απόλυτες και τις σχετικές διαφορές, οι οποίες είναι σταθερά υπέρ των μη φτωχών, παρατηρούμε ότι αμφότερες παρουσιάζουν άμβλυνση κατά την περίοδο της ανάλυσης, ιδίως μετά το 2008 (**Πίνακας 7-220**). Πάντως, διαπιστώνεται μια παροδική αύξηση κατά τα πρώτα χρόνια της κρίσης αλλά και για τα έτη 2013 και 2014.

Πίνακας 7-220 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον κίνδυνο φτώχειας, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-7,54 (0,88)	-4,36 (0,79)	0,51 (0,03)	0,69 (0,04)
2004	-6,87 (0,85)	-3,42 (0,72)	0,52 (0,04)	0,73 (0,05)
2005	-6,94 (0,97)	-3,64 (0,84)	0,52 (0,04)	0,72 (0,05)
2006	-6,85 (1,07)	-4,79 (0,98)	0,53 (0,04)	0,66 (0,05)
2007	-5,95 (1,15)	-4,53 (1,09)	0,56 (0,05)	0,67 (0,06)
2008	-5,46 (1,10)	-4,23 (0,98)	0,60 (0,05)	0,70 (0,05)
2009	-6,20 (1,20)	-5,04 (1,11)	0,58 (0,05)	0,66 (0,05)
2010	-4,68 (1,26)	-4,37 (1,23)	0,65 (0,07)	0,69 (0,06)
2011	-5,41 (0,95)	-3,89 (0,89)	0,59 (0,05)	0,69 (0,05)
2012	-1,94 (1,05)	-3,16 (0,97)	0,82 (0,08)	0,74 (0,06)
2013	-1,98 (0,74)	-2,91 (0,67)	0,83 (0,06)	0,77 (0,05)
2014	-3,71 (0,71)	-3,82 (0,64)	0,71 (0,05)	0,71 (0,04)
2015	-3,08 (0,56)	-3,44 (0,50)	0,74 (0,04)	0,72 (0,03)
2016	-2,32 (0,51)	-3,15 (0,47)	0,80 (0,04)	0,74 (0,03)
2017	-1,90 (0,43)	-2,57 (0,39)	0,83 (0,03)	0,78 (0,03)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	2,09	0,14	0,10	0,00
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	27,67	3,12	19,00	0,17
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	3,56	1,66	0,23	0,08
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	65,15	39,17	38,55	12,04

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.3.6. Αριθμός υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό

Ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, παρατηρούμε ότι η συχνότητα της πολύ κακής ή κακής υγείας μειώνεται σε

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

υψηλότερες κοινωνικά ομάδες (Πίνακας 7-221). Είναι ενδιαφέρον πως η μόνη ομάδα που σημειώνει συνολικά αύξηση του επιπολασμού πολύ κακής ή κακής υγείας στους προτυποποιημένους πληθυσμούς μετά την έναρξη της κρίσης είναι αυτή που δεν στερείτο κάποιο υλικό αγαθό, ενώ, καθώς κατεβαίνουμε στην κοινωνική ιεραρχία, το μέγεθος της μείωσης της συχνότητας συνεχώς αυξάνεται. Επιπλέον, παρατηρείται μια προσωρινή αύξηση κατά τα πρώτα χρόνια της κρίσης, καθώς και μεταξύ 2012 και 2013.

Πίνακας 7-221 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ					ΠΚ				
	0 αγαθά	1 αγαθά	2 αγαθά	3 αγαθά	4+ αγαθά	0 αγαθά	1 αγαθά	2 αγαθά	3 αγαθά	4+ αγαθά
2003	3,97 (0,34)	6,86 (0,61)	8,34 (0,68)	11,81 (0,97)	18,81 (0,93)	5,55 (0,46)	8,83 (0,68)	9,68 (0,70)	13,04 (0,88)	18,38 (0,80)
2004	4,03 (0,36)	6,46 (0,53)	9,40 (0,70)	12,93 (1,14)	16,75 (0,95)	5,93 (0,51)	7,74 (0,56)	9,95 (0,66)	14,27 (1,02)	16,45 (0,82)
2005	3,31 (0,34)	6,74 (0,62)	8,92 (0,82)	14,01 (1,10)	17,48 (1,03)	4,56 (0,47)	7,97 (0,66)	9,97 (0,81)	15,04 (0,97)	17,51 (0,89)
2006	3,46 (0,35)	6,86 (0,62)	11,04 (0,94)	14,17 (1,27)	20,12 (1,27)	4,92 (0,48)	8,10 (0,67)	11,66 (0,87)	14,23 (1,10)	19,97 (1,07)
2007	4,27 (0,41)	6,64 (0,58)	11,32 (1,01)	11,75 (1,01)	18,85 (1,37)	5,88 (0,49)	7,90 (0,60)	11,92 (0,90)	12,68 (0,95)	18,20 (1,21)
2008	4,09 (0,38)	7,78 (0,55)	12,00 (1,17)	13,82 (1,05)	18,83 (1,32)	5,74 (0,45)	9,04 (0,54)	13,09 (1,06)	13,70 (0,95)	18,91 (1,09)
2009	4,63 (0,37)	10,77 (0,90)	13,01 (0,97)	12,37 (1,16)	17,70 (1,40)	6,21 (0,41)	10,86 (0,74)	12,99 (0,87)	13,37 (1,02)	19,54 (1,34)
2010	5,18 (0,49)	9,72 (0,91)	12,97 (1,05)	12,13 (1,24)	16,54 (1,45)	6,59 (0,54)	10,49 (0,81)	12,82 (0,92)	12,37 (1,05)	18,33 (1,40)
2011	4,30 (0,39)	8,89 (0,74)	12,01 (1,03)	15,88 (1,32)	11,78 (1,02)	5,45 (0,43)	8,74 (0,63)	11,48 (0,90)	14,76 (1,12)	13,79 (0,95)
2012	5,99 (0,59)	8,61 (0,73)	10,20 (0,96)	11,32 (0,95)	12,40 (1,42)	6,59 (0,54)	9,18 (0,65)	9,99 (0,83)	11,30 (0,89)	15,06 (1,27)
2013	6,78 (0,48)	10,81 (0,88)	11,89 (0,78)	11,13 (0,79)	12,98 (0,94)	7,35 (0,45)	9,85 (0,72)	11,40 (0,65)	11,24 (0,69)	15,63 (0,84)
2014	6,45 (0,45)	9,14 (0,76)	11,84 (0,82)	14,36 (0,85)	12,90 (0,84)	6,73 (0,42)	8,96 (0,61)	11,11 (0,71)	13,23 (0,69)	15,25 (0,87)
2015	5,30 (0,35)	8,41 (0,50)	12,11 (0,62)	13,75 (0,66)	12,70 (0,66)	5,57 (0,34)	7,83 (0,42)	10,64 (0,51)	13,11 (0,61)	15,07 (0,64)
2016	5,53 (0,35)	8,45 (0,43)	12,11 (0,58)	14,09 (0,64)	12,55 (0,58)	5,95 (0,34)	7,92 (0,36)	10,39 (0,47)	12,53 (0,51)	14,92 (0,60)
2017	6,40 (0,33)	9,06 (0,46)	12,28 (0,51)	12,49 (0,56)	13,03 (0,52)	6,63 (0,31)	8,43 (0,43)	10,67 (0,39)	11,46 (0,44)	14,55 (0,50)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,12	0,92	3,66	2,00	0,02	0,19	0,21	3,40	0,66	0,53
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	2,93	13,43	43,88	16,95	0,08	3,43	2,37	35,16	5,06	2,89
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	2,31	1,28	0,28	-1,32	-5,80	0,89	-0,61	-2,42	-2,24	-4,36

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	56,58	16,52	2,35	-9,58	-30,81	15,50	-6,77	-18,47	-16,37	-23,06
--------------------------------	-------	-------	------	-------	--------	-------	-------	--------	--------	--------

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι απόλυτες και οι σχετικές διαφορές μεταξύ της πλουσιότερης και της φτωχότερης ομάδας του πληθυσμού μειώνονται μετά το 2008, αν και λιγότερο στους προτυποποιημένους πληθυσμούς (**Πίνακας 7-222**). Είναι ενδιαφέρον πως τα πρώτα δυο χρόνια της κρίσης παρατηρείται αύξηση, όπως και μεταξύ 2014 και 2015, ενώ στη συνέχεια ακολουθεί μια αποκλιμάκωση των διαφορών.

Πίνακας 7-222 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-14,84 (0,99)	-12,83 (0,92)	0,21 (0,02)	0,30 (0,03)
2004	-12,72 (1,02)	-10,52 (0,97)	0,24 (0,03)	0,36 (0,04)
2005	-14,17 (1,09)	-12,95 (1,01)	0,19 (0,02)	0,26 (0,03)
2006	-16,66 (1,32)	-15,05 (1,17)	0,17 (0,02)	0,25 (0,03)
2007	-14,58 (1,44)	-12,32 (1,31)	0,23 (0,03)	0,32 (0,03)
2008	-14,74 (1,37)	-13,17 (1,18)	0,22 (0,03)	0,30 (0,03)
2009	-13,07 (1,45)	-13,32 (1,40)	0,26 (0,03)	0,32 (0,03)
2010	-11,36 (1,53)	-11,74 (1,50)	0,31 (0,04)	0,36 (0,04)
2011	-7,48 (1,09)	-8,33 (1,04)	0,37 (0,05)	0,40 (0,04)
2012	-6,41 (1,54)	-8,48 (1,38)	0,48 (0,07)	0,44 (0,05)
2013	-6,21 (1,06)	-8,29 (0,96)	0,52 (0,05)	0,47 (0,04)
2014	-6,45 (0,95)	-8,52 (0,97)	0,50 (0,05)	0,44 (0,04)
2015	-7,40 (0,74)	-9,51 (0,73)	0,42 (0,04)	0,37 (0,03)
2016	-7,02 (0,68)	-8,97 (0,69)	0,44 (0,03)	0,40 (0,03)
2017	-6,63 (0,61)	-7,92 (0,58)	0,49 (0,03)	0,46 (0,03)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,10	-0,34	0,01	0,00
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	0,68	-2,65	2,84	0,53
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	8,11	5,25	0,27	0,15
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	55,04	39,86	126,30	50,11

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι δείκτες AGMD, RGMD και IDISP επίσης καταγράφουν μια μείωση μετά την έναρξη της κρίσης (**Πίνακας 7-223**). Ωστόσο, για αυτούς τους δείκτες σημειώνεται μια παροδική αύξηση το 2011 και στα έτη 2014 και 2015.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-223 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	AGMD		RGMD		IDISP	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	4,60 (0,32)	3,97 (0,28)	48,12 (3,40)	37,12 (2,63)	43,98 (3,53)	33,77 (2,85)
2004	4,06 (0,29)	3,46 (0,30)	46,22 (3,27)	34,99 (3,02)	45,06 (2,87)	34,71 (3,01)
2005	4,34 (0,32)	4,07 (0,25)	48,83 (3,60)	41,24 (2,55)	48,30 (3,29)	40,79 (2,88)
2006	5,07 (0,38)	4,49 (0,29)	55,42 (4,12)	44,81 (2,90)	56,46 (3,72)	45,50 (3,25)
2007	4,34 (0,36)	3,74 (0,37)	49,59 (4,13)	38,45 (3,82)	50,88 (4,00)	39,60 (3,59)
2008	4,52 (0,35)	3,99 (0,32)	48,67 (3,77)	38,56 (3,08)	50,64 (3,44)	39,80 (2,98)
2009	4,24 (0,35)	3,79 (0,30)	43,99 (3,60)	35,43 (2,84)	42,06 (2,79)	34,60 (2,70)
2010	3,62 (0,36)	3,25 (0,35)	37,99 (3,78)	30,98 (3,36)	36,93 (3,74)	30,45 (3,15)
2011	3,65 (0,31)	3,39 (0,29)	40,71 (3,48)	35,66 (3,05)	39,05 (3,19)	34,41 (2,97)
2012	2,19 (0,39)	2,44 (0,33)	23,59 (4,23)	24,18 (3,30)	21,69 (3,44)	21,20 (2,93)
2013	1,98 (0,27)	2,34 (0,26)	19,04 (2,55)	21,43 (2,35)	16,91 (2,18)	18,62 (2,17)
2014	2,67 (0,29)	2,82 (0,28)	24,97 (2,71)	25,70 (2,56)	23,91 (2,83)	23,52 (2,38)
2015	3,00 (0,23)	3,17 (0,23)	29,07 (2,27)	30,34 (2,18)	28,17 (2,00)	28,66 (2,17)
2016	2,93 (0,20)	2,91 (0,21)	28,47 (1,99)	28,36 (2,05)	28,07 (1,68)	26,66 (1,80)
2017	2,49 (0,21)	2,46 (0,17)	24,04 (1,99)	24,22 (1,63)	23,16 (1,88)	22,58 (1,76)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,08	0,02	0,55	1,44	6,67	6,03
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-1,79	0,51	1,14	3,88	15,16	17,85
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-2,03	-1,53	-24,63	-14,35	-27,48	-17,22
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-44,89	-38,33	-50,60	-37,21	-54,27	-43,27

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι δείκτες SII και RII δείχνουν μια μείωση των ανισοτήτων μετά το 2008, ιδίως για τις σχετικές ανισότητες, ενώ πριν από την κρίση υπήρχε μια σημαντική διακύμανση (Πίνακας 7-224). Και αυτοί οι δείκτες συνδέονται με μια παροδική αύξηση των τιμών τους μεταξύ 2014 και 2015.

Πίνακας 7-224 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	SII		RII	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-19,13 (0,04)	-16,34 (0,04)	0,13 (0,00)	0,21 (0,00)
2004	-16,67 (0,04)	-13,91 (0,04)	0,14 (0,00)	0,24 (0,00)
2005	-18,60 (0,04)	-17,09 (0,04)	0,12 (0,00)	0,17 (0,00)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2006	-20,88 (0,04)	-18,33 (0,04)	0,09 (0,00)	0,15 (0,00)
2007	-17,25 (0,04)	-14,64 (0,04)	0,13 (0,00)	0,22 (0,00)
2008	-18,37 (0,04)	-15,98 (0,04)	0,13 (0,00)	0,21 (0,00)
2009	-16,42 (0,04)	-15,67 (0,04)	0,18 (0,00)	0,23 (0,00)
2010	-14,46 (0,04)	-13,60 (0,04)	0,21 (0,00)	0,27 (0,00)
2011	-13,56 (0,04)	-12,91 (0,04)	0,22 (0,00)	0,25 (0,00)
2012	-8,71 (0,03)	-10,55 (0,04)	0,39 (0,00)	0,35 (0,00)
2013	-7,60 (0,04)	-10,10 (0,04)	0,48 (0,00)	0,39 (0,00)
2014	-9,55 (0,04)	-11,51 (0,04)	0,41 (0,00)	0,35 (0,00)
2015	-10,51 (0,04)	-12,97 (0,04)	0,36 (0,00)	0,28 (0,00)
2016	-10,23 (0,04)	-12,00 (0,04)	0,37 (0,00)	0,31 (0,00)
2017	-9,04 (0,04)	-10,07 (0,04)	0,42 (0,00)	0,37 (0,00)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,76	0,36	0,00	0,00
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	3,99	2,22	3,03	1,38
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	9,33	5,90	0,28	0,16
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	50,80	36,94	216,55	77,44

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι τιμές των δεικτών συγκέντρωσης επίσης σημειώνουν συνολικά μείωση κατά την περίοδο μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, αν και σε κάπως μικρότερο βαθμό για τις απόλυτες ανισότητες. Επίσης, σε μεγαλύτερες τιμές της παραμέτρου αποστροφής, το μέγεθος της άμβλυνσης των ανισοτήτων μειώνεται για τους ECI και GEI, ενώ για τους SCI και GSCI συμβαίνει το αντίστροφο. Και αυτοί οι δείκτες καταγράφουν μια αύξηση για τα έτη 2014-2015.

Πίνακας 7-225 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	CI		ECI(3)	ECI(4)	ECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	0,308 (0,019)	0,242 (0,017)	0,428	0,487	0,520
2004	0,297 (0,021)	0,220 (0,018)	0,410	0,464	0,494
2005	0,324 (0,021)	0,268 (0,019)	0,455	0,522	0,560
2006	0,348 (0,023)	0,283 (0,021)	0,480	0,543	0,575
2007	0,304 (0,024)	0,246 (0,022)	0,411	0,459	0,483
2008	0,305 (0,022)	0,251 (0,020)	0,425	0,484	0,515
2009	0,262 (0,022)	0,231 (0,020)	0,380	0,442	0,476
2010	0,238 (0,025)	0,207 (0,023)	0,339	0,391	0,420
2011	0,233 (0,022)	0,207 (0,019)	0,363	0,432	0,469
2012	0,148 (0,028)	0,166 (0,025)	0,225	0,270	0,298

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2013	0,114 (0,019)	0,141 (0,016)	0,185	0,233	0,266
2014	0,144 (0,018)	0,172 (0,017)	0,230	0,285	0,320
2015	0,164 (0,014)	0,196 (0,013)	0,266	0,334	0,379
2016	0,156 (0,013)	0,179 (0,012)	0,257	0,322	0,364
2017	0,139 (0,011)	0,154 (0,010)	0,220	0,271	0,304
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,003	0,009	-0,003	-0,003	-0,005
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-0,97	3,85	-0,70	-0,62	-0,96
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,166	-0,097	-0,205	-0,213	-0,211
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-54,43	-38,56	-48,24	-44,01	-40,97

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-226 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	GCI		GECI(3)	GECI(4)	GECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	0,030 (0,002)	0,023 (0,002)	0,106	0,099	0,093
2004	0,026 (0,002)	0,019 (0,002)	0,094	0,086	0,081
2005	0,029 (0,002)	0,024 (0,002)	0,105	0,098	0,093
2006	0,032 (0,002)	0,026 (0,002)	0,114	0,105	0,099
2007	0,027 (0,002)	0,022 (0,002)	0,093	0,085	0,079
2008	0,028 (0,002)	0,023 (0,002)	0,103	0,095	0,089
2009	0,025 (0,002)	0,022 (0,002)	0,095	0,090	0,086
2010	0,023 (0,002)	0,020 (0,002)	0,084	0,079	0,075
2011	0,021 (0,002)	0,019 (0,002)	0,085	0,082	0,079
2012	0,014 (0,003)	0,015 (0,002)	0,054	0,053	0,052
2013	0,012 (0,002)	0,015 (0,002)	0,050	0,051	0,052
2014	0,016 (0,002)	0,018 (0,002)	0,064	0,065	0,064
2015	0,017 (0,001)	0,020 (0,001)	0,071	0,073	0,073
2016	0,016 (0,001)	0,019 (0,001)	0,069	0,070	0,070
2017	0,014 (0,001)	0,016 (0,001)	0,059	0,059	0,059
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,001	0,000	-0,003	-0,004	-0,004
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-4,07	0,87	-2,83	-3,55	-3,88
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,014	-0,007	-0,044	-0,036	-0,030
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-49,47	-31,76	-42,52	-37,47	-34,04

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-227 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	E		W	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	0,118 (0,007)	0,092 (0,006)	0,341 (0,021)	0,267 (0,018)
2004	0,104 (0,007)	0,077 (0,007)	0,326 (0,023)	0,241 (0,020)
2005	0,115 (0,007)	0,095 (0,007)	0,355 (0,023)	0,294 (0,021)
2006	0,128 (0,008)	0,104 (0,008)	0,383 (0,025)	0,311 (0,023)
2007	0,106 (0,008)	0,086 (0,008)	0,333 (0,026)	0,269 (0,024)
2008	0,113 (0,008)	0,093 (0,007)	0,336 (0,024)	0,277 (0,022)
2009	0,101 (0,008)	0,089 (0,008)	0,290 (0,024)	0,255 (0,022)
2010	0,091 (0,010)	0,079 (0,009)	0,263 (0,028)	0,229 (0,025)
2011	0,084 (0,008)	0,074 (0,007)	0,256 (0,024)	0,227 (0,021)
2012	0,055 (0,010)	0,061 (0,009)	0,163 (0,031)	0,183 (0,028)
2013	0,048 (0,008)	0,059 (0,007)	0,127 (0,021)	0,157 (0,018)
2014	0,062 (0,008)	0,074 (0,007)	0,162 (0,020)	0,192 (0,019)
2015	0,068 (0,006)	0,081 (0,005)	0,183 (0,016)	0,218 (0,014)
2016	0,065 (0,005)	0,074 (0,005)	0,174 (0,014)	0,200 (0,013)
2017	0,057 (0,005)	0,064 (0,004)	0,155 (0,012)	0,172 (0,012)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,005	0,001	-0,005	0,010
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-4,24	0,87	-1,47	3,56
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,056	-0,029	-0,181	-0,105
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-49,20	-31,47	-53,87	-37,83

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-228 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	SCI(3)	SCI(4)	SCI(5)	GSCI(3)	GSCI(4)	GSCI(5)
	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	0,349	0,371	0,383	0,133	0,142	0,146
2004	0,336	0,360	0,377	0,118	0,127	0,132
2005	0,364	0,386	0,400	0,129	0,137	0,142
2006	0,391	0,417	0,435	0,143	0,153	0,159
2007	0,344	0,371	0,392	0,120	0,130	0,137
2008	0,340	0,360	0,374	0,126	0,134	0,139
2009	0,285	0,300	0,312	0,110	0,116	0,120
2010	0,263	0,283	0,299	0,100	0,108	0,114
2011	0,232	0,225	0,218	0,083	0,081	0,078
2012	0,160	0,167	0,171	0,059	0,062	0,063
2013	0,129	0,135	0,138	0,054	0,056	0,058

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2014	0,155	0,162	0,167	0,066	0,069	0,071
2015	0,180	0,190	0,197	0,074	0,078	0,081
2016	0,164	0,167	0,169	0,068	0,069	0,070
2017	0,150	0,156	0,160	0,062	0,065	0,066
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,009	-0,011	-0,009	-0,007	-0,008	-0,007
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-2,58	-2,96	-2,35	-5,26	-5,63	-4,79
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,190	-0,204	-0,214	-0,064	-0,070	-0,073
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-55,88	-56,67	-57,22	-50,79	-51,87	-52,45

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Τέλος, η συνολική επίδοση ως προς την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κακή υγεία παρουσιάζει επιδείνωση για τα δυο πρώτα χρόνια της κρίσης, ενώ στη συνέχεια παρατηρείται μια βελτίωση, η οποία διακόπτεται προσωρινά μόνο για τα έτη 2012 και 2013.

Πίνακας 7-229 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

HAI(2)		
Έτος έρευνας	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	12,51	13,41
2004	11,40	12,14
2005	11,77	12,68
2006	12,35	13,09
2007	11,41	12,04
2008	12,11	12,73
2009	12,18	12,92
2010	11,80	12,48
2011	11,06	11,36
2012	10,64	11,39
2013	11,59	12,27
2014	12,25	12,74
2015	12,00	12,32
2016	11,91	12,05
2017	11,83	11,69
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,40	-0,68
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-3,20	-5,07
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,28	-1,04
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-2,31	-8,17

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

7.3.2.2.3.7. Σοβαρή υλική στέρηση

Ο επιπολασμός της πολύ κακής ή κακής αυτοαξιολογούμενης κακής υγείας είναι πολύ υψηλότερος στα νοικοκυριά που συνδέονται με σοβαρή υλική στέρηση (Πίνακας 7-230). Ωστόσο, η σχετική συχνότητα σημειώνει σημαντική μείωση μετά το 2008, σε αντίθεση με τις οικογένειες που δεν υφίστανται σοβαρή υλική στέρηση. Πάντως, καταγράφεται μια παροδική αύξηση κατά τα πρώτα δύο έτη της ύφεσης, καθώς και μεταξύ 2013 και 2014.

Πίνακας 7-230 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής ή κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τη σοβαρή υλική στέρηση, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	7,09 (0,32)	20,94 (1,05)	8,96 (0,36)	19,30 (0,88)
2004	7,13 (0,32)	18,29 (1,08)	8,89 (0,35)	16,58 (0,89)
2005	7,16 (0,36)	20,03 (1,21)	8,69 (0,39)	18,44 (0,97)
2006	7,34 (0,37)	22,61 (1,45)	8,81 (0,40)	21,07 (1,20)
2007	7,17 (0,39)	20,66 (1,56)	8,59 (0,40)	19,08 (1,35)
2008	7,85 (0,36)	20,37 (1,48)	9,21 (0,35)	19,98 (1,17)
2009	8,54 (0,37)	18,81 (1,58)	9,62 (0,35)	20,12 (1,50)
2010	8,46 (0,41)	17,76 (1,57)	9,47 (0,38)	19,34 (1,53)
2011	8,40 (0,40)	12,20 (1,10)	8,80 (0,36)	14,23 (1,01)
2012	8,41 (0,41)	12,79 (1,51)	8,68 (0,37)	16,04 (1,36)
2013	9,78 (0,38)	12,93 (1,02)	9,72 (0,32)	15,98 (0,89)
2014	10,14 (0,37)	12,85 (0,89)	9,83 (0,31)	15,44 (0,93)
2015	9,64 (0,28)	12,81 (0,68)	9,14 (0,24)	15,48 (0,67)
2016	9,70 (0,27)	12,49 (0,60)	9,09 (0,22)	15,08 (0,63)
2017	9,65 (0,23)	13,06 (0,52)	9,05 (0,20)	14,71 (0,51)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,76	-0,57	0,25	0,68
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	10,77	-2,72	2,79	3,54
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,80	-7,31	-0,16	-5,27
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	22,94	-35,90	-1,75	-26,37

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι μέσες διαφορές ως προς την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κακή υγεία μειώνονται κατά την περίοδο μετά το 2008, ιδίως για τις σχετικές ανισότητες και τους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς (Πίνακας 7-231). Πάντως, αυτή η μείωση οφείλεται κυρίως στην άμβλυνση των διαφορών που

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

παρατηρείται μεταξύ 2010 και 2011, ενώ στη συνέχεια καταγράφεται μια σημαντική διακύμανση.

Πίνακας 7-231 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τη σοβαρή υλική στέρηση, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-13,86 (1,10)	-10,34 (0,95)	0,34 (0,02)	0,46 (0,03)
2004	-11,16 (1,12)	-7,70 (0,96)	0,39 (0,03)	0,54 (0,04)
2005	-12,87 (1,26)	-9,75 (1,05)	0,36 (0,03)	0,47 (0,03)
2006	-15,27 (1,50)	-12,26 (1,26)	0,32 (0,03)	0,42 (0,03)
2007	-13,49 (1,61)	-10,49 (1,41)	0,35 (0,03)	0,45 (0,04)
2008	-12,52 (1,52)	-10,77 (1,22)	0,39 (0,03)	0,46 (0,03)
2009	-10,28 (1,62)	-10,50 (1,54)	0,45 (0,04)	0,48 (0,04)
2010	-9,30 (1,63)	-9,87 (1,58)	0,48 (0,05)	0,49 (0,04)
2011	-3,80 (1,17)	-5,43 (1,08)	0,69 (0,07)	0,62 (0,05)
2012	-4,38 (1,57)	-7,36 (1,41)	0,66 (0,08)	0,54 (0,05)
2013	-3,15 (1,09)	-6,26 (0,95)	0,76 (0,07)	0,61 (0,04)
2014	-2,71 (0,96)	-5,61 (0,98)	0,79 (0,06)	0,64 (0,04)
2015	-3,17 (0,74)	-6,35 (0,72)	0,75 (0,05)	0,59 (0,03)
2016	-2,80 (0,66)	-5,99 (0,67)	0,78 (0,04)	0,60 (0,03)
2017	-3,41 (0,57)	-5,66 (0,55)	0,74 (0,03)	0,62 (0,03)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,33	-0,43	0,05	0,00
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	9,62	-4,18	13,87	-0,72
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	9,11	5,11	0,35	0,15
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	72,78	47,43	91,79	33,44

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.3.8. Χαμηλή ένταση εργασίας

Τα νοικοκυριά με χαμηλή ένταση εργασίας παρουσιάζουν υψηλή διακύμανση ως προς τη συχνότητα της πολύ κακής ή κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας (**Πίνακας 7-232**). Πάντως, καταγράφεται μια σημαντική μείωση του επιπολασμού συνολικά για την περίοδο μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, σε αντίθεση με τις οικογένειες χωρίς χαμηλή ένταση εργασίας.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-232 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής ή κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τη χαμηλή ένταση εργασίας, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	9,24 (0,34)	13,29 (1,16)	10,44 (0,34)	16,97 (1,39)
2004	8,59 (0,34)	11,46 (1,18)	9,72 (0,33)	14,99 (1,52)
2005	8,74 (0,38)	10,85 (1,24)	9,83 (0,37)	13,64 (1,62)
2006	8,88 (0,39)	12,49 (1,57)	9,85 (0,38)	16,32 (1,95)
2007	8,42 (0,43)	12,90 (1,69)	9,25 (0,39)	15,10 (1,95)
2008	8,92 (0,36)	13,96 (1,78)	9,79 (0,33)	17,67 (2,08)
2009	9,43 (0,39)	12,59 (1,62)	10,15 (0,36)	16,81 (1,97)
2010	9,60 (0,44)	8,66 (1,47)	10,17 (0,40)	12,01 (1,94)
2011	8,89 (0,39)	9,65 (1,12)	8,86 (0,34)	10,35 (1,19)
2012	9,08 (0,42)	10,61 (2,11)	8,97 (0,37)	11,55 (2,13)
2013	10,60 (0,38)	9,25 (1,20)	10,01 (0,31)	9,62 (1,27)
2014	10,93 (0,40)	9,43 (0,83)	10,09 (0,31)	9,77 (0,85)
2015	10,75 (0,31)	7,68 (0,59)	9,77 (0,25)	8,07 (0,64)
2016	10,56 (0,29)	8,72 (0,58)	9,51 (0,22)	9,25 (0,62)
2017	10,58 (0,24)	8,74 (0,52)	9,52 (0,19)	9,13 (0,54)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,32	0,67	-0,65	0,70
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-3,44	5,05	-6,25	4,14
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,66	-5,23	-0,27	-8,54
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	18,62	-37,42	-2,76	-48,32

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Αντίστοιχα υψηλή διακύμανση παρουσιάζουν και οι απόλυτες και οι σχετικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων (Πίνακας 7-233). Ωστόσο, διαπιστώνουμε ότι, ενώ πριν το 2008 τα νοικοκυριά που δεν χαρακτηρίζονται από χαμηλή ένταση εργασίας συνδέονταν με καλύτερο μέσο επίπεδο υγείας, αυτό φαίνεται να αντιστράφηκε μετά το 2012.

Πίνακας 7-233 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τη χαμηλή ένταση εργασίας, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-4,05 (1,21)	-6,53 (1,43)	0,70 (0,07)	0,62 (0,05)
2004	-2,87 (1,22)	-5,26 (1,55)	0,75 (0,08)	0,65 (0,07)
2005	-2,11 (1,29)	-3,81 (1,66)	0,81 (0,10)	0,72 (0,09)
2006	-3,61 (1,62)	-6,47 (1,99)	0,71 (0,09)	0,60 (0,08)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2007	-4,48 (1,74)	-5,85 (1,98)	0,65 (0,09)	0,61 (0,08)
2008	-5,04 (1,82)	-7,88 (2,11)	0,64 (0,09)	0,55 (0,07)
2009	-3,16 (1,66)	-6,66 (2,00)	0,75 (0,10)	0,60 (0,07)
2010	0,94 (1,54)	-1,84 (1,98)	1,11 (0,20)	0,85 (0,14)
2011	-0,77 (1,19)	-1,49 (1,24)	0,92 (0,11)	0,86 (0,10)
2012	-1,54 (2,15)	-2,58 (2,17)	0,86 (0,17)	0,78 (0,15)
2013	1,35 (1,26)	0,39 (1,31)	1,15 (0,15)	1,04 (0,14)
2014	1,50 (0,92)	0,31 (0,90)	1,16 (0,11)	1,03 (0,09)
2015	3,07 (0,66)	1,70 (0,68)	1,40 (0,11)	1,21 (0,10)
2016	1,84 (0,64)	0,26 (0,66)	1,21 (0,09)	1,03 (0,07)
2017	1,85 (0,57)	0,38 (0,57)	1,21 (0,08)	1,04 (0,07)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,99	-1,36	-0,06	-0,06
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-24,42	-20,76	-8,08	-9,98
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	6,89	8,27	0,57	0,49
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	136,61	104,87	89,55	88,15

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.3.9. Κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού

Τα άτομα που κινδυνεύουν από φτώχεια ή κοινωνικό αποκλεισμό συνδέονται με υψηλότερη συχνότητα πολύ κακής ή κακής υγείας (Πίνακας 7-234). Ωστόσο, αυτή η ομάδα κατέγραψε σημαντικότερη βελτίωση της υγείας της μετά το 2008 σε σχέση με τα άτομα που δεν υπόκεινται σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού. Πάντως, παρατηρείται μια παροδική επιδείνωση της υγείας μεταξύ 2012 και 2014.

Πίνακας 7-234 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής ή κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	6,08 (0,31)	15,53 (0,66)	8,26 (0,38)	15,41 (0,59)
2004	6,14 (0,32)	14,18 (0,66)	8,24 (0,39)	13,95 (0,57)
2005	6,17 (0,36)	14,89 (0,75)	7,90 (0,41)	14,72 (0,65)
2006	6,42 (0,37)	15,47 (0,81)	7,94 (0,42)	15,91 (0,72)
2007	6,39 (0,37)	14,47 (0,90)	7,78 (0,39)	15,20 (0,79)
2008	7,35 (0,35)	14,25 (0,81)	8,64 (0,35)	15,41 (0,73)
2009	7,91 (0,38)	14,53 (0,90)	8,89 (0,36)	16,02 (0,87)
2010	8,16 (0,44)	13,40 (0,94)	9,05 (0,42)	15,24 (0,93)
2011	7,28 (0,40)	12,31 (0,73)	7,94 (0,37)	12,87 (0,69)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2012	8,24 (0,49)	10,65 (0,80)	8,10 (0,42)	12,56 (0,73)
2013	9,03 (0,43)	11,92 (0,56)	8,85 (0,37)	13,17 (0,52)
2014	8,97 (0,44)	12,36 (0,53)	8,83 (0,37)	13,02 (0,49)
2015	8,82 (0,33)	11,76 (0,42)	8,28 (0,28)	12,38 (0,39)
2016	8,92 (0,31)	11,64 (0,38)	8,19 (0,26)	12,41 (0,36)
2017	9,14 (0,29)	11,57 (0,31)	8,45 (0,26)	11,99 (0,29)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,27	-1,28	0,37	0,00
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	20,96	-8,25	4,52	0,02
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,79	-2,68	-0,19	-3,42
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	24,38	-18,81	-2,18	-22,18

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι διαφορές ως προς τη συχνότητα της πολύ κακής ή κακής υγείας αμβλύνονται μετά την έναρξη της κρίσης, ιδίως για τις απόλυτες ανισότητες και τους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς (Πίνακας 7-235).

Πίνακας 7-235 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-9,45 (0,73)	-7,14 (0,70)	0,39 (0,03)	0,54 (0,03)
2004	-8,04 (0,73)	-5,71 (0,69)	0,43 (0,03)	0,59 (0,04)
2005	-8,73 (0,83)	-6,81 (0,77)	0,41 (0,03)	0,54 (0,04)
2006	-9,05 (0,89)	-7,97 (0,83)	0,41 (0,03)	0,50 (0,03)
2007	-8,08 (0,97)	-7,41 (0,88)	0,44 (0,04)	0,51 (0,04)
2008	-6,90 (0,88)	-6,77 (0,81)	0,52 (0,04)	0,56 (0,03)
2009	-6,61 (0,98)	-7,13 (0,94)	0,54 (0,04)	0,56 (0,04)
2010	-5,23 (1,04)	-6,19 (1,02)	0,61 (0,05)	0,59 (0,05)
2011	-5,03 (0,84)	-4,93 (0,78)	0,59 (0,05)	0,62 (0,04)
2012	-2,41 (0,94)	-4,46 (0,85)	0,77 (0,07)	0,64 (0,05)
2013	-2,88 (0,71)	-4,31 (0,63)	0,76 (0,05)	0,67 (0,04)
2014	-3,39 (0,69)	-4,19 (0,61)	0,73 (0,05)	0,68 (0,04)
2015	-2,94 (0,53)	-4,10 (0,48)	0,75 (0,04)	0,67 (0,03)
2016	-2,73 (0,49)	-4,23 (0,45)	0,77 (0,04)	0,66 (0,03)
2017	-2,42 (0,43)	-3,54 (0,39)	0,79 (0,03)	0,70 (0,03)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	2,56	0,37	0,12	0,02
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	27,04	5,18	31,84	4,50
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	4,47	3,23	0,27	0,14
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	64,85	47,69	53,20	25,71

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

7.3.2.2.3.10. Υπερπλήρης κατοικία

Η ομάδα των ατόμων που διαβιεί σε υπερπλήρεις κατοικίες σχετίστηκε με αύξηση του επιπολασμού της πολύ κακής ή κακής υγείας πριν το 2008, και με μείωση του μετά την έναρξη της κρίσης (**Πίνακας 7-236**). Η άλλη κατηγορία συνδέεται με μια μείωση πριν την έναρξη της ύφεσης, ενώ στη συνέχεια η εξέλιξη του επιπολασμού επηρεάζεται από τη σημαντική αύξηση που καταγράφεται για το 2013.

Πίνακας 7-236 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής ή κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς την υπερπλήρη κατοικία, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	10,70 (0,43)	6,96 (0,48)	10,98 (0,39)	11,36 (0,71)
2004	9,89 (0,41)	6,09 (0,47)	10,04 (0,36)	10,76 (0,78)
2005	9,97 (0,45)	6,26 (0,53)	10,10 (0,40)	10,95 (0,88)
2006	9,91 (0,46)	7,26 (0,70)	10,11 (0,42)	12,17 (0,91)
2007	9,37 (0,49)	7,18 (0,75)	9,44 (0,42)	11,42 (0,90)
2008	9,61 (0,39)	8,35 (0,93)	9,87 (0,34)	12,54 (1,16)
2009	9,97 (0,43)	8,65 (0,81)	10,06 (0,36)	13,23 (1,02)
2010	10,05 (0,51)	7,98 (0,75)	9,97 (0,43)	13,39 (1,03)
2011	9,63 (0,46)	7,05 (0,62)	9,15 (0,38)	11,17 (0,89)
2012	9,39 (0,45)	8,93 (1,15)	8,93 (0,36)	12,86 (1,17)
2013	11,13 (0,42)	8,45 (0,74)	10,35 (0,33)	12,61 (0,79)
2014	11,26 (0,41)	9,21 (0,68)	10,18 (0,32)	14,04 (0,84)
2015	11,07 (0,32)	8,33 (0,51)	9,81 (0,25)	12,28 (0,65)
2016	11,10 (0,30)	8,20 (0,47)	9,64 (0,23)	12,36 (0,67)
2017	11,39 (0,25)	7,62 (0,42)	9,68 (0,19)	11,70 (0,61)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-1,09	1,39	-1,12	1,18
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-10,16	20,00	-10,16	10,35
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,78	-0,73	-0,19	-0,83
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	18,51	-8,75	-1,89	-6,64

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Ενώ στις προτυποποιημένες κατανομές παρατηρούμε ότι οι ανισότητες υγείας ευνοούν την ομάδα των ατόμων που δεν διαβιεί σε υπερπλήρεις κατοικίες, στις μη προτυποποιημένες κατανομές συμβαίνει το αντίθετο (**Πίνακας 7-237**). Ως προς τις προτυποποιημένες κατανομές, παρατηρούμε ότι από την έναρξη της περιόδου της ανάλυσης υπάρχει μια αυξητική τάση των

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

ανισοτήτων υπέρ της ομάδας που δεν διαβιεί σε υπερπλήρεις κατοικίες, οι οποίες φαίνεται όμως να αμβλύνονται αρχής γενομένης από το 2013. Από την άλλη πλευρά, παρατηρείται υψηλή διακύμανση των διαφορών υπέρ των ατόμων που διαβιών σε υπερπλήρεις κατοικίες στους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς, αν και φαίνεται να υπάρχει μια ανοδική τάση τα τελευταία χρόνια

Πίνακας 7-237 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς την υπερπλήρη κατοικία, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	3,74 (0,64)	-0,38 (0,81)	1,54 (0,12)	0,97 (0,07)
2004	3,80 (0,62)	-0,72 (0,86)	1,62 (0,14)	0,93 (0,08)
2005	3,71 (0,70)	-0,85 (0,97)	1,59 (0,15)	0,92 (0,08)
2006	2,65 (0,84)	-2,07 (1,00)	1,36 (0,15)	0,83 (0,07)
2007	2,19 (0,90)	-1,98 (1,00)	1,31 (0,15)	0,83 (0,07)
2008	1,26 (1,01)	-2,67 (1,21)	1,15 (0,14)	0,79 (0,08)
2009	1,33 (0,92)	-3,17 (1,08)	1,15 (0,12)	0,76 (0,06)
2010	2,06 (0,90)	-3,43 (1,12)	1,26 (0,13)	0,74 (0,07)
2011	2,59 (0,77)	-2,02 (0,97)	1,37 (0,14)	0,82 (0,07)
2012	0,45 (1,24)	-3,93 (1,22)	1,05 (0,14)	0,69 (0,07)
2013	2,67 (0,85)	-2,26 (0,86)	1,32 (0,13)	0,82 (0,06)
2014	2,04 (0,80)	-3,86 (0,90)	1,22 (0,10)	0,72 (0,05)
2015	2,74 (0,60)	-2,47 (0,69)	1,33 (0,09)	0,80 (0,05)
2016	2,90 (0,56)	-2,72 (0,71)	1,35 (0,09)	0,78 (0,05)
2017	3,77 (0,49)	-2,03 (0,64)	1,49 (0,09)	0,83 (0,05)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-2,48	-2,29	-0,39	-0,18
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-66,34	-603,21	-25,14	-18,59
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	2,51	0,65	0,34	0,04
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	199,54	24,16	29,88	5,08

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.3.11. Σοβαρή στέρηση στέγασης

Τα νοικοκυριά με σοβαρή στέρηση στέγασης σχετίζονται με σημαντική αύξηση του επιπολασμού της πολύ κακής ή κακής υγείας πριν το 2008 (Πίνακας 7-238). Τα πρώτα χρόνια της κρίσης διαπιστώνουμε μια πτωτική τάση του επιπολασμού, ενώ το 2012 σημειώνεται μια αξιοσημείωτη επιδείνωση. Στη συνέχεια, ακολουθεί μια πτωτική τάση, αν και με αυξομειώσεις. Από την άλλη πλευρά, οι οικογένειες χωρίς σοβαρή στέρηση στέγασης

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

σχετίζονται με άνοδο της συχνότητας της πολύ κακής ή κακής υγείας τα πρώτα χρόνια της ύφεσης αλλά και μεταξύ 2013 και 2014, ενώ ακολουθεί μια τάση βελτίωσης της υγείας, η οποία είναι πιο ξεκάθαρη στους προτυποποιημένους πληθυσμούς.

Πίνακας 7-238 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής ή κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τη σοβαρή στέρηση στέγασης, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	9,59 (0,37)	9,26 (0,93)	10,93 (0,36)	13,29 (1,22)
2004	8,75 (0,35)	9,21 (1,07)	9,99 (0,34)	13,60 (1,37)
2005	8,82 (0,39)	9,62 (1,12)	9,98 (0,38)	13,75 (1,57)
2006	8,80 (0,39)	12,72 (1,68)	9,95 (0,39)	17,07 (1,46)
2007	8,41 (0,43)	12,49 (1,95)	9,40 (0,40)	16,04 (1,75)
2008	9,08 (0,37)	11,58 (1,97)	10,06 (0,34)	15,98 (2,18)
2009	9,45 (0,40)	12,13 (1,49)	10,34 (0,37)	16,19 (1,79)
2010	9,40 (0,44)	11,17 (1,63)	10,17 (0,40)	16,78 (1,72)
2011	8,80 (0,39)	11,15 (1,54)	9,21 (0,35)	14,52 (1,76)
2012	8,66 (0,39)	16,86 (3,29)	9,12 (0,36)	20,91 (2,42)
2013	10,06 (0,36)	15,07 (2,19)	10,29 (0,31)	18,94 (1,70)
2014	10,40 (0,37)	15,65 (1,77)	10,40 (0,31)	20,67 (1,73)
2015	10,18 (0,29)	12,43 (1,28)	9,94 (0,24)	17,19 (1,44)
2016	10,24 (0,27)	11,31 (1,05)	9,92 (0,23)	15,85 (1,24)
2017	10,25 (0,22)	12,03 (0,98)	9,79 (0,19)	16,57 (1,11)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,50	2,32	-0,87	2,69
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-5,27	25,07	-7,95	20,23
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,17	0,45	-0,27	0,59
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	12,86	3,85	-2,69	3,69

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Όπως ήταν αναμενόμενο, υπάρχουν σταθερά ανισότητες πολύ κακής ή κακής υγείας εις βάρος των νοικοκυριών που υφίστανται σοβαρή στέρηση στέγασης (Πίνακας 7-239). Φαίνεται, μάλιστα, αυτές οι ανισότητες να επιδεινώνονται μεταξύ 2012 και 2014.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-239 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τη σοβαρή στέρηση στέγασης, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	0,33 (1,00)	-2,36 (1,27)	1,04 (0,11)	0,82 (0,08)
2004	-0,46 (1,12)	-3,61 (1,41)	0,95 (0,12)	0,73 (0,08)
2005	-0,80 (1,18)	-3,76 (1,62)	0,92 (0,11)	0,73 (0,09)
2006	-3,92 (1,73)	-7,12 (1,51)	0,69 (0,10)	0,58 (0,05)
2007	-4,08 (2,00)	-6,64 (1,80)	0,67 (0,11)	0,59 (0,07)
2008	-2,50 (2,01)	-5,91 (2,21)	0,78 (0,14)	0,63 (0,09)
2009	-2,68 (1,54)	-5,85 (1,83)	0,78 (0,10)	0,64 (0,07)
2010	-1,77 (1,69)	-6,61 (1,76)	0,84 (0,13)	0,61 (0,07)
2011	-2,35 (1,58)	-5,31 (1,80)	0,79 (0,11)	0,63 (0,08)
2012	-8,20 (3,32)	-11,79 (2,45)	0,51 (0,10)	0,44 (0,05)
2013	-5,01 (2,22)	-8,65 (1,73)	0,67 (0,10)	0,54 (0,05)
2014	-5,24 (1,81)	-10,27 (1,76)	0,66 (0,08)	0,50 (0,04)
2015	-2,25 (1,31)	-7,24 (1,46)	0,82 (0,09)	0,58 (0,05)
2016	-1,07 (1,08)	-5,93 (1,26)	0,91 (0,09)	0,63 (0,05)
2017	-1,78 (1,00)	-6,77 (1,13)	0,85 (0,07)	0,59 (0,04)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-2,83	-3,56	-0,25	-0,19
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-863,36	150,87	-24,26	-23,43
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,72	-0,86	0,07	-0,04
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	28,88	-14,54	8,67	-6,15

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.3.12. Δυσκολία αντιμετώπισης των συνήθων αναγκών

Τα νοικοκυριά που δηλώνουν δυσκολία αντιμετώπισης των συνήθων αναγκών σχετίζονται με μια μικρή μείωση του επιπολασμού της πολύ κακής ή κακής υγείας τόσο πριν όσο και μετά το 2008 (**Πίνακας 7-240**). Πάντως, παρατηρείται μια παροδική αύξηση της σχετικής συχνότητας κατά τα πρώτα χρόνια της ύφεσης αλλά και μεταξύ 2013 και 2014. Από την άλλη πλευρά, η ομάδα που δεν αντιμετωπίζει τέτοιες δυσκολίες παρουσιάζει αυξομειώσεις στον επιπολασμό της πολύ κακής ή κακής υγείας, ενώ είναι αξιοσημείωτο πως από το 2016 εμφανίζει μια τάση επιδείνωσης της υγείας της.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-240 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής ή κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τη δυσκολία αντιμετώπισης των συνήθων αναγκών, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	5,69 (0,34)	13,70 (0,56)	7,09 (0,39)	14,95 (0,51)
2004	5,52 (0,34)	12,63 (0,55)	7,04 (0,39)	13,62 (0,50)
2005	4,71 (0,35)	12,83 (0,58)	5,85 (0,41)	14,12 (0,53)
2006	5,28 (0,46)	12,58 (0,57)	6,57 (0,47)	13,60 (0,53)
2007	5,01 (0,47)	12,09 (0,60)	6,20 (0,43)	12,99 (0,55)
2008	5,34 (0,35)	12,52 (0,59)	6,82 (0,39)	13,28 (0,53)
2009	5,63 (0,41)	12,63 (0,57)	6,84 (0,43)	13,55 (0,51)
2010	5,70 (0,48)	12,25 (0,60)	6,94 (0,52)	12,98 (0,54)
2011	5,88 (0,48)	10,85 (0,50)	5,98 (0,44)	11,89 (0,46)
2012	5,31 (0,51)	10,75 (0,58)	5,33 (0,43)	11,75 (0,53)
2013	6,70 (0,51)	11,47 (0,44)	6,80 (0,45)	11,99 (0,39)
2014	6,43 (0,51)	11,91 (0,43)	6,88 (0,46)	11,99 (0,38)
2015	6,24 (0,37)	11,52 (0,34)	5,94 (0,33)	11,64 (0,29)
2016	6,37 (0,36)	11,51 (0,31)	6,27 (0,30)	11,43 (0,28)
2017	7,19 (0,32)	11,30 (0,26)	6,75 (0,26)	11,15 (0,24)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,34	-1,17	-0,27	-1,67
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-6,00	-8,57	-3,87	-11,19
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,84	-1,22	-0,07	-2,13
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	34,46	-9,77	-1,03	-16,02

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι απόλυτες και οι σχετικές διαφορές του επιπολασμού της πολύ κακής ή κακής υγείας είναι σταθερά υπέρ των νοικοκυριών χωρίς δυσκολίες αντιμετώπισης των συνήθων αναγκών (Πίνακας 7-241). Ωστόσο, οι ανισότητες αυτές φαίνεται να αμβλύνονται τόσο πριν όσο και μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, αν και παρουσιάζονται παροδικές επιδεινώσεις κατά τα έτη 2012 και 2014.

Πίνακας 7-241 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τη δυσκολία αντιμετώπισης των συνήθων αναγκών, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-8,01 (0,65)	-7,86 (0,64)	0,42 (0,03)	0,47 (0,03)
2004	-7,11 (0,64)	-6,58 (0,63)	0,44 (0,03)	0,52 (0,03)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2005	-8,12 (0,68)	-8,27 (0,67)	0,37 (0,03)	0,41 (0,03)
2006	-7,29 (0,73)	-7,02 (0,71)	0,42 (0,04)	0,48 (0,04)
2007	-7,08 (0,76)	-6,79 (0,70)	0,41 (0,04)	0,48 (0,04)
2008	-7,18 (0,69)	-6,46 (0,66)	0,43 (0,03)	0,51 (0,04)
2009	-7,00 (0,70)	-6,71 (0,67)	0,45 (0,04)	0,50 (0,04)
2010	-6,55 (0,77)	-6,03 (0,75)	0,47 (0,05)	0,54 (0,05)
2011	-4,97 (0,70)	-5,91 (0,63)	0,54 (0,05)	0,50 (0,04)
2012	-5,44 (0,77)	-6,41 (0,69)	0,49 (0,05)	0,45 (0,04)
2013	-4,78 (0,67)	-5,19 (0,60)	0,58 (0,05)	0,57 (0,04)
2014	-5,48 (0,67)	-5,11 (0,60)	0,54 (0,05)	0,57 (0,04)
2015	-5,28 (0,51)	-5,69 (0,44)	0,54 (0,04)	0,51 (0,03)
2016	-5,13 (0,48)	-5,16 (0,41)	0,55 (0,03)	0,55 (0,03)
2017	-4,11 (0,42)	-4,40 (0,35)	0,64 (0,03)	0,61 (0,03)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,83	1,40	0,01	0,04
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	10,39	17,79	2,80	8,24
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	3,07	2,06	0,21	0,09
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	42,70	31,85	49,02	17,86

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.3.13. Υποκειμενική φτώχεια

Η σχετική συχνότητα της πολύ κακής ή κακής υγείας παρουσιάζει σημαντική διακύμανση στα νοικοκυριά που είναι υποκειμενικά φτωχά (Πίνακας 7-242). Από την άλλη πλευρά, ο επιπολασμός στα νοικοκυριά που δεν είναι υποκειμενικά φτωχά έχει αυξηθεί συνολικά και στις δυο περιόδους της ανάλυσης, αν και παρουσιάζει μια πτωτική τάση μετά το 2014.

Πίνακας 7-242 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής ή κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς την υποκειμενική φτώχεια, 2004-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2004	8,83 (0,34)	5,76 (1,83)	10,26 (0,34)	9,23 (2,63)
2005	8,90 (0,37)	7,46 (2,52)	10,27 (0,38)	14,68 (2,98)
2006	9,18 (0,40)	5,64 (3,03)	10,49 (0,39)	8,07 (2,04)
2007	8,76 (0,44)	7,98 (3,15)	9,88 (0,40)	8,64 (2,56)
2008	9,23 (0,38)	13,51 (4,42)	10,37 (0,35)	21,10 (4,77)
2009	9,66 (0,39)	7,96 (3,63)	10,70 (0,36)	9,81 (3,17)
2010	9,52 (0,42)	10,93 (5,77)	10,48 (0,39)	12,98 (4,83)
2011	9,04 (0,39)	3,05 (1,41)	9,54 (0,35)	3,01 (1,58)
2012	9,39 (0,47)	3,89 (1,36)	9,88 (0,42)	7,13 (2,60)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2013	10,46 (0,38)	7,07 (1,64)	10,74 (0,33)	11,39 (3,25)
2014	10,72 (0,38)	10,16 (2,99)	10,82 (0,33)	14,54 (2,04)
2015	10,43 (0,29)	5,09 (1,07)	10,30 (0,25)	6,24 (1,59)
2016	10,40 (0,27)	6,04 (0,97)	10,18 (0,23)	11,28 (1,86)
2017	10,38 (0,22)	8,68 (1,30)	10,09 (0,20)	10,36 (1,36)
Απόλυτη μεταβολή 2004-2008	0,40	7,74	0,11	11,86
Σχετική μεταβολή (%) 2004-2008	4,52	134,34	1,10	128,53
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,15	-4,82	-0,28	-10,74
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	12,47	-35,72	-2,68	-50,91

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι απόλυτες και οι σχετικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων παρουσιάζουν σημαντική διακύμανση, όντας για κάποια έτη εις βάρος των υποκειμενικά φτωχών οικογενειών και για κάποια άλλα προς όφελός τους (Πίνακας 7-243).

Πίνακας 7-243 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς την υποκειμενική φτώχεια, 2004-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2004	3,07 (1,86)	1,02 (2,65)	1,53 (0,49)	1,11 (0,32)
2005	1,44 (2,55)	-4,41 (3,01)	1,19 (0,41)	0,70 (0,14)
2006	3,54 (3,06)	2,41 (2,07)	1,63 (0,88)	1,30 (0,33)
2007	0,78 (3,18)	1,24 (2,59)	1,10 (0,44)	1,14 (0,34)
2008	-4,27 (4,44)	-10,73 (4,78)	0,68 (0,23)	0,49 (0,11)
2009	1,71 (3,65)	0,89 (3,19)	1,21 (0,56)	1,09 (0,35)
2010	-1,42 (5,79)	-2,50 (4,84)	0,87 (0,46)	0,81 (0,30)
2011	5,99 (1,46)	6,53 (1,62)	2,96 (1,37)	3,17 (1,67)
2012	5,50 (1,43)	2,75 (2,64)	2,42 (0,85)	1,39 (0,51)
2013	3,39 (1,68)	-0,65 (3,27)	1,48 (0,35)	0,94 (0,27)
2014	0,56 (3,01)	-3,72 (2,06)	1,05 (0,31)	0,74 (0,11)
2015	5,34 (1,11)	4,06 (1,61)	2,05 (0,43)	1,65 (0,42)
2016	4,36 (1,01)	-1,09 (1,87)	1,72 (0,28)	0,90 (0,15)
2017	1,70 (1,32)	-0,27 (1,38)	1,20 (0,18)	0,97 (0,13)
Απόλυτη μεταβολή 2004-2008	-7,34	-11,75	-0,85	-0,62
Σχετική μεταβολή (%) 2004-2008	-239,30	-1147,83	-55,40	-55,76
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	5,98	10,46	0,51	0,48
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	139,79	97,53	74,98	98,26

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

7.3.2.2.3.14. Επίπεδο εκπαίδευσης

Τα προβλήματα πολύ κακής ή κακής υγείας αυξάνονται σε χαμηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης (**Πίνακας 7-244**). Όλες οι βαθμίδες εκπαίδευσης παρουσιάζουν αύξηση του επιπολασμού της πολύ κακής ή κακής αυτοαξιολογούμενης υγείας μετά το 2008, εκτός από εκείνη των αποφοίτων Γυμνασίου.

Πίνακας 7-244 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ				ΠΚ			
	Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	ΑΕΙ/ΤΕΙ	Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	ΑΕΙ/ΤΕΙ
2003	17,36 (0,66)	4,84 (0,54)	2,68 (0,26)	1,81 (0,32)	13,06 (0,52)	9,19 (1,10)	7,76 (0,79)	4,14 (0,90)
2004	16,74 (0,67)	4,32 (0,54)	2,54 (0,25)	1,60 (0,31)	12,18 (0,52)	9,32 (1,15)	7,25 (0,75)	3,24 (0,76)
2005	16,62 (0,73)	4,53 (0,63)	3,59 (0,38)	1,66 (0,34)	11,75 (0,53)	7,93 (1,15)	8,25 (0,91)	2,66 (0,52)
2006	17,09 (0,74)	5,87 (0,93)	3,33 (0,35)	1,84 (0,33)	12,64 (0,60)	10,00 (1,33)	7,29 (0,83)	3,71 (0,87)
2007	16,70 (0,80)	5,91 (1,40)	2,98 (0,32)	1,74 (0,34)	11,66 (0,56)	9,57 (1,69)	6,63 (0,82)	4,10 (1,11)
2008	17,62 (0,75)	7,91 (1,55)	3,66 (0,31)	2,24 (0,35)	12,21 (0,58)	13,53 (1,69)	7,40 (0,61)	5,24 (0,91)
2009	19,60 (0,80)	7,39 (1,28)	3,82 (0,36)	2,56 (0,46)	13,30 (0,72)	11,71 (1,46)	7,83 (0,74)	6,21 (1,12)
2010	20,92 (1,01)	6,50 (0,83)	4,06 (0,43)	1,87 (0,43)	14,61 (1,22)	11,07 (1,32)	7,57 (0,86)	4,07 (1,02)
2011	20,68 (0,87)	7,97 (0,91)	3,11 (0,39)	2,22 (0,39)	13,51 (0,87)	10,02 (1,07)	6,01 (0,70)	4,12 (0,81)
2012	21,21 (0,97)	6,97 (1,25)	3,68 (0,52)	2,93 (0,55)	13,06 (0,87)	8,74 (1,18)	6,92 (0,86)	7,04 (1,22)
2013	23,16 (0,83)	7,84 (0,88)	4,91 (0,41)	3,21 (0,37)	13,43 (0,59)	10,51 (0,97)	8,48 (0,60)	5,12 (0,66)
2014	25,80 (0,91)	7,91 (0,72)	5,09 (0,37)	3,04 (0,34)	18,74 (1,48)	10,55 (0,87)	8,36 (0,59)	4,97 (0,60)
2015	25,06 (0,72)	8,17 (0,69)	4,92 (0,29)	2,96 (0,27)	16,13 (0,90)	10,54 (0,81)	8,13 (0,45)	4,81 (0,45)
2016	25,54 (0,68)	7,57 (0,55)	4,84 (0,25)	3,53 (0,28)	16,70 (0,83)	9,63 (0,68)	7,59 (0,36)	5,83 (0,49)
2017	25,35 (0,56)	7,26 (0,49)	5,31 (0,28)	3,82 (0,24)	15,98 (0,74)	9,34 (0,60)	8,34 (0,36)	6,30 (0,42)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,26	3,07	0,98	0,43	-0,85	4,34	-0,36	1,11
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	1,48	63,38	36,53	23,80	-6,48	47,16	-4,65	26,73
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	7,73	-0,66	1,64	1,58	3,77	-4,18	0,93	1,06
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	43,85	-8,31	44,80	70,49	30,87	-30,93	12,61	20,17

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Ως προς τις απόλυτες διαφορές του επιπολασμού μεταξύ της χαμηλότερης και της υψηλότερης εκπαιδευτικής βαθμίδας, διαπιστώνουμε ότι αυτές μειώνονται κατά την περίοδο πριν το 2008, ιδίως για τους προτυποποιημένους πληθυσμούς, ενώ αυξάνονται μετά την έναρξη της κρίσης

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

(Πίνακας 7-245). Από την άλλη πλευρά, οι σχετικές διαφορές, ενώ αμβλύνονται πριν την έναρξη της κρίσης για όλες τις κατανομές, μετά το 2008 συνεχίζουν να μειώνονται για τους μη προτυποποιημένους, αλλά αυξάνονται για τους προτυποποιημένους πληθυσμούς. Πάντως, τόσο οι απόλυτες όσο και οι σχετικές ανισότητες ακολουθούν μια πτωτική τάση μετά το 2014.

Πίνακας 7-245 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-15,55 (0,74)	-8,92 (1,04)	0,10 (0,02)	0,32 (0,07)
2004	-15,14 (0,74)	-8,94 (0,92)	0,10 (0,02)	0,27 (0,06)
2005	-14,96 (0,81)	-9,09 (0,74)	0,10 (0,02)	0,23 (0,05)
2006	-15,24 (0,81)	-8,93 (1,05)	0,11 (0,02)	0,29 (0,07)
2007	-14,96 (0,87)	-7,55 (1,24)	0,10 (0,02)	0,35 (0,10)
2008	-15,38 (0,83)	-6,97 (1,08)	0,13 (0,02)	0,43 (0,08)
2009	-17,04 (0,92)	-7,09 (1,33)	0,13 (0,02)	0,47 (0,09)
2010	-19,05 (1,09)	-10,53 (1,59)	0,09 (0,02)	0,28 (0,07)
2011	-18,46 (0,95)	-9,39 (1,19)	0,11 (0,02)	0,30 (0,06)
2012	-18,29 (1,11)	-6,02 (1,50)	0,14 (0,03)	0,54 (0,10)
2013	-19,95 (0,90)	-8,31 (0,88)	0,14 (0,02)	0,38 (0,05)
2014	-22,76 (0,98)	-13,77 (1,59)	0,12 (0,01)	0,27 (0,04)
2015	-22,09 (0,77)	-11,32 (1,00)	0,12 (0,01)	0,30 (0,03)
2016	-22,01 (0,73)	-10,87 (0,96)	0,14 (0,01)	0,35 (0,03)
2017	-21,52 (0,61)	-9,69 (0,85)	0,15 (0,01)	0,39 (0,03)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,17	1,95	0,02	0,11
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	1,12	21,87	21,99	35,51
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-6,15	-2,71	0,02	-0,04
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-39,97	-38,92	18,51	-8,18

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι τιμές των δεικτών AGMD, RGMD και IDISP παρουσιάζουν σημαντική διακύμανση κατά την περίοδο της ανάλυσης (Πίνακας 7-246). Ωστόσο, όλοι παρουσιάζουν μια σημαντική αύξηση κατά το έτη 2010 και 2013-2014, ενώ το 2017 καταγράφουν αξιοσημείωτη πτώση.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-246 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	AGMD		RGMD		IDISP	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	6,83 (0,30)	2,80 (0,34)	80,97 (3,56)	29,73 (3,58)	73,78 (2,40)	28,64 (4,01)
2004	6,57 (0,32)	2,75 (0,33)	83,39 (4,02)	31,62 (3,74)	76,29 (2,97)	31,68 (4,12)
2005	6,15 (0,32)	2,32 (0,30)	76,23 (4,00)	27,25 (3,47)	71,20 (2,78)	29,21 (3,46)
2006	6,25 (0,32)	2,89 (0,40)	75,10 (3,90)	32,28 (4,52)	68,16 (3,54)	32,46 (4,54)
2007	6,10 (0,40)	2,65 (0,42)	77,42 (5,05)	31,94 (5,03)	69,29 (4,85)	31,64 (5,55)
2008	5,92 (0,29)	2,92 (0,36)	70,60 (3,44)	31,49 (3,93)	61,33 (3,57)	35,28 (5,35)
2009	6,64 (0,33)	2,75 (0,39)	75,14 (3,70)	28,54 (4,10)	66,47 (4,13)	28,48 (5,11)
2010	7,05 (0,40)	3,52 (0,54)	80,62 (4,52)	38,04 (5,83)	74,29 (3,84)	37,96 (6,78)
2011	6,73 (0,35)	3,38 (0,42)	82,02 (4,21)	41,92 (5,22)	72,50 (4,20)	41,52 (5,71)
2012	6,69 (0,38)	2,25 (0,41)	78,35 (4,47)	25,66 (4,62)	72,35 (4,51)	22,56 (5,08)
2013	7,12 (0,33)	2,49 (0,32)	73,37 (3,37)	26,85 (3,40)	68,56 (3,42)	27,87 (3,28)
2014	8,37 (0,38)	4,44 (0,60)	78,16 (3,52)	41,31 (5,56)	72,80 (2,74)	38,05 (3,94)
2015	8,04 (0,29)	3,61 (0,31)	77,88 (2,78)	36,81 (3,21)	71,82 (2,53)	34,98 (2,88)
2016	8,05 (0,25)	3,64 (0,35)	78,12 (2,44)	37,12 (3,53)	73,29 (2,06)	33,82 (3,02)
2017	7,75 (0,22)	3,12 (0,28)	74,88 (2,09)	31,41 (2,86)	71,65 (1,94)	29,89 (2,54)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,91	0,13	-10,36	1,75	-12,45	6,64
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-13,30	4,50	-12,80	5,89	-16,88	23,17
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,83	0,20	4,28	-0,08	10,32	-5,39
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	30,91	6,86	6,06	-0,25	16,82	-15,27

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πριν το 2008, τόσο οι απόλυτες όσο και οι σχετικές ανισότητες βάσει των τιμών των δεικτών SII και RII αμβλύνονταν (**Πίνακας 7-247**). Μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, οι απόλυτες ανισότητες παρουσιάζουν όξυνση τόσο για τους προτυποποιημένους όσο και για τους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς, ενώ για τις σχετικές ανισότητες μόνο για τους προτυποποιημένους. Διαπιστώνουμε σημαντική αύξηση των ανισοτήτων κατά τα πρώτα χρόνια της κρίσης αλλά και μεταξύ 2013-2014. Πάντως, παρατηρείται σημαντική αποκλιμάκωση των ανισοτήτων κατά τα τελευταία έτη της περιόδου της ανάλυσης.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-247 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	SII		RII	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-29,70 (0,05)	-12,12 (0,04)	0,03 (0,00)	0,27 (0,00)
2004	-28,65 (0,05)	-11,99 (0,04)	0,02 (0,00)	0,25 (0,00)
2005	-25,74 (0,05)	-10,88 (0,04)	0,04 (0,00)	0,28 (0,00)
2006	-26,60 (0,05)	-12,20 (0,04)	0,04 (0,00)	0,25 (0,00)
2007	-26,26 (0,05)	-10,74 (0,04)	0,03 (0,00)	0,27 (0,00)
2008	-25,30 (0,04)	-10,50 (0,04)	0,04 (0,00)	0,32 (0,00)
2009	-27,45 (0,05)	-10,41 (0,04)	0,04 (0,00)	0,34 (0,00)
2010	-29,52 (0,05)	-14,70 (0,04)	0,03 (0,00)	0,20 (0,00)
2011	-28,79 (0,05)	-13,39 (0,04)	0,02 (0,00)	0,19 (0,00)
2012	-26,97 (0,04)	-8,31 (0,04)	0,04 (0,00)	0,39 (0,00)
2013	-28,51 (0,04)	-10,92 (0,04)	0,05 (0,00)	0,31 (0,00)
2014	-33,39 (0,05)	-18,67 (0,04)	0,04 (0,00)	0,17 (0,00)
2015	-32,42 (0,05)	-15,35 (0,04)	0,03 (0,00)	0,20 (0,00)
2016	-31,48 (0,05)	-14,63 (0,04)	0,04 (0,00)	0,22 (0,00)
2017	-29,86 (0,04)	-12,57 (0,04)	0,05 (0,00)	0,28 (0,00)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	4,40	1,61	0,02	0,05
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	14,82	13,30	70,35	17,25
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-4,56	-2,06	0,00	-0,04
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-18,03	-19,66	8,73	-12,79

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι τιμές των δεικτών συγκέντρωσης δείχνουν μεγαλύτερη επιδείνωση των απόλυτων από τις σχετικές ανισότητες στην πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη υγεία σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Η επιδείνωση αυτή οφείλεται κυρίως στη διεύρυνση των ανισοτήτων κατά τα έτη 2009-2011 και 2013-2015. Επιπλέον, η επιδείνωση των ανισοτήτων είναι μεγαλύτερη σε υψηλότερες τιμές της παραμέτρου αποστροφής της ανισότητας.

Πίνακας 7-248 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	CI		ECI(3)	ECI(4)	ECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	-0,428 (0,019)	-0,192 (0,017)	-0,678	-0,828	-0,918

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2004	-0,441 (0,021)	-0,187 (0,018)	-0,703	-0,863	-0,962
2005	-0,408 (0,022)	-0,168 (0,021)	-0,649	-0,800	-0,894
2006	-0,410 (0,022)	-0,184 (0,020)	-0,652	-0,801	-0,893
2007	-0,426 (0,024)	-0,195 (0,021)	-0,681	-0,841	-0,941
2008	-0,403 (0,021)	-0,173 (0,020)	-0,649	-0,806	-0,906
2009	-0,417 (0,022)	-0,173 (0,022)	-0,682	-0,857	-0,973
2010	-0,449 (0,026)	-0,193 (0,025)	-0,739	-0,937	-1,073
2011	-0,464 (0,023)	-0,222 (0,022)	-0,778	-0,995	-1,147
2012	-0,431 (0,026)	-0,190 (0,029)	-0,729	-0,940	-1,090
2013	-0,409 (0,018)	-0,172 (0,018)	-0,686	-0,881	-1,020
2014	-0,431 (0,018)	-0,199 (0,018)	-0,718	-0,918	-1,058
2015	-0,433 (0,015)	-0,194 (0,013)	-0,723	-0,925	-1,067
2016	-0,424 (0,014)	-0,186 (0,013)	-0,718	-0,927	-1,077
2017	-0,405 (0,012)	-0,164 (0,011)	-0,687	-0,890	-1,038
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,025	0,019	0,029	0,022	0,012
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	5,84	10,06	4,28	2,66	1,31
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,002	0,009	-0,038	-0,084	-0,132
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-0,50	5,10	-5,86	-10,42	-14,57

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-249 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	GCI		GECI(3)	GECI(4)	GECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	-0,036 (0,002)	-0,016 (0,002)	-0,149	-0,148	-0,145
2004	-0,035 (0,002)	-0,015 (0,001)	-0,144	-0,144	-0,142
2005	-0,033 (0,002)	-0,014 (0,002)	-0,136	-0,137	-0,135
2006	-0,034 (0,002)	-0,015 (0,002)	-0,141	-0,141	-0,139
2007	-0,034 (0,002)	-0,015 (0,002)	-0,139	-0,140	-0,139
2008	-0,034 (0,002)	-0,015 (0,002)	-0,142	-0,143	-0,142
2009	-0,037 (0,002)	-0,015 (0,002)	-0,157	-0,160	-0,161
2010	-0,039 (0,002)	-0,017 (0,002)	-0,168	-0,173	-0,175
2011	-0,038 (0,002)	-0,018 (0,002)	-0,166	-0,173	-0,176
2012	-0,037 (0,002)	-0,016 (0,003)	-0,162	-0,170	-0,174
2013	-0,040 (0,002)	-0,017 (0,002)	-0,173	-0,181	-0,185
2014	-0,046 (0,002)	-0,021 (0,002)	-0,200	-0,208	-0,212
2015	-0,045 (0,002)	-0,020 (0,001)	-0,194	-0,202	-0,206
2016	-0,044 (0,001)	-0,019 (0,001)	-0,192	-0,202	-0,207
2017	-0,042 (0,001)	-0,017 (0,001)	-0,185	-0,195	-0,201
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,002	0,002	0,007	0,005	0,003
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	6,37	10,49	4,70	3,38	2,07
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,008	-0,002	-0,043	-0,052	-0,059

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-23,96	-16,55	-30,28	-36,36	-41,55
---------------------------------------	--------	--------	--------	--------	--------

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-250 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	E		W	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-0,144 (0,006)	-0,065 (0,006)	-0,468 (0,021)	-0,209 (0,019)
2004	-0,139 (0,007)	-0,059 (0,006)	-0,478 (0,023)	-0,203 (0,020)
2005	-0,132 (0,007)	-0,054 (0,007)	-0,444 (0,024)	-0,182 (0,022)
2006	-0,137 (0,007)	-0,061 (0,007)	-0,447 (0,024)	-0,200 (0,022)
2007	-0,134 (0,008)	-0,061 (0,007)	-0,462 (0,026)	-0,211 (0,022)
2008	-0,135 (0,007)	-0,058 (0,007)	-0,440 (0,023)	-0,188 (0,022)
2009	-0,147 (0,008)	-0,061 (0,008)	-0,457 (0,024)	-0,190 (0,024)
2010	-0,157 (0,009)	-0,067 (0,009)	-0,492 (0,028)	-0,211 (0,027)
2011	-0,152 (0,007)	-0,073 (0,007)	-0,506 (0,025)	-0,242 (0,024)
2012	-0,147 (0,009)	-0,065 (0,010)	-0,471 (0,028)	-0,207 (0,032)
2013	-0,159 (0,007)	-0,067 (0,007)	-0,453 (0,020)	-0,191 (0,020)
2014	-0,185 (0,008)	-0,085 (0,008)	-0,483 (0,020)	-0,223 (0,020)
2015	-0,179 (0,006)	-0,080 (0,006)	-0,483 (0,016)	-0,216 (0,015)
2016	-0,175 (0,006)	-0,077 (0,005)	-0,473 (0,016)	-0,207 (0,015)
2017	-0,168 (0,005)	-0,068 (0,005)	-0,451 (0,013)	-0,183 (0,013)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,009	0,007	0,028	0,021
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	6,25	10,51	5,98	10,08
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,033	-0,010	-0,011	0,006
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-24,44	-17,10	-2,50	3,03

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-251 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	SCI(3)	SCI(4)	SCI(5)	GSCI(3)	GSCI(4)	GSCI(5)
	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	-0,448	-0,454	-0,457	-0,151	-0,153	-0,154
2004	-0,464	-0,473	-0,476	-0,146	-0,149	-0,150
2005	-0,438	-0,450	-0,455	-0,141	-0,145	-0,147
2006	-0,436	-0,446	-0,451	-0,145	-0,149	-0,150
2007	-0,454	-0,465	-0,470	-0,143	-0,146	-0,148
2008	-0,435	-0,447	-0,453	-0,146	-0,150	-0,152
2009	-0,455	-0,470	-0,477	-0,161	-0,166	-0,169
2010	-0,502	-0,525	-0,536	-0,176	-0,184	-0,187

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2011	-0,518	-0,542	-0,553	-0,170	-0,178	-0,182
2012	-0,487	-0,512	-0,525	-0,166	-0,175	-0,179
2013	-0,464	-0,490	-0,503	-0,180	-0,190	-0,195
2014	-0,486	-0,510	-0,522	-0,208	-0,219	-0,223
2015	-0,489	-0,514	-0,525	-0,202	-0,212	-0,217
2016	-0,482	-0,510	-0,522	-0,199	-0,210	-0,215
2017	-0,464	-0,493	-0,507	-0,192	-0,204	-0,210
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,013	0,007	0,004	0,005	0,003	0,002
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	2,90	1,54	0,88	3,31	1,96	1,30
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,029	-0,046	-0,054	-0,046	-0,054	-0,058
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-6,67	-10,29	-11,92	-31,51	-36,00	-38,16

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Τέλος, η επίδοση ως προς την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας, λαμβάνοντας υπόψη τις ανισότητες βάσει του επιπέδου εκπαίδευσης, χειροτερεύει μετά το 2008, ιδίως για τους προτυποποιημένους πληθυσμούς (Πίνακας 7-252). Η εξέλιξη αυτή οφείλεται στην επιδείνωση που παρατηρείται κατά τα πρώτα χρόνια της ύφεσης αλλά και μεταξύ 2013 και 2014, ενώ στη συνέχεια παρατηρείται μια τάση βελτίωσης.

Πίνακας 7-252 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	HAI(2)	
	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	12,05	12,02
2004	11,35	11,21
2005	11,36	11,16
2006	11,74	11,63
2007	11,22	10,97
2008	11,77	11,38
2009	12,53	11,83
2010	12,66	11,88
2011	12,01	10,82
2012	12,22	11,01
2013	13,67	12,07
2014	15,32	13,04
2015	14,77	12,30
2016	14,67	12,11
2017	14,59	11,79
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,28	-0,64

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-2,32	-5,32
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	2,82	0,41
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	23,96	3,60

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.3.15. Κύρια ασχολία

Παρατηρούμε ότι μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, ο επιπολασμός πολύ κακής ή κακής υγείας αυξάνεται ιδιαίτερα στους εργαζόμενους πλήρους απασχόλησης, ενώ μειώνεται στους ανέργους (Πίνακας 7-253).

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-253 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής ή κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς την κύρια ασχολία, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ							ΠΚ						
	Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση	Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	Άνεργος/η	Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	Συνταξιούχος	Ανάπηρος /η	Άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση	Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	Άνεργος/η	Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	Συνταξιούχος	Ανάπηρος /η	Άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο
2003	1,59 (0,17)	4,50 (0,84)	2,19 (0,62)	0,63 (0,25)	25,53 (1,01)	87,30 (2,50)	11,78 (0,72)	10,39 (1,04)	7,40 (1,83)	10,19 (0,69)	0,20 (0,08)	24,33 (3,42)	85,43 (2,96)	12,88 (2,59)
2004	1,10 (0,15)	3,96 (0,85)	2,87 (0,74)	0,01 (0,01)	24,11 (0,97)	84,41 (2,64)	10,94 (0,68)	2,14 (0,49)	5,52 (1,39)	3,82 (1,19)	0,00 (0,00)	20,06 (3,00)	83,97 (2,75)	9,95 (2,20)
2005	1,47 (0,21)	4,41 (1,11)	3,18 (0,83)	0,47 (0,24)	25,02 (1,13)	72,25 (4,17)	9,99 (0,75)	1,84 (0,38)	8,00 (2,16)	13,44 (2,31)	18,03 (0,07)	33,81 (3,15)	71,12 (4,35)	19,09 (3,31)
2006	1,31 (0,20)	4,25 (1,07)	2,56 (0,75)	0,41 (0,21)	23,77 (1,04)	81,42 (3,87)	12,73 (0,96)	1,54 (0,29)	5,97 (1,49)	4,11 (1,38)	25,55 (2,51)	30,46 (2,46)	83,96 (3,00)	14,71 (2,89)
2007	1,04 (0,16)	2,94 (0,81)	3,32 (0,75)	0,48 (0,25)	23,32 (1,19)	80,72 (3,89)	10,12 (0,82)	1,02 (0,17)	4,12 (1,15)	12,12 (1,48)	8,37 (3,05)	27,59 (3,23)	79,36 (3,67)	15,81 (3,14)
2008	1,31 (0,17)	3,43 (0,81)	6,15 (1,38)	0,63 (0,26)	24,28 (0,97)	79,70 (4,03)	11,71 (0,87)	1,85 (0,44)	5,28 (1,46)	13,98 (3,16)	24,65 (3,78)	21,08 (2,78)	75,42 (4,24)	12,60 (2,06)
2009	1,29 (0,20)	3,80 (0,96)	5,03 (1,31)	0,09 (0,07)	25,33 (1,02)	68,24 (4,72)	12,18 (0,94)	2,49 (1,01)	6,80 (1,50)	18,25 (3,29)	17,20 (0,01)	18,92 (3,04)	68,31 (3,89)	19,54 (2,05)
2010	1,51 (0,25)	3,09 (0,89)	3,95 (1,15)	0,41 (0,27)	26,33 (1,18)	57,47 (5,30)	11,84 (1,11)	1,88 (0,40)	3,91 (1,35)	5,12 (1,57)	15,26 (0,06)	21,55 (3,42)	58,00 (4,76)	23,59 (2,83)
2011	1,25 (0,22)	1,87 (0,56)	2,60 (0,53)	0,53 (0,30)	22,50 (1,04)	76,34 (4,09)	11,47 (0,99)	2,27 (0,69)	4,96 (1,90)	4,43 (1,20)	8,10 (5,39)	16,27 (3,04)	77,26 (2,82)	10,73 (2,87)
2012	1,01 (0,20)	2,23 (0,79)	4,43 (1,87)	0,11 (0,08)	22,84 (1,04)	75,30 (4,74)	12,51 (1,13)	0,95 (0,21)	2,12 (0,76)	7,82 (1,62)	0,02 (0,02)	23,54 (3,56)	77,51 (4,02)	11,72 (2,66)
2013	1,81 (0,22)	3,60 (0,76)	3,70 (1,01)	0,78 (0,35)	24,25 (0,92)	71,52 (3,81)	14,02 (0,99)	3,49 (1,13)	3,11 (0,64)	14,99 (2,66)	19,99 (0,08)	20,01 (2,38)	70,80 (3,57)	12,66 (1,90)
2014	1,90 (0,25)	1,47 (0,45)	3,60 (0,46)	0,61 (0,36)	24,29 (0,85)	76,27 (4,07)	16,70 (0,95)	4,02 (1,34)	7,84 (2,72)	5,94 (1,22)	0,22 (0,13)	29,92 (3,49)	73,04 (4,19)	20,13 (2,59)
2015	1,85 (0,20)	2,32 (0,49)	3,39 (0,37)	0,78 (0,19)	23,83 (0,70)	70,52 (3,07)	15,27 (0,77)	4,89 (1,69)	7,42 (1,97)	4,36 (0,55)	1,13 (0,51)	15,99 (1,97)	73,46 (3,16)	20,12 (3,09)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2016	1,91 (0,17)	2,84 (0,51)	3,89 (0,38)	0,46 (0,14)	23,53 (0,63)	78,12 (2,34)	13,81 (0,66)	3,36 (1,01)	8,85 (0,51)	7,10 (1,56)	1,76 (1,59)	21,09 (2,72)	74,17 (2,53)	14,81 (2,11)
2017	2,05 (0,17)	2,87 (0,48)	3,76 (0,33)	0,50 (0,18)	23,72 (0,54)	72,66 (2,43)	15,31 (0,61)	5,94 (1,82)	9,46 (2,28)	6,28 (0,99)	0,30 (0,18)	21,07 (2,64)	68,66 (2,52)	13,12 (1,98)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,28	-1,07	3,95	-0,01	-1,25	-7,60	-0,08	-8,54	-2,12	3,79	24,45	-3,25	-10,00	-0,27
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-17,73	-23,77	180,44	-1,40	-4,91	-8,71	-0,65	-82,20	-28,61	37,14	12343,52	-13,37	-11,71	-2,13
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,74	-0,56	-2,38	-0,13	-0,56	-7,04	3,60	4,09	4,17	-7,70	-24,35	-0,01	-6,76	0,52
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	56,20	-16,42	-38,74	-20,46	-2,29	-8,83	30,76	220,90	79,01	-55,11	-98,80	-0,06	-8,97	4,12

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Οι διαφορές μεταξύ των ανέργων και των εργαζομένων πλήρους απασχόλησης παρουσιάζουν υψηλή διακύμανση, αλλά είναι σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις υπέρ των δεύτερων (**Πίνακας 7-254**). Συνολικά, οι ανισότητες, ιδίως οι σχετικές, αμβλύνονται μετά το 2008, παρά τη σημαντική επιδείνωσή τους το 2012.

Πίνακας 7-254 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς την κύρια ασχολία, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-0,60 (0,64)	0,20 (1,24)	0,73 (0,22)	1,02 (0,12)
2004	-1,76 (0,76)	-1,68 (1,29)	0,39 (0,11)	0,56 (0,22)
2005	-1,71 (0,86)	-11,60 (2,34)	0,46 (0,14)	0,14 (0,04)
2006	-1,25 (0,78)	-2,58 (1,41)	0,51 (0,17)	0,37 (0,14)
2007	-2,28 (0,77)	-11,11 (1,49)	0,31 (0,09)	0,08 (0,02)
2008	-4,83 (1,39)	-12,13 (3,19)	0,21 (0,06)	0,13 (0,04)
2009	-3,74 (1,33)	-15,76 (3,44)	0,26 (0,08)	0,14 (0,06)
2010	-2,44 (1,18)	-3,24 (1,62)	0,38 (0,13)	0,37 (0,14)
2011	-1,35 (0,57)	-2,16 (1,38)	0,48 (0,13)	0,51 (0,21)
2012	-3,42 (1,89)	-6,87 (1,64)	0,23 (0,11)	0,12 (0,04)
2013	-1,89 (1,04)	-11,50 (2,89)	0,49 (0,15)	0,23 (0,09)
2014	-1,70 (0,52)	-1,93 (1,82)	0,53 (0,10)	0,68 (0,27)
2015	-1,54 (0,42)	0,53 (1,78)	0,54 (0,08)	1,12 (0,41)
2016	-1,98 (0,41)	-3,74 (1,86)	0,49 (0,06)	0,47 (0,18)
2017	-1,72 (0,37)	-0,34 (2,07)	0,54 (0,07)	0,95 (0,33)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-4,24	-12,33	-0,51	-0,89
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-708,21	-6170,43	-70,66	-87,02
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	3,12	11,79	0,33	0,81
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	64,48	97,21	154,99	614,84

Υποσημείωση: Σύγκριση μεταξύ των εργαζομένων πλήρους απασχόλησης και των ανέργων. Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Βάσει των τιμών των δεικτών AGMD, RGMD και IDISP, προκύπτει ότι οι συνολικές ανισότητες υγείας μεταξύ των οικονομικών ομάδων αμβλύνονται μετά το 2008, ιδίως οι σχετικές (**Πίνακας 7-255**). Αυτό συμβαίνει παρά την παροδική αύξηση που παρατηρείται μεταξύ 2014 και 2015. Επιπλέον, οι ανισότητες είναι αρκετά μικρότερες στους προτυποποιημένους πληθυσμούς, το

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

οποίο δείχνει σημαντική ανισοκατανομή των δημογραφικών χαρακτηριστικών μεταξύ των ομάδων, όπως ήταν βεβαίως αναμενόμενο.

Πίνακας 7-255 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς την κύρια ασχολία, 2003-2017

Έτος έρευνας	AGMD		RGMD		IDISP	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	9,54 (0,31)	2,61 (1,22)	99,80 (3,23)	45,72 (7,39)	187,23 (4,49)	113,88 (6,41)
2004	9,15 (0,30)	6,32 (1,02)	104,10 (3,45)	89,43 (10,60)	195,54 (5,14)	190,00 (14,39)
2005	8,87 (0,35)	7,45 (0,88)	99,79 (3,92)	81,08 (6,40)	171,37 (7,07)	103,05 (6,32)
2006	9,38 (0,28)	11,72 (0,92)	102,47 (3,08)	89,29 (5,16)	184,97 (6,19)	140,41 (7,06)
2007	9,16 (0,34)	11,80 (0,68)	104,67 (3,87)	90,12 (8,26)	187,96 (6,58)	134,53 (8,97)
2008	9,31 (0,33)	10,50 (0,96)	100,30 (3,53)	79,86 (6,49)	174,64 (7,75)	136,73 (8,80)
2009	9,92 (0,33)	8,93 (0,73)	102,83 (3,40)	73,84 (6,41)	155,78 (7,38)	116,19 (9,19)
2010	9,66 (0,39)	8,82 (0,77)	101,42 (4,04)	86,37 (8,63)	144,28 (8,20)	119,81 (8,90)
2011	9,11 (0,37)	9,89 (0,99)	101,54 (4,17)	70,33 (11,22)	180,08 (6,97)	153,92 (17,96)
2012	9,16 (0,42)	6,08 (0,97)	98,87 (4,48)	91,31 (10,63)	172,87 (10,45)	162,66 (10,53)
2013	9,66 (0,32)	8,96 (1,04)	92,76 (3,12)	54,16 (6,32)	151,38 (6,73)	105,10 (8,36)
2014	10,16 (0,31)	6,90 (0,81)	94,86 (2,93)	81,98 (7,36)	160,60 (5,45)	122,76 (7,99)
2015	9,84 (0,26)	11,34 (1,02)	95,34 (2,50)	68,42 (8,45)	154,51 (4,32)	140,32 (10,52)
2016	9,66 (0,19)	7,12 (0,88)	93,72 (1,87)	72,18 (8,72)	161,71 (3,84)	129,49 (8,77)
2017	9,81 (0,20)	7,97 (0,96)	94,74 (1,90)	61,80 (8,79)	155,74 (3,13)	116,00 (10,58)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,23	7,89	0,51	34,13	-12,59	22,85
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-2,40	302,83	0,51	74,66	-6,73	20,07
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,50	-2,54	-5,56	-18,06	-18,89	-20,73
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	5,36	-24,14	-5,55	-22,62	-10,82	-15,16

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

7.3.2.2.3.16. Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά

Ο επιπολασμός της πολύ κακής ή κακής υγείας αυξάνεται τόσο στα νοικοκυριά που διαβιούν σε γειτονιές με προβλήματα θορύβου όσο και στα υπόλοιπα νοικοκυριά στους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς μετά το 2008, ενώ για τους προτυποποιημένους παρατηρείται συνολικά μια μικρή μείωση (Πίνακας 7-256). Και στις δύο ομάδες παρατηρούνται αυξήσεις κατά τα πρώτα χρόνια της ύφεσης αλλά και μεταξύ 2012 και 2014.

Πίνακας 7-256 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής ή κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τα προβλήματα θορύβου στη γειτονιά, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	9,48 (0,40)	9,84 (0,69)	10,82 (0,40)	12,43 (0,75)
2004	8,71 (0,37)	9,12 (0,74)	10,00 (0,37)	11,32 (0,84)
2005	8,58 (0,41)	10,07 (0,81)	9,79 (0,41)	12,30 (0,87)
2006	8,85 (0,43)	10,35 (0,83)	10,00 (0,42)	12,55 (0,88)
2007	8,85 (0,49)	8,38 (0,69)	9,84 (0,45)	10,11 (0,71)
2008	9,24 (0,41)	9,41 (0,86)	10,26 (0,38)	11,14 (0,90)
2009	9,61 (0,44)	9,76 (0,81)	10,47 (0,40)	11,65 (0,79)
2010	9,79 (0,48)	8,63 (0,81)	10,55 (0,44)	10,59 (0,83)
2011	9,08 (0,43)	8,64 (0,71)	9,54 (0,39)	9,50 (0,71)
2012	8,65 (0,51)	11,10 (0,94)	9,16 (0,45)	11,83 (0,91)
2013	10,14 (0,44)	11,25 (0,70)	10,33 (0,37)	12,27 (0,65)
2014	10,55 (0,41)	11,35 (0,69)	10,60 (0,36)	11,98 (0,66)
2015	10,10 (0,32)	11,25 (0,59)	9,92 (0,27)	11,95 (0,55)
2016	10,35 (0,30)	10,11 (0,51)	10,07 (0,26)	10,78 (0,48)
2017	10,37 (0,24)	10,30 (0,47)	9,87 (0,21)	11,11 (0,45)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,24	-0,44	-0,56	-1,29
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-2,51	-4,44	-5,14	-10,37
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,12	0,89	-0,39	-0,04
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	12,13	9,49	-3,78	-0,32

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι απόλυτες και οι σχετικές διαφορές πολύ κακής ή κακής υγείας μεταξύ των νοικοκυριών που αντιμετωπίζουν προβλήματα θορύβου στη γειτονιά και τα υπόλοιπα παρουσιάζουν σημαντική διακύμανση (Πίνακας 7-257). Ωστόσο, στους προτυποποιημένους πληθυσμούς είναι σταθερά υπέρ των οικογενειών

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

που δεν αντιμετωπίζουν τέτοιου είδους προβλήματα. Επίσης, φαίνεται ότι, σε γενικές γραμμές, μεταξύ 2010 και 2011 οι διαφορές είχαν μηδενιστεί.

Πίνακας 7-257 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τα προβλήματα θορύβου στη γειτονιά, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-0,36 (0,80)	-1,61 (0,85)	0,96 (0,08)	0,87 (0,06)
2004	-0,40 (0,83)	-1,32 (0,91)	0,96 (0,09)	0,88 (0,07)
2005	-1,49 (0,91)	-2,51 (0,96)	0,85 (0,08)	0,80 (0,07)
2006	-1,49 (0,93)	-2,55 (0,97)	0,86 (0,08)	0,80 (0,06)
2007	0,47 (0,85)	-0,27 (0,83)	1,06 (0,11)	0,97 (0,08)
2008	-0,16 (0,96)	-0,88 (0,97)	0,98 (0,10)	0,92 (0,08)
2009	-0,15 (0,92)	-1,17 (0,89)	0,98 (0,09)	0,90 (0,07)
2010	1,16 (0,94)	-0,04 (0,94)	1,13 (0,12)	1,00 (0,09)
2011	0,44 (0,83)	0,04 (0,81)	1,05 (0,10)	1,00 (0,09)
2012	-2,45 (1,07)	-2,67 (1,01)	0,78 (0,08)	0,77 (0,07)
2013	-1,11 (0,82)	-1,94 (0,75)	0,90 (0,07)	0,84 (0,05)
2014	-0,80 (0,81)	-1,38 (0,75)	0,93 (0,07)	0,88 (0,06)
2015	-1,15 (0,67)	-2,04 (0,62)	0,90 (0,05)	0,83 (0,04)
2016	0,24 (0,59)	-0,72 (0,54)	1,02 (0,06)	0,93 (0,05)
2017	0,07 (0,53)	-1,23 (0,50)	1,01 (0,05)	0,89 (0,04)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,20	0,73	0,02	0,05
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	55,15	45,47	2,02	5,84
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,23	-0,35	0,02	-0,03
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	141,58	-40,03	2,42	-3,47

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.3.17. Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά

Τα νοικοκυριά που διαβιούν σε γειτονιές με προβλήματα μόλυνσης συνδέονται με σημαντικότερη αύξηση του επιπολασμού της πολύ κακής ή κακής υγείας σε σχέση με τα υπόλοιπα (Πίνακας 7-258). Η αυξητική τάση είναι ιδιαίτερα σημαντική από το 2011.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-258 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής ή κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τα προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	9,76 (0,39)	8,57 (0,66)	11,18 (0,39)	10,64 (0,72)
2004	9,01 (0,38)	7,55 (0,69)	10,26 (0,37)	10,04 (0,83)
2005	8,82 (0,41)	9,18 (0,86)	9,99 (0,41)	11,90 (0,98)
2006	9,05 (0,43)	9,67 (0,92)	10,18 (0,42)	12,24 (1,03)
2007	9,02 (0,49)	7,59 (0,70)	9,98 (0,44)	9,29 (0,76)
2008	9,66 (0,45)	7,79 (0,60)	10,65 (0,40)	9,32 (0,66)
2009	9,66 (0,44)	9,59 (0,79)	10,56 (0,41)	11,26 (0,82)
2010	10,07 (0,49)	7,81 (0,80)	10,77 (0,44)	9,72 (0,88)
2011	9,02 (0,43)	8,81 (0,77)	9,35 (0,39)	10,13 (0,78)
2012	9,32 (0,53)	9,12 (0,86)	9,59 (0,46)	10,65 (0,88)
2013	10,30 (0,44)	10,71 (0,66)	10,28 (0,37)	12,37 (0,65)
2014	10,74 (0,43)	10,60 (0,66)	10,56 (0,37)	12,05 (0,64)
2015	10,00 (0,31)	11,68 (0,69)	9,77 (0,26)	12,71 (0,65)
2016	10,23 (0,29)	10,61 (0,57)	9,96 (0,25)	11,20 (0,53)
2017	10,30 (0,24)	10,54 (0,50)	9,79 (0,21)	11,47 (0,46)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,10	-0,78	-0,53	-1,33
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-1,06	-9,13	-4,75	-12,45
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,65	2,75	-0,86	2,15
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	6,71	35,29	-8,06	23,10

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι απόλυτες και οι σχετικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων φαίνεται να ευνοούν τις οικογένειες που δεν αντιμετωπίζουν τέτοια προβλήματα, ιδίως μάλιστα μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης (**Πίνακας 7-259**).

Πίνακας 7-259 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τα προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	1,19 (0,77)	0,54 (0,82)	1,14 (0,10)	1,05 (0,08)
2004	1,46 (0,78)	0,22 (0,91)	1,19 (0,12)	1,02 (0,09)
2005	-0,36 (0,96)	-1,90 (1,06)	0,96 (0,10)	0,84 (0,08)
2006	-0,62 (1,01)	-2,06 (1,11)	0,94 (0,10)	0,83 (0,08)
2007	1,43 (0,85)	0,69 (0,88)	1,19 (0,13)	1,07 (0,10)
2008	1,87 (0,75)	1,33 (0,77)	1,24 (0,11)	1,14 (0,09)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2009	0,08 (0,90)	-0,70 (0,92)	1,01 (0,09)	0,94 (0,08)
2010	2,26 (0,94)	1,05 (0,98)	1,29 (0,15)	1,11 (0,11)
2011	0,21 (0,88)	-0,78 (0,87)	1,02 (0,10)	0,92 (0,08)
2012	0,19 (1,01)	-1,06 (1,00)	1,02 (0,11)	0,90 (0,09)
2013	-0,41 (0,80)	-2,09 (0,75)	0,96 (0,07)	0,83 (0,05)
2014	0,14 (0,79)	-1,49 (0,74)	1,01 (0,07)	0,88 (0,06)
2015	-1,68 (0,75)	-2,94 (0,70)	0,86 (0,06)	0,77 (0,04)
2016	-0,38 (0,64)	-1,24 (0,59)	0,96 (0,06)	0,89 (0,05)
2017	-0,24 (0,55)	-1,68 (0,50)	0,98 (0,05)	0,85 (0,04)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,68	0,79	0,10	0,09
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	57,26	147,16	8,88	8,80
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-2,10	-3,01	-0,26	-0,29
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-112,65	-225,83	-21,13	-25,32

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.3.18. Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά

Και οι γειτονιές με προβλήματα εγκληματικότητας φαίνεται να συνδέονται με υψηλότερο επιπολασμό πολύ κακής ή κακής υγείας μετά το 2008 (Πίνακας 7-260).

Πίνακας 7-260 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της πολύ κακής ή κακής αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας ως προς τα προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	9,64 (0,37)	8,82 (0,89)	11,13 (0,38)	10,84 (0,96)
2004	8,86 (0,35)	8,00 (1,09)	10,26 (0,35)	9,66 (1,15)
2005	8,88 (0,39)	9,02 (1,34)	10,21 (0,39)	10,79 (1,36)
2006	8,87 (0,41)	12,22 (1,34)	10,22 (0,40)	13,20 (1,30)
2007	8,94 (0,47)	7,09 (0,89)	10,00 (0,43)	8,80 (0,90)
2008	9,29 (0,38)	9,18 (1,42)	10,39 (0,35)	10,87 (1,39)
2009	9,47 (0,41)	10,56 (1,02)	10,45 (0,38)	12,16 (0,98)
2010	10,04 (0,48)	7,29 (0,81)	10,81 (0,43)	9,07 (0,93)
2011	8,79 (0,41)	9,68 (0,91)	9,24 (0,38)	10,72 (0,85)
2012	9,08 (0,49)	10,03 (1,08)	9,49 (0,44)	11,44 (1,07)
2013	10,29 (0,43)	10,91 (0,74)	10,56 (0,36)	11,84 (0,70)
2014	10,48 (0,40)	11,89 (0,84)	10,55 (0,35)	12,51 (0,78)
2015	9,94 (0,30)	12,87 (0,78)	9,92 (0,26)	12,73 (0,64)
2016	10,06 (0,27)	12,12 (0,81)	9,90 (0,24)	12,39 (0,71)
2017	10,13 (0,23)	11,75 (0,64)	9,78 (0,21)	12,29 (0,55)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,34	0,36	-0,74	0,03
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-3,57	4,13	-6,63	0,28
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,84	2,57	-0,61	1,42
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	8,99	27,94	-5,90	13,03

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι ανισότητες, κυρίως οι απόλυτες, στη συχνότητα της πολύ κακής ή κακής υγείας ως προς την ύπαρξη προβλημάτων εγκληματικότητας αυξάνονται σημαντικά μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, ιδίως τα τελευταία χρόνια (Πίνακας 7-261).

Πίνακας 7-261 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την πολύ κακή ή κακή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας ως προς τα προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	0,82 (0,97)	0,29 (1,03)	1,09 (0,12)	1,03 (0,10)
2004	0,86 (1,14)	0,60 (1,20)	1,11 (0,16)	1,06 (0,13)
2005	-0,15 (1,39)	-0,58 (1,42)	0,98 (0,15)	0,95 (0,12)
2006	-3,35 (1,40)	-2,98 (1,36)	0,73 (0,09)	0,77 (0,08)
2007	1,85 (1,01)	1,20 (1,00)	1,26 (0,17)	1,14 (0,13)
2008	0,11 (1,47)	-0,48 (1,43)	1,01 (0,16)	0,96 (0,13)
2009	-1,09 (1,10)	-1,71 (1,06)	0,90 (0,10)	0,86 (0,08)
2010	2,74 (0,94)	1,75 (1,03)	1,38 (0,17)	1,19 (0,13)
2011	-0,89 (1,00)	-1,48 (0,93)	0,91 (0,10)	0,86 (0,08)
2012	-0,96 (1,19)	-1,95 (1,16)	0,90 (0,11)	0,83 (0,09)
2013	-0,61 (0,85)	-1,28 (0,79)	0,94 (0,08)	0,89 (0,06)
2014	-1,41 (0,93)	-1,96 (0,85)	0,88 (0,07)	0,84 (0,06)
2015	-2,93 (0,83)	-2,81 (0,69)	0,77 (0,05)	0,78 (0,04)
2016	-2,07 (0,85)	-2,48 (0,75)	0,83 (0,06)	0,80 (0,05)
2017	-1,62 (0,68)	-2,51 (0,58)	0,86 (0,05)	0,80 (0,04)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,71	-0,77	-0,08	-0,07
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-86,50	-267,09	-7,39	-6,89
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-1,73	-2,03	-0,15	-0,16
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-1566,40	-422,42	-14,81	-16,75

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

7.3.2.2.4. Χρόνιο πρόβλημα υγείας

Στην παρούσα υποενότητα θα εξεταστούν οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες ως προς την παρουσία χρόνιου προβλήματος υγείας.

7.3.2.2.4.1. Φύλο

Ο επιπολασμός των χρόνιων προβλημάτων αυξάνεται μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης και στα δύο φύλα για τους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς, ενώ μειώνεται σε μικρό βαθμό για τους προτυποποιημένους (Πίνακας 7-262). Αυτή η αντιστροφή είναι μάλλον αποτέλεσμα της δημογραφικής γήρανσης του πληθυσμού.

Πίνακας 7-262 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης χρόνιου προβλήματος υγείας ως προς το φύλο, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Άνδρας	Γυναίκα	Άνδρας	Γυναίκα
2003	18,00 (0,53)	21,71 (0,60)	20,29 (0,53)	24,47 (0,57)
2004	16,78 (0,56)	21,23 (0,64)	18,95 (0,55)	23,82 (0,60)
2005	18,42 (0,61)	21,53 (0,69)	20,73 (0,60)	23,91 (0,64)
2006	18,15 (0,62)	22,14 (0,73)	20,17 (0,61)	24,50 (0,66)
2007	19,62 (0,68)	23,43 (0,76)	21,70 (0,63)	25,73 (0,65)
2008	20,16 (0,68)	23,93 (0,68)	22,23 (0,66)	26,19 (0,60)
2009	19,60 (0,65)	24,26 (0,69)	21,81 (0,59)	26,53 (0,60)
2010	21,06 (0,81)	24,07 (0,83)	23,06 (0,76)	26,08 (0,69)
2011	21,10 (0,71)	25,27 (0,79)	22,26 (0,65)	26,29 (0,70)
2012	21,48 (0,84)	25,77 (0,82)	22,70 (0,76)	27,02 (0,68)
2013	21,47 (0,63)	25,87 (0,64)	22,26 (0,56)	26,51 (0,51)
2014	21,69 (0,60)	26,02 (0,68)	22,02 (0,54)	26,12 (0,58)
2015	21,95 (0,52)	25,82 (0,55)	21,93 (0,49)	25,68 (0,50)
2016	21,97 (0,45)	25,88 (0,48)	21,82 (0,41)	25,56 (0,42)
2017	21,71 (0,41)	25,59 (0,44)	21,35 (0,36)	25,04 (0,39)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	2,15	2,23	1,93	1,72
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	11,95	10,25	9,52	7,02
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,55	1,65	-0,88	-1,15
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	7,69	6,91	-3,94	-4,39

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Οι γυναίκες υφίστανται σταθερά μεγαλύτερο φορτίο χρόνιων νόσων σε σχέση με τους άνδρες (**Πίνακας 7-263**). Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια φαίνεται να μειώνονται οι απόλυτες και οι σχετικές ανισότητες με τους άνδρες.

Πίνακας 7-263 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς το φύλο, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-3,70 (0,80)	-4,18 (0,78)	0,83 (0,03)	0,83 (0,03)
2004	-4,44 (0,85)	-4,87 (0,82)	0,79 (0,04)	0,80 (0,03)
2005	-3,11 (0,92)	-3,18 (0,88)	0,86 (0,04)	0,87 (0,03)
2006	-3,99 (0,96)	-4,33 (0,90)	0,82 (0,04)	0,82 (0,03)
2007	-3,80 (1,02)	-4,04 (0,90)	0,84 (0,04)	0,84 (0,03)
2008	-3,78 (0,96)	-3,97 (0,89)	0,84 (0,04)	0,85 (0,03)
2009	-4,66 (0,95)	-4,72 (0,84)	0,81 (0,04)	0,82 (0,03)
2010	-3,01 (1,16)	-3,02 (1,03)	0,87 (0,05)	0,88 (0,04)
2011	-4,17 (1,06)	-4,04 (0,96)	0,83 (0,04)	0,85 (0,03)
2012	-4,29 (1,17)	-4,31 (1,02)	0,83 (0,04)	0,84 (0,04)
2013	-4,40 (0,90)	-4,25 (0,76)	0,83 (0,03)	0,84 (0,03)
2014	-4,33 (0,91)	-4,09 (0,79)	0,83 (0,03)	0,84 (0,03)
2015	-3,87 (0,76)	-3,75 (0,70)	0,85 (0,03)	0,85 (0,03)
2016	-3,91 (0,66)	-3,75 (0,59)	0,85 (0,02)	0,85 (0,02)
2017	-3,88 (0,60)	-3,69 (0,53)	0,85 (0,02)	0,85 (0,02)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,07	0,21	0,01	0,02
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-2,00	5,14	1,54	2,34
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,10	0,27	0,01	0,00
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-2,72	6,88	0,73	0,47

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.4.2. Υπηκοότητα

Όλες οι κατηγορίες πολιτών συνδέονται με αύξηση του επιπολασμού των χρόνιων προβλημάτων μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης στους προτυποποιημένους πληθυσμούς. Αντίθετα, μόνο η ομάδα των πολιτών άλλης χώρας της Ε.Ε. παρουσιάζει τέτοια αύξηση στους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς (**Πίνακας 7-264**).

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-264 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης χρονίου προβλήματος υγείας ως προς την υπηκοότητα, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ			ΠΚ		
	Ελληνική	Άλλης Ε.Ε. χώρας	Άλλης χώρας	Ελληνική	Άλλης Ε.Ε. χώρας	Άλλης χώρας
2003	20,69 (0,51)	8,63 (2,68)	4,73 (0,94)	22,66 (0,47)	23,06 (2,53)	14,82 (2,29)
2004	19,77 (0,53)	9,59 (3,15)	6,12 (1,28)	21,55 (0,48)	17,34 (3,32)	21,95 (2,93)
2005	20,43 (0,57)	12,26 (4,76)	10,75 (2,08)	22,34 (0,52)	15,70 (4,04)	33,61 (3,43)
2006	20,65 (0,59)	12,18 (4,65)	10,07 (2,11)	22,49 (0,53)	14,24 (3,06)	16,24 (3,71)
2007	22,30 (0,64)	13,16 (4,33)	7,94 (1,54)	23,93 (0,54)	19,07 (2,79)	16,17 (3,77)
2008	22,90 (0,61)	8,31 (2,36)	9,67 (1,49)	24,44 (0,53)	17,76 (2,15)	24,65 (2,81)
2009	22,88 (0,59)	9,54 (2,82)	8,33 (1,51)	24,33 (0,48)	16,98 (3,14)	27,92 (2,81)
2010	23,57 (0,72)	11,77 (3,61)	8,87 (1,88)	24,71 (0,58)	19,60 (3,29)	23,30 (3,03)
2011	24,10 (0,66)	13,89 (4,32)	6,78 (1,41)	24,56 (0,57)	22,15 (3,97)	19,71 (2,91)
2012	24,86 (0,74)	10,73 (4,50)	6,28 (2,22)	25,19 (0,59)	18,65 (3,04)	16,66 (3,57)
2013	24,79 (0,57)	4,09 (1,81)	8,35 (1,68)	24,66 (0,45)	9,22 (1,61)	26,13 (3,50)
2014	24,80 (0,58)	13,15 (3,74)	9,80 (1,89)	24,28 (0,49)	20,48 (4,18)	25,16 (2,55)
2015	24,70 (0,48)	13,13 (2,89)	11,12 (1,22)	24,04 (0,43)	21,06 (3,27)	19,62 (2,09)
2016	24,77 (0,42)	15,93 (2,71)	10,22 (1,09)	23,94 (0,36)	23,59 (2,78)	17,77 (1,86)
2017	24,35 (0,38)	17,66 (3,18)	12,51 (1,07)	23,30 (0,32)	21,44 (3,35)	20,78 (2,01)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	2,22	-0,32	4,94	1,78	-5,30	9,83
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	10,72	-3,73	104,47	7,87	-23,00	66,32
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,45	9,35	2,84	-1,14	3,68	-3,87
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	6,33	112,58	29,36	-4,68	20,74	-15,69

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Στις μη προτυποποιημένες κατανομές, οι απόλυτες και οι σχετικές διαφορές στον επιπολασμό των χρονίων νοσημάτων είναι εις βάρος των Ελλήνων πολιτών (**Πίνακας 7-265**). Ωστόσο, η εξαγωγή συμπερασμάτων για τις ανισότητες μεταξύ των Ελλήνων πολιτών και των πολιτών άλλων χωρών εκτός της Ε.Ε. είναι δύσκολη στους προτυποποιημένους πληθυσμούς, καθότι υπάρχει υψηλή διακύμανση. Πάντως, οι ανισότητες είναι, αν και οριακά, υπέρ των Ελλήνων πολιτών τα έτη 2008-2009 και 2013-2014.

Πίνακας 7-265 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς την υπηκοότητα, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	15,96 (1,07)	7,84 (2,33)	4,37 (0,88)	1,53 (0,24)
2004	13,64 (1,38)	-0,40 (2,97)	3,23 (0,68)	0,98 (0,13)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2005	9,68 (2,16)	-11,27 (3,47)	1,90 (0,37)	0,66 (0,07)
2006	10,58 (2,19)	6,25 (3,75)	2,05 (0,43)	1,38 (0,32)
2007	14,35 (1,67)	7,76 (3,81)	2,81 (0,55)	1,48 (0,35)
2008	13,23 (1,61)	-0,20 (2,86)	2,37 (0,37)	0,99 (0,12)
2009	14,55 (1,62)	-3,59 (2,85)	2,75 (0,50)	0,87 (0,09)
2010	14,70 (2,02)	1,41 (3,08)	2,66 (0,57)	1,06 (0,14)
2011	17,32 (1,56)	4,85 (2,96)	3,55 (0,74)	1,25 (0,19)
2012	18,58 (2,34)	8,53 (3,62)	3,96 (1,40)	1,51 (0,33)
2013	16,44 (1,77)	-1,47 (3,52)	2,97 (0,60)	0,94 (0,13)
2014	15,00 (1,97)	-0,89 (2,60)	2,53 (0,49)	0,96 (0,10)
2015	13,58 (1,31)	4,42 (2,14)	2,22 (0,25)	1,23 (0,13)
2016	14,55 (1,16)	6,17 (1,89)	2,42 (0,26)	1,35 (0,14)
2017	11,85 (1,13)	2,52 (2,03)	1,95 (0,17)	1,12 (0,11)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-2,72	-8,04	-2,01	-0,54
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-17,06	-102,60	-45,85	-35,14
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-1,39	2,72	-0,42	0,13
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-10,49	1335,97	-17,80	13,06

Υποσημείωση: Σύγκριση μεταξύ των Ελλήνων πολιτών και εκείνων από χώρα εκτός Ε.Ε. Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι συνολικές απόλυτες και σχετικές διαφορές ως προς τα χρόνια προβλήματα υγείας αυξάνονται μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης στους προτυποποιημένους πληθυσμούς, εκτός από τις σχετικές διαφορές όταν δεν υπάρχει στάθμιση ως προς το μέγεθος των ομάδων (Πίνακας 7-266). Αν και γενικότερα υπάρχει υψηλή διακύμανση, παρατηρείται σημαντική αύξηση το 2012.

Πίνακας 7-266 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς την υπηκοότητα, 2003-2017

Έτος έρευνας	AGMD		RGMD		IDISP	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	1,48 (0,08)	0,63 (0,19)	7,43 (0,39)	2,83 (0,85)	45,60 (4,58)	12,78 (3,93)
2004	1,33 (0,12)	0,09 (0,15)	6,95 (0,64)	0,41 (0,70)	40,43 (5,86)	7,19 (5,66)
2005	0,78 (0,15)	0,75 (0,22)	3,92 (0,76)	3,30 (0,95)	29,03 (9,09)	26,82 (7,65)
2006	0,87 (0,17)	0,58 (0,23)	4,32 (0,83)	2,60 (1,05)	30,69 (8,14)	21,33 (6,42)
2007	1,37 (0,16)	0,74 (0,30)	6,37 (0,74)	3,15 (1,28)	35,18 (7,06)	17,33 (6,05)
2008	1,53 (0,16)	0,15 (0,13)	6,92 (0,72)	0,62 (0,52)	40,77 (3,83)	9,51 (3,32)
2009	1,67 (0,17)	0,35 (0,19)	7,62 (0,79)	1,44 (0,78)	40,92 (5,42)	15,06 (5,06)
2010	1,81 (0,21)	0,27 (0,22)	8,02 (0,95)	1,11 (0,90)	37,66 (5,31)	8,65 (4,66)
2011	1,65 (0,16)	0,45 (0,21)	7,11 (0,68)	1,87 (0,88)	38,25 (6,21)	9,63 (4,95)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2012	2,22 (0,26)	1,02 (0,35)	9,37 (1,12)	4,14 (1,44)	44,39 (7,53)	19,64 (5,69)
2013	2,01 (0,18)	0,34 (0,16)	8,46 (0,78)	1,38 (0,65)	50,69 (3,47)	23,07 (3,72)
2014	1,65 (0,21)	0,09 (0,14)	6,90 (0,87)	0,37 (0,56)	35,90 (5,57)	6,44 (4,49)
2015	1,41 (0,13)	0,44 (0,20)	5,88 (0,54)	1,87 (0,84)	33,97 (4,55)	10,02 (4,76)
2016	1,46 (0,11)	0,57 (0,18)	6,09 (0,47)	2,40 (0,78)	31,42 (4,14)	8,77 (4,02)
2017	1,20 (0,12)	0,26 (0,15)	5,06 (0,50)	1,13 (0,63)	25,16 (4,53)	6,10 (3,72)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,05	-0,48	-0,50	-2,21	-4,84	-3,27
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	3,46	-76,11	-6,76	-78,11	-10,60	-25,59
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,33	0,11	-1,87	0,51	-15,61	-3,41
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-21,55	73,37	-26,94	82,48	-38,28	-35,84

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.4.3. Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού

Ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, διαπιστώνουμε ότι οι αραιοκατοικημένες περιοχές παρουσίασαν την υψηλότερη αύξηση στον επιπολασμό των χρόνιων προβλημάτων στους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς και τη μικρότερη μείωση στους προτυποποιημένους για την περίοδο μετά το 2008 (Πίνακας 7-267).

Πίνακας 7-267 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ			ΠΚ		
	Πυκνοκατοικημένη	Μέσης πυκνότητας	Αραιοκατοικημένη	Πυκνοκατοικημένη	Μέσης πυκνότητας	Αραιοκατοικημένη
2003	18,48 (0,66)	15,87 (1,26)	22,19 (0,78)	23,00 (0,72)	20,78 (1,35)	22,40 (0,66)
2004	17,02 (0,67)	12,90 (1,18)	22,46 (0,83)	21,54 (0,74)	17,27 (1,35)	22,27 (0,69)
2005	18,15 (0,84)	14,99 (1,32)	23,03 (0,83)	22,31 (0,91)	17,74 (1,48)	23,37 (0,67)
2006	18,52 (0,88)	18,39 (1,33)	22,11 (0,89)	21,52 (0,94)	20,97 (1,36)	23,34 (0,72)
2007	19,67 (0,89)	21,61 (1,51)	23,25 (0,98)	23,81 (0,87)	24,92 (1,38)	23,62 (0,78)
2008	20,69 (0,76)	22,52 (1,66)	23,17 (0,97)	24,44 (0,71)	24,75 (1,42)	24,07 (0,84)
2009	20,05 (0,83)	23,16 (1,53)	23,37 (0,88)	24,07 (0,76)	25,71 (1,27)	24,13 (0,68)
2010	19,61 (1,00)	23,73 (2,29)	25,15 (1,04)	24,15 (0,91)	27,23 (1,94)	24,64 (0,80)
2011	21,66 (1,01)	21,48 (1,63)	25,36 (0,92)	24,20 (0,96)	25,32 (1,58)	24,32 (0,71)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2012	21,29 (0,97)	24,67 (2,88)	26,11 (0,89)	24,53 (0,90)	28,36 (2,03)	24,26 (0,69)
2013	20,99 (0,78)	24,92 (1,82)	25,92 (0,80)	24,22 (0,68)	27,43 (1,49)	23,78 (0,57)
2014	21,01 (0,83)	20,73 (1,18)	28,76 (0,95)	23,23 (0,81)	22,65 (1,06)	25,59 (0,72)
2015	22,06 (0,68)	23,14 (0,92)	26,65 (0,86)	23,89 (0,67)	24,35 (0,85)	23,33 (0,67)
2016	21,60 (0,60)	22,41 (0,74)	28,12 (0,74)	23,38 (0,56)	23,57 (0,68)	23,97 (0,60)
2017	21,39 (0,57)	21,81 (0,61)	28,30 (0,71)	23,17 (0,53)	22,94 (0,54)	23,25 (0,53)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	2,21	6,65	0,97	1,45	3,97	1,67
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	11,95	41,90	4,39	6,29	19,12	7,45
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,70	-0,71	5,13	-1,28	-1,81	-0,82
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	3,40	-3,17	22,14	-5,22	-7,31	-3,41

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι ανισότητες των χρονίων προβλημάτων μεταξύ των αραιοκατοικημένων και των πυκνοκατοικημένων περιοχών είχαν υψηλή διακύμανση και ήταν σχετικά χαμηλές στους προτυποποιημένους πληθυσμούς (Πίνακας 7-268).

Πίνακας 7-268 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-3,71 (1,02)	0,59 (0,98)	0,83 (0,04)	1,03 (0,04)
2004	-5,44 (1,07)	-0,72 (1,01)	0,76 (0,04)	0,97 (0,04)
2005	-4,88 (1,18)	-1,06 (1,13)	0,79 (0,05)	0,95 (0,05)
2006	-3,59 (1,25)	-1,82 (1,18)	0,84 (0,05)	0,92 (0,05)
2007	-3,57 (1,33)	0,19 (1,16)	0,85 (0,05)	1,01 (0,05)
2008	-2,48 (1,23)	0,37 (1,10)	0,89 (0,05)	1,02 (0,05)
2009	-3,33 (1,22)	-0,06 (1,02)	0,86 (0,05)	1,00 (0,04)
2010	-5,54 (1,45)	-0,49 (1,21)	0,78 (0,05)	0,98 (0,05)
2011	-3,70 (1,36)	-0,11 (1,20)	0,85 (0,05)	1,00 (0,05)
2012	-4,82 (1,32)	0,28 (1,14)	0,82 (0,05)	1,01 (0,05)
2013	-4,93 (1,11)	0,44 (0,89)	0,81 (0,04)	1,02 (0,04)
2014	-7,75 (1,26)	-2,37 (1,08)	0,73 (0,04)	0,91 (0,04)
2015	-4,60 (1,09)	0,55 (0,95)	0,83 (0,04)	1,02 (0,04)
2016	-6,52 (0,95)	-0,59 (0,82)	0,77 (0,03)	0,98 (0,03)
2017	-6,90 (0,91)	-0,08 (0,75)	0,76 (0,03)	1,00 (0,03)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,23	-0,22	0,06	-0,01
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	33,25	-37,54	7,24	-1,08
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-4,43	-0,45	-0,14	-0,02
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-178,65	-122,59	-15,34	-1,87

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι συνολικές ανισότητες μεταξύ των τριών περιοχών πληθυσμιακής πυκνότητας αυξάνονται στους μη προτυποποιημένους και μειώνονται στους προτυποποιημένους πληθυσμούς μετά την έναρξη της κρίσης (**Πίνακας 7-269**). Γενικότερα, διαπιστώνεται αύξηση των ανισοτήτων το 2010 αλλά και μεταξύ 2012 και 2014.

Πίνακας 7-269 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	AGMD		RGMD		IDISP	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	2.14 (0.47)	0.45 (0.32)	10.77 (2.38)	2.00 (1.41)	12.97 (2.57)	3.36 (1.82)
2004	3.20 (0.52)	1.02 (0.36)	16.76 (2.70)	4.78 (1.67)	20.29 (2.81)	8.11 (2.31)
2005	2.82 (0.57)	1.17 (0.37)	14.08 (2.83)	5.28 (1.67)	16.50 (2.74)	8.61 (2.39)
2006	1.81 (0.54)	0.98 (0.42)	8.95 (2.68)	4.39 (1.89)	8.91 (2.66)	4.71 (2.09)
2007	1.55 (0.59)	0.28 (0.29)	7.19 (2.72)	1.16 (1.22)	5.58 (2.35)	1.89 (1.88)
2008	1.13 (0.46)	0.22 (0.31)	5.11 (2.09)	0.91 (1.29)	4.39 (2.11)	1.12 (1.41)
2009	1.59 (0.59)	0.33 (0.30)	7.23 (2.68)	1.38 (1.23)	6.83 (2.49)	2.47 (1.76)
2010	2.59 (0.65)	0.53 (0.41)	11.47 (2.87)	2.13 (1.66)	9.83 (3.20)	4.23 (2.54)
2011	1.83 (0.56)	0.25 (0.30)	7.89 (2.41)	1.02 (1.22)	7.81 (2.63)	1.65 (1.68)
2012	2.23 (0.63)	0.87 (0.40)	9.42 (2.65)	3.48 (1.60)	8.18 (3.11)	5.98 (2.40)
2013	2.28 (0.46)	0.81 (0.36)	9.61 (1.94)	3.32 (1.48)	8.59 (2.16)	5.31 (2.03)
2014	3.72 (0.53)	1.22 (0.41)	15.54 (2.20)	5.10 (1.71)	15.25 (2.36)	5.16 (1.69)
2015	1.89 (0.39)	0.34 (0.24)	7.88 (1.63)	1.42 (1.02)	7.52 (1.55)	1.52 (1.03)
2016	2.75 (0.39)	0.23 (0.22)	11.47 (1.61)	0.96 (0.94)	11.26 (1.64)	0.91 (0.96)
2017	2.92 (0.34)	0.11 (0.17)	12.31 (1.45)	0.48 (0.75)	12.38 (1.47)	0.50 (0.76)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-1.02	-0.23	-5.66	-1.09	-8.58	-2.24
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-47.38	-50.75	-52.57	-54.51	-66.13	-66.71
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1.79	-0.11	7.20	-0.43	7.99	-0.62
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	158.66	-50.04	140.90	-47.49	181.92	-55.03

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Αντίστοιχα με τα προηγούμενα, οι τιμές του SII και του RII δείχνουν την ύπαρξη απόλυτων και σχετικών ανισοτήτων υγείας υπέρ των περισσότερο πυκνοκατοικημένων περιοχών στους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς (Πίνακας 7-270). Επιπλέον, παρατηρείται σημαντική αύξηση αυτών των ανισοτήτων μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Ωστόσο, αυτές οι διαφορές γίνονται εξαιρετικά μικρές και παρουσιάζουν υψηλή διακύμανση στους προτυποποιημένους πληθυσμούς.

Πίνακας 7-270 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	SII		RII	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-6,87 (0,05)	0,96 (0,05)	0,71 (0,00)	1,04 (0,00)
2004	-10,15 (0,05)	-1,57 (0,05)	0,59 (0,00)	0,93 (0,00)
2005	-9,02 (0,05)	-2,19 (0,05)	0,64 (0,00)	0,91 (0,00)
2006	-6,48 (0,05)	-3,31 (0,05)	0,73 (0,00)	0,86 (0,00)
2007	-6,32 (0,05)	0,40 (0,05)	0,75 (0,00)	1,02 (0,00)
2008	-4,38 (0,05)	0,69 (0,05)	0,82 (0,00)	1,03 (0,00)
2009	-5,88 (0,05)	-0,02 (0,05)	0,76 (0,00)	1,00 (0,00)
2010	-10,02 (0,05)	-0,83 (0,05)	0,64 (0,00)	0,97 (0,00)
2011	-6,50 (0,05)	-0,20 (0,05)	0,76 (0,00)	0,99 (0,00)
2012	-8,58 (0,05)	0,28 (0,05)	0,70 (0,00)	1,01 (0,00)
2013	-8,63 (0,05)	0,87 (0,05)	0,69 (0,00)	1,04 (0,00)
2014	-12,57 (0,05)	-3,84 (0,05)	0,59 (0,00)	0,85 (0,00)
2015	-7,17 (0,05)	0,83 (0,05)	0,74 (0,00)	1,04 (0,00)
2016	-9,93 (0,05)	-0,91 (0,05)	0,66 (0,00)	0,96 (0,00)
2017	-10,18 (0,05)	-0,09 (0,05)	0,65 (0,00)	1,00 (0,00)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	2,49	-0,27	0,11	-0,01
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	36,29	-27,89	15,90	-1,41
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-5,80	-0,78	-0,17	-0,03
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-132,49	-113,63	-20,76	-3,20

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι τιμές των δεικτών συγκέντρωσης είναι γενικά χαμηλές, αν και αυξάνονται σε υψηλότερες παραμέτρους αποστροφής της ανισότητας, και σχεδόν μηδενίζονται στις προτυποποιημένες κατανομές.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-271 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	CI		ECI(3)	ECI(4)	ECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	0,047 (0,012)	-0,006 (0,011)	0,066	0,072	0,074
2004	0,073 (0,013)	0,011 (0,012)	0,101	0,110	0,112
2005	0,062 (0,014)	0,014 (0,013)	0,086	0,094	0,097
2006	0,044 (0,015)	0,018 (0,013)	0,065	0,075	0,079
2007	0,041 (0,014)	-0,001 (0,012)	0,062	0,074	0,080
2008	0,027 (0,014)	-0,003 (0,012)	0,043	0,051	0,056
2009	0,037 (0,013)	0,001 (0,011)	0,058	0,070	0,078
2010	0,060 (0,016)	0,004 (0,013)	0,093	0,111	0,120
2011	0,039 (0,014)	0,001 (0,012)	0,056	0,063	0,066
2012	0,050 (0,013)	-0,003 (0,012)	0,075	0,088	0,094
2013	0,051 (0,011)	-0,005 (0,009)	0,079	0,094	0,103
2014	0,077 (0,012)	0,023 (0,011)	0,106	0,116	0,120
2015	0,044 (0,010)	-0,004 (0,009)	0,062	0,071	0,074
2016	0,061 (0,009)	0,007 (0,008)	0,084	0,092	0,096
2017	0,064 (0,008)	0,002 (0,007)	0,085	0,093	0,096
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,020	0,003	-0,023	-0,021	-0,017
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-42,62	48,21	-35,26	-28,81	-23,58
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,036	0,005	0,042	0,041	0,039
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	133,46	165,52	99,53	80,16	69,33

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-272 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	GCI		GECI(3)	GECI(4)	GECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	0,009 (0,002)	-0,001 (0,002)	0,034	0,030	0,028
2004	0,014 (0,003)	0,002 (0,002)	0,050	0,044	0,040
2005	0,012 (0,003)	0,003 (0,003)	0,045	0,040	0,036
2006	0,009 (0,003)	0,004 (0,003)	0,034	0,032	0,030
2007	0,009 (0,003)	0,000 (0,003)	0,035	0,034	0,032
2008	0,006 (0,003)	-0,001 (0,003)	0,025	0,024	0,023
2009	0,008 (0,003)	0,000 (0,002)	0,033	0,033	0,032
2010	0,014 (0,004)	0,001 (0,003)	0,055	0,053	0,051
2011	0,009 (0,003)	0,000 (0,003)	0,034	0,031	0,028
2012	0,012 (0,003)	-0,001 (0,003)	0,046	0,044	0,042
2013	0,012 (0,003)	-0,001 (0,002)	0,049	0,047	0,046
2014	0,018 (0,003)	0,006 (0,003)	0,066	0,059	0,054
2015	0,011 (0,003)	-0,001 (0,002)	0,039	0,036	0,033

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2016	0,015 (0,002)	0,002 (0,002)	0,052	0,047	0,043
2017	0,015 (0,002)	0,001 (0,002)	0,052	0,047	0,042
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,003	0,001	-0,010	-0,006	-0,004
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-36,16	-45,45	-27,94	-21,05	-15,27
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,009	0,001	0,028	0,023	0,019
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	150,83	-183,33	113,88	93,75	81,97

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-273 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	E		W	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	0,038 (0,010)	-0,005 (0,009)	0,059 (0,015)	-0,007 (0,013)
2004	0,056 (0,010)	0,008 (0,009)	0,090 (0,016)	0,014 (0,014)
2005	0,050 (0,011)	0,011 (0,010)	0,078 (0,018)	0,017 (0,016)
2006	0,036 (0,012)	0,015 (0,011)	0,056 (0,018)	0,023 (0,016)
2007	0,035 (0,012)	-0,001 (0,011)	0,052 (0,018)	-0,001 (0,016)
2008	0,024 (0,012)	-0,003 (0,010)	0,035 (0,017)	-0,004 (0,015)
2009	0,032 (0,012)	0,001 (0,009)	0,047 (0,017)	0,001 (0,014)
2010	0,055 (0,014)	0,003 (0,011)	0,078 (0,020)	0,005 (0,016)
2011	0,036 (0,013)	0,001 (0,011)	0,051 (0,018)	0,002 (0,016)
2012	0,048 (0,013)	-0,003 (0,011)	0,066 (0,018)	-0,004 (0,015)
2013	0,048 (0,011)	-0,005 (0,009)	0,066 (0,015)	-0,007 (0,012)
2014	0,073 (0,012)	0,022 (0,010)	0,101 (0,016)	0,031 (0,014)
2015	0,042 (0,010)	-0,004 (0,009)	0,058 (0,014)	-0,006 (0,012)
2016	0,059 (0,009)	0,007 (0,008)	0,080 (0,012)	0,009 (0,011)
2017	0,060 (0,008)	0,002 (0,007)	0,083 (0,011)	0,003 (0,010)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,014	0,002	-0,024	0,003
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-36,07	44,44	-40,78	-47,14
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,036	0,004	0,048	0,006
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	150,21	172,00	138,00	167,57

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-274 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	SCI(3)	SCI(4)	SCI(5)	GSCI(3)	GSCI(4)	GSCI(5)
	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	0,047	0,047	0,047	0,037	0,037	0,037
2004	0,072	0,071	0,071	0,055	0,055	0,054
2005	0,061	0,061	0,061	0,049	0,049	0,049

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2006	0,045	0,045	0,045	0,036	0,036	0,036
2007	0,041	0,041	0,041	0,036	0,036	0,036
2008	0,028	0,028	0,028	0,025	0,025	0,025
2009	0,038	0,038	0,038	0,033	0,033	0,033
2010	0,061	0,061	0,061	0,055	0,055	0,055
2011	0,040	0,040	0,040	0,037	0,037	0,037
2012	0,051	0,051	0,051	0,048	0,048	0,048
2013	0,052	0,052	0,052	0,049	0,049	0,049
2014	0,080	0,081	0,081	0,077	0,077	0,078
2015	0,047	0,048	0,048	0,045	0,046	0,046
2016	0,066	0,067	0,068	0,063	0,065	0,065
2017	0,070	0,072	0,072	0,066	0,068	0,069
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,019	-0,019	-0,019	-0,013	-0,012	-0,012
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-40,38	-39,91	-39,91	-34,05	-33,42	-33,15
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,042	0,044	0,044	0,041	0,043	0,044
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	149,10	155,71	158,21	167,89	174,90	176,61

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Τέλος, η συνολική επίδοση για τα χρόνια προβλήματα σε σχέση με τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού επιδεινώνεται και στις δύο περιόδους της ανάλυσης (Πίνακας 7-275).

Πίνακας 7-275 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	HAI(2)	
	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	20,84	22,39
2004	20,49	21,71
2005	21,24	22,68
2006	21,10	22,77
2007	22,47	23,78
2008	22,70	24,24
2009	22,81	24,32
2010	23,96	24,68
2011	24,11	24,43
2012	24,89	24,83
2013	24,90	24,38
2014	25,73	24,76
2015	25,06	23,80
2016	25,46	23,97
2017	25,21	23,35
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,86	1,85

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	8,92	8,26
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	2,51	-0,89
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	11,05	-3,68

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.4.4. Ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα

Ο επιπολασμός των χρόνιων προβλημάτων μειώνεται για το φτωχότερο εισοδηματικό πεμπτημόριο τόσο για τους μη προτυποποιημένους όσο και για τους προτυποποιημένους πληθυσμούς μετά την έναρξη της κρίσης (**Πίνακας 7-276**). Αντίθετα, διαπιστώνουμε αύξηση στους μη προτυποποιημένους και μείωση στους προτυποποιημένους πληθυσμούς για τα δύο πλουσιότερα στρώματα. Παρόλα αυτά, η κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση των χρόνιων προβλημάτων αποτυπώνεται ξεκάθαρα.

Πίνακας 7-276 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ					ΠΚ				
	Πρώτο	Δεύτερο	Τρίτο	Τέταρτο	Πεμπτο	Πρώτο	Δεύτερο	Τρίτο	Τέταρτο	Πεμπτο
2003	26,93 (0,99)	22,87 (0,94)	18,19 (0,97)	15,23 (0,85)	11,28 (0,82)	25,69 (0,81)	24,07 (0,81)	22,12 (0,99)	20,63 (0,93)	15,48 (1,08)
2004	26,86 (1,09)	23,81 (1,00)	18,48 (0,97)	12,58 (0,83)	9,49 (0,79)	25,00 (0,88)	24,23 (0,83)	22,28 (0,98)	16,94 (0,92)	14,60 (1,14)
2005	27,42 (1,16)	24,75 (1,07)	18,90 (1,02)	15,04 (1,10)	11,69 (0,89)	25,55 (0,96)	25,72 (0,96)	22,08 (0,98)	19,57 (1,31)	15,34 (1,10)
2006	27,09 (1,30)	24,38 (1,12)	20,57 (1,18)	15,85 (1,05)	11,51 (0,85)	26,92 (1,10)	24,75 (0,93)	22,77 (1,10)	19,53 (1,10)	16,15 (1,05)
2007	28,25 (1,42)	26,54 (1,12)	22,78 (1,12)	16,76 (1,09)	11,89 (0,84)	28,66 (1,20)	26,84 (0,94)	24,40 (1,06)	21,82 (1,09)	16,90 (1,01)
2008	27,48 (1,72)	27,21 (1,22)	25,05 (1,10)	16,46 (0,93)	14,16 (0,86)	28,17 (1,44)	27,49 (1,04)	25,78 (0,95)	21,41 (0,94)	19,65 (0,95)
2009	28,59 (1,34)	28,34 (1,30)	24,13 (1,17)	16,82 (1,01)	13,18 (0,89)	29,16 (1,07)	27,20 (1,01)	25,50 (0,90)	21,35 (0,99)	19,20 (0,94)
2010	28,06 (1,65)	30,96 (1,56)	25,85 (1,44)	16,95 (1,18)	13,40 (1,14)	29,34 (1,36)	28,88 (1,24)	26,13 (1,16)	21,31 (1,13)	18,04 (1,33)
2011	27,24 (1,14)	28,88 (1,33)	22,76 (1,29)	16,95 (1,24)	16,35 (1,40)	26,31 (0,93)	26,83 (1,02)	24,71 (1,05)	21,62 (1,27)	19,26 (1,32)
2012	24,51 (1,28)	27,40 (1,18)	23,28 (1,43)	19,38 (1,86)	16,31 (2,03)	27,54 (1,13)	25,19 (0,93)	24,07 (1,14)	22,26 (1,48)	18,67 (1,91)
2013	25,42 (0,83)	26,39 (0,97)	20,00 (1,11)	20,23 (1,54)	13,78 (1,55)	27,35 (0,75)	23,76 (0,67)	22,23 (0,91)	21,74 (1,45)	17,50 (1,45)
2014	26,03 (0,78)	25,71 (1,00)	19,84 (1,18)	17,47 (1,25)	15,73 (1,92)	26,66 (0,69)	23,65 (0,75)	21,95 (1,03)	19,14 (1,04)	17,55 (1,79)
2015	24,91 (0,67)	26,24 (0,76)	22,21 (0,96)	19,21 (1,12)	14,87 (1,41)	25,53 (0,62)	23,80 (0,63)	23,00 (0,84)	20,39 (1,13)	15,68 (1,52)
2016	24,25 (0,57)	27,17 (0,68)	22,33 (0,92)	20,89 (1,10)	15,32 (1,12)	25,26 (0,52)	23,77 (0,54)	22,81 (0,80)	21,21 (1,04)	16,79 (1,17)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2017	25,21 (0,53)	26,09 (0,62)	20,71 (0,78)	18,23 (0,87)	15,15 (1,19)	25,69 (0,45)	23,04 (0,48)	20,92 (0,67)	18,44 (0,82)	16,81 (1,28)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,56	4,34	6,87	1,23	2,88	2,48	3,42	3,66	0,78	4,16
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	2,08	18,98	37,77	8,05	25,51	9,66	14,22	16,57	3,77	26,90
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-2,28	-1,12	-4,34	1,77	0,99	-2,49	-4,45	-4,86	-2,97	-2,84
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-8,28	-4,12	-17,34	10,77	6,99	-8,82	-16,19	-18,86	-13,87	-14,46

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι απόλυτες και οι σχετικές διαφορές μεταξύ της φτωχότερης και της πλουσιότερης ομάδας αυξάνονται τόσο πριν όσο και μετά το 2008 για τους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς, ενώ μείωση παρατηρείται μετά την έναρξη της κρίσης για τους προτυποποιημένους (Πίνακας 7-277). Οι αυξήσεις διαπιστώνονται κυρίως μεταξύ 2009-2010 και 2012-2015.

Πίνακας 7-277 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-15,64 (1,29)	-10,21 (1,35)	0,42 (0,03)	0,60 (0,05)
2004	-17,36 (1,34)	-10,39 (1,44)	0,35 (0,03)	0,58 (0,05)
2005	-15,73 (1,47)	-10,22 (1,46)	0,43 (0,04)	0,60 (0,05)
2006	-15,57 (1,56)	-10,77 (1,52)	0,43 (0,04)	0,60 (0,05)
2007	-16,36 (1,65)	-11,76 (1,57)	0,42 (0,04)	0,59 (0,04)
2008	-13,32 (1,92)	-8,52 (1,72)	0,52 (0,04)	0,70 (0,05)
2009	-15,41 (1,61)	-9,96 (1,42)	0,46 (0,04)	0,66 (0,04)
2010	-14,66 (2,01)	-11,30 (1,90)	0,48 (0,05)	0,61 (0,05)
2011	-10,89 (1,81)	-7,05 (1,62)	0,60 (0,06)	0,73 (0,06)
2012	-8,21 (2,40)	-8,87 (2,22)	0,67 (0,09)	0,68 (0,07)
2013	-11,65 (1,76)	-9,85 (1,63)	0,54 (0,06)	0,64 (0,06)
2014	-10,30 (2,07)	-9,11 (1,92)	0,60 (0,08)	0,66 (0,07)
2015	-10,04 (1,56)	-9,84 (1,64)	0,60 (0,06)	0,61 (0,06)
2016	-8,93 (1,26)	-8,48 (1,28)	0,63 (0,05)	0,66 (0,05)
2017	-10,06 (1,30)	-8,88 (1,36)	0,60 (0,05)	0,65 (0,05)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	2,32	1,68	0,10	0,09
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	14,82	16,48	22,95	15,72
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	3,27	-0,36	0,09	-0,04
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	24,51	-4,17	16,65	-6,18

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Οι απόλυτες και οι σχετικές ανισότητες μεταξύ των εισοδηματικών ομάδων μειώνονται μετά την έναρξη της κρίσης για τους δείκτες AGMD, RGMD και IDISP, εκτός από τις σχετικές ανισότητες, όταν δεν λαμβάνονται υπόψη τα πληθυσμιακά μερίδια (**Πίνακας 7-278**). Αυξήσεις παρατηρούνται τα έτη 2009-2010, 2013-2014 και το 2017.

Πίνακας 7-278 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	AGMD		RGMD		IDISP	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	4,91 (0,39)	2,61 (0,38)	24,57 (1,96)	11,76 (1,69)	25,10 (1,95)	12,37 (1,71)
2004	5,75 (0,41)	3,66 (0,39)	30,10 (2,13)	17,30 (1,85)	30,60 (2,22)	17,82 (1,93)
2005	5,28 (0,41)	3,29 (0,39)	26,34 (2,03)	14,96 (1,78)	26,53 (2,07)	15,01 (2,00)
2006	4,87 (0,45)	3,28 (0,41)	24,03 (2,21)	14,73 (1,84)	24,11 (2,05)	14,81 (1,91)
2007	5,48 (0,44)	3,47 (0,47)	25,36 (2,03)	14,51 (1,95)	25,32 (1,84)	14,42 (1,92)
2008	5,41 (0,54)	3,17 (0,52)	24,57 (2,46)	12,97 (2,14)	24,58 (2,12)	13,00 (2,07)
2009	5,75 (0,46)	3,34 (0,36)	26,09 (2,09)	13,72 (1,46)	26,33 (2,10)	13,90 (1,52)
2010	6,45 (0,65)	4,13 (0,57)	28,53 (2,87)	16,90 (2,34)	28,26 (2,87)	16,86 (2,42)
2011	4,54 (0,48)	2,40 (0,41)	19,46 (2,07)	9,91 (1,68)	20,05 (2,02)	10,49 (1,83)
2012	2,34 (0,47)	1,90 (0,48)	9,84 (1,98)	7,60 (1,93)	14,07 (2,50)	10,18 (2,36)
2013	2,83 (0,42)	2,36 (0,34)	11,92 (1,75)	9,63 (1,37)	18,16 (2,25)	12,81 (1,59)
2014	2,92 (0,36)	2,33 (0,41)	12,20 (1,49)	9,62 (1,68)	18,91 (2,11)	13,99 (2,01)
2015	2,07 (0,31)	1,54 (0,30)	8,65 (1,29)	6,46 (1,26)	15,72 (1,96)	11,92 (1,74)
2016	1,85 (0,29)	1,37 (0,24)	7,68 (1,21)	5,75 (1,01)	14,07 (1,55)	10,09 (1,39)
2017	2,61 (0,25)	2,19 (0,27)	11,02 (1,04)	9,44 (1,15)	17,64 (1,45)	13,91 (1,44)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,51	0,56	0,00	1,22	-0,52	0,63
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	10,32	21,44	0,00	10,35	-2,05	5,06
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-2,80	-0,98	-13,55	-3,53	-6,94	0,92
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-51,74	-30,95	-55,15	-27,24	-28,23	7,05

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι απόλυτες και οι σχετικές ανισότητες βάσει των τιμών των δεικτών SII και RII φαίνεται να μειώνονται μετά το 2008 (**Πίνακας 7-279**). Μάλιστα, η άμβλυνση θα ήταν ακόμη μεγαλύτερη εάν το 2017 δεν καταγραφόταν μια σημαντική αύξηση. Άλλες σημαντικές αυξήσεις παρατηρούνται κατά τα πρώτα χρόνια της κρίσης, καθώς και μεταξύ 2013-2014.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-279 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	SII		RII	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-19,54 (0,05)	-11,18 (0,05)	0,37 (0,00)	0,60 (0,00)
2004	-22,85 (0,05)	-13,48 (0,05)	0,29 (0,00)	0,53 (0,00)
2005	-20,56 (0,05)	-13,05 (0,05)	0,35 (0,00)	0,55 (0,00)
2006	-19,72 (0,05)	-13,24 (0,05)	0,37 (0,00)	0,55 (0,00)
2007	-21,12 (0,05)	-14,21 (0,05)	0,37 (0,00)	0,55 (0,00)
2008	-18,70 (0,05)	-11,55 (0,05)	0,42 (0,00)	0,62 (0,00)
2009	-21,14 (0,05)	-12,78 (0,05)	0,38 (0,00)	0,59 (0,00)
2010	-22,21 (0,05)	-15,28 (0,05)	0,37 (0,00)	0,53 (0,00)
2011	-16,18 (0,05)	-8,84 (0,05)	0,50 (0,00)	0,69 (0,00)
2012	-7,31 (0,05)	-8,46 (0,05)	0,73 (0,00)	0,71 (0,00)
2013	-9,27 (0,05)	-9,76 (0,05)	0,68 (0,00)	0,67 (0,00)
2014	-10,81 (0,05)	-10,14 (0,05)	0,64 (0,00)	0,66 (0,00)
2015	-6,64 (0,05)	-7,30 (0,05)	0,76 (0,00)	0,74 (0,00)
2016	-4,55 (0,05)	-6,40 (0,05)	0,83 (0,00)	0,76 (0,00)
2017	-8,75 (0,05)	-9,77 (0,05)	0,69 (0,00)	0,66 (0,00)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,84	-0,37	0,05	0,02
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	4,31	-3,28	14,39	3,15
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	9,95	1,78	0,27	0,03
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	53,23	15,38	63,65	5,36

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Σημαντική μείωση μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης παρουσιάζουν οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες των χρονίων προβλημάτων και σύμφωνα με τους δείκτες συγκέντρωσης. Η άμβλυνση αυτή είναι ακόμη μεγαλύτερη όταν επιλέγουμε υψηλότερη αποστρόφη για την ανισότητα. Παρατηρούμε μια επιδείνωση των ανισοτήτων κατά τα πρώτα χρόνια της ύφεσης, η οποία ακολουθείται από μια πτωτική τάση, ενώ το 2014 καταγράφεται μια προσωρινή διεύρυνσή τους. Είναι αξιοσημείωτο πως οι ανισότητες αυξάνονταν πριν το 2008 και μειώνονταν μετά από την έναρξη της κρίσης για υψηλότερη αποστρόφη για την ανισότητα για τους δείκτες ECI, SCI και GSCI. Μόνο οι δείκτες GECI σημειώνουν μείωση τόσο πριν όσο και μετά το 2008 σε υψηλότερες τιμές της παραμέτρου αποστρόφης της ανισότητας.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-280 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	CI		ECI(3)	ECI(4)	ECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	-0,157 (0,012)	-0,081 (0,011)	-0,231	-0,270	-0,292
2004	-0,195 (0,013)	-0,107 (0,011)	-0,286	-0,335	-0,363
2005	-0,169 (0,013)	-0,095 (0,012)	-0,249	-0,292	-0,316
2006	-0,160 (0,014)	-0,102 (0,012)	-0,229	-0,264	-0,284
2007	-0,161 (0,014)	-0,111 (0,012)	-0,226	-0,255	-0,267
2008	-0,137 (0,015)	-0,089 (0,014)	-0,190	-0,209	-0,214
2009	-0,158 (0,013)	-0,096 (0,011)	-0,223	-0,250	-0,259
2010	-0,159 (0,015)	-0,104 (0,014)	-0,219	-0,239	-0,240
2011	-0,112 (0,014)	-0,059 (0,012)	-0,151	-0,162	-0,161
2012	-0,042 (0,016)	-0,057 (0,014)	-0,031	-0,004	0,026
2013	-0,040 (0,012)	-0,062 (0,010)	-0,020	0,014	0,049
2014	-0,047 (0,011)	-0,061 (0,010)	-0,032	-0,003	0,027
2015	-0,030 (0,009)	-0,048 (0,009)	-0,013	0,012	0,036
2016	-0,016 (0,008)	-0,041 (0,008)	0,009	0,040	0,068
2017	-0,043 (0,007)	-0,062 (0,007)	-0,033	-0,012	0,010
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,020	-0,008	0,041	0,061	0,078
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	12,74	-9,96	17,75	22,59	26,71
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,094	0,028	0,157	0,197	0,224
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	68,47	30,76	82,42	94,11	104,67

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-281 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	GCI		GECI(3)	GECI(4)	GECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	-0,031 (0,002)	-0,016 (0,002)	-0,120	-0,114	-0,109
2004	-0,037 (0,002)	-0,020 (0,002)	-0,142	-0,135	-0,129
2005	-0,034 (0,003)	-0,019 (0,002)	-0,130	-0,124	-0,118
2006	-0,032 (0,003)	-0,021 (0,002)	-0,121	-0,113	-0,107
2007	-0,035 (0,003)	-0,024 (0,003)	-0,127	-0,117	-0,108
2008	-0,030 (0,003)	-0,020 (0,003)	-0,109	-0,098	-0,088
2009	-0,035 (0,003)	-0,021 (0,002)	-0,128	-0,116	-0,107
2010	-0,036 (0,003)	-0,024 (0,003)	-0,128	-0,114	-0,101
2011	-0,026 (0,003)	-0,014 (0,003)	-0,092	-0,080	-0,070
2012	-0,010 (0,004)	-0,014 (0,003)	-0,019	-0,002	0,012
2013	-0,010 (0,003)	-0,015 (0,002)	-0,012	0,007	0,022
2014	-0,011 (0,003)	-0,015 (0,002)	-0,020	-0,002	0,012
2015	-0,007 (0,002)	-0,011 (0,002)	-0,008	0,006	0,016

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2016	-0,004 (0,002)	-0,010 (0,002)	0,006	0,020	0,030
2017	-0,010 (0,002)	-0,015 (0,002)	-0,021	-0,006	0,004
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,001	-0,004	0,011	0,017	0,021
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	3,82	-21,60	9,17	14,47	19,27
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,020	0,005	0,088	0,091	0,092
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	66,23	25,38	81,10	93,66	105,05

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-282 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	E		W	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-0,126 (0,010)	-0,065 (0,008)	-0,197 (0,015)	-0,102 (0,013)
2004	-0,149 (0,010)	-0,081 (0,009)	-0,241 (0,016)	-0,132 (0,014)
2005	-0,135 (0,011)	-0,076 (0,010)	-0,211 (0,017)	-0,119 (0,015)
2006	-0,130 (0,011)	-0,082 (0,010)	-0,201 (0,018)	-0,128 (0,015)
2007	-0,139 (0,012)	-0,096 (0,011)	-0,206 (0,018)	-0,141 (0,016)
2008	-0,121 (0,014)	-0,079 (0,012)	-0,176 (0,020)	-0,115 (0,017)
2009	-0,140 (0,011)	-0,085 (0,009)	-0,203 (0,016)	-0,123 (0,014)
2010	-0,143 (0,014)	-0,094 (0,012)	-0,205 (0,020)	-0,135 (0,017)
2011	-0,104 (0,013)	-0,055 (0,011)	-0,146 (0,018)	-0,077 (0,015)
2012	-0,040 (0,015)	-0,055 (0,013)	-0,055 (0,021)	-0,075 (0,018)
2013	-0,038 (0,011)	-0,059 (0,010)	-0,052 (0,016)	-0,082 (0,013)
2014	-0,045 (0,011)	-0,058 (0,009)	-0,062 (0,015)	-0,080 (0,013)
2015	-0,029 (0,009)	-0,046 (0,008)	-0,039 (0,012)	-0,063 (0,012)
2016	-0,015 (0,008)	-0,040 (0,007)	-0,021 (0,011)	-0,054 (0,010)
2017	-0,041 (0,007)	-0,059 (0,006)	-0,057 (0,010)	-0,081 (0,009)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,005	-0,014	0,021	-0,013
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	3,97	-21,42	10,66	-12,89
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,080	0,020	0,119	0,034
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	66,12	25,51	67,84	29,21

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-283 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	SCI(3)	SCI(4)	SCI(5)	GSCI(3)	GSCI(4)	GSCI(5)
	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	-0,172	-0,179	-0,182	-0,137	-0,143	-0,145
2004	-0,212	-0,220	-0,225	-0,162	-0,168	-0,172
2005	-0,181	-0,185	-0,186	-0,145	-0,149	-0,149

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2006	-0,176	-0,183	-0,186	-0,143	-0,149	-0,151
2007	-0,175	-0,179	-0,179	-0,151	-0,155	-0,155
2008	-0,140	-0,140	-0,138	-0,124	-0,123	-0,122
2009	-0,164	-0,165	-0,164	-0,145	-0,146	-0,145
2010	-0,160	-0,156	-0,152	-0,145	-0,141	-0,137
2011	-0,112	-0,109	-0,107	-0,104	-0,102	-0,100
2012	-0,034	-0,023	-0,014	-0,032	-0,022	-0,013
2013	-0,032	-0,026	-0,020	-0,031	-0,025	-0,019
2014	-0,042	-0,037	-0,033	-0,040	-0,035	-0,031
2015	-0,029	-0,028	-0,026	-0,028	-0,027	-0,025
2016	-0,014	-0,012	-0,011	-0,013	-0,012	-0,011
2017	-0,042	-0,041	-0,040	-0,040	-0,039	-0,038
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,032	0,039	0,044	0,013	0,020	0,023
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	18,60	21,79	24,18	9,49	13,99	15,86
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,098	0,099	0,098	0,084	0,084	0,084
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	69,71	70,71	71,09	67,58	68,37	68,93

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Τέλος, η συνολική επίδοση ως προς τα χρόνια προβλήματα, λαμβάνοντας υπόψη τις εισοδηματικές ανισότητες υγείας, παραμένει συνολικά σταθερή μετά την έναρξη της κρίσης, αν και τα πρώτα χρόνια της ύφεσης παρατηρείται σημαντική επιδείνωσή της (**Πίνακας 7-284**).

Πίνακας 7-284 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

HAI(2)		
Έτος έρευνας	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	23,14	24,12
2004	22,83	23,54
2005	23,38	24,31
2006	23,54	24,56
2007	25,09	26,19
2008	25,02	26,17
2009	25,49	26,42
2010	26,18	26,96
2011	25,91	25,78
2012	24,79	26,36
2013	24,75	25,98
2014	25,03	25,65
2015	24,71	25,04
2016	24,38	24,79

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2017	24,72	24,77
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,88	2,05
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	8,12	8,50
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,30	-1,40
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-1,20	-5,35

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.4.5. Κίνδυνος φτώχειας

Τα φτωχά άτομα συνδέονται με υψηλότερη συχνότητα χρόνιων προβλημάτων υγείας σε σχέση με τα μη φτωχά (Πίνακας 7-285). Τα φτωχά νοικοκυριά καταγράφουν συνολικά μείωση του επιπολασμού των χρόνιων προβλημάτων μετά την έναρξη της κρίσης τόσο στους προτυποποιημένους όσο και στους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς, ενώ τα μη φτωχά νοικοκυριά μόνο στους προτυποποιημένους (Πίνακας 7-285). Ο επιπολασμός παρουσιάζει παροδική αύξηση για τα φτωχά άτομα κατά τα πρώτα χρόνια της κρίσης αλλά και μεταξύ 2012-2013.

Πίνακας 7-285 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης χρόνιου προβλήματος υγείας ως προς τον κίνδυνο φτώχειας, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	17,68 (0,49)	27,03 (1,02)	21,34 (0,51)	25,64 (0,83)
2004	16,98 (0,51)	26,67 (1,09)	20,49 (0,52)	24,77 (0,89)
2005	18,08 (0,56)	27,70 (1,19)	21,36 (0,57)	25,75 (0,97)
2006	18,47 (0,59)	27,19 (1,33)	21,30 (0,57)	26,94 (1,13)
2007	19,91 (0,59)	28,29 (1,48)	22,61 (0,54)	28,84 (1,25)
2008	20,79 (0,56)	27,59 (1,79)	23,40 (0,50)	28,28 (1,51)
2009	20,63 (0,59)	28,81 (1,39)	23,28 (0,50)	29,38 (1,12)
2010	21,60 (0,70)	27,50 (1,69)	23,78 (0,60)	29,13 (1,38)
2011	22,06 (0,71)	27,34 (1,17)	23,90 (0,63)	26,34 (0,94)
2012	23,62 (0,78)	24,13 (1,31)	23,94 (0,63)	27,33 (1,16)
2013	22,88 (0,65)	25,12 (0,85)	22,71 (0,48)	27,24 (0,76)
2014	22,19 (0,68)	26,02 (0,79)	22,21 (0,55)	26,74 (0,70)
2015	23,41 (0,54)	24,69 (0,68)	22,71 (0,47)	25,42 (0,63)
2016	23,95 (0,49)	24,11 (0,58)	22,75 (0,43)	25,23 (0,53)
2017	22,82 (0,44)	24,91 (0,53)	21,69 (0,37)	25,60 (0,46)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	3,12	0,56	2,06	2,64
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	17,63	2,06	9,64	10,30
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	2,02	-2,68	-1,71	-2,68

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	9,74	-9,70	-7,30	-9,47
--------------------------------	------	-------	-------	-------

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι διαφορές, ιδίως οι απόλυτες, στη συχνότητα των χρόνιων προβλημάτων μειώνονται συνολικά μετά το 2008, παρά μάλιστα τις παροδικές αυξήσεις που σημειώνονται κατά τα πρώτα χρόνια της ύφεσης και μεταξύ 2013-2014 αλλά και τη σημαντική διεύρυνση των ανισοτήτων κατά το 2017 (Πίνακας 7-287).

Πίνακας 7-286 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας ως προς τον κίνδυνο φτώχειας, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-10,83 (0,97)	-4,30 (0,98)	0,65 (0,03)	0,83 (0,03)
2004	-10,62 (1,03)	-4,28 (1,03)	0,64 (0,03)	0,83 (0,04)
2005	-11,93 (1,17)	-4,39 (1,12)	0,65 (0,03)	0,83 (0,04)
2006	-10,86 (1,20)	-5,65 (1,26)	0,68 (0,04)	0,79 (0,04)
2007	-11,11 (1,34)	-6,22 (1,36)	0,70 (0,04)	0,78 (0,04)
2008	-8,61 (1,43)	-4,88 (1,59)	0,75 (0,05)	0,83 (0,05)
2009	-6,87 (1,27)	-6,11 (1,23)	0,72 (0,04)	0,79 (0,03)
2010	-6,45 (1,53)	-5,34 (1,50)	0,79 (0,05)	0,82 (0,04)
2011	-4,93 (1,28)	-2,45 (1,14)	0,81 (0,04)	0,91 (0,04)
2012	-0,70 (1,37)	-3,40 (1,32)	0,98 (0,06)	0,88 (0,04)
2013	-2,76 (1,03)	-4,53 (0,90)	0,91 (0,04)	0,83 (0,03)
2014	-3,13 (1,02)	-4,53 (0,89)	0,85 (0,04)	0,83 (0,03)
2015	-1,65 (0,85)	-2,71 (0,79)	0,95 (0,03)	0,89 (0,03)
2016	-0,92 (0,75)	-2,48 (0,68)	0,99 (0,03)	0,90 (0,03)
2017	-2,94 (0,68)	-3,91 (0,59)	0,92 (0,03)	0,85 (0,02)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	2,21	-0,58	0,10	0,00
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	20,44	-13,58	15,26	-0,60
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	5,67	0,97	0,16	0,02
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	65,87	19,88	21,53	2,40

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.4.6. Αριθμός υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό

Τα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα του πληθυσμού, δηλαδή εκείνα που αναφέρουν μεγαλύτερο αριθμό υλικών αγαθών που στερούνται, συνδέονται με μείωση του επιπολασμού των χρόνιων προβλημάτων υγείας

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

συνολικά μετά την έναρξη της ύφεσης, ενώ το υψηλότερο σημειώνει αύξηση (Πίνακας 7-287). Πάντως, για όλες οι ομάδες καταγράφεται μια πτωτική τάση κατά τα τελευταία έτη της ανάλυσης. Σε κάθε περίπτωση, και για τα χρόνια προβλήματα διαπιστώνουμε την ύπαρξη μιας κοινωνικοοικονομικής διαβάθμισής τους, με τα πλουσιότερα προβλήματα να αντιμετωπίζουν λιγότερα τέτοια προβλήματα.

Πίνακας 7-287 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ					ΠΚ				
	0 αγαθά	1 αγαθά	2 αγαθά	3 αγαθά	4+ αγαθά	0 αγαθά	1 αγαθά	2 αγαθά	3 αγαθά	4+ αγαθά
2003	13,18 (0,65)	16,84 (0,92)	19,21 (0,97)	22,38 (1,25)	30,45 (1,12)	16,95 (0,74)	20,13 (0,87)	21,72 (0,90)	24,31 (1,09)	29,86 (0,91)
2004	11,51 (0,60)	16,82 (0,95)	21,56 (1,15)	25,46 (1,43)	28,73 (1,21)	15,65 (0,71)	19,20 (0,85)	22,40 (1,03)	27,78 (1,18)	28,44 (1,03)
2005	12,73 (0,76)	16,70 (1,05)	20,67 (1,15)	27,09 (1,42)	30,88 (1,40)	16,18 (0,85)	18,88 (1,00)	22,63 (1,06)	28,87 (1,23)	31,13 (1,19)
2006	12,05 (0,65)	16,80 (0,99)	24,32 (1,28)	28,78 (1,62)	33,24 (1,61)	15,78 (0,72)	19,21 (0,96)	25,62 (1,19)	28,94 (1,34)	33,48 (1,35)
2007	13,76 (0,66)	19,80 (1,12)	25,06 (1,23)	28,78 (1,49)	35,97 (1,86)	17,40 (0,68)	22,14 (1,04)	26,24 (1,05)	30,67 (1,38)	35,51 (1,42)
2008	14,08 (0,67)	20,47 (0,98)	26,38 (1,33)	29,44 (1,49)	35,28 (2,16)	17,72 (0,66)	22,50 (0,87)	28,53 (1,12)	29,21 (1,33)	35,65 (1,74)
2009	15,24 (0,70)	24,69 (1,44)	27,28 (1,29)	25,98 (1,50)	30,07 (1,67)	19,25 (0,60)	24,33 (1,09)	27,57 (1,08)	27,99 (1,26)	33,26 (1,36)
2010	15,84 (0,86)	22,75 (1,43)	29,87 (1,67)	27,08 (1,84)	31,07 (1,87)	18,80 (0,78)	24,48 (1,19)	29,86 (1,31)	27,92 (1,40)	34,42 (1,57)
2011	17,68 (0,88)	23,65 (1,30)	27,96 (1,57)	31,59 (1,69)	24,91 (1,60)	20,25 (0,80)	23,39 (1,11)	27,17 (1,30)	30,05 (1,38)	28,59 (1,33)
2012	18,75 (1,12)	23,13 (1,24)	26,05 (1,51)	27,85 (1,67)	26,50 (1,86)	19,88 (0,84)	23,91 (1,06)	25,76 (1,33)	27,67 (1,26)	31,61 (1,53)
2013	17,61 (0,80)	25,72 (1,18)	25,37 (1,13)	26,79 (1,26)	26,15 (1,26)	18,73 (0,62)	23,72 (0,89)	24,81 (0,90)	27,27 (0,96)	30,88 (1,06)
2014	18,20 (0,82)	23,48 (1,11)	25,24 (1,16)	28,96 (1,23)	25,69 (1,11)	18,37 (0,67)	22,78 (0,90)	24,08 (0,91)	27,56 (1,00)	29,39 (1,05)
2015	17,71 (0,69)	23,71 (0,90)	26,08 (0,92)	27,89 (0,95)	25,74 (0,92)	17,72 (0,62)	22,67 (0,73)	23,76 (0,76)	26,93 (0,87)	29,10 (0,86)
2016	17,89 (0,59)	23,21 (0,77)	26,89 (0,83)	28,87 (0,92)	25,08 (0,81)	18,23 (0,51)	22,01 (0,65)	24,37 (0,77)	26,36 (0,75)	28,69 (0,80)
2017	18,36 (0,56)	20,77 (0,65)	26,91 (0,76)	27,36 (0,90)	27,50 (0,79)	18,58 (0,48)	19,59 (0,58)	24,19 (0,57)	25,75 (0,70)	30,05 (0,71)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,90	3,63	7,17	7,06	4,83	0,77	2,37	6,81	4,89	5,79
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	6,86	21,57	37,32	31,54	15,85	4,53	11,75	31,34	20,12	19,37
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	4,27	0,30	0,53	-2,08	-7,78	0,86	-2,91	-4,33	-3,46	-5,60
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	30,35	1,44	2,00	-7,07	-22,04	4,86	-12,94	-15,19	-11,83	-15,71

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι απόλυτες και οι σχετικές διαφορές μεταξύ της υψηλότερης και της χαμηλότερης κοινωνικοοικονομικής ομάδας, ενώ αυξάνονται συνολικά κατά την περίοδο πριν την έναρξη της οικονομικής κρίσης, μετά το 2008 παρουσιάζουν συνολικά άμβλυνση (**Πίνακας 7-288**). Είναι αξιοσημείωτη η πολύ σημαντική συμπίεση των διαφορών κατά το 2011, ενώ ακολουθεί μια νέα όξυνση των ανισοτήτων. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην πολύ σημαντική οικονομική κάμψη εκείνου του έτους, με τα άτομα τα οποία υπέστησαν καθοδική κοινωνική κινητικότητα να βελτιώνουν, έστω προσωρινά, τον επιπολασμό της κοινωνικής ομάδας στην οποία κατέληξαν.

Πίνακας 7-288 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-17,28 (1,29)	-12,91 (1,18)	0,43 (0,03)	0,57 (0,03)
2004	-17,23 (1,35)	-12,79 (1,25)	0,40 (0,03)	0,55 (0,03)
2005	-18,15 (1,59)	-14,95 (1,46)	0,41 (0,03)	0,52 (0,03)
2006	-21,19 (1,74)	-17,70 (1,53)	0,36 (0,03)	0,47 (0,03)
2007	-22,20 (1,98)	-18,10 (1,58)	0,38 (0,03)	0,49 (0,03)
2008	-21,20 (2,26)	-17,93 (1,87)	0,40 (0,03)	0,50 (0,03)
2009	-14,83 (1,81)	-14,01 (1,48)	0,51 (0,04)	0,58 (0,03)
2010	-15,23 (2,06)	-15,61 (1,75)	0,51 (0,04)	0,55 (0,03)
2011	-7,22 (1,82)	-8,33 (1,55)	0,71 (0,06)	0,71 (0,04)
2012	-7,75 (2,17)	-11,73 (1,75)	0,71 (0,07)	0,63 (0,04)
2013	-8,54 (1,49)	-12,16 (1,23)	0,67 (0,04)	0,61 (0,03)
2014	-7,49 (1,38)	-11,02 (1,24)	0,71 (0,04)	0,63 (0,03)
2015	-8,03 (1,15)	-11,38 (1,06)	0,69 (0,04)	0,61 (0,03)
2016	-7,18 (1,00)	-10,46 (0,95)	0,71 (0,03)	0,64 (0,03)
2017	-9,15 (0,97)	-11,47 (0,85)	0,67 (0,03)	0,62 (0,02)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-3,92	-5,02	-0,03	-0,07
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-22,71	-38,85	-7,76	-12,43
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	12,05	6,46	0,27	0,12
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	56,85	36,03	67,21	24,40

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Αντίστοιχη εικόνα διαπιστώνουμε και για τους δείκτες AGMD, RGMD και IDISP, των οποίων οι τιμές παρουσιάζουν συνολικά ελάττωση πριν το 2008 και αύξηση μετά την έναρξη της κρίσης (**Πίνακας 7-289**). Η σημαντικότερη μείωση καταγράφεται για τα έτη 2011-2012, ενώ το 2017 σημειώνεται μια αξιοσημείωτη αύξηση.

Πίνακας 7-289 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	AGMD		RGMD		IDISP	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	5,21 (0,47)	3,90 (0,38)	26,18 (2,34)	17,58 (1,72)	23,62 (2,17)	15,83 (1,62)
2004	5,84 (0,43)	4,52 (0,39)	30,64 (2,28)	21,25 (1,83)	29,74 (2,24)	21,13 (2,02)
2005	5,88 (0,42)	5,06 (0,43)	29,35 (2,12)	22,83 (1,93)	29,16 (2,38)	22,90 (1,97)
2006	7,30 (0,55)	6,00 (0,47)	36,15 (2,73)	26,90 (2,11)	36,95 (2,47)	27,56 (2,21)
2007	6,80 (0,48)	5,65 (0,43)	31,54 (2,23)	23,74 (1,82)	32,15 (2,26)	24,45 (2,02)
2008	6,65 (0,53)	5,61 (0,43)	30,11 (2,38)	23,15 (1,77)	31,19 (2,50)	23,86 (1,95)
2009	5,71 (0,44)	4,31 (0,38)	25,99 (2,00)	17,73 (1,56)	24,42 (1,97)	17,19 (1,51)
2010	5,63 (0,51)	4,96 (0,45)	24,93 (2,26)	20,11 (1,84)	24,00 (2,18)	19,64 (1,92)
2011	4,31 (0,52)	3,63 (0,46)	18,55 (2,23)	14,84 (1,86)	17,86 (2,09)	14,46 (1,92)
2012	3,11 (0,61)	3,60 (0,48)	13,13 (2,57)	14,32 (1,91)	12,54 (2,37)	12,79 (1,90)
2013	3,34 (0,39)	3,62 (0,40)	14,07 (1,63)	14,65 (1,60)	12,85 (1,36)	12,82 (1,51)
2014	3,02 (0,40)	3,53 (0,37)	12,61 (1,67)	14,56 (1,54)	11,94 (1,66)	13,17 (1,48)
2015	3,03 (0,30)	3,45 (0,33)	12,65 (1,27)	14,41 (1,38)	11,97 (1,27)	13,22 (1,40)
2016	3,15 (0,29)	3,28 (0,28)	13,14 (1,21)	13,80 (1,16)	13,11 (1,22)	12,91 (1,15)
2017	3,87 (0,29)	3,91 (0,26)	16,32 (1,23)	16,74 (1,12)	15,96 (1,23)	15,84 (1,10)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,44	1,71	3,93	5,57	7,57	8,03
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	27,63	43,97	15,02	31,69	32,05	50,75
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-2,78	-1,71	-13,79	-6,41	-15,24	-8,01
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-41,80	-30,41	-45,80	-27,71	-48,85	-33,59

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Αντίστοιχη τάση παρατηρούμε και για τους δείκτες SII και RII, των οποίων οι τιμές αυξάνονται συνολικά στην περίοδο προ-κρίσης, ενώ κατόπιν μειώνονται (**Πίνακας 7-290**). Και εδώ διαπιστώνουμε σημαντική πτώση των ανισοτήτων κατά το 2011 και σημαντική διεύρυνσή τους κατά το 2017.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-290 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	SII		RII	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-21,46 (0,05)	-16,14 (0,05)	0,33 (0,00)	0,48 (0,00)
2004	-22,94 (0,05)	-17,66 (0,05)	0,29 (0,00)	0,43 (0,00)
2005	-23,47 (0,05)	-19,85 (0,05)	0,30 (0,00)	0,40 (0,00)
2006	-27,64 (0,05)	-22,68 (0,05)	0,24 (0,00)	0,35 (0,00)
2007	-27,19 (0,05)	-22,60 (0,05)	0,27 (0,00)	0,38 (0,00)
2008	-26,47 (0,05)	-21,99 (0,05)	0,29 (0,00)	0,40 (0,00)
2009	-20,30 (0,05)	-17,47 (0,05)	0,39 (0,00)	0,48 (0,00)
2010	-21,32 (0,05)	-19,62 (0,05)	0,38 (0,00)	0,45 (0,00)
2011	-14,82 (0,05)	-13,31 (0,05)	0,53 (0,00)	0,58 (0,00)
2012	-11,47 (0,05)	-15,00 (0,05)	0,61 (0,00)	0,55 (0,00)
2013	-10,97 (0,05)	-15,45 (0,05)	0,63 (0,00)	0,53 (0,00)
2014	-10,85 (0,05)	-14,48 (0,05)	0,63 (0,00)	0,55 (0,00)
2015	-10,67 (0,05)	-14,48 (0,05)	0,64 (0,00)	0,54 (0,00)
2016	-10,35 (0,05)	-13,39 (0,05)	0,65 (0,00)	0,57 (0,00)
2017	-13,14 (0,05)	-15,10 (0,05)	0,57 (0,00)	0,52 (0,00)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-5,01	-5,84	-0,04	-0,08
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-23,33	-36,20	-12,56	-17,24
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	13,33	6,89	0,28	0,12
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	50,37	31,33	97,25	31,30

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι δείκτες συγκεντρώσεως επίσης δείχνουν αύξηση των ανισοτήτων υγείας υπέρ των πλουσιότερων νοικοκυριών συνολικά κατά την περίοδο πριν το 2008 και μείωσή τους μετά την έναρξη της κρίσης. Για υψηλότερες τιμές της παραμέτρου αποστροφής της ανισότητας οι τιμές των δεικτών είναι μεγαλύτερες, εκτός από την περίπτωση των GECI.

Πίνακας 7-291 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	CI		ECI(3)	ECI(4)	ECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	0,174 (0,012)	0,123 (0,010)	0,243	0,278	0,298
2004	0,194 (0,013)	0,137 (0,011)	0,279	0,325	0,351
2005	0,188 (0,014)	0,148 (0,012)	0,266	0,306	0,327
2006	0,219 (0,014)	0,171 (0,013)	0,307	0,350	0,373

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2007	0,200 (0,014)	0,161 (0,012)	0,278	0,316	0,335
2008	0,189 (0,014)	0,151 (0,012)	0,269	0,309	0,331
2009	0,144 (0,013)	0,120 (0,010)	0,216	0,256	0,278
2010	0,148 (0,015)	0,131 (0,013)	0,218	0,255	0,275
2011	0,098 (0,014)	0,085 (0,012)	0,160	0,194	0,213
2012	0,075 (0,017)	0,098 (0,013)	0,123	0,152	0,171
2013	0,072 (0,012)	0,102 (0,009)	0,125	0,162	0,188
2014	0,072 (0,012)	0,100 (0,010)	0,123	0,157	0,181
2015	0,071 (0,009)	0,100 (0,008)	0,124	0,161	0,187
2016	0,067 (0,008)	0,091 (0,007)	0,121	0,159	0,185
2017	0,088 (0,008)	0,104 (0,007)	0,139	0,170	0,189
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,015	0,028	0,026	0,031	0,033
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	8,62	22,75	10,70	11,15	11,07
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,101	-0,047	-0,130	-0,139	-0,142
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-53,60	-31,17	-48,33	-44,98	-42,90

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-292 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	GCI		GECI(3)	GECI(4)	GECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	0,035 (0,002)	0,025 (0,002)	0,126	0,117	0,111
2004	0,037 (0,002)	0,026 (0,002)	0,138	0,131	0,125
2005	0,038 (0,003)	0,030 (0,002)	0,139	0,129	0,122
2006	0,044 (0,003)	0,035 (0,003)	0,161	0,150	0,141
2007	0,043 (0,003)	0,035 (0,003)	0,156	0,144	0,135
2008	0,042 (0,003)	0,033 (0,003)	0,155	0,144	0,137
2009	0,032 (0,003)	0,026 (0,002)	0,123	0,119	0,114
2010	0,033 (0,003)	0,030 (0,003)	0,128	0,122	0,116
2011	0,023 (0,003)	0,020 (0,003)	0,097	0,096	0,093
2012	0,018 (0,004)	0,023 (0,003)	0,076	0,076	0,076
2013	0,017 (0,003)	0,024 (0,002)	0,077	0,081	0,084
2014	0,017 (0,003)	0,024 (0,002)	0,077	0,080	0,081
2015	0,017 (0,002)	0,024 (0,002)	0,077	0,081	0,084
2016	0,016 (0,002)	0,022 (0,002)	0,076	0,081	0,083
2017	0,021 (0,002)	0,025 (0,002)	0,086	0,085	0,084
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,007	0,009	0,029	0,027	0,026
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	21,10	36,33	23,02	23,08	23,42
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,021	-0,009	-0,069	-0,059	-0,053
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-50,36	-26,05	-44,65	-40,76	-38,91

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-293 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	E		W	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	0,138 (0,010)	0,098 (0,008)	0,217 (0,015)	0,154 (0,013)
2004	0,148 (0,010)	0,104 (0,008)	0,240 (0,016)	0,169 (0,014)
2005	0,150 (0,011)	0,118 (0,010)	0,235 (0,017)	0,185 (0,015)
2006	0,176 (0,012)	0,138 (0,010)	0,274 (0,018)	0,215 (0,016)
2007	0,173 (0,012)	0,138 (0,010)	0,255 (0,018)	0,205 (0,015)
2008	0,167 (0,013)	0,134 (0,011)	0,243 (0,018)	0,194 (0,016)
2009	0,127 (0,011)	0,105 (0,009)	0,184 (0,016)	0,154 (0,013)
2010	0,134 (0,013)	0,118 (0,011)	0,191 (0,019)	0,169 (0,016)
2011	0,091 (0,013)	0,079 (0,011)	0,128 (0,019)	0,111 (0,015)
2012	0,071 (0,016)	0,093 (0,013)	0,098 (0,022)	0,129 (0,017)
2013	0,069 (0,011)	0,097 (0,009)	0,095 (0,015)	0,134 (0,012)
2014	0,069 (0,011)	0,096 (0,010)	0,095 (0,015)	0,131 (0,013)
2015	0,068 (0,009)	0,096 (0,008)	0,094 (0,012)	0,132 (0,011)
2016	0,065 (0,008)	0,088 (0,007)	0,088 (0,011)	0,120 (0,010)
2017	0,083 (0,007)	0,099 (0,006)	0,115 (0,010)	0,136 (0,009)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,029	0,036	0,026	0,040
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	21,01	36,22	11,98	26,15
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,084	-0,035	-0,128	-0,058
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-50,18	-26,07	-52,67	-29,71

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-294 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	SCI(3)	SCI(4)	SCI(5)	GSCI(3)	GSCI(4)	GSCI(5)
	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	0,197	0,210	0,218	0,157	0,168	0,174
2004	0,215	0,228	0,236	0,164	0,174	0,180
2005	0,208	0,218	0,224	0,166	0,175	0,179
2006	0,240	0,252	0,261	0,194	0,204	0,211
2007	0,224	0,239	0,249	0,193	0,206	0,215
2008	0,208	0,218	0,224	0,184	0,193	0,198
2009	0,152	0,158	0,162	0,134	0,139	0,143
2010	0,155	0,160	0,164	0,140	0,145	0,149
2011	0,092	0,084	0,076	0,085	0,078	0,071
2012	0,075	0,073	0,071	0,071	0,070	0,067
2013	0,079	0,081	0,081	0,075	0,077	0,077
2014	0,076	0,078	0,079	0,073	0,074	0,075

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2015	0,078	0,082	0,084	0,075	0,078	0,080
2016	0,069	0,069	0,068	0,066	0,066	0,066
2017	0,091	0,092	0,093	0,086	0,088	0,088
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,011	0,008	0,006	0,027	0,025	0,024
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	5,58	3,81	2,75	17,20	14,88	13,79
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,117	-0,126	-0,131	-0,098	-0,106	-0,110
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-56,20	-57,71	-58,57	-53,04	-54,66	-55,56

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Τέλος, η επίδοση ως προς τα χρόνια προβλήματα, λαμβάνοντας υπόψη τον αρνητικό αντίκτυπο των ανισοτήτων ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερούνται τα νοικοκυριά, επιδεινώνεται συνολικά πριν το 2008, ενώ στη συνέχεια παρουσιάζει μια μικρή βελτίωση (Πίνακας 7-295).

Πίνακας 7-295 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	HAI(2)	
	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	23,36	24,95
2004	22,80	24,11
2005	23,76	25,36
2006	24,61	25,86
2007	25,92	27,26
2008	26,29	27,64
2009	25,16	26,93
2010	25,94	27,56
2011	25,48	26,38
2012	25,47	27,22
2013	25,41	26,93
2014	25,63	26,59
2015	25,71	26,29
2016	25,61	25,99
2017	25,78	25,77
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	2,93	2,69
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	12,54	10,78
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,51	-1,87
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-1,94	-6,77

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

7.3.2.2.4.7. Σοβαρή υλική στέρηση

Ο επιπολασμός των χρόνιων προβλημάτων παρουσιάζει αύξηση πριν το 2008 και μείωση μετά την έναρξη της κρίσης για τα νοικοκυριά που υφίστανται σοβαρή υλική στέρηση (Πίνακας 7-296). Σημαντική βελτίωση καταγράφεται ιδίως για το 2011, ενώ το 2017 παρατηρούμε μια αξιοσημείωτη επιδείνωση. Από την άλλη πλευρά, για τα νοικοκυριά που δεν έχουν σοβαρά προβλήματα υλικής στέρησης, καταγράφεται μικρή μείωση της συχνότητας των χρόνιων προβλημάτων μετά το 2008 μόνο στους προτυποποιημένους πληθυσμούς.

Πίνακας 7-296 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης χρόνιου προβλήματος υγείας ως προς τη σοβαρή υλική στέρηση, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	16,99 (0,48)	33,34 (1,25)	20,34 (0,50)	30,98 (1,02)
2004	17,07 (0,50)	30,56 (1,38)	20,21 (0,50)	28,22 (1,13)
2005	17,76 (0,55)	34,54 (1,60)	20,65 (0,54)	32,82 (1,31)
2006	18,04 (0,57)	36,10 (1,87)	20,74 (0,54)	34,53 (1,49)
2007	19,35 (0,57)	38,33 (2,09)	22,09 (0,52)	36,36 (1,54)
2008	20,15 (0,53)	37,11 (2,48)	22,70 (0,49)	36,77 (1,93)
2009	20,86 (0,57)	31,28 (1,79)	23,19 (0,47)	33,58 (1,49)
2010	21,22 (0,69)	33,23 (1,97)	23,27 (0,57)	36,33 (1,62)
2011	22,83 (0,67)	25,50 (1,71)	23,61 (0,58)	29,17 (1,41)
2012	22,97 (0,70)	26,57 (1,96)	23,42 (0,56)	32,34 (1,60)
2013	23,25 (0,57)	25,65 (1,35)	23,03 (0,43)	30,93 (1,14)
2014	23,49 (0,59)	25,53 (1,18)	22,82 (0,48)	29,58 (1,11)
2015	23,50 (0,48)	25,61 (0,95)	22,51 (0,44)	29,32 (0,89)
2016	23,72 (0,43)	24,97 (0,83)	22,45 (0,37)	28,90 (0,83)
2017	22,74 (0,38)	27,47 (0,80)	21,59 (0,32)	30,27 (0,72)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	3,16	3,77	2,37	5,79
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	18,59	11,31	11,64	18,68
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	2,59	-9,64	-1,11	-6,49
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	12,87	-25,98	-4,89	-17,66

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι απόλυτες και οι σχετικές διαφορές στη συχνότητα των χρόνιων προβλημάτων μειώνεται μετά την έναρξη της κρίσης, ιδίως στους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς (Πίνακας 7-297). Οι ανισότητες σημειώνουν

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

σημαντική πτώση κατά το 2009 και το 2011, ενώ το 2012 και το 2017 καταγράφουν σημαντική διεύρυνση.

Πίνακας 7-297 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τη σοβαρή υλική στέρηση, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-16,35 (1,34)	-10,64 (1,13)	0,51 (0,02)	0,66 (0,03)
2004	-13,49 (1,47)	-8,01 (1,23)	0,56 (0,03)	0,72 (0,03)
2005	-16,78 (1,70)	-12,17 (1,42)	0,51 (0,03)	0,63 (0,03)
2006	-18,06 (1,95)	-13,79 (1,59)	0,50 (0,03)	0,60 (0,03)
2007	-18,99 (2,17)	-14,27 (1,63)	0,50 (0,03)	0,61 (0,03)
2008	-16,96 (2,53)	-14,06 (1,99)	0,54 (0,04)	0,62 (0,04)
2009	-10,42 (1,88)	-10,40 (1,56)	0,67 (0,04)	0,69 (0,03)
2010	-12,01 (2,09)	-13,05 (1,72)	0,64 (0,04)	0,64 (0,03)
2011	-2,67 (1,83)	-5,56 (1,52)	0,90 (0,07)	0,81 (0,04)
2012	-3,60 (2,08)	-8,91 (1,70)	0,86 (0,07)	0,72 (0,04)
2013	-2,40 (1,47)	-7,89 (1,22)	0,91 (0,05)	0,74 (0,03)
2014	-2,04 (1,32)	-6,76 (1,21)	0,92 (0,05)	0,77 (0,03)
2015	-2,11 (1,06)	-6,81 (0,99)	0,92 (0,04)	0,77 (0,03)
2016	-1,25 (0,94)	-6,45 (0,90)	0,95 (0,04)	0,78 (0,03)
2017	-4,72 (0,89)	-8,68 (0,79)	0,83 (0,03)	0,71 (0,02)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,61	-3,42	0,03	-0,04
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-3,73	-32,13	6,54	-5,93
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	12,23	5,38	0,29	0,10
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	72,15	38,27	52,49	15,51

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.4.8. Χαμηλή ένταση εργασίας

Τα νοικοκυριά με χαμηλή ένταση εργασίας συνδέονται με σημαντική πτώση της συχνότητας των χρονίων προβλημάτων μετά το 2008 (**Πίνακας 7-298**). Η εξέλιξη αυτή οφείλεται κυρίως στην πτωτική τάση μεταξύ 2009 και 2010, ενώ επιδείνωση παρατηρείται μεταξύ 2011 και 2012.

Πίνακας 7-298 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τη χαμηλή ένταση εργασίας, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2003	19,84 (0,49)	20,68 (1,46)	21,82 (0,46)	25,40 (1,61)
2004	18,92 (0,51)	20,97 (1,55)	20,84 (0,47)	24,23 (1,81)
2005	19,91 (0,56)	21,55 (1,73)	21,80 (0,51)	25,78 (2,20)
2006	20,07 (0,58)	21,65 (1,80)	21,72 (0,53)	26,21 (2,18)
2007	21,32 (0,62)	24,63 (1,94)	22,94 (0,52)	27,59 (2,19)
2008	21,81 (0,58)	25,76 (1,95)	23,41 (0,50)	30,73 (2,07)
2009	22,07 (0,59)	20,86 (1,87)	23,63 (0,47)	25,89 (2,13)
2010	22,85 (0,73)	19,50 (2,02)	24,07 (0,60)	25,26 (2,17)
2011	23,56 (0,67)	20,41 (1,53)	23,57 (0,57)	21,88 (1,65)
2012	23,96 (0,66)	21,63 (2,23)	23,77 (0,54)	23,10 (2,16)
2013	24,47 (0,57)	19,22 (1,37)	23,36 (0,43)	19,80 (1,37)
2014	24,78 (0,61)	18,90 (1,03)	23,30 (0,48)	19,11 (1,05)
2015	24,66 (0,49)	19,56 (0,93)	23,06 (0,42)	19,81 (0,94)
2016	24,73 (0,43)	19,45 (0,84)	22,86 (0,36)	19,64 (0,86)
2017	24,31 (0,39)	19,60 (0,87)	22,31 (0,30)	19,92 (0,88)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,97	5,08	1,59	5,32
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	9,92	24,55	7,29	20,95
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	2,50	-6,16	-1,11	-10,81
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	11,47	-23,92	-4,72	-35,16

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι απόλυτες και οι σχετικές διαφορές στη συχνότητα των χρόνιων προβλημάτων μεταξύ των νοικοκυριών με χαμηλή ένταση εργασίας και των υπολοίπων ήταν σε γενικές γραμμές εις βάρος των πρώτων πριν την έναρξη της κρίσης, ενώ στη συνέχεια η κατάσταση αντιστράφηκε (**Πίνακας 7-299**). Αυτό μπορεί να οφείλεται στα δημογραφικά χαρακτηριστικά της ανεργίας και της υποαπασχόλησης κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, η οποία είχε αρνητικό αντίκτυπο κυρίως στους νέους.

Πίνακας 7-299 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας ως προς τη χαμηλή ένταση εργασίας, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-0,84 (1,54)	-3,58 (1,67)	0,96 (0,07)	0,86 (0,06)
2004	-2,04 (1,64)	-3,39 (1,86)	0,90 (0,07)	0,86 (0,07)
2005	-1,64 (1,82)	-3,98 (2,26)	0,92 (0,08)	0,85 (0,07)
2006	-1,57 (1,89)	-4,48 (2,24)	0,93 (0,08)	0,83 (0,07)
2007	-3,30 (2,03)	-4,65 (2,25)	0,87 (0,07)	0,83 (0,07)
2008	-3,95 (2,03)	-7,31 (2,13)	0,85 (0,07)	0,76 (0,05)
2009	1,20 (1,96)	-2,26 (2,18)	1,06 (0,10)	0,91 (0,08)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2010	3,35 (2,15)	-1,19 (2,25)	1,17 (0,13)	0,95 (0,09)
2011	3,16 (1,67)	1,70 (1,74)	1,15 (0,09)	1,08 (0,09)
2012	2,33 (2,33)	0,66 (2,23)	1,11 (0,12)	1,03 (0,10)
2013	5,26 (1,49)	3,56 (1,44)	1,27 (0,10)	1,18 (0,08)
2014	5,88 (1,20)	4,19 (1,15)	1,31 (0,08)	1,22 (0,07)
2015	5,10 (1,05)	3,25 (1,03)	1,26 (0,06)	1,16 (0,06)
2016	5,28 (0,94)	3,22 (0,93)	1,27 (0,06)	1,16 (0,05)
2017	4,71 (0,95)	2,39 (0,93)	1,24 (0,06)	1,12 (0,05)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-3,11	-3,73	-0,11	-0,10
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-370,11	-104,27	-11,75	-11,30
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	8,66	9,70	0,39	0,36
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	219,25	132,62	46,51	46,95

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.4.9. Κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού

Τα άτομα που βρίσκονται υπό κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού συνδέονται με αύξηση του επιπολασμού των χρόνιων προβλημάτων πριν το 2008 και με μείωσή του μετά την έναρξη της κρίσης τόσο στους προτυποποιημένους όσο και στους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς, ενώ τα υπόλοιπα άτομα καταγράφουν αύξηση της συχνότητας μετά το 2008 στους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς(Πίνακας 7-300).

Πίνακας 7-300 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης χρόνιου προβλήματος υγείας ως προς τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	15,96 (0,50)	26,79 (0,83)	19,82 (0,55)	26,69 (0,70)
2004	15,55 (0,51)	26,17 (0,89)	19,32 (0,53)	25,86 (0,76)
2005	16,32 (0,57)	28,24 (1,02)	19,66 (0,58)	28,19 (0,86)
2006	16,94 (0,59)	27,80 (1,05)	19,76 (0,58)	28,58 (0,90)
2007	18,33 (0,57)	29,45 (1,21)	20,99 (0,54)	30,99 (1,00)
2008	19,66 (0,56)	28,27 (1,32)	22,04 (0,50)	30,43 (1,14)
2009	20,19 (0,62)	27,06 (1,10)	22,32 (0,51)	29,92 (0,91)
2010	20,92 (0,75)	27,37 (1,33)	22,74 (0,63)	30,54 (1,10)
2011	21,62 (0,74)	26,55 (1,05)	22,91 (0,64)	27,59 (0,90)
2012	23,38 (0,82)	24,07 (1,11)	22,90 (0,64)	27,91 (0,97)
2013	22,38 (0,68)	25,14 (0,77)	21,79 (0,50)	27,63 (0,68)
2014	22,31 (0,71)	25,44 (0,74)	21,70 (0,54)	26,64 (0,68)
2015	23,11 (0,57)	24,75 (0,62)	21,82 (0,49)	25,98 (0,59)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2016	23,53 (0,53)	24,45 (0,53)	21,76 (0,46)	25,87 (0,50)
2017	22,24 (0,46)	25,18 (0,50)	20,64 (0,38)	26,13 (0,43)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	3,70	1,48	2,22	3,75
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	23,16	5,54	11,22	14,03
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	2,58	-3,10	-1,40	-4,31
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	13,11	-10,95	-6,34	-14,15

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι διαφορές ως προς τον επιπολασμό των χρόνιων προβλημάτων μεταξύ των δύο ομάδων αυξάνονταν κατά την περίοδο πριν το 2008 και αμβλύνονται μετά την έναρξη της κρίσης, ιδίως οι απόλυτες, αν και λιγότερο για τους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς (Πίνακας 7-301). Εντούτοις, καταγράφεται μια παροδική αύξησή τους μεταξύ 2012-2014.

Πίνακας 7-301 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας ως προς τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-10,83 (0,97)	-6,87 (0,89)	0,60 (0,03)	0,74 (0,03)
2004	-10,62 (1,03)	-6,54 (0,92)	0,59 (0,03)	0,75 (0,03)
2005	-11,93 (1,17)	-8,53 (1,04)	0,58 (0,03)	0,70 (0,03)
2006	-10,86 (1,20)	-8,82 (1,07)	0,61 (0,03)	0,69 (0,03)
2007	-11,11 (1,34)	-9,99 (1,14)	0,62 (0,03)	0,68 (0,03)
2008	-8,61 (1,43)	-8,39 (1,24)	0,70 (0,04)	0,72 (0,03)
2009	-6,87 (1,27)	-7,60 (1,04)	0,75 (0,04)	0,75 (0,03)
2010	-6,45 (1,53)	-7,80 (1,26)	0,76 (0,05)	0,74 (0,03)
2011	-4,93 (1,28)	-4,68 (1,10)	0,81 (0,04)	0,83 (0,04)
2012	-0,70 (1,37)	-5,01 (1,16)	0,97 (0,06)	0,82 (0,04)
2013	-2,76 (1,03)	-5,84 (0,85)	0,89 (0,04)	0,79 (0,03)
2014	-3,13 (1,02)	-4,93 (0,87)	0,88 (0,04)	0,81 (0,03)
2015	-1,65 (0,85)	-4,16 (0,77)	0,93 (0,03)	0,84 (0,03)
2016	-0,92 (0,75)	-4,11 (0,68)	0,96 (0,03)	0,84 (0,02)
2017	-2,94 (0,68)	-5,49 (0,57)	0,88 (0,03)	0,79 (0,02)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	2,21	-1,52	0,10	-0,02
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	20,44	-22,13	16,70	-2,46
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	5,67	2,91	0,19	0,07
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	65,87	34,64	27,03	9,09

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

7.3.2.2.4.10. Υπερπλήρης κατοικία

Σε σχέση με τον συνωστισμό στην κατοικία, μόνο τα νοικοκυριά που διαβιούν σε υπερπλήρεις κατοικίες σημειώνουν μετριασμό της συχνότητας των χρόνιων προβλημάτων μετά την έναρξη της ύφεσης τόσο στις προτυποποιημένες όσο και στις μη προτυποποιημένες κατανομές (Πίνακας 7-302). Ωστόσο, σημειώνεται μια σημαντική παροδική αύξηση κατά το 2012 και το 2014.

Πίνακας 7-302 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης χρόνιου προβλήματος υγείας ως προς την υπερπλήρη κατοικία, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	22,56 (0,59)	13,88 (0,64)	22,74 (0,51)	21,48 (0,86)
2004	21,29 (0,60)	13,63 (0,73)	21,29 (0,50)	21,74 (1,07)
2005	21,88 (0,64)	15,50 (0,89)	21,90 (0,54)	23,52 (1,16)
2006	21,84 (0,67)	16,05 (1,03)	21,97 (0,57)	23,38 (1,17)
2007	23,30 (0,68)	17,15 (1,09)	23,19 (0,54)	25,56 (1,16)
2008	23,09 (0,61)	19,28 (1,42)	23,31 (0,50)	27,31 (1,47)
2009	23,32 (0,66)	17,88 (1,00)	23,37 (0,48)	26,94 (1,13)
2010	24,13 (0,83)	18,04 (1,18)	23,81 (0,62)	28,10 (1,30)
2011	25,01 (0,75)	18,10 (1,03)	23,86 (0,60)	26,20 (1,26)
2012	25,30 (0,76)	19,17 (1,57)	24,18 (0,58)	27,41 (1,49)
2013	25,70 (0,61)	18,34 (1,07)	23,89 (0,45)	26,86 (1,04)
2014	25,49 (0,63)	19,65 (0,95)	23,28 (0,50)	27,23 (1,11)
2015	25,83 (0,52)	18,95 (0,77)	23,46 (0,44)	25,44 (0,95)
2016	26,24 (0,46)	18,10 (0,68)	23,36 (0,38)	25,60 (0,89)
2017	26,27 (0,42)	17,01 (0,61)	22,93 (0,33)	24,43 (0,73)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,53	5,40	0,57	5,83
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	2,36	38,91	2,52	27,16
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	3,17	-2,27	-0,38	-2,88
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	13,75	-11,76	-1,64	-10,55

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι απόλυτες και οι σχετικές διαφορές στον επιπολασμό των χρόνιων προβλημάτων ευνοεί τα νοικοκυριά που αντιμετωπίζουν πρόβλημα συνωστισμού στις μη προτυποποιημένες κατανομές και εκείνα που δεν αντιμετωπίζουν τέτοια προβλήματα στους προτυποποιημένους πληθυσμούς (Πίνακας 7-303). Πάντως, και στη μια και στην άλλη περίπτωση παρατηρείται

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

ότι οι μεταβολές στις διαφορές μετά την έναρξη της κρίσης ευνοούν τα νοικοκυριά που ζουν σε υπερπλήρεις κατοικίες. Αυτό μάλλον οφείλεται στις οικονομικές συνέπειες της κρίσης, που οδήγησε τις οικογένειες που αντιμετωπίζουν περισσότερες οικονομικές πιέσεις είτε να μετακομίσουν σε μικρότερες κατοικίες είτε σε συστέγαση των μελών τους στο ίδιο σπίτι.

Πίνακας 7-303 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς την υπερπλήρη κατοικία, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	8,68 (0,88)	1,26 (1,00)	1,63 (0,09)	1,06 (0,05)
2004	7,66 (0,95)	-0,45 (1,18)	1,56 (0,09)	0,98 (0,05)
2005	6,38 (1,10)	-1,62 (1,27)	1,41 (0,09)	0,93 (0,05)
2006	5,79 (1,23)	-1,41 (1,30)	1,36 (0,10)	0,94 (0,05)
2007	6,16 (1,29)	-2,36 (1,28)	1,36 (0,10)	0,91 (0,05)
2008	3,82 (1,54)	-4,00 (1,55)	1,20 (0,09)	0,85 (0,05)
2009	5,44 (1,20)	-3,57 (1,23)	1,30 (0,08)	0,87 (0,04)
2010	6,09 (1,44)	-4,28 (1,44)	1,34 (0,10)	0,85 (0,05)
2011	6,92 (1,27)	-2,33 (1,39)	1,38 (0,09)	0,91 (0,05)
2012	6,13 (1,74)	-3,23 (1,60)	1,32 (0,12)	0,88 (0,05)
2013	7,36 (1,24)	-2,97 (1,14)	1,40 (0,09)	0,89 (0,04)
2014	5,84 (1,14)	-3,95 (1,21)	1,30 (0,07)	0,85 (0,04)
2015	6,89 (0,93)	-1,99 (1,05)	1,36 (0,06)	0,92 (0,04)
2016	8,14 (0,83)	-2,24 (0,97)	1,45 (0,06)	0,91 (0,03)
2017	9,26 (0,74)	-1,50 (0,80)	1,54 (0,06)	0,94 (0,03)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-4,87	-5,26	-0,43	-0,21
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-56,05	-416,97	-26,31	-19,38
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	5,44	2,50	0,35	0,09
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	142,64	62,50	28,91	9,96

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.4.11. Σοβαρή στέρηση στέγασης

Τα άτομα που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα στέγασης συνδέονται με αύξηση του επιπολασμού των χρονίων προβλημάτων τόσο πριν όσο και μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης (**Πίνακας 7-304**).

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-304 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τη σοβαρή στέρωση στέγασης, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	20,04 (0,51)	18,64 (1,25)	22,17 (0,47)	26,13 (1,50)
2004	19,14 (0,52)	18,22 (1,57)	21,19 (0,48)	25,77 (1,77)
2005	19,86 (0,58)	21,61 (1,66)	21,83 (0,52)	28,37 (1,77)
2006	19,76 (0,58)	24,52 (2,25)	21,70 (0,53)	30,00 (1,88)
2007	21,43 (0,61)	23,09 (2,62)	23,31 (0,52)	28,84 (2,08)
2008	21,96 (0,61)	23,61 (2,08)	23,77 (0,53)	30,68 (2,09)
2009	21,89 (0,58)	23,08 (1,94)	23,76 (0,47)	30,64 (2,06)
2010	22,36 (0,73)	25,62 (2,60)	23,93 (0,59)	35,01 (2,50)
2011	23,24 (0,65)	23,14 (2,07)	24,05 (0,56)	28,70 (2,36)
2012	23,20 (0,65)	29,65 (4,38)	24,16 (0,54)	36,74 (2,80)
2013	23,36 (0,53)	28,60 (2,92)	23,77 (0,42)	35,42 (2,05)
2014	23,71 (0,57)	27,44 (2,06)	23,62 (0,47)	34,28 (1,99)
2015	23,76 (0,46)	26,71 (1,74)	23,31 (0,41)	33,17 (1,91)
2016	23,98 (0,41)	24,18 (1,46)	23,32 (0,35)	32,58 (1,68)
2017	23,66 (0,37)	24,71 (1,47)	22,78 (0,31)	32,71 (1,50)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,92	4,96	1,60	4,55
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	9,60	26,63	7,22	17,43
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,70	1,10	-0,99	2,02
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	7,74	4,66	-4,18	6,60

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι διαφορές ως προς τη συχνότητα των χρονίων προβλημάτων μεταξύ των δύο ομάδων παρουσιάζουν υψηλή διακύμανση (Πίνακας 7-305). Ωστόσο, παρατηρούμε ότι τόσο οι απόλυτες όσο και οι σχετικές ανισότητες αυξάνονται και στις δύο περιόδους της ανάλυσης για τους προτυποποιημένους πληθυσμούς. Ιδιαίτερα σημαντική ήταν η αύξηση το 2010, η οποία ακολουθήθηκε από μια ακόμη μεγαλύτερη πτώση το 2011, ενώ τα επόμενα τρία χρόνια σημειώνεται πάλι διεύρυνση των ανισοτήτων.

Πίνακας 7-305 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τη σοβαρή στέρωση στέγασης, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	1,39 (1,35)	-3,96 (1,58)	1,07 (0,08)	0,85 (0,05)
2004	0,92 (1,65)	-4,58 (1,83)	1,05 (0,09)	0,82 (0,06)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2005	-1,75 (1,76)	-6,55 (1,84)	0,92 (0,08)	0,77 (0,05)
2006	-4,76 (2,33)	-8,30 (1,95)	0,81 (0,08)	0,72 (0,05)
2007	-1,66 (2,69)	-5,52 (2,15)	0,93 (0,11)	0,81 (0,06)
2008	-1,65 (2,17)	-6,91 (2,16)	0,93 (0,09)	0,77 (0,06)
2009	-1,19 (2,03)	-6,87 (2,11)	0,95 (0,08)	0,78 (0,05)
2010	-3,26 (2,71)	-11,08 (2,56)	0,87 (0,09)	0,68 (0,05)
2011	0,10 (2,17)	-4,65 (2,42)	1,00 (0,09)	0,84 (0,07)
2012	-6,45 (4,43)	-12,58 (2,85)	0,78 (0,12)	0,66 (0,05)
2013	-5,23 (2,97)	-11,65 (2,10)	0,82 (0,09)	0,67 (0,04)
2014	-3,73 (2,14)	-10,66 (2,05)	0,86 (0,07)	0,69 (0,04)
2015	-2,95 (1,80)	-9,86 (1,95)	0,89 (0,06)	0,70 (0,04)
2016	-0,20 (1,52)	-9,26 (1,72)	0,99 (0,06)	0,72 (0,04)
2017	-1,05 (1,52)	-9,93 (1,54)	0,96 (0,06)	0,70 (0,03)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-3,04	-2,95	-0,14	-0,07
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-218,23	-74,61	-13,45	-8,69
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,60	-3,02	0,03	-0,08
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	36,28	-43,71	2,94	-10,12

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.4.12. Δυσκολία αντιμετώπισης των συνήθων αναγκών

Τα νοικοκυριά που αναφέρουν οικονομικές δυσκολίες καταγράφουν συνολικά μείωση της συχνότητας των χρόνιων προβλημάτων μετά το 2008, η οποία είναι μεγαλύτερη από την αύξηση που είχε παρατηρηθεί κατά την προηγούμενη περίοδο (Πίνακας 7-306).

Πίνακας 7-306 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης χρόνιου προβλήματος υγείας ως προς τη δυσκολία αντιμετώπισης των συνήθων αναγκών, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	15,09 (0,55)	25,06 (0,71)	17,91 (0,58)	26,98 (0,61)
2004	14,48 (0,55)	24,46 (0,78)	17,35 (0,56)	26,01 (0,67)
2005	14,55 (0,67)	25,18 (0,81)	17,10 (0,67)	27,09 (0,71)
2006	14,72 (0,73)	25,02 (0,77)	17,64 (0,70)	26,53 (0,70)
2007	15,59 (0,78)	26,91 (0,80)	18,36 (0,71)	28,63 (0,67)
2008	16,19 (0,62)	26,95 (0,86)	19,27 (0,60)	28,32 (0,74)
2009	16,97 (0,72)	25,72 (0,78)	19,85 (0,61)	27,47 (0,63)
2010	17,14 (0,87)	26,48 (0,91)	19,94 (0,77)	27,96 (0,78)
2011	21,15 (0,93)	24,50 (0,78)	21,27 (0,82)	26,46 (0,66)
2012	18,65 (1,04)	25,56 (0,83)	18,43 (0,80)	27,63 (0,71)
2013	18,57 (0,91)	25,21 (0,62)	18,54 (0,70)	26,28 (0,50)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2014	18,25 (0,97)	25,52 (0,63)	18,79 (0,83)	25,70 (0,55)
2015	20,69 (0,75)	24,91 (0,52)	19,78 (0,66)	25,15 (0,47)
2016	20,28 (0,67)	25,13 (0,46)	19,75 (0,55)	25,01 (0,41)
2017	19,84 (0,59)	24,88 (0,42)	18,80 (0,46)	24,64 (0,36)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,10	1,89	1,36	1,34
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	7,30	7,54	7,60	4,97
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	3,65	-2,07	-0,47	-3,68
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	22,52	-7,69	-2,45	-12,98

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι απόλυτες και οι σχετικές ανισότητες υπέρ των νοικοκυριών χωρίς οικονομικές δυσκολίες μετριάζονται μετά την έναρξη της κρίσης, ιδίως στους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς, παρά τις σημαντικές παροδικές αυξήσεις το 2010 και το 2012 (Πίνακας 7-307).

Πίνακας 7-307 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τη δυσκολία αντιμετώπισης των συνήθων αναγκών, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-9,97 (0,90)	-9,07 (0,84)	0,60 (0,03)	0,66 (0,03)
2004	-9,97 (0,95)	-8,66 (0,87)	0,59 (0,03)	0,67 (0,03)
2005	-10,63 (1,05)	-9,99 (0,98)	0,58 (0,03)	0,63 (0,03)
2006	-10,30 (1,07)	-8,89 (0,99)	0,59 (0,03)	0,67 (0,03)
2007	-11,32 (1,12)	-10,27 (0,98)	0,58 (0,03)	0,64 (0,03)
2008	-10,76 (1,06)	-9,05 (0,95)	0,60 (0,03)	0,68 (0,03)
2009	-8,75 (1,06)	-7,62 (0,88)	0,66 (0,03)	0,72 (0,03)
2010	-9,34 (1,26)	-8,03 (1,10)	0,65 (0,04)	0,71 (0,03)
2011	-3,34 (1,21)	-5,19 (1,05)	0,86 (0,05)	0,80 (0,04)
2012	-6,91 (1,33)	-9,20 (1,07)	0,73 (0,05)	0,67 (0,03)
2013	-6,64 (1,10)	-7,74 (0,86)	0,74 (0,04)	0,71 (0,03)
2014	-7,27 (1,16)	-6,91 (0,99)	0,72 (0,04)	0,73 (0,04)
2015	-4,22 (0,91)	-5,38 (0,81)	0,83 (0,03)	0,79 (0,03)
2016	-4,85 (0,81)	-5,26 (0,69)	0,81 (0,03)	0,79 (0,03)
2017	-5,04 (0,72)	-5,84 (0,58)	0,80 (0,03)	0,76 (0,02)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,79	0,02	0,00	0,02
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-7,89	0,23	-0,22	2,51
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	5,72	3,20	0,20	0,08
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	53,14	35,42	32,73	12,10

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

7.3.2.2.4.13. Υποκειμενική φτώχεια

Διαπιστώνουμε υψηλή διακύμανση στον επιπολασμό των χρονίων προβλημάτων στα άτομα που είναι υποκειμενικά φτωχά (**Πίνακας 7-308**). Πάντως, η συχνότητα είναι γενικά μικρότερη μετά την έναρξη της κρίσης για αυτήν την ομάδα, παρά τη σημαντική αύξηση που καταγράφεται για το 2017, σε αντίθεση με τα άτομα που δεν είναι υποκειμενικά φτωχά.

Πίνακας 7-308 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης χρονίου προβλήματος υγείας ως προς την υποκειμενική φτώχεια, 2004-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2004	19,11 (0,51)	16,21 (3,08)	21,51 (0,48)	20,78 (3,63)
2005	20,00 (0,55)	21,51 (4,54)	22,34 (0,51)	28,26 (4,20)
2006	20,25 (0,57)	12,09 (4,40)	22,43 (0,53)	28,88 (2,82)
2007	21,61 (0,62)	17,45 (4,56)	23,79 (0,53)	21,24 (4,18)
2008	22,05 (0,59)	25,71 (4,67)	24,20 (0,53)	31,08 (4,34)
2009	22,06 (0,57)	14,90 (4,17)	24,27 (0,47)	20,51 (3,96)
2010	22,59 (0,70)	23,38 (7,96)	24,55 (0,58)	27,14 (6,23)
2011	23,34 (0,63)	14,31 (3,38)	24,39 (0,56)	12,69 (3,40)
2012	23,95 (0,71)	11,96 (2,13)	25,04 (0,59)	20,68 (2,52)
2013	23,87 (0,54)	14,81 (3,18)	24,44 (0,44)	21,64 (2,73)
2014	24,02 (0,57)	16,33 (3,43)	24,18 (0,48)	24,32 (1,90)
2015	24,14 (0,47)	14,98 (2,01)	23,91 (0,43)	22,96 (2,27)
2016	24,13 (0,40)	17,80 (1,87)	23,72 (0,35)	25,67 (2,02)
2017	23,75 (0,36)	21,74 (2,14)	23,23 (0,31)	25,08 (2,07)
Απόλυτη μεταβολή 2004-2008	2,94	9,50	2,69	10,30
Σχετική μεταβολή (%) 2004-2008	15,38	58,64	12,50	49,58
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,71	-3,97	-0,97	-6,00
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	7,74	-15,43	-4,00	-19,31

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι διαφορές στον επιπολασμό των χρονίων προβλημάτων μεταξύ των υποκειμενικά φτωχών και των υπολοίπων ατόμων επίσης παρουσιάζουν υψηλή διακύμανση, οπότε είναι δύσκολη η εξαγωγή συμπερασμάτων (**Πίνακας 7-309**).

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-309 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς την υποκειμενική φτώχεια, 2004-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2004	2,90 (3,12)	0,73 (3,66)	1,18 (0,23)	1,04 (0,18)
2005	-1,50 (4,57)	-5,91 (4,24)	0,93 (0,20)	0,79 (0,12)
2006	8,15 (4,43)	-6,45 (2,87)	1,67 (0,61)	0,78 (0,08)
2007	4,16 (4,60)	2,55 (4,21)	1,24 (0,33)	1,12 (0,22)
2008	-3,66 (4,71)	-6,88 (4,37)	0,86 (0,16)	0,78 (0,11)
2009	7,15 (4,21)	3,76 (3,98)	1,48 (0,42)	1,18 (0,23)
2010	-0,79 (7,99)	-2,59 (6,25)	0,97 (0,33)	0,90 (0,21)
2011	9,03 (3,44)	11,70 (3,44)	1,63 (0,39)	1,92 (0,52)
2012	11,99 (2,24)	4,36 (2,58)	2,00 (0,36)	1,21 (0,15)
2013	9,06 (3,23)	2,80 (2,77)	1,61 (0,35)	1,13 (0,14)
2014	7,70 (3,47)	-0,14 (1,96)	1,47 (0,31)	0,99 (0,08)
2015	9,15 (2,06)	0,95 (2,31)	1,61 (0,22)	1,04 (0,10)
2016	6,33 (1,91)	-1,94 (2,05)	1,36 (0,14)	0,92 (0,07)
2017	2,01 (2,17)	-1,85 (2,09)	1,09 (0,11)	0,93 (0,08)
Απόλυτη μεταβολή 2004-2008	-6,56	-7,61	-0,32	-0,26
Σχετική μεταβολή (%) 2004-2008	-226,19	-1045,48	-27,27	-24,79
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	5,67	5,04	0,23	0,15
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	154,89	73,14	27,40	18,98

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.4.14. Επίπεδο εκπαίδευσης

Η κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση της συχνότητας των χρονίων προβλημάτων σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης είναι εμφανής (**Πίνακας 7-310**). Η σημαντική αυξητική τάση στον επιπολασμό των χρονίων προβλημάτων που προϋπήρχε της οικονομικής κρίσης συνεχίζεται μετά το 2008 για τη χαμηλότερη εκπαιδευτική βαθμίδα. Για τα περισσότερα έτη μετά την έναρξη της κρίσης παρατηρείται μια αυξητική πορεία, ενώ μια απότομη πτώση καταγράφεται το 2015. Αναφορικά με τις υπόλοιπες βαθμίδες, υπάρχει σημαντική απόκλιση σε σχέση με το αν εξετάζουμε τους μη προτυποποιημένους ή τους προτυποποιημένους πληθυσμούς. Πάντως, στις προτυποποιημένες κατανομές διαπιστώνουμε ότι οι δύο ανώτερες βαθμίδες παρουσιάζουν μια σταθερότητα συνολικά για την περίοδο μετά την έναρξη της κρίσης, ενώ οι απόφοιτοι γυμνασίου συνδέονται με σημαντική μείωση στη συχνότητα των χρονίων προβλημάτων τους.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-310 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ				ΠΚ			
	Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	ΑΕΙ/ΤΕΙ	Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	ΑΕΙ/ΤΕΙ
2003	33,15 (0,88)	11,68 (0,84)	8,89 (0,48)	8,57 (0,73)	25,05 (0,68)	21,22 (1,39)	18,74 (0,98)	14,71 (1,57)
2004	33,99 (0,95)	10,21 (0,83)	7,77 (0,49)	8,23 (0,75)	25,22 (0,79)	19,08 (1,40)	16,07 (0,97)	13,78 (1,38)
2005	34,35 (0,97)	13,31 (1,08)	10,16 (0,65)	8,78 (0,87)	24,81 (0,75)	22,32 (1,53)	19,66 (1,22)	11,53 (1,20)
2006	35,55 (1,01)	13,23 (1,20)	9,52 (0,62)	8,16 (0,79)	26,34 (0,82)	20,30 (1,56)	17,61 (1,11)	10,32 (1,13)
2007	38,47 (1,03)	15,71 (1,59)	10,20 (0,61)	8,63 (0,77)	28,03 (0,98)	24,59 (1,84)	18,83 (1,09)	15,79 (1,71)
2008	39,38 (1,03)	16,87 (1,64)	11,99 (0,60)	9,75 (0,74)	27,66 (0,88)	25,88 (1,72)	21,54 (0,95)	16,79 (1,59)
2009	43,41 (1,08)	16,10 (1,50)	10,68 (0,62)	8,20 (0,78)	28,44 (0,88)	25,80 (1,66)	21,34 (1,00)	16,99 (1,47)
2010	46,22 (1,30)	15,56 (1,35)	11,97 (0,85)	8,08 (0,85)	30,75 (1,39)	25,40 (1,60)	21,70 (1,19)	13,31 (1,51)
2011	46,02 (1,20)	20,66 (1,40)	12,98 (0,80)	10,92 (0,83)	30,41 (1,40)	25,35 (1,45)	21,39 (1,11)	18,16 (1,30)
2012	47,77 (1,29)	19,01 (1,52)	13,40 (0,88)	11,54 (0,96)	29,41 (1,49)	24,03 (1,41)	22,24 (1,19)	19,74 (1,29)
2013	48,23 (1,07)	18,55 (1,18)	13,68 (0,65)	10,98 (0,68)	29,18 (0,96)	24,84 (1,20)	21,19 (0,81)	18,18 (1,01)
2014	49,02 (1,13)	18,61 (1,16)	14,29 (0,63)	11,99 (0,76)	34,36 (1,57)	23,33 (1,17)	20,72 (0,82)	18,12 (1,01)
2015	46,90 (0,98)	20,63 (1,09)	14,92 (0,50)	13,49 (0,65)	31,43 (1,13)	24,63 (1,02)	21,19 (0,64)	18,61 (0,83)
2016	47,75 (0,82)	18,58 (0,87)	15,63 (0,50)	13,71 (0,53)	30,97 (1,09)	22,60 (0,91)	21,86 (0,59)	18,53 (0,69)
2017	49,55 (0,73)	17,85 (0,85)	15,14 (0,43)	12,53 (0,47)	32,28 (1,00)	22,48 (0,84)	21,34 (0,51)	17,01 (0,64)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	6,23	5,20	3,10	1,19	2,60	4,66	2,80	2,09
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	18,78	44,52	34,86	13,85	10,39	21,96	14,96	14,18
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	10,17	0,98	3,15	2,78	4,63	-3,40	-0,20	0,21
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	25,84	5,81	26,25	28,47	16,74	-13,14	-0,95	1,28

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι απόλυτες διαφορές στον επιπολασμό των χρονίων προβλημάτων μεταξύ της ανώτερης και της κατώτερης βαθμίδας αυξάνεται σημαντικά και στις δύο περιόδους της ανάλυσης, ιδιαίτερα μετά το 2008 (**Πίνακας 7-311**). Αυξήσεις παρατηρούνται ιδίως κατά τα πρώτα χρόνια της ύφεσης αλλά και μεταξύ 2013-2014, ενώ ακολουθεί μια πτωτική τάση, η οποία διακόπτεται κατά το τελευταίο έτος της ανάλυσης. Ως προς τις σχετικές ανισότητες, ενώ η

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

μεταβολή τους είναι σχετικά σταθερή συνολικά για την περίοδο μετά την έναρξη της κρίσης στους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς, για τους προτυποποιημένους σημειώνεται επιδείνωση.

Πίνακας 7-311 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-24,58 (1,15)	-10,34 (1,71)	0,26 (0,02)	0,59 (0,06)
2004	-25,76 (1,21)	-11,44 (1,59)	0,24 (0,02)	0,55 (0,06)
2005	-25,57 (1,30)	-13,28 (1,41)	0,26 (0,03)	0,46 (0,05)
2006	-27,39 (1,28)	-16,02 (1,39)	0,23 (0,02)	0,39 (0,04)
2007	-29,84 (1,29)	-12,25 (1,97)	0,22 (0,02)	0,56 (0,06)
2008	-29,62 (1,27)	-10,86 (1,82)	0,25 (0,02)	0,61 (0,06)
2009	-35,21 (1,33)	-11,45 (1,72)	0,19 (0,02)	0,60 (0,06)
2010	-38,14 (1,56)	-17,44 (2,05)	0,17 (0,02)	0,43 (0,05)
2011	-35,10 (1,46)	-12,26 (1,91)	0,24 (0,02)	0,60 (0,05)
2012	-36,23 (1,61)	-9,67 (1,97)	0,24 (0,02)	0,67 (0,06)
2013	-37,25 (1,27)	-11,00 (1,39)	0,23 (0,01)	0,62 (0,04)
2014	-37,03 (1,36)	-16,24 (1,86)	0,24 (0,02)	0,53 (0,04)
2015	-33,41 (1,17)	-12,82 (1,40)	0,29 (0,02)	0,59 (0,03)
2016	-34,04 (0,98)	-12,45 (1,29)	0,29 (0,01)	0,60 (0,03)
2017	-37,02 (0,87)	-15,28 (1,18)	0,25 (0,01)	0,53 (0,03)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-5,04	-0,52	-0,01	0,02
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-20,50	-5,01	-4,15	3,43
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-7,40	-4,41	0,01	-0,08
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-24,97	-40,65	2,09	-13,25

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι δείκτες AGMD, RGMD και IDISP δείχνουν αύξηση των ανισοτήτων στον επιπολασμό των χρονίων προβλημάτων μεταξύ των επιπέδων εκπαίδευσης μετά την έναρξη της κρίσης, ιδίως στους προτυποποιημένους πληθυσμούς (Πίνακας 7-312). Οι σημαντικότερες αυξήσεις σημειώνονται στα πρώτα χρόνια της ύφεσης, καθώς και μεταξύ 2012-2014.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-312 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	AGMD		RGMD		IDISP	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	11,23 (0,49)	3,32 (0,46)	60,79 (2,67)	15,93 (2,21)	55,43 (1,99)	15,39 (2,34)
2004	11,95 (0,47)	4,26 (0,48)	66,81 (2,60)	21,86 (2,48)	60,88 (2,11)	19,57 (2,44)
2005	11,02 (0,52)	3,59 (0,44)	57,95 (2,73)	17,51 (2,15)	52,77 (2,29)	19,45 (2,67)
2006	11,76 (0,50)	4,72 (0,49)	61,66 (2,62)	23,76 (2,44)	56,08 (2,20)	23,53 (2,32)
2007	12,48 (0,45)	4,63 (0,62)	61,23 (2,19)	20,86 (2,79)	54,82 (2,62)	20,27 (2,95)
2008	11,82 (0,49)	3,59 (0,57)	56,46 (2,33)	15,51 (2,45)	50,90 (2,67)	16,44 (2,66)
2009	13,90 (0,52)	3,89 (0,50)	66,58 (2,48)	16,80 (2,14)	60,10 (2,51)	17,19 (2,63)
2010	14,33 (0,56)	5,09 (0,64)	66,83 (2,61)	22,21 (2,78)	62,36 (2,69)	23,05 (3,26)
2011	12,79 (0,51)	4,11 (0,65)	57,32 (2,30)	17,47 (2,77)	51,62 (2,24)	17,22 (2,61)
2012	13,21 (0,53)	3,03 (0,63)	58,13 (2,32)	12,72 (2,65)	54,21 (2,63)	12,05 (2,67)
2013	13,46 (0,43)	3,66 (0,41)	59,05 (1,87)	15,86 (1,77)	55,50 (2,04)	15,87 (2,02)
2014	13,92 (0,48)	5,62 (0,60)	58,19 (1,99)	23,18 (2,47)	54,31 (1,90)	21,30 (2,17)
2015	12,51 (0,37)	4,37 (0,44)	52,24 (1,55)	18,39 (1,86)	47,77 (1,58)	17,09 (1,80)
2016	12,55 (0,33)	3,92 (0,40)	52,31 (1,36)	16,62 (1,72)	49,82 (1,35)	16,04 (1,78)
2017	13,35 (0,26)	4,66 (0,39)	56,30 (1,11)	20,03 (1,68)	54,25 (1,27)	19,34 (1,57)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,59	0,26	-4,33	-0,43	-4,53	1,05
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	5,29	7,97	-7,13	-2,69	-8,17	6,81
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,53	1,08	-0,15	4,53	3,34	2,90
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	12,95	30,01	-0,27	29,18	6,56	17,64

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Τα αποτελέσματα των δεικτών SII και RII δείχνουν την ύπαρξη σημαντικών ανισοτήτων υγείας μεταξύ της χαμηλότερης και της υψηλότερης βαθμίδας, οι οποίες μάλιστα διευρύνθηκαν συνολικά στην περίοδο μετά το 2008, ιδίως στους προτυποποιημένους πληθυσμούς (Πίνακας 7-313). Πάντως, η εξέλιξη των τιμών των δεικτών παρουσιάζει διακυμάνσεις, με τις

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

αυξήσεις να παρατηρούνται τα πρώτα χρόνια της ύφεσης, μεταξύ 2013-2014, καθώς και το 2017.

Πίνακας 7-313 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	SII		RII	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-40,34 (0,05)	-13,80 (0,05)	0,09 (0,00)	0,51 (0,00)
2004	-42,37 (0,05)	-16,73 (0,05)	0,07 (0,00)	0,42 (0,00)
2005	-39,68 (0,05)	-15,87 (0,05)	0,10 (0,00)	0,46 (0,00)
2006	-42,51 (0,05)	-20,46 (0,05)	0,09 (0,00)	0,35 (0,00)
2007	-45,30 (0,05)	-17,61 (0,05)	0,09 (0,00)	0,45 (0,00)
2008	-42,79 (0,05)	-14,49 (0,05)	0,11 (0,00)	0,53 (0,00)
2009	-49,99 (0,04)	-15,62 (0,05)	0,07 (0,00)	0,51 (0,00)
2010	-51,32 (0,04)	-22,46 (0,05)	0,07 (0,00)	0,37 (0,00)
2011	-46,79 (0,05)	-16,46 (0,05)	0,10 (0,00)	0,49 (0,00)
2012	-47,06 (0,05)	-12,54 (0,05)	0,10 (0,00)	0,59 (0,00)
2013	-48,08 (0,04)	-14,70 (0,05)	0,09 (0,00)	0,53 (0,00)
2014	-48,66 (0,04)	-21,56 (0,05)	0,10 (0,00)	0,40 (0,00)
2015	-44,22 (0,05)	-17,25 (0,05)	0,13 (0,00)	0,48 (0,00)
2016	-43,57 (0,05)	-15,82 (0,05)	0,14 (0,00)	0,51 (0,00)
2017	-46,59 (0,05)	-19,29 (0,05)	0,11 (0,00)	0,43 (0,00)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-2,45	-0,69	0,01	0,02
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-6,07	-4,98	14,52	3,63
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-3,80	-4,80	0,01	-0,10
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-8,87	-33,11	6,47	-18,92

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι τιμές των δεικτών συγκέντρωσης δείχνουν την ύπαρξη σημαντικών απόλυτων και σχετικών εκπαιδευτικών ανισοτήτων στα χρόνια προβλήματα υγείας. Μάλιστα, οι ανισότητες αυτές αυξάνονται συνολικά και στις δύο περιόδους της ανάλυσης, ιδίως οι απόλυτες, καθώς και σε υψηλότερες τιμές της παραμέτρου αποστροφής της ανισότητας. Πάντως, παρατηρούνται διακυμάνσεις, οι οποίες ακολουθούν το μοτίβο των δεικτών SII και RII.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-314 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	CI		ECI(3)	ECI(4)	ECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	-0,315 (0,012)	-0,105 (0,012)	-0,503	-0,617	-0,686
2004	-0,341 (0,014)	-0,122 (0,013)	-0,553	-0,684	-0,766
2005	-0,306 (0,013)	-0,102 (0,014)	-0,492	-0,608	-0,681
2006	-0,327 (0,013)	-0,137 (0,013)	-0,526	-0,650	-0,728
2007	-0,331 (0,012)	-0,131 (0,012)	-0,534	-0,661	-0,742
2008	-0,308 (0,013)	-0,105 (0,013)	-0,502	-0,629	-0,712
2009	-0,362 (0,013)	-0,118 (0,013)	-0,596	-0,751	-0,855
2010	-0,365 (0,015)	-0,135 (0,015)	-0,605	-0,769	-0,883
2011	-0,321 (0,012)	-0,116 (0,013)	-0,539	-0,690	-0,796
2012	-0,318 (0,014)	-0,101 (0,015)	-0,539	-0,695	-0,806
2013	-0,324 (0,011)	-0,111 (0,011)	-0,547	-0,704	-0,817
2014	-0,315 (0,011)	-0,115 (0,011)	-0,529	-0,678	-0,784
2015	-0,285 (0,009)	-0,105 (0,009)	-0,480	-0,617	-0,714
2016	-0,280 (0,008)	-0,088 (0,008)	-0,475	-0,615	-0,716
2017	-0,303 (0,007)	-0,106 (0,007)	-0,514	-0,667	-0,778
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,007	0,000	0,001	-0,012	-0,026
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	2,22	0,10	0,20	-1,94	-3,79
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,005	0,001	-0,012	-0,038	-0,066
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	1,62	0,67	-2,39	-6,04	-9,27

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-315 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	GCI		GECI(3)	GECI(4)	GECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	-0,058 (0,002)	-0,019 (0,002)	-0,241	-0,241	-0,237
2004	-0,061 (0,002)	-0,022 (0,002)	-0,257	-0,259	-0,256
2005	-0,058 (0,003)	-0,019 (0,003)	-0,243	-0,245	-0,242
2006	-0,062 (0,003)	-0,026 (0,003)	-0,261	-0,263	-0,260
2007	-0,068 (0,002)	-0,027 (0,003)	-0,283	-0,285	-0,283
2008	-0,065 (0,003)	-0,022 (0,003)	-0,273	-0,279	-0,279
2009	-0,076 (0,003)	-0,025 (0,003)	-0,323	-0,332	-0,334
2010	-0,078 (0,003)	-0,029 (0,003)	-0,337	-0,349	-0,354
2011	-0,072 (0,003)	-0,026 (0,003)	-0,312	-0,326	-0,332
2012	-0,072 (0,003)	-0,023 (0,003)	-0,318	-0,334	-0,343
2013	-0,074 (0,002)	-0,025 (0,003)	-0,324	-0,340	-0,348
2014	-0,075 (0,003)	-0,027 (0,003)	-0,329	-0,343	-0,351
2015	-0,068 (0,002)	-0,025 (0,002)	-0,299	-0,313	-0,320

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2016	-0,067 (0,002)	-0,021 (0,002)	-0,296	-0,312	-0,321
2017	-0,072 (0,002)	-0,025 (0,002)	-0,317	-0,335	-0,345
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,006	-0,003	-0,032	-0,038	-0,042
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-11,02	-13,40	-13,28	-15,77	-17,72
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,007	-0,003	-0,044	-0,056	-0,066
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-11,32	-14,09	-16,12	-20,07	-23,66

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-316 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	E		W	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-0,232 (0,009)	-0,078 (0,009)	-0,386 (0,015)	-0,129 (0,015)
2004	-0,244 (0,010)	-0,088 (0,009)	-0,415 (0,017)	-0,149 (0,016)
2005	-0,233 (0,010)	-0,078 (0,011)	-0,378 (0,017)	-0,126 (0,017)
2006	-0,249 (0,010)	-0,104 (0,010)	-0,404 (0,017)	-0,169 (0,016)
2007	-0,270 (0,010)	-0,107 (0,010)	-0,416 (0,015)	-0,165 (0,015)
2008	-0,258 (0,011)	-0,088 (0,011)	-0,390 (0,016)	-0,133 (0,016)
2009	-0,302 (0,011)	-0,099 (0,011)	-0,458 (0,016)	-0,149 (0,016)
2010	-0,313 (0,013)	-0,116 (0,013)	-0,465 (0,019)	-0,172 (0,020)
2011	-0,287 (0,011)	-0,104 (0,011)	-0,414 (0,016)	-0,150 (0,016)
2012	-0,290 (0,013)	-0,092 (0,014)	-0,412 (0,018)	-0,130 (0,019)
2013	-0,296 (0,010)	-0,101 (0,010)	-0,420 (0,014)	-0,143 (0,014)
2014	-0,301 (0,010)	-0,110 (0,010)	-0,414 (0,014)	-0,151 (0,014)
2015	-0,273 (0,009)	-0,101 (0,009)	-0,374 (0,012)	-0,139 (0,012)
2016	-0,268 (0,008)	-0,085 (0,008)	-0,368 (0,010)	-0,116 (0,011)
2017	-0,287 (0,007)	-0,101 (0,007)	-0,397 (0,009)	-0,139 (0,010)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,026	-0,011	-0,004	-0,004
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-11,21	-13,53	-1,04	-3,26
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,029	-0,012	-0,007	-0,006
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-11,24	-14,07	-1,79	-4,36

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-317 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	SCI(3)	SCI(4)	SCI(5)	GSCI(3)	GSCI(4)	GSCI(5)
	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	-0,328	-0,331	-0,332	-0,242	-0,244	-0,245
2004	-0,356	-0,360	-0,361	-0,255	-0,257	-0,258
2005	-0,325	-0,331	-0,333	-0,247	-0,252	-0,254

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2006	-0,347	-0,353	-0,356	-0,265	-0,270	-0,272
2007	-0,352	-0,360	-0,363	-0,287	-0,294	-0,296
2008	-0,335	-0,345	-0,350	-0,281	-0,289	-0,293
2009	-0,397	-0,411	-0,417	-0,332	-0,343	-0,348
2010	-0,409	-0,429	-0,437	-0,351	-0,368	-0,375
2011	-0,361	-0,378	-0,386	-0,322	-0,337	-0,345
2012	-0,361	-0,381	-0,390	-0,328	-0,346	-0,355
2013	-0,369	-0,390	-0,399	-0,336	-0,355	-0,364
2014	-0,354	-0,372	-0,380	-0,339	-0,356	-0,364
2015	-0,320	-0,336	-0,343	-0,307	-0,322	-0,328
2016	-0,319	-0,338	-0,347	-0,307	-0,324	-0,333
2017	-0,348	-0,370	-0,380	-0,330	-0,351	-0,361
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,007	-0,014	-0,018	-0,039	-0,045	-0,048
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-2,13	-4,23	-5,42	-16,12	-18,44	-19,59
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,013	-0,025	-0,030	-0,049	-0,062	-0,068
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-3,88	-7,25	-8,57	-17,44	-21,45	-23,21

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Τέλος, συνολική επίδοση χειροτερεύει για τους μη προτυποποιημένους και βελτιώνεται λίγο για τους προτυποποιημένους πληθυσμούς μετά την έναρξη της κρίσης (Πίνακας 7-318).

Πίνακας 7-318 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	HAI(2)	
	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	24,31	23,74
2004	23,99	23,29
2005	24,83	24,04
2006	25,34	24,71
2007	27,15	26,18
2008	27,35	26,10
2009	28,46	26,47
2010	29,23	27,19
2011	29,47	26,59
2012	29,94	26,89
2013	30,20	26,72
2014	31,43	26,94
2015	30,82	26,42
2016	30,71	25,92
2017	30,88	25,81
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	3,04	2,36

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	12,51	9,94
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	3,53	-0,29
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	12,91	-1,11

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.4.15. Κύρια ασχολία

Οι περισσότερες οικονομικές κατηγορίες καταγράφουν μείωση ως προς τη συχνότητα των χρόνιων προβλημάτων μετά την έναρξη της κρίσης, εκτός από τους συνταξιούχους και τους αναπήρους (Πίνακας 7-319).

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-319 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης χρονίου προβλήματος υγείας ως προς την κύρια ασχολία, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ						ΠΚ							
	Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση	Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	Άνεργος/η	Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	Συνταξιούχος	Ανάπηρος/η	Άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση	Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	Άνεργος/η	Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	Συνταξιούχος	Ανάπηρος/η	Άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο
2003	7,77 (0,40)	13,87 (1,53)	7,67 (1,07)	1,46 (0,36)	46,34 (1,17)	95,90 (1,52)	26,14 (1,02)	17,35 (1,19)	22,40 (2,24)	23,73 (1,46)	1,50 (0,64)	43,28 (3,55)	95,16 (1,64)	21,69 (2,65)
2004	6,71 (0,41)	13,56 (1,57)	8,53 (1,19)	1,34 (0,38)	45,67 (1,22)	95,28 (1,47)	25,02 (1,06)	13,02 (1,41)	19,20 (2,70)	12,62 (1,98)	1,99 (0,96)	40,29 (4,51)	94,11 (2,04)	18,59 (2,48)
2005	7,81 (0,49)	14,67 (1,92)	9,41 (1,39)	2,26 (0,52)	47,48 (1,28)	89,48 (3,06)	25,39 (1,20)	12,68 (1,56)	19,38 (2,54)	28,12 (2,53)	18,89 (0,40)	60,46 (2,44)	85,28 (3,47)	29,92 (3,96)
2006	7,42 (0,48)	13,27 (1,61)	11,35 (1,60)	2,49 (0,55)	46,40 (1,29)	96,29 (1,58)	27,14 (1,25)	10,56 (1,65)	20,15 (2,90)	20,82 (4,00)	33,38 (5,32)	45,70 (2,94)	95,17 (1,77)	33,58 (3,87)
2007	8,11 (0,48)	13,44 (1,55)	13,88 (1,75)	3,01 (0,71)	49,83 (1,25)	92,46 (2,96)	26,72 (1,35)	13,74 (1,74)	17,67 (1,84)	35,53 (2,33)	17,08 (5,78)	46,80 (3,66)	89,56 (3,47)	34,99 (3,51)
2008	8,00 (0,47)	13,48 (1,57)	13,15 (1,68)	2,40 (0,54)	51,29 (1,14)	95,95 (1,54)	30,32 (1,24)	19,74 (1,64)	26,49 (2,33)	22,11 (3,49)	33,79 (5,62)	42,76 (3,99)	92,39 (2,51)	29,51 (2,28)
2009	5,81 (0,41)	11,07 (1,80)	10,25 (1,68)	0,49 (0,29)	55,97 (1,19)	83,05 (3,78)	30,64 (1,43)	20,00 (1,51)	24,77 (2,36)	30,58 (3,36)	34,76 (3,08)	36,82 (3,30)	81,22 (3,15)	35,80 (2,45)
2010	7,22 (0,60)	13,10 (2,04)	10,78 (1,53)	1,42 (0,59)	56,36 (1,47)	82,78 (3,85)	29,81 (1,50)	11,11 (1,65)	24,88 (2,55)	20,48 (1,85)	15,50 (0,14)	49,76 (3,78)	81,30 (2,84)	37,02 (2,80)
2011	8,44 (0,61)	8,36 (1,54)	10,05 (1,07)	2,46 (0,73)	52,06 (1,36)	98,13 (1,00)	31,95 (1,57)	12,85 (2,15)	14,27 (2,17)	12,38 (1,46)	21,46 (6,21)	42,89 (2,17)	98,25 (0,97)	30,37 (3,04)
2012	8,39 (0,69)	10,33 (1,73)	11,81 (2,03)	1,89 (0,73)	53,46 (1,23)	90,36 (3,16)	31,24 (1,75)	11,76 (2,10)	24,39 (2,91)	18,63 (1,81)	21,49 (3,12)	51,06 (3,70)	90,19 (3,14)	31,73 (4,17)
2013	7,26 (0,48)	11,42 (1,38)	11,25 (1,21)	1,05 (0,38)	52,37 (1,05)	92,98 (2,11)	32,19 (1,35)	10,69 (1,58)	16,23 (1,83)	33,60 (1,24)	20,07 (0,09)	44,88 (2,42)	92,10 (2,43)	22,77 (2,04)
2014	9,02 (0,51)	8,75 (1,42)	11,16 (0,85)	2,87 (0,73)	49,87 (1,08)	94,78 (1,57)	34,89 (1,35)	14,56 (2,08)	16,79 (2,99)	15,40 (1,82)	2,44 (0,92)	51,94 (3,66)	94,60 (2,01)	35,58 (2,70)
2015	9,77 (0,45)	12,98 (1,27)	12,28 (0,71)	3,96 (0,57)	48,37 (0,93)	95,24 (1,29)	33,40 (1,07)	14,39 (1,78)	16,58 (2,22)	17,01 (1,86)	2,67 (0,64)	49,48 (4,98)	94,04 (1,70)	36,35 (2,90)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2016	9,37 (0,40)	12,27 (1,21)	12,18 (0,65)	2,71 (0,41)	49,78 (0,80)	95,47 (1,24)	32,44 (0,93)	12,83 (1,11)	22,45 (2,07)	18,99 (1,41)	4,70 (2,43)	44,29 (2,79)	93,70 (1,65)	33,16 (2,18)
2017	8,74 (0,32)	11,26 (0,99)	12,18 (0,61)	2,76 (0,44)	50,33 (0,76)	96,01 (0,91)	33,56 (0,84)	15,70 (1,88)	20,10 (2,41)	16,30 (1,26)	4,72 (2,80)	53,84 (2,04)	95,46 (1,26)	28,91 (2,55)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,23	-0,39	5,48	0,93	4,95	0,05	4,18	2,39	4,10	-1,62	32,30	-0,53	-2,77	7,83
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	2,96	-2,80	71,42	63,82	10,68	0,05	15,98	13,77	18,29	-6,84	2159,93	-1,22	-2,91	36,08
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,73	-2,22	-0,97	0,37	-0,95	0,06	3,25	-4,04	-6,40	-5,81	-29,08	11,08	3,06	-0,61
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	9,17	-16,47	-7,40	15,27	-1,86	0,06	10,71	-20,48	-24,15	-26,28	-86,04	25,92	3,31	-2,06

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Οι απόλυτες και οι σχετικές διαφορές μεταξύ των ανέργων και των εργαζομένων πλήρους απασχόλησης παρουσιάζουν υψηλή διακύμανση, αλλά είναι στις περισσότερες περιπτώσεις εις βάρος των πρώτων (**Πίνακας 7-320**).

Πίνακας 7-320 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς την κύρια ασχολία, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	0,10 (1,14)	-6,38 (1,89)	1,01 (0,15)	0,73 (0,07)
2004	-1,82 (1,26)	0,40 (2,43)	0,79 (0,12)	1,03 (0,20)
2005	-1,60 (1,47)	-15,45 (2,97)	0,83 (0,13)	0,45 (0,07)
2006	-3,92 (1,67)	-10,26 (4,33)	0,65 (0,10)	0,51 (0,13)
2007	-5,77 (1,81)	-21,79 (2,91)	0,58 (0,08)	0,39 (0,06)
2008	-5,15 (1,75)	-2,37 (3,85)	0,61 (0,09)	0,89 (0,16)
2009	-4,44 (1,73)	-10,58 (3,69)	0,57 (0,10)	0,65 (0,09)
2010	-3,56 (1,64)	-9,37 (2,48)	0,67 (0,11)	0,54 (0,09)
2011	-1,61 (1,23)	0,48 (2,60)	0,84 (0,11)	1,04 (0,21)
2012	-3,41 (2,14)	-6,87 (2,77)	0,71 (0,14)	0,63 (0,13)
2013	-3,99 (1,30)	-22,91 (2,01)	0,65 (0,08)	0,32 (0,05)
2014	-2,14 (0,99)	-0,84 (2,77)	0,81 (0,08)	0,95 (0,18)
2015	-2,52 (0,84)	-2,62 (2,57)	0,79 (0,06)	0,85 (0,14)
2016	-2,81 (0,76)	-6,16 (1,79)	0,77 (0,05)	0,68 (0,08)
2017	-3,44 (0,69)	-0,60 (2,26)	0,72 (0,04)	0,96 (0,14)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-5,25	4,01	-0,40	0,16
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-5159,09	62,85	-39,94	22,12
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,71	1,77	0,11	0,07
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	33,16	74,56	17,89	7,87

Υποσημείωση: Σύγκριση μεταξύ των εργαζομένων πλήρους απασχόλησης και των ανέργων, Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Ο δείκτης AGMD αυξάνεται τόσο στους μη προτυποποιημένους όσο και στους προτυποποιημένους πληθυσμούς μετά την έναρξη της κρίσης, ενώ οι RGMD και IDISP μόνο στους προτυποποιημένους (**Πίνακας 7-321**). Πριν το 2008, οι ανισότητες παρουσιάζουν μια μείωση σε όλες τις περιπτώσεις των προτυποποιημένων πληθυσμών.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-321 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς την κύρια ασχολία, 2003-2017

Έτος έρευνας	AGMD		RGMD		IDISP	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	15,26 (0,35)	10,07 (1,21)	76,68 (1,75)	42,17 (5,05)	113,03 (2,31)	73,83 (3,97)
2004	15,19 (0,42)	10,45 (1,32)	79,66 (2,20)	51,91 (6,56)	116,05 (2,42)	91,79 (4,64)
2005	15,17 (0,45)	15,77 (0,95)	75,79 (2,25)	56,05 (3,38)	105,78 (3,24)	63,32 (3,43)
2006	15,52 (0,43)	14,17 (1,24)	76,84 (2,15)	55,11 (4,82)	110,01 (2,71)	72,54 (4,63)
2007	16,26 (0,45)	14,02 (1,24)	75,37 (2,07)	51,89 (4,60)	100,77 (3,31)	69,45 (5,77)
2008	17,29 (0,45)	8,95 (1,34)	78,30 (2,03)	31,14 (4,66)	105,17 (2,30)	50,39 (3,89)
2009	19,94 (0,41)	8,37 (1,12)	90,69 (1,87)	28,83 (3,85)	106,59 (3,45)	43,00 (3,25)
2010	18,94 (0,49)	15,31 (1,19)	83,79 (2,18)	58,70 (4,54)	100,52 (2,98)	66,91 (3,53)
2011	18,52 (0,52)	12,68 (0,94)	79,72 (2,26)	52,08 (3,87)	108,27 (2,30)	79,16 (5,54)
2012	18,55 (0,55)	14,52 (1,34)	78,35 (2,33)	52,95 (4,88)	100,37 (3,66)	64,67 (4,21)
2013	18,90 (0,42)	13,29 (0,94)	79,64 (1,78)	49,77 (3,51)	102,52 (2,41)	68,23 (2,88)
2014	17,92 (0,42)	16,40 (1,35)	74,89 (1,77)	60,04 (4,94)	102,51 (2,02)	83,81 (3,86)
2015	16,88 (0,35)	15,81 (1,45)	70,49 (1,46)	58,71 (5,38)	96,61 (1,75)	82,83 (3,42)
2016	17,49 (0,31)	13,72 (1,02)	72,89 (1,31)	54,14 (4,03)	98,32 (1,60)	77,51 (2,93)
2017	17,96 (0,29)	15,49 (1,00)	75,74 (1,22)	56,18 (3,63)	101,60 (1,22)	77,17 (3,31)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	2,03	-1,12	1,62	-11,03	-7,87	-23,44
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	13,30	-11,15	2,11	-26,16	-6,96	-31,75
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,67	6,54	-2,56	25,04	-3,56	26,78
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	3,86	73,10	-3,27	80,39	-3,39	53,14

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.4.16. Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά

Ο επιπολασμός των χρονίων προβλημάτων αυξάνεται τόσο στις γειτονιές που αντιμετωπίζουν προβλήματα θορύβου όσο και στις υπόλοιπες στους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς, ενώ στους προτυποποιημένους σημειώνει μια μικρή βελτίωση (Πίνακας 7-322).

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-322 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τα προβλήματα θορύβου στη γειτονιά, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	19,44 (0,55)	21,72 (0,99)	21,63 (0,51)	25,99 (0,93)
2004	18,63 (0,57)	20,97 (1,06)	20,80 (0,52)	24,44 (1,05)
2005	19,24 (0,60)	23,03 (1,20)	21,37 (0,54)	26,45 (1,21)
2006	19,26 (0,61)	23,82 (1,24)	21,23 (0,57)	27,21 (1,17)
2007	20,92 (0,69)	23,87 (1,17)	22,81 (0,57)	27,41 (1,04)
2008	21,66 (0,67)	23,60 (1,09)	23,60 (0,60)	26,75 (0,98)
2009	22,10 (0,66)	21,60 (1,08)	24,02 (0,54)	25,04 (0,92)
2010	22,71 (0,77)	22,23 (1,39)	24,24 (0,61)	25,69 (1,35)
2011	22,59 (0,69)	25,10 (1,21)	23,55 (0,58)	26,84 (1,15)
2012	22,86 (0,80)	26,09 (1,31)	24,01 (0,67)	27,68 (1,09)
2013	23,51 (0,63)	24,42 (1,02)	23,93 (0,50)	26,24 (0,86)
2014	23,22 (0,61)	26,78 (1,12)	23,29 (0,49)	27,56 (1,05)
2015	23,00 (0,50)	27,93 (0,90)	22,73 (0,44)	28,67 (0,87)
2016	23,31 (0,44)	26,75 (0,84)	22,84 (0,38)	27,46 (0,75)
2017	23,31 (0,40)	25,32 (0,81)	22,44 (0,33)	26,56 (0,74)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	2,22	1,88	1,96	0,76
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	11,41	8,66	9,07	2,94
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,66	1,72	-1,15	-0,20
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	7,66	7,30	-4,88	-0,73

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι ανισότητες στα χρόνια προβλήματα είναι εις βάρος των γειτονιών με προβλήματα θορύβου και αυξάνονται συνολικά μετά την έναρξη της κρίσης, ιδίως στους προτυποποιημένους πληθυσμούς (**Πίνακας 7-323**). Είναι ενδιαφέρον πως οι διαφορές αμβλύνονται τα πρώτα χρόνια της ύφεσης. Στη συνέχεια ακολουθεί μια αυξητική τάση μέχρι και το 2015, με εξαίρεση το 2013, ενώ τα τελευταία δύο έτη καταγράφεται μια μείωση.

Πίνακας 7-323 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τα προβλήματα θορύβου στη γειτονιά, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-2,28 (1,13)	-4,35 (1,06)	0,90 (0,05)	0,83 (0,04)
2004	-2,34 (1,20)	-3,64 (1,17)	0,89 (0,05)	0,85 (0,04)
2005	-3,80 (1,34)	-5,09 (1,33)	0,84 (0,05)	0,81 (0,04)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2006	-4,56 (1,38)	-5,98 (1,30)	0,81 (0,05)	0,78 (0,04)
2007	-2,94 (1,36)	-4,60 (1,19)	0,88 (0,05)	0,83 (0,04)
2008	-1,94 (1,28)	-3,16 (1,15)	0,92 (0,05)	0,88 (0,04)
2009	0,50 (1,26)	-1,02 (1,07)	1,02 (0,06)	0,96 (0,04)
2010	0,48 (1,59)	-1,45 (1,48)	1,02 (0,07)	0,94 (0,06)
2011	-2,51 (1,40)	-3,29 (1,29)	0,90 (0,05)	0,88 (0,04)
2012	-3,23 (1,53)	-3,67 (1,28)	0,88 (0,05)	0,87 (0,04)
2013	-0,91 (1,19)	-2,31 (0,99)	0,96 (0,05)	0,91 (0,04)
2014	-3,57 (1,27)	-4,27 (1,16)	0,87 (0,04)	0,84 (0,04)
2015	-4,93 (1,03)	-5,94 (0,97)	0,82 (0,03)	0,79 (0,03)
2016	-3,44 (0,94)	-4,62 (0,84)	0,87 (0,03)	0,83 (0,03)
2017	-2,00 (0,90)	-4,11 (0,81)	0,92 (0,03)	0,85 (0,03)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,34	1,20	0,02	0,05
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	14,80	27,53	2,53	5,96
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,06	-0,96	0,00	-0,04
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-3,23	-30,31	0,34	-4,18

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.4.17. Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά

Η συχνότητα των χρόνιων προβλημάτων αυξάνεται περισσότερο στους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς και μειώνεται λιγότερο στους προτυποποιημένους για τις γειτονιές που αντιμετωπίζουν προβλήματα μόλυνσης σε σχέση με τις γειτονιές χωρίς τέτοια προβλήματα μετά την έναρξη της κρίσης (Πίνακας 7-324).

Πίνακας 7-324 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης χρόνιου προβλήματος υγείας ως προς τα προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	19,78 (0,54)	20,50 (1,04)	22,08 (0,50)	24,26 (1,03)
2004	19,31 (0,56)	17,71 (1,03)	21,38 (0,51)	21,77 (1,09)
2005	19,52 (0,60)	22,28 (1,30)	21,51 (0,54)	26,89 (1,29)
2006	19,70 (0,62)	22,58 (1,34)	21,67 (0,56)	26,23 (1,28)
2007	21,09 (0,69)	23,65 (1,25)	22,86 (0,57)	27,96 (1,11)
2008	21,65 (0,68)	23,84 (1,09)	23,44 (0,58)	27,85 (1,02)
2009	22,03 (0,65)	21,82 (1,12)	23,88 (0,51)	25,55 (1,05)
2010	22,69 (0,78)	22,32 (1,43)	24,02 (0,62)	26,73 (1,33)
2011	22,39 (0,69)	25,71 (1,26)	23,10 (0,59)	28,24 (1,14)
2012	23,79 (0,82)	23,35 (1,25)	24,39 (0,67)	26,65 (1,19)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2013	23,37 (0,64)	24,72 (0,99)	23,40 (0,50)	27,58 (0,85)
2014	23,18 (0,63)	26,37 (1,03)	22,90 (0,52)	28,56 (0,94)
2015	22,71 (0,49)	29,20 (1,06)	22,32 (0,43)	30,66 (1,06)
2016	23,25 (0,43)	27,03 (0,92)	22,77 (0,38)	27,85 (0,85)
2017	23,07 (0,39)	26,25 (0,87)	22,14 (0,32)	27,69 (0,80)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,86	3,34	1,35	3,59
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	9,42	16,29	6,13	14,80
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,42	2,42	-1,30	-0,16
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	6,56	10,13	-5,55	-0,58

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Αν και οι διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων παρουσιάζουν υψηλή διακύμανση, είναι εις βάρος των γειτονιών με προβλήματα θορύβου, ιδίως στους προτυποποιημένους πληθυσμούς (Πίνακας 7-325). Επιπλέον, τόσο οι απόλυτες όσο και οι σχετικές ανισότητες αυξάνονται συνολικά και στις δύο περιόδους της ανάλυσης, λιγότερο πάντως μετά το 2008. Σημαντικές αυξήσεις παρατηρούνται μεταξύ 2010-2011 και 2013-2015.

Πίνακας 7-325 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τα προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-0,72 (1,17)	-2,18 (1,15)	0,97 (0,06)	0,91 (0,04)
2004	1,60 (1,18)	-0,39 (1,20)	1,09 (0,07)	0,98 (0,05)
2005	-2,76 (1,43)	-5,38 (1,40)	0,88 (0,06)	0,80 (0,04)
2006	-2,88 (1,48)	-4,57 (1,40)	0,87 (0,06)	0,83 (0,05)
2007	-2,56 (1,43)	-5,10 (1,25)	0,89 (0,06)	0,82 (0,04)
2008	-2,19 (1,29)	-4,41 (1,18)	0,91 (0,05)	0,84 (0,04)
2009	0,21 (1,30)	-1,66 (1,17)	1,01 (0,06)	0,93 (0,04)
2010	0,37 (1,63)	-2,71 (1,47)	1,02 (0,07)	0,90 (0,05)
2011	-3,31 (1,43)	-5,14 (1,28)	0,87 (0,05)	0,82 (0,04)
2012	0,44 (1,49)	-2,27 (1,36)	1,02 (0,06)	0,91 (0,05)
2013	-1,35 (1,18)	-4,18 (0,99)	0,95 (0,05)	0,85 (0,03)
2014	-3,18 (1,21)	-5,66 (1,07)	0,88 (0,04)	0,80 (0,03)
2015	-6,49 (1,17)	-8,34 (1,15)	0,78 (0,03)	0,73 (0,03)
2016	-3,78 (1,01)	-5,08 (0,93)	0,86 (0,03)	0,82 (0,03)
2017	-3,19 (0,95)	-5,55 (0,86)	0,88 (0,03)	0,80 (0,03)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-1,48	-2,24	-0,06	-0,07
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-206,61	-102,70	-5,92	-7,55

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,99	-1,14	-0,03	-0,04
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-45,37	-25,81	-3,24	-5,00

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.4.18. Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά

Ως προς την κατηγοριοποίηση των γειτονιών βάσει της παρουσίας προβλημάτων εγκληματικότητας, η συχνότητα των χρόνιων προβλημάτων αυξάνεται στους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς και στις δύο περιόδους της ανάλυσης για τις δύο ομάδες, ενώ στους προτυποποιημένους μειώνεται κατά την περίοδο μετά την έναρξη της κρίσης.

Πίνακας 7-326 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης χρόνιου προβλήματος υγείας ως προς τα προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	19,78 (0,52)	21,07 (1,33)	22,24 (0,48)	24,62 (1,30)
2004	18,98 (0,53)	20,13 (1,60)	21,34 (0,50)	22,98 (1,54)
2005	19,89 (0,58)	21,47 (2,05)	22,16 (0,53)	25,08 (2,04)
2006	19,78 (0,59)	24,72 (1,99)	22,07 (0,54)	26,17 (1,79)
2007	21,50 (0,65)	22,15 (1,89)	23,54 (0,54)	25,85 (1,78)
2008	21,55 (0,61)	26,12 (1,78)	23,61 (0,54)	29,49 (1,58)
2009	22,04 (0,61)	21,67 (1,42)	24,16 (0,48)	24,69 (1,30)
2010	22,85 (0,76)	21,51 (1,66)	24,36 (0,61)	26,13 (1,62)
2011	22,53 (0,67)	26,00 (1,45)	23,51 (0,60)	27,86 (1,26)
2012	23,15 (0,76)	25,80 (1,64)	24,04 (0,64)	28,79 (1,40)
2013	23,31 (0,61)	25,52 (1,15)	23,86 (0,48)	27,14 (0,96)
2014	23,18 (0,60)	27,80 (1,45)	23,32 (0,49)	28,46 (1,28)
2015	23,06 (0,47)	29,90 (1,32)	23,04 (0,43)	29,38 (1,10)
2016	23,26 (0,42)	29,36 (1,18)	23,00 (0,37)	29,25 (0,92)
2017	23,24 (0,38)	26,69 (1,00)	22,62 (0,33)	27,30 (0,87)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,77	5,05	1,37	4,87
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	8,97	23,97	6,17	19,79
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,69	0,57	-1,00	-2,18
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	7,83	2,18	-4,22	-7,41

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι διαφορές στον επιπολασμό των χρόνιων προβλημάτων είναι προς όφελος των γειτονιών χωρίς προβλήματα εγκληματικότητας (**Πίνακας 7-327**).

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Επιπλέον, οι ανισότητες αυτές, ενώ αυξάνονταν πριν το 2008, μετά την έναρξη της ύφεσης μετριάζονται, το οποίο οφείλεται κυρίως στη σημαντική άμβλυνση που καταγράφεται για το 2017.

Πίνακας 7-327 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη χρονίου προβλήματος υγείας ως προς τα προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-1,29 (1,43)	-2,38 (1,39)	0,94 (0,06)	0,90 (0,05)
2004	-1,15 (1,68)	-1,64 (1,61)	0,94 (0,08)	0,93 (0,07)
2005	-1,58 (2,13)	-2,92 (2,11)	0,93 (0,09)	0,88 (0,08)
2006	-4,94 (2,08)	-4,10 (1,88)	0,80 (0,07)	0,84 (0,06)
2007	-0,65 (2,00)	-2,30 (1,86)	0,97 (0,09)	0,91 (0,07)
2008	-4,57 (1,89)	-5,87 (1,67)	0,83 (0,06)	0,80 (0,05)
2009	0,38 (1,54)	-0,53 (1,39)	1,02 (0,07)	0,98 (0,06)
2010	1,34 (1,83)	-1,76 (1,73)	1,06 (0,09)	0,93 (0,06)
2011	-3,47 (1,60)	-4,35 (1,39)	0,87 (0,05)	0,84 (0,04)
2012	-2,65 (1,80)	-4,75 (1,54)	0,90 (0,06)	0,83 (0,05)
2013	-2,22 (1,30)	-3,27 (1,07)	0,91 (0,05)	0,88 (0,04)
2014	-4,62 (1,56)	-5,14 (1,37)	0,83 (0,05)	0,82 (0,04)
2015	-6,84 (1,40)	-6,34 (1,18)	0,77 (0,04)	0,78 (0,03)
2016	-6,10 (1,25)	-6,25 (0,99)	0,79 (0,03)	0,79 (0,03)
2017	-3,45 (1,07)	-4,68 (0,93)	0,87 (0,04)	0,83 (0,03)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-3,28	-3,50	-0,11	-0,10
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-254,12	-147,26	-12,10	-11,37
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,12	1,19	0,05	0,03
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	24,49	20,24	5,53	3,45

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.5. Σοβαρός περιορισμός στις καθημερινές δραστηριότητες λόγω προβλημάτων υγείας

Στην παρούσα υποενότητα θα εξεταστούν οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες ως προς την παρουσία σοβαρού περιορισμού στις καθημερινές δραστηριότητες λόγω προβλημάτων υγείας.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

7.3.2.2.5.1. Φύλο

Ο επιπολασμός των σοβαρών περιορισμών στις καθημερινές δραστηριότητες αυξάνεται και για τα δύο φύλα και στις δύο περιόδους της ανάλυσης, αν και σε μικρότερο βαθμό στους προτυποποιημένους πληθυσμούς (**Πίνακας 7-328**). Πάντως, παρατηρείται μια αντίστροφη τάση από το 2014 τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες.

Πίνακας 7-328 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το φύλο, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Άνδρας	Γυναίκα	Άνδρας	Γυναίκα
2003	6,39 (0,33)	7,56 (0,36)	7,21 (0,36)	8,77 (0,40)
2004	5,29 (0,32)	6,29 (0,36)	5,97 (0,34)	7,24 (0,39)
2005	5,74 (0,34)	6,56 (0,38)	6,60 (0,38)	7,40 (0,41)
2006	5,55 (0,36)	6,51 (0,40)	6,29 (0,39)	7,39 (0,43)
2007	6,05 (0,41)	7,44 (0,41)	6,73 (0,41)	8,34 (0,43)
2008	7,15 (0,39)	9,10 (0,52)	8,02 (0,40)	10,28 (0,51)
2009	6,68 (0,39)	9,01 (0,46)	7,56 (0,39)	10,13 (0,46)
2010	7,20 (0,49)	8,81 (0,48)	8,01 (0,50)	9,74 (0,47)
2011	7,96 (0,46)	9,16 (0,47)	8,41 (0,45)	9,64 (0,46)
2012	8,60 (0,52)	11,35 (0,58)	9,08 (0,53)	11,96 (0,54)
2013	9,03 (0,40)	12,23 (0,49)	9,38 (0,38)	12,63 (0,43)
2014	10,15 (0,43)	12,43 (0,49)	10,30 (0,42)	12,52 (0,46)
2015	10,17 (0,36)	12,25 (0,37)	10,11 (0,34)	12,20 (0,34)
2016	10,04 (0,33)	12,37 (0,34)	9,93 (0,31)	12,24 (0,30)
2017	8,98 (0,27)	11,40 (0,29)	8,77 (0,25)	11,15 (0,27)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,76	1,54	0,81	1,52
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	11,89	20,33	11,22	17,31
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,82	2,30	0,75	0,87
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	25,49	25,24	9,35	8,44

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι απόλυτες και οι σχετικές ανισότητες στη συχνότητα των σοβαρών περιορισμών είναι εις βάρος των γυναικών (**Πίνακας 7-329**). Οι απόλυτες διαφορές μεταξύ των δύο φύλων σημειώνουν αύξηση τόσο πριν όσο και μετά την έναρξη της κρίσης. Οι σχετικές διαφορές καταγράφουν αύξηση μόνο πριν το 2008, ενώ στην επόμενη περίοδο, αν και υπάρχει διακύμανση, οι τιμές το

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2017 δεν διαφοροποιούνται σημαντικά σε σχέση με το 2008. Γενικότερα, οι αυξήσεις παρατηρούνται μεταξύ 2008-2009, 2012-2013 και 2016-2017.

Πίνακας 7-329 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το φύλο, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-1,17 (0,49)	-1,56 (0,54)	0,85 (0,06)	0,82 (0,06)
2004	-0,99 (0,48)	-1,26 (0,52)	0,84 (0,07)	0,83 (0,06)
2005	-0,82 (0,51)	-0,81 (0,55)	0,88 (0,07)	0,89 (0,07)
2006	-0,97 (0,54)	-1,10 (0,58)	0,85 (0,08)	0,85 (0,07)
2007	-1,39 (0,58)	-1,62 (0,59)	0,81 (0,07)	0,81 (0,06)
2008	-1,94 (0,65)	-2,27 (0,65)	0,79 (0,06)	0,78 (0,05)
2009	-2,32 (0,60)	-2,57 (0,60)	0,74 (0,06)	0,75 (0,05)
2010	-1,61 (0,69)	-1,73 (0,68)	0,82 (0,07)	0,82 (0,06)
2011	-1,19 (0,66)	-1,24 (0,65)	0,87 (0,07)	0,87 (0,06)
2012	-2,75 (0,78)	-2,88 (0,75)	0,76 (0,06)	0,76 (0,06)
2013	-3,20 (0,63)	-3,25 (0,57)	0,74 (0,04)	0,74 (0,04)
2014	-2,28 (0,65)	-2,22 (0,62)	0,82 (0,05)	0,82 (0,04)
2015	-2,08 (0,51)	-2,08 (0,48)	0,83 (0,04)	0,83 (0,04)
2016	-2,32 (0,47)	-2,32 (0,43)	0,81 (0,03)	0,81 (0,03)
2017	-2,42 (0,39)	-2,39 (0,37)	0,79 (0,03)	0,79 (0,03)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,78	-0,71	-0,06	-0,04
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-66,57	-45,45	-7,01	-5,19
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,47	-0,12	0,00	0,01
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-24,34	-5,23	0,20	0,84

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.5.2. Υπηκοότητα

Ο επιπολασμός των σοβαρών περιορισμών παρουσιάζει αύξηση μετά την έναρξη της κρίσης στους Έλληνες πολίτες σε όλους τους πληθυσμούς, ενώ για τις υπόλοιπες ομάδες πολιτών μόνο στους μη προτυποποιημένους (**Πίνακας 7-330**).

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-330 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς την υπηκοότητα, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ			ΠΚ		
	Ελληνική	Άλλης Ε.Ε. χώρας	Άλλης χώρας	Ελληνική	Άλλης Ε.Ε. χώρας	Άλλης χώρας
2003	7,23 (0,30)	2,25 (1,33)	2,69 (0,66)	8,03 (0,32)	10,33 (1,83)	8,64 (0,60)
2004	6,04 (0,29)	2,58 (1,38)	1,37 (0,54)	6,66 (0,29)	5,99 (3,05)	6,86 (1,84)
2005	6,29 (0,30)	3,47 (1,75)	3,47 (1,09)	6,98 (0,31)	6,21 (0,93)	17,47 (2,59)
2006	6,15 (0,31)	0,85 (0,86)	4,51 (1,34)	6,85 (0,32)	1,34 (1,31)	7,50 (2,83)
2007	7,03 (0,35)	0,40 (0,40)	2,76 (0,81)	7,64 (0,33)	0,24 (0,24)	5,80 (2,52)
2008	8,49 (0,40)	1,86 (1,02)	3,08 (0,81)	9,25 (0,38)	10,60 (2,21)	13,51 (2,42)
2009	8,25 (0,36)	2,11 (1,29)	2,17 (0,69)	8,94 (0,33)	8,44 (2,57)	7,09 (1,62)
2010	8,39 (0,41)	5,04 (2,38)	2,62 (0,87)	8,91 (0,37)	12,95 (3,09)	7,21 (0,84)
2011	8,92 (0,40)	3,91 (2,30)	2,13 (0,72)	9,13 (0,37)	6,47 (3,67)	8,26 (2,92)
2012	10,63 (0,50)	2,95 (2,69)	1,08 (0,54)	10,77 (0,45)	3,21 (2,46)	1,83 (1,00)
2013	11,19 (0,40)	2,64 (1,42)	2,93 (0,70)	11,14 (0,34)	8,30 (1,46)	14,02 (2,58)
2014	11,74 (0,40)	7,04 (2,78)	4,50 (1,41)	11,47 (0,37)	10,39 (2,94)	14,02 (2,32)
2015	11,61 (0,31)	4,25 (1,80)	5,26 (0,91)	11,24 (0,27)	8,04 (2,79)	10,75 (1,39)
2016	11,65 (0,28)	3,35 (1,30)	4,72 (0,77)	11,21 (0,24)	5,56 (2,10)	7,96 (1,52)
2017	10,51 (0,23)	6,42 (1,99)	5,43 (0,71)	10,01 (0,21)	9,22 (2,30)	8,69 (1,58)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,26	-0,38	0,39	1,22	0,26	4,87
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	17,43	-17,05	14,52	15,17	2,55	56,36
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	2,02	4,55	2,35	0,76	-1,38	-4,82
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	23,82	244,42	76,42	8,21	-13,02	-35,66

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Ως προς τους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς, οι Έλληνες πολίτες έχουν υψηλότερη συχνότητα σοβαρών περιορισμών σε σχέση με τους πολίτες άλλων χωρών, ενώ στους προτυποποιημένους οι διαφορές είναι μικρότερες, και μάλιστα αντιστρέφονται μεταξύ 2013-2014 (**Πίνακας 7-331**).

Πίνακας 7-331 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς την υπηκοότητα, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	4,54 (0,72)	-0,61 (0,68)	2,69 (0,67)	0,93 (0,07)
2004	4,68 (0,61)	-0,20 (1,86)	4,42 (1,77)	0,97 (0,26)
2005	2,81 (1,13)	-10,49 (2,61)	1,81 (0,58)	0,40 (0,06)
2006	1,64 (1,37)	-0,65 (2,85)	1,36 (0,41)	0,91 (0,35)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2007	4,27 (0,88)	1,84 (2,54)	2,55 (0,76)	1,32 (0,58)
2008	5,41 (0,90)	-4,25 (2,45)	2,76 (0,73)	0,68 (0,13)
2009	6,08 (0,78)	1,86 (1,65)	3,80 (1,23)	1,26 (0,29)
2010	5,76 (0,96)	1,70 (0,91)	3,20 (1,07)	1,24 (0,15)
2011	6,79 (0,82)	0,87 (2,94)	4,18 (1,42)	1,11 (0,39)
2012	9,54 (0,73)	8,95 (1,10)	9,82 (4,89)	5,90 (3,23)
2013	8,26 (0,80)	-2,88 (2,60)	3,82 (0,92)	0,79 (0,15)
2014	7,25 (1,47)	-2,55 (2,35)	2,61 (0,83)	0,82 (0,14)
2015	6,36 (0,96)	0,48 (1,41)	2,21 (0,39)	1,05 (0,14)
2016	6,93 (0,82)	3,26 (1,54)	2,47 (0,41)	1,41 (0,27)
2017	5,08 (0,75)	1,32 (1,59)	1,94 (0,26)	1,15 (0,21)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,87	-3,65	0,07	-0,24
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	19,16	-602,52	2,54	-26,34
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,33	5,58	-0,82	0,47
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-6,10	131,05	-29,82	68,19

Υποσημείωση: Σύγκριση μεταξύ των Ελλήνων πολιτών και εκείνων από χώρα εκτός Ε.Ε., τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι τιμές των δεικτών AGMD, RGMD και IDISP μειώνονται μετά την έναρξη της κρίσης, ιδίως για τους προτυποποιημένους πληθυσμούς (Πίνακας 7-332). Πάντως, οι σημαντικότερες ανισότητες σημειώνονται το 2012.

Πίνακας 7-332 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς την υπηκοότητα, 2003-2017

Έτος έρευνας	AGMD		RGMD		IDISP	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	0,45 (0,07)	0,09 (0,05)	6,40 (0,93)	1,09 (0,60)	44,28 (8,08)	11,80 (6,27)
2004	0,45 (0,05)	0,02 (0,09)	7,82 (0,84)	0,25 (1,32)	45,36 (8,06)	4,35 (10,07)
2005	0,24 (0,08)	0,69 (0,18)	3,84 (1,33)	9,44 (2,39)	29,78 (11,04)	52,80 (12,10)
2006	0,21 (0,07)	0,11 (0,10)	3,47 (1,16)	1,57 (1,51)	37,67 (7,56)	30,26 (10,13)
2007	0,50 (0,08)	0,32 (0,13)	7,39 (1,21)	4,31 (1,78)	52,40 (4,25)	40,48 (7,30)
2008	0,64 (0,08)	0,42 (0,22)	7,85 (0,97)	4,43 (2,27)	47,85 (5,39)	18,91 (9,70)
2009	0,71 (0,08)	0,19 (0,13)	9,05 (1,05)	2,11 (1,45)	50,15 (6,70)	8,53 (8,03)
2010	0,68 (0,11)	0,18 (0,08)	8,46 (1,32)	2,08 (0,96)	36,33 (8,96)	21,72 (9,96)
2011	0,67 (0,08)	0,12 (0,16)	7,76 (0,88)	1,35 (1,72)	44,52 (9,04)	12,73 (10,75)
2012	1,15 (0,10)	1,09 (0,12)	11,48 (0,96)	10,65 (1,16)	55,28 (9,99)	52,11 (8,33)
2013	0,97 (0,09)	0,28 (0,19)	9,09 (0,81)	2,51 (1,67)	50,89 (4,67)	17,28 (7,69)
2014	0,78 (0,14)	0,25 (0,18)	6,89 (1,22)	2,15 (1,54)	33,92 (8,09)	10,78 (7,61)
2015	0,69 (0,09)	0,10 (0,09)	6,15 (0,84)	0,86 (0,81)	39,59 (6,81)	10,83 (7,35)
2016	0,76 (0,08)	0,38 (0,15)	6,75 (0,68)	3,49 (1,34)	43,94 (5,11)	26,37 (7,87)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2017	0,53 (0,08)	0,13 (0,10)	5,20 (0,82)	1,35 (0,97)	28,98 (7,41)	6,85 (5,57)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,19	0,33	1,45	3,35	3,57	7,12
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	42,95	378,98	22,68	308,40	8,07	60,32
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,11	-0,29	-2,65	-3,08	-18,87	-12,06
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-16,81	-67,99	-33,73	-69,49	-39,43	-63,76

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.5.3. Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού

Όλες οι περιοχές με βάση τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού παρουσιάζουν αύξηση του επιπολασμού των σοβαρών περιορισμών πριν την έναρξη της κρίσης (**Πίνακας 7-333**). Είναι ενδιαφέρον πως η επιδείνωση που παρατηρείται μετά το 2008 είναι μεγαλύτερη σε πιο πυκνά πληθυσμιακά περιοχές στους προτυποποιημένους πληθυσμούς. Μάλιστα, οι μεγαλύτερες αυξήσεις παρατηρούνται μεταξύ 2012 και 2015.

Πίνακας 7-333 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ			ΠΚ		
	Πυκνοκατοικη μένη	Μέσης πυκνότητας	Αραιοκατοικημ ένη	Πυκνοκατοικη μένη	Μέσης πυκνότητας	Αραιοκατοικημ ένη
2003	5,69 (0,38)	4,95 (0,66)	8,65 (0,48)	7,45 (0,48)	6,80 (0,88)	8,76 (0,46)
2004	4,84 (0,35)	4,48 (0,66)	6,98 (0,46)	6,45 (0,44)	6,03 (0,81)	6,92 (0,43)
2005	5,67 (0,44)	5,01 (0,76)	6,91 (0,44)	7,30 (0,54)	6,27 (0,90)	7,06 (0,42)
2006	6,04 (0,48)	5,51 (0,84)	6,20 (0,43)	7,23 (0,56)	6,58 (0,95)	6,61 (0,43)
2007	6,47 (0,48)	5,41 (0,90)	7,42 (0,48)	7,98 (0,53)	6,55 (0,99)	7,57 (0,45)
2008	6,81 (0,42)	6,80 (0,78)	9,64 (0,69)	8,35 (0,44)	7,84 (0,78)	10,22 (0,64)
2009	6,82 (0,44)	7,76 (0,98)	8,82 (0,56)	8,48 (0,46)	8,69 (0,85)	9,26 (0,51)
2010	6,92 (0,57)	7,92 (1,20)	9,08 (0,59)	9,00 (0,63)	9,19 (1,27)	8,91 (0,48)
2011	7,80 (0,61)	7,05 (0,88)	9,83 (0,56)	8,95 (0,65)	8,31 (0,89)	9,37 (0,47)
2012	9,20 (0,67)	11,20 (2,10)	10,58 (0,55)	10,72 (0,72)	12,73 (1,64)	9,79 (0,47)
2013	9,01 (0,55)	10,75 (1,28)	12,21 (0,54)	10,70 (0,55)	12,11 (1,15)	11,12 (0,42)
2014	9,87 (0,60)	8,86 (0,66)	14,28 (0,69)	11,13 (0,59)	9,79 (0,68)	12,52 (0,59)
2015	10,09 (0,45)	9,56 (0,52)	13,81 (0,56)	11,24 (0,46)	10,22 (0,49)	11,86 (0,45)
2016	9,96 (0,40)	9,29 (0,45)	14,36 (0,53)	11,01 (0,39)	9,93 (0,45)	12,05 (0,41)
2017	9,46 (0,35)	8,67 (0,40)	12,62 (0,44)	10,42 (0,34)	9,14 (0,38)	10,26 (0,34)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,11	1,85	0,98	0,90	1,04	1,46

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	19,57	37,33	11,37	12,03	15,37	16,70
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	2,65	1,87	2,98	2,07	1,30	0,04
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	38,92	27,51	30,90	24,82	16,52	0,36

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι απόλυτες ανισότητες ως προς τη συχνότητα των σχετικών περιορισμών μεταξύ των περισσότερο και των λιγότερο πυκνοκατοικημένων περιοχών ευνοούν τις αραιοκατοικημένες περιοχές και παρουσιάζουν επιδείνωση μετά την έναρξη της κρίσης στους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς (**Πίνακας 7-334**). Αντίθετα, στους προτυποποιημένους πληθυσμούς διαπιστώνουμε την ύπαρξη σημαντικής διακύμανσης. Σημαντική διακύμανση παρατηρείται και ως προς τις σχετικές ανισότητες.

Πίνακας 7-334 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-2,96 (0,61)	-1,31 (0,67)	0,66 (0,06)	0,85 (0,07)
2004	-2,14 (0,58)	-0,47 (0,62)	0,69 (0,07)	0,93 (0,09)
2005	-1,23 (0,63)	0,24 (0,69)	0,82 (0,08)	1,03 (0,10)
2006	-0,17 (0,64)	0,61 (0,70)	0,97 (0,10)	1,09 (0,11)
2007	-0,95 (0,68)	0,41 (0,69)	0,87 (0,09)	1,05 (0,09)
2008	-2,83 (0,80)	-1,87 (0,78)	0,71 (0,07)	0,82 (0,07)
2009	-2,01 (0,72)	-0,78 (0,68)	0,77 (0,07)	0,92 (0,07)
2010	-2,16 (0,82)	0,08 (0,80)	0,76 (0,08)	1,01 (0,09)
2011	-2,02 (0,83)	-0,42 (0,80)	0,79 (0,08)	0,96 (0,08)
2012	-1,38 (0,87)	0,92 (0,86)	0,87 (0,08)	1,09 (0,09)
2013	-3,20 (0,77)	-0,42 (0,69)	0,74 (0,06)	0,96 (0,06)
2014	-4,41 (0,91)	-1,39 (0,84)	0,69 (0,05)	0,89 (0,06)
2015	-3,72 (0,72)	-0,63 (0,64)	0,73 (0,04)	0,95 (0,05)
2016	-4,40 (0,66)	-1,04 (0,57)	0,69 (0,04)	0,91 (0,04)
2017	-3,16 (0,56)	0,16 (0,48)	0,75 (0,04)	1,02 (0,05)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,13	-0,57	0,05	-0,03
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	4,40	-43,36	7,36	-4,00
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,33	2,04	0,04	0,20
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-11,60	108,77	6,13	24,37

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Οι συνολικές ανισότητες μεταξύ των ομάδων, όπως αυτές μετριοούνται με τους δείκτες AGMD, RMGD και IDISP, μειώνονται συνολικά μετά την έναρξη της κρίσης στους προτυποποιημένους πληθυσμούς, ενώ η τάση ήταν αυξητική πριν το 2008 (Πίνακας 7-335).

Πίνακας 7-335 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	AGMD		RGMD		IDISP	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	1,56 (0,31)	0,72 (0,30)	22,28 (4,49)	9,07 (3,74)	23,83 (4,44)	10,41 (3,67)
2004	1,11 (0,26)	0,28 (0,20)	19,10 (4,56)	4,28 (2,98)	19,88 (4,73)	5,31 (3,40)
2005	0,70 (0,26)	0,21 (0,20)	11,28 (4,28)	2,91 (2,79)	12,88 (4,80)	4,91 (4,24)
2006	0,15 (0,19)	0,29 (0,21)	2,52 (3,19)	4,30 (3,06)	3,86 (3,89)	4,29 (3,65)
2007	0,60 (0,26)	0,31 (0,20)	8,86 (3,90)	4,01 (2,67)	11,35 (4,42)	6,37 (3,64)
2008	1,41 (0,37)	0,99 (0,35)	17,32 (4,59)	10,81 (3,76)	17,08 (4,65)	11,64 (3,96)
2009	0,90 (0,33)	0,37 (0,22)	11,37 (4,13)	4,14 (2,48)	8,99 (3,82)	3,63 (2,68)
2010	0,98 (0,36)	0,06 (0,22)	12,17 (4,47)	0,67 (2,49)	9,40 (4,55)	1,11 (3,21)
2011	1,08 (0,32)	0,28 (0,22)	12,59 (3,70)	3,10 (2,47)	13,79 (4,09)	4,25 (2,85)
2012	0,76 (0,39)	0,65 (0,34)	7,59 (3,93)	6,15 (3,18)	8,55 (5,48)	9,63 (4,27)
2013	1,39 (0,34)	0,32 (0,23)	13,01 (3,18)	2,87 (2,08)	10,22 (3,46)	4,37 (3,21)
2014	2,27 (0,42)	0,90 (0,30)	20,02 (3,73)	7,91 (2,64)	20,23 (3,51)	8,67 (2,70)
2015	1,79 (0,29)	0,51 (0,20)	15,92 (2,61)	4,58 (1,76)	16,04 (2,51)	5,04 (1,93)
2016	2,08 (0,26)	0,66 (0,18)	18,50 (2,33)	5,96 (1,60)	18,85 (2,28)	6,55 (1,64)
2017	1,52 (0,21)	0,51 (0,17)	14,86 (2,05)	5,07 (1,67)	15,36 (2,11)	5,19 (1,71)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,15	0,27	-4,96	1,74	-6,75	1,23
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-9,41	36,95	-22,26	19,21	-28,32	11,82
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,11	-0,49	-2,46	-5,75	-1,72	-6,45
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	7,72	-49,01	-14,19	-53,16	-10,08	-55,44

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των τιμών των δεικτών SII και RII δείχνει μείωση των απόλυτων και των σχετικών ανισοτήτων συνολικά για την περίοδο μετά την έναρξη της κρίσης (Πίνακας 7-336). Ωστόσο, υπάρχει υψηλή διακύμανση στις τιμές, και αυτή η άμβλυνση οφείλεται κυρίως στη σημαντική μείωση των διαφορών που παρατηρούνται κατά το τελευταίο έτος της ανάλυσης.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-336 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	SII		RII	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-5,51 (0,03)	-2,41 (0,03)	0,45 (0,00)	0,74 (0,00)
2004	-3,96 (0,03)	-0,88 (0,03)	0,51 (0,00)	0,88 (0,00)
2005	-2,28 (0,03)	0,36 (0,03)	0,69 (0,00)	1,05 (0,00)
2006	-0,34 (0,03)	1,04 (0,03)	0,95 (0,00)	1,16 (0,01)
2007	-1,76 (0,03)	0,66 (0,03)	0,77 (0,00)	1,09 (0,00)
2008	-5,21 (0,04)	-3,45 (0,04)	0,53 (0,00)	0,69 (0,00)
2009	-3,62 (0,03)	-1,41 (0,04)	0,63 (0,00)	0,85 (0,00)
2010	-3,94 (0,03)	0,16 (0,04)	0,61 (0,00)	1,02 (0,00)
2011	-3,57 (0,04)	-0,73 (0,04)	0,66 (0,00)	0,92 (0,00)
2012	-2,52 (0,04)	1,51 (0,04)	0,78 (0,00)	1,15 (0,00)
2013	-5,66 (0,04)	-0,71 (0,04)	0,59 (0,00)	0,94 (0,00)
2014	-7,20 (0,04)	-2,26 (0,04)	0,53 (0,00)	0,82 (0,00)
2015	-5,73 (0,04)	-0,90 (0,04)	0,60 (0,00)	0,92 (0,00)
2016	-6,58 (0,04)	-1,46 (0,04)	0,56 (0,00)	0,88 (0,00)
2017	-4,54 (0,04)	0,41 (0,04)	0,64 (0,00)	1,04 (0,00)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,30	-1,04	0,07	-0,05
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	5,47	-43,15	15,99	-7,16
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,67	3,85	0,11	0,35
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	12,79	111,83	21,52	51,70

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι τιμές των δεικτών συγκέντρωσης είναι γενικά χαμηλές και παρουσιάζουν υψηλή διακύμανση. Επιπλέον, όλοι οι δείκτες δείχνουν άμβλυνση των ανισοτήτων μετά το 2008, αλλά αυτό οφείλεται κυρίως στη σημαντική μείωση των τιμών κατά το 2017.

Πίνακας 7-337 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	CI		ECI(3)	ECI(4)	ECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	0,106 (0,021)	0,050 (0,020)	0,153	0,173	0,181
2004	0,092 (0,024)	0,026 (0,023)	0,134	0,153	0,161
2005	0,051 (0,024)	-0,004 (0,024)	0,071	0,079	0,081
2006	0,008 (0,025)	-0,024 (0,025)	0,009	0,007	0,005
2007	0,036 (0,024)	-0,010 (0,022)	0,047	0,050	0,049

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2008	0,087 (0,024)	0,055 (0,022)	0,128	0,147	0,156
2009	0,063 (0,022)	0,024 (0,019)	0,096	0,113	0,122
2010	0,067 (0,025)	-0,001 (0,022)	0,100	0,118	0,127
2011	0,058 (0,024)	0,014 (0,022)	0,080	0,088	0,090
2012	0,035 (0,021)	-0,023 (0,020)	0,055	0,067	0,073
2013	0,073 (0,018)	0,008 (0,015)	0,112	0,132	0,143
2014	0,092 (0,019)	0,030 (0,017)	0,123	0,131	0,133
2015	0,075 (0,015)	0,014 (0,013)	0,098	0,104	0,105
2016	0,086 (0,013)	0,022 (0,012)	0,111	0,117	0,117
2017	0,066 (0,012)	-0,004 (0,011)	0,081	0,083	0,081
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,019	0,006	-0,025	-0,026	-0,025
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-18,30	11,24	-16,34	-15,03	-13,81
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,021	-0,059	-0,047	-0,064	-0,075
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-24,25	-106,50	-36,64	-43,74	-48,01

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-338 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	GCI		GECI(3)	GECI(4)	GECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	0,007 (0,001)	0,004 (0,001)	0,028	0,026	0,024
2004	0,005 (0,001)	0,002 (0,001)	0,020	0,019	0,017
2005	0,003 (0,002)	0,000 (0,002)	0,011	0,010	0,009
2006	0,000 (0,002)	-0,001 (0,002)	0,001	0,001	0,001
2007	0,002 (0,002)	-0,001 (0,002)	0,008	0,007	0,006
2008	0,007 (0,002)	0,005 (0,002)	0,027	0,025	0,024
2009	0,005 (0,002)	0,002 (0,002)	0,020	0,019	0,018
2010	0,005 (0,002)	0,000 (0,002)	0,021	0,020	0,019
2011	0,005 (0,002)	0,001 (0,002)	0,018	0,016	0,014
2012	0,003 (0,002)	-0,002 (0,002)	0,014	0,014	0,014
2013	0,008 (0,002)	0,001 (0,002)	0,031	0,030	0,028
2014	0,010 (0,002)	0,003 (0,002)	0,036	0,032	0,028
2015	0,008 (0,002)	0,002 (0,002)	0,029	0,025	0,022
2016	0,010 (0,002)	0,003 (0,001)	0,032	0,028	0,025
2017	0,007 (0,001)	0,000 (0,001)	0,022	0,018	0,016
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,000	0,001	-0,001	0,000	0,000
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-4,85	28,57	-2,88	-0,78	0,42
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,000	-0,005	-0,006	-0,008	-0,008
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-4,96	-108,89	-20,37	-29,53	-34,87

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-339 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	E		W	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	0,030 (0,006)	0,014 (0,006)	0,114 (0,023)	0,054 (0,022)
2004	0,021 (0,006)	0,006 (0,005)	0,098 (0,025)	0,028 (0,024)
2005	0,013 (0,006)	-0,001 (0,006)	0,054 (0,026)	-0,004 (0,025)
2006	0,002 (0,006)	-0,006 (0,006)	0,008 (0,027)	-0,025 (0,027)
2007	0,010 (0,006)	-0,003 (0,006)	0,039 (0,025)	-0,011 (0,024)
2008	0,028 (0,008)	0,018 (0,007)	0,094 (0,026)	0,060 (0,024)
2009	0,020 (0,007)	0,008 (0,006)	0,068 (0,024)	0,026 (0,021)
2010	0,021 (0,008)	0,000 (0,007)	0,072 (0,027)	-0,001 (0,024)
2011	0,020 (0,008)	0,005 (0,008)	0,063 (0,026)	0,015 (0,024)
2012	0,014 (0,008)	-0,009 (0,008)	0,039 (0,023)	-0,026 (0,022)
2013	0,031 (0,007)	0,004 (0,007)	0,082 (0,020)	0,009 (0,017)
2014	0,042 (0,008)	0,014 (0,008)	0,104 (0,021)	0,034 (0,020)
2015	0,034 (0,007)	0,006 (0,006)	0,084 (0,016)	0,016 (0,015)
2016	0,039 (0,006)	0,010 (0,005)	0,097 (0,015)	0,025 (0,013)
2017	0,027 (0,005)	-0,002 (0,005)	0,073 (0,013)	-0,004 (0,012)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,002	0,004	-0,020	0,007
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-5,05	30,22	-17,28	12,50
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,001	-0,020	-0,021	-0,064
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-4,96	-108,29	-22,59	-106,63

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-340 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	SCI(3)	SCI(4)	SCI(5)	GSCI(3)	GSCI(4)	GSCI(5)
	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	0,106	0,106	0,106	0,030	0,030	0,030
2004	0,092	0,092	0,092	0,021	0,021	0,021
2005	0,050	0,050	0,050	0,012	0,012	0,012
2006	0,007	0,007	0,007	0,002	0,002	0,002
2007	0,035	0,035	0,035	0,010	0,010	0,009
2008	0,087	0,087	0,087	0,028	0,028	0,028
2009	0,064	0,064	0,064	0,020	0,020	0,020
2010	0,067	0,067	0,067	0,022	0,022	0,022
2011	0,059	0,059	0,059	0,020	0,020	0,020
2012	0,035	0,035	0,035	0,014	0,014	0,014
2013	0,075	0,075	0,075	0,032	0,032	0,032
2014	0,096	0,097	0,097	0,044	0,044	0,044

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2015	0,080	0,082	0,083	0,036	0,037	0,037
2016	0,094	0,096	0,097	0,042	0,043	0,044
2017	0,073	0,076	0,077	0,030	0,031	0,031
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,019	-0,019	-0,019	-0,001	-0,001	-0,001
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-18,11	-18,11	-18,11	-4,39	-4,39	-4,39
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,014	-0,011	-0,010	0,002	0,003	0,003
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-16,13	-12,90	-11,75	5,30	9,19	10,60

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Τέλος, η επίδοση ως προς τους σοβαρούς περιορισμούς επιδεινώνεται συνολικά μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, ιδίως στους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς, αν και καταγράφεται σημαντική βελτίωση το 2017 (Πίνακας 7-341).

Πίνακας 7-341 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	HAI(2)	
	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	7,73	8,37
2004	6,34	6,78
2005	6,47	7,00
2006	6,09	6,72
2007	7,00	7,50
2008	8,86	9,65
2009	8,36	9,09
2010	8,55	8,91
2011	9,07	9,17
2012	10,35	10,37
2013	11,48	11,19
2014	12,34	11,84
2015	12,04	11,36
2016	12,17	11,35
2017	10,87	9,96
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,12	1,28
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	14,54	15,33
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	2,02	0,31
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	22,75	3,23

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

7.3.2.2.5.4. Ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα

Η συχνότητα των σοβαρών περιορισμών μειώνεται σε παρόμοιο βαθμό σε όλα τα πεμπτημόρια εισοδήματος στους προτυποποιημένους πληθυσμούς, εκτός από το τρίτο, στο οποίο η μείωση είναι τριπλάσια σε σχέση με τις άλλες εισοδηματικές ομάδες (**Πίνακας 7-342**). Αντίθετα, τα αποτελέσματα για τους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς είναι περισσότερο συγκεχυμένα.

Πίνακας 7-342 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ					ΠΚ				
	Πρώτο	Δεύτερο	Τρίτο	Τέταρτο	Πεμπτο	Πρώτο	Δεύτερο	Τρίτο	Τέταρτο	Πεμπτο
2003	10,57 (0,63)	8,48 (0,58)	6,35 (0,58)	4,58 (0,48)	2,29 (0,36)	10,05 (0,56)	9,09 (0,57)	7,79 (0,67)	6,50 (0,65)	3,47 (0,58)
2004	8,84 (0,65)	7,74 (0,57)	5,33 (0,51)	3,48 (0,49)	2,04 (0,35)	8,20 (0,57)	7,93 (0,54)	6,96 (0,62)	4,68 (0,61)	3,44 (0,65)
2005	9,08 (0,71)	8,28 (0,63)	6,08 (0,58)	3,75 (0,50)	2,53 (0,38)	8,52 (0,66)	8,70 (0,64)	7,37 (0,67)	5,64 (0,76)	3,69 (0,58)
2006	8,06 (0,63)	7,50 (0,59)	7,01 (0,74)	4,13 (0,57)	2,96 (0,44)	7,94 (0,61)	7,67 (0,59)	8,03 (0,79)	5,18 (0,70)	4,92 (0,75)
2007	9,35 (0,74)	8,90 (0,67)	7,34 (0,69)	4,76 (0,52)	2,79 (0,40)	9,35 (0,70)	8,96 (0,62)	8,20 (0,69)	6,84 (0,70)	4,46 (0,65)
2008	12,30 (1,35)	10,10 (0,68)	9,42 (0,70)	5,41 (0,57)	3,56 (0,39)	12,43 (1,14)	10,29 (0,63)	9,75 (0,66)	7,82 (0,70)	5,81 (0,56)
2009	11,72 (1,00)	10,84 (0,78)	8,81 (0,76)	5,34 (0,55)	3,30 (0,45)	11,74 (0,89)	10,01 (0,61)	9,33 (0,69)	7,47 (0,68)	5,79 (0,66)
2010	10,84 (0,93)	11,31 (0,91)	9,15 (0,83)	5,54 (0,70)	4,35 (0,65)	11,32 (0,91)	9,93 (0,73)	9,22 (0,72)	7,37 (0,80)	6,99 (1,02)
2011	12,00 (0,83)	11,37 (0,83)	8,61 (0,78)	4,34 (0,61)	3,70 (0,68)	11,65 (0,76)	10,28 (0,68)	9,45 (0,73)	6,03 (0,69)	5,34 (1,03)
2012	11,00 (0,94)	11,79 (0,79)	9,53 (0,89)	7,25 (1,00)	6,19 (1,28)	12,29 (0,90)	10,82 (0,65)	9,80 (0,81)	8,44 (0,98)	8,01 (1,52)
2013	12,26 (0,62)	12,07 (0,67)	7,99 (0,67)	7,16 (0,85)	4,27 (0,89)	13,20 (0,57)	10,74 (0,51)	8,98 (0,65)	8,18 (0,88)	6,05 (1,16)
2014	13,41 (0,56)	12,07 (0,72)	7,05 (0,69)	7,26 (0,90)	5,34 (1,05)	13,67 (0,54)	11,01 (0,60)	8,36 (0,73)	8,57 (0,88)	6,38 (1,28)
2015	12,88 (0,45)	12,36 (0,52)	8,04 (0,56)	7,46 (0,75)	4,54 (0,74)	13,04 (0,42)	11,02 (0,44)	8,54 (0,53)	8,22 (0,80)	5,50 (0,96)
2016	12,36 (0,40)	12,65 (0,49)	9,54 (0,56)	7,91 (0,72)	4,61 (0,65)	12,85 (0,39)	10,83 (0,41)	10,02 (0,51)	8,68 (0,74)	5,18 (0,73)
2017	11,72 (0,36)	11,19 (0,41)	7,80 (0,44)	6,77 (0,64)	4,50 (0,78)	11,79 (0,34)	9,79 (0,33)	8,21 (0,42)	7,34 (0,66)	5,42 (0,82)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,730	1,622	3,072	0,829	1,268	2,376	1,195	1,962	1,322	2,344
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	16,36	19,13	48,37	18,11	55,28	23,63	13,15	25,20	20,34	67,58
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,58	1,09	-1,62	1,36	0,94	-0,64	-0,50	-1,54	-0,48	-0,39
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-4,70	10,77	-17,19	25,08	26,49	-5,19	-4,83	-15,78	-6,17	-6,75

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι απόλυτες διαφορές ως προς τον επιπολασμό των σοβαρών περιορισμών αμβλύνονται συνολικά κατά την περίοδο μετά την έναρξη της κρίσης, αν και σε αρκετά μικρότερο βαθμό στους προτυποποιημένους πληθυσμούς, παρά τη σημαντική αύξηση που παρατηρείται μεταξύ 2013-2016 (Πίνακας 7-343). Ως προς τις σχετικές διαφορές, η σημαντική πτωτική τάση πριν την έναρξη της κρίσης ακολουθείται από διακυμάνσεις μετά το 2008. Οι σχετικές ανισότητες αμβλύνονται στους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς, αλλά όχι και στους προτυποποιημένους.

Πίνακας 7-343 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-8,28 (0,72)	-6,59 (0,81)	0,22 (0,04)	0,34 (0,06)
2004	-6,79 (0,73)	-4,76 (0,87)	0,23 (0,04)	0,42 (0,08)
2005	-6,54 (0,81)	-4,82 (0,88)	0,28 (0,05)	0,43 (0,08)
2006	-5,09 (0,77)	-3,01 (0,97)	0,37 (0,06)	0,62 (0,11)
2007	-6,56 (0,84)	-4,89 (0,95)	0,30 (0,05)	0,48 (0,08)
2008	-8,74 (1,41)	-6,62 (1,27)	0,29 (0,05)	0,47 (0,06)
2009	-8,42 (1,09)	-5,94 (1,11)	0,28 (0,05)	0,49 (0,07)
2010	-6,50 (1,14)	-4,33 (1,37)	0,40 (0,07)	0,62 (0,10)
2011	-8,30 (1,07)	-6,31 (1,28)	0,31 (0,06)	0,46 (0,09)
2012	-4,81 (1,58)	-4,29 (1,76)	0,56 (0,13)	0,65 (0,13)
2013	-7,99 (1,08)	-7,15 (1,29)	0,35 (0,07)	0,46 (0,09)
2014	-8,07 (1,19)	-7,28 (1,39)	0,40 (0,08)	0,47 (0,10)
2015	-8,34 (0,86)	-7,55 (1,05)	0,35 (0,06)	0,42 (0,08)
2016	-7,75 (0,76)	-7,67 (0,82)	0,37 (0,05)	0,40 (0,06)
2017	-7,22 (0,86)	-6,37 (0,88)	0,38 (0,07)	0,46 (0,07)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,46	-0,03	0,07	0,12
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-5,58	-0,49	33,45	35,55
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,52	0,25	0,09	-0,01
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	17,42	3,82	32,73	-1,65

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Οι συνολικές ανισότητες μεταξύ των πεμπτημορίων εισοδήματος μετριάζονται κατά την περίοδο μετά την έναρξη της κρίσης βάσει της εξέλιξης των τιμών των δεικτών AGMD, RGMD και IDISP, εκτός από την περίπτωση του IDISP στους προτυποποιημένους πληθυσμούς (Πίνακας 7-344).

Πίνακας 7-344 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	AGMD		RGMD		IDISP	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	2,50 (0,26)	1,75 (0,21)	35,62 (3,65)	22,40 (2,69)	36,59 (3,03)	23,57 (2,67)
2004	2,28 (0,25)	1,65 (0,24)	39,13 (4,34)	25,43 (3,73)	39,69 (3,97)	26,18 (3,95)
2005	2,21 (0,23)	1,65 (0,28)	35,90 (3,72)	23,80 (4,03)	36,24 (3,79)	23,99 (4,19)
2006	1,86 (0,23)	1,31 (0,28)	30,69 (3,76)	19,24 (4,04)	31,06 (4,12)	19,64 (4,18)
2007	2,26 (0,24)	1,52 (0,22)	33,33 (3,50)	19,87 (2,93)	33,27 (3,29)	19,79 (2,95)
2008	2,93 (0,32)	1,92 (0,27)	36,09 (3,98)	20,86 (2,93)	36,22 (3,11)	20,97 (2,91)
2009	2,93 (0,28)	1,77 (0,30)	37,10 (3,49)	20,17 (3,39)	37,54 (3,34)	20,48 (3,46)
2010	2,69 (0,33)	1,44 (0,35)	33,46 (4,16)	16,30 (4,00)	33,27 (4,31)	16,43 (4,58)
2011	2,96 (0,30)	2,11 (0,30)	34,43 (3,52)	23,56 (3,35)	35,62 (3,43)	24,59 (3,68)
2012	1,49 (0,35)	1,25 (0,33)	14,74 (3,51)	11,78 (3,12)	19,65 (4,19)	14,11 (3,38)
2013	2,12 (0,32)	1,82 (0,30)	19,86 (2,95)	16,50 (2,68)	29,22 (3,51)	22,37 (2,96)
2014	2,35 (0,25)	2,03 (0,29)	20,78 (2,21)	17,70 (2,53)	30,30 (2,76)	24,06 (2,94)
2015	2,11 (0,19)	1,76 (0,21)	18,74 (1,72)	15,79 (1,84)	29,24 (2,14)	23,65 (2,28)
2016	1,72 (0,22)	1,51 (0,19)	15,30 (1,92)	13,53 (1,71)	25,26 (2,34)	20,87 (1,97)
2017	1,84 (0,17)	1,56 (0,20)	18,01 (1,63)	15,55 (1,95)	27,49 (2,26)	22,19 (2,32)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,43	0,17	0,47	-1,54	-0,37	-2,60
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	17,36	9,69	1,32	-6,88	-1,01	-11,04
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-1,09	-0,36	-18,08	-5,31	-8,73	1,22
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-37,18	-18,62	-50,09	-25,44	-24,10	5,83

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι δείκτες SII και RII καταγράφουν μικρή αύξηση κατά την περίοδο πριν την έναρξη της κρίσης και μια μεγαλύτερη μείωση μετά το 2008, παρά μάλιστα την αξιοσημείωτη αύξηση που σημειώνεται κατά το 2017 (Πίνακας 7-345). Οι σημαντικότερες ανισότητες καταγράφονται για τα έτη 2011 και 2014.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-345 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	SII		RII	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-10,51 (0,03)	-7,52 (0,03)	0,22 (0,00)	0,38 (0,00)
2004	-9,20 (0,03)	-6,20 (0,03)	0,20 (0,00)	0,38 (0,00)
2005	-9,01 (0,03)	-6,26 (0,03)	0,23 (0,00)	0,40 (0,00)
2006	-6,77 (0,03)	-4,15 (0,03)	0,33 (0,00)	0,54 (0,00)
2007	-8,77 (0,03)	-5,93 (0,03)	0,27 (0,00)	0,46 (0,00)
2008	-11,31 (0,03)	-7,88 (0,03)	0,24 (0,00)	0,42 (0,00)
2009	-11,41 (0,03)	-7,19 (0,03)	0,23 (0,00)	0,44 (0,00)
2010	-9,69 (0,03)	-5,55 (0,03)	0,30 (0,00)	0,53 (0,00)
2011	-11,79 (0,04)	-8,26 (0,03)	0,25 (0,00)	0,40 (0,00)
2012	-5,12 (0,04)	-5,35 (0,04)	0,60 (0,00)	0,60 (0,00)
2013	-7,79 (0,04)	-7,96 (0,04)	0,48 (0,00)	0,48 (0,00)
2014	-9,70 (0,04)	-8,78 (0,04)	0,42 (0,00)	0,46 (0,00)
2015	-8,15 (0,04)	-7,97 (0,04)	0,48 (0,00)	0,49 (0,00)
2016	-6,20 (0,04)	-6,72 (0,04)	0,58 (0,00)	0,55 (0,00)
2017	-7,17 (0,04)	-6,90 (0,04)	0,50 (0,00)	0,50 (0,00)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,80	-0,36	0,02	0,04
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-7,62	-4,77	11,07	11,29
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	4,14	0,98	0,25	0,08
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	36,63	12,48	102,39	18,85

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι τιμές των δεικτών συγκεντρώσεως παρουσιάζουν σημαντική μείωση μετά την έναρξη της κρίσης, μάλιστα σε κάπως μεγαλύτερο βαθμό για τους δείκτες σχετικής ανισότητας και σε υψηλότερη αποστροφή για την ανισότητα. Πάντως, το 2011 και μεταξύ 2013 και 2014 σημειώνονται σημαντικές, παροδικές διευρύνσεις των ανισοτήτων.

Πίνακας 7-346 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	CI		ECI(3)	ECI(4)	ECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	-0,234 (0,019)	-0,146 (0,018)	-0,338	-0,391	-0,420
2004	-0,251 (0,024)	-0,153 (0,022)	-0,371	-0,435	-0,472
2005	-0,233 (0,025)	-0,150 (0,024)	-0,338	-0,391	-0,419
2006	-0,174 (0,024)	-0,098 (0,023)	-0,242	-0,274	-0,290

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2007	-0,214 (0,023)	-0,147 (0,021)	-0,301	-0,342	-0,363
2008	-0,218 (0,029)	-0,150 (0,026)	-0,315	-0,365	-0,395
2009	-0,234 (0,025)	-0,141 (0,023)	-0,337	-0,387	-0,413
2010	-0,188 (0,025)	-0,100 (0,023)	-0,258	-0,280	-0,280
2011	-0,220 (0,022)	-0,147 (0,021)	-0,305	-0,336	-0,343
2012	-0,071 (0,025)	-0,081 (0,023)	-0,070	-0,047	-0,016
2013	-0,087 (0,017)	-0,103 (0,015)	-0,079	-0,046	-0,007
2014	-0,105 (0,016)	-0,114 (0,015)	-0,112	-0,091	-0,062
2015	-0,091 (0,013)	-0,104 (0,012)	-0,097	-0,080	-0,057
2016	-0,064 (0,012)	-0,085 (0,011)	-0,050	-0,017	0,017
2017	-0,093 (0,011)	-0,104 (0,011)	-0,105	-0,095	-0,078
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,016	-0,004	0,023	0,026	0,025
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	6,84	-2,82	6,80	6,65	5,95
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,125	0,046	0,210	0,270	0,317
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	57,16	30,59	66,67	73,89	80,15

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-347 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	GCI		GECI(3)	GECI(4)	GECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	-0,016 (0,001)	-0,010 (0,001)	-0,062	-0,058	-0,055
2004	-0,015 (0,001)	-0,009 (0,001)	-0,056	-0,054	-0,051
2005	-0,014 (0,002)	-0,009 (0,002)	-0,054	-0,051	-0,048
2006	-0,011 (0,001)	-0,006 (0,001)	-0,038	-0,035	-0,033
2007	-0,015 (0,002)	-0,010 (0,002)	-0,053	-0,049	-0,046
2008	-0,018 (0,002)	-0,012 (0,002)	-0,067	-0,063	-0,060
2009	-0,019 (0,002)	-0,011 (0,002)	-0,069	-0,065	-0,061
2010	-0,015 (0,002)	-0,008 (0,002)	-0,054	-0,048	-0,042
2011	-0,019 (0,002)	-0,013 (0,002)	-0,068	-0,061	-0,055
2012	-0,007 (0,003)	-0,008 (0,002)	-0,018	-0,010	-0,003
2013	-0,009 (0,002)	-0,011 (0,002)	-0,022	-0,010	-0,001
2014	-0,012 (0,002)	-0,013 (0,002)	-0,033	-0,022	-0,013
2015	-0,010 (0,001)	-0,012 (0,001)	-0,028	-0,019	-0,012
2016	-0,007 (0,001)	-0,010 (0,001)	-0,015	-0,004	0,004
2017	-0,010 (0,001)	-0,011 (0,001)	-0,028	-0,021	-0,015
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,001	-0,002	-0,005	-0,005	-0,005
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-7,93	-19,61	-7,78	-8,26	-8,89
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,008	0,002	0,039	0,042	0,045
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	45,99	13,11	57,89	67,25	75,00

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-348 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	E		W	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-0,066 (0,005)	-0,041 (0,005)	-0,252 (0,021)	-0,157 (0,019)
2004	-0,058 (0,006)	-0,036 (0,005)	-0,267 (0,026)	-0,162 (0,023)
2005	-0,057 (0,006)	-0,037 (0,006)	-0,248 (0,027)	-0,160 (0,025)
2006	-0,042 (0,006)	-0,024 (0,006)	-0,185 (0,025)	-0,104 (0,024)
2007	-0,058 (0,006)	-0,040 (0,006)	-0,229 (0,024)	-0,158 (0,023)
2008	-0,071 (0,010)	-0,049 (0,009)	-0,237 (0,032)	-0,163 (0,029)
2009	-0,074 (0,008)	-0,045 (0,007)	-0,254 (0,027)	-0,153 (0,025)
2010	-0,061 (0,008)	-0,032 (0,007)	-0,205 (0,027)	-0,109 (0,025)
2011	-0,076 (0,008)	-0,051 (0,007)	-0,241 (0,024)	-0,161 (0,023)
2012	-0,029 (0,010)	-0,033 (0,010)	-0,078 (0,028)	-0,090 (0,026)
2013	-0,037 (0,007)	-0,044 (0,006)	-0,097 (0,019)	-0,116 (0,017)
2014	-0,047 (0,007)	-0,052 (0,007)	-0,118 (0,018)	-0,128 (0,017)
2015	-0,041 (0,006)	-0,047 (0,005)	-0,103 (0,015)	-0,117 (0,014)
2016	-0,029 (0,005)	-0,038 (0,005)	-0,073 (0,013)	-0,095 (0,013)
2017	-0,038 (0,005)	-0,043 (0,005)	-0,104 (0,013)	-0,116 (0,012)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,005	-0,008	0,015	-0,006
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-7,91	-19,07	5,95	-4,09
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,033	0,006	0,133	0,047
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	46,12	12,73	56,12	28,97

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-349 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	SCI(3)	SCI(4)	SCI(5)	GSCI(3)	GSCI(4)	GSCI(5)
	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	-0,254	-0,264	-0,267	-0,071	-0,074	-0,075
2004	-0,271	-0,281	-0,286	-0,063	-0,065	-0,067
2005	-0,249	-0,254	-0,253	-0,061	-0,062	-0,062
2006	-0,192	-0,201	-0,205	-0,047	-0,049	-0,050
2007	-0,237	-0,246	-0,250	-0,064	-0,067	-0,068
2008	-0,240	-0,250	-0,254	-0,078	-0,081	-0,083
2009	-0,250	-0,257	-0,260	-0,079	-0,081	-0,082
2010	-0,189	-0,182	-0,172	-0,061	-0,058	-0,055
2011	-0,226	-0,224	-0,220	-0,078	-0,077	-0,076
2012	-0,061	-0,049	-0,036	-0,025	-0,020	-0,014
2013	-0,080	-0,072	-0,065	-0,034	-0,031	-0,028
2014	-0,100	-0,093	-0,086	-0,045	-0,042	-0,039

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2015	-0,095	-0,095	-0,092	-0,043	-0,043	-0,041
2016	-0,061	-0,059	-0,057	-0,028	-0,026	-0,026
2017	-0,098	-0,098	-0,098	-0,040	-0,040	-0,040
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,014	0,014	0,013	-0,006	-0,007	-0,008
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	5,51	5,30	4,87	-9,10	-9,86	-10,27
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,143	0,152	0,157	0,038	0,041	0,043
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	59,38	60,88	61,42	48,78	50,80	51,75

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Τέλος, η επίδοση ως προς τη συχνότητα των σοβαρών περιορισμών επιδεινώνεται τόσο πριν όσο και μετά την έναρξη της κρίσης, αν και φαίνεται να υπάρχει μια τάση βελτίωσης μετά το 2014 (Πίνακας 7-341).

Πίνακας 7-350 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	HAI(2)	
	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	8,66	9,05
2004	7,28	7,52
2005	7,58	7,92
2006	7,11	7,47
2007	8,22	8,57
2008	9,90	10,39
2009	9,75	10,01
2010	9,55	9,73
2011	10,50	10,34
2012	10,81	11,42
2013	11,62	12,10
2014	12,48	12,69
2015	12,23	12,37
2016	12,03	12,05
2017	11,16	11,06
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,24	1,34
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	14,32	14,81
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,26	0,67
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	12,69	6,45

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

7.3.2.2.5.5. Κίνδυνος φτώχειας

Ο επιπολασμός των σοβαρών περιορισμών αυξάνεται και στις δύο περιόδους της ανάλυσης για τους μη φτωχούς, ενώ μειώνεται για τους φτωχούς μετά το 2008 (Πίνακας 7-351). Βέβαια, διαπιστώνουμε μια πτωτική τάση από το 2016 για τα φτωχά άτομα και το 2017 για τα μη φτωχά.

Πίνακας 7-351 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον κίνδυνο φτώχειας, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	5,87 (0,29)	10,55 (0,63)	7,33 (0,34)	9,97 (0,57)
2004	5,03 (0,27)	8,65 (0,64)	6,26 (0,31)	7,99 (0,57)
2005	5,42 (0,29)	9,02 (0,71)	6,65 (0,34)	8,42 (0,64)
2006	5,54 (0,32)	8,08 (0,64)	6,68 (0,37)	7,95 (0,62)
2007	6,09 (0,32)	9,49 (0,77)	7,15 (0,35)	9,57 (0,73)
2008	7,17 (0,31)	12,42 (1,41)	8,41 (0,31)	12,54 (1,19)
2009	7,05 (0,33)	11,99 (1,04)	8,24 (0,32)	12,00 (0,94)
2010	7,56 (0,40)	10,39 (0,93)	8,56 (0,39)	11,08 (0,93)
2011	7,53 (0,40)	12,05 (0,85)	8,40 (0,39)	11,67 (0,77)
2012	9,63 (0,48)	11,02 (0,96)	9,83 (0,44)	12,40 (0,93)
2013	9,69 (0,41)	12,09 (0,62)	9,74 (0,36)	13,14 (0,58)
2014	9,61 (0,45)	13,37 (0,57)	9,77 (0,40)	13,69 (0,55)
2015	9,97 (0,34)	12,82 (0,46)	9,75 (0,30)	13,08 (0,43)
2016	10,48 (0,32)	12,26 (0,41)	10,05 (0,28)	12,83 (0,40)
2017	9,21 (0,27)	11,60 (0,36)	8,86 (0,24)	11,76 (0,34)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,30	1,87	1,08	2,57
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	22,13	17,75	14,74	25,72
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	2,04	-0,82	0,44	-0,78
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	28,49	-6,63	5,26	-6,24

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι απόλυτες και οι σχετικές διαφορές μειώθηκαν πριν το 2008 και αυξήθηκαν συνολικά στην περίοδο μετά την έναρξη της κρίσης (Πίνακας 7-352). Πάντως, η συμπίεση των ανισοτήτων που παρατηρείται μετά το 2008 είναι υποδιπλάσια στους προτυποποιημένους πληθυσμούς. Επιπλέον, παρατηρούνται παροδικές αυξήσεις το 2011 και μεταξύ 2013-2014.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-352 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον κίνδυνο φτώχειας, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-4,68 (0,69)	-2,64 (0,66)	0,56 (0,04)	0,74 (0,05)
2004	-3,62 (0,70)	-1,73 (0,65)	0,58 (0,05)	0,78 (0,07)
2005	-3,60 (0,77)	-1,77 (0,73)	0,60 (0,06)	0,79 (0,07)
2006	-2,54 (0,72)	-1,27 (0,72)	0,69 (0,07)	0,84 (0,08)
2007	-3,40 (0,83)	-2,42 (0,81)	0,64 (0,06)	0,75 (0,07)
2008	-5,25 (1,44)	-4,12 (1,23)	0,58 (0,07)	0,67 (0,07)
2009	-4,94 (1,09)	-3,76 (0,99)	0,59 (0,06)	0,69 (0,06)
2010	-2,82 (1,01)	-2,52 (1,00)	0,73 (0,08)	0,77 (0,07)
2011	-4,52 (0,94)	-3,27 (0,87)	0,62 (0,06)	0,72 (0,06)
2012	-1,39 (1,08)	-2,57 (1,03)	0,87 (0,09)	0,79 (0,07)
2013	-2,40 (0,75)	-3,40 (0,68)	0,80 (0,05)	0,74 (0,04)
2014	-3,76 (0,72)	-3,93 (0,68)	0,72 (0,05)	0,71 (0,04)
2015	-2,85 (0,57)	-3,33 (0,52)	0,78 (0,04)	0,75 (0,03)
2016	-1,77 (0,52)	-2,78 (0,49)	0,86 (0,04)	0,78 (0,03)
2017	-2,39 (0,45)	-2,90 (0,41)	0,79 (0,03)	0,75 (0,03)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,57	-1,48	0,02	-0,06
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-12,26	-56,22	3,72	-8,73
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	2,86	1,23	0,22	0,08
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	54,53	29,70	37,61	12,27

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.5.6. Αριθμός υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό

Σε όλες τις κατηγορίες των ομάδων που σχηματίζονται βάσει του αριθμού των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό παρατηρείται αύξηση του επιπολασμού των σοβαρών περιορισμών και στις δύο περιόδους της ανάλυσης (**Πίνακας 7-353**) Εξαίρεση αποτελεί η περίπτωση της χαμηλότερης κοινωνικοοικονομικής ομάδας μετά την έναρξη της κρίσης, η οποία συνδέεται με μείωση της σχετικής συχνότητας. Επιπλέον, η κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση της συχνότητας των σοβαρών περιορισμών είναι εμφανής, με τον επιπολασμό να αυξάνεται καθώς αυξάνεται και ο αριθμός των αγαθών που στερούνται τα νοικοκυριά.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-353 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ					ΠΚ				
	0 αγαθά	1 αγαθά	2 αγαθά	3 αγαθά	4+ αγαθά	0 αγαθά	1 αγαθά	2 αγαθά	3 αγαθά	4+ αγαθά
2003	3,32 (0,34)	4,95 (0,48)	5,65 (0,51)	8,93 (0,81)	13,42 (0,76)	4,52 (0,47)	6,25 (0,59)	6,43 (0,53)	9,80 (0,79)	13,21 (0,70)
2004	2,55 (0,27)	4,23 (0,49)	5,57 (0,56)	9,67 (0,97)	11,10 (0,75)	3,62 (0,39)	4,84 (0,53)	5,86 (0,56)	10,55 (0,93)	11,01 (0,69)
2005	2,54 (0,28)	4,39 (0,49)	6,13 (0,69)	9,69 (0,89)	12,07 (0,85)	3,43 (0,39)	5,06 (0,56)	6,73 (0,69)	10,48 (0,88)	12,19 (0,85)
2006	2,99 (0,32)	3,95 (0,44)	7,23 (0,75)	9,54 (1,06)	12,22 (0,92)	4,25 (0,43)	4,54 (0,49)	7,64 (0,76)	9,65 (0,99)	12,20 (0,89)
2007	3,57 (0,36)	5,63 (0,52)	8,01 (0,76)	9,41 (0,87)	13,68 (1,05)	4,69 (0,43)	6,60 (0,54)	8,40 (0,73)	10,02 (0,86)	13,32 (0,96)
2008	3,86 (0,34)	7,39 (0,56)	9,70 (0,78)	10,99 (0,91)	16,79 (1,77)	5,42 (0,42)	8,44 (0,56)	10,60 (0,78)	10,92 (0,84)	16,74 (1,38)
2009	3,90 (0,33)	9,07 (0,83)	11,06 (0,86)	9,77 (1,02)	13,47 (1,25)	5,54 (0,39)	9,18 (0,70)	10,98 (0,73)	10,50 (0,94)	14,82 (1,17)
2010	4,65 (0,45)	8,29 (0,94)	11,61 (1,09)	10,20 (1,11)	12,08 (1,26)	6,03 (0,49)	9,09 (0,91)	11,30 (0,95)	10,23 (0,92)	13,49 (1,22)
2011	4,41 (0,39)	7,93 (0,76)	11,56 (1,09)	14,02 (1,16)	11,95 (0,97)	5,53 (0,43)	7,77 (0,69)	11,07 (0,97)	13,02 (0,95)	13,82 (0,94)
2012	7,14 (0,63)	8,91 (0,76)	10,80 (1,02)	12,69 (1,04)	12,68 (1,43)	7,82 (0,56)	9,37 (0,70)	10,59 (0,90)	12,59 (0,94)	15,04 (1,35)
2013	7,13 (0,51)	10,55 (0,75)	12,07 (0,79)	12,56 (0,91)	12,75 (0,92)	7,85 (0,48)	9,60 (0,60)	11,74 (0,71)	12,75 (0,78)	15,31 (0,89)
2014	6,93 (0,49)	9,92 (0,80)	12,26 (0,81)	14,66 (0,84)	13,91 (0,88)	7,28 (0,45)	9,64 (0,66)	11,55 (0,73)	13,57 (0,71)	16,39 (0,94)
2015	6,18 (0,38)	9,40 (0,56)	12,64 (0,62)	14,60 (0,70)	14,01 (0,68)	6,38 (0,37)	8,74 (0,47)	11,15 (0,51)	13,97 (0,63)	16,36 (0,70)
2016	6,27 (0,36)	9,05 (0,44)	13,69 (0,61)	15,05 (0,67)	13,47 (0,59)	6,65 (0,36)	8,52 (0,38)	11,95 (0,50)	13,48 (0,56)	15,76 (0,63)
2017	5,64 (0,32)	8,53 (0,38)	12,47 (0,50)	12,51 (0,59)	13,66 (0,57)	5,93 (0,31)	7,96 (0,33)	10,93 (0,39)	11,58 (0,50)	15,09 (0,55)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,53	2,45	4,05	2,06	3,37	0,91	2,19	4,17	1,12	3,53
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	16,06	49,46	71,72	23,03	25,08	20,09	35,12	64,79	11,45	26,70
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,79	1,14	2,77	1,53	-3,13	0,51	-0,48	0,33	0,66	-1,65
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	46,37	15,42	28,59	13,91	-18,63	9,43	-5,67	3,16	6,04	-9,85

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι απόλυτες και οι σχετικές διαφορές μεταξύ της υψηλότερης και της χαμηλότερης κοινωνικοοικονομικής ομάδας βάσει του βαθμού υλικής αποστέρησης οξύνονται πριν την έναρξη της κρίσης, ενώ στη συνέχεια αμβλύνονται (Πίνακας 7-354). Ωστόσο, από το 2014 και έπειτα φαίνεται να υπάρχει μια πτωτική τάση.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-354 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-10,10 (0,83)	-8,70 (0,84)	0,25 (0,03)	0,34 (0,04)
2004	-8,55 (0,80)	-7,38 (0,79)	0,23 (0,03)	0,33 (0,04)
2005	-9,52 (0,90)	-8,77 (0,93)	0,21 (0,03)	0,28 (0,04)
2006	-9,23 (0,97)	-7,94 (0,99)	0,24 (0,03)	0,35 (0,04)
2007	-10,11 (1,11)	-8,63 (1,06)	0,26 (0,03)	0,35 (0,04)
2008	-12,93 (1,80)	-11,32 (1,44)	0,23 (0,03)	0,32 (0,04)
2009	-9,56 (1,30)	-9,28 (1,24)	0,29 (0,04)	0,37 (0,04)
2010	-7,42 (1,34)	-7,46 (1,31)	0,39 (0,05)	0,45 (0,05)
2011	-7,54 (1,05)	-8,29 (1,04)	0,37 (0,04)	0,40 (0,04)
2012	-5,54 (1,56)	-7,23 (1,46)	0,56 (0,08)	0,52 (0,06)
2013	-5,62 (1,06)	-7,46 (1,01)	0,56 (0,06)	0,51 (0,04)
2014	-6,98 (1,01)	-9,10 (1,05)	0,50 (0,05)	0,44 (0,04)
2015	-7,83 (0,78)	-9,99 (0,79)	0,44 (0,03)	0,39 (0,03)
2016	-7,20 (0,69)	-9,11 (0,73)	0,47 (0,03)	0,42 (0,03)
2017	-8,02 (0,65)	-9,16 (0,63)	0,41 (0,03)	0,39 (0,03)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-2,83	-2,62	-0,02	-0,02
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-28,04	-30,12	-7,21	-5,21
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	4,92	2,16	0,18	0,07
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	38,00	19,09	79,87	21,39

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι τιμές των δεικτών AGMD, RGMD και IDISP παρουσιάζουν μείωση συνολικά για την περίοδο μετά την έναρξη της κρίσης, ιδίως οι δείκτες της σχετικής ανισότητας (**Πίνακας 7-355**). Πάντως, παροδικές κορυφώσεις των ανισοτήτων σημειώνονται στα έτη 2011 και 2015.

Πίνακας 7-355 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	AGMD		RGMD		IDISP	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	3,31 (0,28)	2,90 (0,28)	47,28 (3,94)	37,25 (3,55)	44,13 (3,41)	34,94 (3,50)
2004	2,84 (0,24)	2,66 (0,25)	49,00 (4,11)	41,39 (3,95)	49,02 (4,61)	42,55 (4,39)
2005	2,98 (0,26)	2,84 (0,26)	48,34 (4,20)	41,72 (3,84)	48,24 (3,64)	41,87 (4,13)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2006	3,07 (0,24)	2,66 (0,25)	50,81 (3,93)	39,68 (3,72)	52,99 (4,17)	41,82 (4,01)
2007	2,95 (0,32)	2,52 (0,26)	43,57 (4,67)	33,76 (3,48)	44,74 (4,38)	34,73 (4,03)
2008	3,52 (0,32)	3,00 (0,28)	43,16 (3,98)	33,05 (3,13)	44,37 (3,89)	33,69 (3,20)
2009	3,36 (0,29)	2,79 (0,28)	42,70 (3,65)	31,58 (3,16)	40,23 (2,90)	30,40 (3,12)
2010	2,81 (0,34)	2,37 (0,33)	34,98 (4,30)	26,69 (3,77)	33,53 (4,08)	25,80 (3,97)
2011	3,44 (0,30)	3,19 (0,34)	40,14 (3,52)	35,12 (3,75)	38,74 (3,55)	34,17 (3,54)
2012	2,12 (0,44)	2,32 (0,39)	21,20 (4,36)	21,58 (3,58)	20,21 (3,83)	19,73 (3,09)
2013	1,98 (0,28)	2,45 (0,26)	18,54 (2,61)	21,82 (2,34)	16,91 (2,33)	19,76 (2,34)
2014	2,68 (0,30)	2,89 (0,32)	23,69 (2,67)	24,88 (2,73)	22,34 (2,40)	22,56 (2,65)
2015	3,00 (0,24)	3,28 (0,26)	26,68 (2,17)	28,87 (2,32)	25,65 (2,08)	27,16 (1,90)
2016	3,16 (0,23)	3,13 (0,23)	28,10 (2,00)	27,98 (2,03)	27,80 (2,01)	26,52 (1,74)
2017	2,97 (0,20)	2,92 (0,18)	29,04 (2,00)	28,97 (1,79)	27,84 (1,72)	27,09 (1,64)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,21	0,10	-4,12	-4,20	0,24	-1,25
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	6,38	3,50	-8,71	-11,29	0,54	-3,58
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,55	-0,09	-14,12	-4,08	-16,52	-6,60
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-15,54	-2,86	-32,72	-12,33	-37,24	-19,59

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι ανισότητες, ιδίως οι σχετικές, αμβλύνονται μετά την έναρξη της κρίσης βάσει της εξέλιξης των τιμών των δεικτών SII και RII (Πίνακας 7-356). Ωστόσο, παροδικές αυξήσεις παρατηρούνται για τα έτη 2011 και 2014 και έπειτα.

Πίνακας 7-356 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	SII		RII	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-13,19 (0,03)	-11,23 (0,03)	0,15 (0,00)	0,23 (0,00)
2004	-11,67 (0,03)	-10,17 (0,03)	0,13 (0,00)	0,20 (0,00)
2005	-12,62 (0,03)	-11,69 (0,03)	0,12 (0,00)	0,18 (0,00)
2006	-11,94 (0,03)	-9,96 (0,03)	0,13 (0,00)	0,22 (0,00)
2007	-12,09 (0,03)	-10,33 (0,03)	0,16 (0,00)	0,25 (0,00)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2008	-15,07 (0,04)	-12,73 (0,04)	0,15 (0,00)	0,24 (0,00)
2009	-12,50 (0,03)	-11,16 (0,03)	0,20 (0,00)	0,28 (0,00)
2010	-10,57 (0,03)	-9,34 (0,03)	0,26 (0,00)	0,35 (0,00)
2011	-12,65 (0,03)	-12,00 (0,04)	0,22 (0,00)	0,26 (0,00)
2012	-8,02 (0,04)	-9,42 (0,04)	0,45 (0,00)	0,41 (0,00)
2013	-7,59 (0,04)	-9,84 (0,04)	0,49 (0,00)	0,41 (0,00)
2014	-9,96 (0,04)	-12,04 (0,04)	0,41 (0,00)	0,35 (0,00)
2015	-10,93 (0,04)	-13,46 (0,04)	0,38 (0,00)	0,30 (0,00)
2016	-10,59 (0,04)	-12,30 (0,04)	0,39 (0,00)	0,33 (0,00)
2017	-10,87 (0,04)	-11,77 (0,04)	0,34 (0,00)	0,31 (0,00)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-1,89	-1,50	0,00	0,01
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-14,30	-13,40	3,31	4,01
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	4,20	0,96	0,19	0,06
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	27,88	7,54	125,20	26,69

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Μετριασμό των ανισοτήτων, ιδίως των σχετικών, διαπιστώνουμε μετά το 2008 και σε σχέση με τους δείκτες συγκεντρώσεως. Πάντως, αυξήσεις παρατηρούνται το 2011, καθώς και μεταξύ 2014-2015. Όταν αυξάνεται η τιμή της παραμέτρου αποστροφής για την ανισότητα, η συμπίεση των ανισοτήτων είναι γίνεται μικρότερη για τους δείκτες ECI και GECI και μεγαλύτερη για τους δείκτες SCI και GSCI.

Πίνακας 7-357 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	CI		ECI(3)	ECI(4)	ECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	0,290 (0,021)	0,232 (0,020)	0,398	0,448	0,475
2004	0,311 (0,025)	0,247 (0,023)	0,428	0,483	0,512
2005	0,315 (0,026)	0,270 (0,025)	0,439	0,499	0,532
2006	0,303 (0,027)	0,244 (0,025)	0,411	0,457	0,479
2007	0,276 (0,024)	0,224 (0,022)	0,374	0,419	0,443
2008	0,284 (0,028)	0,228 (0,025)	0,395	0,450	0,481
2009	0,244 (0,024)	0,202 (0,022)	0,361	0,424	0,459
2010	0,206 (0,026)	0,169 (0,023)	0,304	0,356	0,384
2011	0,227 (0,022)	0,202 (0,019)	0,347	0,409	0,442
2012	0,124 (0,027)	0,142 (0,025)	0,191	0,227	0,248
2013	0,112 (0,018)	0,140 (0,016)	0,183	0,229	0,260
2014	0,142 (0,018)	0,170 (0,017)	0,225	0,276	0,310

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2015	0,156 (0,014)	0,187 (0,012)	0,250	0,311	0,352
2016	0,147 (0,012)	0,170 (0,011)	0,246	0,309	0,350
2017	0,167 (0,011)	0,181 (0,011)	0,264	0,323	0,361
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,006	-0,004	-0,003	0,002	0,006
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-2,07	-1,73	-0,75	0,45	1,26
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,117	-0,047	-0,131	-0,127	-0,120
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-41,20	-20,47	-33,16	-28,22	-24,95

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-358 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	GCI		GECI(3)	GECI(4)	GECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	0,020 (0,002)	0,016 (0,001)	0,072	0,066	0,062
2004	0,018 (0,001)	0,014 (0,001)	0,065	0,059	0,056
2005	0,019 (0,002)	0,017 (0,002)	0,070	0,065	0,061
2006	0,018 (0,002)	0,015 (0,002)	0,065	0,059	0,054
2007	0,019 (0,002)	0,015 (0,002)	0,066	0,060	0,056
2008	0,023 (0,002)	0,019 (0,002)	0,084	0,078	0,073
2009	0,019 (0,002)	0,016 (0,002)	0,074	0,071	0,068
2010	0,017 (0,002)	0,014 (0,002)	0,063	0,061	0,058
2011	0,020 (0,002)	0,017 (0,002)	0,077	0,074	0,071
2012	0,012 (0,003)	0,014 (0,002)	0,050	0,048	0,047
2013	0,012 (0,002)	0,015 (0,002)	0,051	0,052	0,052
2014	0,016 (0,002)	0,019 (0,002)	0,066	0,066	0,066
2015	0,018 (0,002)	0,021 (0,001)	0,073	0,074	0,074
2016	0,017 (0,001)	0,019 (0,001)	0,072	0,074	0,074
2017	0,017 (0,001)	0,019 (0,001)	0,070	0,070	0,069
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,003	0,002	0,011	0,011	0,011
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	13,79	14,20	15,47	17,04	17,87
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,006	0,000	-0,014	-0,008	-0,004
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-25,97	0,00	-16,15	-9,79	-5,60

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-359 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	E		W	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	0,081 (0,006)	0,065 (0,006)	0,312 (0,023)	0,249 (0,021)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2004	0,072 (0,006)	0,057 (0,005)	0,330 (0,027)	0,263 (0,024)
2005	0,078 (0,006)	0,067 (0,006)	0,336 (0,027)	0,287 (0,026)
2006	0,073 (0,006)	0,059 (0,006)	0,322 (0,029)	0,260 (0,027)
2007	0,075 (0,006)	0,061 (0,006)	0,296 (0,026)	0,241 (0,024)
2008	0,092 (0,009)	0,074 (0,008)	0,309 (0,031)	0,248 (0,027)
2009	0,077 (0,007)	0,064 (0,007)	0,265 (0,026)	0,219 (0,024)
2010	0,066 (0,008)	0,054 (0,007)	0,224 (0,028)	0,184 (0,025)
2011	0,078 (0,007)	0,069 (0,007)	0,249 (0,024)	0,221 (0,021)
2012	0,050 (0,011)	0,057 (0,010)	0,137 (0,029)	0,157 (0,027)
2013	0,048 (0,008)	0,060 (0,007)	0,125 (0,020)	0,157 (0,018)
2014	0,065 (0,008)	0,077 (0,008)	0,161 (0,020)	0,191 (0,019)
2015	0,070 (0,006)	0,084 (0,006)	0,176 (0,015)	0,211 (0,014)
2016	0,066 (0,005)	0,077 (0,005)	0,166 (0,014)	0,192 (0,013)
2017	0,068 (0,005)	0,074 (0,004)	0,186 (0,013)	0,202 (0,012)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,011	0,009	-0,003	-0,001
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	13,65	14,51	-0,96	-0,48
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,024	0,000	-0,123	-0,046
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-25,97	-0,13	-39,81	-18,64

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-360 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

	SCI(3)	SCI(4)	SCI(5)	GSCI(3)	GSCI(4)	GSCI(5)
Έτος έρευνας	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	0,329	0,349	0,361	0,092	0,098	0,101
2004	0,351	0,374	0,390	0,082	0,087	0,091
2005	0,353	0,375	0,389	0,087	0,092	0,096
2006	0,337	0,357	0,371	0,081	0,086	0,090
2007	0,314	0,339	0,357	0,085	0,092	0,097
2008	0,321	0,342	0,355	0,104	0,111	0,116
2009	0,261	0,273	0,282	0,082	0,086	0,089
2010	0,218	0,227	0,235	0,070	0,073	0,075
2011	0,229	0,224	0,219	0,078	0,077	0,075
2012	0,127	0,125	0,123	0,051	0,050	0,049
2013	0,121	0,125	0,127	0,052	0,053	0,054
2014	0,155	0,162	0,167	0,070	0,073	0,076
2015	0,170	0,178	0,184	0,077	0,080	0,083
2016	0,151	0,152	0,152	0,068	0,068	0,069
2017	0,180	0,186	0,190	0,074	0,076	0,078
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,008	-0,007	-0,006	0,012	0,013	0,015
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-2,43	-2,01	-1,66	13,17	13,73	14,85
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,141	-0,156	-0,165	-0,030	-0,035	-0,038

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-43,93	-45,61	-46,48	-29,13	-31,26	-33,02
---------------------------------------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Τέλος, η επίδοση ως προς τους σοβαρούς περιορισμούς βαίνει μειούμενη τόσο πριν όσο και μετά την έναρξη της κρίσης (**Πίνακας 7-361**). Πάντως, διαπιστώνουμε μια τάση βελτίωσης από το 2015 και έπειτα.

Πίνακας 7-361 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	HAI(2)	
	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	9,02	9,64
2004	7,61	8,07
2005	8,10	8,68
2006	7,87	8,34
2007	8,63	9,09
2008	10,46	11,05
2009	9,79	10,49
2010	9,67	10,26
2011	10,52	10,78
2012	11,24	12,02
2013	11,89	12,60
2014	12,91	13,42
2015	12,95	13,30
2016	12,85	13,01
2017	11,91	11,85
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,44	1,41
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	15,96	14,63
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,45	0,80
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	13,86	7,24

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.5.7. Σοβαρή υλική στέρηση

Η συχνότητα των σοβαρών περιορισμών μειώνεται μετά την έναρξη της κρίσης για τα νοικοκυριά που υφίστανται σοβαρή υλική στέρηση, ενώ για τα υπόλοιπα αυξάνεται (**Πίνακας 7-362**).

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-362 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τη σοβαρή υλική στέρση, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	5,30 (0,27)	14,81 (0,86)	6,54 (0,31)	13,80 (0,76)
2004	4,73 (0,26)	11,95 (0,86)	5,67 (0,30)	10,91 (0,73)
2005	4,95 (0,28)	13,95 (1,02)	5,89 (0,32)	13,13 (0,96)
2006	5,04 (0,29)	13,44 (1,05)	5,96 (0,33)	12,60 (0,97)
2007	5,71 (0,30)	14,68 (1,16)	6,74 (0,32)	13,78 (1,07)
2008	6,82 (0,29)	18,48 (2,07)	8,00 (0,30)	17,94 (1,53)
2009	7,10 (0,33)	14,28 (1,39)	8,15 (0,31)	15,19 (1,32)
2010	7,36 (0,38)	13,09 (1,37)	8,28 (0,36)	14,25 (1,32)
2011	7,94 (0,40)	12,21 (1,04)	8,29 (0,37)	14,03 (1,01)
2012	9,31 (0,43)	12,89 (1,52)	9,54 (0,39)	15,64 (1,44)
2013	10,19 (0,39)	12,61 (0,99)	10,13 (0,33)	15,58 (0,96)
2014	10,64 (0,38)	13,89 (0,93)	10,31 (0,34)	16,55 (1,02)
2015	10,45 (0,30)	14,15 (0,71)	9,92 (0,26)	16,88 (0,74)
2016	10,68 (0,28)	13,29 (0,61)	10,05 (0,24)	15,79 (0,66)
2017	9,34 (0,23)	13,66 (0,58)	8,82 (0,20)	15,18 (0,57)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,52	3,67	1,46	4,14
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	28,67	24,80	22,28	29,98
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	2,53	-4,82	0,82	-2,76
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	37,04	-26,10	10,27	-15,39

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Αμφότερες οι απόλυτες και οι σχετικές διαφορές αμβλύνονται σημαντικά μετά την έναρξη της κρίσης, σε αντίθεση με την τάση πριν το 2008 (**Πίνακας 7-363**). Ωστόσο, παρατηρείται μια σημαντική διεύρυνσή τους το 2017.

Πίνακας 7-363 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τη σοβαρή υλική στέρση, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-9,51 (0,90)	-7,26 (0,82)	0,36 (0,03)	0,47 (0,03)
2004	-7,21 (0,90)	-5,24 (0,79)	0,40 (0,04)	0,52 (0,04)
2005	-8,99 (1,06)	-7,24 (1,01)	0,36 (0,03)	0,45 (0,04)
2006	-8,39 (1,09)	-6,64 (1,02)	0,38 (0,04)	0,47 (0,04)
2007	-8,97 (1,20)	-7,03 (1,12)	0,39 (0,04)	0,49 (0,04)
2008	-11,67 (2,09)	-9,94 (1,56)	0,37 (0,04)	0,45 (0,04)
2009	-7,18 (1,43)	-7,04 (1,35)	0,50 (0,05)	0,54 (0,05)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2010	-5,72 (1,42)	-5,97 (1,36)	0,56 (0,07)	0,58 (0,06)
2011	-4,27 (1,12)	-5,74 (1,07)	0,65 (0,06)	0,59 (0,05)
2012	-3,58 (1,58)	-6,10 (1,49)	0,72 (0,09)	0,61 (0,06)
2013	-2,42 (1,07)	-5,44 (1,01)	0,81 (0,07)	0,65 (0,05)
2014	-3,25 (1,01)	-6,23 (1,07)	0,77 (0,06)	0,62 (0,04)
2015	-3,70 (0,77)	-6,96 (0,78)	0,74 (0,04)	0,59 (0,03)
2016	-2,61 (0,67)	-5,75 (0,70)	0,80 (0,04)	0,64 (0,03)
2017	-4,32 (0,63)	-6,36 (0,60)	0,68 (0,03)	0,58 (0,03)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-2,15	-2,68	0,01	-0,03
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-22,64	-36,91	3,10	-5,92
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	7,35	3,58	0,32	0,14
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	63,00	36,04	85,45	30,32

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.5.8. Χαμηλή ένταση εργασίας

Ο επιπολασμός των σοβαρών περιορισμών σημειώνει αύξηση στα νοικοκυριά που δεν χαρακτηρίζονται από χαμηλή ένταση εργασίας, αν και μετά το 2014 καταγράφεται μια σαφής πτωτική τάση (**Πίνακας 7-364**). Από την άλλη πλευρά, για τα νοικοκυριά που συνδέονται με χαμηλή ένταση εργασίας, η συχνότητα παραμένει συνολικά σταθερή στην περίοδο μετά την έναρξη της ύφεσης στους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς, ενώ μειώνεται στους προτυποποιημένους. Η μείωση στη δεύτερη περίπτωση οφείλεται κυρίως στη σημαντική ελάττωση που παρατηρείται κατά τα έτη 2010 και 2013.

Πίνακας 7-364 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τη χαμηλή ένταση εργασίας, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	6,77 (0,29)	9,60 (1,03)	7,54 (0,31)	13,39 (1,34)
2004	5,59 (0,27)	8,64 (1,08)	6,23 (0,28)	11,94 (1,46)
2005	6,03 (0,29)	7,98 (1,09)	6,70 (0,31)	10,00 (1,52)
2006	5,81 (0,30)	8,81 (1,17)	6,41 (0,32)	11,37 (1,56)
2007	6,53 (0,32)	9,74 (1,53)	7,12 (0,32)	12,02 (1,83)
2008	8,03 (0,36)	9,65 (1,55)	8,82 (0,34)	12,52 (1,80)
2009	7,82 (0,34)	8,55 (1,38)	8,50 (0,31)	12,10 (1,72)
2010	8,12 (0,40)	6,80 (1,21)	8,63 (0,36)	9,28 (1,65)
2011	8,44 (0,38)	9,71 (1,13)	8,40 (0,34)	10,64 (1,23)
2012	10,04 (0,46)	9,82 (1,32)	9,93 (0,42)	10,85 (1,48)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2013	11,06 (0,39)	8,30 (0,86)	10,46 (0,31)	8,72 (0,94)
2014	11,65 (0,42)	9,41 (0,79)	10,82 (0,36)	9,83 (0,82)
2015	11,64 (0,33)	8,84 (0,59)	10,66 (0,27)	9,31 (0,63)
2016	11,46 (0,29)	9,91 (0,59)	10,41 (0,23)	10,34 (0,62)
2017	10,28 (0,24)	9,89 (0,53)	9,31 (0,20)	10,44 (0,58)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,26	0,05	1,27	-0,87
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	18,63	0,51	16,88	-6,49
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	2,24	0,25	0,50	-2,07
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	27,92	2,56	5,62	-16,57

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι απόλυτες και οι σχετικές διαφορές στον επιπολασμό των σοβαρών περιορισμών μεταξύ των νοικοκυριών με χαμηλή ένταση εργασίας και των υπολοίπων παρουσιάζουν υψηλή διακύμανση (Πίνακας 7-365).

Πίνακας 7-365 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τη χαμηλή ένταση εργασίας, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-2,82 (1,07)	-5,84 (1,37)	0,71 (0,08)	0,56 (0,06)
2004	-3,05 (1,11)	-5,70 (1,49)	0,65 (0,09)	0,52 (0,07)
2005	-1,95 (1,12)	-3,30 (1,55)	0,76 (0,11)	0,67 (0,11)
2006	-2,99 (1,21)	-4,96 (1,59)	0,66 (0,09)	0,56 (0,08)
2007	-3,21 (1,56)	-4,90 (1,86)	0,67 (0,11)	0,59 (0,09)
2008	-1,61 (1,60)	-3,70 (1,83)	0,83 (0,14)	0,70 (0,10)
2009	-0,73 (1,42)	-3,60 (1,74)	0,91 (0,15)	0,70 (0,10)
2010	1,32 (1,28)	-0,64 (1,69)	1,19 (0,22)	0,93 (0,17)
2011	-1,27 (1,20)	-2,24 (1,28)	0,87 (0,11)	0,79 (0,10)
2012	0,22 (1,39)	-0,92 (1,54)	1,02 (0,14)	0,92 (0,13)
2013	2,76 (0,95)	1,74 (0,99)	1,33 (0,15)	1,20 (0,13)
2014	2,24 (0,89)	0,98 (0,90)	1,24 (0,11)	1,10 (0,10)
2015	2,80 (0,67)	1,35 (0,69)	1,32 (0,10)	1,14 (0,08)
2016	1,55 (0,65)	0,08 (0,66)	1,16 (0,07)	1,01 (0,06)
2017	0,39 (0,59)	-1,13 (0,61)	1,04 (0,06)	0,89 (0,05)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,21	2,14	0,13	0,14
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	42,94	36,67	18,02	25,00
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	2,00	2,57	0,21	0,19
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	123,92	69,46	24,74	26,60

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

7.3.2.2.5.9. Κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού

Η συχνότητα των σοβαρών περιορισμών μειώνεται συνολικά κατά την περίοδο μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης για τους φτωχούς ή κοινωνικά αποκλεισμένους, ενώ αυξάνεται για τα υπόλοιπα άτομα (**Πίνακας 7-366**). Αυτή η διαφοροποίηση μπορεί να αποδοθεί στο ότι η πτωτική τάση των τελευταίων ετών ξεκινάει δύο έτη νωρίτερα για τα φτωχά νοικοκυριά.

Πίνακας 7-366 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	4,78 (0,27)	10,84 (0,53)	6,26 (0,35)	10,89 (0,51)
2004	4,31 (0,27)	8,78 (0,53)	5,52 (0,33)	8,71 (0,49)
2005	4,51 (0,28)	9,82 (0,59)	5,67 (0,33)	9,80 (0,57)
2006	4,84 (0,32)	8,85 (0,57)	5,92 (0,37)	9,10 (0,57)
2007	5,34 (0,31)	10,20 (0,67)	6,41 (0,34)	10,81 (0,66)
2008	6,57 (0,31)	12,24 (1,01)	7,70 (0,32)	13,33 (0,88)
2009	6,75 (0,35)	11,08 (0,78)	7,69 (0,32)	12,49 (0,73)
2010	7,18 (0,41)	10,44 (0,82)	8,00 (0,39)	11,98 (0,84)
2011	7,18 (0,42)	11,35 (0,68)	7,79 (0,40)	11,92 (0,66)
2012	9,32 (0,51)	10,97 (0,81)	9,17 (0,45)	12,71 (0,80)
2013	9,26 (0,43)	12,13 (0,57)	9,05 (0,35)	13,45 (0,54)
2014	9,53 (0,46)	13,03 (0,54)	9,35 (0,39)	13,67 (0,54)
2015	9,67 (0,35)	12,72 (0,43)	9,08 (0,29)	13,41 (0,41)
2016	9,85 (0,33)	12,60 (0,38)	9,08 (0,28)	13,42 (0,38)
2017	8,61 (0,28)	11,86 (0,33)	8,02 (0,24)	12,24 (0,32)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,79	1,40	1,44	2,44
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	37,55	12,95	23,03	22,36
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	2,04	-0,38	0,32	-1,09
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	31,04	-3,08	4,20	-8,16

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Ο επιπολασμός των σοβαρών περιορισμών είναι μεγαλύτερος στα φτωχά ή κοινωνικά αποκλεισμένα άτομα, με τις απόλυτες και τις σχετικές ανισότητες να αυξάνονται μετά το 2008 (**Πίνακας 7-367**). Το 2010 και το 2012 παρατηρούμε σημαντικές αμβλύσεις στις διαφορές, οι οποίες ακολουθούνται από αυξήσεις, ενώ από το 2013-2014 και έπειτα υπάρχει μια σταθεροποίηση.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-367 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-6,06 (0,60)	-4,64 (0,61)	0,44 (0,03)	0,57 (0,04)
2004	-4,47 (0,59)	-3,19 (0,59)	0,49 (0,04)	0,63 (0,05)
2005	-5,31 (0,65)	-4,13 (0,66)	0,46 (0,04)	0,58 (0,05)
2006	-4,01 (0,65)	-3,18 (0,68)	0,55 (0,05)	0,65 (0,06)
2007	-4,86 (0,74)	-4,40 (0,74)	0,52 (0,05)	0,59 (0,05)
2008	-5,67 (1,05)	-5,63 (0,93)	0,54 (0,05)	0,58 (0,04)
2009	-4,34 (0,85)	-4,80 (0,79)	0,61 (0,05)	0,62 (0,04)
2010	-3,26 (0,91)	-3,99 (0,92)	0,69 (0,07)	0,67 (0,06)
2011	-4,17 (0,80)	-4,13 (0,77)	0,63 (0,05)	0,65 (0,05)
2012	-1,65 (0,96)	-3,54 (0,92)	0,85 (0,08)	0,72 (0,06)
2013	-2,86 (0,71)	-4,40 (0,65)	0,76 (0,05)	0,67 (0,04)
2014	-3,50 (0,71)	-4,32 (0,67)	0,73 (0,05)	0,68 (0,04)
2015	-3,05 (0,55)	-4,32 (0,50)	0,76 (0,04)	0,68 (0,03)
2016	-2,75 (0,50)	-4,34 (0,47)	0,78 (0,04)	0,68 (0,03)
2017	-3,26 (0,43)	-4,22 (0,40)	0,73 (0,03)	0,66 (0,03)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,39	-0,99	0,10	0,00
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	6,42	-21,45	21,77	0,55
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	2,41	1,41	0,19	0,08
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	42,57	25,05	35,19	13,45

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.5.10. Υπερπλήρης κατοικία

Τα άτομα που δεν αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της υπερπλήρους κατοικίας συνδέονται με μεγαλύτερη αύξηση της συχνότητας των σοβαρών περιορισμών σε σχέση με αυτά που ζουν σε συνωστισμένες κατοικίες μετά την έναρξη της κρίσης, ενώ το αντίθετο διαπιστώνεται για την προηγούμενη περίοδο (**Πίνακας 7-368**).

Πίνακας 7-368 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς την υπερπλήρη κατοικία, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	7,77 (0,35)	5,23 (0,40)	7,94 (0,34)	8,12 (0,60)
2004	6,50 (0,33)	4,09 (0,40)	6,55 (0,31)	6,67 (0,66)
2005	6,71 (0,34)	4,83 (0,48)	6,77 (0,33)	7,77 (0,77)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2006	6,55 (0,37)	4,77 (0,44)	6,67 (0,35)	7,46 (0,70)
2007	7,27 (0,39)	5,46 (0,53)	7,32 (0,36)	8,42 (0,72)
2008	8,48 (0,37)	7,23 (1,02)	8,71 (0,33)	10,77 (1,14)
2009	8,27 (0,39)	6,68 (0,70)	8,37 (0,32)	10,99 (0,92)
2010	8,53 (0,46)	6,51 (0,69)	8,50 (0,38)	10,82 (1,02)
2011	9,26 (0,44)	6,60 (0,69)	8,83 (0,38)	10,42 (1,02)
2012	10,82 (0,50)	7,77 (1,11)	10,32 (0,43)	11,14 (1,30)
2013	11,34 (0,41)	8,86 (0,75)	10,54 (0,33)	13,51 (0,89)
2014	11,78 (0,44)	10,08 (0,70)	10,66 (0,37)	15,07 (0,91)
2015	12,05 (0,34)	9,10 (0,52)	10,74 (0,27)	13,07 (0,72)
2016	12,26 (0,31)	8,59 (0,45)	10,75 (0,25)	12,69 (0,66)
2017	11,17 (0,26)	7,77 (0,37)	9,64 (0,22)	11,47 (0,56)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,71	2,01	0,76	2,65
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	9,08	38,41	9,58	32,62
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	2,69	0,53	0,94	0,70
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	31,74	7,39	10,78	6,45

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι απόλυτες και οι σχετικές διαφορές στους σοβαρούς περιορισμούς ευνοούν τα νοικοκυριά χωρίς προβλήματα συνωστισμού στους προτυποποιημένους πληθυσμούς, ενώ στους μη προτυποποιημένους παρατηρούμε το αντίθετο (**Πίνακας 7-369**). Πάντως, οι ανισότητες αμβλύνονται συνολικά μετά το 2008 και στις δύο κατανομές. Είναι αξιοσημείωτο πως παρατηρείται μείωση των διαφορών στους προτυποποιημένους πληθυσμούς κατά τα πρώτα χρόνια της κρίσης, ενώ ακολουθείται από μια σημαντική αυξητική τάση μεταξύ 2013-2014, η οποία στη συνέχεια πάλι αντιστρέφεται.

Πίνακας 7-369 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς την υπερπλήρη κατοικία, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	2,55 (0,53)	-0,18 (0,69)	1,49 (0,13)	0,98 (0,08)
2004	2,41 (0,52)	-0,12 (0,73)	1,59 (0,18)	0,98 (0,11)
2005	1,89 (0,59)	-1,00 (0,84)	1,39 (0,16)	0,87 (0,10)
2006	1,78 (0,58)	-0,79 (0,79)	1,37 (0,15)	0,89 (0,10)
2007	1,81 (0,66)	-1,10 (0,80)	1,33 (0,15)	0,87 (0,09)
2008	1,24 (1,08)	-2,07 (1,19)	1,17 (0,17)	0,81 (0,09)
2009	1,59 (0,80)	-2,62 (0,98)	1,24 (0,14)	0,76 (0,07)
2010	2,02 (0,82)	-2,33 (1,08)	1,31 (0,16)	0,78 (0,08)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2011	2,65 (0,82)	-1,60 (1,09)	1,40 (0,16)	0,85 (0,09)
2012	3,05 (1,22)	-0,82 (1,37)	1,39 (0,21)	0,93 (0,11)
2013	2,48 (0,85)	-2,97 (0,95)	1,28 (0,12)	0,78 (0,06)
2014	1,70 (0,82)	-4,41 (0,98)	1,17 (0,09)	0,71 (0,05)
2015	2,95 (0,62)	-2,33 (0,77)	1,32 (0,08)	0,82 (0,05)
2016	3,67 (0,55)	-1,94 (0,71)	1,43 (0,08)	0,85 (0,05)
2017	3,40 (0,45)	-1,83 (0,60)	1,44 (0,08)	0,84 (0,05)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-1,30	-1,89	-0,32	-0,17
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-51,14	-1051,29	-21,19	-17,38
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	2,16	0,24	0,27	0,03
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	173,30	11,75	22,67	4,06

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.5.11. Σοβαρή στέρηση στέγασης

Η συχνότητα των σοβαρών περιορισμών αυξάνεται περισσότερο στα άτομα που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα στέγασης από ό,τι στα υπόλοιπα μετά την έναρξη της κρίσης (**Πίνακας 7-370**). Η αύξηση αυτή οφείλεται στην ανοδική τάση των πρώτων ετών της ύφεσης, με εξαίρεση το 2011, μέχρι και το 2014, ενώ στη συνέχεια παρατηρούμε μια σταδιακή μείωση.

Πίνακας 7-370 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τη σοβαρή στέρηση στέγασης, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	6,91 (0,30)	7,81 (0,85)	7,78 (0,31)	10,68 (1,15)
2004	5,76 (0,28)	6,28 (0,94)	6,47 (0,29)	9,03 (1,20)
2005	6,03 (0,30)	7,53 (1,04)	6,73 (0,31)	10,30 (1,37)
2006	5,93 (0,31)	7,18 (1,05)	6,65 (0,33)	9,33 (1,34)
2007	6,70 (0,34)	7,48 (1,19)	7,40 (0,33)	9,64 (1,28)
2008	8,19 (0,41)	7,71 (0,98)	9,07 (0,38)	10,88 (1,34)
2009	7,72 (0,35)	9,82 (1,24)	8,56 (0,32)	14,35 (1,56)
2010	7,83 (0,40)	10,44 (1,68)	8,52 (0,36)	15,20 (2,01)
2011	8,42 (0,38)	10,54 (1,65)	8,77 (0,36)	14,29 (2,10)
2012	9,73 (0,43)	13,55 (3,19)	10,16 (0,40)	16,80 (2,68)
2013	10,37 (0,36)	14,64 (2,15)	10,62 (0,32)	18,52 (1,86)
2014	11,00 (0,40)	16,49 (1,67)	10,98 (0,36)	21,63 (1,63)
2015	11,07 (0,30)	13,77 (1,24)	10,82 (0,26)	17,87 (1,43)
2016	11,23 (0,27)	11,54 (1,12)	10,89 (0,24)	16,24 (1,40)
2017	10,13 (0,23)	11,91 (0,94)	9,71 (0,21)	15,92 (1,14)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,28	-0,11	1,29	0,20
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	18,49	-1,39	16,61	1,87
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,94	4,20	0,64	5,04
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	23,69	54,57	7,04	46,28

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι ανισότητες υγείας εις βάρος των ατόμων σε σοβαρά προβλήματα στέγασης αυξάνονται σημαντικά για την περίοδο μετά την έναρξη της κρίσης, ιδίως οι απόλυτες (**Πίνακας 7-371**). Μια συνεχή αυξητική τάση στις απόλυτες και τις σχετικές διαφορές παρατηρείται μέχρι και το 2014, με εξαίρεση το 2011, οπότε και καταγράφεται μια παροδική σημαντική πτώση. Στη συνέχεια, διαπιστώνουμε άμβλυνση των ανισοτήτων μεταξύ 2015-2016, ενώ το 2017 σημειώνεται σημαντική όξυνσή τους.

Πίνακας 7-371 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τη σοβαρή στέγηση στέγασης, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-0,90 (0,90)	-2,91 (1,19)	0,88 (0,10)	0,73 (0,08)
2004	-0,52 (0,98)	-2,56 (1,24)	0,92 (0,14)	0,72 (0,10)
2005	-1,51 (1,08)	-3,57 (1,41)	0,80 (0,12)	0,65 (0,09)
2006	-1,25 (1,09)	-2,68 (1,38)	0,83 (0,13)	0,71 (0,11)
2007	-0,78 (1,23)	-2,24 (1,33)	0,90 (0,15)	0,77 (0,11)
2008	0,48 (1,06)	-1,81 (1,39)	1,06 (0,14)	0,83 (0,11)
2009	-2,10 (1,29)	-5,78 (1,60)	0,79 (0,11)	0,60 (0,07)
2010	-2,61 (1,72)	-6,68 (2,04)	0,75 (0,13)	0,56 (0,08)
2011	-2,12 (1,70)	-5,52 (2,13)	0,80 (0,13)	0,61 (0,09)
2012	-3,82 (3,22)	-6,64 (2,71)	0,72 (0,17)	0,60 (0,10)
2013	-4,27 (2,18)	-7,90 (1,88)	0,71 (0,11)	0,57 (0,06)
2014	-5,48 (1,72)	-10,65 (1,67)	0,67 (0,07)	0,51 (0,04)
2015	-2,70 (1,28)	-7,05 (1,45)	0,80 (0,08)	0,61 (0,05)
2016	-0,31 (1,15)	-5,35 (1,42)	0,97 (0,10)	0,67 (0,06)
2017	-1,78 (0,97)	-6,21 (1,16)	0,85 (0,07)	0,61 (0,05)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,39	1,09	0,18	0,11
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	153,24	37,60	20,15	14,47
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-2,27	-4,40	-0,21	-0,22
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-470,53	-242,65	-19,98	-26,83

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

7.3.2.2.5.12. Δυσκολία αντιμετώπισης των συνήθων αναγκών

Κατά την περίοδο μετά το 2008, ο επιπολασμός των σοβαρών περιορισμών αυξάνεται πολύ περισσότερο στα νοικοκυριά που δεν αντιμετωπίζουν δυσκολίες αντιμετώπισης των συνήθων αναγκών σε σχέση με τα υπόλοιπα στους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς, ενώ η συνολική μεταβολή είναι πιο μικρή για τους προτυποποιημένους (Πίνακας 7-372).

Πίνακας 7-372 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τη δυσκολία αντιμετώπισης των συνήθων αναγκών, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	4,42 (0,29)	9,75 (0,45)	5,36 (0,34)	10,61 (0,45)
2004	3,62 (0,26)	8,37 (0,47)	4,44 (0,31)	8,95 (0,46)
2005	3,34 (0,27)	8,83 (0,47)	3,98 (0,32)	9,67 (0,48)
2006	3,53 (0,30)	8,25 (0,45)	4,43 (0,37)	8,84 (0,46)
2007	4,11 (0,34)	9,13 (0,48)	5,00 (0,35)	9,76 (0,48)
2008	4,63 (0,33)	11,05 (0,61)	5,93 (0,37)	11,73 (0,56)
2009	4,97 (0,38)	10,04 (0,51)	6,19 (0,40)	10,87 (0,47)
2010	5,59 (0,46)	9,75 (0,55)	6,83 (0,50)	10,35 (0,51)
2011	5,66 (0,49)	10,35 (0,50)	5,70 (0,45)	11,28 (0,48)
2012	5,70 (0,53)	11,63 (0,59)	5,70 (0,47)	12,59 (0,57)
2013	6,50 (0,53)	11,87 (0,44)	6,65 (0,46)	12,43 (0,39)
2014	6,53 (0,55)	12,67 (0,45)	6,92 (0,54)	12,74 (0,42)
2015	7,22 (0,42)	12,43 (0,35)	6,90 (0,38)	12,54 (0,32)
2016	7,24 (0,38)	12,47 (0,32)	7,12 (0,33)	12,39 (0,29)
2017	6,34 (0,32)	11,40 (0,27)	6,07 (0,29)	11,24 (0,25)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,22	1,29	0,57	1,12
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	4,95	13,28	10,73	10,60
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,70	0,35	0,14	-0,49
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	36,71	3,17	2,31	-4,16

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Συνολικά, οι ανισότητες στη συχνότητα των σχετικών περιορισμών αμβλύνονται κατά την περίοδο μετά την έναρξη της κρίσης (Πίνακας 7-373). Μετά την μείωση που παρατηρείται μεταξύ 2009-2010, ακολουθεί μια ανοδική πορεία έως και το 2012, ενώ στη συνέχεια καταγράφεται μια τάση άμβλυνσης τόσο των απόλυτων όσο και των σχετικών διαφορών.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-373 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τη δυσκολία αντιμετώπισης των συνήθων αναγκών, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-5,34 (0,53)	-5,25 (0,56)	0,45 (0,04)	0,51 (0,04)
2004	-4,75 (0,54)	-4,51 (0,55)	0,43 (0,04)	0,50 (0,04)
2005	-5,49 (0,55)	-5,68 (0,57)	0,38 (0,04)	0,41 (0,04)
2006	-4,72 (0,54)	-4,41 (0,59)	0,43 (0,04)	0,50 (0,05)
2007	-5,02 (0,59)	-4,76 (0,59)	0,45 (0,04)	0,51 (0,04)
2008	-6,41 (0,69)	-5,80 (0,67)	0,42 (0,04)	0,51 (0,04)
2009	-5,07 (0,64)	-4,69 (0,61)	0,50 (0,05)	0,57 (0,04)
2010	-4,17 (0,72)	-3,52 (0,72)	0,57 (0,06)	0,66 (0,06)
2011	-4,69 (0,70)	-5,58 (0,66)	0,55 (0,05)	0,51 (0,05)
2012	-5,92 (0,79)	-6,89 (0,74)	0,49 (0,05)	0,45 (0,04)
2013	-5,37 (0,69)	-5,78 (0,61)	0,55 (0,05)	0,54 (0,04)
2014	-6,14 (0,71)	-5,82 (0,68)	0,52 (0,05)	0,54 (0,05)
2015	-5,21 (0,55)	-5,65 (0,50)	0,58 (0,04)	0,55 (0,03)
2016	-5,24 (0,50)	-5,27 (0,44)	0,58 (0,03)	0,57 (0,03)
2017	-5,06 (0,42)	-5,18 (0,38)	0,56 (0,03)	0,54 (0,03)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-1,08	-0,55	-0,03	0,00
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-20,17	-10,47	-7,35	0,12
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,35	0,62	0,14	0,03
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	21,07	10,77	32,51	6,74

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.5.13. Υποκειμενική φτώχεια

Ο επιπολασμός των σοβαρών περιορισμών μειώνεται συνολικά κατά την περίοδο μετά το 2008 για τα άτομα που είναι υποκειμενικά φτωχά, ενώ αυξάνεται για τα υπόλοιπα (**Πίνακας 7-374**). Παρόλα αυτά, παρατηρούνται σημαντικές αυξομειώσεις.

Πίνακας 7-374 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς την υποκειμενική φτώχεια, 2004-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2004	5,82 (0,27)	4,55 (1,69)	6,65 (0,29)	4,72 (1,87)
2005	6,16 (0,29)	6,27 (2,41)	7,00 (0,32)	13,71 (2,94)
2006	6,08 (0,30)	0,73 (0,74)	6,89 (0,32)	7,80 (0,00)
2007	6,75 (0,33)	8,57 (3,67)	7,53 (0,33)	10,82 (3,83)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2008	8,11 (0,38)	11,71 (3,53)	9,13 (0,37)	17,74 (2,95)
2009	7,88 (0,34)	6,83 (2,88)	8,87 (0,32)	7,81 (2,48)
2010	8,08 (0,39)	1,12 (0,54)	8,94 (0,37)	1,15 (0,59)
2011	8,57 (0,38)	8,80 (2,94)	9,01 (0,36)	8,01 (2,86)
2012	10,17 (0,48)	3,41 (0,97)	10,64 (0,45)	6,15 (2,48)
2013	10,71 (0,37)	8,03 (2,72)	11,02 (0,33)	9,63 (3,35)
2014	11,35 (0,39)	9,48 (3,02)	11,44 (0,37)	15,66 (2,35)
2015	11,32 (0,30)	7,42 (1,44)	11,18 (0,27)	10,42 (2,18)
2016	11,32 (0,27)	7,87 (1,10)	11,10 (0,24)	13,54 (1,93)
2017	10,25 (0,23)	8,95 (1,24)	9,99 (0,21)	10,68 (1,39)
Απόλυτη μεταβολή 2004-2008	2,29	7,16	2,48	13,02
Σχετική μεταβολή (%) 2004-2008	39,29	157,42	37,36	276,08
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	2,15	-2,76	0,86	-7,06
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	26,47	-23,61	9,42	-39,78

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι απόλυτες και οι σχετικές διαφορές σημειώνουν σημαντική διακύμανση, και δεν είναι εύκολη η εξαγωγή συμπερασμάτων (**Πίνακας 7-375**).

Πίνακας 7-375 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς την υποκειμενική φτώχεια, 2004-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2004	1,27 (1,71)	1,93 (1,90)	1,28 (0,48)	1,41 (0,56)
2005	-0,11 (2,43)	-6,71 (2,96)	0,98 (0,38)	0,51 (0,11)
2006	5,35 (0,80)	-0,91 (0,32)	8,35 (8,52)	0,88 (0,04)
2007	-1,82 (3,68)	-3,29 (3,84)	0,79 (0,34)	0,70 (0,25)
2008	-3,60 (3,55)	-8,61 (2,98)	0,69 (0,21)	0,51 (0,09)
2009	1,06 (2,91)	1,06 (2,50)	1,15 (0,49)	1,14 (0,36)
2010	6,96 (0,67)	7,79 (0,70)	7,23 (3,51)	7,75 (4,00)
2011	-0,23 (2,97)	1,00 (2,89)	0,97 (0,33)	1,12 (0,40)
2012	6,76 (1,08)	4,48 (2,52)	2,99 (0,86)	1,73 (0,70)
2013	2,69 (2,75)	1,40 (3,36)	1,33 (0,46)	1,15 (0,40)
2014	1,87 (3,05)	-4,22 (2,37)	1,20 (0,38)	0,73 (0,11)
2015	3,90 (1,47)	0,77 (2,20)	1,53 (0,30)	1,07 (0,23)
2016	3,45 (1,13)	-2,43 (1,95)	1,44 (0,20)	0,82 (0,12)
2017	1,31 (1,26)	-0,69 (1,41)	1,15 (0,16)	0,93 (0,12)
Απόλυτη μεταβολή 2004-2008	-4,88	-10,54	-0,59	-0,89
Σχετική μεταβολή (%) 2004-2008	-383,64	-546,63	-45,89	-63,48
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	4,91	7,92	0,45	0,42
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	136,23	91,94	65,55	81,71

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.5.14. Επίπεδο εκπαίδευσης

Τα άτομα με το χαμηλότερο και το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης συνδέονται με τις μεγαλύτερες αυξήσεις στον επιπολασμό των σοβαρών προβλημάτων κατά την περίοδο μετά το 2008 (Πίνακας 7-376).

Πίνακας 7-376 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ				ΠΚ			
	Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	ΑΕΙ/ΤΕΙ	Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	ΑΕΙ/ΤΕΙ
2003	12,41 (0,58)	3,97 (0,50)	2,23 (0,23)	1,57 (0,30)	9,64 (0,48)	7,34 (1,00)	5,79 (0,70)	2,63 (0,67)
2004	10,41 (0,56)	2,96 (0,48)	2,10 (0,25)	1,31 (0,27)	7,98 (0,50)	6,50 (1,03)	4,85 (0,62)	2,42 (0,64)
2005	11,00 (0,59)	3,46 (0,56)	2,89 (0,32)	1,71 (0,36)	8,22 (0,49)	6,36 (1,09)	6,74 (0,81)	2,29 (0,52)
2006	10,63 (0,61)	4,38 (0,71)	2,70 (0,31)	1,91 (0,39)	8,27 (0,56)	7,59 (1,21)	5,71 (0,74)	3,44 (0,73)
2007	12,37 (0,65)	4,88 (0,84)	3,04 (0,32)	1,73 (0,33)	8,72 (0,48)	7,81 (1,06)	6,29 (0,76)	2,89 (0,78)
2008	14,89 (0,66)	6,94 (1,54)	3,59 (0,29)	2,08 (0,34)	10,33 (0,52)	11,58 (1,74)	7,49 (0,62)	5,99 (1,28)
2009	16,33 (0,75)	6,10 (1,24)	3,12 (0,33)	1,68 (0,34)	10,59 (0,58)	10,17 (1,46)	7,63 (0,69)	6,39 (1,18)
2010	16,95 (0,89)	5,33 (0,71)	3,77 (0,44)	1,92 (0,39)	11,78 (1,16)	9,39 (1,15)	8,05 (0,86)	4,48 (1,03)
2011	19,11 (0,90)	8,20 (0,97)	3,32 (0,34)	2,53 (0,42)	13,00 (0,95)	10,05 (1,11)	5,86 (0,62)	4,96 (1,00)
2012	21,14 (1,05)	7,26 (1,27)	4,64 (0,43)	4,67 (0,66)	13,21 (0,90)	9,19 (1,22)	7,76 (0,77)	8,19 (1,27)
2013	23,90 (0,89)	8,61 (0,95)	4,83 (0,37)	3,43 (0,38)	13,79 (0,59)	11,68 (1,03)	8,30 (0,58)	6,44 (0,78)
2014	26,35 (0,98)	8,86 (0,81)	5,65 (0,43)	3,65 (0,39)	19,23 (1,47)	11,58 (0,96)	8,88 (0,64)	6,20 (0,66)
2015	26,25 (0,76)	9,32 (0,74)	5,43 (0,30)	4,15 (0,35)	17,93 (0,96)	11,63 (0,83)	8,68 (0,47)	6,22 (0,51)
2016	26,18 (0,68)	8,24 (0,54)	5,94 (0,27)	4,67 (0,34)	17,26 (0,83)	10,06 (0,67)	8,91 (0,37)	6,91 (0,51)
2017	24,28 (0,61)	7,17 (0,47)	5,42 (0,24)	4,33 (0,30)	16,33 (0,86)	9,05 (0,57)	7,81 (0,34)	6,66 (0,50)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	2,48	2,98	1,36	0,52	0,69	4,24	1,70	3,37
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	19,97	75,06	60,83	33,13	7,18	57,79	29,37	128,16
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	9,39	0,23	1,83	2,24	6,00	-2,53	0,32	0,67
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	63,05	3,28	50,96	107,68	58,11	-21,87	4,26	11,14

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι απόλυτες και οι σχετικές διαφορές στη συχνότητα των σοβαρών περιορισμών μεταξύ της χαμηλότερης και της ανώτερης εκπαιδευτικής βαθμίδας επιτείνονται κατά τη διάρκεια της κρίσης, ιδίως στους προτυποποιημένους πληθυσμούς, αντιστρέφοντας την τάση της προηγούμενης περιόδου (Πίνακας 7-377). Οι υψηλότερες ανισότητες καταγράφονται το 2011 και, ιδίως, το 2014, ενώ από το 2015 και έπειτα υπάρχει μια τάση άμβλυνσής τους.

Πίνακας 7-377 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-10,85 (0,65)	-7,01 (0,82)	0,13 (0,02)	0,27 (0,07)
2004	-9,10 (0,62)	-5,56 (0,81)	0,13 (0,03)	0,30 (0,08)
2005	-9,29 (0,70)	-5,92 (0,72)	0,16 (0,03)	0,28 (0,07)
2006	-8,73 (0,72)	-4,83 (0,92)	0,18 (0,04)	0,42 (0,09)
2007	-10,64 (0,73)	-5,83 (0,91)	0,14 (0,03)	0,33 (0,09)
2008	-12,81 (0,74)	-4,33 (1,38)	0,14 (0,02)	0,58 (0,13)
2009	-14,65 (0,82)	-4,20 (1,31)	0,10 (0,02)	0,60 (0,12)
2010	-15,04 (0,97)	-7,30 (1,55)	0,11 (0,02)	0,38 (0,10)
2011	-16,59 (1,00)	-8,04 (1,38)	0,13 (0,02)	0,38 (0,08)
2012	-16,47 (1,24)	-5,03 (1,56)	0,22 (0,03)	0,62 (0,10)
2013	-20,47 (0,97)	-7,35 (0,98)	0,14 (0,02)	0,47 (0,06)
2014	-22,70 (1,05)	-13,02 (1,61)	0,14 (0,02)	0,32 (0,04)
2015	-22,10 (0,83)	-11,71 (1,09)	0,16 (0,01)	0,35 (0,03)
2016	-21,50 (0,76)	-10,35 (0,97)	0,18 (0,01)	0,40 (0,04)
2017	-19,95 (0,68)	-9,67 (0,99)	0,18 (0,01)	0,41 (0,04)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-1,96	2,68	0,01	0,31
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-18,07	38,17	10,97	112,89
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-7,15	-5,33	0,04	-0,17
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-55,79	-123,06	27,37	-29,71

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των τιμών των δεικτών AGMD, RGMD και IDISP δείχνουν αύξηση των συνολικών ανισοτήτων στη συχνότητα των σοβαρών περιορισμών

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

μεταξύ των εκπαιδευτικών βαθμίδων κατά την περίοδο μετά την έναρξη της κρίσης (Πίνακας 7-378).

Πίνακας 7-378 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	AGMD		RGMD		IDISP	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	4,72 (0,30)	2,14 (0,32)	75,65 (4,80)	30,73 (4,55)	68,62 (3,57)	30,73 (4,62)
2004	3,89 (0,25)	1,77 (0,30)	75,31 (4,86)	30,37 (5,11)	69,53 (3,27)	30,95 (4,93)
2005	3,83 (0,31)	1,44 (0,26)	67,45 (5,41)	22,29 (3,98)	63,00 (4,60)	24,36 (4,57)
2006	3,58 (0,32)	1,55 (0,36)	63,65 (5,64)	23,90 (5,52)	57,31 (4,45)	25,82 (5,12)
2007	4,21 (0,33)	1,66 (0,29)	67,24 (5,32)	24,69 (4,25)	60,82 (5,01)	27,35 (5,06)
2008	4,85 (0,30)	1,83 (0,47)	66,06 (4,07)	21,21 (5,40)	57,75 (3,93)	24,45 (7,57)
2009	5,61 (0,35)	1,61 (0,43)	77,49 (4,83)	18,76 (4,96)	68,72 (4,39)	19,65 (5,91)
2010	5,55 (0,41)	2,09 (0,45)	75,39 (5,50)	24,61 (5,32)	70,16 (4,36)	25,39 (5,26)
2011	6,07 (0,37)	3,12 (0,37)	76,26 (4,66)	38,67 (4,61)	67,43 (3,33)	37,93 (5,68)
2012	6,24 (0,43)	1,98 (0,40)	66,95 (4,58)	20,89 (4,21)	62,25 (4,76)	18,51 (4,21)
2013	7,35 (0,35)	2,61 (0,30)	73,40 (3,45)	26,77 (3,08)	67,54 (3,16)	27,56 (4,04)
2014	8,34 (0,36)	4,33 (0,56)	73,61 (3,15)	37,72 (4,91)	68,10 (2,74)	34,27 (3,77)
2015	8,18 (0,30)	3,95 (0,34)	72,74 (2,70)	36,03 (3,07)	66,35 (2,35)	33,42 (2,82)
2016	7,89 (0,28)	3,43 (0,32)	70,15 (2,45)	31,81 (2,93)	66,27 (1,96)	29,99 (2,45)
2017	7,26 (0,25)	3,34 (0,34)	70,99 (2,39)	33,76 (3,42)	67,99 (2,01)	31,80 (3,04)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,12	-0,31	-9,59	-9,52	-10,87	-6,28
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	2,64	-14,62	-12,67	-30,98	-15,84	-20,43
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	2,42	1,51	4,93	12,56	10,24	7,35
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	49,88	82,55	7,46	59,20	17,74	30,06

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Οι ανισότητες βάσει των δεικτών SII και RII αυξάνονται σημαντικά μετά το 2008 (Πίνακας 7-379). Πάντως, παρατηρείται μια παροδική μείωσή τους το 2012, καθώς και μια πτωτική τάση μετά το 2014.

Πίνακας 7-379 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	SII		RII	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-20,65 (0,05)	-9,41 (0,04)	0,04 (0,00)	0,26 (0,00)
2004	-16,73 (0,04)	-7,55 (0,03)	0,04 (0,00)	0,27 (0,00)
2005	-15,67 (0,04)	-6,51 (0,03)	0,06 (0,00)	0,36 (0,00)
2006	-14,87 (0,04)	-6,36 (0,03)	0,07 (0,00)	0,37 (0,00)
2007	-17,79 (0,04)	-7,33 (0,03)	0,06 (0,00)	0,34 (0,00)
2008	-20,73 (0,04)	-6,46 (0,04)	0,06 (0,00)	0,47 (0,00)
2009	-24,17 (0,04)	-6,08 (0,03)	0,03 (0,00)	0,49 (0,00)
2010	-22,98 (0,04)	-9,51 (0,04)	0,04 (0,00)	0,32 (0,00)
2011	-25,51 (0,04)	-11,70 (0,04)	0,04 (0,00)	0,23 (0,00)
2012	-23,27 (0,04)	-6,93 (0,04)	0,08 (0,00)	0,48 (0,00)
2013	-29,49 (0,04)	-10,22 (0,04)	0,04 (0,00)	0,35 (0,00)
2014	-32,88 (0,05)	-17,78 (0,04)	0,05 (0,00)	0,21 (0,00)
2015	-31,95 (0,04)	-16,04 (0,04)	0,05 (0,00)	0,23 (0,00)
2016	-29,84 (0,04)	-13,58 (0,04)	0,06 (0,00)	0,28 (0,00)
2017	-27,42 (0,04)	-12,68 (0,04)	0,06 (0,00)	0,27 (0,00)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,08	2,95	0,02	0,21
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-0,38	31,35	56,32	82,99
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-6,69	-6,23	0,01	-0,20
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-32,26	-96,42	9,16	-42,01

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι τιμές των δεικτών συγκέντρωσης αυξάνονται κατά τη διάρκεια της κρίσης, με την επίταση των ανισοτήτων να είναι μεγαλύτερη για τους δείκτες των απόλυτων εκπαιδευτικών ανισοτήτων, καθώς και σε υψηλότερη αποστροφή για την ανισότητα. Οι μεγαλύτερες ανισότητες καταγράφονται για τα έτη 2011 και 2013, ενώ από το 2015 και έπειτα παρατηρείται μια τάση μείωσής τους.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-380 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	CI		ECI(3)	ECI(4)	ECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	-0,403 (0,023)	-0,194 (0,021)	-0,637	-0,776	-0,859
2004	-0,399 (0,026)	-0,179 (0,023)	-0,635	-0,779	-0,868
2005	-0,360 (0,026)	-0,143 (0,026)	-0,574	-0,707	-0,791
2006	-0,349 (0,027)	-0,133 (0,026)	-0,555	-0,681	-0,759
2007	-0,374 (0,025)	-0,165 (0,024)	-0,595	-0,732	-0,818
2008	-0,381 (0,022)	-0,144 (0,022)	-0,610	-0,755	-0,849
2009	-0,435 (0,025)	-0,142 (0,022)	-0,708	-0,887	-1,006
2010	-0,418 (0,026)	-0,129 (0,025)	-0,689	-0,873	-1,001
2011	-0,432 (0,025)	-0,211 (0,023)	-0,723	-0,923	-1,062
2012	-0,355 (0,028)	-0,127 (0,028)	-0,609	-0,791	-0,922
2013	-0,411 (0,020)	-0,170 (0,018)	-0,690	-0,886	-1,025
2014	-0,408 (0,019)	-0,187 (0,017)	-0,680	-0,868	-1,000
2015	-0,401 (0,015)	-0,185 (0,014)	-0,673	-0,863	-0,997
2016	-0,378 (0,013)	-0,162 (0,013)	-0,641	-0,829	-0,964
2017	-0,380 (0,013)	-0,168 (0,013)	-0,647	-0,840	-0,981
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,022	0,051	0,027	0,021	0,010
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	5,46	25,98	4,24	2,71	1,16
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,001	-0,024	-0,037	-0,085	-0,132
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	0,26	-16,54	-6,07	-11,26	-15,55

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-381 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	GCI		GECI(3)	GECI(4)	GECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	-0,025 (0,001)	-0,012 (0,001)	-0,103	-0,102	-0,100
2004	-0,021 (0,001)	-0,009 (0,001)	-0,085	-0,085	-0,084
2005	-0,021 (0,001)	-0,008 (0,002)	-0,085	-0,085	-0,084
2006	-0,020 (0,002)	-0,008 (0,001)	-0,081	-0,081	-0,080
2007	-0,023 (0,002)	-0,010 (0,002)	-0,097	-0,097	-0,096
2008	-0,028 (0,002)	-0,011 (0,002)	-0,116	-0,117	-0,116
2009	-0,032 (0,002)	-0,010 (0,002)	-0,133	-0,136	-0,136
2010	-0,031 (0,002)	-0,010 (0,002)	-0,132	-0,136	-0,138
2011	-0,034 (0,002)	-0,017 (0,002)	-0,149	-0,155	-0,158
2012	-0,033 (0,003)	-0,012 (0,003)	-0,147	-0,156	-0,161
2013	-0,041 (0,002)	-0,017 (0,002)	-0,179	-0,188	-0,192
2014	-0,046 (0,002)	-0,021 (0,002)	-0,200	-0,208	-0,212

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2015	-0,045 (0,002)	-0,021 (0,002)	-0,197	-0,205	-0,210
2016	-0,043 (0,002)	-0,018 (0,001)	-0,187	-0,197	-0,203
2017	-0,039 (0,001)	-0,017 (0,001)	-0,172	-0,182	-0,188
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,003	0,002	-0,013	-0,015	-0,016
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-10,71	12,40	-12,62	-14,71	-16,00
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,011	-0,007	-0,056	-0,065	-0,072
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-39,07	-62,26	-48,28	-55,56	-62,07

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-382 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	E		W	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-0,101 (0,006)	-0,049 (0,005)	-0,430 (0,024)	-0,207 (0,022)
2004	-0,082 (0,005)	-0,037 (0,005)	-0,421 (0,028)	-0,189 (0,025)
2005	-0,082 (0,006)	-0,032 (0,006)	-0,382 (0,027)	-0,151 (0,028)
2006	-0,079 (0,006)	-0,030 (0,006)	-0,370 (0,028)	-0,141 (0,027)
2007	-0,094 (0,006)	-0,041 (0,006)	-0,399 (0,027)	-0,176 (0,025)
2008	-0,112 (0,006)	-0,042 (0,006)	-0,411 (0,024)	-0,155 (0,023)
2009	-0,126 (0,007)	-0,041 (0,007)	-0,469 (0,027)	-0,153 (0,024)
2010	-0,123 (0,008)	-0,038 (0,007)	-0,452 (0,028)	-0,139 (0,027)
2011	-0,138 (0,008)	-0,067 (0,007)	-0,470 (0,027)	-0,229 (0,025)
2012	-0,132 (0,010)	-0,048 (0,010)	-0,392 (0,030)	-0,140 (0,031)
2013	-0,164 (0,008)	-0,068 (0,007)	-0,456 (0,022)	-0,189 (0,019)
2014	-0,185 (0,009)	-0,085 (0,008)	-0,460 (0,021)	-0,211 (0,019)
2015	-0,180 (0,007)	-0,083 (0,006)	-0,452 (0,017)	-0,208 (0,016)
2016	-0,170 (0,006)	-0,073 (0,006)	-0,426 (0,015)	-0,182 (0,014)
2017	-0,155 (0,005)	-0,069 (0,005)	-0,423 (0,014)	-0,187 (0,015)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,011	0,006	0,019	0,052
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-10,89	12,99	4,42	25,13
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,043	-0,026	-0,012	-0,032
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-38,39	-62,56	-2,92	-20,36

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-383 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	SCI(3)	SCI(4)	SCI(5)	GSCI(3)	GSCI(4)	GSCI(5)
	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	-0,421	-0,427	-0,430	-0,105	-0,107	-0,107
2004	-0,422	-0,431	-0,435	-0,087	-0,089	-0,090

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2005	-0,387	-0,397	-0,402	-0,088	-0,090	-0,091
2006	-0,371	-0,379	-0,383	-0,083	-0,085	-0,086
2007	-0,401	-0,413	-0,418	-0,101	-0,103	-0,105
2008	-0,412	-0,425	-0,430	-0,121	-0,125	-0,126
2009	-0,476	-0,492	-0,499	-0,138	-0,143	-0,145
2010	-0,469	-0,492	-0,502	-0,138	-0,145	-0,148
2011	-0,481	-0,503	-0,513	-0,153	-0,160	-0,163
2012	-0,402	-0,423	-0,433	-0,150	-0,158	-0,161
2013	-0,464	-0,489	-0,500	-0,186	-0,196	-0,200
2014	-0,459	-0,482	-0,492	-0,208	-0,218	-0,223
2015	-0,451	-0,473	-0,483	-0,203	-0,213	-0,217
2016	-0,431	-0,456	-0,467	-0,194	-0,205	-0,210
2017	-0,436	-0,463	-0,475	-0,178	-0,189	-0,195
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,009	0,002	0,000	-0,016	-0,018	-0,019
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	2,14	0,47	0,00	-15,24	-16,82	-17,76
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,024	-0,038	-0,045	-0,057	-0,064	-0,069
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-5,83	-8,94	-10,47	-47,11	-51,20	-54,76

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Τέλος, η επίδοση ως προς τον επιπολασμό των σοβαρών περιορισμών, λαμβάνοντας υπόψη τις εκπαιδευτικές ανισότητες, επιδεινώνεται κατά την περίοδο μετά την έναρξη της κρίσης, αν και τα τελευταία έτη καταγράφεται μια τάση βελτίωσης (**Πίνακας 7-384**).

Πίνακας 7-384 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	HAI(2)	
	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	8,76	8,74
2004	7,23	7,15
2005	7,73	7,56
2006	7,58	7,49
2007	8,61	8,42
2008	10,12	9,76
2009	10,39	9,69
2010	10,44	9,62
2011	11,40	10,36
2012	12,63	11,39
2013	14,11	12,50
2014	15,92	13,62
2015	15,71	13,28

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2016	15,46	12,92
2017	14,08	11,72
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,36	1,02
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	15,53	11,67
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	3,96	1,96
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	39,13	20,08

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.5.15. Κύρια ασχολία

Ως προς τον τύπο της κύριας ασχολίας, όλες οι οικονομικές κατηγορίες παρουσιάζουν αύξηση του επιπολασμού των σοβαρών περιορισμών κατά την περίοδο μετά την έναρξη της κρίσης στους προτυποποιημένους πληθυσμούς, εκτός από τους εργαζόμενους πλήρους απασχόλησης (**Πίνακας 7-385**).

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-385 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς την κύρια ασχολία, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ						ΠΚ							
	Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση	Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	Άνεργος/η	Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	Συνταξιούχος	Ανάπηρος/η	Άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση	Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	Άνεργος/η	Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	Συνταξιούχος	Ανάπηρος/η	Άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο
2003	1,43 (0,16)	2,22 (0,59)	2,75 (0,67)	0,42 (0,19)	18,02 (0,87)	66,78 (4,00)	8,45 (0,62)	1,75 (0,29)	3,20 (1,10)	11,18 (0,98)	0,13 (0,06)	23,36 (4,09)	67,74 (3,61)	8,45 (2,30)
2004	0,96 (0,14)	3,14 (0,77)	2,17 (0,69)	0,28 (0,16)	14,89 (0,82)	60,22 (3,90)	7,23 (0,60)	1,71 (0,78)	4,30 (1,23)	2,36 (0,81)	0,10 (0,06)	20,27 (4,40)	61,97 (4,40)	8,59 (2,12)
2005	1,06 (0,17)	4,11 (1,14)	2,44 (0,66)	0,16 (0,12)	15,97 (0,90)	60,20 (4,47)	7,50 (0,65)	1,05 (0,19)	3,85 (1,22)	10,12 (0,98)	0,05 (0,04)	17,18 (1,48)	57,75 (4,48)	13,15 (2,07)
2006	1,21 (0,19)	2,64 (0,82)	2,33 (0,73)	0,34 (0,18)	15,60 (0,88)	48,98 (6,74)	7,78 (0,77)	1,03 (0,18)	3,66 (1,30)	2,57 (0,85)	13,72 (2,51)	18,72 (2,45)	49,60 (5,26)	12,45 (2,89)
2007	1,31 (0,19)	2,41 (0,77)	3,33 (0,85)	0,06 (0,06)	16,79 (0,89)	57,63 (4,02)	8,53 (0,73)	1,30 (0,22)	2,35 (0,79)	11,97 (1,70)	0,01 (0,01)	26,72 (2,42)	54,80 (4,56)	10,18 (2,26)
2008	1,35 (0,18)	3,18 (0,77)	3,38 (0,76)	0,29 (0,16)	21,53 (0,92)	70,84 (4,83)	10,01 (0,78)	2,84 (1,20)	3,48 (0,99)	5,98 (1,76)	8,63 (0,02)	16,60 (2,55)	69,72 (4,33)	10,19 (2,30)
2009	0,43 (0,10)	0,97 (0,48)	3,84 (1,21)	0,09 (0,07)	22,37 (0,96)	56,50 (5,25)	9,82 (0,87)	1,51 (0,78)	0,99 (0,47)	12,42 (1,97)	17,20 (0,01)	11,96 (1,93)	53,60 (4,02)	12,18 (1,72)
2010	1,01 (0,19)	2,05 (0,99)	3,01 (0,91)	0,22 (0,09)	22,47 (1,13)	54,73 (5,29)	9,98 (0,96)	3,24 (1,48)	4,08 (1,79)	4,28 (1,39)	15,22 (0,02)	18,42 (3,24)	53,84 (4,74)	19,55 (2,70)
2011	1,84 (0,32)	1,25 (0,46)	3,47 (0,58)	0,72 (0,31)	20,06 (0,99)	70,32 (4,49)	11,26 (1,04)	2,42 (0,62)	3,71 (1,82)	4,64 (1,16)	8,15 (5,39)	16,68 (3,31)	74,70 (3,51)	17,00 (2,90)
2012	2,91 (0,41)	3,00 (1,19)	4,61 (1,08)	0,30 (0,18)	22,18 (1,00)	65,64 (5,46)	14,81 (1,46)	4,70 (1,19)	3,28 (1,33)	5,67 (1,30)	11,55 (0,03)	23,21 (3,53)	70,53 (4,56)	19,75 (3,92)
2013	2,12 (0,27)	2,89 (0,65)	3,72 (0,62)	0,15 (0,11)	24,50 (0,84)	66,92 (3,83)	15,73 (1,15)	3,49 (1,12)	2,43 (0,55)	15,18 (2,65)	0,04 (0,03)	19,10 (2,26)	61,35 (4,18)	13,41 (1,85)
2014	2,05 (0,24)	2,02 (0,69)	4,95 (0,58)	0,69 (0,38)	24,91 (0,93)	78,43 (3,91)	17,72 (1,04)	2,84 (0,75)	3,96 (2,29)	7,38 (1,29)	1,08 (0,82)	35,89 (3,57)	73,22 (3,99)	25,59 (2,54)
2015	2,30 (0,22)	3,78 (0,72)	5,12 (0,46)	0,59 (0,16)	24,86 (0,74)	79,53 (2,66)	15,96 (0,78)	5,36 (1,71)	6,67 (1,91)	6,36 (0,85)	0,51 (0,27)	21,34 (2,32)	81,08 (2,67)	19,89 (3,08)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2016	2,43 (0,20)	3,83 (0,63)	4,80 (0,39)	0,82 (0,21)	24,86 (0,65)	81,46 (2,34)	15,21 (0,68)	3,55 (1,00)	6,61 (1,64)	8,95 (1,58)	1,91 (1,60)	23,80 (2,16)	80,16 (2,38)	16,75 (1,94)
2017	2,17 (0,16)	3,66 (0,58)	5,01 (0,40)	1,03 (0,26)	21,89 (0,55)	80,30 (1,96)	14,83 (0,61)	2,56 (0,38)	10,21 (2,34)	6,65 (0,87)	18,66 (2,76)	18,96 (2,08)	79,96 (2,18)	13,84 (2,07)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,08	0,96	0,63	-0,12	3,51	4,05	1,56	1,09	0,28	-5,20	8,50	-6,76	1,98	1,74
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-5,44	43,27	22,87	-29,36	19,48	6,07	18,43	62,33	8,60	-46,50	6526,10	-28,94	2,92	20,54
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,82	0,48	1,63	0,73	0,36	9,46	4,83	-0,28	6,73	0,67	10,03	2,36	10,24	3,66
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	60,61	15,06	48,33	247,73	1,69	13,36	48,23	-9,73	193,48	11,23	116,16	14,19	14,69	35,89

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Οι εργαζόμενοι πλήρους απασχόλησης συνδέονται με μικρότερο επιπολασμό σοβαρών περιορισμών σε σχέση με τους ανέργους, αλλά οι διαφορές τους παρουσιάζουν υψηλή διακύμανση (**Πίνακας 7-386**).

Πίνακας 7-386 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς την κύρια ασχολία, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-1,32 (0,69)	-9,43 (1,02)	0,52 (0,14)	0,16 (0,03)
2004	-1,21 (0,70)	-0,64 (1,12)	0,44 (0,15)	0,73 (0,41)
2005	-1,38 (0,68)	-9,07 (1,00)	0,43 (0,14)	0,10 (0,02)
2006	-1,12 (0,75)	-1,54 (0,87)	0,52 (0,18)	0,40 (0,15)
2007	-2,03 (0,87)	-10,67 (1,71)	0,39 (0,12)	0,11 (0,02)
2008	-2,02 (0,78)	-3,14 (2,13)	0,40 (0,10)	0,47 (0,24)
2009	-3,41 (1,22)	-10,91 (2,11)	0,11 (0,04)	0,12 (0,07)
2010	-2,01 (0,93)	-1,04 (2,03)	0,33 (0,12)	0,76 (0,42)
2011	-1,63 (0,66)	-2,22 (1,31)	0,53 (0,13)	0,52 (0,19)
2012	-1,70 (1,15)	-0,97 (1,76)	0,63 (0,17)	0,83 (0,28)
2013	-1,60 (0,67)	-11,69 (2,88)	0,57 (0,12)	0,23 (0,08)
2014	-2,90 (0,63)	-4,54 (1,49)	0,41 (0,07)	0,38 (0,12)
2015	-2,82 (0,51)	-0,99 (1,91)	0,45 (0,06)	0,84 (0,29)
2016	-2,38 (0,44)	-5,40 (1,87)	0,51 (0,06)	0,40 (0,13)
2017	-2,84 (0,43)	-4,09 (0,95)	0,43 (0,05)	0,38 (0,08)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,71	6,29	-0,12	0,32
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-53,62	66,66	-23,04	203,43
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,81	-0,95	0,03	-0,09
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-40,12	-30,14	8,28	-18,84

Υποσημείωση: Σύγκριση μεταξύ των εργαζομένων πλήρους απασχόλησης και των ανέργων, Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Βάσει των δεικτών AGMD, RGMD και IDISP, ενώ οι συνολικές απόλυτες ανισότητες μεταξύ των οικονομικών κατηγοριών παρουσιάζουν αύξηση μετά την έναρξη της κρίσης, οι σχετικές ανισότητες σημειώνουν άμβλυση (**Πίνακας 7-387**).

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-387 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς την κύρια ασχολία, 2003-2017

Έτος έρευνας	AGMD		RGMD		IDISP	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	6,72 (0,29)	7,99 (1,05)	96,03 (4,18)	91,39 (12,06)	190,85 (6,85)	159,31 (13,81)
2004	5,72 (0,24)	7,13 (1,22)	98,60 (4,06)	94,22 (16,13)	200,85 (10,12)	169,84 (18,43)
2005	6,02 (0,30)	7,35 (0,49)	97,68 (4,80)	95,73 (6,32)	190,26 (10,92)	159,15 (10,17)
2006	5,83 (0,32)	7,58 (0,71)	96,45 (5,26)	89,19 (8,33)	169,96 (13,99)	132,25 (10,33)
2007	6,59 (0,33)	9,42 (0,72)	97,45 (4,86)	98,17 (7,54)	174,45 (8,70)	134,57 (8,68)
2008	8,21 (0,26)	5,82 (0,87)	100,72 (3,24)	68,19 (10,17)	179,37 (8,26)	141,04 (16,29)
2009	8,85 (0,31)	6,44 (0,57)	112,45 (3,94)	79,60 (7,10)	165,53 (9,21)	142,27 (13,84)
2010	8,48 (0,32)	7,96 (1,15)	105,70 (4,04)	74,62 (10,83)	158,34 (9,35)	113,57 (11,47)
2011	7,99 (0,39)	7,13 (1,19)	93,19 (4,49)	74,54 (12,48)	171,52 (7,34)	147,97 (13,21)
2012	8,60 (0,43)	8,43 (1,12)	85,91 (4,34)	67,04 (8,92)	145,31 (8,48)	114,53 (8,66)
2013	9,91 (0,32)	7,27 (0,79)	92,81 (3,03)	65,44 (7,08)	145,81 (5,09)	118,33 (9,39)
2014	10,32 (0,36)	14,25 (1,20)	91,08 (3,21)	89,79 (7,59)	154,74 (5,58)	121,82 (6,39)
2015	10,05 (0,29)	8,54 (0,87)	89,34 (2,61)	69,88 (7,16)	152,18 (4,01)	135,16 (10,40)
2016	10,04 (0,23)	9,01 (0,83)	89,29 (2,03)	73,21 (6,71)	153,53 (3,22)	129,99 (8,12)
2017	9,10 (0,20)	7,64 (0,73)	88,97 (1,96)	67,99 (6,50)	161,14 (3,65)	128,15 (7,23)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,49	-2,17	4,69	-23,20	-11,49	-18,27
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	22,22	-27,12	4,89	-25,38	-6,02	-11,47
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,89	1,81	-11,75	-0,20	-18,23	-12,89
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	10,89	31,16	-11,67	-0,29	-10,16	-9,14

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.5.16. Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά

Ο επιπολασμός των σοβαρών προβλημάτων αυξάνεται περισσότερο στα νοικοκυριά που διαμένουν σε γειτονίες με προβλήματα θορύβου κατά την περίοδο μετά το 2008 από ό,τι στις οικογένειες που δεν αντιμετωπίζουν τέτοια

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

προβλήματα (**Πίνακας 7-388**). Πάντως, παρατηρείται μια τάση μείωσης της συχνότητας μετά το 2014.

Πίνακας 7-388 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τα προβλήματα θορύβου στη γειτονιά, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	6,88 (0,32)	7,45 (0,58)	7,75 (0,34)	9,30 (0,64)
2004	5,67 (0,30)	6,40 (0,58)	6,37 (0,32)	7,78 (0,68)
2005	5,77 (0,31)	7,68 (0,69)	6,50 (0,33)	9,15 (0,75)
2006	5,62 (0,31)	7,69 (0,71)	6,33 (0,34)	9,05 (0,80)
2007	6,40 (0,35)	8,06 (0,69)	7,04 (0,34)	9,52 (0,75)
2008	8,17 (0,46)	8,07 (0,58)	9,08 (0,43)	9,70 (0,62)
2009	7,77 (0,40)	8,21 (0,71)	8,57 (0,36)	10,13 (0,68)
2010	8,04 (0,43)	7,96 (0,83)	8,72 (0,39)	9,72 (0,84)
2011	8,36 (0,41)	9,20 (0,80)	8,76 (0,38)	10,04 (0,82)
2012	9,16 (0,52)	12,54 (1,03)	9,64 (0,49)	13,29 (1,01)
2013	10,27 (0,43)	11,92 (0,75)	10,48 (0,37)	12,93 (0,70)
2014	10,94 (0,43)	12,88 (0,79)	10,98 (0,40)	13,38 (0,75)
2015	10,88 (0,33)	12,76 (0,60)	10,70 (0,29)	13,33 (0,59)
2016	11,17 (0,30)	11,54 (0,55)	10,89 (0,26)	12,11 (0,52)
2017	10,08 (0,24)	10,83 (0,56)	9,64 (0,21)	11,47 (0,55)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,30	0,62	1,33	0,40
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	18,86	8,34	17,18	4,25
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,91	2,76	0,56	1,77
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	23,33	34,25	6,15	18,27

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι απόλυτες και οι σχετικές διαφορές φαίνεται να αυξάνονται κατά την περίοδο μετά την έναρξη της κρίσης (**Πίνακας 7-389**). Ωστόσο, κατά το 2008, που είναι το έτος βάσης, παρατηρείται αξιοσημείωτη μείωση. Σε κάθε περίπτωση, οι υψηλότερες ανισότητες σημειώνονται το 2012, ενώ στη συνέχεια υπάρχει μια τάση αποκλιμάκωσής τους.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-389 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τα προβλήματα θορύβου στη γειτονιά, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-0,57 (0,66)	-1,55 (0,73)	0,92 (0,08)	0,83 (0,07)
2004	-0,73 (0,66)	-1,41 (0,75)	0,89 (0,09)	0,82 (0,08)
2005	-1,91 (0,76)	-2,65 (0,82)	0,75 (0,08)	0,71 (0,07)
2006	-2,07 (0,78)	-2,72 (0,87)	0,73 (0,08)	0,70 (0,07)
2007	-1,66 (0,78)	-2,48 (0,82)	0,79 (0,08)	0,74 (0,07)
2008	0,11 (0,74)	-0,62 (0,75)	1,01 (0,09)	0,94 (0,07)
2009	-0,44 (0,81)	-1,56 (0,77)	0,95 (0,09)	0,85 (0,07)
2010	0,08 (0,94)	-0,99 (0,93)	1,01 (0,12)	0,90 (0,09)
2011	-0,84 (0,90)	-1,28 (0,91)	0,91 (0,09)	0,87 (0,08)
2012	-3,38 (1,16)	-3,64 (1,12)	0,73 (0,07)	0,73 (0,07)
2013	-1,65 (0,87)	-2,45 (0,79)	0,86 (0,07)	0,81 (0,05)
2014	-1,95 (0,90)	-2,40 (0,85)	0,85 (0,06)	0,82 (0,05)
2015	-1,88 (0,68)	-2,63 (0,66)	0,85 (0,05)	0,80 (0,04)
2016	-0,37 (0,63)	-1,22 (0,58)	0,97 (0,05)	0,90 (0,04)
2017	-0,75 (0,61)	-1,83 (0,59)	0,93 (0,05)	0,84 (0,04)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,68	0,94	0,09	0,10
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	118,46	60,15	9,71	12,40
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,86	-1,21	-0,08	-0,10
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-813,51	-195,94	-8,13	-10,25

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.5.17. Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά

Τα νοικοκυριά που διαμένουν σε γειτονιές με προβλήματα μόλυνσης συνδέονται με υψηλότερη αύξηση της συχνότητας των σοβαρών περιορισμών μετά την έναρξη της κρίσης σε σχέση με τα υπόλοιπα νοικοκυριά (**Πίνακας 7-390**).

Πίνακας 7-390 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τα προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	7,19 (0,33)	6,04 (0,56)	8,12 (0,34)	7,54 (0,67)
2004	6,01 (0,30)	4,65 (0,55)	6,71 (0,32)	6,18 (0,70)
2005	5,96 (0,31)	7,08 (0,72)	6,66 (0,33)	8,89 (0,86)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2006	5,84 (0,32)	7,02 (0,74)	6,55 (0,34)	8,47 (0,86)
2007	6,70 (0,36)	7,04 (0,63)	7,36 (0,35)	8,32 (0,71)
2008	8,19 (0,45)	7,99 (0,61)	9,07 (0,42)	9,76 (0,67)
2009	7,98 (0,40)	7,52 (0,65)	8,83 (0,37)	9,19 (0,67)
2010	7,84 (0,42)	8,59 (0,89)	8,43 (0,37)	10,76 (0,93)
2011	8,36 (0,42)	9,20 (0,82)	8,63 (0,39)	10,44 (0,82)
2012	9,69 (0,53)	10,90 (0,96)	9,95 (0,48)	12,52 (1,00)
2013	10,16 (0,43)	12,09 (0,73)	10,17 (0,36)	13,84 (0,69)
2014	11,02 (0,44)	12,32 (0,77)	10,84 (0,40)	13,70 (0,76)
2015	10,78 (0,32)	13,23 (0,71)	10,54 (0,29)	14,28 (0,70)
2016	11,05 (0,29)	12,05 (0,62)	10,77 (0,26)	12,65 (0,57)
2017	9,89 (0,23)	11,57 (0,60)	9,44 (0,21)	12,37 (0,58)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,00	1,95	0,95	2,22
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	13,88	32,31	11,73	29,43
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,70	3,58	0,36	2,61
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	20,74	44,80	3,99	26,71

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι απόλυτες και οι σχετικές διαφορές υπέρ των νοικοκυριών που δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα μόλυνσης στη γειτονιά που διαμένουν οξύνονται και στις δύο περιόδους της ανάλυσης, αν και υπάρχουν αυξομειώσεις (**Πίνακας 7-391**). Οι κορυφώσεις των ανισοτήτων καταγράφονται για τα έτη 2013 και 2015, ενώ το 2011 που ήταν η χρονιά με την υψηλότερη ύφεση, οι απόλυτες διαφορές παρουσίασαν μια παροδική άμβλυση.

Πίνακας 7-391 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τα προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	1,15 (0,65)	0,58 (0,75)	1,19 (0,12)	1,08 (0,11)
2004	1,36 (0,63)	0,53 (0,77)	1,29 (0,17)	1,09 (0,13)
2005	-1,12 (0,79)	-2,23 (0,92)	0,84 (0,10)	0,75 (0,08)
2006	-1,18 (0,81)	-1,92 (0,92)	0,83 (0,10)	0,77 (0,09)
2007	-0,34 (0,73)	-0,96 (0,79)	0,95 (0,10)	0,88 (0,09)
2008	0,20 (0,76)	-0,69 (0,79)	1,03 (0,10)	0,93 (0,08)
2009	0,45 (0,77)	-0,36 (0,76)	1,06 (0,11)	0,96 (0,08)
2010	-0,75 (0,99)	-2,33 (1,00)	0,91 (0,11)	0,78 (0,08)
2011	-0,84 (0,92)	-1,80 (0,91)	0,91 (0,09)	0,83 (0,08)
2012	-1,21 (1,10)	-2,57 (1,11)	0,89 (0,09)	0,79 (0,07)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2013	-1,93 (0,85)	-3,66 (0,78)	0,84 (0,06)	0,74 (0,04)
2014	-1,30 (0,89)	-2,87 (0,86)	0,89 (0,07)	0,79 (0,05)
2015	-2,45 (0,78)	-3,74 (0,76)	0,81 (0,05)	0,74 (0,04)
2016	-1,00 (0,68)	-1,89 (0,63)	0,92 (0,05)	0,85 (0,04)
2017	-1,68 (0,65)	-2,94 (0,61)	0,85 (0,05)	0,76 (0,04)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,95	-1,27	-0,17	-0,15
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-82,59	-219,49	-13,93	-13,68
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-1,88	-2,25	-0,17	-0,17
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-936,26	-325,54	-16,62	-17,94

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.5.18. Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά

Η ομάδα των ατόμων που διαμένουν σε περιοχές με προβλήματα εγκληματικότητας παρουσίασε υψηλότερη αύξηση της συχνότητας των σοβαρών περιορισμών κατά την περίοδο μετά το 2008 σε σχέση με τα υπόλοιπα άτομα (Πίνακας 7-392).

Πίνακας 7-392 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τα προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	6,92 (0,30)	7,64 (0,86)	7,88 (0,32)	9,23 (1,01)
2004	5,85 (0,29)	5,19 (0,81)	6,65 (0,30)	6,30 (0,87)
2005	6,14 (0,30)	6,46 (1,02)	6,95 (0,33)	7,49 (1,06)
2006	5,72 (0,30)	9,52 (1,16)	6,54 (0,33)	10,37 (1,22)
2007	6,79 (0,35)	6,56 (0,87)	7,52 (0,34)	7,86 (0,99)
2008	8,15 (0,42)	8,14 (0,82)	9,12 (0,40)	9,84 (0,88)
2009	7,86 (0,38)	7,97 (0,77)	8,78 (0,35)	9,63 (0,75)
2010	8,00 (0,41)	8,12 (1,01)	8,66 (0,37)	10,18 (1,13)
2011	8,12 (0,40)	10,38 (1,02)	8,52 (0,38)	11,27 (0,99)
2012	9,50 (0,49)	12,10 (1,19)	9,89 (0,45)	13,41 (1,21)
2013	10,30 (0,42)	12,25 (0,78)	10,59 (0,35)	13,19 (0,73)
2014	10,98 (0,42)	13,14 (0,92)	11,04 (0,39)	13,70 (0,87)
2015	10,80 (0,31)	14,20 (0,85)	10,78 (0,28)	13,95 (0,72)
2016	10,99 (0,28)	13,14 (0,79)	10,84 (0,26)	13,19 (0,69)
2017	9,95 (0,24)	12,00 (0,64)	9,63 (0,22)	12,46 (0,59)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,23	0,51	1,24	0,61
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	17,71	6,66	15,72	6,64
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,80	3,86	0,52	2,61

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	22,04	47,39	5,65	26,52
---------------------------------------	-------	-------	------	-------

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι απόλυτες και οι σχετικές ανισότητες ως προς τον επιπολασμό των σοβαρών περιορισμών, που είναι υπέρ των περιοχών χωρίς προβλήματα εγκληματικότητας, οξύνονται κατά την περίοδο μετά την έναρξη της κρίσης (**Πίνακας 7-393**). Οι διαφορές παρουσιάζουν μια αυξητική τάση κατά τα πρώτα χρόνια της κρίσης μέχρι και το 2012, η οποία ακολουθείται από μια αξιοσημείωτη παροδική πτώση το 2013, ενώ μεταξύ 2014-2015 διαπιστώνεται πάλι μια αυξητική τάση.

Πίνακας 7-393 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη σοβαρού περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τα προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-0,71 (0,91)	-1,35 (1,06)	0,91 (0,11)	0,85 (0,10)
2004	0,67 (0,86)	0,35 (0,93)	1,13 (0,18)	1,06 (0,15)
2005	-0,33 (1,06)	-0,53 (1,11)	0,95 (0,16)	0,93 (0,14)
2006	-3,80 (1,20)	-3,82 (1,26)	0,60 (0,08)	0,63 (0,08)
2007	0,23 (0,94)	-0,34 (1,05)	1,04 (0,15)	0,96 (0,13)
2008	0,01 (0,92)	-0,73 (0,96)	1,00 (0,11)	0,93 (0,09)
2009	-0,11 (0,86)	-0,85 (0,83)	0,99 (0,11)	0,91 (0,08)
2010	-0,12 (1,09)	-1,52 (1,19)	0,99 (0,13)	0,85 (0,10)
2011	-2,26 (1,10)	-2,75 (1,06)	0,78 (0,09)	0,76 (0,07)
2012	-2,60 (1,29)	-3,52 (1,29)	0,78 (0,09)	0,74 (0,07)
2013	-1,95 (0,88)	-2,60 (0,82)	0,84 (0,06)	0,80 (0,05)
2014	-2,16 (1,02)	-2,65 (0,96)	0,84 (0,07)	0,81 (0,06)
2015	-3,40 (0,91)	-3,17 (0,77)	0,76 (0,05)	0,77 (0,04)
2016	-2,15 (0,84)	-2,35 (0,73)	0,84 (0,05)	0,82 (0,05)
2017	-2,06 (0,68)	-2,82 (0,63)	0,83 (0,05)	0,77 (0,04)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,72	0,63	0,09	0,07
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	100,72	46,21	10,36	8,51
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-2,06	-2,10	-0,17	-0,15
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-40363,83	-288,06	-17,20	-16,50

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

7.3.2.2.6. Τουλάχιστον κάποιος περιορισμός στις καθημερινές δραστηριότητες λόγω προβλημάτων υγείας

Στην παρούσα υποενότητα θα εξεταστούν οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες ως προς την παρουσία τουλάχιστον κάποιου περιορισμού στις καθημερινές δραστηριότητες λόγω προβλημάτων υγείας.

7.3.2.2.6.1. Φύλο

Ο επιπολασμός της παρουσίας τουλάχιστον κάποιου περιορισμού στις καθημερινές δραστηριότητες αυξάνεται και στα δύο φύλα κατά την περίοδο μετά την έναρξη της κρίσης, ιδίως στους άνδρες (**Πίνακας 7-394**).

Πίνακας 7-394 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το φύλο, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Άνδρας	Γυναίκα	Άνδρας	Γυναίκα
2003	15,11 (0,50)	18,71 (0,56)	17,26 (0,51)	21,21 (0,55)
2004	18,56 (0,77)	21,70 (0,77)	20,39 (0,75)	23,84 (0,76)
2005	15,95 (0,59)	19,35 (0,67)	18,00 (0,59)	21,47 (0,65)
2006	15,56 (0,60)	18,70 (0,70)	17,30 (0,60)	20,77 (0,67)
2007	15,98 (0,68)	19,74 (0,76)	17,69 (0,64)	21,81 (0,66)
2008	17,13 (0,57)	22,12 (0,67)	19,12 (0,54)	24,42 (0,58)
2009	16,29 (0,61)	21,03 (0,64)	18,36 (0,53)	23,27 (0,55)
2010	16,82 (0,70)	20,46 (0,75)	18,65 (0,65)	22,30 (0,63)
2011	17,63 (0,67)	22,25 (0,73)	18,63 (0,62)	23,33 (0,61)
2012	20,04 (0,84)	24,98 (0,83)	21,13 (0,78)	26,25 (0,66)
2013	20,58 (0,63)	25,37 (0,64)	21,38 (0,56)	26,05 (0,51)
2014	21,63 (0,60)	26,17 (0,68)	22,08 (0,53)	26,39 (0,55)
2015	22,41 (0,55)	27,06 (0,59)	22,41 (0,50)	26,98 (0,50)
2016	22,61 (0,49)	26,73 (0,50)	22,48 (0,43)	26,49 (0,43)
2017	22,05 (0,41)	26,38 (0,45)	21,68 (0,36)	25,86 (0,37)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	2,02	3,41	1,87	3,20
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	13,36	18,22	10,82	15,09
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	4,92	4,25	2,56	1,44
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	28,69	19,22	13,39	5,90

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Οι απόλυτες και οι σχετικές ανισότητες υπέρ των γυναικών αμβλύνονται μετά το 2008, σε αντίθεση με την τάση της προηγούμενης περιόδου (**Πίνακας 7-395**). Παρατηρούμε την ύπαρξη διαδοχικών τάσεων που έχουν το σχήμα U, που όμως οδηγούν στη μείωση των διαφορών στον χρόνο. Πάντως, η κορύφωση των ανισοτήτων καταγράφεται το 2012.

Πίνακας 7-395 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το φύλο, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-3,60 (0,75)	-3,96 (0,75)	0,81 (0,04)	0,81 (0,03)
2004	-3,14 (1,09)	-3,45 (1,07)	0,86 (0,05)	0,86 (0,04)
2005	-3,41 (0,89)	-3,47 (0,88)	0,82 (0,04)	0,84 (0,04)
2006	-3,14 (0,92)	-3,47 (0,90)	0,83 (0,04)	0,83 (0,04)
2007	-3,76 (1,02)	-4,12 (0,91)	0,81 (0,05)	0,81 (0,04)
2008	-4,99 (0,88)	-5,29 (0,79)	0,77 (0,03)	0,78 (0,03)
2009	-4,74 (0,88)	-4,91 (0,76)	0,77 (0,04)	0,79 (0,03)
2010	-3,64 (1,03)	-3,65 (0,90)	0,82 (0,05)	0,84 (0,04)
2011	-4,63 (0,99)	-4,70 (0,87)	0,79 (0,04)	0,80 (0,03)
2012	-4,94 (1,18)	-5,13 (1,03)	0,80 (0,04)	0,80 (0,04)
2013	-4,79 (0,90)	-4,67 (0,75)	0,81 (0,03)	0,82 (0,03)
2014	-4,54 (0,91)	-4,30 (0,77)	0,83 (0,03)	0,84 (0,03)
2015	-4,64 (0,81)	-4,57 (0,71)	0,83 (0,03)	0,83 (0,02)
2016	-4,12 (0,70)	-4,01 (0,61)	0,85 (0,02)	0,85 (0,02)
2017	-4,33 (0,61)	-4,17 (0,51)	0,84 (0,02)	0,84 (0,02)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-1,39	-1,33	-0,03	-0,03
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-38,64	-33,73	-4,11	-3,71
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,66	1,12	0,06	0,06
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	13,26	21,15	7,94	7,07

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.6.2. Υπηκοότητα

Ως προς την υπηκοότητα, διαπιστώνουμε ότι οι Έλληνες πολίτες συνδέονται με διαρκή αύξηση του επιπολασμού των περιορισμών στις καθημερινές δραστηριότητές τους μέχρι και το 2015, ενώ στη συνέχεια παρατηρείται κάποια αποκλιμάκωση (**Πίνακας 7-396**). Και στις άλλες ομάδες πολιτών παρατηρείται κάποια αύξηση των προβλημάτων υγείας μετά την έναρξη της κρίσης, αν και υπάρχουν διακυμάνσεις.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-396 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς την υπηκοότητα, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ			ΠΚ		
	Ελληνική	Άλλης Ε.Ε. χώρας	Άλλης χώρας	Ελληνική	Άλλης Ε.Ε. χώρας	Άλλης χώρας
2003	17,63 (0,48)	5,78 (2,12)	4,20 (0,87)	19,45 (0,45)	12,96 (2,23)	14,49 (2,28)
2004	20,85 (0,71)	7,84 (2,46)	8,47 (2,30)	22,33 (0,69)	13,09 (4,33)	19,26 (2,28)
2005	18,05 (0,55)	9,53 (3,26)	10,06 (1,93)	19,76 (0,53)	13,30 (2,02)	30,10 (4,03)
2006	17,56 (0,56)	6,87 (2,64)	9,55 (2,01)	19,17 (0,54)	7,31 (2,62)	17,03 (3,94)
2007	18,53 (0,67)	5,55 (3,00)	7,65 (1,58)	19,97 (0,57)	7,02 (2,92)	12,38 (3,19)
2008	20,43 (0,55)	6,81 (2,63)	8,42 (1,38)	21,99 (0,46)	17,57 (2,20)	24,85 (2,49)
2009	19,56 (0,56)	5,36 (2,05)	6,24 (1,32)	20,99 (0,43)	12,73 (2,93)	26,66 (2,73)
2010	19,59 (0,64)	9,73 (3,17)	5,64 (1,64)	20,66 (0,50)	16,63 (3,42)	18,67 (2,79)
2011	20,75 (0,62)	10,55 (3,96)	6,01 (1,42)	21,20 (0,52)	11,58 (3,58)	18,31 (3,01)
2012	23,82 (0,74)	7,15 (3,79)	4,71 (1,29)	24,12 (0,61)	16,73 (2,81)	22,21 (3,05)
2013	24,12 (0,57)	4,37 (1,93)	7,11 (1,20)	24,01 (0,45)	13,67 (1,57)	27,84 (2,33)
2014	24,86 (0,59)	10,62 (3,46)	10,23 (1,94)	24,38 (0,47)	14,93 (3,78)	29,04 (2,58)
2015	25,61 (0,52)	9,80 (2,67)	11,85 (1,42)	24,92 (0,44)	16,23 (3,50)	23,96 (2,02)
2016	25,42 (0,44)	13,53 (2,86)	13,46 (1,43)	24,60 (0,36)	19,75 (2,98)	23,28 (1,77)
2017	24,82 (0,38)	16,83 (3,13)	15,26 (1,33)	23,76 (0,29)	21,18 (3,30)	25,44 (1,65)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	2,80	1,03	4,22	2,54	4,61	10,36
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	15,85	17,77	100,58	13,04	35,59	71,48
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	4,39	10,02	6,84	1,77	3,60	0,59
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	21,51	147,07	81,28	8,04	20,51	2,38

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι διαφορές υγείας μεταξύ των Ελλήνων πολιτών και των πολιτών άλλων χωρών εκτός Ε.Ε. ευνοούν σημαντικά τους δεύτερους στους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς, αλλά η κατάσταση είναι περισσότερο συγκεχυμένη στους προτυποποιημένους (**Πίνακας 7-397**).

Πίνακας 7-397 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς την υπηκοότητα, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	13,44 (0,99)	4,96 (2,33)	4,20 (0,88)	1,34 (0,21)
2004	12,38 (2,40)	3,07 (2,38)	2,46 (0,67)	1,16 (0,14)
2005	7,99 (2,01)	-10,33 (4,06)	1,79 (0,35)	0,66 (0,09)
2006	8,01 (2,08)	2,14 (3,98)	1,84 (0,39)	1,13 (0,26)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2007	10,88 (1,72)	7,59 (3,24)	2,42 (0,51)	1,61 (0,42)
2008	12,01 (1,49)	-2,86 (2,54)	2,43 (0,40)	0,88 (0,09)
2009	13,32 (1,43)	-5,66 (2,77)	3,13 (0,67)	0,79 (0,08)
2010	13,95 (1,76)	1,99 (2,83)	3,47 (1,02)	1,11 (0,17)
2011	14,74 (1,55)	2,89 (3,05)	3,45 (0,82)	1,16 (0,19)
2012	19,11 (1,49)	1,92 (3,12)	5,06 (1,40)	1,09 (0,15)
2013	17,01 (1,33)	-3,83 (2,38)	3,39 (0,58)	0,86 (0,07)
2014	14,62 (2,03)	-4,66 (2,62)	2,43 (0,46)	0,84 (0,08)
2015	13,75 (1,51)	0,96 (2,06)	2,16 (0,26)	1,04 (0,09)
2016	11,96 (1,50)	1,32 (1,81)	1,89 (0,20)	1,06 (0,08)
2017	9,56 (1,38)	-1,69 (1,68)	1,63 (0,14)	0,93 (0,06)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-1,43	-7,82	-1,77	-0,46
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-10,61	-157,75	-42,24	-34,08
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-2,45	1,18	-0,80	0,05
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-20,38	41,03	-32,97	5,52

Υποσημείωση: Σύγκριση μεταξύ των Ελλήνων πολιτών και εκείνων από χώρα εκτός Ε.Ε., τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι συνολικές ανισότητες ως προς την παρουσία περιορισμών στις καθημερινές δραστηριότητες μεταξύ των ομάδων των πολιτών μειώνονται σημαντικά μετά την έναρξη της κρίσης, αν και κατά τα πρώτα χρόνια της ύφεσης υπήρχε μια αυξητική τάση (Πίνακας 7-398).

Πίνακας 7-398 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς την υπηκοότητα, 2003-2017

Έτος έρευνας	AGMD		RGMD		IDISP	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	1.27 (0.09)	0.51 (0.18)	7.51 (0.54)	2.64 (0.92)	48.37 (4.30)	19.43 (4.62)
2004	1.28 (0.21)	0.44 (0.18)	6.33 (1.03)	1.97 (0.83)	40.83 (5.67)	18.23 (7.58)
2005	0.68 (0.14)	0.69 (0.24)	3.85 (0.77)	3.42 (1.18)	30.43 (6.53)	28.40 (6.80)
2006	0.74 (0.13)	0.37 (0.19)	4.31 (0.75)	1.93 (1.01)	35.55 (5.83)	24.24 (6.28)
2007	1.18 (0.15)	0.92 (0.27)	6.61 (0.85)	4.70 (1.38)	43.27 (6.23)	34.31 (6.97)
2008	1.40 (0.14)	0.27 (0.16)	7.09 (0.73)	1.23 (0.74)	42.14 (5.11)	11.13 (4.35)
2009	1.58 (0.14)	0.55 (0.23)	8.43 (0.77)	2.60 (1.08)	47.51 (4.52)	22.22 (5.50)
2010	1.69 (0.20)	0.31 (0.19)	9.02 (1.06)	1.49 (0.94)	40.86 (5.85)	9.52 (5.07)
2011	1.43 (0.17)	0.42 (0.19)	7.16 (0.85)	2.00 (0.90)	40.31 (7.70)	19.52 (5.64)
2012	2.33 (0.18)	0.37 (0.21)	10.33 (0.81)	1.54 (0.88)	51.00 (5.64)	12.69 (4.51)
2013	2.04 (0.12)	0.38 (0.17)	8.87 (0.53)	1.60 (0.69)	51.62 (3.10)	19.72 (3.47)
2014	1.66 (0.21)	0.46 (0.20)	6.92 (0.86)	1.89 (0.82)	38.90 (5.51)	19.38 (6.04)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2015	1.49 (0.15)	0.23 (0.13)	6.02 (0.59)	0.93 (0.52)	38.64 (3.76)	12.80 (4.91)
2016	1.27 (0.15)	0.20 (0.13)	5.14 (0.60)	0.80 (0.53)	31.23 (4.04)	8.26 (4.14)
2017	1.01 (0.15)	0.16 (0.11)	4.14 (0.62)	0.67 (0.46)	23.36 (4.90)	6.06 (3.24)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0.12	-0.23	-0.42	-1.41	-6.24	-8.31
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	9.59	-46.39	-5.57	-53.42	-12.89	-42.74
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0.39	-0.11	-2.95	-0.56	-18.78	-5.06
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-27.99	-40.81	-41.64	-45.14	-44.56	-45.52

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.6.3. Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού

Ο επιπολασμός των περιορισμών των καθημερινών δραστηριοτήτων αυξάνεται για όλες τις περιοχές βάσει της πληθυσμιακής πυκνότητάς τους και στις δύο περιόδους της ανάλυσης (**Πίνακας 7-399**). Βέβαια, το μέγεθος της αύξησης εξαρτάται σημαντικά από το αν εξετάζουμε τους προτυποποιημένους ή όχι πληθυσμούς.

Πίνακας 7-399 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ			
	Πυκνοκατοικημένη	Μέσης πυκνότητας	Αραιοκατοικημένη	Πυκνοκατοικημένη	Μέσης πυκνότητας	Αραιοκατοικημένη
2003	14,52 (0,61)	13,32 (1,09)	20,03 (0,75)	18,51 (0,71)	17,87 (1,31)	20,24 (0,65)
2004	16,70 (0,87)	14,31 (1,49)	24,71 (1,18)	20,28 (0,91)	18,88 (1,53)	24,56 (1,14)
2005	15,47 (0,75)	15,13 (1,25)	20,32 (0,86)	19,13 (0,86)	17,90 (1,42)	20,68 (0,76)
2006	16,12 (0,81)	15,35 (1,38)	18,58 (0,85)	18,84 (0,89)	17,60 (1,45)	19,62 (0,76)
2007	15,34 (0,77)	16,70 (1,70)	20,53 (1,06)	18,68 (0,80)	19,37 (1,64)	20,90 (0,85)
2008	17,71 (0,71)	18,44 (1,36)	21,69 (0,86)	21,16 (0,65)	20,53 (1,23)	22,76 (0,71)
2009	16,56 (0,77)	17,66 (1,53)	20,86 (0,82)	20,26 (0,66)	19,54 (1,27)	21,70 (0,62)
2010	15,77 (0,90)	19,12 (2,09)	21,31 (0,89)	19,77 (0,83)	22,05 (1,79)	20,90 (0,66)
2011	18,46 (0,97)	17,04 (1,49)	22,47 (0,84)	20,92 (0,95)	20,22 (1,30)	21,51 (0,62)
2012	19,89 (0,96)	24,21 (2,94)	25,14 (0,93)	23,06 (0,87)	27,73 (2,13)	23,39 (0,75)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2013	20,21 (0,77)	22,91 (1,84)	25,72 (0,81)	23,50 (0,65)	25,25 (1,56)	23,52 (0,59)
2014	20,69 (0,82)	20,22 (1,14)	29,53 (1,01)	23,20 (0,78)	22,48 (1,03)	26,05 (0,71)
2015	20,46 (0,64)	23,30 (0,87)	30,76 (1,06)	22,51 (0,57)	24,75 (0,80)	27,02 (0,85)
2016	21,29 (0,67)	22,00 (0,74)	31,06 (0,81)	23,19 (0,60)	23,36 (0,66)	26,54 (0,60)
2017	21,04 (0,56)	22,02 (0,59)	30,32 (0,74)	22,88 (0,49)	23,27 (0,51)	24,96 (0,50)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	3,19	5,11	1,66	2,65	2,66	2,52
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	21,94	38,39	8,29	14,30	14,90	12,45
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	3,33	3,59	8,63	1,73	2,75	2,20
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	18,78	19,46	39,80	8,16	13,37	9,66

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι απόλυτες και οι σχετικές διαφορές μεταξύ των περισσότερο και των λιγότερο πυκνοκατοικημένων περιοχών αυξάνονται κατά τη διάρκεια της κρίσης, το οποίο οφείλεται κυρίως στη σημαντική όξυνση των ανισοτήτων υπέρ των πυκνοκατοικημένων περιοχών μεταξύ 2014-2015 (Πίνακας 7-400). Αντίθετα, παρατηρείται μια πτωτική τάση κατά την περίοδο πριν το 2008 αλλά και στα πρώτα χρόνια της ύφεσης.

Πίνακας 7-400 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-5,51 (0,96)	-1,73 (0,96)	0,73 (0,04)	0,91 (0,05)
2004	-8,01 (1,46)	-4,29 (1,46)	0,68 (0,05)	0,83 (0,05)
2005	-4,85 (1,15)	-1,54 (1,15)	0,76 (0,05)	0,93 (0,05)
2006	-2,46 (1,17)	-0,78 (1,16)	0,87 (0,06)	0,96 (0,06)
2007	-5,20 (1,31)	-2,22 (1,17)	0,75 (0,05)	0,89 (0,05)
2008	-3,98 (1,11)	-1,60 (0,97)	0,82 (0,05)	0,93 (0,04)
2009	-4,30 (1,13)	-1,44 (0,91)	0,79 (0,05)	0,93 (0,04)
2010	-5,54 (1,27)	-1,13 (1,06)	0,74 (0,05)	0,95 (0,05)
2011	-4,01 (1,28)	-0,59 (1,13)	0,82 (0,05)	0,97 (0,05)
2012	-5,25 (1,33)	-0,34 (1,15)	0,79 (0,05)	0,99 (0,05)
2013	-5,50 (1,11)	-0,02 (0,87)	0,79 (0,04)	1,00 (0,04)
2014	-8,84 (1,30)	-2,85 (1,06)	0,70 (0,04)	0,89 (0,04)
2015	-10,30 (1,24)	-4,51 (1,03)	0,67 (0,03)	0,83 (0,03)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2016	-9,78 (1,05)	-3,35 (0,85)	0,69 (0,03)	0,87 (0,03)
2017	-9,29 (0,93)	-2,08 (0,70)	0,69 (0,03)	0,92 (0,03)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,53	0,13	0,09	0,02
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	27,71	7,34	12,61	1,65
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-5,31	-0,47	-0,12	-0,01
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-133,29	-29,52	-15,03	-1,37

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι συνολικές ανισότητες βάσει των δεικτών AGMD, RGMD και IDISP αυξάνονται κατά την περίοδο μετά την έναρξη της ύφεσης στους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς, ενώ μετριάζονται στους προτυποποιημένους (Πίνακας 7-401). Γενικότερα, οι σημαντικότερες αυξήσεις παρατηρούνται τα έτη 2014 και 2015.

Πίνακας 7-401 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	AGMD		RGMD		IDISP	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	2,88 (0,43)	0,94 (0,42)	16,97 (2,54)	4,86 (2,16)	17,98 (2,66)	5,39 (2,30)
2004	4,27 (0,64)	2,30 (0,58)	21,18 (3,16)	10,40 (2,64)	22,93 (3,43)	11,35 (3,00)
2005	2,46 (0,48)	0,92 (0,47)	13,88 (2,69)	4,67 (2,39)	13,97 (3,12)	5,64 (2,33)
2006	1,33 (0,53)	0,55 (0,37)	7,73 (3,09)	2,89 (1,92)	8,31 (3,14)	3,87 (2,41)
2007	2,42 (0,59)	1,02 (0,49)	13,49 (3,29)	5,16 (2,49)	11,91 (3,21)	4,46 (2,52)
2008	1,90 (0,58)	0,87 (0,44)	9,65 (2,96)	4,00 (2,02)	8,86 (2,74)	4,45 (2,18)
2009	2,02 (0,52)	0,80 (0,35)	10,79 (2,78)	3,82 (1,68)	9,54 (2,69)	4,40 (1,87)
2010	2,52 (0,59)	0,66 (0,38)	13,51 (3,15)	3,22 (1,87)	10,67 (3,09)	4,31 (2,57)
2011	2,13 (0,60)	0,37 (0,31)	10,66 (2,98)	1,76 (1,48)	11,61 (2,77)	2,29 (1,88)
2012	2,50 (0,68)	0,99 (0,41)	11,09 (3,03)	4,16 (1,74)	10,17 (3,84)	7,08 (3,09)
2013	2,39 (0,47)	0,41 (0,28)	10,38 (2,04)	1,73 (1,17)	8,15 (2,00)	2,78 (1,73)
2014	4,27 (0,51)	1,48 (0,43)	17,80 (2,12)	6,13 (1,79)	17,51 (2,28)	6,22 (1,87)
2015	4,15 (0,55)	1,67 (0,39)	16,74 (2,22)	6,78 (1,60)	15,86 (2,14)	6,19 (1,45)
2016	4,22 (0,41)	1,46 (0,32)	17,05 (1,65)	5,99 (1,31)	16,87 (1,73)	5,94 (1,26)
2017	3,85 (0,38)	0,83 (0,25)	15,83 (1,55)	3,50 (1,05)	15,86 (1,45)	3,48 (1,09)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,98	-0,06	-7,32	-0,86	-9,12	-0,94
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-33,99	-6,65	-43,12	-17,75	-50,72	-17,36
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,94	-0,05	6,18	-0,50	7,00	-0,98
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	102,33	-5,15	63,98	-12,46	79,01	-21,94

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Ο δείκτης SII δείχνει αύξηση των απόλυτων ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης σε όλους τους πληθυσμούς, ενώ οι σχετικές ανισότητες οξύνονται μόνο στους προτυποποιημένους πληθυσμούς, σύμφωνα με τον δείκτη RII (**Πίνακας 7-402**). Τα πρώτα χρόνια της ύφεσης παρατηρείται μια άμβλυνση των ανισοτήτων, η οποία ακολουθείται από μια σημαντική διεύρυνσή τους μεταξύ 2014 και 2015, ενώ κατόπιν παρατηρείται μια πτωτική τάση.

Πίνακας 7-402 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	SII		RII	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-10,11 (0,05)	-3,17 (0,05)	0,55 (0,00)	0,85 (0,00)
2004	-14,75 (0,05)	-7,85 (0,05)	0,48 (0,00)	0,70 (0,00)
2005	-8,80 (0,05)	-2,86 (0,05)	0,61 (0,00)	0,86 (0,00)
2006	-4,49 (0,05)	-1,49 (0,05)	0,77 (0,00)	0,92 (0,00)
2007	-9,29 (0,05)	-3,95 (0,05)	0,59 (0,00)	0,82 (0,00)
2008	-7,20 (0,05)	-2,95 (0,05)	0,69 (0,00)	0,87 (0,00)
2009	-7,78 (0,05)	-2,65 (0,05)	0,66 (0,00)	0,88 (0,00)
2010	-10,06 (0,05)	-2,02 (0,05)	0,58 (0,00)	0,91 (0,00)
2011	-7,05 (0,05)	-1,03 (0,05)	0,70 (0,00)	0,95 (0,00)
2012	-9,37 (0,05)	-0,85 (0,05)	0,66 (0,00)	0,97 (0,00)
2013	-9,70 (0,05)	0,01 (0,05)	0,66 (0,00)	1,00 (0,00)
2014	-14,32 (0,05)	-4,62 (0,05)	0,55 (0,00)	0,83 (0,00)
2015	-16,04 (0,05)	-7,12 (0,05)	0,52 (0,00)	0,75 (0,00)
2016	-14,80 (0,05)	-5,08 (0,05)	0,55 (0,00)	0,81 (0,00)
2017	-13,73 (0,05)	-3,11 (0,05)	0,57 (0,00)	0,88 (0,00)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	2,91	0,22	0,14	0,03
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	28,82	6,99	26,13	3,02
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-6,54	-0,16	-0,13	0,00
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-90,84	-5,34	-18,40	0,37

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι δείκτες συγκέντρωσης δείχνουν ότι οι ανισότητες υπέρ των πυκνοκατοικημένων περιοχών μειώθηκαν κατά την περίοδο πριν το 2008, ενώ αυξήθηκαν μετά την έναρξη της κρίσης. Η αύξηση αυτή ήταν μεγαλύτερη για τις

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

απόλυτες ανισότητες, καθώς και σε υψηλότερη αποστροφή για την ανισότητα. Και σε αυτήν την περίπτωση παρατηρούμε ότι η εξέλιξη αυτή οφείλεται κυρίως στη σημαντική διεύρυνση των ανισοτήτων που παρατηρείται μεταξύ 2014-2015.

Πίνακας 7-403 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	CI		ECI(3)	ECI(4)	ECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	0,081 (0,014)	0,025 (0,012)	0,117	0,133	0,140
2004	0,100 (0,017)	0,053 (0,017)	0,143	0,162	0,169
2005	0,068 (0,016)	0,021 (0,014)	0,100	0,114	0,120
2006	0,036 (0,016)	0,010 (0,015)	0,052	0,058	0,061
2007	0,072 (0,017)	0,029 (0,014)	0,107	0,125	0,133
2008	0,050 (0,014)	0,019 (0,011)	0,075	0,087	0,094
2009	0,057 (0,014)	0,019 (0,011)	0,085	0,100	0,107
2010	0,073 (0,017)	0,012 (0,013)	0,112	0,132	0,143
2011	0,049 (0,015)	0,007 (0,014)	0,068	0,075	0,077
2012	0,058 (0,014)	0,004 (0,013)	0,087	0,102	0,110
2013	0,059 (0,012)	0,000 (0,009)	0,089	0,104	0,113
2014	0,087 (0,013)	0,028 (0,010)	0,120	0,131	0,135
2015	0,095 (0,011)	0,043 (0,010)	0,136	0,154	0,164
2016	0,088 (0,010)	0,032 (0,008)	0,120	0,131	0,136
2017	0,084 (0,008)	0,021 (0,007)	0,113	0,125	0,129
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,031	-0,005	-0,042	-0,046	-0,046
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-38,45	-21,77	-35,98	-34,29	-33,14
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,034	0,001	0,038	0,038	0,035
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	67,27	5,67	50,87	43,02	37,82

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-404 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	GCI		GECI(3)	GECI(4)	GECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	0,014 (0,002)	0,004 (0,002)	0,052	0,048	0,044
2004	0,020 (0,004)	0,011 (0,004)	0,075	0,069	0,064
2005	0,012 (0,003)	0,004 (0,003)	0,046	0,043	0,040
2006	0,006 (0,003)	0,002 (0,003)	0,023	0,021	0,019

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2007	0,013 (0,003)	0,005 (0,003)	0,050	0,047	0,045
2008	0,010 (0,003)	0,004 (0,002)	0,038	0,036	0,035
2009	0,011 (0,003)	0,004 (0,002)	0,042	0,040	0,037
2010	0,014 (0,003)	0,002 (0,002)	0,054	0,052	0,050
2011	0,010 (0,003)	0,001 (0,003)	0,035	0,032	0,029
2012	0,013 (0,003)	0,001 (0,003)	0,051	0,049	0,046
2013	0,014 (0,003)	0,000 (0,002)	0,053	0,051	0,048
2014	0,021 (0,003)	0,007 (0,003)	0,075	0,067	0,061
2015	0,024 (0,003)	0,011 (0,002)	0,088	0,081	0,076
2016	0,022 (0,002)	0,008 (0,002)	0,077	0,069	0,063
2017	0,020 (0,002)	0,005 (0,002)	0,072	0,064	0,059
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,004	0,000	-0,014	-0,011	-0,010
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-28,55	-9,52	-26,06	-23,85	-22,12
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,011	0,001	0,033	0,028	0,024
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	106,90	31,58	86,68	75,82	70,14

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-405 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	E		W	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	0,055 (0,009)	0,017 (0,008)	0,098 (0,016)	0,030 (0,015)
2004	0,081 (0,014)	0,042 (0,014)	0,125 (0,022)	0,066 (0,021)
2005	0,048 (0,011)	0,015 (0,010)	0,083 (0,019)	0,025 (0,017)
2006	0,025 (0,011)	0,007 (0,010)	0,044 (0,020)	0,012 (0,018)
2007	0,051 (0,012)	0,021 (0,010)	0,087 (0,020)	0,036 (0,018)
2008	0,039 (0,011)	0,015 (0,009)	0,062 (0,017)	0,024 (0,014)
2009	0,043 (0,011)	0,014 (0,008)	0,070 (0,018)	0,023 (0,014)
2010	0,055 (0,013)	0,009 (0,010)	0,090 (0,021)	0,014 (0,016)
2011	0,039 (0,012)	0,005 (0,011)	0,061 (0,019)	0,008 (0,017)
2012	0,052 (0,013)	0,004 (0,011)	0,074 (0,019)	0,005 (0,016)
2013	0,054 (0,011)	0,000 (0,008)	0,076 (0,015)	0,000 (0,012)
2014	0,084 (0,012)	0,027 (0,010)	0,115 (0,016)	0,037 (0,014)
2015	0,095 (0,011)	0,042 (0,010)	0,127 (0,015)	0,057 (0,013)
2016	0,087 (0,009)	0,032 (0,008)	0,117 (0,013)	0,043 (0,011)
2017	0,081 (0,008)	0,020 (0,007)	0,111 (0,011)	0,027 (0,009)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,016	-0,002	-0,036	-0,006
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-28,62	-8,93	-36,33	-18,79
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,042	0,005	0,049	0,003
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	106,60	30,72	77,88	11,98

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-406 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

	SCI(3)	SCI(4)	SCI(5)	GSCI(3)	GSCI(4)	GSCI(5)
Έτος έρευνας	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	0,081	0,081	0,081	0,055	0,055	0,055
2004	0,100	0,099	0,099	0,080	0,080	0,080
2005	0,069	0,069	0,069	0,049	0,049	0,049
2006	0,036	0,036	0,036	0,025	0,025	0,025
2007	0,072	0,073	0,073	0,052	0,052	0,052
2008	0,051	0,051	0,051	0,040	0,040	0,040
2009	0,057	0,057	0,057	0,043	0,043	0,043
2010	0,074	0,074	0,074	0,055	0,055	0,055
2011	0,050	0,050	0,050	0,040	0,040	0,040
2012	0,058	0,058	0,058	0,052	0,053	0,053
2013	0,060	0,060	0,060	0,055	0,055	0,055
2014	0,091	0,092	0,092	0,087	0,088	0,088
2015	0,101	0,103	0,104	0,101	0,102	0,103
2016	0,095	0,098	0,098	0,094	0,097	0,097
2017	0,091	0,094	0,095	0,089	0,091	0,092
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,031	-0,031	-0,031	-0,015	-0,015	-0,015
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-37,81	-37,81	-37,81	-27,95	-27,77	-27,77
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,041	0,044	0,045	0,049	0,052	0,053
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	80,99	86,34	88,12	123,68	129,65	131,91

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η συνολική επίδοση ως προς τον επιπολασμό των περιορισμών των καθημερινών δραστηριοτήτων επιδεινώνεται και στις δύο περιόδους της ανάλυσης (Πίνακας 7-407).

Πίνακας 7-407 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού, 2003-2017

	HAI(2)	
Έτος έρευνας	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	18,38	19,72
2004	22,22	23,26
2005	18,91	20,17
2006	17,82	19,27
2007	19,18	20,33
2008	20,69	22,28
2009	19,76	21,25

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2010	20,07	20,72
2011	20,98	21,23
2012	23,90	23,89
2013	24,35	23,80
2014	26,09	24,97
2015	27,17	25,86
2016	26,89	25,40
2017	26,34	24,40
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	2,31	2,56
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	12,55	13,00
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	5,65	2,12
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	27,33	9,50

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.6.4. Ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα

Η κατανομή της συχνότητας των περιορισμών των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τα εισοδηματικά πεμπτημόρια δείχνει ότι είναι κοινωνικοοικονομικά διαβαθμισμένη, με τα υψηλότερα οικονομικά στρώματα να συνδέονται με χαμηλότερο επιπολασμό (Πίνακας 7-408). Έπειτα, ο επιπολασμός αυξάνεται μετά το 2008, κυρίως στην υψηλότερη εισοδηματική κατηγορία.

Πίνακας 7-408 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ					ΠΚ				
	Πρώτο	Δεύτερο	Τρίτο	Τέταρτο	Πεμπτο	Πρώτο	Δεύτερο	Τρίτο	Τέταρτο	Πεμπτο
2003	24,80 (0,97)	19,79 (0,88)	15,27 (0,90)	11,84 (0,75)	7,50 (0,65)	23,53 (0,77)	20,88 (0,77)	18,79 (0,96)	16,34 (0,88)	10,98 (0,96)
2004	26,12 (1,13)	23,26 (1,07)	19,63 (1,18)	15,87 (1,28)	12,95 (1,28)	24,53 (1,02)	23,65 (0,99)	22,88 (1,16)	19,44 (1,33)	17,35 (1,53)
2005	24,19 (1,19)	22,64 (1,02)	16,80 (1,01)	12,25 (0,96)	10,26 (0,90)	22,60 (1,02)	23,49 (0,98)	19,85 (1,00)	16,51 (1,20)	13,70 (1,05)
2006	23,34 (1,29)	20,79 (1,08)	18,30 (1,12)	13,39 (1,00)	8,62 (0,75)	23,30 (1,14)	20,99 (0,91)	20,47 (1,08)	16,44 (1,18)	12,96 (1,03)
2007	25,05 (1,63)	22,31 (1,06)	19,11 (1,14)	12,56 (0,94)	8,78 (0,75)	25,43 (1,48)	22,52 (0,89)	20,54 (1,01)	16,47 (1,02)	12,59 (1,01)
2008	26,39 (1,37)	25,55 (1,12)	22,13 (1,09)	13,22 (0,80)	10,90 (0,75)	26,91 (1,06)	25,74 (0,93)	22,92 (0,95)	17,85 (0,85)	15,66 (0,85)
2009	25,35 (1,31)	24,74 (1,22)	20,43 (1,08)	13,81 (0,91)	10,26 (0,79)	25,60 (1,06)	23,33 (0,90)	21,52 (0,79)	18,34 (0,87)	15,80 (0,88)
2010	23,93 (1,46)	25,87 (1,40)	21,40 (1,29)	14,03 (1,08)	10,17 (1,05)	24,97 (1,20)	23,69 (1,08)	21,67 (1,01)	17,92 (1,06)	14,36 (1,24)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2011	25,89 (1,16)	25,57 (1,29)	19,65 (1,18)	12,23 (1,13)	11,57 (1,14)	24,87 (0,96)	23,34 (0,94)	21,38 (0,96)	16,67 (1,18)	15,12 (1,16)
2012	24,02 (1,33)	26,48 (1,17)	21,47 (1,35)	17,54 (1,77)	14,12 (2,11)	27,18 (1,14)	24,37 (0,94)	22,06 (1,14)	20,08 (1,43)	17,01 (2,01)
2013	25,20 (0,86)	26,49 (1,00)	18,35 (1,05)	17,60 (1,47)	11,05 (1,38)	27,10 (0,74)	23,76 (0,69)	20,61 (0,86)	19,07 (1,40)	14,82 (1,36)
2014	26,50 (0,78)	26,21 (1,04)	18,87 (1,15)	16,52 (1,33)	13,39 (1,82)	27,25 (0,65)	23,91 (0,72)	21,58 (1,02)	18,48 (1,13)	15,20 (1,80)
2015	26,86 (0,73)	27,26 (0,80)	21,02 (0,92)	18,20 (1,17)	13,30 (1,36)	27,62 (0,63)	24,55 (0,62)	22,01 (0,75)	19,67 (1,15)	15,49 (1,35)
2016	26,36 (0,61)	27,23 (0,69)	22,06 (0,89)	19,05 (1,40)	14,99 (1,21)	27,55 (0,53)	23,56 (0,55)	22,62 (0,75)	19,84 (1,22)	17,61 (1,22)
2017	26,54 (0,54)	26,88 (0,62)	20,07 (0,77)	17,37 (1,04)	13,95 (1,24)	27,03 (0,45)	23,62 (0,46)	20,38 (0,63)	18,20 (0,86)	16,82 (1,32)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,59	5,76	6,87	1,38	3,39	3,38	4,86	4,13	1,51	4,68
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	6,41	29,11	44,99	11,66	45,23	14,35	23,27	22,01	9,21	42,61
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,15	1,33	-2,07	4,15	3,05	0,12	-2,12	-2,55	0,35	1,16
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	0,59	5,21	-9,34	31,40	27,97	0,45	-8,24	-11,11	1,97	7,40

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι απόλυτες και οι σχετικές διαφορές υγείας μεταξύ του υψηλότερου και του χαμηλότερου εισοδηματικού πεμπτημορίου αμβλύνονται τόσο πριν όσο και μετά την έναρξη της ύφεσης (**Πίνακας 7-409**). Ωστόσο, καταγράφονται σημαντικές διακυμάνσεις σε αυτό το διάστημα, με τις χαμηλότερες ανισότητες να σημειώνονται το 2009, το 2011 και το 2016 και τις υψηλότερες μεταξύ 2012-2015 στις προτυποποιημένες κατανομές.

Πίνακας 7-409 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-17,29 (1,17)	-12,55 (1,23)	0,30 (0,03)	0,47 (0,04)
2004	-13,17 (1,71)	-7,19 (1,84)	0,50 (0,05)	0,71 (0,07)
2005	-13,93 (1,49)	-8,91 (1,46)	0,42 (0,04)	0,61 (0,05)
2006	-14,72 (1,49)	-10,35 (1,53)	0,37 (0,04)	0,56 (0,05)
2007	-16,28 (1,79)	-12,85 (1,79)	0,35 (0,04)	0,49 (0,05)
2008	-15,49 (1,56)	-11,24 (1,36)	0,41 (0,04)	0,58 (0,04)
2009	-15,09 (1,53)	-9,80 (1,38)	0,40 (0,04)	0,62 (0,04)
2010	-13,76 (1,80)	-10,62 (1,72)	0,42 (0,05)	0,57 (0,06)
2011	-14,32 (1,63)	-9,75 (1,51)	0,45 (0,05)	0,61 (0,05)
2012	-9,90 (2,49)	-10,17 (2,31)	0,59 (0,09)	0,63 (0,08)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2013	-14,15 (1,63)	-12,28 (1,55)	0,44 (0,06)	0,55 (0,05)
2014	-13,12 (1,98)	-12,05 (1,91)	0,51 (0,07)	0,56 (0,07)
2015	-13,56 (1,55)	-12,14 (1,49)	0,50 (0,05)	0,56 (0,05)
2016	-11,37 (1,35)	-9,94 (1,33)	0,57 (0,05)	0,64 (0,05)
2017	-12,60 (1,35)	-10,21 (1,39)	0,53 (0,05)	0,62 (0,05)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,80	1,30	0,11	0,12
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	10,43	10,39	36,48	24,71
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	2,89	1,04	0,11	0,04
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	18,68	9,23	27,23	6,92

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι τιμές των AGMD, RGMD και IDISP επίσης μειώνονται κατά τη δεύτερη περίοδο της ανάλυσης (Πίνακας 7-410).

Πίνακας 7-410 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	AGMD		RGMD		IDISP	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	5,28 (0,37)	3,29 (0,32)	31,05 (2,17)	17,40 (1,72)	31,73 (1,93)	18,21 (1,86)
2004	4,15 (0,50)	2,39 (0,58)	20,55 (2,46)	10,92 (2,63)	20,91 (2,43)	11,29 (2,63)
2005	5,01 (0,48)	3,22 (0,42)	28,32 (2,73)	16,50 (2,14)	28,51 (2,59)	16,57 (2,13)
2006	4,61 (0,44)	3,22 (0,44)	26,75 (2,53)	16,92 (2,29)	26,93 (2,35)	17,13 (2,34)
2007	5,44 (0,42)	3,94 (0,51)	30,37 (2,34)	19,95 (2,60)	30,40 (1,91)	19,94 (2,51)
2008	6,06 (0,38)	4,04 (0,38)	30,93 (1,95)	18,57 (1,73)	31,00 (1,91)	18,63 (1,68)
2009	5,48 (0,45)	3,05 (0,33)	29,25 (2,42)	14,67 (1,61)	29,56 (2,13)	14,90 (1,59)
2010	5,71 (0,53)	3,56 (0,45)	30,60 (2,86)	17,61 (2,25)	30,35 (2,71)	17,61 (2,41)
2011	5,45 (0,48)	3,23 (0,42)	27,15 (2,37)	15,43 (2,00)	27,98 (2,17)	16,11 (2,08)
2012	2,92 (0,61)	2,59 (0,46)	12,89 (2,68)	10,87 (1,94)	17,68 (3,05)	13,63 (2,12)
2013	3,68 (0,36)	2,77 (0,37)	15,96 (1,58)	11,66 (1,56)	24,06 (2,11)	17,01 (1,93)
2014	3,56 (0,34)	2,74 (0,32)	14,85 (1,42)	11,29 (1,32)	23,28 (2,02)	17,31 (1,96)
2015	3,17 (0,35)	2,59 (0,33)	12,77 (1,42)	10,43 (1,32)	21,28 (1,87)	16,40 (1,57)
2016	2,73 (0,32)	2,65 (0,31)	11,04 (1,29)	10,78 (1,28)	17,97 (1,73)	14,44 (1,37)
2017	3,39 (0,27)	2,81 (0,24)	13,97 (1,10)	11,76 (1,00)	21,68 (1,64)	16,45 (1,29)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,78	0,75	-0,12	1,17	-0,73	0,42
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	14,71	22,93	-0,37	6,72	-2,30	2,31
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-2,67	-1,24	-16,96	-6,81	-9,32	-2,17
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-43,98	-30,55	-54,83	-36,66	-30,07	-11,67

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι δείκτες SII και RII σημειώνουν μείωση των τιμών τους μετά την έναρξη της κρίσης, ιδίως ως προς τις σχετικές ανισότητες (**Πίνακας 7-411**). Πάντως, παροδικές αυξήσεις καταγράφονται για τα έτη 2010, 2013 και 2017,

Πίνακας 7-411 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	SII		RII	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-21,57 (0,05)	-14,18 (0,05)	0,27 (0,00)	0,47 (0,00)
2004	-16,71 (0,05)	-8,86 (0,05)	0,43 (0,00)	0,67 (0,00)
2005	-19,17 (0,05)	-12,18 (0,05)	0,33 (0,00)	0,53 (0,00)
2006	-18,29 (0,04)	-12,41 (0,05)	0,34 (0,00)	0,52 (0,00)
2007	-21,17 (0,05)	-15,84 (0,05)	0,30 (0,00)	0,44 (0,00)
2008	-21,69 (0,05)	-15,17 (0,05)	0,32 (0,00)	0,49 (0,00)
2009	-20,58 (0,05)	-12,17 (0,05)	0,33 (0,00)	0,55 (0,00)
2010	-20,22 (0,05)	-13,65 (0,05)	0,33 (0,00)	0,51 (0,00)
2011	-20,50 (0,05)	-12,59 (0,05)	0,35 (0,00)	0,55 (0,00)
2012	-9,51 (0,05)	-10,96 (0,05)	0,66 (0,00)	0,63 (0,00)
2013	-12,07 (0,05)	-12,53 (0,05)	0,59 (0,00)	0,59 (0,00)
2014	-13,14 (0,05)	-12,26 (0,05)	0,58 (0,00)	0,60 (0,00)
2015	-11,27 (0,05)	-11,65 (0,05)	0,63 (0,00)	0,62 (0,00)
2016	-9,36 (0,05)	-10,97 (0,05)	0,68 (0,00)	0,64 (0,00)
2017	-11,95 (0,05)	-12,34 (0,05)	0,61 (0,00)	0,59 (0,00)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,12	-0,99	0,05	0,03
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-0,55	-6,99	18,14	5,49
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	9,74	2,83	0,29	0,10
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	44,92	18,65	89,53	20,21

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των τιμών των δεικτών συγκεντρώσεως επίσης δείχνει μείωση των ανισοτήτων, ιδίως των σχετικών, ως προς τη συχνότητα του περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων μετά την έναρξη της κρίσης (**Πίνακας 7-412**). Μάλιστα, η μείωση αυτή είναι ακόμη μεγαλύτερη σε υψηλότερες τιμές αποστροφής της ανισότητας. Πάντως, αυξήσεις παρατηρούνται το 2013 και το 2017.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-412 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	CI		ECI(3)	ECI(4)	ECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	-0,205 (0,014)	-0,121 (0,012)	-0,302	-0,356	-0,388
2004	-0,135 (0,015)	-0,064 (0,014)	-0,202	-0,241	-0,266
2005	-0,177 (0,015)	-0,104 (0,014)	-0,261	-0,303	-0,325
2006	-0,173 (0,016)	-0,114 (0,015)	-0,248	-0,286	-0,308
2007	-0,194 (0,018)	-0,138 (0,016)	-0,274	-0,312	-0,329
2008	-0,179 (0,014)	-0,123 (0,012)	-0,256	-0,291	-0,307
2009	-0,184 (0,014)	-0,106 (0,012)	-0,258	-0,289	-0,299
2010	-0,171 (0,017)	-0,105 (0,014)	-0,232	-0,249	-0,247
2011	-0,162 (0,015)	-0,096 (0,012)	-0,221	-0,238	-0,238
2012	-0,061 (0,017)	-0,076 (0,015)	-0,057	-0,034	-0,005
2013	-0,061 (0,012)	-0,083 (0,010)	-0,044	-0,008	0,030
2014	-0,056 (0,011)	-0,069 (0,009)	-0,037	-0,001	0,036
2015	-0,054 (0,009)	-0,072 (0,008)	-0,046	-0,025	-0,002
2016	-0,043 (0,009)	-0,068 (0,008)	-0,030	-0,006	0,020
2017	-0,064 (0,008)	-0,081 (0,007)	-0,063	-0,046	-0,026
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,026	-0,001	0,046	0,065	0,081
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	12,68	-1,15	15,23	18,26	20,88
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,115	0,041	0,193	0,246	0,282
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	64,19	33,74	75,55	84,36	91,69

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-413 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	GCI		GECI(3)	GECI(4)	GECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	-0,035 (0,002)	-0,021 (0,002)	-0,134	-0,128	-0,123
2004	-0,027 (0,003)	-0,013 (0,003)	-0,106	-0,103	-0,100
2005	-0,031 (0,003)	-0,018 (0,002)	-0,120	-0,113	-0,107
2006	-0,030 (0,003)	-0,020 (0,003)	-0,111	-0,104	-0,099
2007	-0,035 (0,003)	-0,025 (0,003)	-0,128	-0,118	-0,110
2008	-0,035 (0,003)	-0,024 (0,002)	-0,130	-0,121	-0,112
2009	-0,034 (0,003)	-0,020 (0,002)	-0,126	-0,115	-0,105
2010	-0,032 (0,003)	-0,020 (0,003)	-0,113	-0,099	-0,086
2011	-0,033 (0,003)	-0,019 (0,002)	-0,115	-0,101	-0,089
2012	-0,014 (0,004)	-0,017 (0,003)	-0,034	-0,016	-0,002
2013	-0,014 (0,003)	-0,019 (0,002)	-0,026	-0,004	0,013

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2014	-0,014 (0,003)	-0,017 (0,002)	-0,023	-0,001	0,016
2015	-0,013 (0,002)	-0,018 (0,002)	-0,030	-0,013	-0,001
2016	-0,011 (0,002)	-0,017 (0,002)	-0,020	-0,003	0,009
2017	-0,016 (0,002)	-0,020 (0,002)	-0,040	-0,023	-0,012
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,000	-0,003	0,004	0,007	0,011
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	0,86	-16,50	2,99	5,47	8,94
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,020	0,004	0,091	0,098	0,100
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	55,68	17,50	69,62	80,66	89,64

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-414 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	E		W	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-0,140 (0,009)	-0,083 (0,008)	-0,247 (0,016)	-0,146 (0,014)
2004	-0,109 (0,012)	-0,052 (0,011)	-0,170 (0,019)	-0,081 (0,017)
2005	-0,126 (0,011)	-0,073 (0,010)	-0,216 (0,018)	-0,126 (0,016)
2006	-0,120 (0,011)	-0,078 (0,010)	-0,210 (0,020)	-0,137 (0,018)
2007	-0,139 (0,013)	-0,099 (0,012)	-0,236 (0,021)	-0,169 (0,020)
2008	-0,141 (0,011)	-0,096 (0,009)	-0,223 (0,017)	-0,153 (0,014)
2009	-0,138 (0,011)	-0,080 (0,009)	-0,226 (0,017)	-0,131 (0,015)
2010	-0,128 (0,013)	-0,079 (0,011)	-0,211 (0,021)	-0,130 (0,018)
2011	-0,130 (0,012)	-0,077 (0,010)	-0,203 (0,018)	-0,121 (0,015)
2012	-0,055 (0,016)	-0,069 (0,013)	-0,079 (0,022)	-0,099 (0,019)
2013	-0,056 (0,011)	-0,077 (0,009)	-0,079 (0,016)	-0,108 (0,013)
2014	-0,054 (0,011)	-0,067 (0,009)	-0,074 (0,014)	-0,091 (0,012)
2015	-0,054 (0,009)	-0,072 (0,008)	-0,072 (0,012)	-0,096 (0,011)
2016	-0,043 (0,009)	-0,068 (0,008)	-0,058 (0,012)	-0,091 (0,010)
2017	-0,062 (0,007)	-0,079 (0,006)	-0,085 (0,010)	-0,107 (0,009)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,001	-0,014	0,024	-0,007
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-0,71	-16,61	9,72	-4,45
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,079	0,017	0,138	0,045
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	55,82	17,88	62,06	29,62

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-415 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

Έτος έρευνας	SCI(3)	SCI(4)	SCI(5)	GSCI(3)	GSCI(4)	GSCI(5)
	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2003	-0,226	-0,236	-0,241	-0,154	-0,161	-0,164
2004	-0,150	-0,159	-0,166	-0,121	-0,129	-0,134
2005	-0,186	-0,187	-0,186	-0,131	-0,132	-0,132
2006	-0,193	-0,203	-0,207	-0,133	-0,140	-0,143
2007	-0,212	-0,217	-0,216	-0,152	-0,155	-0,155
2008	-0,190	-0,193	-0,194	-0,149	-0,151	-0,152
2009	-0,191	-0,191	-0,190	-0,143	-0,144	-0,142
2010	-0,174	-0,168	-0,161	-0,130	-0,126	-0,120
2011	-0,164	-0,160	-0,155	-0,132	-0,129	-0,125
2012	-0,054	-0,045	-0,036	-0,049	-0,041	-0,033
2013	-0,055	-0,050	-0,045	-0,051	-0,046	-0,042
2014	-0,050	-0,043	-0,038	-0,048	-0,042	-0,037
2015	-0,056	-0,055	-0,053	-0,055	-0,054	-0,052
2016	-0,042	-0,040	-0,039	-0,041	-0,040	-0,039
2017	-0,066	-0,066	-0,065	-0,064	-0,064	-0,063
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,036	0,043	0,047	0,005	0,010	0,012
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	15,93	18,22	19,50	3,25	6,21	7,32
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,124	0,127	0,129	0,085	0,087	0,089
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	65,42	66,01	66,39	57,11	57,75	58,29

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Τέλος, η συνολική επίδοση ως προς τη συχνότητα των περιορισμών στις καθημερινές δραστηριότητες, λαμβάνοντας υπόψη την εξέλιξη των εισοδηματικών ανισοτήτων, επιδεινώνεται και στις δύο περιόδους της ανάλυσης (Πίνακας 7-416).

Πίνακας 7-416 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα, 2003-2017

HAI(2)		
Έτος έρευνας	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	20,49	21,36
2004	22,93	23,50
2005	20,84	21,63
2006	20,19	21,06
2007	21,37	22,28
2008	23,12	24,20
2009	22,14	22,89
2010	21,90	22,47
2011	23,36	23,03
2012	23,98	25,53
2013	24,51	25,71

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2014	25,35	25,96
2015	26,14	26,59
2016	25,87	26,19
2017	25,86	25,88
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	2,63	2,84
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	12,84	13,30
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	2,74	1,68
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	11,85	6,94

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.6.5. Κίνδυνος φτώχειας

Ο επιπολασμός των περιορισμών στις καθημερινές δραστηριότητες αυξάνεται στα άτομα που δεν κινδυνεύουν από φτώχεια μετά την έναρξη της κρίσης, σε αντίθεση με τα φτωχά νοικοκυριά (**Πίνακας 7-417**). Πάντως, τα μη φτωχά άτομα συνδέονται με λιγότερα προβλήματα υγείας.

Πίνακας 7-417 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον κίνδυνο φτώχειας, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	14,42 (0,45)	24,96 (1,00)	17,69 (0,50)	23,54 (0,78)
2004	18,62 (0,76)	25,79 (1,14)	21,60 (0,75)	24,14 (1,03)
2005	16,01 (0,54)	24,32 (1,21)	19,01 (0,57)	22,69 (1,03)
2006	15,60 (0,55)	23,55 (1,33)	18,13 (0,57)	23,43 (1,17)
2007	16,10 (0,58)	25,13 (1,69)	18,45 (0,54)	25,64 (1,53)
2008	18,01 (0,51)	26,62 (1,42)	20,61 (0,46)	27,17 (1,11)
2009	17,41 (0,55)	25,19 (1,35)	19,96 (0,44)	25,39 (1,09)
2010	17,76 (0,63)	23,19 (1,47)	19,74 (0,52)	24,56 (1,20)
2011	18,24 (0,64)	25,89 (1,18)	20,09 (0,55)	24,81 (0,98)
2012	22,10 (0,77)	23,71 (1,35)	22,40 (0,64)	27,06 (1,17)
2013	21,84 (0,64)	24,90 (0,87)	21,71 (0,48)	27,02 (0,75)
2014	21,93 (0,70)	26,41 (0,78)	22,09 (0,54)	27,26 (0,66)
2015	23,34 (0,55)	26,69 (0,75)	22,68 (0,44)	27,62 (0,65)
2016	23,63 (0,52)	26,21 (0,62)	22,48 (0,42)	27,54 (0,55)
2017	22,74 (0,44)	26,36 (0,55)	21,66 (0,34)	27,09 (0,45)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	3,59	1,66	2,92	3,63
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	24,87	6,66	16,51	15,42
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	4,73	-0,26	1,05	-0,08
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	26,28	-0,99	5,09	-0,29

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Ως αποτέλεσμα, οι απόλυτες και οι σχετικές διαφορές υγείας μεταξύ των δύο ομάδων αμβλύνονται μετά το 2008 (**Πίνακας 7-418**). Οι ανισότητες περιορίζονται μέχρι και το 2012, ενώ το 2013 σημειώνεται μια παροδική, σημαντική παρόλα αυτά, αύξηση. Ακολούθως, επανέρχεται η πτωτική τάση, αν και οι ανισότητες διευρύνονται εκ νέου το 2017.

Πίνακας 7-418 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον κίνδυνο φτώχειας, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-10,54 (1,10)	-5,85 (0,93)	0,58 (0,03)	0,75 (0,03)
2004	-7,17 (1,37)	-2,54 (1,28)	0,72 (0,04)	0,89 (0,05)
2005	-8,32 (1,33)	-3,68 (1,18)	0,66 (0,04)	0,84 (0,05)
2006	-7,96 (1,44)	-5,30 (1,30)	0,66 (0,04)	0,77 (0,05)
2007	-9,03 (1,79)	-7,19 (1,62)	0,64 (0,05)	0,72 (0,05)
2008	-8,61 (1,51)	-6,56 (1,20)	0,68 (0,04)	0,76 (0,04)
2009	-7,78 (1,45)	-5,43 (1,18)	0,69 (0,04)	0,79 (0,04)
2010	-5,44 (1,60)	-4,81 (1,31)	0,77 (0,06)	0,80 (0,04)
2011	-7,65 (1,34)	-4,71 (1,12)	0,70 (0,04)	0,81 (0,04)
2012	-1,61 (1,56)	-4,66 (1,33)	0,93 (0,06)	0,83 (0,04)
2013	-3,06 (1,08)	-5,31 (0,89)	0,88 (0,04)	0,80 (0,03)
2014	-4,48 (1,05)	-5,17 (0,86)	0,83 (0,04)	0,81 (0,03)
2015	-3,35 (0,93)	-4,94 (0,79)	0,87 (0,03)	0,82 (0,03)
2016	-2,58 (0,81)	-5,06 (0,69)	0,90 (0,03)	0,82 (0,02)
2017	-3,61 (0,71)	-5,43 (0,57)	0,86 (0,02)	0,80 (0,02)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,92	-0,71	0,10	0,01
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	18,26	-12,10	17,07	0,95
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	5,00	1,13	0,19	0,04
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	58,02	17,22	27,54	5,40

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.6.6. Αριθμός υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό

Ο επιπολασμός της παρουσίας περιορισμών στις καθημερινές δραστηριότητες αυξάνεται καθώς τα νοικοκυριά αναφέρουν όλο και μεγαλύτερο αριθμό αγαθών που στερούνται (**Πίνακας 7-419**). Είναι αξιοσημείωτο πως η συχνότητα των προβλημάτων υγείας μειώνεται στα νοικοκυριά της χαμηλότερης κοινωνικοοικονομικής βαθμίδας και αυξάνεται σε εκείνα της υψηλότερης κατά την περίοδο μετά την έναρξη της κρίσης.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-419 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ					ΠΚ				
	0 αγαθά	1 αγαθά	2 αγαθά	3 αγαθά	4+ αγαθά	0 αγαθά	1 αγαθά	2 αγαθά	3 αγαθά	4+ αγαθά
2003	9,34 (0,53)	13,53 (0,86)	16,96 (0,93)	19,51 (1,20)	28,42 (1,08)	12,43 (0,67)	16,38 (0,91)	19,25 (0,87)	21,23 (1,05)	27,77 (0,89)
2004	12,76 (0,87)	19,60 (1,32)	21,83 (1,41)	24,82 (1,49)	29,58 (1,33)	15,89 (0,95)	21,45 (1,28)	22,36 (1,32)	26,70 (1,31)	29,32 (1,21)
2005	9,88 (0,63)	14,89 (0,92)	17,75 (1,11)	24,95 (1,37)	29,43 (1,38)	12,84 (0,75)	16,67 (0,91)	19,47 (1,08)	26,65 (1,23)	29,53 (1,18)
2006	9,50 (0,56)	15,18 (0,96)	19,82 (1,22)	24,97 (1,56)	29,37 (1,60)	12,65 (0,71)	16,95 (0,96)	20,93 (1,15)	25,39 (1,37)	29,41 (1,32)
2007	10,50 (0,64)	15,44 (0,93)	21,04 (1,12)	25,49 (1,49)	32,22 (2,21)	13,34 (0,69)	17,53 (0,88)	21,98 (1,01)	27,12 (1,28)	31,63 (1,87)
2008	11,43 (0,60)	18,72 (0,92)	22,92 (1,23)	26,70 (1,36)	33,95 (1,73)	14,91 (0,61)	20,99 (0,80)	24,99 (1,05)	26,55 (1,17)	34,18 (1,29)
2009	12,31 (0,62)	22,18 (1,37)	23,45 (1,23)	22,32 (1,48)	25,93 (1,56)	16,09 (0,55)	21,92 (0,94)	23,48 (0,98)	24,05 (1,17)	28,73 (1,28)
2010	12,52 (0,77)	20,45 (1,38)	24,16 (1,50)	22,11 (1,68)	26,23 (1,69)	15,28 (0,70)	22,01 (1,16)	24,16 (1,21)	22,81 (1,30)	29,04 (1,36)
2011	13,18 (0,73)	20,56 (1,25)	25,84 (1,51)	29,01 (1,64)	22,95 (1,56)	15,73 (0,66)	20,28 (1,02)	24,83 (1,25)	27,13 (1,32)	26,65 (1,23)
2012	16,50 (1,02)	22,02 (1,30)	25,40 (1,51)	26,73 (1,63)	26,68 (1,94)	17,58 (0,81)	22,85 (1,08)	25,17 (1,29)	26,65 (1,24)	32,26 (1,52)
2013	16,65 (0,80)	24,59 (1,07)	25,23 (1,16)	25,49 (1,26)	26,23 (1,32)	17,80 (0,63)	22,58 (0,80)	24,70 (0,92)	25,95 (0,94)	31,12 (1,07)
2014	17,57 (0,81)	23,47 (1,11)	26,41 (1,18)	28,49 (1,26)	26,08 (1,14)	18,01 (0,65)	22,79 (0,84)	25,08 (0,90)	26,88 (0,93)	30,45 (1,04)
2015	17,13 (0,65)	22,97 (0,91)	28,50 (0,92)	29,76 (1,05)	27,19 (1,00)	17,35 (0,58)	21,90 (0,70)	25,77 (0,74)	28,72 (0,87)	31,23 (0,88)
2016	16,86 (0,60)	22,61 (0,80)	29,04 (0,97)	29,88 (0,96)	27,45 (0,89)	17,41 (0,52)	21,45 (0,63)	26,09 (0,73)	27,11 (0,72)	31,47 (0,84)
2017	17,16 (0,54)	22,26 (0,68)	28,05 (0,80)	28,09 (0,95)	28,63 (0,77)	17,62 (0,43)	20,92 (0,55)	25,15 (0,57)	26,35 (0,69)	31,39 (0,65)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	2,09	5,19	5,96	7,19	5,53	2,47	4,61	5,74	5,32	6,41
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	22,39	38,39	35,11	36,87	19,45	19,90	28,13	29,80	25,06	23,09
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	5,73	3,54	5,13	1,39	-5,32	2,71	-0,07	0,16	-0,20	-2,79
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	50,12	18,92	22,37	5,19	-15,66	18,21	-0,32	0,63	-0,74	-8,17

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Παρατηρούμε, λοιπόν, ότι, ενώ οι διαφορές, ιδίως οι απόλυτες, στη συχνότητα των προβλημάτων υγείας διευρύνονταν κατά την περίοδο πριν το 2008, σημειώνουν αισθητή συμπίεση μετά την έναρξη της κρίσης (Πίνακας 7-420). Πάντως, κατά την περίοδο αυτή παρουσιάζονται σημαντικές

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

αυξομειώσεις. Έτσι, την αξιολογη πτώση που σημειώνεται το 2011 την ακολουθεί μια μεγαλύτερου μεγέθους αύξηση το 2012.

Πίνακας 7-420 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-19,08 (1,21)	-15,34 (1,11)	0,33 (0,02)	0,45 (0,03)
2004	-16,82 (1,59)	-13,43 (1,54)	0,43 (0,04)	0,54 (0,04)
2005	-19,55 (1,52)	-16,69 (1,40)	0,34 (0,03)	0,43 (0,03)
2006	-19,87 (1,70)	-16,76 (1,50)	0,32 (0,03)	0,43 (0,03)
2007	-21,73 (2,30)	-18,29 (1,99)	0,33 (0,03)	0,42 (0,03)
2008	-22,51 (1,83)	-19,27 (1,42)	0,34 (0,02)	0,44 (0,02)
2009	-13,62 (1,68)	-12,64 (1,39)	0,47 (0,04)	0,56 (0,03)
2010	-13,70 (1,85)	-13,76 (1,53)	0,48 (0,04)	0,53 (0,03)
2011	-9,78 (1,72)	-10,92 (1,39)	0,57 (0,05)	0,59 (0,04)
2012	-10,19 (2,20)	-14,67 (1,72)	0,62 (0,06)	0,55 (0,04)
2013	-9,58 (1,55)	-13,32 (1,24)	0,63 (0,04)	0,57 (0,03)
2014	-8,50 (1,39)	-12,43 (1,23)	0,67 (0,04)	0,59 (0,03)
2015	-10,06 (1,19)	-13,89 (1,05)	0,63 (0,03)	0,56 (0,02)
2016	-10,59 (1,07)	-14,06 (0,99)	0,61 (0,03)	0,55 (0,02)
2017	-11,47 (0,94)	-13,77 (0,78)	0,60 (0,02)	0,56 (0,02)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-3,44	-3,94	0,01	-0,01
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-18,01	-25,67	2,46	-2,59
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	11,05	5,51	0,26	0,13
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	49,06	28,57	77,99	28,72

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι συνολικές ανισότητες βάσει των δεικτών AGMD, RGMD και IDISP επίσης μειώνονται κατά την περίοδο μετά την έναρξη της κρίσης (**Πίνακας 7-421**). Πάντως, παρατηρείται κάποια αύξηση κατά τα τελευταία χρόνια της ανάλυσης.

Πίνακας 7-421 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	AGMD		RGMD		IDISP	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2003	5,62 (0,37)	4,60 (0,35)	33,13 (2,20)	24,39 (1,87)	29,55 (2,32)	21,79 (1,94)
2004	5,05 (0,45)	4,03 (0,49)	25,03 (2,25)	18,45 (2,22)	23,51 (2,55)	17,58 (2,30)
2005	6,00 (0,44)	5,37 (0,43)	33,93 (2,46)	27,44 (2,20)	33,52 (2,58)	27,37 (2,17)
2006	6,38 (0,46)	5,35 (0,45)	37,15 (2,68)	28,27 (2,38)	37,63 (2,94)	28,78 (2,46)
2007	6,76 (0,57)	5,80 (0,46)	37,77 (3,18)	29,48 (2,35)	39,00 (2,86)	30,68 (2,40)
2008	6,54 (0,40)	5,48 (0,36)	33,24 (2,04)	25,14 (1,64)	34,26 (2,17)	25,68 (1,69)
2009	5,42 (0,50)	4,04 (0,38)	28,98 (2,67)	19,35 (1,82)	27,16 (2,21)	18,70 (1,70)
2010	5,13 (0,51)	4,40 (0,45)	27,47 (2,74)	21,38 (2,19)	26,09 (2,52)	20,49 (2,01)
2011	5,30 (0,46)	4,50 (0,41)	26,49 (2,31)	21,26 (1,93)	25,22 (2,21)	20,29 (2,00)
2012	3,79 (0,55)	4,40 (0,44)	16,78 (2,42)	18,21 (1,84)	15,71 (2,25)	16,10 (1,85)
2013	3,48 (0,37)	3,95 (0,37)	15,12 (1,62)	16,43 (1,55)	13,70 (1,51)	14,42 (1,41)
2014	3,38 (0,43)	3,82 (0,40)	14,08 (1,79)	15,61 (1,64)	13,31 (1,69)	13,98 (1,39)
2015	4,24 (0,39)	4,59 (0,34)	17,10 (1,56)	18,40 (1,36)	16,55 (1,49)	17,27 (1,29)
2016	4,50 (0,37)	4,54 (0,28)	18,18 (1,50)	18,47 (1,14)	17,90 (1,55)	17,27 (1,12)
2017	4,36 (0,30)	4,36 (0,22)	17,97 (1,23)	18,24 (0,94)	17,33 (1,18)	17,06 (0,88)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,92	0,88	0,11	0,75	4,72	3,89
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	16,46	19,12	0,34	3,07	15,97	17,88
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-2,18	-1,12	-15,28	-6,91	-16,93	-8,62
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-33,31	-20,43	-45,95	-27,47	-49,42	-33,56

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι δείκτες SII και RII μειώνονται κατά τη διάρκεια της κρίσης, σε αντίθεση με την προηγούμενη περίοδο (**Πίνακας 7-422**). Πάντως, παρατηρούνται διακυμάνσεις, με τις υψηλότερες τιμές να καταγράφονται το 2012 και το 2015 στους προτυποποιημένους πληθυσμούς.

Πίνακας 7-422 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	SII		RII	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-23,91 (0,04)	-19,30 (0,05)	0,23 (0,00)	0,35 (0,00)
2004	-21,28 (0,05)	-17,27 (0,05)	0,34 (0,00)	0,45 (0,00)
2005	-24,86 (0,05)	-21,71 (0,05)	0,23 (0,00)	0,32 (0,00)
2006	-25,47 (0,04)	-21,25 (0,05)	0,22 (0,00)	0,32 (0,00)
2007	-26,68 (0,04)	-22,91 (0,05)	0,21 (0,00)	0,30 (0,00)
2008	-27,14 (0,05)	-22,74 (0,05)	0,24 (0,00)	0,34 (0,00)
2009	-18,74 (0,05)	-15,75 (0,05)	0,36 (0,00)	0,47 (0,00)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2010	-18,63 (0,05)	-16,78 (0,05)	0,36 (0,00)	0,44 (0,00)
2011	-18,38 (0,05)	-16,72 (0,05)	0,39 (0,00)	0,45 (0,00)
2012	-14,36 (0,05)	-18,44 (0,05)	0,53 (0,00)	0,46 (0,00)
2013	-12,06 (0,05)	-16,65 (0,05)	0,59 (0,00)	0,50 (0,00)
2014	-11,86 (0,05)	-15,83 (0,05)	0,61 (0,00)	0,52 (0,00)
2015	-13,93 (0,05)	-18,24 (0,05)	0,57 (0,00)	0,48 (0,00)
2016	-14,83 (0,05)	-17,93 (0,05)	0,55 (0,00)	0,48 (0,00)
2017	-15,53 (0,05)	-17,43 (0,05)	0,52 (0,00)	0,48 (0,00)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-3,23	-3,44	0,01	-0,01
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-13,50	-17,81	2,60	-2,48
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	11,60	5,31	0,28	0,13
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	42,76	23,35	118,78	38,97

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι τιμές των δεικτών συγκεντρώσεως επίσης μειώνονται μετά το 2008. Η μείωση αυτή είναι μεγαλύτερη για τους δείκτες ECI και GECI και μικρότερη για τους δείκτες SCI και GSCI σε υψηλότερη αποστροφή για την ανισότητα. Ωστόσο, παρατηρούνται παροδικές αυξήσεις το 2010 και το 2015.

Πίνακας 7-423 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	CI		ECI(3)	ECI(4)	ECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	0,226 (0,013)	0,170 (0,011)	0,318	0,366	0,394
2004	0,170 (0,014)	0,125 (0,013)	0,247	0,290	0,317
2005	0,223 (0,015)	0,183 (0,013)	0,318	0,366	0,393
2006	0,236 (0,016)	0,188 (0,014)	0,333	0,381	0,407
2007	0,237 (0,019)	0,193 (0,017)	0,325	0,366	0,386
2008	0,218 (0,013)	0,173 (0,011)	0,309	0,354	0,380
2009	0,156 (0,014)	0,124 (0,011)	0,237	0,282	0,308
2010	0,156 (0,017)	0,133 (0,014)	0,233	0,275	0,299
2011	0,143 (0,015)	0,122 (0,012)	0,230	0,278	0,304
2012	0,098 (0,018)	0,121 (0,014)	0,160	0,197	0,221
2013	0,082 (0,013)	0,113 (0,010)	0,139	0,178	0,206
2014	0,078 (0,012)	0,108 (0,010)	0,135	0,173	0,200
2015	0,089 (0,009)	0,120 (0,008)	0,155	0,200	0,231
2016	0,095 (0,009)	0,119 (0,008)	0,163	0,209	0,241
2017	0,102 (0,007)	0,117 (0,006)	0,165	0,205	0,231
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,008	0,002	-0,009	-0,012	-0,014

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-3,54	1,35	-2,83	-3,28	-3,55
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,116	-0,055	-0,144	-0,149	-0,149
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-53,21	-31,94	-46,60	-42,09	-39,21

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-424 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	GCI		GECI(3)	GECI(4)	GECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	0,038 (0,002)	0,029 (0,002)	0,140	0,131	0,125
2004	0,034 (0,003)	0,025 (0,003)	0,129	0,124	0,120
2005	0,040 (0,003)	0,032 (0,002)	0,146	0,137	0,130
2006	0,041 (0,003)	0,032 (0,003)	0,148	0,138	0,131
2007	0,043 (0,003)	0,035 (0,003)	0,151	0,138	0,129
2008	0,043 (0,003)	0,034 (0,002)	0,158	0,148	0,140
2009	0,029 (0,003)	0,023 (0,002)	0,115	0,112	0,108
2010	0,029 (0,003)	0,025 (0,003)	0,113	0,109	0,104
2011	0,029 (0,003)	0,024 (0,002)	0,119	0,117	0,114
2012	0,022 (0,004)	0,027 (0,003)	0,094	0,094	0,093
2013	0,019 (0,003)	0,026 (0,002)	0,083	0,087	0,089
2014	0,019 (0,003)	0,026 (0,002)	0,084	0,088	0,090
2015	0,022 (0,002)	0,030 (0,002)	0,100	0,105	0,107
2016	0,024 (0,002)	0,029 (0,002)	0,105	0,110	0,111
2017	0,025 (0,002)	0,029 (0,002)	0,104	0,105	0,105
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,005	0,005	0,018	0,017	0,015
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	12,01	17,65	12,86	12,98	12,00
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,018	-0,006	-0,054	-0,043	-0,035
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-42,42	-16,18	-34,18	-29,05	-25,00

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-425 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

Έτος έρευνας	E		W	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	0,153 (0,009)	0,115 (0,008)	0,272 (0,016)	0,205 (0,014)
2004	0,137 (0,011)	0,101 (0,010)	0,213 (0,017)	0,157 (0,016)
2005	0,158 (0,011)	0,129 (0,010)	0,271 (0,018)	0,222 (0,016)
2006	0,162 (0,011)	0,129 (0,010)	0,284 (0,020)	0,227 (0,017)
2007	0,170 (0,014)	0,139 (0,012)	0,289 (0,023)	0,236 (0,021)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2008	0,172 (0,011)	0,136 (0,009)	0,272 (0,017)	0,215 (0,014)
2009	0,117 (0,010)	0,093 (0,008)	0,192 (0,017)	0,152 (0,013)
2010	0,117 (0,013)	0,100 (0,010)	0,192 (0,021)	0,164 (0,017)
2011	0,114 (0,012)	0,098 (0,009)	0,178 (0,019)	0,153 (0,015)
2012	0,089 (0,016)	0,109 (0,012)	0,127 (0,023)	0,156 (0,018)
2013	0,076 (0,012)	0,104 (0,009)	0,107 (0,016)	0,146 (0,012)
2014	0,075 (0,011)	0,103 (0,009)	0,103 (0,015)	0,141 (0,013)
2015	0,088 (0,009)	0,119 (0,008)	0,118 (0,012)	0,159 (0,010)
2016	0,094 (0,008)	0,118 (0,008)	0,126 (0,011)	0,158 (0,010)
2017	0,099 (0,007)	0,114 (0,006)	0,134 (0,010)	0,155 (0,008)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,019	0,020	0,000	0,010
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	12,42	17,68	0,00	4,83
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,073	-0,022	-0,138	-0,060
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-42,50	-15,98	-50,74	-27,79

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-426 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

	SCI(3)	SCI(4)	SCI(5)	GSCI(3)	GSCI(4)	GSCI(5)
Έτος έρευνας	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	0,256	0,272	0,282	0,173	0,185	0,192
2004	0,192	0,205	0,214	0,155	0,166	0,173
2005	0,247	0,259	0,265	0,175	0,183	0,187
2006	0,262	0,277	0,287	0,180	0,190	0,197
2007	0,268	0,288	0,304	0,192	0,207	0,218
2008	0,244	0,258	0,267	0,192	0,203	0,210
2009	0,165	0,171	0,175	0,123	0,128	0,131
2010	0,166	0,173	0,178	0,124	0,129	0,133
2011	0,137	0,130	0,123	0,110	0,104	0,098
2012	0,101	0,100	0,098	0,091	0,090	0,088
2013	0,092	0,095	0,097	0,085	0,088	0,089
2014	0,083	0,085	0,086	0,080	0,082	0,082
2015	0,095	0,097	0,097	0,094	0,096	0,096
2016	0,100	0,102	0,104	0,099	0,101	0,103
2017	0,109	0,113	0,114	0,106	0,109	0,111
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,012	-0,014	-0,015	0,019	0,018	0,018
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-4,69	-5,15	-5,32	10,98	9,73	9,37
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,135	-0,145	-0,153	-0,086	-0,094	-0,099
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-55,33	-56,20	-57,30	-44,79	-46,31	-47,14

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Τέλος, η συνολική επίδοση στη συχνότητα των περιορισμών στις καθημερινές δραστηριότητες χειροτερεύει σε αμφότερες τις δύο περιόδους της ανάλυσης (**Πίνακας 7-427**). Πάντως, παρατηρείται μια βελτίωση το 2017,

Πίνακας 7-427 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερείται το νοικοκυριό, 2003-2017

HAI(2)		
Έτος έρευνας	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	20,83	22,19
2004	23,63	24,72
2005	21,65	23,04
2006	21,25	22,33
2007	22,15	23,26
2008	23,99	25,30
2009	21,62	23,22
2010	21,62	22,99
2011	22,85	23,54
2012	24,82	26,53
2013	24,89	26,40
2014	25,88	26,88
2015	27,01	27,77
2016	27,05	27,54
2017	26,77	26,75
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	3,16	3,11
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	15,17	14,02
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	2,78	1,45
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	11,59	5,73

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.6.7. Σοβαρή υλική στέρηση

Ο επιπολασμός των περιορισμών στις καθημερινές δραστηριότητες μειώνεται για τα νοικοκυριά που αντιμετωπίζουν προβλήματα σοβαρής υλικής στέρησης μετά την έναρξη της κρίσης, ενώ αυξάνεται για τα νοικοκυριά που δεν έχουν τέτοια προβλήματα (**Πίνακας 7-428**).

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-428 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τη σοβαρή υλική στέρση, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	13,84 (0,44)	31,37 (1,22)	16,81 (0,48)	29,00 (0,99)
2004	18,36 (0,73)	30,60 (1,44)	20,85 (0,73)	28,48 (1,27)
2005	15,43 (0,53)	32,31 (1,53)	17,90 (0,54)	30,15 (1,25)
2006	15,12 (0,52)	32,34 (1,85)	17,35 (0,54)	30,44 (1,44)
2007	15,65 (0,56)	34,87 (2,48)	18,01 (0,51)	32,88 (2,12)
2008	17,56 (0,50)	36,18 (1,93)	20,11 (0,45)	35,58 (1,37)
2009	17,69 (0,54)	27,21 (1,69)	19,96 (0,43)	29,20 (1,39)
2010	17,46 (0,61)	28,08 (1,80)	19,35 (0,49)	30,57 (1,45)
2011	19,39 (0,62)	23,45 (1,68)	20,17 (0,53)	27,10 (1,30)
2012	21,65 (0,69)	26,34 (2,05)	22,10 (0,56)	32,48 (1,59)
2013	22,38 (0,56)	25,65 (1,42)	22,21 (0,42)	31,14 (1,13)
2014	23,47 (0,59)	25,83 (1,18)	22,83 (0,46)	30,54 (1,08)
2015	24,24 (0,51)	26,91 (1,01)	23,17 (0,43)	31,36 (0,91)
2016	24,07 (0,45)	27,16 (0,91)	22,77 (0,35)	31,53 (0,86)
2017	23,17 (0,40)	28,61 (0,78)	21,98 (0,30)	31,60 (0,66)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	3,72	4,82	3,30	6,59
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	26,89	15,35	19,61	22,72
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	5,61	-7,57	1,87	-3,98
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	31,96	-20,93	9,29	-11,19

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Ως αποτέλεσμα, τόσο οι απόλυτες όσο και οι σχετικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων αμβλύνονται σημαντικά κατά την περίοδο μετά το 2008, αν και από το 2015 παρατηρείται μια αυξητική τάση (**Πίνακας 7-429**).

Πίνακας 7-429 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τη σοβαρή υλική στέρση, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-17,53 (1,30)	-12,18 (1,10)	0,44 (0,02)	0,58 (0,03)
2004	-12,24 (1,61)	-7,63 (1,47)	0,60 (0,04)	0,73 (0,04)
2005	-16,89 (1,62)	-12,26 (1,36)	0,48 (0,03)	0,59 (0,03)
2006	-17,22 (1,92)	-13,09 (1,54)	0,47 (0,03)	0,57 (0,03)
2007	-19,22 (2,54)	-14,88 (2,18)	0,45 (0,04)	0,55 (0,04)
2008	-18,62 (2,00)	-15,47 (1,44)	0,49 (0,03)	0,57 (0,03)
2009	-9,52 (1,77)	-9,24 (1,46)	0,65 (0,04)	0,68 (0,04)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2010	-10,62 (1,90)	-11,22 (1,53)	0,62 (0,05)	0,63 (0,03)
2011	-4,07 (1,79)	-6,93 (1,40)	0,83 (0,06)	0,74 (0,04)
2012	-4,69 (2,16)	-10,38 (1,68)	0,82 (0,07)	0,68 (0,04)
2013	-3,27 (1,52)	-8,93 (1,20)	0,87 (0,05)	0,71 (0,03)
2014	-2,36 (1,32)	-7,71 (1,17)	0,91 (0,05)	0,75 (0,03)
2015	-2,66 (1,14)	-8,18 (1,00)	0,90 (0,04)	0,74 (0,03)
2016	-3,09 (1,01)	-8,76 (0,93)	0,89 (0,03)	0,72 (0,02)
2017	-5,44 (0,87)	-9,62 (0,72)	0,81 (0,03)	0,70 (0,02)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-1,10	-3,29	0,04	-0,01
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	6,25	27,01	10,00	-2,53
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	13,18	5,85	0,32	0,13
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	70,78	37,82	66,88	23,06

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.6.8. Χαμηλή ένταση εργασίας

Η συχνότητα των περιορισμών των καθημερινών δραστηριοτήτων μετριάζεται μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης στα νοικοκυριά που χαρακτηρίζονται από χαμηλή ένταση εργασίας, ενώ για τα υπόλοιπα αυξάνεται (Πίνακας 7-430).

Πίνακας 7-430 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τη χαμηλή ένταση εργασίας, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	16,84 (0,46)	18,40 (1,44)	18,64 (0,44)	22,83 (1,57)
2004	20,04 (0,71)	21,94 (1,72)	21,64 (0,69)	25,39 (1,96)
2005	17,70 (0,55)	17,59 (1,53)	19,38 (0,53)	20,62 (1,95)
2006	17,00 (0,55)	19,24 (1,69)	18,42 (0,53)	22,81 (2,01)
2007	17,72 (0,64)	20,24 (1,93)	19,11 (0,55)	22,72 (2,14)
2008	19,43 (0,53)	23,02 (1,91)	21,05 (0,44)	27,34 (2,15)
2009	18,99 (0,56)	15,02 (1,68)	20,45 (0,43)	19,40 (1,95)
2010	18,90 (0,65)	16,02 (1,82)	19,99 (0,51)	20,98 (2,05)
2011	20,35 (0,61)	16,93 (1,47)	20,31 (0,51)	18,14 (1,56)
2012	22,93 (0,68)	20,04 (2,24)	22,74 (0,55)	21,39 (2,13)
2013	23,85 (0,58)	18,12 (1,36)	22,73 (0,42)	18,68 (1,37)
2014	25,04 (0,62)	17,77 (1,02)	23,42 (0,46)	18,07 (1,04)
2015	25,87 (0,54)	18,30 (0,92)	24,06 (0,43)	18,57 (0,98)
2016	25,62 (0,47)	19,31 (0,84)	23,62 (0,36)	19,54 (0,85)
2017	25,06 (0,40)	18,97 (0,80)	22,94 (0,29)	19,45 (0,79)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	2,59	4,62	2,41	4,50

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	15,39	25,09	12,93	19,73
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	5,62	-4,05	1,89	-7,89
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	28,94	-17,60	8,96	-28,85

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι απόλυτες και οι σχετικές διαφορές μεταξύ των ομάδων παρουσιάζουν σημαντική διακύμανση (Πίνακας 7-431). Φαίνεται, ωστόσο, ότι κατά την περίοδο πριν το 2008 ευνοούσαν τα νοικοκυριά χωρίς προβλήματα χαμηλής έντασης εργασίας, ενώ η κατάσταση αντιστρέφεται μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης (Πίνακας 7-431). Οι ανισότητες υπέρ των νοικοκυριών με χαμηλή ένταση εργασίας κορυφώνονται το 2015 και στη συνέχεια υπάρχει μια τάση αποκλιμάκωσης.

Πίνακας 7-431 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τη χαμηλή ένταση εργασίας, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-1,56 (1,51)	-4,19 (1,63)	0,92 (0,08)	0,82 (0,06)
2004	-1,90 (1,86)	-3,75 (2,07)	0,91 (0,08)	0,85 (0,07)
2005	0,11 (1,62)	-1,25 (2,02)	1,01 (0,09)	0,94 (0,09)
2006	-2,25 (1,78)	-4,39 (2,08)	0,88 (0,08)	0,81 (0,08)
2007	-2,52 (2,03)	-3,61 (2,21)	0,88 (0,09)	0,84 (0,08)
2008	-3,59 (1,99)	-6,28 (2,19)	0,84 (0,07)	0,77 (0,06)
2009	3,96 (1,77)	1,05 (2,00)	1,26 (0,15)	1,05 (0,11)
2010	2,88 (1,93)	-0,99 (2,12)	1,18 (0,14)	0,95 (0,10)
2011	3,42 (1,60)	2,18 (1,64)	1,20 (0,11)	1,12 (0,10)
2012	2,89 (2,34)	1,35 (2,20)	1,14 (0,13)	1,06 (0,11)
2013	5,73 (1,48)	4,04 (1,43)	1,32 (0,10)	1,22 (0,09)
2014	7,27 (1,20)	5,34 (1,14)	1,41 (0,09)	1,30 (0,08)
2015	7,58 (1,07)	5,48 (1,07)	1,41 (0,08)	1,30 (0,07)
2016	6,31 (0,96)	4,08 (0,93)	1,33 (0,06)	1,21 (0,06)
2017	6,09 (0,89)	3,49 (0,84)	1,32 (0,06)	1,18 (0,05)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-2,03	-2,09	-0,07	-0,05
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-129,57	-49,98	-7,75	-5,68
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	9,67	9,77	0,48	0,41
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	269,54	155,53	56,48	53,14

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

7.3.2.2.6.9. Κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού

Ο επιπολασμός των περιορισμών των καθημερινών δραστηριοτήτων αυξάνεται και στις δυο περιόδους της ανάλυσης για τα άτομα που δεν κινδυνεύουν από φτώχεια ή κοινωνικό αποκλεισμό, ενώ μειώνεται μετά την έναρξη της κρίσης για εκείνα που συνδέονται με τέτοιο κίνδυνο (**Πίνακας 7-432**).

Πίνακας 7-432 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	12,49 (0,45)	24,71 (0,81)	15,79 (0,52)	24,55 (0,67)
2004	17,34 (0,80)	25,85 (0,98)	20,44 (0,80)	25,61 (0,92)
2005	14,43 (0,55)	24,90 (0,99)	17,39 (0,58)	24,66 (0,85)
2006	14,34 (0,56)	23,81 (1,04)	16,73 (0,59)	24,41 (0,91)
2007	14,76 (0,57)	25,52 (1,32)	17,06 (0,55)	26,90 (1,14)
2008	16,84 (0,51)	26,80 (1,09)	19,25 (0,46)	28,97 (0,90)
2009	17,25 (0,59)	22,80 (1,04)	19,30 (0,46)	25,56 (0,85)
2010	17,10 (0,66)	23,16 (1,19)	18,73 (0,54)	26,13 (0,97)
2011	17,79 (0,66)	24,43 (1,05)	19,08 (0,56)	25,40 (0,87)
2012	21,56 (0,80)	23,94 (1,15)	21,15 (0,65)	28,01 (1,01)
2013	21,19 (0,66)	24,98 (0,79)	20,61 (0,48)	27,54 (0,68)
2014	22,08 (0,73)	25,76 (0,73)	21,49 (0,53)	27,23 (0,64)
2015	23,15 (0,58)	26,35 (0,68)	21,78 (0,46)	27,95 (0,60)
2016	23,16 (0,55)	26,27 (0,57)	21,34 (0,44)	27,99 (0,51)
2017	22,19 (0,47)	26,36 (0,50)	20,57 (0,35)	27,46 (0,42)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	4,35	2,10	3,46	4,42
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	34,78	8,48	21,89	18,01
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	5,35	-0,44	1,32	-1,52
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	31,76	-1,63	6,84	-5,24

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τον μετριασμό τόσο των απόλυτων όσο και των σχετικών διαφορών κατά την περίοδο μετά την έναρξη της ύφεσης, αν και εξακολουθούν να ευνοούν σημαντικά τα μη φτωχά άτομα (**Πίνακας 7-433**). Πάντως, παρατηρείται μια τάση διεύρυνσης των ανισοτήτων μετά το 2014. Ουσιαστικά, η συνολική συμπίεση των ανισοτήτων κατά τη δεύτερη περίοδο

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

οφείλεται κυρίως στις σημαντικές μειώσεις που καταγράφονται για τα έτη 2009, 2011 και 2014.

Πίνακας 7-433 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-12,21 (0,93)	-8,76 (0,85)	0,51 (0,02)	0,64 (0,03)
2004	-8,51 (1,27)	-5,18 (1,22)	0,67 (0,04)	0,80 (0,04)
2005	-10,47 (1,13)	-7,27 (1,03)	0,58 (0,03)	0,71 (0,03)
2006	-9,47 (1,19)	-7,69 (1,08)	0,60 (0,04)	0,69 (0,04)
2007	-10,76 (1,44)	-9,85 (1,27)	0,58 (0,04)	0,63 (0,03)
2008	-9,96 (1,21)	-9,72 (1,01)	0,63 (0,03)	0,66 (0,03)
2009	-5,55 (1,19)	-6,26 (0,97)	0,76 (0,04)	0,76 (0,03)
2010	-6,06 (1,36)	-7,41 (1,11)	0,74 (0,05)	0,72 (0,03)
2011	-6,65 (1,24)	-6,32 (1,03)	0,73 (0,04)	0,75 (0,03)
2012	-2,37 (1,40)	-6,86 (1,20)	0,90 (0,05)	0,76 (0,04)
2013	-3,79 (1,03)	-6,93 (0,84)	0,85 (0,04)	0,75 (0,03)
2014	-3,68 (1,03)	-5,74 (0,84)	0,86 (0,04)	0,79 (0,03)
2015	-3,20 (0,89)	-6,17 (0,76)	0,88 (0,03)	0,78 (0,02)
2016	-3,11 (0,79)	-6,65 (0,67)	0,88 (0,03)	0,76 (0,02)
2017	-4,18 (0,68)	-6,89 (0,54)	0,84 (0,02)	0,75 (0,02)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	2,25	-0,96	0,12	0,02
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	18,42	-11,01	24,25	3,29
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	5,78	2,83	0,21	0,08
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	58,06	29,14	33,94	12,74

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.6.10. Υπερπλήρης κατοικία

Η συχνότητα των περιορισμών των καθημερινών δραστηριοτήτων αυξάνεται μετά την έναρξη της κρίσης σε μεγαλύτερο βαθμό στα νοικοκυριά που δεν διαβιούν σε υπερπλήρεις κατοικίες από ό,τι σε εκείνα που αντιμετωπίζουν προβλήματα συνωστισμού (**Πίνακας 7-434**).

Πίνακας 7-434 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς την υπερπλήρη κατοικία, 2003-2017

ΜΠΚ	ΠΚ
-----	----

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Έτος έρευνας	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	19,23 (0,56)	11,81 (0,61)	19,44 (0,49)	18,84 (0,86)
2004	22,42 (0,79)	14,68 (0,93)	22,50 (0,74)	20,98 (1,15)
2005	19,03 (0,62)	14,46 (0,87)	19,07 (0,55)	22,44 (1,18)
2006	18,09 (0,62)	14,88 (1,06)	18,22 (0,55)	22,34 (1,26)
2007	19,08 (0,68)	14,89 (1,30)	19,02 (0,55)	22,56 (1,53)
2008	20,60 (0,58)	17,12 (1,13)	20,94 (0,47)	24,96 (1,07)
2009	20,04 (0,62)	14,67 (0,93)	20,18 (0,44)	23,38 (1,08)
2010	20,20 (0,74)	14,15 (1,02)	19,97 (0,54)	22,80 (1,21)
2011	21,57 (0,71)	15,46 (0,94)	20,53 (0,54)	23,53 (1,12)
2012	24,22 (0,76)	18,00 (1,60)	23,13 (0,59)	25,87 (1,55)
2013	24,90 (0,61)	17,94 (1,08)	23,16 (0,44)	26,55 (1,04)
2014	25,78 (0,64)	19,03 (0,95)	23,47 (0,47)	27,60 (1,09)
2015	26,80 (0,55)	19,53 (0,85)	24,18 (0,44)	27,25 (0,93)
2016	27,19 (0,49)	18,31 (0,71)	24,19 (0,38)	26,17 (0,81)
2017	26,79 (0,42)	17,71 (0,60)	23,35 (0,30)	25,58 (0,70)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,37	5,31	1,49	6,12
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	7,14	44,95	7,69	32,48
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	6,19	0,59	2,42	0,62
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	30,04	3,46	11,55	2,49

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι απόλυτες και οι σχετικές διαφορές ευνοούν τα νοικοκυριά με προβλήματα συνωστισμού στην κατοικία τους στους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς, ενώ το αντίθετο ισχύει στους προτυποποιημένους (Πίνακας 7-435). Για τους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς, οι ανισότητες υπέρ των νοικοκυριών που διαβιούν σε υπερπλήρεις κατοικίες διευρύνονται μετά την έναρξη της κρίσης, ενώ, για τους προτυποποιημένους, οι ανισότητες υπέρ των νοικοκυριών που δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα συνωστισμού αμβλύνονται.

Πίνακας 7-435 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς την υπερπλήρη κατοικία, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	7,42 (0,83)	0,60 (0,99)	1,63 (0,10)	1,03 (0,05)
2004	7,73 (1,22)	1,52 (1,37)	1,53 (0,11)	1,07 (0,07)
2005	4,56 (1,07)	-3,37 (1,30)	1,32 (0,09)	0,85 (0,05)
2006	3,21 (1,23)	-4,11 (1,38)	1,22 (0,10)	0,82 (0,05)
2007	4,20 (1,47)	-3,54 (1,62)	1,28 (0,12)	0,84 (0,06)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2008	3,48 (1,28)	-4,03 (1,17)	1,20 (0,09)	0,84 (0,04)
2009	5,38 (1,12)	-3,20 (1,17)	1,37 (0,10)	0,86 (0,04)
2010	6,05 (1,26)	-2,83 (1,32)	1,43 (0,12)	0,88 (0,05)
2011	6,11 (1,17)	-3,00 (1,24)	1,40 (0,10)	0,87 (0,05)
2012	6,21 (1,77)	-2,74 (1,65)	1,35 (0,13)	0,89 (0,06)
2013	6,96 (1,24)	-3,39 (1,13)	1,39 (0,09)	0,87 (0,04)
2014	6,75 (1,14)	-4,13 (1,18)	1,35 (0,08)	0,85 (0,04)
2015	7,27 (1,01)	-3,08 (1,03)	1,37 (0,07)	0,89 (0,03)
2016	8,88 (0,86)	-1,98 (0,90)	1,49 (0,06)	0,92 (0,03)
2017	9,08 (0,74)	-2,23 (0,76)	1,51 (0,06)	0,91 (0,03)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-3,94	-4,63	-0,42	-0,19
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-53,07	-773,53	-26,08	-18,71
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	5,60	1,80	0,31	0,07
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	160,75	44,59	25,69	8,84

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.6.11. Σοβαρή στέρηση στέγασης

Ο επιπολασμός των περιορισμών στις καθημερινές δραστηριότητες αυξάνεται τόσο στην ομάδα των νοικοκυριών με σοβαρά προβλήματα στέγασης όσο και στα υπόλοιπα (**Πίνακας 7-437**).

Πίνακας 7-436 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τη σοβαρή στέρηση στέγασης, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	16,95 (0,48)	17,13 (1,21)	18,90 (0,46)	24,21 (1,46)
2004	20,24 (0,71)	19,38 (1,77)	21,94 (0,69)	26,01 (1,86)
2005	17,42 (0,56)	20,47 (1,70)	19,14 (0,53)	27,94 (1,90)
2006	16,55 (0,54)	23,36 (2,38)	18,21 (0,52)	29,62 (2,07)
2007	17,62 (0,61)	20,99 (3,62)	19,23 (0,52)	27,54 (3,15)
2008	19,48 (0,55)	22,05 (1,75)	21,30 (0,47)	29,53 (1,62)
2009	18,67 (0,55)	19,26 (1,79)	20,49 (0,43)	27,02 (1,90)
2010	18,50 (0,65)	20,94 (2,23)	19,95 (0,51)	29,88 (2,39)
2011	19,84 (0,61)	21,94 (2,01)	20,64 (0,52)	27,81 (2,11)
2012	22,06 (0,66)	28,98 (4,39)	22,98 (0,55)	35,47 (2,91)
2013	22,59 (0,53)	28,98 (2,96)	23,04 (0,42)	35,63 (2,16)
2014	23,74 (0,58)	27,73 (2,12)	23,75 (0,46)	35,57 (1,87)
2015	24,74 (0,52)	25,90 (1,67)	24,28 (0,43)	33,02 (1,67)
2016	24,69 (0,44)	25,64 (1,73)	24,04 (0,35)	34,28 (1,75)
2017	24,27 (0,37)	24,67 (1,37)	23,38 (0,29)	32,40 (1,37)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	2,54	4,93	2,40	5,32
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	14,97	28,77	12,68	21,97
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	4,78	2,62	2,08	2,87
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	24,56	11,90	9,75	9,73

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι ανισότητες υγείας μεταξύ των ομάδων είναι σταθερά υπέρ των νοικοκυρών χωρίς προβλήματα στέγασης (Πίνακας 7-437). Ωστόσο, ενώ οι διαφορές αμβλύνονται συνολικά κατά την περίοδο μετά την έναρξη της κρίσης στους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς, στις προτυποποιημένες κατανομές σημειώνουν μια μικρή αύξηση. Αν και κατά τα τελευταία έτη της ανάλυσης παρατηρείται μια τάση αποκλιμάκωσης, μεταξύ 2012-2014 καταγράφεται μια παροδική αυξητική πορεία.

Πίνακας 7-437 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τη σοβαρή στέρωση στέγασης, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-0,18 (1,30)	-5,31 (1,53)	0,99 (0,08)	0,78 (0,05)
2004	0,86 (1,91)	-4,07 (1,98)	1,04 (0,10)	0,84 (0,07)
2005	-3,05 (1,79)	-8,80 (1,98)	0,85 (0,08)	0,68 (0,05)
2006	-6,80 (2,44)	-11,41 (2,13)	0,71 (0,08)	0,61 (0,05)
2007	-3,37 (3,67)	-8,31 (3,19)	0,84 (0,15)	0,70 (0,08)
2008	-2,57 (1,83)	-8,23 (1,69)	0,88 (0,07)	0,72 (0,04)
2009	-0,58 (1,87)	-6,54 (1,95)	0,97 (0,09)	0,76 (0,06)
2010	-2,44 (2,32)	-9,93 (2,45)	0,88 (0,10)	0,67 (0,06)
2011	-2,10 (2,10)	-7,17 (2,17)	0,90 (0,09)	0,74 (0,06)
2012	-6,92 (4,44)	-12,49 (2,96)	0,76 (0,12)	0,65 (0,06)
2013	-6,39 (3,00)	-12,59 (2,20)	0,78 (0,08)	0,65 (0,04)
2014	-3,99 (2,20)	-11,82 (1,93)	0,86 (0,07)	0,67 (0,04)
2015	-1,16 (1,75)	-8,74 (1,72)	0,96 (0,06)	0,74 (0,04)
2016	-0,95 (1,79)	-10,24 (1,78)	0,96 (0,07)	0,70 (0,04)
2017	-0,41 (1,42)	-9,03 (1,40)	0,98 (0,06)	0,72 (0,03)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-2,39	-2,92	-0,11	-0,06
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-1330,82	-55,08	-10,72	-7,62
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	2,16	-0,80	0,10	0,00
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	84,10	-9,68	11,32	0,02

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

7.3.2.2.6.12. Δυσκολία αντιμετώπισης των συνήθων αναγκών

Η συχνότητα των περιορισμών των καθημερινών δραστηριοτήτων αυξήθηκε περισσότερο μετά την έναρξη της κρίσης στα νοικοκυριά που δεν αντιμετωπίζουν δυσκολίες αντιμετώπισης των συνήθων αναγκών από ό,τι στα υπόλοιπα (Πίνακας 7-438).

Πίνακας 7-438 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τη δυσκολία αντιμετώπισης των συνήθων αναγκών, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	11,85 (0,48)	22,43 (0,69)	14,33 (0,53)	24,23 (0,60)
2004	16,99 (0,86)	23,92 (0,86)	19,32 (0,86)	25,21 (0,81)
2005	11,90 (0,56)	23,17 (0,81)	13,91 (0,60)	25,01 (0,73)
2006	11,82 (0,66)	21,90 (0,77)	14,05 (0,70)	23,34 (0,71)
2007	12,43 (0,86)	22,79 (0,79)	14,68 (0,82)	24,28 (0,65)
2008	13,10 (0,56)	25,11 (0,76)	16,08 (0,54)	26,48 (0,62)
2009	13,89 (0,65)	22,31 (0,74)	16,56 (0,53)	24,06 (0,57)
2010	14,11 (0,78)	21,93 (0,81)	16,64 (0,69)	23,26 (0,68)
2011	16,83 (0,84)	21,92 (0,74)	17,00 (0,70)	23,81 (0,62)
2012	17,59 (1,05)	24,44 (0,84)	17,44 (0,84)	26,42 (0,72)
2013	17,46 (0,89)	24,64 (0,62)	17,43 (0,69)	25,74 (0,50)
2014	17,71 (0,94)	25,74 (0,64)	18,54 (0,78)	26,03 (0,53)
2015	19,66 (0,75)	26,34 (0,57)	18,76 (0,63)	26,69 (0,48)
2016	18,78 (0,65)	26,57 (0,50)	18,36 (0,51)	26,50 (0,42)
2017	18,83 (0,57)	25,93 (0,43)	17,87 (0,43)	25,70 (0,34)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	1,25	2,68	1,75	2,25
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	10,54	11,96	12,22	9,27
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	5,73	0,81	1,79	-0,77
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	43,70	3,23	11,14	-2,92

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι απόλυτες και οι σχετικές διαφορές υγείας υπέρ των οικογενειών χωρίς οικονομικές δυσκολίες συμπιέζονται μετά την έναρξη της κρίσης (Πίνακας 7-439). Το 2012 σημειώνεται σημαντική αύξηση των ανισοτήτων στους προτυποποιημένους πληθυσμούς, ενώ στη συνέχεια οι ανισότητες αποκλιμακώνονται.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-439 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τη δυσκολία αντιμετώπισης των συνήθων αναγκών, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-10,58 (0,84)	-9,90 (0,80)	0,53 (0,03)	0,59 (0,03)
2004	-6,92 (1,22)	-5,89 (1,18)	0,71 (0,04)	0,77 (0,04)
2005	-11,26 (0,99)	-11,10 (0,95)	0,51 (0,03)	0,56 (0,03)
2006	-10,08 (1,01)	-9,29 (0,99)	0,54 (0,04)	0,60 (0,04)
2007	-10,36 (1,17)	-9,61 (1,05)	0,55 (0,04)	0,60 (0,04)
2008	-12,01 (0,94)	-10,39 (0,82)	0,52 (0,03)	0,61 (0,02)
2009	-8,42 (0,98)	-7,50 (0,78)	0,62 (0,04)	0,69 (0,03)
2010	-7,82 (1,13)	-6,62 (0,97)	0,64 (0,04)	0,72 (0,04)
2011	-5,09 (1,12)	-6,80 (0,93)	0,77 (0,05)	0,71 (0,03)
2012	-6,85 (1,35)	-8,99 (1,11)	0,72 (0,05)	0,66 (0,04)
2013	-7,18 (1,09)	-8,31 (0,85)	0,71 (0,04)	0,68 (0,03)
2014	-8,02 (1,13)	-7,49 (0,94)	0,69 (0,04)	0,71 (0,03)
2015	-6,68 (0,94)	-7,93 (0,79)	0,75 (0,03)	0,70 (0,03)
2016	-7,79 (0,83)	-8,14 (0,67)	0,71 (0,03)	0,69 (0,02)
2017	-7,10 (0,72)	-7,83 (0,55)	0,73 (0,03)	0,70 (0,02)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-1,43	-0,49	-0,01	0,02
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-13,56	-4,99	-1,28	2,71
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	4,91	2,56	0,20	0,09
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	40,90	24,66	39,20	14,48

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.6.13. Υποκειμενική φτώχεια

Τα προβλήματα υγείας μειώνονται στα άτομα που είναι υποκειμενικά φτωχά μετά την έναρξη της ύφεσης, ενώ το αντίθετο παρατηρείται για τα υπόλοιπα άτομα (**Πίνακας 7-440**). Ωστόσο, παρατηρούμε μια ασυνήθιστα μεγάλη αύξηση της συχνότητας των προβλημάτων το 2008, το οποίο αποτελεί και το έτος σύγκρισης των μεταβολών. Έπειτα, καταγράφεται μια αυξητική τάση κατά τα τελευταία έτη της ανάλυσης.

Πίνακας 7-440 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς την υποκειμενική φτώχεια, 2004-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2004	20,16 (0,70)	21,13 (3,40)	22,15 (0,69)	25,63 (3,13)
2005	17,70 (0,54)	17,54 (4,24)	19,78 (0,53)	25,25 (3,66)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2006	17,20 (0,55)	11,93 (4,42)	19,10 (0,54)	26,32 (4,00)
2007	17,90 (0,64)	18,25 (4,64)	19,79 (0,56)	23,82 (4,33)
2008	19,55 (0,53)	30,97 (4,54)	21,69 (0,46)	36,42 (4,11)
2009	18,76 (0,54)	14,91 (4,60)	20,88 (0,43)	20,25 (4,35)
2010	18,72 (0,62)	14,27 (4,65)	20,52 (0,50)	17,80 (4,73)
2011	20,10 (0,59)	11,55 (3,02)	21,10 (0,51)	9,85 (3,00)
2012	22,79 (0,71)	13,52 (2,37)	23,82 (0,60)	22,91 (2,29)
2013	23,18 (0,55)	13,96 (3,11)	23,79 (0,44)	20,64 (2,67)
2014	24,07 (0,58)	16,56 (3,31)	24,34 (0,47)	23,86 (2,79)
2015	24,98 (0,51)	16,73 (2,24)	24,77 (0,43)	25,75 (2,18)
2016	24,87 (0,44)	19,03 (1,86)	24,50 (0,36)	27,55 (2,08)
2017	24,33 (0,37)	21,76 (2,07)	23,81 (0,29)	26,14 (1,87)
Απόλυτη μεταβολή 2004-2008	-0,61	9,84	-0,46	10,79
Σχετική μεταβολή (%) 2004-2008	-3,01	46,55	-2,09	42,11
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	4,78	-9,21	2,12	-10,28
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	24,45	-29,73	9,79	-28,23

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι ανισότητες υγείας μεταξύ των δύο ομάδων σημειώνουν σημαντική διακύμανση (Πίνακας 7-441). Φαίνεται ότι ευνοούσαν πριν το 2008 τα μη υποκειμενικά φτωχά άτομα και μετά την έναρξη της κρίσης τα υποκειμενικά φτωχά. Ωστόσο, παρατηρείται εκ νέου αντιστροφή των διαφορών στον επιπολασμό των προβλημάτων υγείας από το 2015.

Πίνακας 7-441 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς την υποκειμενική φτώχεια, 2004-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2004	-0,97 (3,47)	-3,47 (3,21)	0,95 (0,16)	0,86 (0,11)
2005	0,16 (4,27)	-5,48 (3,70)	1,01 (0,25)	0,78 (0,12)
2006	5,27 (4,45)	-7,21 (4,04)	1,44 (0,54)	0,73 (0,11)
2007	-0,35 (4,69)	-4,03 (4,37)	0,98 (0,25)	0,83 (0,15)
2008	-11,41 (4,57)	-14,73 (4,13)	0,63 (0,09)	0,60 (0,07)
2009	3,85 (4,64)	0,63 (4,38)	1,26 (0,39)	1,03 (0,22)
2010	4,46 (4,70)	2,72 (4,76)	1,31 (0,43)	1,15 (0,31)
2011	8,54 (3,08)	11,25 (3,04)	1,74 (0,46)	2,14 (0,65)
2012	9,26 (2,48)	0,91 (2,37)	1,69 (0,30)	1,04 (0,11)
2013	9,22 (3,15)	3,15 (2,70)	1,66 (0,37)	1,15 (0,15)
2014	7,50 (3,36)	0,49 (2,83)	1,45 (0,29)	1,02 (0,12)
2015	8,25 (2,29)	-0,98 (2,23)	1,49 (0,20)	0,96 (0,08)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2016	5,84 (1,91)	-3,05 (2,11)	1,31 (0,13)	0,89 (0,07)
2017	2,57 (2,10)	-2,32 (1,90)	1,12 (0,11)	0,91 (0,07)
Απόλυτη μεταβολή 2004-2008	-10,44	-11,25	-0,32	-0,27
Σχετική μεταβολή (%) 2004-2008	-1075,44	-324,07	-33,82	-31,10
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	13,99	12,40	0,49	0,32
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	122,54	84,23	77,10	52,98

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.6.14. Επίπεδο εκπαίδευσης

Η κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση της συχνότητας των περιορισμών στις καθημερινές δραστηριότητες επιβεβαιώνεται και για την περίπτωση του επιπέδου εκπαίδευσης (**Πίνακας 7-442**). Επιπλέον, παρατηρούμε ότι η χαμηλότερη και η ανώτερη βαθμίδα εκπαίδευσης συνδέονται με τις υψηλότερες αυξήσεις συνολικά κατά την περίοδο μετά το 2008.

Πίνακας 7-442 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ				ΠΚ			
	Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	ΑΕΙ/ΤΕΙ	Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	ΑΕΙ/ΤΕΙ
2003	29.87 (0.84)	9.90 (0.77)	6.18 (0.40)	5.27 (0.53)	22.49 (0.65)	18.17 (1.36)	14.27 (0.93)	9.66 (1.22)
2004	32.12 (1.01)	13.49 (1.09)	10.59 (0.76)	11.47 (1.21)	24.95 (0.98)	21.12 (1.52)	17.71 (1.12)	15.03 (1.74)
2005	29.96 (1.00)	12.15 (1.12)	9.00 (0.57)	7.62 (0.82)	22.25 (0.92)	19.57 (1.64)	16.89 (1.08)	11.00 (1.53)
2006	30.20 (1.01)	12.74 (1.18)	8.07 (0.55)	5.48 (0.64)	22.47 (0.81)	18.82 (1.58)	15.36 (1.05)	7.27 (0.96)
2007	32.65 (1.05)	13.34 (1.50)	7.89 (0.52)	5.75 (0.63)	23.20 (0.77)	20.72 (1.80)	15.14 (1.04)	10.98 (1.69)
2008	36.27 (0.96)	16.18 (1.64)	9.38 (0.52)	6.87 (0.62)	25.42 (0.82)	25.28 (1.70)	17.44 (0.85)	13.93 (1.56)
2009	38.49 (1.07)	13.98 (1.44)	8.16 (0.57)	5.46 (0.59)	24.46 (0.74)	23.07 (1.57)	17.87 (1.00)	13.44 (1.37)
2010	39.29 (1.20)	12.81 (1.17)	9.42 (0.73)	5.32 (0.74)	25.91 (1.35)	21.24 (1.48)	18.16 (1.11)	9.33 (1.32)
2011	42.98 (1.18)	16.93 (1.32)	9.85 (0.67)	7.19 (0.71)	27.87 (1.33)	21.56 (1.42)	17.44 (1.07)	13.08 (1.33)
2012	46.69 (1.29)	18.58 (1.57)	12.10 (0.87)	10.25 (0.89)	28.82 (1.47)	23.77 (1.48)	20.12 (1.17)	18.10 (1.32)
2013	48.76 (1.11)	18.09 (1.17)	12.58 (0.61)	9.20 (0.61)	29.01 (0.93)	24.69 (1.18)	19.70 (0.79)	15.69 (0.98)
2014	51.79 (1.15)	19.12 (1.23)	13.03 (0.59)	10.67 (0.72)	34.44 (1.54)	25.05 (1.15)	19.96 (0.79)	17.41 (0.97)
2015	52.11 (0.96)	21.63 (1.12)	14.39 (0.49)	11.49 (0.59)	34.83 (1.28)	26.07 (0.98)	21.52 (0.61)	16.63 (0.79)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2016	52.68 (0.84)	19.29 (0.86)	14.89 (0.50)	12.24 (0.55)	35.51 (1.41)	23.60 (0.90)	21.10 (0.60)	17.09 (0.68)
2017	52.86 (0.74)	18.43 (0.83)	14.68 (0.41)	11.83 (0.45)	34.71 (1.09)	23.73 (0.79)	20.77 (0.46)	16.66 (0.61)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	6.40	6.28	3.20	1.59	2.93	7.11	3.17	4.27
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	21.43	63.37	51.78	30.23	13.02	39.15	22.21	44.14
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	16.60	2.25	5.30	4.96	9.30	-1.54	3.32	2.73
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	45.76	13.90	56.49	72.17	36.58	-6.10	19.05	19.61

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι ανισότητες υγείας διευρύνονται κατά τη διάρκεια της κρίσης, ιδίως οι απόλυτες και στους προτυποποιημένους πληθυσμούς (Πίνακας 7-443). Σημαντική αύξηση καταγράφεται το 2010, η οποία ακολουθείται από δύο έτη με πτωτική πορεία, ενώ από το 2013 και έπειτα οι διαφορές υγείας μεταξύ των δύο ακραίων εκπαιδευτικών βαθμίδων αυξάνονται εκ νέου.

Πίνακας 7-443 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-24,59 (0,99)	-12,82 (1,38)	0,18 (0,02)	0,43 (0,06)
2004	-20,65 (1,58)	-9,93 (1,99)	0,36 (0,04)	0,60 (0,07)
2005	-22,33 (1,29)	-11,25 (1,79)	0,25 (0,03)	0,49 (0,07)
2006	-24,71 (1,20)	-15,19 (1,25)	0,18 (0,02)	0,32 (0,04)
2007	-26,90 (1,22)	-12,22 (1,86)	0,18 (0,02)	0,47 (0,07)
2008	-29,40 (1,15)	-11,49 (1,76)	0,19 (0,02)	0,55 (0,06)
2009	-33,02 (1,22)	-11,02 (1,56)	0,14 (0,02)	0,55 (0,06)
2010	-33,98 (1,40)	-16,58 (1,89)	0,14 (0,02)	0,36 (0,05)
2011	-35,78 (1,38)	-14,79 (1,88)	0,17 (0,02)	0,47 (0,05)
2012	-36,44 (1,57)	-10,71 (1,97)	0,22 (0,02)	0,63 (0,06)
2013	-39,56 (1,27)	-13,31 (1,35)	0,19 (0,01)	0,54 (0,04)
2014	-41,12 (1,36)	-17,02 (1,82)	0,21 (0,01)	0,51 (0,04)
2015	-40,62 (1,13)	-18,20 (1,50)	0,22 (0,01)	0,48 (0,03)
2016	-40,44 (1,00)	-18,42 (1,56)	0,23 (0,01)	0,48 (0,03)
2017	-41,04 (0,87)	-18,05 (1,25)	0,22 (0,01)	0,48 (0,02)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-4,81	1,34	0,01	0,12
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-19,54	10,43	7,24	27,53
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-11,64	-6,57	0,03	-0,07
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-39,59	-57,16	18,12	-12,43

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Τα αποτελέσματα των δεικτών AGMD, RGMD και IDISP είναι συγκεχυμένα (Πίνακας 7-444). Πάντως, μπορούμε να διακρίνουμε μια τάση αύξησης κατά τα πρώτα χρόνια της κρίσης αλλά και μεταξύ 2013-2014,

Πίνακας 7-444 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	AGMD		RGMD		IDISP	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	10,94 (0,42)	4,30 (0,46)	70,26 (2,67)	25,02 (2,70)	63,66 (1,88)	24,31 (3,16)
2004	9,66 (0,54)	3,56 (0,58)	50,63 (2,83)	17,46 (2,85)	45,51 (2,59)	16,34 (3,01)
2005	9,53 (0,45)	3,30 (0,56)	57,08 (2,66)	18,17 (3,07)	51,78 (2,62)	19,18 (3,19)
2006	10,02 (0,49)	4,36 (0,50)	62,06 (3,02)	25,63 (2,96)	56,04 (2,81)	27,40 (3,29)
2007	10,97 (0,52)	4,38 (0,54)	65,46 (3,09)	24,48 (3,03)	58,45 (3,19)	24,87 (3,83)
2008	11,49 (0,49)	4,51 (0,56)	62,60 (2,67)	22,26 (2,74)	55,23 (2,51)	23,81 (3,31)
2009	12,88 (0,48)	3,82 (0,54)	73,06 (2,71)	19,51 (2,78)	65,44 (2,66)	20,72 (3,52)
2010	12,57 (0,50)	4,64 (0,56)	71,61 (2,87)	24,61 (2,98)	66,73 (2,77)	26,08 (3,35)
2011	12,93 (0,45)	4,80 (0,64)	68,09 (2,36)	24,30 (3,26)	61,86 (2,55)	23,94 (3,24)
2012	13,24 (0,55)	3,71 (0,66)	61,32 (2,56)	16,57 (2,94)	56,68 (2,55)	16,02 (3,10)
2013	14,13 (0,40)	4,46 (0,47)	64,11 (1,81)	20,40 (2,16)	60,08 (1,96)	20,94 (2,36)
2014	15,43 (0,48)	6,03 (0,60)	64,35 (1,98)	25,11 (2,51)	59,36 (1,96)	23,02 (2,06)
2015	14,89 (0,43)	5,97 (0,49)	59,98 (1,75)	24,35 (2,00)	54,64 (1,75)	23,19 (1,85)
2016	14,77 (0,33)	5,96 (0,54)	59,67 (1,33)	24,56 (2,23)	56,33 (1,47)	22,90 (1,73)
2017	14,77 (0,27)	5,68 (0,33)	60,81 (1,13)	23,93 (1,38)	58,16 (1,28)	22,14 (1,31)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,55	0,21	-7,65	-2,77	-8,43	-0,50
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	5,04	4,98	-10,89	-11,10	-13,25	-2,07
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	3,28	1,16	-1,79	1,67	2,93	-1,66
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	28,56	25,78	-2,86	7,52	5,31	-6,99

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι ανισότητες βάσει των δεικτών SII και RII οξύνονται μετά την έναρξη της κρίσης, ιδίως στους προτυποποιημένους πληθυσμούς, αν και μετά το 2015 σημειώνεται μια πτωτική τάση (**Πίνακας 7-445**).

Πίνακας 7-445 Εξέλιξη των δεικτών Slope Index of Inequality (SII) και Relative Index of Inequality (RII) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	SII		RII	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-41,68 (0,05)	-17,63 (0,05)	0,05 (0,00)	0,35 (0,00)
2004	-33,70 (0,05)	-14,11 (0,05)	0,15 (0,00)	0,50 (0,00)
2005	-35,06 (0,05)	-14,14 (0,05)	0,11 (0,00)	0,46 (0,00)
2006	-38,60 (0,05)	-18,92 (0,05)	0,08 (0,00)	0,32 (0,00)
2007	-41,80 (0,05)	-17,06 (0,05)	0,06 (0,00)	0,38 (0,00)
2008	-43,53 (0,05)	-16,60 (0,05)	0,07 (0,00)	0,44 (0,00)
2009	-48,36 (0,05)	-15,19 (0,05)	0,04 (0,00)	0,46 (0,00)
2010	-47,08 (0,04)	-21,17 (0,05)	0,05 (0,00)	0,32 (0,00)
2011	-48,38 (0,04)	-19,66 (0,05)	0,06 (0,00)	0,36 (0,00)
2012	-47,78 (0,04)	-14,45 (0,05)	0,08 (0,00)	0,52 (0,00)
2013	-51,16 (0,04)	-17,90 (0,05)	0,07 (0,00)	0,44 (0,00)
2014	-54,12 (0,04)	-23,22 (0,05)	0,07 (0,00)	0,37 (0,00)
2015	-53,11 (0,04)	-24,19 (0,05)	0,09 (0,00)	0,36 (0,00)
2016	-51,48 (0,04)	-23,80 (0,05)	0,09 (0,00)	0,37 (0,00)
2017	-51,51 (0,04)	-23,27 (0,05)	0,09 (0,00)	0,37 (0,00)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-1,85	1,03	0,02	0,08
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-4,43	5,83	37,56	23,65
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-7,98	-6,66	0,02	-0,07
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-18,34	-40,15	24,04	-16,02

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι δείκτες συγκεντρώσεως δείχνουν ότι οι απόλυτες εκπαιδευτικές ανισότητες στους περιορισμούς στις καθημερινές δραστηριότητες ενισχύθηκαν μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, με την αύξηση να είναι μεγαλύτερη σε υψηλότερες τιμές της παραμέτρου αποστροφής για την ανισότητα (**Πίνακας 7-446**). Αυξήσεις παρατηρούνται μέχρι το 2011 αλλά και μεταξύ 2013-2015, ενώ στη συνέχεια καταγράφεται μια τάση συμπίεσης των απόλυτων

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

ανισοτήτων. Αντίστοιχες αυξομειώσεις διαπιστώνουμε και για τους δείκτες συγκεντρώσεως που εξετάζουν τις σχετικές ανισότητες, αλλά οι μειώσεις κατά τα τελευταία έτη της ανάλυσης δεν επιτρέπουν στη μεταβολή συνολικά κατά τη δεύτερη περίοδο να είναι συνολικά αυξητική.

Πίνακας 7-446 Εξέλιξη των δεικτών Concentration Index (CI) και Extended Concentration Index (ECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	CI		ECI(3)	ECI(4)	ECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	-0,370 (0,014)	-0,156 (0,013)	-0,588	-0,718	-0,796
2004	-0,259 (0,014)	-0,096 (0,014)	-0,421	-0,520	-0,582
2005	-0,304 (0,015)	-0,108 (0,015)	-0,488	-0,601	-0,672
2006	-0,342 (0,015)	-0,159 (0,015)	-0,542	-0,665	-0,740
2007	-0,360 (0,016)	-0,161 (0,015)	-0,577	-0,711	-0,796
2008	-0,351 (0,013)	-0,135 (0,013)	-0,568	-0,707	-0,798
2009	-0,403 (0,014)	-0,134 (0,014)	-0,659	-0,829	-0,943
2010	-0,396 (0,016)	-0,145 (0,016)	-0,653	-0,828	-0,950
2011	-0,383 (0,014)	-0,151 (0,014)	-0,640	-0,818	-0,945
2012	-0,339 (0,015)	-0,121 (0,016)	-0,572	-0,737	-0,854
2013	-0,356 (0,011)	-0,137 (0,011)	-0,598	-0,768	-0,890
2014	-0,351 (0,011)	-0,129 (0,011)	-0,589	-0,755	-0,871
2015	-0,334 (0,009)	-0,138 (0,009)	-0,558	-0,714	-0,824
2016	-0,323 (0,008)	-0,130 (0,009)	-0,547	-0,706	-0,821
2017	-0,329 (0,007)	-0,129 (0,007)	-0,558	-0,723	-0,843
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,019	0,020	0,020	0,011	-0,002
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	5,14	13,04	3,40	1,53	-0,25
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,022	0,006	0,010	-0,016	-0,045
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	6,27	4,73	1,76	-2,26	-5,64

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-447 Εξέλιξη των δεικτών Generalized Concentration Index (GCI) και Generalized Extended Concentration Index (GECI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	GCI		GECI(3)	GECI(4)	GECI(5)
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	-0,058 (0,002)	-0,024 (0,002)	-0,238	-0,237	-0,232
2004	-0,050 (0,003)	-0,018 (0,003)	-0,209	-0,210	-0,208
2005	-0,051 (0,002)	-0,018 (0,003)	-0,212	-0,212	-0,210
2006	-0,055 (0,002)	-0,026 (0,002)	-0,228	-0,227	-0,224
2007	-0,060 (0,003)	-0,027 (0,003)	-0,251	-0,252	-0,249

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2008	-0,064 (0,002)	-0,025 (0,002)	-0,271	-0,275	-0,274
2009	-0,071 (0,003)	-0,024 (0,002)	-0,302	-0,309	-0,311
2010	-0,070 (0,003)	-0,025 (0,003)	-0,298	-0,308	-0,312
2011	-0,073 (0,003)	-0,029 (0,003)	-0,316	-0,329	-0,335
2012	-0,073 (0,003)	-0,026 (0,003)	-0,321	-0,337	-0,345
2013	-0,079 (0,003)	-0,030 (0,002)	-0,342	-0,358	-0,367
2014	-0,084 (0,003)	-0,031 (0,003)	-0,367	-0,383	-0,390
2015	-0,083 (0,002)	-0,034 (0,002)	-0,360	-0,375	-0,382
2016	-0,080 (0,002)	-0,032 (0,002)	-0,352	-0,370	-0,380
2017	-0,080 (0,002)	-0,031 (0,002)	-0,352	-0,372	-0,383
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,007	-0,001	-0,033	-0,038	-0,042
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-11,81	-2,89	-13,87	-16,03	-18,10
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,016	-0,006	-0,081	-0,097	-0,109
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-24,07	-25,70	-29,89	-35,27	-39,78

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Πίνακας 7-448 Εξέλιξη των δεικτών Erreygers Concentration Index (E) και Wagstaff Concentration Index (W) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

Έτος έρευνας	E		W	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-0,231 (0,008)	-0,097 (0,008)	-0,439 (0,016)	-0,185 (0,016)
2004	-0,198 (0,011)	-0,073 (0,011)	-0,321 (0,017)	-0,118 (0,018)
2005	-0,203 (0,010)	-0,072 (0,010)	-0,365 (0,018)	-0,129 (0,018)
2006	-0,221 (0,010)	-0,103 (0,010)	-0,408 (0,018)	-0,189 (0,018)
2007	-0,241 (0,010)	-0,108 (0,010)	-0,433 (0,019)	-0,194 (0,018)
2008	-0,258 (0,009)	-0,099 (0,010)	-0,430 (0,016)	-0,166 (0,016)
2009	-0,284 (0,010)	-0,095 (0,010)	-0,489 (0,017)	-0,163 (0,017)
2010	-0,278 (0,011)	-0,102 (0,012)	-0,481 (0,019)	-0,176 (0,020)
2011	-0,291 (0,011)	-0,115 (0,011)	-0,472 (0,018)	-0,187 (0,018)
2012	-0,293 (0,013)	-0,105 (0,014)	-0,432 (0,019)	-0,155 (0,020)
2013	-0,314 (0,010)	-0,121 (0,010)	-0,457 (0,015)	-0,176 (0,014)
2014	-0,337 (0,010)	-0,123 (0,010)	-0,462 (0,014)	-0,169 (0,014)
2015	-0,331 (0,009)	-0,137 (0,009)	-0,444 (0,012)	-0,184 (0,012)
2016	-0,320 (0,008)	-0,129 (0,008)	-0,430 (0,011)	-0,173 (0,011)
2017	-0,320 (0,007)	-0,125 (0,007)	-0,434 (0,009)	-0,170 (0,010)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,027	-0,002	0,009	0,019
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-11,69	-2,47	2,05	10,08
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	-0,062	-0,026	-0,004	-0,005
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	-24,03	-26,16	-0,93	-2,71

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-449 Εξέλιξη των δεικτών Symmetrical Concentration Index (SCI[3, 4, 5]) και Generalized Symmetrical Concentration Index (GSCI[3, 4, 5]) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

	SCI(3)	SCI(4)	SCI(5)	GSCI(3)	GSCI(4)	GSCI(5)
Έτος έρευνας	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ	ΜΠΚ
2003	-0,386	-0,391	-0,392	-0,240	-0,243	-0,244
2004	-0,270	-0,272	-0,272	-0,206	-0,208	-0,208
2005	-0,322	-0,329	-0,331	-0,215	-0,220	-0,221
2006	-0,364	-0,373	-0,377	-0,235	-0,241	-0,243
2007	-0,384	-0,393	-0,397	-0,257	-0,263	-0,266
2008	-0,380	-0,391	-0,396	-0,279	-0,287	-0,291
2009	-0,441	-0,456	-0,463	-0,311	-0,322	-0,326
2010	-0,445	-0,466	-0,475	-0,312	-0,327	-0,334
2011	-0,430	-0,452	-0,462	-0,327	-0,343	-0,351
2012	-0,383	-0,403	-0,413	-0,331	-0,349	-0,357
2013	-0,405	-0,428	-0,439	-0,357	-0,377	-0,387
2014	-0,394	-0,413	-0,422	-0,378	-0,396	-0,404
2015	-0,375	-0,394	-0,402	-0,372	-0,391	-0,399
2016	-0,369	-0,390	-0,400	-0,365	-0,386	-0,396
2017	-0,377	-0,401	-0,412	-0,367	-0,389	-0,400
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,006	0,000	-0,004	-0,039	-0,044	-0,047
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	1,55	0,00	-1,02	-16,25	-18,11	-19,26
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,003	-0,010	-0,016	-0,088	-0,102	-0,109
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	0,79	-2,56	-4,04	-31,54	-35,54	-37,46

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Τέλος, η συνολική επίδοση ως προς τους περιορισμούς των καθημερινών δραστηριοτήτων, λαμβάνοντας υπόψη την εξέλιξη των εκπαιδευτικών ανισοτήτων υγείας, επιδεινώνεται τόσο πριν όσο και μετά την έναρξη της κρίσης (Πίνακας 7-450). Η χειρότερη επίδοση καταγράφεται για το 2015, ενώ στη συνέχεια φαίνεται να εκκινεί μια τάση βελτίωσης.

Πίνακας 7-450 Εξέλιξη του δείκτη Health Achievement Index (HAI[2]) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, 2003-2017

	HAI(2)	
Έτος έρευνας	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	21,36	21,02
2004	24,05	23,53

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2005	21,78	21,30
2006	21,73	21,36
2007	22,83	22,10
2008	24,84	23,79
2009	24,70	22,97
2010	24,55	22,74
2011	26,27	23,57
2012	28,92	26,02
2013	29,86	26,52
2014	32,42	27,38
2015	33,08	28,23
2016	32,70	27,81
2017	32,29	27,03
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	3,48	2,77
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	16,29	13,18
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	7,45	3,24
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	29,99	13,62

Υποσημείωση: ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.6.15. Κύρια ασχολία

Ο επιπολασμός των περιορισμών στις καθημερινές δραστηριότητες αυξάνεται μετά την έναρξη της κρίσης σε όλες τις οικονομικές κατηγορίες στους προτυποποιημένους πληθυσμούς, εκτός από τους ανέργους και τους μαθητές/σπουδαστές (Πίνακας 7-451).

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-451 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς την κύρια ασχολία, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ							ΠΚ						
	Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση	Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	Άνεργος/η	Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	Συνταξιούχος	Ανάπηρος/η	Άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση	Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	Άνεργος/η	Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	Συνταξιούχος	Ανάπηρος/η	Άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο
2003	5,03 (0,33)	10,40 (1,35)	5,70 (0,89)	1,02 (0,30)	42,88 (1,18)	87,99 (2,51)	22,37 (0,95)	13,68 (1,11)	18,10 (2,31)	21,54 (1,32)	0,32 (0,09)	41,19 (3,78)	88,90 (2,50)	19,65 (2,67)
2004	9,50 (0,73)	15,44 (2,04)	9,84 (1,32)	7,46 (1,14)	42,72 (1,29)	90,17 (2,33)	24,71 (1,11)	15,23 (1,64)	20,80 (3,12)	10,84 (1,84)	7,94 (1,94)	36,77 (4,45)	89,69 (2,49)	22,27 (2,90)
2005	6,79 (0,45)	11,10 (1,72)	8,46 (1,23)	2,11 (0,53)	42,28 (1,32)	83,72 (3,85)	22,40 (1,20)	10,95 (1,43)	13,33 (2,50)	24,57 (1,71)	20,51 (1,42)	46,90 (3,63)	84,05 (3,39)	26,02 (3,44)
2006	6,27 (0,44)	8,08 (1,30)	9,44 (1,35)	2,52 (0,56)	40,00 (1,30)	88,40 (2,96)	22,70 (1,23)	8,81 (1,37)	10,46 (1,88)	14,90 (2,87)	14,87 (2,61)	42,21 (2,89)	87,24 (3,03)	25,98 (3,59)
2007	6,28 (0,44)	10,42 (1,47)	11,35 (1,52)	2,15 (0,53)	42,00 (1,34)	83,69 (3,88)	22,24 (1,23)	11,27 (1,95)	10,93 (1,63)	29,19 (2,28)	7,95 (4,42)	42,17 (3,75)	78,29 (3,88)	26,84 (3,30)
2008	5,58 (0,37)	10,30 (1,36)	13,08 (1,66)	1,96 (0,50)	48,22 (1,15)	94,33 (1,97)	27,35 (1,17)	15,20 (1,57)	18,15 (3,07)	24,27 (3,27)	27,77 (4,16)	38,66 (4,03)	90,64 (2,91)	25,02 (1,85)
2009	3,59 (0,32)	7,14 (1,32)	7,73 (1,50)	0,49 (0,29)	50,82 (1,21)	75,35 (4,54)	25,71 (1,29)	13,55 (1,62)	16,64 (2,30)	28,44 (3,32)	34,78 (3,08)	31,77 (3,18)	73,39 (3,56)	29,20 (2,20)
2010	4,86 (0,44)	8,43 (1,76)	7,73 (1,31)	0,54 (0,28)	49,54 (1,39)	75,93 (4,61)	24,29 (1,38)	8,43 (1,54)	16,83 (2,38)	9,86 (1,81)	15,30 (0,07)	34,89 (3,71)	72,95 (4,42)	27,57 (2,55)
2011	5,48 (0,52)	5,71 (1,31)	7,93 (0,92)	1,36 (0,61)	47,45 (1,34)	86,81 (3,34)	28,75 (1,50)	8,04 (1,67)	11,87 (1,99)	10,91 (1,50)	20,84 (6,19)	35,03 (3,17)	89,33 (2,63)	27,89 (3,20)
2012	7,65 (0,66)	9,72 (1,68)	11,31 (1,96)	1,21 (0,59)	51,26 (1,29)	82,77 (5,01)	30,82 (1,70)	11,42 (2,13)	24,04 (2,90)	15,45 (1,63)	32,60 (3,12)	50,24 (3,72)	85,17 (3,79)	33,00 (4,49)
2013	6,44 (0,46)	9,64 (1,29)	10,26 (1,14)	1,34 (0,41)	52,10 (1,05)	86,77 (3,00)	31,65 (1,35)	8,99 (1,39)	11,71 (1,89)	27,06 (2,41)	20,15 (0,10)	44,51 (2,41)	84,03 (3,05)	22,51 (2,05)
2014	6,86 (0,45)	8,55 (1,44)	10,87 (0,86)	2,53 (0,67)	52,94 (1,09)	88,70 (3,30)	36,00 (1,31)	10,96 (1,42)	20,93 (2,55)	15,16 (1,52)	2,01 (0,87)	52,58 (3,59)	85,55 (3,61)	35,77 (2,59)
2015	8,90 (0,48)	11,45 (1,29)	12,79 (0,81)	3,05 (0,54)	52,42 (0,91)	93,12 (1,81)	34,99 (1,07)	14,48 (1,85)	16,26 (2,08)	18,83 (1,84)	2,89 (1,51)	51,90 (4,87)	94,35 (1,41)	40,17 (2,50)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2016	8,98 (0,42)	11,81 (1,17)	12,91 (0,71)	2,90 (0,45)	51,99 (0,81)	94,54 (1,42)	34,28 (0,95)	14,06 (1,87)	22,10 (2,08)	20,99 (1,45)	5,18 (2,45)	45,59 (2,67)	94,44 (1,44)	35,87 (2,14)
2017	8,73 (0,33)	9,41 (0,87)	12,62 (0,61)	2,95 (0,44)	51,60 (0,74)	95,20 (0,99)	35,73 (0,86)	17,52 (1,98)	19,57 (2,09)	16,33 (1,19)	20,26 (2,80)	53,91 (1,96)	94,41 (1,32)	30,66 (2,58)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	0,55	-0,10	7,38	0,94	5,34	6,34	4,98	1,51	0,05	2,73	27,45	-2,53	1,75	5,37
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	10,95	-0,96	129,41	92,09	12,46	7,21	22,28	11,04	0,27	12,69	8644,22	-6,15	1,97	27,35
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	3,15	-0,89	-0,46	0,99	3,38	0,87	8,38	2,33	1,42	-7,95	-7,52	15,26	3,77	5,65
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	56,52	-8,66	-3,52	50,52	7,01	0,92	30,64	15,33	7,83	-32,75	-27,06	39,47	4,16	22,56

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Οι διαφορές στα προβλήματα υγείας μεταξύ των εργαζομένων πλήρους απασχόλησης και των ανέργων παρουσιάζουν σημαντική διακύμανση, ιδίως στους προτυποποιημένους πληθυσμούς, αν και ευνοούν την ομάδα των εργαζόμενων (Πίνακας 7-452).

Πίνακας 7-452 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς την κύρια ασχολία, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-0,67 (0,95)	-7,86 (1,73)	0,88 (0,15)	0,64 (0,06)
2004	-0,34 (1,51)	4,39 (2,47)	0,97 (0,15)	1,40 (0,28)
2005	-1,68 (1,31)	-13,62 (2,23)	0,80 (0,13)	0,45 (0,07)
2006	-3,17 (1,42)	-6,09 (3,18)	0,66 (0,11)	0,59 (0,15)
2007	-5,07 (1,59)	-17,92 (3,00)	0,55 (0,08)	0,39 (0,07)
2008	-7,51 (1,70)	-9,08 (3,62)	0,43 (0,06)	0,63 (0,11)
2009	-4,13 (1,54)	-14,89 (3,69)	0,47 (0,10)	0,48 (0,08)
2010	-2,87 (1,38)	-1,43 (2,37)	0,63 (0,12)	0,85 (0,22)
2011	-2,45 (1,06)	-2,86 (2,25)	0,69 (0,10)	0,74 (0,18)
2012	-3,66 (2,06)	-4,03 (2,68)	0,68 (0,13)	0,74 (0,16)
2013	-3,82 (1,23)	-18,07 (2,78)	0,63 (0,08)	0,33 (0,06)
2014	-4,01 (0,97)	-4,20 (2,08)	0,63 (0,06)	0,72 (0,12)
2015	-3,89 (0,94)	-4,35 (2,60)	0,70 (0,06)	0,77 (0,12)
2016	-3,93 (0,82)	-6,93 (2,37)	0,70 (0,05)	0,67 (0,10)
2017	-3,89 (0,70)	1,20 (2,31)	0,69 (0,04)	1,07 (0,14)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-6,83	-1,22	-0,46	-0,01
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-1012,36	-15,55	-51,64	-1,46
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	3,61	10,28	0,27	0,45
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	48,15	113,21	62,23	71,48

Υποσημείωση: Σύγκριση μεταξύ των εργαζομένων πλήρους απασχόλησης και των ανέργων, Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι συνολικές ανισότητες στα προβλήματα υγείας μεταξύ των οικονομικών ομάδων βάσει των δεικτών AGMD, RGMD και IDISP αυξάνονται κατά την περίοδο μετά την έναρξη της κρίσης, αν και από το 2014 υπάρχει μια τάση αποκλιμάκωσής τους (Πίνακας 7-453).

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-453 Εξέλιξη των δεικτών Absolute Group Mean Deviation (AGMD), Relative Group Mean Deviation (RGMD) και Index of Disparity (IDISP) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς την κύρια ασχολία, 2003-2017

Έτος έρευνας	AGMD		RGMD		IDISP	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	14,64 (0,39)	10,36 (1,28)	86,29 (2,29)	49,22 (6,07)	124,68 (2,93)	82,11 (3,83)
2004	12,85 (0,47)	8,61 (1,24)	63,69 (2,31)	40,33 (5,83)	95,97 (3,53)	77,15 (4,91)
2005	13,65 (0,43)	12,40 (1,21)	77,12 (2,44)	52,69 (5,13)	111,11 (4,11)	68,71 (4,44)
2006	13,49 (0,44)	12,76 (1,13)	78,55 (2,59)	61,81 (5,45)	118,11 (3,38)	87,92 (5,27)
2007	14,02 (0,48)	12,77 (1,31)	78,32 (2,66)	57,65 (5,93)	108,22 (3,60)	80,07 (5,95)
2008	16,86 (0,44)	8,84 (1,28)	85,65 (2,22)	36,25 (5,26)	115,14 (2,77)	58,63 (4,43)
2009	18,47 (0,41)	9,43 (1,07)	98,66 (2,17)	40,09 (4,54)	115,73 (3,61)	58,86 (4,86)
2010	17,12 (0,49)	11,16 (1,23)	91,61 (2,61)	58,67 (6,47)	112,32 (4,13)	78,12 (5,40)
2011	17,64 (0,46)	11,53 (1,24)	88,25 (2,29)	57,97 (6,23)	116,14 (2,96)	87,92 (6,64)
2012	18,01 (0,56)	14,94 (1,45)	79,82 (2,49)	54,14 (5,27)	99,70 (4,12)	63,42 (4,01)
2013	19,03 (0,45)	12,58 (0,85)	82,62 (1,97)	50,93 (3,44)	102,86 (2,73)	67,63 (3,05)
2014	19,58 (0,37)	17,42 (1,30)	81,68 (1,55)	66,37 (4,97)	102,97 (2,61)	82,24 (3,32)
2015	18,62 (0,37)	16,92 (1,70)	75,04 (1,49)	59,65 (6,00)	97,38 (1,88)	81,77 (3,44)
2016	18,48 (0,33)	13,98 (1,04)	74,66 (1,34)	52,21 (3,90)	97,54 (1,62)	74,89 (3,38)
2017	18,67 (0,27)	14,40 (0,92)	76,87 (1,11)	48,73 (3,10)	101,81 (1,16)	65,20 (3,14)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	2,22	-1,51	-0,65	-12,97	-9,54	-23,48
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	15,19	-14,62	-0,75	-26,35	-7,65	-28,59
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	1,81	5,56	-8,78	12,48	-13,33	6,57
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	10,74	62,87	-10,25	34,42	-11,58	11,20

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.6.16. Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά

Αμφότερες οι περιοχές με και χωρίς προβλήματα θορύβου συνδέονται με αύξηση του επιπολασμού των προβλημάτων υγείας κατά την περίοδο μετά το 2008 (Πίνακας 7-454).

Πίνακας 7-454 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τα προβλήματα θορύβου στη γειτονιά, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	16,81 (0,52)	17,54 (0,90)	18,83 (0,49)	21,47 (0,92)
2004	20,20 (0,79)	20,06 (1,06)	21,99 (0,77)	23,27 (1,07)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2005	16,95 (0,59)	20,56 (1,14)	18,81 (0,57)	23,79 (1,11)
2006	16,03 (0,60)	21,62 (1,15)	17,72 (0,58)	24,78 (1,13)
2007	17,90 (0,74)	17,93 (1,01)	19,54 (0,63)	20,92 (0,99)
2008	19,52 (0,61)	20,28 (0,95)	21,48 (0,52)	23,25 (0,88)
2009	18,91 (0,61)	18,08 (1,06)	20,73 (0,48)	21,51 (0,85)
2010	19,06 (0,68)	17,42 (1,28)	20,46 (0,54)	20,67 (1,18)
2011	19,56 (0,66)	21,27 (1,16)	20,50 (0,53)	22,85 (1,11)
2012	21,90 (0,82)	24,58 (1,25)	23,03 (0,69)	25,99 (1,10)
2013	22,77 (0,63)	23,85 (1,01)	23,23 (0,50)	25,67 (0,83)
2014	23,59 (0,64)	25,53 (1,05)	23,73 (0,50)	26,63 (0,98)
2015	24,40 (0,58)	26,54 (0,92)	24,12 (0,49)	27,66 (0,83)
2016	24,53 (0,46)	25,62 (0,98)	24,04 (0,38)	26,61 (0,86)
2017	24,27 (0,41)	24,37 (0,81)	23,36 (0,31)	25,71 (0,67)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	2,70	2,74	2,65	1,77
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	16,08	15,59	14,05	8,26
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	4,75	4,10	1,88	2,47
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	24,35	20,20	8,75	10,61

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι περιοχές χωρίς προβλήματα θορύβου παρουσιάζουν σταθερά μικρότερο επιπολασμό προβλημάτων υγείας (**Πίνακας 7-455**). Αυτές οι ανισότητες αυξάνονται στους προτυποποιημένους πληθυσμούς κατά τα πρώτα χρόνια της κρίσης, με εξαίρεση το 2013. Μετά το 2015, πάντως, ακολουθεί μια τάση συμπίεσής τους.

Πίνακας 7-455 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τα προβλήματα θορύβου στη γειτονιά, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-0,73 (1,04)	-2,64 (1,04)	0,96 (0,06)	0,88 (0,04)
2004	0,14 (1,33)	-1,28 (1,32)	1,01 (0,07)	0,94 (0,05)
2005	-3,60 (1,28)	-4,97 (1,24)	0,82 (0,05)	0,79 (0,04)
2006	-5,59 (1,29)	-7,06 (1,27)	0,74 (0,05)	0,72 (0,04)
2007	-0,03 (1,25)	-1,38 (1,17)	1,00 (0,07)	0,93 (0,05)
2008	-0,76 (1,13)	-1,77 (1,02)	0,96 (0,05)	0,92 (0,04)
2009	0,82 (1,22)	-0,78 (0,98)	1,05 (0,07)	0,96 (0,04)
2010	1,63 (1,45)	-0,21 (1,30)	1,09 (0,09)	0,99 (0,06)
2011	-1,72 (1,33)	-2,35 (1,23)	0,92 (0,06)	0,90 (0,05)
2012	-2,68 (1,50)	-2,96 (1,29)	0,89 (0,06)	0,89 (0,05)
2013	-1,08 (1,19)	-2,44 (0,97)	0,95 (0,05)	0,90 (0,04)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2014	-1,94 (1,23)	-2,90 (1,10)	0,92 (0,05)	0,89 (0,04)
2015	-2,14 (1,09)	-3,55 (0,96)	0,92 (0,04)	0,87 (0,03)
2016	-1,10 (1,09)	-2,57 (0,94)	0,96 (0,04)	0,90 (0,03)
2017	-0,11 (0,91)	-2,36 (0,74)	1,00 (0,04)	0,91 (0,03)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-0,03	0,87	0,00	0,05
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-4,29	33,01	0,43	5,34
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,66	-0,59	0,03	-0,02
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	86,10	-33,25	3,46	-1,69

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.6.17. Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά

Ο επιπολασμός των περιορισμών στις καθημερινές δραστηριότητες αυξάνεται μετά την έναρξη της κρίσης ανεξάρτητα του αν η περιοχή αντιμετωπίζει προβλήματα μόλυνσης ή όχι (Πίνακας 7-456).

Πίνακας 7-456 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τα προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	17,03 (0,51)	16,66 (0,93)	19,15 (0,48)	20,04 (1,01)
2004	20,72 (0,78)	17,18 (1,12)	22,42 (0,76)	20,86 (1,17)
2005	17,25 (0,58)	19,71 (1,19)	19,04 (0,56)	23,63 (1,28)
2006	16,52 (0,60)	20,30 (1,26)	18,22 (0,57)	23,49 (1,32)
2007	17,95 (0,74)	17,68 (1,05)	19,53 (0,63)	21,03 (1,05)
2008	19,51 (0,61)	20,38 (1,04)	21,35 (0,50)	23,86 (0,99)
2009	19,20 (0,62)	17,04 (1,06)	21,01 (0,47)	20,52 (0,95)
2010	19,11 (0,69)	17,35 (1,26)	20,36 (0,54)	21,12 (1,16)
2011	19,43 (0,65)	21,67 (1,20)	20,12 (0,54)	24,16 (1,06)
2012	22,47 (0,84)	22,85 (1,24)	23,04 (0,70)	26,19 (1,17)
2013	22,61 (0,64)	24,22 (0,99)	22,66 (0,50)	27,12 (0,84)
2014	23,75 (0,65)	24,72 (1,10)	23,48 (0,51)	27,14 (0,99)
2015	24,32 (0,56)	26,93 (1,08)	23,91 (0,47)	28,67 (0,93)
2016	24,59 (0,46)	25,40 (1,06)	24,10 (0,38)	26,41 (0,88)
2017	24,26 (0,40)	24,41 (0,86)	23,30 (0,31)	25,91 (0,72)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	2,48	3,72	2,20	3,82
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	14,59	22,35	11,49	19,06
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	4,75	4,03	1,95	2,05
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	24,34	19,75	9,13	8,57

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Οι διαφορές υγείας υπέρ των γειτονιών χωρίς προβλήματα μόλυνσης επιτείνονται κατά τα πρώτα χρόνια της κρίσης, με εξαίρεση το 2012 και το 2014, ενώ μετά το 2015 παρατηρείται μια τάση αποκλιμάκωσής τους (Πίνακας 7-457).

Πίνακας 7-457 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τα προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	0,37 (1,06)	-0,90 (1,12)	1,02 (0,06)	0,96 (0,05)
2004	3,53 (1,36)	1,56 (1,40)	1,21 (0,09)	1,07 (0,07)
2005	-2,46 (1,32)	-4,59 (1,40)	0,88 (0,06)	0,81 (0,05)
2006	-3,78 (1,39)	-5,27 (1,44)	0,81 (0,06)	0,78 (0,05)
2007	0,27 (1,28)	-1,50 (1,22)	1,02 (0,07)	0,93 (0,06)
2008	-0,87 (1,20)	-2,52 (1,11)	0,96 (0,06)	0,89 (0,04)
2009	2,16 (1,23)	0,49 (1,06)	1,13 (0,08)	1,02 (0,05)
2010	1,76 (1,44)	-0,76 (1,28)	1,10 (0,09)	0,96 (0,06)
2011	-2,25 (1,36)	-4,04 (1,19)	0,90 (0,06)	0,83 (0,04)
2012	-0,38 (1,50)	-3,16 (1,36)	0,98 (0,06)	0,88 (0,05)
2013	-1,61 (1,18)	-4,46 (0,97)	0,93 (0,05)	0,84 (0,03)
2014	-0,98 (1,27)	-3,66 (1,11)	0,96 (0,05)	0,87 (0,04)
2015	-2,61 (1,22)	-4,76 (1,04)	0,90 (0,04)	0,83 (0,03)
2016	-0,81 (1,16)	-2,32 (0,96)	0,97 (0,04)	0,91 (0,03)
2017	-0,15 (0,95)	-2,61 (0,78)	0,99 (0,04)	0,90 (0,03)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-1,24	-1,62	-0,06	-0,06
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-338,00	-180,77	-6,34	-6,36
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,72	-0,10	0,04	0,00
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	82,92	-3,82	3,83	0,52

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.3.2.2.6.18. Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά

Και η κατηγοριοποίηση των περιοχών ως προς την ύπαρξη προβλημάτων εγκληματικότητας δεν επηρεάζει σημαντικά την αυξητική μεταβολή στον επιπολασμό των περιορισμών στις καθημερινές δραστηριότητες (Πίνακας 7-458).

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 7-458 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας για την προτυποποιημένη και τη μη προτυποποιημένη κατανομή της ύπαρξης τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τα προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά, 2003-2017

Έτος έρευνας	ΜΠΚ		ΠΚ	
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι
2003	16,88 (0,49)	17,74 (1,26)	19,12 (0,47)	21,17 (1,26)
2004	20,22 (0,73)	19,66 (1,74)	22,16 (0,72)	22,41 (1,72)
2005	17,45 (0,56)	20,38 (1,94)	19,48 (0,55)	23,22 (1,92)
2006	16,60 (0,57)	23,35 (1,92)	18,59 (0,56)	24,76 (1,80)
2007	18,06 (0,69)	16,56 (1,57)	19,83 (0,58)	19,72 (1,64)
2008	19,37 (0,56)	22,06 (1,55)	21,44 (0,48)	25,05 (1,39)
2009	19,10 (0,57)	16,69 (1,29)	21,14 (0,44)	19,58 (1,11)
2010	19,19 (0,67)	16,47 (1,34)	20,58 (0,53)	20,32 (1,35)
2011	19,24 (0,62)	22,97 (1,46)	20,21 (0,53)	24,60 (1,29)
2012	22,12 (0,77)	24,41 (1,56)	22,99 (0,64)	27,19 (1,41)
2013	22,60 (0,61)	24,88 (1,13)	23,19 (0,48)	26,50 (0,94)
2014	23,53 (0,61)	26,29 (1,39)	23,76 (0,48)	27,24 (1,24)
2015	24,27 (0,54)	28,51 (1,31)	24,28 (0,46)	28,12 (1,02)
2016	24,31 (0,45)	27,92 (1,22)	24,08 (0,37)	27,96 (0,96)
2017	23,96 (0,39)	26,36 (0,98)	23,32 (0,30)	27,12 (0,82)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	2,49	4,32	2,32	3,87
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	14,78	24,33	12,15	18,29
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	4,59	4,30	1,88	2,07
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	23,68	19,48	8,77	8,26

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

Οι διαφορές στον επιπολασμό των προβλημάτων υγείας μεταξύ των δύο περιοχών παρουσιάζουν υψηλή διακύμανση μέχρι και το 2010 (Πίνακας 7-459). Στη συνέχεια, πάντως, οι ανισότητες είναι σταθερά υπέρ των περιοχών χωρίς προβλήματα εγκληματικότητας.

Πίνακας 7-459 Εξέλιξη των δεικτών Rate Difference (RD) και Rate Ratio (RR) για την ύπαρξη τουλάχιστον κάποιου περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων ως προς τα προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά, 2003-2017

Έτος έρευνας	RD		RR	
	ΜΠΚ	ΠΚ	ΜΠΚ	ΠΚ
2003	-0,87 (1,35)	-2,06 (1,35)	0,95 (0,07)	0,90 (0,06)
2004	0,56 (1,89)	-0,25 (1,87)	1,03 (0,10)	0,99 (0,08)
2005	-2,92 (2,02)	-3,73 (2,00)	0,86 (0,09)	0,84 (0,07)
2006	-6,75 (2,00)	-6,17 (1,89)	0,71 (0,06)	0,75 (0,06)
2007	1,50 (1,71)	0,11 (1,74)	1,09 (0,11)	1,01 (0,09)

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

2008	-2,69 (1,65)	-3,61 (1,47)	0,88 (0,07)	0,86 (0,05)
2009	2,42 (1,41)	1,56 (1,19)	1,14 (0,10)	1,08 (0,07)
2010	2,72 (1,50)	0,26 (1,45)	1,16 (0,10)	1,01 (0,07)
2011	-3,73 (1,59)	-4,39 (1,40)	0,84 (0,06)	0,82 (0,05)
2012	-2,29 (1,74)	-4,20 (1,54)	0,91 (0,07)	0,85 (0,05)
2013	-2,27 (1,28)	-3,31 (1,05)	0,91 (0,05)	0,88 (0,04)
2014	-2,77 (1,52)	-3,48 (1,32)	0,89 (0,05)	0,87 (0,04)
2015	-4,24 (1,42)	-3,83 (1,12)	0,85 (0,04)	0,86 (0,04)
2016	-3,61 (1,30)	-3,88 (1,03)	0,87 (0,04)	0,86 (0,03)
2017	-2,40 (1,06)	-3,80 (0,87)	0,91 (0,04)	0,86 (0,03)
Απόλυτη μεταβολή 2003-2008	-1,82	-1,55	-0,07	-0,05
Σχετική μεταβολή (%) 2003-2008	-210,64	-75,37	-7,69	-5,19
Απόλυτη μεταβολή 2008-2017	0,29	-0,19	0,03	0,00
Σχετική μεταβολή (%) 2008-2017	10,79	-5,23	3,52	0,47

Υποσημείωση: Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων, ΜΠΚ: Μη προτυποποιημένη κατανομή· ΠΚ: Προτυποποιημένη κατανομή.

7.4. Συζήτηση και συμπεράσματα

Σκοπός αυτού του κεφαλαίου ήταν η διερεύνηση της εξέλιξης των συνολικών και των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας στην Ελλάδα κατά τις περιόδους πριν και μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, χρησιμοποιώντας διαφορετικές εκβάσεις υγείας και μεταβλητές κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και εφαρμόζοντας διαφορετικούς δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων. Η χρήση πολλαπλών μεταβλητών και δεικτών αποσκοπούσε στο να προκύψουν πιο αξιόπιστα συμπεράσματα, καθότι η βιβλιογραφία έχει δείξει πως τα αποτελέσματα της μέτρησης μπορεί να διαφοροποιούνται αναλόγως του πως μετράμε την υγεία ή κατηγοριοποιούμε τον πληθυσμό. Για τους σκοπούς αυτού του κεφαλαίου αξιοποιήθηκαν τα μικροδεδομένα των ερευνών EU-SILC για την Ελλάδα για το χρονικό διάστημα 2003-2017, δηλαδή στοιχεία για συνολικά 281.514 άτομα (παρατηρήσεις). Οι βάσεις δεδομένων της έρευνας EU-SILC κρίνονται ως κατάλληλες για τη μέτρηση των ανισοτήτων υγείας, καθότι συμπεριλαμβάνουν στοιχεία τόσο για την υγεία όσο και για πολλαπλούς κοινωνικοοικονομικούς δείκτες, ενώ παράλληλα πρόκειται για μια έρευνα που διεξάγεται ετησίως από το 2003 (O'Donnell, 2009).

Για τη μέτρηση της υγείας, λοιπόν, χρησιμοποιήσαμε έξι εκβάσεις. Αρχικά, μετασχηματίστηκε η ιεραρχική, 5-βάθμια αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

σε ποσοτική μεταβλητή, με την εφαρμογή της παλινδρόμησης διαστημάτων. Ο μετασχηματισμός αυτός ήταν αναγκαίος, καθότι κάποια μέτρα ανισότητας απαιτούν τη χρήση ποσοτικών εκβάσεων υγείας, προκειμένου να καταστεί δυνατή η σταθερή ιεράρχηση των κατανομών υγείας. Για αυτόν τον σκοπό, αξιοποιήθηκαν τα στοιχεία ειδικής έρευνας πεδίου που σχεδιάστηκε και διεξήχθη υπό τον συντονισμό του ερευνητή της διατριβής στην Περιφέρεια Αττικής, με τελικό δείγμα 2.851 άτομα. Η έρευνα αυτή παρείχε δεδομένα για την εμπειρική κατανομή της ιεραρχικής έκβασης υγείας σε σχέση με την εμπειρική κατανομή κάποιων ποσοτικών εκβάσεων υγείας στην Ελλάδα, το οποίο επέτρεψε τον προσδιορισμό των ορίων της παλινδρόμησης διαστημάτων. Επιπλέον, η παραπάνω 5-βάθμια έκβαση υγείας διχοτομήθηκε με δύο τρόπους, όπως συνέβη και με μια άλλη ιεραρχική μεταβλητή για τον περιορισμό των συνήθων καθημερινών δραστηριοτήτων λόγω προβλημάτων υγείας. Η διπλή διχοτόμηση πραγματοποιήθηκε καθότι έχει διαπιστωθεί ότι τα αποτελέσματα της μέτρησης μπορεί να αλλάζουν αναλόγως του σημείου διαχωρισμού που επιλέγεται. Τέλος, χρησιμοποιήθηκε ακόμη ένας υποκειμενικός δείκτης υγείας που ήταν διαθέσιμος, ο οποίος αναφερόταν στην ύπαρξη ή όχι μακροχρόνιου προβλήματος υγείας.

Συνολικά, λοιπόν, εκτιμήθηκαν οι ανισότητες υγείας σε σχέση με πέντε διωνυμικές και μια ποσοτική μεταβλητή, οι οποίες αξιολογούν υποκειμενικά τρεις βασικές διαστάσεις της υγείας: α) τη γενική υγεία, β) τα χρόνια προβλήματα και γ) τη λειτουργικότητα. Το βασικό πλεονέκτημα των υποκειμενικών δεικτών είναι ότι προσφέρουν μια συνολική αξιολόγηση της υγείας από το ίδιο το άτομο που τη βιώνει. Έχει ήδη συζητηθεί στο τρίτο κεφάλαιο η σημασία της διεύρυνσης της παραδοσιακής βιοϊατρικής προσέγγισης της υγείας, η οποία περιορίζεται στη φυσιολογική κατάσταση του ατόμου και στην παρουσία ή απουσία συμπτωμάτων ή ασθένειας. Ωστόσο, τα άτομα δεν έχουν μόνο μια βιολογική υπόσταση, καθώς η υγεία έχει λειτουργικές, κοινωνικές και πολιτισμικές προεκτάσεις και συνδέεται με τη θετική δυνατότητα των ανθρώπων να επιτελούν συγκεκριμένους κοινωνικούς ρόλους και να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνία. Από την άλλη πλευρά, το μειονέκτημα των δεικτών της αυτοαξιολογούμενης υγείας αφορά στην ίδια την υποκειμενικότητά τους, η οποία μπορεί να περιορίζει τη δυνατότητα των

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

διαπροσωπικών αλλά και των διακρατικών συγκρίσεων (O'Donnell, 2009· Nesson και Robinson, 2017a). Αυτό διότι δημιουργείται το πρόβλημα της μεροληψίας (reporting bias) ή ετερογένειας αναφοράς (reporting heterogeneity), κατά το οποίο υποομάδες του πληθυσμού χρησιμοποιούν συστηματικά διαφορετικά επίπεδα ορίων για να αξιολογήσουν την υγεία τους, ενώ στην πραγματικότητα διαθέτουν το ίδιο επίπεδο υγείας. Παράγοντες που μπορεί να δημιουργούν τέτοιες συστηματικές διαφοροποιήσεις είναι το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό και γενικότερα το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και η γλώσσα. Το πρόβλημα αυτό μπορεί να είναι ακόμη πιο έντονο κατά τις συγκρίσεις μεταξύ διαφορετικών πολιτισμικών ομάδων, οι οποίες χαρακτηρίζονται από διαφορετικές προσδοκίες για την υγεία τους (Lindeboom και van Doorslaer, 2004· Etile και Milcent, 2006· Jurges, 2007). Για παράδειγμα, αν οι υψηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες τείνουν να έχουν μεγαλύτερες προσδοκίες από την υγεία τους, οι μετρήσεις των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας θα υποεκτιμούν το πραγματικό μέγεθός τους στον πληθυσμό (O'Donnell, 2009).

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρατηρήσαμε ότι ο τρόπος προσέγγισης της κοινωνικοοικονομικής θέσης ή, διαφορετικά, ο τρόπος κοινωνικοοικονομικής κατηγοριοποίησης του πληθυσμού μπορεί να επηρεάσει σημαντικά το αποτέλεσμα της μέτρησης των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας, ενώ παράλληλα συνδέεται και με ένα διαφορετικό υπόβαθρο αιτιωδών μηχανισμών. Η EU-SILC παρέχει πληροφορίες για πολλαπλούς κοινωνικοοικονομικούς δείκτες, που επιτρέπουν την εξέταση των ανισοτήτων υγείας σε σχέση με την προσέγγιση τόσο της κοινωνικοοικονομικής διαβάθμισης όσο και με εκείνη των κοινωνικών ομάδων. Στη διαβαθμιστική προσέγγιση της κοινωνικής ανισότητας, τα άτομα κατατάσσονται σε ένα συνεχές ιεραρχημένων κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών ή πόρων, υποθέτοντας ότι το επίπεδο υγείας ακολουθεί ανοδικά (ή καθοδικά) την κοινωνικοοικονομική κατάταξη. Χρησιμοποιήθηκαν, λοιπόν, οι κλασικοί δείκτες κοινωνικοοικονομικής διαβάθμισης του εισοδήματος και της εκπαίδευσης, ενώ σε αυτούς προστέθηκε και ο βαθμός πληθυσμιακής πυκνότητας της περιοχής που διαμένουν τα άτομα. Κατά τη δεύτερη οπτική της κοινωνικοοικονομικής θέσης, οι κοινωνικές ομάδες ανταγωνίζονται μεταξύ τους, προκειμένου να αποκτήσουν πλεονεκτική θέση

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

στην κατανομή των διαφόρων πολύτιμων πόρων. Στο πλαίσιο αυτής της προσέγγισης, αξιοποιήθηκαν οι κοινωνικοί δείκτες του φύλου, της υπηκοότητας και της κύριας οικονομικής ασχολίας. Οι μηχανισμοί όλων αυτών των παραγόντων έχουν αναλυθεί διεξοδικά στο τέταρτο κεφάλαιο.

Μια ενδιαφέρουσα διάσταση που προσθέτει η παρούσα ανάλυση αφορά στην αξιοποίηση των μεταβλητών των βάσεων δεδομένων EU-SILC για την παραγωγή των δεικτών φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού της Ε.Ε., οι οποίοι χρησιμοποιήθηκαν για τη μέτρηση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας. Η προσέγγιση του κοινωνικού αποκλεισμού δίνει έμφαση στους ευρύτερους προσδιοριστές της υγείας και τις κοινωνικές και πολιτικές διεργασίες (Budhthoki, 2013). Οι δείκτες κοινωνικού αποκλεισμού της Ε.Ε. έχουν ως στόχο να καλύψουν κάποιες πλευρές των συνθηκών διαβίωσης που είναι συνήθεις στην ευρωπαϊκή κοινωνία, από τις οποίες κάποια άτομα αποκλείονται (Budhthoki, 2013). Αυτή η σύλληψη συνάδει με τη θεωρία της σχετικής αποστέρησης του Townsend (1979), σύμφωνα με την οποία η αποστέρηση είναι ένα σχετικό φαινόμενο, το οποίο αναφέρεται όχι μόνο στην έλλειψη πόρων και αγαθών αλλά και τον αποκλεισμό από συνήθεις κοινωνικές δραστηριότητες, όπως αυτές καθορίζονται από το χρονικό πλαίσιο και τα χαρακτηριστικά της κάθε κοινωνίας. Αν και η φτώχεια, δηλαδή η υλική αποστέρηση, σχετίζεται σημαντικά με την έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού, όντας αμφότερες πολυδιάστατες έννοιες, δεν ταυτίζεται απαραίτητα με αυτήν. Αυτό διότι ένα άτομο μπορεί να μην είναι φτωχό, αλλά να είναι κοινωνικά αποκλεισμένο, ενώ μπορεί να ισχύει και το αντίστροφο (Budhthoki, 2013· O'Donnell κ.ά., 2018). Το εισόδημα δεν αντιπροσωπεύει πλήρως τις υλικές συνθήκες διαβίωσης των ανθρώπων (Renahy κ.ά., 2012) ούτε μπορεί να συλλάβει την αποξένωση ή την κοινωνική απομόνωση (O'Donnell κ.ά., 2018). Έτσι, η φτώχεια ή η κοινωνική αποστέρηση είναι παράγοντες που συμβάλλουν στις διαδικασίες του κοινωνικού αποκλεισμού. Ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι ένας μάλλον ευρύτερος όρος, ο οποίος συνδέεται με τους μηχανισμούς κοινωνικής περιθωριοποίησης, που εμποδίζουν κάποια άτομα από μια πλήρη συμμετοχή στην οικονομική, κοινωνική, πολιτισμική και πολιτική ζωή (Budhthoki, 2013· Chandola και Conibere, 2015). Βασικά χαρακτηριστικά του κοινωνικού αποκλεισμού είναι ότι διαθέτει πολλαπλές διαστάσεις, είναι σχετικός

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

με το ευρύτερο πλαίσιο κάθε φορά και απαιτεί συγκεκριμένη ενέργεια (agency) αποκλεισμού ή περιθωριοποίησης κάποιων κοινωνικών ομάδων είτε από δημόσιους ή ιδιωτικούς οργανισμούς, είτε από το κοινωνικό περιβάλλον είτε από κάποιο άτομο (ή γενικότερα ομάδα ατόμων). Ο Π.Ο.Υ. ορίζει τον κοινωνικό αποκλεισμό ως κάποιες δυναμικές πολυδιάστατες διαδικασίες, οι οποίες διαμορφώνονται από σχέσεις άνισης ισχύος, που διαδρούν σε τέσσερις βασικές διαστάσεις (οικονομική, πολιτική, κοινωνική και πολιτισμική) και σε διαφορετικά επίπεδα, συμπεριλαμβανομένων των επιπέδων του ατόμου, της ομάδας, της κοινότητας, της χώρας και το παγκόσμιο γενικότερα (van Bergen κ.ά., 2018). Επιπλέον, οι διαδικασίες αποκλεισμού σε μια διάσταση (π.χ. απώλεια εργασίας) συνήθως επηρεάζουν αντίστοιχες διαδικασίες σε άλλες (π.χ. πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη), οπότε και οι κίνδυνοι υγείας συσσωρεύονται στα περιθωριοποιημένα άτομα (Van Bergen κ.ά., 2014).

Από τα παραπάνω, μπορούμε να υποθέσουμε ότι η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού συνδέεται σε σημαντικό βαθμό με τον νεο-υλιστικό μηχανισμό επίδρασης του κοινωνικού πλαισίου στην υγεία αλλά και τον μηχανισμό των διακρίσεων βάσει, για παράδειγμα, φύλου, ηλικίας, αναπηρίας, εθνικότητας, επαγγελματικής κατάστασης αλλά και της ύπαρξης ψυχικής ασθένειας. Ο κοινωνικός αποκλεισμός συνεπάγεται άνιση πρόσβαση σε ποιοτική υγειονομική περίθαλψη αλλά και τους κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστές της υγείας. Γενικότερα, οι διαδικασίες κοινωνικού αποκλεισμού οδηγούν σε ένα συνεχές ανισοτήτων σε πόρους, δυνατότητες χρήσης αυτών των πόρων και δικαιώματα (O'Donnell κ.ά., 2018). Εθνικές μειονότητες, πρόσφυγες, άστεγοι, γυναίκες, άτομα με ψυχολογικά προβλήματα και αναπηρίες υφίστανται άμεσες και έμμεσες μορφές διακρίσεων, μια κατάσταση που διαδρά με τον μεγαλύτερο κίνδυνο φτώχειας, χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου και ανεργίας (ή και υποαπασχόλησης) που έχουν αυτές οι ομάδες, οδηγώντας σε ακόμη χειρότερες μορφές περιθωριοποίησης και κοινωνικού αποκλεισμού. Αυτό σημαίνει ότι για την άμβλυνση των ανισοτήτων υγείας δεν επαρκούν τα προγράμματα μείωσης της φτώχειας. Απαιτούνται ευρύτερες δράσεις, οι οποίες θα εφαρμόζονται σε διαφορετικές κοινωνικές ομάδες, σε κλίμακα και ένταση ανάλογη του βαθμού της αποστέρησης και του κοινωνικού αποκλεισμού που

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

βιώνουν, κατά την έννοια της αναλογικής καθολικότητας του Marmot (Chandola και Conibere, 2015).

Στο παραπάνω πλαίσιο, λοιπόν, κατασκευάσαμε (με βάση τους συγκεκριμένους αλγόριθμους της Eurostat) μια σειρά από δείκτες που χρησιμοποιούνται στην Ε.Ε. για την αξιολόγηση της έκτασης του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ευρώπη: ο κίνδυνος σχετικής φτώχειας και υποκειμενικής φτώχειας, η οικονομική δυσκολία αντιμετώπισης των συνήθων αναγκών, ο αριθμός των αγαθών που στερείται το κάθε νοικοκυριό και η σοβαρή υλική στέρηση, η χαμηλή ένταση εργασίας του νοικοκυριού, η ύπαρξη συνωστισμού στην κατοικία και τα σοβαρά προβλήματα στις συνθήκες στέγασης, ο συνολικός κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού και τα προβλήματα θορύβου, εγκληματικότητας και μόλυνσης στην περιοχή κατοικίας²⁹⁵. Θα πρέπει επίσης να επισημανθεί ότι η σύγκριση των εκβάσεων υγείας μεταξύ ανέργων και εργαζομένων πλήρους απασχόλησης αλλά και μεταξύ των Ελλήνων πολιτών και των πολιτών άλλων χωρών εκτός Ε.Ε. έχει επίσης ως θεωρητικό υπόβαθρο τους μηχανισμούς επίδρασης στην υγεία των διαδικασιών κοινωνικού αποκλεισμού.

Καθότι δεν υπάρχει ένα ομόφωνα αποδεκτό, άριστο μέτρο των ανισοτήτων υγείας, επιλέχθηκε η παράλληλη εφαρμογή πολλαπλών μέτρων ανισότητας. Εξάλλου, διαπιστώθηκε στο έκτο κεφάλαιο ότι καθένα από τα μέτρα ανισότητας συνδέεται με συγκεκριμένα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, διαφορετικό κανονιστικό υπόβαθρο και μεθοδολογικές ιδιαιτερότητες. Εξετάστηκαν, λοιπόν, ταυτόχρονα διαφορετικές κανονιστικές θέσεις, δηλαδή τόσο η συνολική όσο και η κοινωνικοοικονομική αλλά και αμφοότερες η απόλυτη και η σχετική ανισότητα σε όλες τις εκβάσεις υγείας, καλύπτοντας, επιπλέον, ένα ευρύ φάσμα μορφών ευαισθησίας ως προς την αποστροφή για την (κοινωνικοοικονομική) ανισότητα υγείας. Επιπλέον, καθότι η ανάλυση

²⁹⁵ Τα προβλήματα που παρουσιάζει η περιοχή κατοικίας μπορεί να θεωρηθούν και ως παράγοντες της γενικότερης κοινωνικής αποστέρησης και, συνεπώς, να ενταχθούν στους κλασικούς κοινωνικοοικονομικούς δείκτες που αναφέρονται στην επίπτωση της περιοχής στην υγεία.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

αναφέρεται σε ένα διάστημα 15ετίας, τα μέτρα ανισότητας εφαρμόστηκαν – όπου ήταν δυνατό– και στις προτυποποιημένες βάσει φύλου και ηλικίας κατανομές.

Η εξέλιξη των κοινωνικοοικονομικών δεικτών δείχνει με σαφήνεια τον σημαντικό οικονομικό αντίκτυπο της κρίσης. Η κατανομή του εισοδήματος μετακινείται εμφανώς προς τα αριστερά μετά το 2008, σε αντίθεση μάλιστα με την τάση της προηγούμενης περιόδου. Έτσι, ο κίνδυνος φτώχειας τριπλασιάζεται και το ποσοστό των ατόμων που ανήκουν σε νοικοκυριά που υφίστανται σοβαρή υλική υστέρηση διπλασιάζεται μέχρι το 2014. Αντίστοιχη τάση επιδείνωσης παρατηρείται και για τους υπόλοιπους κοινωνικούς δείκτες, όπως είναι το ποσοστό των νοικοκυριών που χαρακτηρίζονται από χαμηλή ένταση εργασίας (υπερδιπλασιάζεται), το ποσοστό των νοικοκυριών που διαβιούν σε υπερπλήρεις κατοικίες, ο κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού (σχεδόν διπλασιάζεται), το ποσοστό των νοικοκυριών που αναφέρουν οικονομικές δυσκολίες και το ποσοστό των ανέργων ατόμων (υπερτριπλασιάζεται). Πάντως, παρατηρείται μια τάση βελτίωσης για όλους τους δείκτες μετά το 2014-2015. Ο μοναδικός κοινωνικός δείκτης που δεν παρουσιάζει χειροτέρευση είναι εκείνος των σοβαρών προβλημάτων στέγασης, ο οποίος βαίνει βελτιούμενος κατά την περίοδο μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, με εξαίρεση το 2015. Επίσης, ο επιπολασμός των προβλημάτων που σχετίζονται με την περιοχή κατοικίας (εγκληματικότητα, θόρυβος, μόλυνση) κορυφώνεται αρκετά νωρίτερα, δηλαδή μεταξύ 2011-2013.

Συνολικά, λοιπόν, παρατηρούμε ότι οι συνθήκες διαβίωσης χειροτέρευσαν σημαντικά κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, επιβεβαιώνοντας τα αποτελέσματα άλλων μελετών, τις οποίες συζητήσαμε στο πέμπτο κεφάλαιο. Αυτή η χειροτέρευση δεν μπορεί παρά να συνεπάγεται αύξηση των κινδύνων υγείας για τον ελληνικό πληθυσμό. Πράγματι, διαπιστώνεται επιδείνωση του μέσου επιπέδου υγείας μετά το 2008 για όλες τις εκβάσεις που εξετάστηκαν. Πάντως, δεν μπορεί να αποκλειστεί η συνέχιση μιας προηγούμενης τάσης, καθώς η αύξηση της υποκειμενικής νοσηρότητας στον πληθυσμό μπορεί να οφείλεται και στο φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης. Η εξέλιξη των εκβάσεων υγείας στις προτυποποιημένες κατανομές δείχνει περιγραφικά ότι υπήρξε είτε μια ανεξάρτητη επιδείνωση είτε ενίσχυση του

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

ρυθμού χειροτέρευσης της μέσης υγείας του πληθυσμού, ιδίως στο χρονικό διάστημα 2012-2014. Η τάση αυτή επιβεβαιώνεται για όλες τις εκβάσεις υγείας που εξετάστηκαν, με εξαίρεση εκείνης για την παρουσία χρόνιου προβλήματος υγείας, για την οποία η τάση βελτίωσης εκκινεί λίγο νωρίτερα, δηλαδή μετά το 2012. Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν τα ευρήματα προηγούμενων μελετών που αναλύθηκαν στο πέμπτο κεφάλαιο, οι οποίες κατέληγαν στο ότι η κρίση είχε, πέρα από τον κοινωνικοοικονομικό, και έναν σημαντικό αρνητικό υγειονομικό αντίκτυπο. Ωστόσο, πολλές από τις προηγούμενες μελέτες δεν λάμβαναν υπόψη τους τη δημογραφική γήρανση του πληθυσμού. Η περιγραφική ανάλυση, λοιπόν, έδειξε επιπλέον ότι η αρνητική επίπτωση της κρίσης στη νοσηρότητα του πληθυσμού καταγράφεται μετά την πάροδο των πρώτων ετών της κρίσης και μετά την κορύφωση της ύφεσης, η οποία σημειώθηκε το 2011. Η περίοδος αυτή συμπίπτει και με τα έτη κατά τα οποία εντατικοποιήθηκε η εφαρμογή των διαρθρωτικών μέτρων στη χώρα στο πλαίσιο των προγραμμάτων οικονομικής προσαρμογής. Ως εκ τούτου, δεν είναι εύκολο να διαχωριστούν οι υγειονομικές επιπτώσεις της ύφεσης από εκείνες των μέτρων λιτότητας.

Στη συνέχεια, εξετάσαμε τη μεταβολή των δεικτών της συνολικής ανισότητας στις εκβάσεις υγείας μεταξύ 2003 και 2017. Το πρώτο στοιχείο που διαπιστώνουμε είναι πως οι τιμές των δεικτών των διατομικών ανισοτήτων στην υγεία είναι πολύ μικρότερες στις προτυποποιημένες κατανομές σε σχέση με τις μη προτυποποιημένες. Συνεπώς, ένα σημαντικό μέρος των συνολικών ανισοτήτων υγείας οφείλεται σε δημογραφικούς παράγοντες. Έπειτα, οι ανισότητες, αν και παρουσίαζαν κάποιες διακυμάνσεις, δεν φαίνεται να συνδέονται με κάποια σημαντική αυξητική τάση πριν το 2008. Εξαίρεση αποτελούν οι ανισότητες για τις μεταβλητές υγείας που αναφέρονται στα χρόνια προβλήματα και στους περιορισμούς στις καθημερινές δραστηριότητες. Αυτές οι εκβάσεις θεωρούνται περισσότερο αντικειμενικές σε σχέση με την αυτοαξιολογούμενη υγεία (O'Donnell, 2009), αλλά οι δείκτες δεν είναι προτυποποιημένοι, καθότι οι μεταβλητές είναι διωνυμικές. Ως εκ τούτου, δεν μπορεί να αποκλειστεί η πιθανότητα η μεταβολή αυτή να οφείλεται εξ ολοκλήρου ή μερικώς και στη δημογραφική γήρανση. Πάντως, τα περισσότερα μέτρα της συνολικής ανισότητας για την προτυποποιημένη κατανομή της

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Εκτιμημένης ποσοτικής έκβασης υγείας δείχνουν μια μικρή αύξηση κατά τα τελευταία χρόνια πριν την έναρξη της ύφεσης.

Έπειτα, παρατηρούμε μια αύξηση των τιμών των δεικτών τόσο των απόλυτων όσο και των σχετικών ανισοτήτων για όλες τις εκβάσεις υγείας κατά την περίοδο μετά την έναρξη της κρίσης, ιδίως μεταξύ 2012 και 2014. Τα έτη αυτά συμπίπτουν με την περίοδο επίτασης της νοσηρότητας στον πληθυσμό. Ως εκ τούτου, μπορούμε να υποθέσουμε ότι αύξηση των προβλημάτων υγείας στον πληθυσμό κατανεμήθηκε με τρόπο που διεύρυνε τις διατομικές ανισότητες υγείας. Επίσης, αυτή η παροδική αύξηση των διατομικών ανισοτήτων υγείας ήταν μεγαλύτερη στους δείκτες που αποδίδουν υψηλότερη βαρύτητα στο κάτω μέρος της κατανομής της υγείας. Μια ερμηνεία που θα μπορούσε να δοθεί είναι ότι η επιδείνωση της υγείας σε αυτήν την περίοδο επιβάρυνε περισσότερο άτομα με επίπεδο υγείας που ήταν ήδη χαμηλότερο από άλλα άτομα. Πάντως, παρατηρείται μια τάση αποκλιμάκωσης των συνολικών ανισοτήτων υγείας από το 2015 και έπειτα, η οποία, μάλιστα, είναι περισσότερο έκδηλη στις προτυποποιημένες κατανομές. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι μέχρι το 2015 είχαν ήδη εφαρμοστεί τα περισσότερα διαρθρωτικά μέτρα, ενώ και η οικονομία είχε αρχίσει να σταθεροποιείται.

Ακολούθως διερευνήσαμε την εξέλιξη των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας, τις οποίες τις εξετάσαμε σε σχέση με πολλαπλούς κοινωνικοοικονομικούς δείκτες. Καθότι μας ενδιαφέρει ο πιθανός υγειονομικός αντίκτυπος της κρίσης, η σύνοψη των σχετικών ευρημάτων που ακολουθεί θα αναφέρεται στους προτυποποιημένους πληθυσμούς και σε σχέση με κάθε κοινωνικοοικονομικό παράγοντα χωριστά.

Ως προς το φύλο, οι άνδρες παρουσιάζουν σταθερά καλύτερο επίπεδο υγείας σε σχέση με τις γυναίκες για όλες τις εκβάσεις που εξετάστηκαν. Η τάση της μεταβολής στις διαφορές υγείας μεταξύ των δύο φύλων δεν είναι ξεκάθαρη πριν την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Ωστόσο, οι ανισότητες υγείας αυξάνονται ιδιαίτερα κατά την περίοδο 2012-2014, ενώ στη συνέχεια παρουσιάζουν κάποια αποκλιμάκωση. Το φύλο αποτελεί τη βάση για συστηματικές διακρίσεις εις βάρος των γυναικών, ιδιαίτερα στην αγορά εργασίας (Solar και Irwin, 2010), το οποίο ίσως εμφανίστηκε εντονότερα στο πλαίσιο της ύφεσης, όπου ο ανταγωνισμός για μια θέση εργασίας επιτάθηκε.

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Επίσης, οι γυναίκες σε πολλές περιπτώσεις επιβαρύνονται με περισσότερες οικογενειακές υποχρεώσεις (Solar και Irwin, 2010). Αυτό το γεγονός, σε συνδυασμό με την ανάγκη κάποιων γυναικών να εργαστούν, προκειμένου να αναπληρωθεί μέρος του χαμένου οικογενειακού εισοδήματος λόγω της οικονομικής κρίσης (Matsaganis, 2013· Moutos, 2015), μπορεί να υπονόμει την ήδη επιβαρυσμένη ισορροπία της επαγγελματικής με την οικογενειακή και την προσωπική ζωή για κάποιες γυναίκες, με συνέπεια την επιδείνωση του στρες που βιώνουν.

Η εικόνα για τις διαφορές υγείας σε σχέση με την υπηκοότητα είναι περισσότερο συγκεχυμένη, καθότι, εκτός από εκείνη των Ελλήνων πολιτών, οι υπόλοιπες κατηγορίες έχουν μικρό δείγμα. Οι Έλληνες πολίτες παρουσιάζουν σε γενικές γραμμές χειρότερο επίπεδο υγείας από τις άλλες ομάδες, μια κατάσταση που είναι πιο σταθερή μετά το 2008. Πρόκειται για ένα φαινόμενο που έχει συζητηθεί στο τρίτο κεφάλαιο και ονομάζεται *heathy migrant effect* (Chantzaras και Yfantopoulos, 2018b). Το φαινόμενο αυτό εκφράζει τη λειτουργία διαδικασιών κοινωνικής επιλογής, καθότι τα λιγότερο υγιή, υποψήφια για μετανάστευση, άτομα είναι και λιγότερο πιθανό να καταφέρουν να ξεπεράσουν τις φυσικές, ψυχικές και άλλες απαιτήσεις της μετανάστευσης (Chandola και Conibere, 2015). Διακύμανση παρουσίασαν και οι δείκτες της συνολικής κοινωνικοοικονομικής ανισότητας ως προς την υπηκοότητα (δείκτες AGMD, RGMD και IDISP), οπότε δεν είναι εύκολη η εξαγωγή συμπερασμάτων. Φαίνεται, πάντως, να υπάρχει στις περισσότερες περιπτώσεις μια όξυνση των ανισοτήτων κατά το 2012.

Η κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση της υγείας δεν επιβεβαιώνεται σε σχέση με την κατηγοριοποίηση του πληθυσμού βάσει της πληθυσμιακής πυκνότητας της περιοχής στην οποία διαμένει. Έτσι, οι μέσης πυκνότητας περιοχές ήταν εκείνες που σχετίστηκαν με το καλύτερο μέσο επίπεδο υγείας, και οι περισσότερο και οι λιγότερο πυκνοκατοικημένες με το χειρότερο. Έχουμε ήδη συζητήσει την παράλληλη λειτουργία διαφορετικών μηχανισμών και παραγόντων κινδύνου υγείας σε επίπεδο περιοχής βάσει του βαθμού αστικοποίησής τους. Η κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση θα μπορούσε να ισχύει κυρίως στο πλαίσιο μια κλιμακούμενης πρόσβασης σε ένα ισχυρό θεσμικό δίκτυο υγειονομικών και κοινωνικών υπηρεσιών ή, γενικότερα, σε

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

κοινωνικοοικονομικές ευκαιρίες υγείας. Παρόλα αυτά, παρατηρούνται αυξήσεις στη συνολική κοινωνικοοικονομική ανισότητα βάσει των δεικτών AGMD, RGMD και IDISP για τις περισσότερες εκβάσεις υγείας μεταξύ 2012-2014. Έπειτα, υπάρχουν σταθερές ανισότητες μεταξύ των αστικών και των αγροτικών περιοχών υπέρ των πρώτων ως προς τις εκβάσεις της εκτιμημένης ποσοτικής μεταβλητής υγείας, της πολύ κακής ή κακής κατάστασης υγείας και της παρουσίας περιορισμών στις καθημερινές δραστηριότητες, ενώ διαπιστώνεται υψηλή διακύμανση για τις υπόλοιπες μεταβλητές. Μάλιστα, οι ανισότητες διευρύνονται ακόμη περισσότερο, όταν γίνεται στάθμιση ως προς τον πληθυσμό στους δείκτες SII και RII. Οι προτυποποιημένοι δείκτες συγκεντρώσεως αυξάνονται και αυτοί σημαντικά κατά την περίοδο 2013-2014, ενώ στη συνέχεια παρουσιάζουν μια πτωτική τάση. Επίσης, οι ανισότητες είναι συνήθως μεγαλύτερες όταν αποδίδεται υψηλότερη βαρύτητα στο κάτω μέρος της κατανομής σε σχέση με την υψηλότερη συμμετρική στάθμιση και στα δύο άκρα της κατανομής.

Έπειτα, επιβεβαιώθηκε η κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση της υγείας σε σχέση με τις εισοδηματικές κατηγορίες για όλες τις εκβάσεις υγείας. Οι συνολικές εισοδηματικές ανισότητες βάσει των δεικτών AGMD, RGMD και IDISP μειώνονται απότομα το 2012, ενώ αυξάνονται τα δύο επόμενα έτη σε όλες τις περιπτώσεις, εκτός από τις δύο διωνυμικές μεταβλητές της αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας. Για όλες τις εκβάσεις παρατηρείται τάση συμπίεσης των συνολικών διαφορών υγείας μεταξύ των πεμπτημορίων εισοδήματος μετά το 2015. Οι αποκλίσεις στο μέσο επίπεδο υγείας μεταξύ της ανώτερης και της κατώτερης εισοδηματικής κατηγορίας αμβλύνονταν για την αυτοαξιολογούμενη υγεία (τις δύο διωνυμικές και την εκτιμημένη ποσοτική μεταβλητή), αυξάνονταν για τα χρόνια προβλήματα και σχημάτιζαν μια καμπύλη U για τη λειτουργική διάσταση της υγείας πριν την έναρξη της κρίσης. Έπειτα, για τις περισσότερες περιπτώσεις δεικτών, και ιδίως για τους SII και RII, παρατηρούμε μια τάση συμπίεσης αυτών των ανισοτήτων μεταξύ 2011-2012. Αυξητική πορεία διαπιστώνεται για τα έτη 2013-2014, ενώ οι εισοδηματικές ανισότητες υγείας τείνουν να μετριάζονται στη συνέχεια. Γενικότερα, οι εκτιμήσεις των διαφορών υγείας είναι υψηλότερες για τους δείκτες SII και RII, οι οποίοι σταθμίζουν ως προς το πληθυσμιακό μέγεθος και

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

την κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση. Οι δείκτες συγκεντρώσεως παρουσιάζουν σημαντικές διακυμάνσεις και δεν είναι εύκολη η εκμαίευση των συνολικών τάσεων. Πάντως, τα έτη 2011 και 2012, οπότε και καταγράφηκε η βαθύτερη ύφεση για την Ελλάδα, οι εισοδηματικές ανισότητες υγείας περιορίζονται. Είναι επίσης ενδιαφέρον πως η μείωση είναι ακόμη μεγαλύτερη στους δείκτες που δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στο κάτω μέρος της κατανομής. Αυτό μπορεί να σημαίνει υψηλότερες προοδευτικές μεταβιβάσεις υγείας στο κάτω μέρος της κοινωνικοοικονομικής κατανομής. Γενικότερα, και παρά τις αυξομειώσεις, αμφότερες οι απόλυτες και οι σχετικές ανισότητες μειώνονται συνολικά κατά την περίοδο της κρίσης. Όπως συζητήθηκε και στο πέμπτο κεφάλαιο, οι εισοδηματικές ανισότητες υγείας μπορεί να αμβλυνθούν λόγω μεταβολών στη σύνθεση των κοινωνικών ομάδων. Η καθοδική κοινωνική κινητικότητα μπορεί να οδηγήσει στη βελτίωση του μέσου επιπέδου υγείας στα χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα, τουλάχιστον βραχυπρόθεσμα.

Τα φτωχά άτομα συνδέονται σταθερά με χειρότερο μέσο επίπεδο υγείας σε σχέση με τα μη φτωχά. Κατά την περίοδο πριν το 2008, οι μεταβολές των ανισοτήτων μεταξύ των δύο ομάδων δεν ήταν ίδιες για όλες τις εκβάσεις. Έτσι, ενώ για την ποσοτική έκβαση υγείας και τη διωνυμική μεταβλητή της πολύ κακής υγείας μπορούμε να διακρίνουμε μια πτωτική πορεία, για τις μεταβλητές της πολύ κακής ή κακής υγείας και εκείνες που εξετάζουν τη λειτουργική διάσταση της υγείας παρατηρούμε μια τάση U και για τα χρόνια προβλήματα μια μάλλον αυξητική μεταβολή. Πάντως, και σε αυτήν την περίπτωση παρατηρούμε μια τάση μετριασμού των ανισοτήτων κατά τα έτη της βαθιάς ύφεσης, δηλαδή μεταξύ 2011-2012, ενώ το 2013, και σε μικρότερο βαθμό το 2014, διαπιστώνουμε μια διεύρυνσή τους. Τα τελευταία έτη της ανάλυσης, δηλαδή κατόπιν της έναρξης της επανάκαμψης για την ελληνική οικονομία, οι ανισότητες αρχίζουν πάλι να αμβλύνονται. Συνολικά, οι διάφορες αυξομειώσεις κατά τη διάρκεια της κρίσης καταλήγουν σε οριακά μικρότερες ανισότητες υγείας μεταξύ των φτωχών και των μη φτωχών ατόμων μετά το πέρας της ύφεσης. Είχαμε ήδη συζητήσει στο πέμπτο κεφάλαιο πως τα άτομα που φτωχοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της κρίσης περιλάμβαναν σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό άνεργων και σημαντικά μικρότερο ποσοστό συνταξιούχων σε σχέση με τους «παλαιούς φτωχούς» (Matsaganis, 2013·

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

Matsaganis και Leventi, 2014b· Matsaganis και Leventi, 2014a· Perez και Matsaganis, 2018). Για αυτό και οι τιμές των διαφορών υγείας είναι μικρότερες στους μη προτυποποιημένους πληθυσμούς από το 2012 και έπειτα.

Η κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση της υγείας τεκμηριώνεται και σε σχέση με τον αριθμό των υλικών αγαθών που στερούνται τα νοικοκυριά, καθώς η μείωση της υλικής αποστέρησης συνδέεται με αύξηση του μέσου επιπέδου υγείας. Οι διαφορές στο μέσο επίπεδο υγείας μεταξύ της υψηλότερης και της χαμηλότερης κοινωνικοοικονομικής βαθμίδας τείνουν να διευρύνονται κατά την περίοδο πριν την έναρξη της κρίσης, εκτός από την περίπτωση της πολύ κακής υγείας. Κατά τη διάρκεια της ύφεσης, τα χάσματα υγείας παρουσιάζουν σημαντικές αυξομειώσεις, οπότε δεν είναι εύκολη η εξαγωγή συμπερασμάτων. Φαίνεται, όμως, ότι οι διαφορές υγείας μειώθηκαν μεταξύ των δύο ακραίων ομάδων στο πλαίσιο της κρίσης, με την τάση αυτή να συνεχίζεται και στη συνέχεια. Οι συνολικές διαφορές υγείας μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών κατηγοριών βάσει των δεικτών AGMD, RGMD και IDISP επίσης προκύπτει να μειώνονται συνολικά κατά τη διάρκεια της κρίσης. Όλοι οι δείκτες συγκεντρώσεως δείχνουν μια τάση αντίστροφου U για την εξέλιξη των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά την περίοδο πριν το 2008 και σημαντική μείωσή τους κατά τη διάρκεια των ετών της πιο βαθιάς ύφεσης της οικονομίας. Μάλιστα, η μείωση των ανισοτήτων είναι ακόμη μεγαλύτερη σε υψηλότερες τιμές της αποστροφής για την ανισότητα. Μεταξύ 2014-2015, παρατηρείται εκ νέου όξυνση των ανισοτήτων, με την τάση να αντιστρέφεται πάλι στη συνέχεια.

Η σοβαρή υλική στέρηση αφορά σε περιπτώσεις όπου το άτομο ζει σε νοικοκυριό το οποίο στερείται τουλάχιστον τέσσερα από τα εννέα υλικά αγαθά που εξετάστηκαν και θεωρούνται κοινά του ευρωπαϊκού τρόπου ζωής. Τα άτομα που υφίστανται σοβαρή υλική στέρηση έχουν χειρότερο επίπεδο υγείας σε σχέση με εκείνα που δεν συνδέονται με τέτοιας έντασης οικονομικά προβλήματα. Επίσης, αν και διαπιστώνονται σημαντικές αυξομειώσεις μετά το 2008, οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας περιορίζονται συνολικά κατά τη διάρκεια της κρίσης. Και αυτή η περίπτωση θα μπορούσε να εξηγηθεί από την αιφνίδια καθοδική κοινωνική κινητικότητα κάποιων ατόμων και τη μετάβαση

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

τους στην ομάδα με σοβαρά προβλήματα υλικής στέρησης και χειρότερο μέσο επίπεδο υγείας.

Χαμηλής έντασης εργασίας νοικοκυριά είναι εκείνα που τα μέλη τους εργάστηκαν λιγότερο από το 20% των συνολικών θεωρητικών δυνατοτήτων τους για εργασία κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτους. Παρατηρούμε, λοιπόν, ότι τα άτομα που ζούσαν σε νοικοκυριά με χαμηλή ένταση εργασίας είχαν σταθερά χειρότερο επίπεδο υγείας σε σχέση τα υπόλοιπα άτομα κατά την περίοδο πριν το 2008. Από την έναρξη της κρίσης, οι ανισότητες άρχισαν να μειώνονται σε τέτοιο βαθμό, ώστε από ένα σημείο και έπειτα αντιστρέφονται για όλες τις εκβάσεις. Ίσως, τα αποτελέσματα των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων ως προς την ένταση της εργασίας του νοικοκυριού να είναι περισσότερο αντιπροσωπευτικά του αντικτύπου του μηχανισμού της καθοδικής κοινωνικής κινητικότητας, καθότι η ανεργία είχε εκτοξευτεί στο 27,5% το 2013, με την αποκλιμάκωση που ακολούθησε, και συνεχίζεται ακόμη, να είναι μια μακρόσυρτη διαδικασία.

Ένα άτομο βρίσκεται υπό κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού εφόσον το νοικοκυριό του είτε βρίσκεται υπό κίνδυνο φτώχειας είτε υφίσταται σοβαρή υλική στέρηση είτε χαρακτηρίζεται από χαμηλής έντασης εργασία. Διαπιστώνουμε, λοιπόν, ότι η ομάδα των ατόμων υπό τέτοιο κίνδυνο συνδέεται με χειρότερο μέσο επίπεδο υγείας για όλες τις εκβάσεις. Ωστόσο, οι διαφορές υγείας μεταξύ των δύο ομάδων αμβλύνονται σημαντικά κατά τη διάρκεια της κρίσης, ιδιαίτερα τα έτη της βαθιάς ύφεσης, ακολουθώντας την τάση των παράγωγων μεταβλητών αυτού του κοινωνικοοικονομικού δείκτη.

Όπως συζητήσαμε στο πέμπτο κεφάλαιο, λόγω αυξημένων οικονομικών δυσκολιών, μπορεί να αναγκάζονται κάποια νοικοκυριά να μετακομίζουν σε μικρότερες κατοικίες ή κάποια μέλη οικογενειών να μένουν μαζί, ενώ διαφορετικά δεν θα συγκατοικούσαν. Αυτό έχει ως συνέπεια ο χώρος της κατοικίας να μην είναι επαρκής, το οποίο επιτείνει τον κίνδυνο μετάδοσης μολυσματικών ασθενειών εντός του νοικοκυριού αλλά και το στρες των μελών του, εξαιτίας της έλλειψης ιδιωτικότητας (Burstrom κ.ά., 1999). Σύμφωνα με τα εμπειρικά αποτελέσματα του κεφαλαίου αυτού, τα άτομα που ζουν σε συνωστισμένες κατοικίες συνδέονται με περισσότερα προβλήματα υγείας σε σχέση με τα υπόλοιπα άτομα. Οι ανισότητες αυτές διευρύνονται κατά τα πρώτα

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

χρόνια της κρίσης, αλλά παρατηρείται συμπίεση των διαφορών υγείας κατά την περίοδο της βαθύτερης ύφεσης, με την πτωτική πορεία να συνεχίζεται με διακυμάνσεις μέχρι τέλος της περιόδου της ανάλυσης.

Ένα άτομο υφίσταται σοβαρά προβλήματα στέγασης εφόσον ζει σε υπερπλήρη κατοικία, η οποία ταυτόχρονα παρουσιάζει τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω προβλήματα: 1) υγρασία, 2) έλλειψη μπανιέρας, ντους ή εσωτερικής τουαλέτας και 3) είναι πολύ σκοτεινή. Διαπιστώνουμε, λοιπόν, ότι τα άτομα που αντιμετωπίζουν τέτοιου είδους προβλήματα στέγασης συνδέονται με χαμηλότερο επίπεδο υγείας. Είδαμε στο τέταρτο κεφάλαιο πως η ποιότητα της στέγασης αποτελεί τη βασική συνιστώσα του πλούτου των νοικοκυριών, καθώς και ότι οι κακές συνθήκες στέγασης μπορούν να λειτουργήσουν ως συγκεκριμένοι μηχανισμοί εκδήλωσης κάποιων ασθενειών (Galobardes κ.ά., 2006c· Benzval κ.ά., 2014). Οι ανισότητες μεταξύ των δύο ομάδων διευρύνονται κατά τη διάρκεια της ύφεσης, ιδίως στο διάστημα 2012-2014, ενώ στη συνέχεια σημειώνεται μια πτωτική τάση. Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα σοβαρά προβλήματα στέγασης είναι ο μόνος κοινωνικός δείκτης που παρατηρήσαμε να βελτιώνεται κατά τη διάρκεια της κρίσης. Συνεπώς, το μέγεθος της ομάδας με σοβαρή στέγηση μειώνεται σε αυτό το χρονικό διάστημα, με τα άτομα που παραμένουν σε αυτήν να είναι μάλλον εκείνα που συνδέονται με μεγαλύτερα οικονομικά προβλήματα και, κατ' επέκταση, χειρότερο επίπεδο υγείας.

Ο δείκτης της ύπαρξης δυσκολιών για το νοικοκυριό στην αντιμετώπιση των συνήθων αναγκών αποτελεί έναν γενικό δείκτη της κοινωνικοοικονομικής θέσης του και σχετίζεται ιδίως με τις οικονομικές πιέσεις και την υλική αποστέρηση. Όπως ήταν αναμενόμενο, τα μέλη νοικοκυριών που δεν αντιμετωπίζουν τέτοιες οικονομικές δυσκολίες έχουν υψηλότερο επίπεδο υγείας σε σχέση με εκείνα που υφίστανται τέτοια οικονομικά προβλήματα. Οι διαφορές υγείας μεταξύ των δύο ομάδων σε γενικές γραμμές μειώνονται κατά τα πρώτα χρόνια της κρίσης, αυξάνονται μεταξύ 2012-2014, ενώ μια τάση άμβλυνσής τους εκκινεί εκ νέου από το 2015.

Ένα άτομο θεωρείται ότι είναι υποκειμενικά φτωχό, εφόσον το συνολικό διαθέσιμο εισόδημα του νοικοκυριού του είναι μικρότερο από το ελάχιστο συνολικό διαθέσιμο εισόδημα που δηλώνει ότι θα έπρεπε να είχε για να

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

αντιμετωπίσει τις ανάγκες του. Παρατηρούμε ότι τα άτομα που είναι υποκειμενικά φτωχά συνδέονται με χαμηλότερο επίπεδο υγείας. Αν και το ποσοστό των ατόμων που είναι υποκειμενικά φτωχά αυξάνεται σταδιακά από το 2011 και έπειτα, η ομάδα αυτή δεν ξεπερνάει το 2,1% του συνολικού πληθυσμού. Το μικρό δείγμα σε συνδυασμό με τις αιφνίδιες κοινωνικοοικονομικές μεταβολές κατά τη διάρκεια της κρίσης είχε ως αποτέλεσμα να υπάρχει υψηλή διακύμανση ως προς τις ανισότητες υγείας. Ως εκ τούτου, είναι δυσχερής η εξαγωγή γενικών συμπερασμάτων. Πάντως, οι υψηλότερες τιμές κατά την περίοδο μετά την έναρξη της κρίσης καταγράφονται στο διάστημα 2010-2012.

Υψηλότερο ολοκληρωμένο επίπεδο εκπαίδευσης σχετίζεται σταθερά με καλύτερο μέσο επίπεδο υγείας, επιβεβαιώνοντας την κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση της υγείας σε σχέση με την εκπαίδευση. Οι διαφορές στο μέσο επίπεδο υγείας μεταξύ της υψηλότερης και της χαμηλότερης εκπαιδευτικής βαθμίδας αυξάνονται συνολικά κατά τη διάρκεια της κρίσης. Μια παροδική μείωση καταγράφεται μεταξύ 2011 και 2012, η οποία όμως δεν αντέστρεψε τη γενική τάση των εκπαιδευτικών ανισοτήτων υγείας. Πάντως, φαίνεται οι ανισότητες να μετριάζονται μετά το 2015 για όλες τις εκβάσεις υγείας. Αντίστοιχες μεταβολές παρατηρούμε και για τις συνολικές διαφορές υγείας μεταξύ των βαθμίδων εκπαίδευσης, όπως αυτές μετρούνται με τους δείκτες AGMD, RGMD και IDISP. Οι μεταβολές στις τιμές των δεικτών συγκεντρώσεως επίσης δείχνουν κάποια αύξηση των εκπαιδευτικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης, ιδίως για τις απόλυτες ανισότητες. Μάλιστα, η διεύρυνση των ανισοτήτων είναι ακόμη μεγαλύτερη σε υψηλότερες τιμές της αποστροφής για την ανισότητα. Επίσης, είναι ενδιαφέρον πως η κορύφωση των σχετικών ανισοτήτων καταγράφεται στο διάστημα 2010-2011, ενώ των απόλυτων σημειώνεται το 2014. Πάντως, παρατηρείται μια τάση άμβλυνσης των εκπαιδευτικών ανισοτήτων υγείας μετά το 2015.

Ως προς την κύρια ασχολία του πληθυσμού, είναι αξιοσημείωτο πως οι εργαζόμενοι πλήρους απασχόλησης διαθέτουν καλύτερο μέσο επίπεδο υγείας τόσο από τους ανέργους όσο και από τους εργαζόμενους μερικής απασχόλησης. Πέρα από το φαινόμενο του «υγιούς εργαζόμενου» (healthy worker effect), κατά το οποίο οι εργαζόμενοι τείνουν να έχουν λιγότερα

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

προβλήματα υγείας, λόγω του μηχανισμού της κοινωνικής επιλογής, η ανεργία –και σε μικρότερο βαθμό η υποαπασχόληση– συνδέεται με έλλειψη υλικών πόρων, κοινωνικό αποκλεισμό, απώλεια της αυτοεκτίμησης και στρες (Galobardes κ.ά., 2006a). Καθότι παρατηρείται σημαντική διακύμανση στις εκτιμήσεις, δεν είναι εύκολη η εξαγωγή γενικών συμπερασμάτων για την πορεία των ανισοτήτων υγείας μεταξύ των ομάδων. Πάντως, στις μη προτυποποιημένες κατανομές, οι διαφορές υγείας μεταξύ των εργαζομένων πλήρους απασχόλησης και των ανέργων περιορίζονται κατά τα πρώτα χρόνια της κρίσης, ενώ στη συνέχεια παρατηρείται κάποια αύξηση.

Τέλος, εξετάσαμε κάποιους δείκτες που εκφράζουν την ύπαρξη προβλημάτων (θορύβου, μόλυνσης, εγκληματικότητας) στην περιοχή κατοικίας του ατόμου. Οι παράγοντες αυτοί δρουν στο ευρύτερο κοινωνικοπολιτικό περιβάλλον και αφενός εκφράζουν τις δομικές ευκαιρίες υγείας στην περιοχή που διαμένει το άτομο –και εμμέσως το δικό του κοινωνικοοικονομικό επίπεδο– και αφετέρου την πιθανή έκθεση σε συγκεκριμένους κινδύνους υγείας (Macintyre κ.ά., 2002). Παρατηρούμε, λοιπόν, ότι τα άτομα που διαμένουν σε περιοχές χωρίς τέτοια προβλήματα έχουν υψηλότερο επίπεδο υγείας. Αυτές οι διαφορές μειώνονται στην αρχή της κρίσης, το οποίο μάλλον συνεχίζει μια προϋπάρχουσα τάση. Στη συνέχεια, όμως, σημειώνεται όξυνση των ανισοτήτων υγείας σε δύο φάσεις, δηλαδή μεταξύ 2011-2012 και 2014-2015, ενώ κατόπιν παρατηρείται μια τάση μετριασμού τους.

Συμπερασματικά, είναι δύσκολη η αποκρυστάλλωση των τάσεων των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας πριν την οικονομική κρίση, καθώς διαφέρουν ανάλογα με τον κάθε συνδυασμό κοινωνικοοικονομικού δείκτη και έκβασης υγείας. Στις περισσότερες περιπτώσεις, πάντως, φαίνεται ότι κατά τα τελευταία χρόνια πριν το 2008 υπήρχε μια τάση μείωσης των εισοδηματικών ανισοτήτων και επίτασης των εκπαιδευτικών. Κατά τη διάρκεια της κρίσης, οι περισσότερες κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας κατέγραψαν συνολικά άμβλυνση, ιδίως οι οικονομικές κατά τα έτη της βαθιάς ύφεσης. Εξαιρεση αποτελούν οι ανισότητες υγείας βάσει φύλου, βαθμού αστικοποίησης, βαθμίδας εκπαίδευσης και οι σχετιζόμενες με περιβαλλοντικά προβλήματα και σοβαρά προβλήματα στέγασης. Είχαμε συζητήσει στο πέμπτο κεφάλαιο ότι οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας μπορεί να μειωθούν κατά τη διάρκεια

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

μιας ύφεσης κυρίως λόγω του μηχανισμού οροφής/βάσης αλλά και της αλλαγής της σύνθεσης των κοινωνικών ομάδων εξαιτίας μιας καθοδικής κοινωνικής κινητικότητας. Ένα κοινό χαρακτηριστικό αυτών των κοινωνικοοικονομικών δεικτών συνιστά η ανελαστικότητα μετάβασης σε χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική κατηγορία σε περίπτωση αιφνίδιας κοινωνικοοικονομικής μεταβολής λόγω της κρίσης (π.χ. απώλεια εργασίας, πλούτου, εισοδήματος) (Bacigalupe και Escolar-Pujolar, 2014· Heggebø κ.ά., 2019). Έτσι, ένα άτομο που θα απωλέσει την εργασία του κατά τη διάρκεια της κρίσης είναι πιθανό να φτωχοποιηθεί, αλλά λιγότερο πιθανό να αλλάξει περιοχή κατοικίας και, φυσικά, αδύνατο να μειωθεί το εκπαιδευτικό επίπεδο του. Παρατηρούνται, ωστόσο, σημαντικές αυξομειώσεις κατά την περίοδο της κρίσης. Οι υψηλές διακυμάνσεις μπορεί να εκφράζουν σημαντικές και αιφνίδιες κοινωνικοοικονομικές ανακατατάξεις λόγω της ύφεσης, τις επιδράσεις των πολλών διαρθρωτικών μέτρων που εφαρμόστηκαν ή ένα συνδυασμό αυτών. Σε κάθε περίπτωση, είναι δύσκολος ο διαχωρισμός του υγειονομικού αντικτύπου τους αλλά και των συνεπειών τους στις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας. Πάντως, είναι αξιοσημείωτο πως ακόμη και κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας που σημειώνουν διεύρυνση κατά τη διάρκεια της κρίσης, όπως είναι οι εκπαιδευτικές ανισότητες υγείας, παρόλα αυτά παρουσιάζουν μια, έστω παροδική, μείωση κατά τα έτη 2011-2012. Τέλος, οι περισσότερες κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας τείνουν να αμβλύνονται μετά το 2015, με το έτος αυτό να σηματοδοτεί σε γενικές γραμμές και τη λήξη της περιόδου της οικονομικής κρίσης.

Επίσης, η προτυποποίηση των μέτρων ανισότητας μπορεί να περιορίζει τη συγχυτική επίδραση της δημογραφικής γήρανσης. Ωστόσο, στις περιπτώσεις όπου η καθοδική κοινωνική κινητικότητα συμπεριλαμβάνει μεγαλύτερο ποσοστό νέων, τα μέτρα αυτά καταλήγουν σε υψηλότερες εκτιμήσεις για το μέγεθος των ανισοτήτων από ό,τι τα μη προτυποποιημένα μέτρα. Το αντίθετο ισχύει όταν η καθοδική κοινωνική κινητικότητα συνδέεται περισσότερο με μεγαλύτερης ηλικίας άτομα. Πάντως, η προτυποποίηση θα μπορούσε να μην αποτελεί μια επιθυμητή διαδικασία κατά τη μέτρηση των ανισοτήτων υγείας. Αυτό δεν αφορά μόνο στην περίπτωση όπου μας ενδιαφέρουν οι πραγματικές κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στον πληθυσμό,

Η εξέλιξη των ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης

συμπεριλαμβανομένης της επίπτωσης της καθοδικής κοινωνικής κινητικότητας και όχι το αντιπαράδειγμα της υποθετικής περίπτωσης (counterfactual), όπου οι δημογραφικοί παράγοντες δεν έχουν κάποιο αντίκτυπο. Ακόμη περισσότερο, και όπως είδαμε στο δεύτερο κεφάλαιο, η υποκείμενη σύλληψη της κοινωνικής δικαιοσύνης καθορίζει αν είναι απαραίτητη ή όχι η προτυποποίηση, καθώς και ως προς ποιους παράγοντες. Η ηλικία και το φύλο μπορεί να θεωρούνται δημογραφικοί παράγοντες, ωστόσο, διαπιστώσαμε στο τέταρτο κεφάλαιο πως και οι δύο μπορεί να συνδέονται με σημαντικές διακρίσεις που περιορίζουν τις ευκαιρίες για την πλήρη αξιοποίηση του δυναμικού της υγείας των ατόμων. Συνεπώς, δεν μπορούμε να θεωρήσουμε αυτονόητη την ανάγκη προτυποποίησης των μέτρων ανισότητας, όταν αξιολογούμε την εξέλιξη των ανισοτήτων υγείας στον χρόνο.

Τέλος, είναι σημαντικό πως δεν διαπιστώσαμε συστηματικές διαφοροποιήσεις ως προς τα ευρήματα των δεικτών των απόλυτων και των σχετικών ανισοτήτων υγείας, οι οποίες ακολουθούν παρόμοιας κατεύθυνσης μεταβολές κατά τη διάρκεια της κρίσης.

8. Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

8.1. Εισαγωγή

Στο προηγούμενο κεφάλαιο εξετάστηκε η εξέλιξη των ανισοτήτων υγείας κατά την περίοδο 2003-2017 με τη χρήση πολλαπλών μέτρων ανισότητας, κοινωνικοοικονομικών δεικτών και εκβάσεων υγείας. Διαπιστώσαμε, λοιπόν, ότι το μέγεθος των ανισοτήτων υγείας αλλά και η εξέλιξη αυτού στον χρόνο δεν ήταν πάντοτε ίδιες, αλλά υπάρχουν διαφοροποιήσεις που σχετίζονται με τον συγκεκριμένο συνδυασμό μέτρου ανισότητας, κοινωνικοοικονομικού δείκτη και έκβασης υγείας. Συνεπώς, δεν είναι πάντοτε εύκολη η αποκρυστάλλωση των τάσεων. Ωστόσο, σε γενικές γραμμές, παρατηρείται μια τάση άμβλυνσης των εισοδηματικών ανισοτήτων υγείας και επίταξης των εκπαιδευτικών κατά τα τελευταία χρόνια πριν το 2008. Επιπλέον, για τις περισσότερες κοινωνικοοικονομικές ανισότητες, ιδίως τις οικονομικές, καταγράφεται μια περαιτέρω άμβλυνσή τους κατά τη διάρκεια της κρίσης, ιδίως κατά την περίοδο της βαθιάς ύφεσης, με την τάση αυτή να αντιστρέφεται στη συνέχεια. Πάντως, κάποιες κοινωνικοοικονομικές ανισότητες, όπως είναι οι εκπαιδευτικές, κατέγραψαν αύξηση συνολικά κατά τη διάρκεια της κρίσης. Ένα κοινό χαρακτηριστικό που παρατηρήσαμε για αυτές τις ανισότητες είναι ότι βασίζονται σε κοινωνικοοικονομικές κατηγοριοποιήσεις, για τις οποίες είναι δύσκολη ή και αδύνατη η καθοδική κοινωνική κινητικότητα λόγω των αιφνίδιων κοινωνικοοικονομικών επιπτώσεων της κρίσης.

Η διερεύνηση των μεταβολών στις (κοινωνικοοικονομικές) ανισότητες υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης κάλυψε ένα κενό της βιβλιογραφίας, καθότι είχε διαπιστωθεί πως, αν και υπήρχαν αρκετές μελέτες της επίπτωσης της οικονομικής κρίσης στην υγεία στον ελληνικό πληθυσμό, δεν είχαν αναλυθεί αντίστοιχα διεξοδικά και οι ανισότητες στην υγεία. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια σημαντικό επιστημονικό ενδιαφέρον συγκεντρώνει όχι μόνο η μέτρηση των ανισοτήτων υγείας, αλλά και η κατανόηση των πηγών τους. Συγκεκριμένα, διερευνώνται οι παράγοντες της ανισότητας ή ανισοτιμίας υγείας σε έναν πληθυσμό σε μια ορισμένη χρονική στιγμή αλλά και οι παράγοντες των διαφορών στις ανισότητες υγείας μεταξύ πληθυσμών ή και των μεταβολών τους

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

στον χρόνο (O'Donnell κ.ά., 2012). Οι μελέτες που έχουν γενικότερα εξετάσει τις πηγές των ανισοτήτων υγείας στην Ελλάδα είναι λίγες (Νικόλαου και Νικόλαου, 2009· Chantzaras και Yfantopoulos, 2018b), ενώ σε κάποιες περιπτώσεις η Ελλάδα συμπεριλαμβάνεται στην ανάλυση των ανισοτήτων υγείας για περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες (Bricard κ.ά., 2013· Coveney κ.ά., 2020). Ωστόσο, οι παράγοντες των μεταβολών των ανισοτήτων υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης δεν έχουν ακόμη μελετηθεί.

Έχουμε ήδη συζητήσει πως η μέτρηση των ανισοτήτων υγείας στηρίζεται ρητά ή άρρητα σε συγκεκριμένες αξιολογικές θέσεις (Harper κ.ά., 2010· Harper και Lynch, 2017). Συνεπώς, ανάλογα με τις υποκείμενες κανονιστικές θέσεις, θα μπορούσε να εξεταστούν διαφορετικές διαστάσεις αυτών των ανισοτήτων. Μια βασική επιλογή σχετίζεται με το αν θα αναλυθούν οι συνολικές ή οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας. Στην πρώτη περίπτωση αποφεύγεται η εμβάθυνση στα αίτια των ανισοτήτων υγείας, ενώ στη δεύτερη αναλύονται οι συστηματικές διαφοροποιήσεις υγείας μεταξύ πληθυσμιακών ομάδων, οι οποίες διαμορφώνονται βάσει κοινωνικοοικονομικών κατηγοριοποιήσεων πολιτικού ενδιαφέροντος. Στο κεφάλαιο όπου αναλύθηκαν οι θεωρίες κοινωνικής δικαιοσύνης στην υγείας διαπιστώσαμε ότι οι περισσότερες συλλήψεις εντοπίζουν κάποια εγγενής αδικία στις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας, την οποία βέβαια την τεκμηριώνουν με διαφορετικό τρόπο.

Σκοπός αυτού του κεφαλαίου είναι η διερεύνηση των πηγών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας στην Ελλάδα αλλά και των παραγόντων των μεταβολών τους κατά τη διάρκεια της κρίσης. Η ενότητα που ακολουθεί περιγράφει τις μεταβλητές και τη στατιστική προσέγγιση της ανάλυσης. Στη συνέχεια παρατίθενται τα αποτελέσματα, τα οποία διαχωρίζονται σε σχέση με το είδος των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων που εξετάζονται. Το κεφάλαιο καταλήγει με κάποια συζήτηση και τα συμπεράσματα των αποτελεσμάτων της εμπειρικής ανάλυσης.

8.2. Μεθοδολογία

8.2.1. Στατιστικό υλικό

Όπως και στο προηγούμενο κεφάλαιο, έτσι και σε αυτό χρησιμοποιήθηκαν τα ανωνυμοποιημένα μικροδεδομένα των βάσεων δεδομένων της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης (EU-SILC). Συνεπώς, δεν θα υπάρξει επανάληψη της περιγραφής τους, αλλά παραπέμπουμε στη σχετική ενότητα του προηγούμενου κεφαλαίου.

8.2.2. Στατιστική ανάλυση

Οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας θα διερευνηθούν ως προς τις εκβάσεις υγείας που αναφέρονται στον παρακάτω πίνακα (**Πίνακας 8-1**). Ειδικότερα, θα εξεταστούν οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας σε σχέση με την εκτιμημένη, ποσοτική μεταβλητή της αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας, τη διωνυμική μεταβλητή της παρουσίας πολύ κακής ή κακής αυτοαξιολογούμενης υγείας, τη διωνυμική μεταβλητή της ύπαρξης χρόνιων προβλημάτων υγείας και την παρουσία σοβαρών περιορισμών στις καθημερινές δραστηριότητες λόγω προβλημάτων υγείας. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι επιλέχθηκε η «κακή υγεία» ως σημείο διχοτόμησης της ιεραρχικής έκβασης της αυτοαξιολογούμενης υγείας, προκειμένου τα υποδείγματα να είναι πιο σταθερά.

Πίνακας 8-1 Εκβάσεις υγείας που χρησιμοποιήθηκαν για τη μετρηση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

Έκβαση υγείας	Κλίμακα μέτρησης	Περιγραφή μεταβλητής
Αυτοαξιολογούμενη κατάσταση γενικής υγείας	Ποσοτική, συνεχής (εκτιμημένες τιμές παλινδρόμησης διαστημάτων)	$h \in R \mid 0 \leq h \leq 100$
	Διωνυμική	0 = Πολύ καλή/καλή/μέτρια 1 = Κακή/πολύ κακή
Χρόνιο πρόβλημα υγείας	Διωνυμική	0 = Όχι 1 = Ναι
Περιορισμός καθημερινών δραστηριοτήτων λόγω προβλήματος υγείας	Διωνυμική	0 = Όχι/Ναι 1 = Ναι, πάρα πολύ

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Η δεύτερη επιλογή για τη διαμόρφωση της στατιστικής προσέγγισης αφορά στον τρόπο μέτρησης των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας. Οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας θα μετρηθούν με τη χρήση του δείκτη συγκέντρωσης. Πολύ συνοπτικά, καθότι υπήρξε διεξοδική ανάλυση στο έκτο κεφάλαιο, ο CI βασίζεται στη διμετάβλητη κατανομή μιας μεταβλητής υγείας και ενός κοινωνικοοικονομικού δείκτη, ο οποίος προσεγγίζεται τουλάχιστον στην ιεραρχική κλίμακα μέτρησης. Ο CI αποτελεί ένα μέτρο της σχετικής κοινωνικοοικονομικής ανισότητας στην υγεία, το οποίο προκύπτει από την καμπύλη συγκέντρωσης. Ο CI ορίζεται ως το διπλάσιο της περιοχής κάτω από τη διαγώνιο και πάνω από την καμπύλη συγκέντρωσης, από το οποίο αφαιρείται το διπλάσιο της περιοχής πάνω από τη διαγώνιο και κάτω από την καμπύλη συγκέντρωσης. Συνεπώς, η τιμή του CI διακυμαίνεται μεταξύ -1 και 1. Όσο μεγαλύτερη είναι η τιμή του δείκτη σε απόλυτους όρους, τόσο μεγαλύτερη είναι και η συγκέντρωση της έκβασης υγείας σε κάποιο μέρος του πληθυσμού. Στην περίπτωση όπου δεν υπάρχει κοινωνικοοικονομική ανισότητα υγείας, ο CI ισούται με 0. Αρνητικές τιμές σημαίνει ότι η έκβαση υγείας είναι περισσότερο συγκεντρωμένη στο κάτω τμήμα της διατακτικής κοινωνικοοικονομικής μεταβλητής (στους φτωχότερους, εάν εξετάζουμε τις εισοδηματικές ανισότητες), ενώ θετικές τιμές υποδηλώνουν ότι η έκβαση υγείας είναι περισσότερο συγκεντρωμένη στο πάνω τμήμα (στους πλουσιότερους, εάν εξετάζουμε τις εισοδηματικές ανισότητες) (Kjellsson και Gerdtham, 2014).

Σε ένα πεπερασμένο δείγμα, ο CI μπορεί να υπολογιστεί ως εξής (Kjellsson και Gerdtham, 2014):

$$CI(h) = \frac{1}{n\mu} \sum_{i=1}^n [h_i(2R_i - 1)] \quad (8.1)$$

Όπου $R_i = n^{-1}(i - 0,5)$ αποτελεί την κλασματική κοινωνικοοικονομική κατάταξη του ατόμου.

Ωστόσο, ο CI εφαρμόζεται για αναλογικές εκβάσεις υγείας χωρίς όρια. Στην περίπτωση της εφαρμογής διωνυμικών εκβάσεων υγείας, η τιμή του CI εξαρτάται από τον επιπολασμό της μεταβλητής στον πληθυσμό, το οποίο καθιστά προβληματική τη σύγκριση μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών ή εκβάσεων. Παράλληλα, οι διωνυμικές μεταβλητές υγείας μπορούν να προσεγγισθούν είτε ως θετικές είτε ως αρνητικές εκβάσεις, με τη συγκεκριμένη

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

επιλογή να επηρεάζει την εκτίμηση των ανισοτήτων υγείας (Kjellsson και Gerdtham, 2014). Για την ικανοποίηση της αντανακλαστικής αρχής, ο Erreygers (2009b) πρότεινε την παρακάτω διόρθωση του CI για μεταβλητές με όρια:

$$E(h) = \frac{4}{(h_{max}-h_{min})} \mu CI = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n \left[\frac{4h_i}{(h_{max}-h_{min})} (2R_i - 1) \right] \quad (8.2)$$

Όπου h_{max} και h_{min} είναι το άνω και το κάτω όριο, αντίστοιχα, της έκβασης υγείας. Ειδικά για τις διωνυμικές εκβάσεις, ισχύει:

$$E(h) = 4\mu CI = 4GCI = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n \left[\frac{4h_i}{(h_{max}-h_{min})} (2R_i - 1) \right] \quad (8.3)$$

Συνεπώς, για την ποσοτική έκβαση υγείας θα χρησιμοποιήσουμε τον CI και για τις διωνυμικές μεταβλητές υγείας τον E .

Οι Wagstaff κ.ά. (2003) έδειξαν πως μπορούν να διερευνηθούν οι παράγοντες των εισοδηματικών (και κατ' επέκταση και των εκπαιδευτικών) ανισοτήτων υγείας μέσω της ανάλυσης παραγόντων (decomposition analysis) του CI (και κατ' επέκταση και του E). Έτσι, έστω ένα γραμμικό αθροιστικό υπόδειγμα παλινδρόμησης μιας έκβασης υγείας h με ένα σύνολο k προσδιοριστικών μεταβλητών x , όπως το παρακάτω (Wagstaff κ.ά., 2003· O'Donnell κ.ά., 2008· O'Donnell κ.ά., 2012):

$$h = a + \sum_k \beta_k x_k + \varepsilon \quad (8.4)$$

Όπου β_k είναι ο συντελεστής του ερμηνευτικού παράγοντα x_k και ε το σφάλμα. Ο δείκτης συγκέντρωσης CI μπορεί να ορισθεί ως το άθροισμα των απόλυτων συμβολών των προσδιοριστικών παραγόντων του, όπου η κάθε απόλυτη συμβολή ισούται με το γινόμενο της ελαστικότητας της έκβασης υγείας σε σχέση με τον κάθε παράγοντα με τον βαθμό της άνισης κατανομής αυτού του παράγοντα στον πληθυσμό:

$$CI = \sum_k \left(\frac{\beta_k \bar{x}_k}{\mu} \right) CI_k + \frac{GCI_\varepsilon}{\mu} \quad (8.5)$$

Όπου μ είναι ο αριθμητικός μέσος της έκβασης υγείας h , \bar{x}_k είναι ο αριθμητικός μέσος του παράγοντα x_k , CI_k είναι ο δείκτης συγκέντρωσης για τον παράγοντα x_k και GCI_ε είναι ο γενικευμένος δείκτης συγκέντρωσης για το σφάλμα ε . Ο πρώτος όρος αυτής της εξίσωσης αποτελεί την ντετερμινιστική συνιστώσα και ισούται με το σταθμισμένο άθροισμα των δεικτών συγκέντρωσης των ερμηνευτικών παραγόντων, όπου η στάθμιση για κάθε

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

παράγοντα x_k είναι η ελαστικότητα της έκβασης υγείας h σε σχέση με τον παράγοντα x_k ($\eta_k = \frac{\beta_k \bar{x}_k}{\mu}$). Το κατάλοιπο του τελευταίου όρου της εξίσωσης αποτελεί το τμήμα της κοινωνικοοικονομικής ανισότητας στην υγεία που δεν μπορεί να εξηγηθεί από τη συστηματική διακύμανση των ερμηνευτικών μεταβλητών. Συνεπώς, όσο μικρότερη είναι η συμβολή του, τόσο καλύτερα προσδιορισμένο είναι το υπόδειγμα.

Για τις διωνυμικές εκβάσεις υγείας, η συνάρτησή τους με τις ερμηνευτικές μεταβλητές είναι μη γραμμική (non-linear). Σε αυτήν την περίπτωση, η ανάλυση παραγόντων του CI είναι δυνατή με τη γραμμική προσέγγιση της μη γραμμικής συνάρτησης της διωνυμικής έκβασης υγείας με τις ερμηνευτικές μεταβλητές, εφαρμόζοντας ένα probit υπόδειγμα και τη μέθοδο της μέγιστης πιθανοφάνειας (maximum likelihood) για την εκτίμηση των οριακών επιδράσεων (marginal effects) των παραγόντων (van Doorslaer κ.ά., 2004):

$$CI = \sum_k \left(\frac{\beta_k^m \bar{x}_k}{\mu} \right) CI_k + \frac{GCI_\varepsilon}{\mu} \quad (8.6)$$

Όπου β_k^m είναι η οριακή επίδραση (dy/dx_k) του παράγοντα x_k , υπολογισμένη στον αριθμητικό μέσο των υπόλοιπων μεταβλητών. Στην περίπτωση των διωνυμικών εκβάσεων υγείας, εφαρμόζουμε, λοιπόν την ανάλυση παραγόντων μη γραμμικών υποδειγμάτων στον E^{296} ως εξής (Chantzaras και Yfantopoulos, 2018b· Rizal και van Doorslaer, 2019):

$$E = 4\mu \left[\sum_k \left(\frac{\beta_k^m \bar{x}_k}{\mu} \right) CI_k + \frac{GCI_\varepsilon}{\mu} \right] = \sum_k \beta_k^m E_k + 4GCI_\varepsilon \quad (8.7)$$

Είναι επίσης δυνατή η εφαρμογή μιας Oaxaca τύπου ανάλυσης παραγόντων για τη διερεύνηση των πηγών των διαφορών στην κοινωνικοοικονομική ανισότητα υγείας μεταξύ δύο χρονικών σημείων (ή και δύο πληθυσμών) (Wagstaff κ.ά., 2003· O'Donnell κ.ά., 2008· O'Donnell κ.ά., 2012)

$$\Delta CI = \sum_k \eta_{kt} (CI_{kt} - CI_{kt-1}) + \sum_k CI_{kt-1} (\eta_{kt} - \eta_{kt-1}) + \Delta \left(\frac{GCI_{\varepsilon t}}{\mu_t} \right) \quad (8.8)$$

²⁹⁶ Πάντως, θα πρέπει να επισημανθεί ότι η σχετική συμβολή του κάθε παράγοντα θα ήταν ίδια, ακόμη και αν εφαρμόζοταν ο CI (Chantzaras και Yfantopoulos, 2018b).

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Όπου t υποδηλώνει τη χρονική περίοδο, Δ τις πρώτες διαφορές και $\eta_k = \frac{\beta_k \bar{x}_k}{\mu}$. Στην παραπάνω συνάρτηση σταθμίζουμε τις διαφορές στους δείκτες συγκέντρωσης των ερμηνευτικών μεταβλητών μεταξύ των δύο περιόδων με την ελαστικότητα της δεύτερης περιόδου και τις διαφορές στις ελαστικότητες μεταξύ των δύο περιόδων με τον δείκτη συγκέντρωσης της πρώτης περιόδου. Εναλλακτικά, θα μπορούσαμε να σταθμίσουμε τις διαφορές στους δείκτες συγκέντρωσης των ερμηνευτικών μεταβλητών μεταξύ των δύο περιόδων με την ελαστικότητα της πρώτης περιόδου και τις διαφορές στις ελαστικότητες μεταξύ των δύο περιόδων με τον δείκτη συγκέντρωσης της δεύτερης περιόδου:

$$\Delta CI = \sum_k \eta_{kt-1} (CI_{kt} - CI_{kt-1}) + \sum_k CI_{kt} (\eta_{kt} - \eta_{kt-1}) + \Delta \left(\frac{GCI_{\epsilon t}}{\mu_t} \right) \quad (8.9)$$

Η παραπάνω ανάλυση παραγόντων επιτρέπει τη διερεύνηση των μεταβολών στην κοινωνικοοικονομική ανισότητα υγείας σε μεταβολές στην κατανομή των ερμηνευτικών παραγόντων και σε μεταβολές στις ελαστικότητες της έκβασης υγείας σε σχέση με αυτούς τους παράγοντες.

Αντίστοιχα, η ανάλυση παραγόντων των μεταβολών στον δείκτη E μεταξύ δύο περιόδων ορίζεται ως εξής:

$$\Delta E = \sum_k \beta_{kt}^m (E_{kt} - E_{kt-1}) + \sum_k E_{kt-1} (\beta_{kt}^m - \beta_{kt-1}^m) + 4\Delta GCI_{\epsilon t} \quad (8.10)$$

Και:

$$\Delta E = \sum_k \beta_{kt-1}^m (E_{kt} - E_{kt-1}) + \sum_k E_k (\beta_{kt}^m - \beta_{kt-1}^m) + 4\Delta GCI_{\epsilon t} \quad (8.11)$$

Τρία ακόμη ζητήματα που σχετίζονται με τη στατιστική ανάλυση αφορούν στην επιλογή α) της μεταβλητής της κοινωνικοοικονομικής κατάταξης του πληθυσμού, β) των μεταβλητών που θα χρησιμοποιηθούν ως ερμηνευτικοί παράγοντες και γ) στις περιόδους για τις οποίες θα διερευνηθούν οι μεταβολές στις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας.

Ως προς το πρώτο ζήτημα, βάσει της ανάλυσης του προηγούμενου κεφαλαίου, διαπιστώσαμε ότι τα ευρήματα των συντελεστών συγκέντρωσης διαφέρουν σε σχέση με τη συγκεκριμένη μεταβλητή κοινωνικοοικονομικής κατάταξης που χρησιμοποιείται (O'Donnell κ.ά., 2008). Η μεταβλητή αυτή προσδιορίζει τη θέση του κάθε ατόμου στην κοινωνική ιεραρχία και συνδέεται με τη διαφοροποιημένη πρόσβαση σε πραγματικούς ή δυνητικούς επιθυμητούς

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

πόρους ή συνθήκες διαβίωσης (Oakes και Rossi, 2003). Συνεπώς, κάθε μεταβλητή διαμορφώνει μια διαφορετική κοινωνικοοικονομική κατάταξη και σχετίζεται με διαφορετικούς αιτιώδεις μηχανισμούς. Για αυτόν τον λόγο επιλέξαμε να εξετάσουμε τόσο τις εισοδηματικές όσο και τις εκπαιδευτικές ανισότητες υγείας. Μια βασική διαφορά τους είναι ότι οι πρώτες υπόκεινται στις επιπτώσεις της καθοδικής (ή και ανοδικής σε κάποιες περιπτώσεις) κοινωνικής κινητικότητας, ένα φαινόμενο που είναι σύνηθες στο πλαίσιο μιας οικονομικής κρίσης, η οποία συνδέεται με αιφνίδιες αρνητικές κοινωνικοοικονομικές μεταβολές. Αντίθετα, οι εκπαιδευτικές ανισότητες εξ ορισμού δεν επηρεάζονται από αυτό το φαινόμενο, αλλά ούτε και από την καθοδική κοινωνική κινητικότητα λόγω προβλημάτων υγείας (Heggebø κ.ά., 2019).

Αναφορικά με την επιλογή των ερμηνευτικών μεταβλητών της ανάλυσης παραγόντων, στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάστηκε ένα ολοκληρωμένο υπόδειγμα των μηχανισμών διαμέσου των οποίων η οικονομική κρίση μπορεί να έχει επηρεάσει την υγεία και τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας στον πληθυσμό. Καθότι πρόκειται για ένα αναλυτικό υπόδειγμα, δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα για όλους τους παράγοντες και μηχανισμούς που αναλύθηκαν. Ωστόσο, η έρευνα EU-SILC συλλέγει δεδομένα για αρκετές κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές, οι οποίες επηρεάζουν την υγεία σε διαφορετικά επίπεδα. Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι ανεξάρτητες μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση παραγόντων (**Πίνακας 8-2**). Τις μεταβλητές αυτές μπορούμε να τις διαχωρίσουμε σε δημογραφικές (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση και υπηκοότητα), ατομικές κοινωνικοοικονομικές (επίπεδο εκπαίδευσης, κύρια ασχολία, χαμηλή ένταση εργασίας στο νοικοκυριό, εισοδηματικό πεμπτημόριο, σοβαρή υλική στέρηση και σοβαρά προβλήματα στέγασης), περιοχής κατοικίας (Περιφέρεια κατοικίας, και βαθμός πυκνότητας πληθυσμού) και προβλήματα γειτονιάς (θόρυβος, ακαθαρσίες ή μόλυνση και βανδαλισμοί ή εγκληματικότητα).

Πίνακας 8-2 Περιγραφή των ανεξάρτητων μεταβλητών της ανάλυσης παραγόντων των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

Μεταβλητή	Τιμές	Περιγραφή
Ηλικία	1 = 16-24 ετών 2 = 25-44 ετών 3 = 45-64 ετών	Ηλικία ατόμου σε έτη κατά την ημέρα της συνέντευξης

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

	4 = 65 ετών και άνω	
Φύλο	1 = Άνδρας 2 = Γυναίκα	Φύλο ατόμου
Οικογενειακή κατάσταση	1 = Άγαμος/η 2 = Έγγαμος/η 3 = Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η	Οικογενειακή κατάσταση ατόμου
Υπηκοότητα	1 = Ελληνική 2 = Άλλης Ε.Ε. χώρας 3 = Άλλης χώρας	Πρώτη υπηκοότητα ατόμου
Επίπεδο εκπαίδευσης	1 = Δημοτικό ή χαμηλότερα 2 = Γυμνάσιο 3 = Λύκειο/ΤΕ.Ε., ΙΕΚ 4 = ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	Υψηλότερο ολοκληρωμένο επίπεδο εκπαίδευσης βάσει ISCED για το άτομο
Κύρια ασχολία	1 = Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση 2 = Εργαζόμενος με μερική απασχόληση 3 = Άνεργος/η 4 = Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης 5 = Συνταξιούχος 6 = Ανάπηρος/η 7 = Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	(αυτο-αναφερόμενη) Τρέχουσα κύρια ασχολία του ατόμου
Χαμηλή ένταση εργασίας	0 = Όχι 1 = Ναι	Χαμηλής έντασης εργασίας νοικοκυριά είναι εκείνα που τα μέλη τους εργάστηκαν λιγότερο από το 20% των συνολικών θεωρητικών δυνατοτήτων τους για εργασία κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτους
Πεμπτημόρια εισοδήματος	1 = 0-7.392,55 € 2 = 7.392,55-10.683,90 € 3 = 10.683,91-14.056,98 € 4 = 14.056,98-19.252,42 € 5 = ≥ 19.252,43 €	Πεμπτημόρια αποπληθωρισμένου (έτος βάσης το 2017) ισοδύναμου διαθέσιμου εισοδήματος του νοικοκυριού μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις, έχοντας ως σταθερή βάση για την κατηγοριοποίηση την κατανομή του 2008
Σοβαρή υλική στέρηση	0 = Όχι 1 = Ναι	Ένα άτομο υφίσταται σοβαρή υλική στέρηση, εφόσον υπάρχει αναγκαστική αδυναμία πληρωμής για τουλάχιστον 4 από τα παρακάτω 9 υλικά αγαθά: 1) εμπρόθεσμη εξόφληση ενοικίου ή πάγιων λογαριασμών κοινής ωφέλειας ή δόσεων πιστωτικών καρτών ή άλλου δανείου, 2) επαρκή θέρμανση κατοικίας, 3) ανταπόκριση σε αιφνίδιες δαπάνες, 4) κατανάλωση κρέατος, ψαριού ή τροφής με ισοδύναμο πρωτεΐνης κάθε δεύτερη ημέρα, 5) μια εβδομάδα διακοπών μακριά από την κατοικία, 6) αυτοκίνητο· 7) πλυντήριο, 8) έγχρωμη τηλεόραση και 9) τηλέφωνο
Σοβαρή στέρηση στέγασης	0 = Όχι 1 = Ναι	Ένα άτομο υφίσταται σοβαρή στέρηση στέγασης εφόσον ζει σε υπερπλήρη κατοικία, η οποία ταυτόχρονα παρουσιάζει τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω προβλήματα: 1) υγρασία, 2) έλλειψη μπανιέρας, ντους ή εσωτερικής τουαλέτας και 3) πολύ σκοτεινή

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Περιφέρεια κατοικίας	1 = Βόρεια Ελλάδα 2 = Κεντρική Ελλάδα 3 = Αττική 4 = Νησιά Αιγαίου, Κρήτη	NUTS 1 περιφέρεια κατοικίας του νοικοκυριού
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού	1 = Πυκνοκατοικημένη περιοχή 2 = Μέσης πυκνότητας περιοχή 3 = Αραιοκατοικημένη περιοχή	Βαθμός αστικοποίησης της περιοχής κατοικίας του νοικοκυριού
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά	0 = Όχι 1 = Ναι	Αν η κατοικία του νοικοκυριού αντιμετωπίζει προβλήματα θορύβου από τους γείτονες ή από τον δρόμο (π.χ. συγκοινωνία, βιομηχανία).
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά	0 = Όχι 1 = Ναι	Αν η κατοικία του νοικοκυριού αντιμετωπίζει προβλήματα περιβαλλοντικά από τη βιομηχανία ή την κυκλοφορία των αυτοκινήτων (π.χ. μόλυνση, νέφος)
Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά	0 = Όχι 1 = Ναι	Αν η κατοικία του νοικοκυριού αντιμετωπίζει προβλήματα περιβαλλοντικά από βανδαλισμούς και εγκληματικότητα

Ως προς το ζήτημα της επιλογής των περιόδων της ανάλυσης, από τα ευρήματα του προηγούμενου κεφαλαίου και την εξέλιξη των βασικών μακροοικονομικών δεικτών μπορούμε να διακρίνουμε τρεις βασικές περιόδους ενδιαφέροντος: α) τα τελευταία χρόνια πριν την έναρξη της κρίσης, β) το χρονικό διάστημα της βαθιάς ύφεσης (2008-2012) και γ) τα τελευταία χρόνια της κρίσης, κατά τα οποία η οικονομία αρχίζει να σταθεροποιείται (2012-2015). Ως εκ τούτου, επιλέξαμε να διερευνήσουμε τους παράγοντες των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας για τις περιόδους 2005-2008, 2008-2012 και 2012-2015.

Τέλος, θα πρέπει να επισημανθεί ότι στη στατιστική ανάλυση λήφθηκε υπόψη ο σχεδιασμός της δειγματοληψίας (στάδια, στρώματα, αναγωγικός συντελεστής). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε στο $\alpha = 5\%$ (αν και παρουσιάζονται τα αποτελέσματα και για άλλα επίπεδα), και οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με το Stata v.14.2 με κώδικα που ανέπτυξε ειδικά ο ερευνητής της διατριβής.

8.3. Αποτελέσματα

8.3.1. Περιγραφικά στατιστικά

Στο προηγούμενο κεφάλαιο είχαν παρουσιαστεί αναλυτικά τα περιγραφικά στατιστικά διαφορών πρωτογενών και παράγωγων μεταβλητών των βάσεων δεδομένων της EU-SILC. Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται η εξέλιξη του μέσου επιπέδου των εκβάσεων υγείας ανά έτος ανάλυσης (Πίνακας 8-3). Με εξαίρεση την πολύ κακή ή κακή κατάσταση υγείας για το 2012, όπου και παρουσιάζει μια σταθερότητα, όλες οι μεταβλητές δείχνουν επιδείνωση της μέσης κατάστασης υγείας του ελληνικού πληθυσμού.

Πίνακας 8-3 Εξέλιξη του μέσου επιπέδου των εκβάσεων υγείας ανά έτος ανάλυσης

	2005	2008	2012	2015
Εκτιμημένη κατάσταση υγείας	82,58 (0,21)	82,25 (0,21)	80,97 (0,29)	79,70 (0,16)
Πολύ κακή ή κακή κατάσταση υγείας	8,89 (0,32)	9,28 (0,35)	9,27 (0,42)	10,32 (0,24)
Χρόνιο πρόβλημα υγείας	20,02 (0,47)	22,09 (0,53)	23,67 (0,65)	23,95 (0,36)
Σοβαρός περιορισμός των καθημερινών δραστηριοτήτων	6,16 (0,26)	8,15 (0,36)	10,01 (0,44)	11,25 (0,25)

Υποσημείωση: Για την ποσοτική μεταβλητή παρουσιάζεται ο αριθμητικός μέσος και για τις διωνυμικές η σχετική συχνότητα (%) για κάθε έτος. Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων.

Ο Πίνακας 8-4 δείχνει την εξέλιξη της σχετικής συχνότητας των ανεξάρτητων μεταβλητών που χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση παραγόντων των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας. Τα περιγραφικά στατιστικά τους έχουν συζητηθεί αναλυτικά στο προηγούμενο κεφάλαιο. Διαπιστώνουμε, λοιπόν, ότι κατά τη διάρκεια της κρίσης αυξάνονται: η μέση ηλικία του δείγματος, τα νοικοκυριά που έχουν διασπαστεί λόγω χηρείας, διάστασης ή διαζυγίου, το μέσο επίπεδο εκπαίδευσης, ο αριθμός των ανέργων και των συνταξιούχων, τα νοικοκυριά με χαμηλή ένταση εργασίας, ο αριθμός των ατόμων που ανήκουν στα φτωχότερα στρώματα, η σοβαρή υλική στέρηση, τα νοικοκυριά χωρίς σοβαρά προβλήματα στέγασης και το ποσοστό του πληθυσμού που διαμένει στην γεωγραφική ενότητα της Αττικής και σε μέσης πυκνότητας περιοχές. Επίσης, είναι ενδιαφέρον πως ο επιπολασμός των προβλημάτων που σχετίζονται με τη γειτονιά κατοικίας αυξάνεται κατά την περίοδο της βαθιάς ύφεσης της οικονομικής κρίσης, ενώ στη συνέχεια παρουσιάζει μείωση.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 8-4 Εξέλιξη της σχετικής συχνότητας (%) των ανεξάρτητων μεταβλητών ανά έτος ανάλυσης

Μεταβλητές	Κατηγορίες	2005	2008	2012	2015
Φύλο	Γυναίκες	51,4%	51,2%	51,2%	51,8%
Ηλικία	16-24 ετών	12,1%	11,2%	10,0%	9,4%
	25-44 ετών	36,0%	36,2%	34,5%	32,3%
	45-64 ετών	29,6%	30,6%	31,8%	32,9%
	65 ετών και άνω	22,3%	22,0%	23,7%	25,3%
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	26,8%	27,6%	25,7%	26,6%
	Έγγαμος/η	62,2%	61,0%	62,9%	60,0%
	Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η	11,1%	11,4%	11,4%	13,4%
Υπηκοότητα	Ελληνική	95,6%	94,0%	93,3%	94,4%
	Άλλης Ε.Ε. χώρας	1,0%	1,1%	1,3%	0,9%
	Άλλης χώρας	3,4%	4,9%	5,4%	4,7%
Επίπεδο εκπαίδευσης	Δημοτικό ή χαμηλότερα	36,0%	32,1%	26,4%	27,3%
	Γυμνάσιο	12,7%	12,3%	12,1%	11,3%
	Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	34,4%	36,4%	39,1%	38,1%
	ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	16,9%	19,2%	22,4%	23,3%
Κύρια ασχολία	Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση	43,7%	45,2%	34,7%	34,5%
	Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	4,5%	4,3%	4,8%	3,8%
	Άνεργος/η	5,7%	4,8%	13,8%	14,6%
	Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	7,9%	7,6%	7,7%	7,2%
	Συνταξιούχος	21,2%	21,5%	25,7%	25,5%
	Ανάπηρος/η	1,3%	1,5%	1,1%	1,4%
	Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	15,7%	15,2%	12,2%	13,1%
	Χαμηλή ένταση εργασίας	6,8%	7,1%	12,4%	14,0%
Εισοδηματικό πεμπτημόριο	Φτωχότερο	20,9%	19,4%	35,1%	46,1%
	2	23,2%	20,1%	25,5%	27,0%
	3	19,9%	20,4%	19,7%	14,1%
	4	17,7%	19,9%	13,3%	8,7%
	Πλουσιότερο	18,4%	20,3%	6,5%	4,1%
Σοβαρή υλική στέρηση	13,4%	11,4%	19,6%	21,5%	
Σοβαρά προβλήματα στέγασης	9,1%	7,9%	7,3%	6,4%	
Περιφέρεια κατοικίας	Κεντρική Ελλάδα	31,7%	31,7%	31,8%	28,6%
	Αττική	20,3%	20,2%	21,2%	24,8%
	Βόρεια Ελλάδα	38,8%	38,2%	37,0%	36,0%
	Νησιά Αιγαίου, Κρήτη	9,3%	9,9%	10,0%	10,6%
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού	Πυκνοκατοικημένη περιοχή	40,1%	40,3%	46,8%	38,5%
	Μέσης πυκνότητας περιοχή	13,1%	12,3%	12,5%	26,6%
	Αραιοκατοικημένη περιοχή	46,8%	47,4%	40,7%	34,9%
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά	20,6%	22,3%	25,1%	19,4%	
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά	18,1%	20,2%	26,2%	19,1%	
Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά	8,3%	11,7%	19,8%	13,0%	

8.3.1. Εξέλιξη των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

Η εξέλιξη των εισοδηματικών και εκπαιδευτικών ανισοτήτων υγείας για τις εκβάσεις υγείας και τα έτη για τα οποία πραγματοποιήθηκε η ανάλυση παραγόντων παρουσιάζεται στους παρακάτω δύο πίνακες (**Πίνακας 8-5** και **Πίνακας 8-6**). Αρχικά, παρατηρούμε την ύπαρξη σταθερά στατιστικά

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

σημαντικών κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων (εις βάρος των χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων) για όλες τις εκβάσεις υγείας και για όλα τα έτη. Έπειτα, είναι ενδιαφέρον πως δεν καταγράφεται στατιστικά σημαντική μεταβολή στις εισοδηματικές ανισότητες υγείας κατά την περίοδο πριν την έναρξη της κρίσης, αν και αυτές μειώνονται για όλες τις εκβάσεις υγείας εκτός από τους λειτουργικούς περιορισμούς. Για την ίδια περίοδο, διαπιστώνεται μια αυξητική τάση ως προς όλες τις εκπαιδευτικές ανισότητες, η οποία, όμως, επιτυγχάνει στατιστική σημαντικότητα μόνο για τους σοβαρούς περιορισμούς των καθημερινών δραστηριοτήτων.

Αναφορικά με την περίοδο της βαθιάς ύφεσης, οι εισοδηματικές ανισότητες αμβλύνονται για όλες τις εκβάσεις υγείας και οι μεταβολές είναι στατιστικά σημαντικές. Αντίθετα, οι εκπαιδευτικές ανισότητες για όλες τις εκβάσεις υγείας παρουσιάζουν μια αυξητική τάση, η οποία όμως δεν είναι τέτοιου μεγέθους, ώστε να επιτυγχάνεται στατιστική σημαντικότητα. Πάντως, διαπιστώνουμε ότι οι αυξητικές μεταβολές στα χρόνια προβλήματα και τους λειτουργικούς περιορισμούς είναι σημαντικές σε επίπεδο $\alpha = 10\%$

Κατά τη δεύτερη περίοδο της κρίσης, οι εισοδηματικές ανισότητες υγείας δεν παρουσιάζουν σημαντικές μεταβολές, αν και σχεδόν όλες επιδεινώνονται. Αντίθετα, όλες οι εκπαιδευτικές ανισότητες υγείας επιδεινώνονται σημαντικά, με εξαίρεση εκείνες για τα χρόνια προβλήματα υγείας.

Τέλος, διερευνήσαμε και τις συνολικές μεταβολές κατά τη διάρκεια της κρίσης (2008-2015). Παρατηρούμε, λοιπόν, ότι οι εισοδηματικές ανισότητες για όλες τις εκβάσεις υγείας αμβλύνονται σημαντικά από την έναρξη της κρίσης. Αντίθετα, όλες οι εκπαιδευτικές ανισότητες υγείας αυξάνονται σημαντικά κατά την περίοδο της κρίσης, με εξαίρεση εκείνες για τα χρόνια προβλήματα υγείας.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 8-5 Εξέλιξη των εισοδηματικών ανισοτήτων υγείας

Εκβάσεις υγείας	Εκτιμήσεις				Μεταβολές			
	2005	2008	2012	2015	2005-2008	2008-2012	2012-2015	2008-2015
Εκτιμημένη κατάσταση υγείας (CI)	0,0223*** (0,0015)	0,0197*** (0,0015)	0,0079*** (0,0021)	0,0091*** (0,0012)	-0,0026 (0,0021)	-0,0119*** (0,0026)	0,0013 (0,0024)	-0,0106*** (0,0019)
Πολύ κακή ή κακή κατάσταση υγείας (E)	-0,0983*** (0,0072)	-0,0861*** (0,0081)	-0,0408*** (0,0097)	-0,0440*** (0,0057)	0,0121 (0,0108)	0,0453*** (0,0126)	-0,033 (0,0112)	0,0421*** (0,0099)
Χρόνιο πρόβλημα υγείας (E)	-0,1353*** (0,0107)	-0,1208*** (0,0135)	-0,0397*** (0,0150)	-0,0285*** (0,0091)	0,0145 (0,0172)	0,0811*** (0,0202)	0,0112 (0,0175)	0,0923*** (0,0162)
Σοβαρός περιορισμός των καθημερινών δραστηριοτήτων (E)	-0,0573*** (0,0061)	-0,0709*** (0,0095)	-0,0284*** (0,0102)	-0,0411*** (0,0058)	-0,0136 (0,0113)	0,0424*** (0,0139)	-0,0127 (0,0117)	0,0298*** (0,0112)

Υποσημείωση: *** Στατιστικά σημαντικά σε $\alpha = 1\%$. ** Στατιστικά σημαντικό σε $\alpha = 5\%$. * Στατιστικά σημαντικό σε $\alpha = 10\%$. Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. Η στατιστική σημαντικότητα των διαφορών εξετάστηκε με z-test.

Πίνακας 8-6 Εξέλιξη των εκπαιδευτικών ανισοτήτων υγείας

Εκβάσεις υγείας	Εκτιμήσεις				Μεταβολές			
	2005	2008	2012	2015	2005-2008	2008-2012	2012-2015	2008-2015
Εκτιμημένη κατάσταση υγείας (CI)	0,0453*** (0,0013)	0,0467*** (0,0013)	0,0497*** (0,0016)	0,0539*** (0,0010)	0,0015 (0,0018)	0,0030 (0,0020)	0,0042** (0,0019)	0,0072*** (0,0016)
Πολύ κακή ή κακή κατάσταση υγείας (E)	-0,1316*** (0,0071)	-0,1353*** (0,0070)	-0,1471*** (0,0087)	-0,1788*** (0,0060)	-0,0038 (0,0100)	-0,0117 (0,0112)	-0,0317** (0,0106)	-0,0434*** (0,0092)
Χρόνιο πρόβλημα υγείας (E)	-0,2331*** (0,0101)	-0,2582*** (0,0106)	-0,2895*** (0,0127)	-0,2727*** (0,0089)	-0,0251* (0,0146)	-0,0313* (0,0165)	0,0168 (0,0155)	-0,0146 (0,0138)
Σοβαρός περιορισμός των καθημερινών δραστηριοτήτων (E)	-0,0818*** (0,0059)	-0,1117*** (0,0064)	-0,1325*** (0,0102)	-0,1803*** (0,0067)	-0,0299*** (0,0087)	-0,0208* (0,0121)	-0,0479*** (0,0122)	-0,0686*** (0,0093)

Υποσημείωση: *** Στατιστικά σημαντικά σε $\alpha = 1\%$. ** Στατιστικά σημαντικό σε $\alpha = 5\%$. * Στατιστικά σημαντικό σε $\alpha = 10\%$. Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων. Η στατιστική σημαντικότητα των διαφορών εξετάστηκε με z-test.

8.3.2. Εξέλιξη των παραγόντων των εκβάσεων υγείας

Στους πίνακες αυτής της υποενότητας παρουσιάζονται οι εκτιμήσεις των οριακών επιδράσεων των ανεξάρτητων μεταβλητών στις εκβάσεις υγείας που επικεντρωθήκαμε. Ως προς τους παράγοντες της εκτιμημένης κατάστασης υγείας, αρχικά παρατηρούμε ότι η μεγαλύτερη ηλικία, όπως ήταν αναμενόμενο, συνδέεται με χειρότερο μέσο επίπεδο υγείας (**Πίνακας 8-7**). Επίσης, είναι ενδιαφέρον πως η τάση διεύρυνσης των ανισοτήτων υγείας μεταξύ των εφήβων και νεαρών ενήλικών με τα άτομα μέσης ηλικίας (25-44 ετών) ανακόπτεται προσωρινά κατά την περίοδο της βαθιάς ύφεσης, ενώ στη συνέχεια ανακάμπτει με μεγαλύτερη ένταση. Αντίθετα, το φύλο δεν φαίνεται να επηρεάζει με στατιστικά σημαντικό τρόπο την κατάσταση υγείας. Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές μεταξύ έγγαμων και άγαμων, αλλά οι χήροι ή διαζευγμένοι παρουσιάζουν σαφώς χειρότερη υγεία από τους έγγαμους, με τη διαφορά αυτή να αυξάνεται μέχρι και το 2012. Οι Έλληνες πολίτες συνδέονται με χαμηλότερο επίπεδο υγείας σε σχέση με τους πολίτες άλλων χωρών, αλλά οι αποκλίσεις είναι σταθερά στατιστικά σημαντικές κυρίως με εκείνους που είναι από χώρες εκτός Ε.Ε.

Το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης σχετίζεται με καλύτερο επίπεδο υγείας, με τις διαφορές σε σχέση με τη χαμηλότερη εκπαιδευτική βαθμίδα να εντείνονται με την πάροδο του χρόνου. Επίσης, φαίνεται να υπάρχει μια τάση διεύρυνσης ιδιαίτερα για τις ανισότητες υγείας μεταξύ αποφοίτων Γυμνασίου και αποφοίτων Λυκείου. Αναφορικά με την κύρια ασχολία, οι εργαζόμενοι πλήρους απασχόλησης διαθέτουν καλύτερο επίπεδο υγείας σε σχέση με τις υπόλοιπες επαγγελματικές ομάδες. Είναι αξιοσημείωτο πως, ενώ αυτές οι διαφορές υγείας αυξάνονται μεταξύ 2005 και 2008, κατά τη διάρκεια της κρίσης αμβλύνονται και καθίστανται μη στατιστικά σημαντικές σε σχέση με τους εργαζόμενους μερικής απασχόλησης και τους ανέργους. Τα νοικοκυριά που χαρακτηρίζονται από χαμηλή ένταση εργασίας συνδέονται με χειρότερο επίπεδο υγείας το 2012, ενώ οι αποκλίσεις δεν είναι στατιστικά σημαντικές για τα υπόλοιπα έτη. Ως προς το εισόδημα, παρατηρείται μια σαφής κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση της υγείας πριν την έναρξη της οικονομικής κρίσης, αν και οι διαφορές της φτωχότερης κατηγορίας με το δεύτερο εισοδηματικό πεμπτημόριο δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Κατά την περίοδο της βαθιάς ύφεσης, η κοινωνικοοικονομική

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

διαβάθμιση της υγείας γίνεται λιγότερο σαφής και οι αποκλίσεις υγείας μεταξύ των τριών πρώτων εισοδηματικών πεμπτημορίων δεν είναι σημαντικές. Μάλιστα, το 2012 μόνο η διαφορά στο επίπεδο υγείας μεταξύ της πλουσιότερης και της φτωχότερης κατηγορίας επιτυγχάνει στατιστική σημαντικότητα. Πάντως, φαίνεται ότι η βαρύτητα του εισοδήματος ως διαβαθμιστικού παράγοντας της υγείας έχει αποκατασταθεί το 2015. Μέρος της διακύμανσης της υγείας που θα εξηγούσαν τα δύο χαμηλότερα εισοδηματικά πεμπτημόρια σίγουρα καλύπτεται από τον παράγοντα της σοβαρής υλικής στέρησης. Τα νοικοκυριά, λοιπόν, που υφίστανται σοβαρή υλική στέρηση παρουσιάζουν σταθερά και σημαντικά χαμηλότερο επίπεδο υγείας, αν και υπάρχει μια τάση συμπίεσης των ανισοτήτων στον χρόνο. Αντίστοιχα, η αρνητική επίδραση των σοβαρών προβλημάτων στέγασης στην υγεία ενισχύεται διαρκώς μέχρι και το 2012, ενώ το 2015 παρουσιάζει μείωση, ωστόσο, παραμένοντας στατιστικά σημαντική.

Ως προς την γεωγραφική περιφέρεια κατοικίας, παρατηρούνται διακυμάνσεις κατά την περίοδο της ανάλυσης. Πάντως, η Κεντρική και η Βόρεια Ελλάδα σχετίζονται με καλύτερο επίπεδο υγείας σε σχέση με τις υπόλοιπες περιφέρειες κατά το 2012. Ο βαθμός πυκνότητας της περιοχής κατοικίας δεν φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά την υγεία του πληθυσμού, εκτός από το 2012, όπου οι μέσης πυκνότητας περιοχές σχετίζονται με σημαντικά χειρότερο μέσο επίπεδο υγείας σε σχέση τις πυκνοκατοικημένες.

Σε γενικές γραμμές, οι γειτονιές που παρουσιάζουν προβλήματα θορύβου, μόλυνσης ή εγκληματικότητας συνδέονται με χαμηλότερο επίπεδο υγείας. Η αρνητική επίδραση της παρουσίας προβλημάτων θορύβου αμβλύνεται κατά τη διάρκεια της περιόδου της ανάλυσης, με εξαίρεση το 2012, όπου και παρατηρείται μια παροδική ενίσχυσή της. Αντίστοιχα, οι διαφορές υγείας που σχετίζονται με προβλήματα μόλυνσης στη γειτονιά αμβλύνονται διαρκώς μέχρι και το 2012, ενώ παρατηρείται μια σημαντική επίτασή τους το 2015. Τέλος, οι γειτονιές με προβλήματα εγκληματικότητας παρουσιάζουν σημαντικό χειρότερο επίπεδο υγείας μόνο το 2015.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 8-7 Οριακές επιδράσεις των παραγόντων της εκτιμημένης κατάστασης υγείας

	2005	2008	2012	2015
Ηλικία (β.α.: 25-44 ετών)				
<i>16-24 ετών</i>	2,9214*** (0,3825)	3,7229*** (0,4016)	3,3098*** (0,5684)	4,2540*** (0,3616)
<i>45-64 ετών</i>	-6,1670*** (0,3489)	-6,0027*** (0,3456)	-5,5298*** (0,4099)	-5,6011*** (0,2814)
<i>65 ετών και άνω</i>	-15,5133*** (0,6659)	-15,3008*** (0,6952)	-15,2785*** (0,8598)	-15,7110*** (0,5043)
Φύλο (β.α.: Άνδρας)	-0,4576* (0,2365)	-0,2371 (0,2330)	0,0823 (0,3221)	-0,1639 (0,1831)
Οικογενειακή κατάσταση (β.α.: Έγγαμος/η)				
<i>Άγαμος/η</i>	0,5332 (0,3642)	-0,3385 (0,3275)	0,4447 (0,4171)	0,3453 (0,2845)
<i>Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η</i>	-3,5867*** (0,5504)	-4,9594*** (0,6079)	-5,6564*** (0,6711)	-5,5026*** (0,3863)
Υπηκοότητα (β.α.: Ελληνική)				
<i>Άλλης Ε.Ε. χώρας</i>	1,5747* (0,9496)	1,5808 (1,2102)	3,1087** (1,3998)	1,3057 (1,2230)
<i>Άλλης χώρας</i>	1,8990** (0,8042)	2,8841*** (0,5968)	3,7278*** (0,7441)	2,6390*** (0,6129)
Επίπεδο εκπαίδευσης (β.α.: Δημοτικό ή χαμηλότερα)				
<i>Γυμνάσιο</i>	2,9137*** (0,4931)	3,5566*** (0,5176)	5,5450*** (0,6988)	4,6855*** (0,4346)
<i>Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ</i>	3,4994*** (0,4464)	4,9820*** (0,4045)	7,0209*** (0,6577)	6,4001*** (0,3578)
<i>ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό</i>	4,9462*** (0,5014)	5,7881*** (0,4718)	8,5012*** (0,7438)	7,9384*** (0,3889)
Κύρια ασχολία (β.α.: Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση)				
<i>Εργαζόμενος με μερική απασχόληση</i>	-1,6629** (0,6788)	-2,1818*** (0,5596)	-0,5109 (0,6266)	-0,6311 (0,4383)
<i>Άνεργος/η</i>	-0,4851 (0,5273)	-2,8446*** (0,6421)	-1,4180** (0,5592)	-0,8276*** (0,3115)
<i>Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης</i>	-0,3888 (0,3883)	-1,1999*** (0,4598)	0,5818 (0,5967)	-0,0348 (0,3889)
<i>Συνταξιούχος</i>	-9,0646*** (0,6473)	-9,0111*** (0,6172)	-7,5630*** (0,7341)	-7,2937*** (0,4267)
<i>Ανάπηρος/η</i>	-38,4268*** (1,6578)	-41,5275*** (1,2688)	-35,1683*** (1,9452)	-37,7353*** (0,9422)
<i>Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο</i>	-3,3204*** (0,4750)	-4,1758*** (0,4521)	-3,9403*** (0,6247)	-3,7176*** (0,4135)
Χαμηλή ένταση εργασίας (β.α.: όχι)	-0,6570 (0,5683)	0,0010 (0,6322)	-1,6247** (0,8005)	0,0925 (0,3473)
Εισοδηματικό πεμπτημόριο (β.α.: Φτωχότερο)				
<i>2</i>	0,2397 (0,4494)	-0,4907 (0,5032)	-0,0544 (0,4423)	0,2370 (0,2771)
<i>3</i>	1,2598*** (0,4680)	-0,0699 (0,4686)	-0,7350 (0,4965)	0,7618** (0,3498)
<i>4</i>	1,5417*** (0,5044)	1,1799** (0,4866)	0,1913 (0,6618)	1,5383*** (0,4117)
<i>Πλουσιότερο</i>	2,2741*** (0,5466)	1,8392*** (0,5063)	1,6302** (0,7354)	1,8254*** (0,4853)
Σοβαρή υλική στέρηση (β.α.: όχι)	-4,0922*** (0,4955)	-3,3678*** (0,5445)	-2,8339*** (0,5251)	-2,7486*** (0,3485)

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Σοβαρά προβλήματα στέγασης (β.α.: όχι)	-0,9926* (0,5286)	-1,6717** (0,7016)	-2,9911*** (1,1269)	-1,7559*** (0,5618)
Περιφέρεια κατοικίας (β.α.: Αττική)				
<i>Κεντρική Ελλάδα</i>	-0,3242 (0,4409)	-0,4533 (0,4149)	1,4161** (0,5904)	0,3828 (0,3722)
<i>Βόρεια Ελλάδα</i>	1,2186** (0,5638)	0,7406 (0,5140)	1,7461*** (0,6742)	1,9784*** (0,3783)
<i>Νησιά Αιγαίου, Κρήτη</i>	-0,9105 (0,6871)	-1,3282** (0,6287)	0,7059 (0,7447)	0,0781 (0,5567)
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού (β.α.: Πυκνοκατοικημένη περιοχή)				
<i>Μέσης πυκνότητας περιοχή</i>	0,5903 (0,4945)	-0,8085 (0,5465)	-2,0764*** (0,7992)	-0,0104 (0,3302)
<i>Αραιοκατοικημένη περιοχή</i>	0,6661 (0,4357)	0,5530 (0,3939)	0,5341 (0,4678)	-0,0202 (0,3459)
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-2,1235*** (0,4279)	-1,4001*** (0,4428)	-1,7652*** (0,4872)	-1,0180*** (0,3136)
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-1,6513*** (0,5468)	-1,4376*** (0,5336)	-0,0228 (0,5153)	-1,8910*** (0,3872)
Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,1168 (0,6693)	-0,9669* (0,5787)	-0,7183 (0,5791)	-1,3671*** (0,4022)
Παρατηρήσεις	11,853	13,548	11,196	29,154
F-test για το υπόδειγμα	F(32, 11820) = 274,54, p-value<0,001	F(32, 13515) = 324,79, p-value<0,001	F(32, 11163) = 246,87, p-value<0,001	F(32, 29121) = 613,90, p-value<0,001
Adjusted R ²	0,5097	0,5035	0,5073	0,5060

Υποσημείωση: *** Στατιστικά σημαντικά σε $\alpha = 1\%$; ** Στατιστικά σημαντικό σε $\alpha = 5\%$; * Στατιστικά σημαντικό σε $\alpha = 10\%$. Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων.

Ως προς τις οριακές επιδράσεις των παραγόντων της πολύ κακής ή κακής υγείας, η μεγαλύτερη ηλικία συνδέεται με χειρότερη υγεία (Πίνακας 8-8). Έπειτα, οι γυναίκες έχουν καλύτερο επίπεδο υγείας από τους άνδρες, αλλά η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική μόνο το 2005 και το 2015, ενώ στο μεσοδιάστημα το φύλο χάνει τη βαρύτητά του ως προσδιοριστής της πολύ κακής ή κακής υγείας. Οι έγγαμοι σχετίζονται με καλύτερη υγεία σε σχέση με τους άγαμους και τους χήρους ή διαζευγμένους, αλλά η διαφορά με τους άγαμους επιτυγχάνει στατιστική σημαντικότητα μόνο το 2008 και το 2012. Αντίθετα, η υπηκοότητα δεν είναι στις περισσότερες περιπτώσεις σημαντικός προσδιοριστής της πολύ κακής ή κακής υγείας, αλλά φαίνεται ότι οι Έλληνες πολίτες έχουν χειρότερη υγεία.

Υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης συνδέεται με χαμηλότερη συχνότητα πολύ κακής ή κακής υγείας, με την κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση να γίνεται πιο σαφής με την πάροδο του χρόνου. Οι εργαζόμενοι πλήρους απασχόλησης σχετίζονται με καλύτερη υγεία σε σχέση με τις υπόλοιπες επαγγελματικές

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

ομάδες. Ωστόσο, οι ανισότητες με τους εργαζόμενους μερικής απασχόλησης και τους ανέργους, ενώ αυξήθηκαν μεταξύ 2005 και 2008, αμβλύνονται σημαντικά κατά τη διάρκεια της κρίσης. Έπειτα, η χαμηλή ένταση εργασίας δεν αποτελεί έναν σημαντικό προσδιοριστή της πολύ κακής ή κακής υγείας. Όσον αφορά το εισόδημα, η κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση της υγείας είναι σαφής πριν την έναρξη της κρίσης, αν και τα δύο πρώτα πεμπτημόρια φαίνεται να έχουν παρόμοιο επίπεδο υγείας. Από την έναρξη της κρίσης, οι εισοδηματικές ανισότητες στην πολύ κακή ή κακή υγεία αμβλύνονται και αυξάνεται η διακύμανση στις εκτιμήσεις, με συνέπεια οι διαφορές να έχουν χάσει τη στατιστική σημαντικότητά τους το 2012, με εξαίρεση την πλουσιότερη κατηγορία. Το 2015 οι ανισότητες υγείας επιτείνονται εκ νέου, ιδίως μεταξύ του φτωχότερου με το τρίτο και το τέταρτο εισοδηματικό πεμπτημόριο. Πάντως, είναι αξιοσημείωτο πως η διαφορά υγείας της φτωχότερης με την πλουσιότερη εισοδηματική κατηγορία δεν είναι στατιστικά σημαντική, το οποίο οφείλεται κυρίως στο μεγάλο τυπικό σφάλμα. Τα άτομα που υφίστανται σοβαρή υλική στέρηση σχετίζονται με υψηλότερο επιπολασμό πολύ κακής ή κακής υγείας. Οι διαφορές υγείας με τα άτομα χωρίς τέτοια προβλήματα αμβλύνονται συνεχώς μεταξύ 2005 και 2012, αλλά το 2015 επιδεινώνονται σημαντικά. Την αντίστροφη τάση διαπιστώνουμε για τα σοβαρά προβλήματα στέγασης, καθώς, ενώ οι ανισότητες υγείας υπέρ των ατόμων που δεν αντιμετωπίζουν τέτοια προβλήματα επιτείνονταν διαρκώς μέχρι και το 2012, το 2015 καταγράφεται μια σημαντική άμβλυνση τους.

Ως προς την γεωγραφική περιφέρεια κατοικίας, δεν παρατηρείται κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά με την Περιφέρεια Αττικής, που αποτελεί την κατηγορία αναφοράς, με εξαίρεση τη σημαντικά χαμηλότερη συχνότητα της πολύ κακής ή κακής υγείας σε σχέση με τα Νησιά Αιγαίου και Κρήτη το 2015. Έπειτα, ενώ το 2012 οι μέσης πυκνότητας περιοχές συνδέονται με σημαντικά χειρότερο επίπεδο υγείας σε σχέση με τις πυκνοκατοικημένες περιοχές, η κατάσταση αυτή αντιστρέφεται το 2015.

Οι γειτονίες με προβλήματα θορύβου συνδέονται σταθερά με υψηλότερο επιπολασμό πολύ κακής ή κακής υγείας. Όμως, οι διαφορές υγείας παρουσιάζουν διακύμανση κατά την περίοδο της ανάλυσης, καθώς αμβλύνονται το 2008, οξύνονται εκ νέου το 2012, αλλά περιορίζονται σημαντικά

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

το 2015. Οι ανισότητες υγείας που συνδέονται με τα προβλήματα μόλυνσης στη γειτονιά συμπιέζονται σημαντικά μετά το 2005, με συνέπεια να μην επιτυγχάνεται στατιστική σημαντικότητα στις διαφορές υγείας. Ωστόσο, το 2015 επιτείνονται αρκετά και οι οριακές επιδράσεις καθίστανται πάλι στατιστικά σημαντικές. Αντίστοιχη εικόνα καταγράφεται και για τα προβλήματα εγκληματικότητας, με τις ανισότητες υγείας να εξασφαλίζουν στατιστική σημαντικότητα μόνο το 2015.

Πίνακας 8-8 Οριακές επιδράσεις των παραγόντων της παρουσίας πολύ κακής ή κακής υγείας

	2005	2008	2012	2015
Ηλικία (β.α.: 25-44 ετών)				
<i>16-24 ετών</i>	-0,0142*** (0,0034)	-0,0135*** (0,0025)	-0,0143*** (0,0034)	-0,0182*** (0,0039)
<i>45-64 ετών</i>	0,0316*** (0,0059)	0,0428*** (0,0059)	0,0252*** (0,006)	0,0273*** (0,0054)
<i>65 ετών και άνω</i>	0,0851*** (0,0125)	0,0978*** (0,0128)	0,0704*** (0,0132)	0,1153*** (0,0115)
Φύλο (β.α.: Άνδρας)	-0,0069** (0,0033)	-0,0027 (0,0033)	-0,0049 (0,0038)	-0,0068** (0,0032)
Οικογενειακή κατάσταση (β.α.: Έγγαμος/η)				
<i>Άγαμος/η</i>	0,0094 (0,0075)	0,0247*** (0,0068)	0,0178** (0,0077)	-0,0006 (0,006)
<i>Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η</i>	0,0168*** (0,0053)	0,0166*** (0,0049)	0,0346*** (0,0073)	0,0410*** (0,0055)
Υπηκοότητα (β.α.: Ελληνική)				
<i>Άλλης Ε.Ε. χώρας</i>	-0,0202** (0,009)	-0,0065 (0,0162)		0,0074 (0,0328)
<i>Άλλης χώρας</i>	-0,0125 (0,0081)	-0,0127** (0,0061)	-0,0118 (0,0074)	-0,0125 (0,0086)
Επίπεδο εκπαίδευσης (β.α.: Δημοτικό ή χαμηλότερα)				
<i>Γυμνάσιο</i>	-0,0096 (0,0063)	-0,0004 (0,0073)	-0,0275*** (0,008)	-0,0283*** (0,0065)
<i>Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ</i>	-0,0061 (0,0055)	-0,0194*** (0,0044)	-0,0361*** (0,0072)	-0,0386*** (0,0053)
<i>ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό</i>	-0,0267*** (0,0055)	-0,0252*** (0,0053)	-0,0347*** (0,0084)	-0,0525*** (0,0056)
Κύρια ασχολία (β.α.: Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση)				
<i>Εργαζόμενος με μερική απασχόληση</i>	0,0138 (0,0088)	0,0170** (0,008)	0,0057 (0,0069)	0,0013 (0,0062)
<i>Άνεργος/η</i>	0,0128 (0,0091)	0,0381*** (0,0111)	0,0171* (0,0087)	0,0115** (0,0052)
<i>Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης</i>	0,0077 (0,0115)	0,0177 (0,0149)	-0,0057 (0,0044)	0,0208 (0,0145)
<i>Συνταξιούχος</i>	0,0675*** (0,0101)	0,0667*** (0,0086)	0,0691*** (0,0108)	0,0610*** (0,0071)
<i>Ανάπηρος/η</i>	0,6098*** (0,055)	0,6742*** (0,0563)	0,5946*** (0,0726)	0,6616*** (0,0388)

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	0,0276*** (0,006)	0,0365*** (0,0064)	0,0435*** (0,0094)	0,0396*** (0,0066)
Χαμηλή ένταση εργασίας (β.α.: όχι)	0,0045 (0,007)	-0,0014 (0,0063)	0,0153 (0,0116)	-0,0019 (0,0058)
Εισοδηματικό πεμπτημόριο (β.α.: Φτωχότερο)				
2	0,0001 (0,0052)	0,0021 (0,0055)	-0,0023 (0,0039)	-0,0061 (0,004)
3	-0,0057 (0,0054)	-0,0002 (0,005)	0,0068 (0,0054)	-0,0103** (0,0049)
4	-0,0152*** (0,0058)	-0,0090* (0,0053)	-0,0066 (0,0059)	-0,0185*** (0,0056)
Πλουσιότερο	-0,0170*** (0,0061)	-0,0120** (0,0053)	-0,0135** (0,0064)	-0,0109 (0,0085)
Σοβαρή υλική στέρηση (β.α.: όχι)	0,0357*** (0,007)	0,0338*** (0,0079)	0,0231*** (0,0068)	0,0278*** (0,0053)
Σοβαρά προβλήματα στέγασης (β.α.: όχι)	0,0046 (0,0064)	0,0136 (0,0107)	0,0411*** (0,0145)	0,0220** (0,0089)
Περιφέρεια κατοικίας (β.α.: Αττική)				
Κεντρική Ελλάδα	0,0015 (0,0048)	0,0062 (0,0043)	-0,0024 (0,0053)	0,003 (0,005)
Βόρεια Ελλάδα	-0,0057 (0,0056)	0,0032 (0,0051)	-0,0054 (0,0057)	-0,0025 (0,0048)
Νησιά Αιγαίου, Κρήτη	0,0108 (0,0076)	0,0104 (0,0064)	0,0025 (0,0069)	0,0201*** (0,0077)
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού (β.α.: Πυκνοκατοικημένη περιοχή)				
Μέσης πυκνότητας περιοχή	-0,007 (0,0052)	0,0116 (0,0078)	0,0167** (0,008)	-0,0105** (0,0046)
Αραιοκατοικημένη περιοχή	0,0012 (0,0048)	-0,005 (0,004)	0,0036 (0,0042)	-0,0042 (0,0047)
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0174*** (0,0057)	0,0092* (0,0056)	0,0175*** (0,0054)	0,0078* (0,0047)
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0120* (0,0073)	-0,003 (0,0062)	-0,0031 (0,0043)	0,0161*** (0,0062)
Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-0,0087 (0,0058)	0,0031 (0,0073)	0,0077 (0,0059)	0,0158*** (0,0055)
Παρατηρήσεις	11,879	13,583	11,158	29,214
LR χ^2 test για το υπόδειγμα	$\chi^2(32)=2197,8$ 2, p-value <0,001	$\chi^2(32)=2404,3$ 29, p-value <0,001	$\chi^2(31)=2149,6$ 75, p-value <0,001	$\chi^2(32)=5678,1$ 70, p-value <0,001
McFadden (adjusted) R^2	0,293	0,275	0,272	0,269

Υποσημείωση: *** Στατιστικά σημαντικά σε $\alpha = 1\%$. ** Στατιστικά σημαντικά σε $\alpha = 5\%$. * Στατιστικά σημαντικά σε $\alpha = 10\%$. Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων.

Η σημαντικά αρνητική επίδραση της ηλικίας στη συχνότητα των χρόνιων προβλημάτων υγείας ενισχύεται διαρκώς μέχρι και το 2012, ενώ στη συνέχεια καταγράφεται μια μικρή μείωση των ανισοτήτων υγείας (Πίνακας 8-9). Αντίθετα, το φύλο δεν επηρεάζει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης χρόνιων προβλημάτων υγείας. Έπειτα, οι χήροι ή διαζευγμένοι συνδέονται συχνότερα με χρόνια προβλήματα υγείας, με τις διαφορές υγείας με τις άλλες ομάδες να

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

επιτείνονται με την πάροδο του χρόνου. Οι Έλληνες πολίτες συνδέονται με υψηλότερο κίνδυνο χρονίων ασθενειών, με τις ανισότητες υγείας να ενισχύονται κατά την περίοδο της βαθιάς ύφεσης. Ωστόσο, μόνο οι ανισότητες υγείας με τους πολίτες άλλων χωρών εκτός Ε.Ε. από το 2008 και έπειτα, επιτυγχάνουν στατιστική σημαντικότητα.

Το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο συνδέεται με μικρότερο κίνδυνο χρονίων προβλημάτων. Μάλιστα, η προστατευτική επίδρασή του και οι ανισότητες υγείας ενισχύονται διαρκώς μέχρι και το 2012, ενώ στη συνέχεια σημειώνουν κάποια άμβλυνση. Οι εργαζόμενοι πλήρους απασχόλησης παρουσιάζουν λιγότερα χρόνια προβλήματα σε σχέση με τις υπόλοιπες επαγγελματικές κατηγορίες. Επίσης, ενώ οι διαφορές υγείας με τους εργαζόμενους μερικής απασχόλησης και τους ανέργους διευρύνονται μεταξύ 2005 και 2008, το 2012 συμπιέζονται τόσο ώστε να μην είναι πλέον στατιστικά σημαντικές. Πάντως, το 2015 αυτές οι ανισότητες υγείας αποκτούν ξανά στατιστική σημαντικότητα. Έπειτα, η χαμηλή ένταση εργασίας του νοικοκυριού σχετίζεται με σημαντικά υψηλότερο επιπολασμό χρονίων προβλημάτων μόνο για το 2012. Αν και φαίνεται να υπάρχει μια εισοδηματική διαβάθμιση του κινδύνου των χρονίων προβλημάτων, με εξαίρεση τα δύο πρώτα εισοδηματικά πεμπτημόρια που καταγράφουν παρόμοιο επίπεδο υγείας, οι ανισότητες υγείας δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Η σημαντικά αρνητική επίδραση της σοβαρής υλικής στέρξης στη συχνότητα των χρονίων ασθενειών ενισχύεται το 2008, αλλά κατά τη διάρκεια της κρίσης παρουσιάζει μια πτωτική τάση. Αντίθετα, ο αρνητικός αντίκτυπος των σοβαρών προβλημάτων στέγασης στα χρόνια προβλήματα υγείας ενισχύεται σημαντικά το 2012, ενώ το 2015 παραμένει σταθερός.

Σε γενικές γραμμές, η γεωγραφική περιφέρεια της Αττικής συνδέεται με περισσότερα χρόνια προβλήματα υγείας σε σχέση με τις υπόλοιπες περιφέρειες, με τις ανισότητες να οξύνονται ιδιαίτερα το 2012. Ο βαθμός πληθυσμιακής πυκνότητας δεν επηρεάζει σημαντικά τον κίνδυνο των χρονίων ασθενειών, με εξαίρεση τη στατιστικά σημαντικά υψηλότερη συχνότητα που καταγράφεται για τις μέσης πυκνότητας περιοχές σε σχέση με τις πυκνοκατοικημένες το 2012.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Οι γειτονιές με προβλήματα θορύβου παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο παρουσίας χρόνιων προβλημάτων υγείας. Ωστόσο, το 2008 οι ανισότητες υγείας συμπιέζονται ιδιαίτερα και καθίστανται μη στατιστικά σημαντικές. Το 2012 οξύνονται σημαντικά, ενώ το 2015 σημειώνουν εκ νέου μια μικρή άμβλυση. Τα προβλήματα μόλυνσης σχετίζονται σταθερά με σημαντικά υψηλότερο επιπολασμό χρόνιων προβλημάτων υγείας, με εξαίρεση το 2012, οπότε και μειώνονται τόσο ώστε να χάσουν τη στατιστική σημαντικότητά τους. Τέλος, οι γειτονιές με προβλήματα εγκληματικότητας έχουν σταθερά υψηλότερο επιπολασμό χρόνιων προβλημάτων από το 2008, αν και οι διαφορές υγείας δεν είναι στατιστικά σημαντικές το 2012, λόγω υψηλής διακύμανσης.

Πίνακας 8-9 Οριακές επιδράσεις των παραγόντων της παρουσίας χρόνιου προβλήματος υγείας

	2005	2008	2012	2015
Ηλικία (β.α.: 25-44 ετών)				
16-24 ετών	-0,0339*** (0,011)	-0,0586*** (0,0094)	-0,0529*** (0,0105)	-0,0594*** (0,011)
45-64 ετών	0,1088*** (0,0107)	0,1268*** (0,0112)	0,1269*** (0,0159)	0,1023*** (0,0088)
65 ετών και άνω	0,2511*** (0,0203)	0,2612*** (0,0206)	0,3364*** (0,0303)	0,2588*** (0,0166)
Φύλο (β.α.: Άνδρας)	-0,002 (0,0081)	-0,0133 (0,0083)	-0,0023 (0,0112)	0,0037 (0,0068)
Οικογενειακή κατάσταση (β.α.: Έγγαμος/η)				
Άγαμος/η	-0,0107 (0,0143)	-0,0025 (0,0124)	0,0057 (0,018)	0,0098 (0,011)
Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η	0,0448*** (0,0131)	0,0692*** (0,0132)	0,0709*** (0,0171)	0,0773*** (0,0109)
Υπηκοότητα (β.α.: Ελληνική)				
Άλλης Ε.Ε. χώρας	0,0188 (0,0588)	-0,0489 (0,0322)	-0,0589 (0,053)	-0,0316 (0,0393)
Άλλης χώρας	-0,0093 (0,0266)	-0,0525*** (0,0167)	-0,0828*** (0,0288)	-0,0686*** (0,0167)
Επίπεδο εκπαίδευσης (β.α.: Δημοτικό ή χαμηλότερα)				
Γυμνάσιο	-0,0215 (0,0139)	-0,0360** (0,0152)	-0,0806*** (0,0179)	-0,0687*** (0,0125)
Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	-0,0358*** (0,0123)	-0,0641*** (0,0112)	-0,1052*** (0,0181)	-0,1023*** (0,0104)
ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	-0,0586*** (0,0142)	-0,0846*** (0,0131)	-0,1370*** (0,0195)	-0,1164*** (0,0118)
Κύρια ασχολία (β.α.: Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση)				
Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	0,0422** (0,0207)	0,0606*** (0,0182)	0,0088 (0,0214)	0,0345** (0,016)

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Άνεργος/η	0,0216 (0,0185)	0,0617*** (0,0197)	0,0263 (0,0205)	0,0216** (0,0106)
Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	-0,0121 (0,0216)	0,0254 (0,0293)	-0,0264 (0,0302)	0,0143 (0,0221)
Συνταξιούχος	0,1330*** (0,0166)	0,1530*** (0,0146)	0,1250*** (0,0198)	0,1498*** (0,013)
Ανάπηρος/η	0,7615*** (0,0427)	0,8608*** (0,0239)	0,7576*** (0,0492)	0,8262*** (0,0144)
Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	0,0539*** (0,0132)	0,0884*** (0,0126)	0,0631*** (0,0189)	0,0839*** (0,0123)
Χαμηλή ένταση εργασίας (β.α.: όχι)	0,0205 (0,0172)	0,0106 (0,0169)	0,0533** (0,025)	-0,0012 (0,0118)
Εισοδηματικό πεμπτημόριο (β.α.: Φτωχότερο)				
2	0,0086 (0,0122)	0,0168 (0,0137)	0,0058 (0,0131)	-0,0003 (0,0088)
3	-0,0133 (0,0123)	0,0095 (0,0137)	0,0147 (0,0162)	0,0101 (0,0121)
4	-0,0229* (0,0138)	-0,018 (0,0141)	0,0073 (0,0219)	-0,012 (0,0138)
Πλουσιότερο	-0,0276* (0,0156)	-0,0201 (0,0149)	-0,0045 (0,0288)	-0,0213 (0,0193)
Σοβαρή υλική στέρηση (β.α.: όχι)	0,0752*** (0,0147)	0,0841*** (0,0183)	0,0720*** (0,0174)	0,0536*** (0,0114)
Σοβαρά προβλήματα στέγασης (β.α.: όχι)	0,0287* (0,0169)	0,0285 (0,0188)	0,0624** (0,0312)	0,0601*** (0,019)
Περιφέρεια κατοικίας (β.α.: Αττική)				
Κεντρική Ελλάδα	0,0113 (0,0132)	0,0018 (0,012)	-0,0664*** (0,0197)	-0,0065 (0,0133)
Βόρεια Ελλάδα	-0,0314** (0,0147)	-0,0399*** (0,0136)	-0,0797*** (0,0204)	-0,0457*** (0,013)
Νησιά Αιγαίου, Κρήτη	0,0138 (0,0185)	0,019 (0,0184)	-0,0777*** (0,0218)	-0,0287* (0,016)
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού (β.α.: Πυκνοκατοικημένη περιοχή)				
Μέσης πυκνότητας περιοχή	-0,0207 (0,0151)	0,0126 (0,0149)	0,0555** (0,0228)	0,0049 (0,0122)
Αραιοκατοικημένη περιοχή	0,0055 (0,013)	-0,0128 (0,0111)	0,0101 (0,0145)	0,0019 (0,0122)
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0482*** (0,013)	0,0101 (0,0112)	0,0420*** (0,0157)	0,0312*** (0,0108)
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0432*** (0,0161)	0,0426*** (0,0148)	-0,0214 (0,0151)	0,0699*** (0,0136)
Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-0,0158 (0,0186)	0,0349** (0,0158)	0,0291 (0,0183)	0,0298** (0,0131)
Παρατηρήσεις	11,879	13,583	11,253	29,214
LR χ^2 test για το υπόδειγμα	$\chi^2(32)=3183,8$ 61, p-value <0,001	$\chi^2(32)=4082,4$ 56, p-value <0,001	$\chi^2(32)=4017,7$ 41, p-value <0,001	$\chi^2(32)=7796,1$ 26, p-value <0,001
McFadden (adjusted) R^2	0,257	0,274	0,303	0,231

Υποσημείωση: *** Στατιστικά σημαντικά σε $\alpha = 1\%$. ** Στατιστικά σημαντικό σε $\alpha = 5\%$. * Στατιστικά σημαντικό σε $\alpha = 10\%$. Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων.

Οι τελευταίες οριακές επιδράσεις που θα εξεταστούν αφορούν στους παράγοντες της παρουσίας σοβαρών περιορισμών στις καθημερινές

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

δραστηριότητες λόγω προβλημάτων υγείας (**Πίνακας 8-10**). Η υψηλότερη ηλικία συνδέεται με μεγαλύτερο κίνδυνο λειτουργικών περιορισμών, με τις διαφορές υγείας να επιτείνονται συνεχώς κατά τη διάρκεια του χρόνου. Το φύλο και σε αυτήν την έκβαση υγείας δεν αποτελεί σημαντικό προσδιοριστή. Έπειτα, οι χήροι(ες) ή διαζευγμένοι(ες) συνδέονται με σημαντικά χειρότερο επίπεδο υγείας, με τις ανισότητες υγείας με τους έγγαμους να ενισχύονται μέχρι και το 2012, ενώ στη συνέχεια παρατηρείται μια σταθεροποίηση. Επίσης, στατιστικά σημαντική είναι και η διαφορά υγείας μεταξύ έγγαμων και άγαμων το 2008. Οι Έλληνες πολίτες συνδέονται με υψηλότερο επιπολασμό σοβαρών περιορισμών στις καθημερινές δραστηριότητες από το 2008 και έπειτα, αλλά μόνο οι διαφορές με τους πολίτες άλλων χωρών εκτός Ε.Ε. το 2012 επιτυγχάνουν στατιστική σημαντικότητα.

Το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης μειώνει τον κίνδυνο παρουσίας σοβαρών περιορισμών στις καθημερινές δραστηριότητες. Μάλιστα, η προστατευτική επίδρασή του και οι ανισότητες υγείας ενισχύονται διαρκώς με την πάροδο του χρόνου. Οι εργαζόμενοι πλήρους απασχόλησης σχετίζονται με χαμηλότερο επιπολασμό σοβαρών περιορισμών υγείας σε σχέση με τις υπόλοιπες επαγγελματικές κατηγορίες. Επίσης, είναι ενδιαφέρον πως οι διαφορές υγείας με τους εργαζόμενους μερικής απασχόλησης και τους ανέργους συμπίεζονται τόσο το 2012 ώστε να μην είναι πλέον στατιστικά σημαντικές, αν και το 2015 αποκτούν ξανά στατιστική σημαντικότητα για τους ανέργους. Έπειτα, τα νοικοκυριά που χαρακτηρίζονται από χαμηλή ένταση εργασίας σχετίζονται με σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο σοβαρών περιορισμών υγείας το 2008, αλλά όχι και τα υπόλοιπα έτη. Είναι αξιοσημείωτο πως, αν και φαίνεται να υπάρχει μια εισοδηματική διαβάθμιση των σοβαρών περιορισμών υγείας, οι διαφορές υγείας με την χαμηλότερη εισοδηματική κατηγορία δεν επιτυγχάνουν στατιστική σημαντικότητα, με εξαίρεση εκείνες με το πλουσιότερο πεμπτημόριο το 2008. Αντίθετα, η σοβαρή υλική στέρση συνδέεται με χειρότερο επίπεδο υγείας, με την αρνητική επίδραση να επιτείνεται διαρκώς με τον χρόνο. Τέλος, τα σοβαρά προβλήματα στέγασης σχετίζονται με σημαντικά υψηλότερο επιπολασμό σοβαρών περιορισμών υγείας μόνο το 2015.

Η γεωγραφική περιφέρεια κατοικίας και ο βαθμός πυκνότητας του πληθυσμού δεν φαίνεται να επηρεάζουν τον κίνδυνο των σοβαρών

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

περιορισμών υγείας, με εξαίρεση τον μικρότερο επιπολασμό που σημειώνουν οι μέσης πυκνότητας περιοχές σε σχέση με τις πυκνοκατοικημένες. το 2015.

Ο αρνητικός αντίκτυπος των προβλημάτων θορύβου στον κίνδυνο των σοβαρών περιορισμών υγείας μετριάζεται μεταξύ 2005 και 2008 τόσο ώστε να καθίσταται μη στατιστικά σημαντικός. Πάντως, το 2012 οι ανισότητες υγείας οξύνονται σημαντικά, ενώ το 2015 παρατηρείται μια μικρή μείωσή τους. Έπειτα, οι γειτονίες με προβλήματα μόλυνσης παρουσιάζουν σημαντικά χειρότερο επίπεδο υγείας το 2008 και το 2015, ενώ τα υπόλοιπα έτη οι διαφορές υγείας δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Τέλος, τα προβλήματα εγκληματικότητας φαίνεται να αυξάνουν σημαντικά την πιθανότητα παρουσίας σοβαρών περιορισμών υγείας μετά το 2008, αλλά όχι και για την περίοδο πριν την έναρξη της κρίσης.

Πίνακας 8-10 Οριακές επιδράσεις των παραγόντων της παρουσίας σοβαρών περιορισμών στις καθημερινές δραστηριότητες λόγω προβλημάτων υγείας

	2005	2008	2012	2015
Ηλικία (β.α.: 25-44 ετών)				
<i>16-24 ετών</i>	-0,0111*** (0,003)	-0,0107*** (0,0024)	-0,0214*** (0,0071)	-0,0225*** (0,0042)
<i>45-64 ετών</i>	0,0179*** (0,005)	0,0410*** (0,0055)	0,0254*** (0,008)	0,0376*** (0,0057)
<i>65 ετών και άνω</i>	0,0383*** (0,0094)	0,0890*** (0,0121)	0,0955*** (0,0178)	0,1239*** (0,0115)
Φύλο (β.α.: Άνδρας)	-0,0014 (0,0029)	-0,0018 (0,003)	-0,0043 (0,0055)	-0,0029 (0,0037)
Οικογενειακή κατάσταση (β.α.: Έγγαμος/η)				
<i>Άγαμος/η</i>	-0,0053 (0,0045)	0,0231*** (0,0064)	0,0112 (0,0098)	0,0095 (0,0068)
<i>Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η</i>	0,0079* (0,0044)	0,0143*** (0,0044)	0,0349*** (0,0109)	0,0337*** (0,0055)
Υπηκοότητα (β.α.: Ελληνική)				
<i>Άλλης Ε.Ε. χώρας</i>	0,0117 (0,0198)	-0,0119 (0,0105)	-0,0283 (0,026)	-0,0186 (0,0215)
<i>Άλλης χώρας</i>	0,001 (0,009)	-0,0064 (0,0065)	-0,0443*** (0,0064)	-0,0177** (0,0088)
Επίπεδο εκπαίδευσης (β.α.: Δημοτικό ή χαμηλότερα)				
<i>Γυμνάσιο</i>	-0,0051 (0,0052)	0,0023 (0,0066)	-0,0372*** (0,011)	-0,0309*** (0,0074)
<i>Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ</i>	-0,0024 (0,0044)	-0,0090** (0,0039)	-0,0467*** (0,009)	-0,0496*** (0,0061)
<i>ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό</i>	-0,0128** (0,0051)	-0,0182*** (0,0047)	-0,0468*** (0,0113)	-0,0559*** (0,0069)
Κύρια ασχολία (β.α.: Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση)				

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	0,0212** (0,0103)	0,0157** (0,0077)	-0,0055 (0,0122)	0,0158 (0,0097)
Άνεργος/η	0,0111 (0,0069)	0,0190** (0,008)	0,0086 (0,0096)	0,0302*** (0,0067)
Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	-0,0031 (0,0039)	0,0025 (0,0106)	-0,0274*** (0,0094)	0,0064 (0,011)
Συνταξιούχος	0,0572*** (0,0094)	0,0568*** (0,0082)	0,0456*** (0,0131)	0,0712*** (0,0079)
Ανάπηρος/η	0,5234*** (0,0528)	0,6252*** (0,0572)	0,4808*** (0,08)	0,7535*** (0,0334)
Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	0,0248*** (0,0054)	0,0317*** (0,0058)	0,0419*** (0,0121)	0,0446*** (0,007)
Χαμηλή ένταση εργασίας (β.α.: όχι)	-0,0006 (0,0047)	-0,0140*** (0,0036)	0,0144 (0,0113)	-0,0099* (0,006)
Εισοδηματικό πεμπτημόριο (β.α.: Φτωχότερο)				
2	0,0023 (0,0043)	-0,0015 (0,0042)	0,0008 (0,0059)	-0,0022 (0,0042)
3	-0,0001 (0,0045)	0,0015 (0,0048)	-0,0008 (0,0073)	-0,0111** (0,0056)
4	-0,0090* (0,0048)	-0,0051 (0,005)	-0,0026 (0,0093)	-0,0061 (0,0076)
Πλουσιότερο	-0,0088* (0,0052)	-0,0101** (0,0048)	-0,0024 (0,0146)	-0,0125 (0,0096)
Σοβαρή υλική στέρηση (β.α.: όχι)	0,0272*** (0,0063)	0,0314*** (0,007)	0,0328*** (0,0099)	0,0349*** (0,0066)
Σοβαρά προβλήματα στέγασης (β.α.: όχι)	0,0067 (0,0061)	-0,0033 (0,0052)	0,0099 (0,0161)	0,0262*** (0,0098)
Περιφέρεια κατοικίας (β.α.: Αττική)				
Κεντρική Ελλάδα	-0,001 (0,0039)	0,0032 (0,0039)	-0,0132 (0,009)	-0,0005 (0,0058)
Βόρεια Ελλάδα	-0,0066 (0,0044)	-0,0032 (0,0045)	-0,0193** (0,0099)	-0,0064 (0,0058)
Νησιά Αιγαίου, Κρήτη	-0,0034 (0,0052)	0,0015 (0,0058)	-0,0058 (0,0109)	0,0067 (0,0081)
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού (β.α.: Πυκνοκατοικημένη περιοχή)				
Μέσης πυκνότητας περιοχή	-0,0001 (0,0049)	0,0002 (0,0045)	0,0203 (0,0126)	-0,0117** (0,0049)
Αραιοκατοικημένη περιοχή	-0,0026 (0,0035)	0,0031 (0,0037)	-0,0029 (0,0067)	-0,0024 (0,0057)
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0147*** (0,0046)	0,0015 (0,004)	0,0244*** (0,0084)	0,0137** (0,006)
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0041 (0,0047)	0,0126** (0,0054)	-0,0007 (0,0071)	0,0197*** (0,0069)
Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-0,0072* (0,0041)	0,0011 (0,0051)	0,0146 (0,0093)	0,0146** (0,006)
Παρατηρήσεις	11,879	13,583	11,253	29,214
LR χ^2 test για το υπόδειγμα	$\chi^2(32)=1325,1$ 30, p -value <0,001	$\chi^2(32)=2028,8$ 53, p -value <0,001	$\chi^2(32)=1694,0$ 08, p -value <0,001	$\chi^2(32)=5370,8$ 73, p -value <0,001
McFadden (adjusted) R^2	0,224	0,252	0,209	0,244

Υποσημείωση: *** Στατιστικά σημαντικά σε $\alpha = 1\%$. ** Στατιστικά σημαντικό σε $\alpha = 5\%$. * Στατιστικά σημαντικό σε $\alpha = 10\%$. Τυπικά σφάλματα εντός των παρενθέσεων.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι μέσες εκτιμώμενες τιμές και πιθανότητες κατόπιν της εφαρμογής των υποδειγμάτων probit (**Πίνακας 8-11**). Διαπιστώνουμε, λοιπόν, ότι (για το μέσο άτομο) το μέσο επίπεδο υγείας χειροτερεύει για τις περισσότερες κατηγορίες του πληθυσμού με την πάροδο του χρόνου, τόσο για τα ανώτερα όσο και για τα κατώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Βέβαια, σε κάποιες περιπτώσεις για τα χρόνια προβλήματα και στις περισσότερες για την παρουσία πολύ κακής ή κακής υγείας καταγράφεται μια βελτίωση το 2012. Πάντως, δεν φαίνεται να υπάρχει κάποια γενικότερη τάση που να συνδέει συγκεκριμένα στρώματα του πληθυσμού με διαφορετικές μεταβολές στον χρόνο.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 8-11 Εκτιμώμενες τιμές και πιθανότητες (margins) για τις εκβάσεις υγείας ανά κατηγορία παράγοντα βάσει των υποδειγμάτων probit

Μεταβλητές	Κατηγορίες	Μέση εκτιμημένη κατάσταση υγείας				Μέση πιθανότητα ύπαρξης πολύ κακής ή κακής υγείας				Μέση πιθανότητα ύπαρξης χρονίου προβλήματος				Μέση πιθανότητα ύπαρξης περιορισμών στις καθημερινές δραστηριότητες			
		2005	2008	2012	2015	2005	2008	2012	2015	2005	2008	2012	2015	2005	2008	2012	2015
Φύλο	Άνδρες	82,81	82,37	80,93	79,79	3,31	3,13	2,97	4,98	13,23	14,82	15,35	18,60	2,28	2,70	5,05	5,83
	Γυναίκες	82,35	82,13	81,01	79,62	2,61	2,86	2,49	4,29	13,03	13,50	15,12	18,97	2,13	2,52	4,62	5,53
Ηλικία	16-24 ετών	90,18	90,55	89,22	89,40	0,27	0,15	0,14	0,60	3,96	2,40	2,21	5,33	0,41	0,14	0,94	0,78
	25-44 ετών	87,26	86,82	85,91	85,15	1,69	1,50	1,57	2,43	7,35	8,26	7,50	11,28	1,52	1,21	3,09	3,03
	45-64 ετών	81,09	80,82	80,38	79,55	4,84	5,77	4,09	5,16	18,23	20,94	20,20	21,51	3,31	5,30	5,62	6,79
	65 ετών και άνω	71,75	71,52	70,63	69,44	10,20	11,28	8,61	13,96	32,46	34,38	41,14	37,15	5,35	10,11	12,64	15,41
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	83,33	82,53	81,92	80,70	3,49	4,74	3,83	4,14	11,94	13,32	14,96	18,57	1,77	4,27	5,36	5,99
	Έγγαμος/η	82,80	82,87	81,47	80,35	2,56	2,28	2,05	4,20	13,02	13,57	14,39	17,58	2,29	1,96	4,24	5,04
	Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η	79,21	77,91	75,82	74,85	4,23	3,93	5,52	8,30	17,50	20,50	21,49	25,31	3,09	3,40	7,73	8,41
Υπηκοότητα	Ελληνική	82,50	82,09	80,73	79,57	3,02	3,07	2,80	4,67	13,15	14,50	15,89	19,19	2,19	2,66	5,31	5,79
	Άλλης Ε.Ε. χώρας	84,07	83,67	83,84	80,87	1,01	2,43		5,41	15,03	9,61	10,00	16,03	3,37	1,47	2,48	3,93
	Άλλης χώρας	84,40	84,98	84,46	82,21	1,77	1,80	1,62	3,42	12,22	9,26	7,61	12,33	2,29	2,02	0,88	4,01
Επίπεδο εκπαίδευσης	Δημοτικό ή χαμηλότερα	80,17	78,89	75,66	74,88	3,89	4,34	5,49	7,93	15,75	18,80	23,89	26,51	2,61	3,35	8,41	9,52
	Γυμνάσιο	83,08	82,44	81,20	79,56	2,92	4,30	2,74	5,10	13,61	15,20	15,83	19,64	2,11	3,58	4,69	6,43
	Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	83,67	83,87	82,68	81,28	3,27	2,40	1,89	4,07	12,17	12,39	13,38	16,28	2,38	2,45	3,75	4,56
	ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	85,11	84,67	84,16	82,82	1,22	1,82	2,02	2,68	9,89	10,34	10,19	14,87	1,33	1,53	3,73	3,93
Κύρια ασχολία	Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση	85,51	85,58	83,84	82,72	1,41	1,21	1,09	2,40	9,42	8,87	11,23	12,88	1,04	1,21	3,67	2,88
	Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	83,84	83,40	83,33	82,09	2,79	2,91	1,65	2,53	13,65	14,93	12,10	16,33	3,16	2,78	3,12	4,46
	Άνεργος/η	85,02	82,74	82,42	81,89	2,69	5,02	2,80	3,55	11,58	15,04	13,85	15,04	2,15	3,11	4,54	5,90
	Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	85,12	84,38	84,42	82,69	2,17	2,98	0,51	4,49	8,22	11,41	8,59	14,31	0,74	1,46	0,93	3,52
	Συνταξιούχος	76,44	76,57	76,28	75,43	8,16	7,89	8,00	8,50	22,72	24,18	23,73	27,86	6,76	6,89	8,23	10,01
	Ανάπηρος/η	47,08	44,06	48,67	44,99	62,38	68,63	60,55	68,57	85,58	94,95	86,99	95,50	53,38	63,73	51,75	78,24

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

	Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	82,19	81,41	79,90	79,00	4,17	4,86	5,44	6,36	14,81	17,71	17,54	21,26	3,52	4,38	7,86	7,34
Χαμηλή ένταση εργασίας	Όχι	82,62	82,25	81,16	79,69	2,91	3,00	2,56	4,64	13,00	14,07	14,65	18,81	2,21	2,74	4,67	5,82
	Ναι	81,97	82,25	79,53	79,78	3,36	2,86	4,09	4,45	15,04	15,13	19,98	18,69	2,15	1,34	6,11	4,82
Εισοδηματικό πεμπτημόριο	Φτωχότερο	81,56	81,74	81,00	79,32	3,72	3,43	2,86	5,16	14,18	14,45	14,74	18,86	2,53	2,95	4,88	6,01
	2	81,80	81,25	80,94	79,56	3,73	3,64	2,64	4,55	15,04	16,13	15,31	18,82	2,76	2,81	4,96	5,78
	3	82,82	81,67	80,26	80,08	3,15	3,41	3,55	4,13	12,85	15,40	16,21	19,87	2,52	3,10	4,80	4,90
	4	83,10	82,92	81,19	80,86	2,21	2,53	2,20	3,31	11,89	12,65	15,47	17,66	1,63	2,44	4,62	5,39
	Πλουσιότερο	83,84	83,58	82,63	81,15	2,02	2,23	1,52	4,07	11,42	12,44	14,28	16,73	1,64	1,94	4,63	4,76
Σοβαρή υλική στέρηση	Όχι	83,10	82,61	81,51	80,28	2,61	2,72	2,37	4,11	12,30	13,36	13,99	17,72	1,96	2,37	4,31	5,04
	Ναι	79,01	79,24	78,68	77,54	6,18	6,10	4,68	6,89	19,83	21,77	21,19	23,08	4,68	5,51	7,59	8,53
Σοβαρά προβλήματα στέγασης	Όχι	82,67	82,38	81,19	79,81	2,90	2,90	2,52	4,49	12,89	13,93	14,82	18,44	2,15	2,64	4,76	5,53
	Ναι	81,68	80,71	78,20	78,06	3,36	4,26	6,63	6,69	15,76	16,79	21,06	24,45	2,82	2,31	5,75	8,15
Περιφέρεια κατοικίας	Κεντρική Ελλάδα	82,20	81,93	81,50	79,48	3,08	3,26	2,65	4,70	14,48	14,96	13,41	19,83	2,31	2,88	4,44	5,74
	Αττική	83,74	83,12	81,83	81,07	2,36	2,96	2,35	4,16	10,20	10,79	12,07	15,91	1,76	2,25	3,82	5,15
	Βόρεια Ελλάδα	82,52	82,38	80,08	79,09	2,93	2,64	2,89	4,40	13,34	14,78	20,05	20,48	2,41	2,57	5,76	5,78
	Νησιά Αιγαίου, Κρήτη	81,61	81,05	80,79	79,17	4,01	3,69	3,14	6,41	14,72	16,68	12,27	17,61	2,07	2,72	5,18	6,45
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού	Πυκνοκατοικημένη περιοχή	82,19	82,10	81,01	79,71	2,99	3,11	2,40	5,05	13,17	14,60	14,18	18,60	2,33	2,47	4,72	6,08
	Μέσης πυκνότητας περιοχή	82,78	81,29	78,94	79,70	2,29	4,27	4,07	4,00	11,11	15,86	19,73	19,09	2,32	2,49	6,76	4,92
	Αραιοκατοικημένη περιοχή	82,86	82,65	81,55	79,69	3,11	2,61	2,76	4,63	13,72	13,32	15,19	18,78	2,07	2,78	4,44	5,84
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά	Όχι	83,02	82,57	81,42	79,90	2,64	2,80	2,35	4,47	12,22	13,92	14,24	18,21	1,95	2,58	4,29	5,43
	Ναι	80,90	81,17	79,65	78,88	4,37	3,72	4,10	5,24	17,04	14,93	18,44	21,33	3,42	2,72	6,73	6,80
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά	Όχι	82,88	82,55	80,98	80,06	2,75	3,05	2,80	4,33	12,41	13,33	15,82	17,56	2,13	2,39	4,85	5,33
	Ναι	81,23	81,11	80,95	78,17	3,95	2,75	2,49	5,95	16,73	17,59	13,68	24,55	2,55	3,65	4,78	7,30
Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά	Όχι	82,57	82,37	81,11	79,88	3,02	2,95	2,58	4,43	13,27	13,75	14,68	18,42	2,27	2,60	4,56	5,50
	Ναι	82,69	81,40	80,39	78,51	2,15	3,26	3,34	6,00	11,69	17,25	17,58	21,41	1,55	2,70	6,02	6,96

8.3.3. Εισοδηματικές ανισότητες υγείας

Σε αυτήν την υποενότητα θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα για τις εισοδηματικές ανισότητες υγείας για κάθε έκβαση υγείας.

8.3.3.1. Παράγοντες των εισοδηματικών ανισοτήτων υγείας

Αρχικά, θα εξεταστούν οι εκτιμήσεις για τους παράγοντες των εισοδηματικών ανισοτήτων για κάθε έκβαση υγείας και για κάθε έτος. Η συμβολή κάθε παράγοντα ισούται με το γινόμενο της ελαστικότητάς του με την άνιση κατανομή του ως προς το εισόδημα στον πληθυσμό (CI ή E).

Ως προς την εκτιμημένη κατάσταση υγείας, η συνολική επίπτωση των δημογραφικών παραγόντων επιτείνει τις εισοδηματικές ανισότητες υγείας το 2005 (21,7%) και το 2008 (10,7%), αλλά τις μειώνει το 2012 (-35%) και το 2015 (-31,6%) (**Πίνακας 8-12**). Η εξέλιξη αυτή οφείλεται στην αντίθετη κινητικότητα ως προς το εισόδημα των νεότερων και των ηλικιωμένων ατόμων, με τους πρώτους να συγκεντρώνονται περισσότερο στα χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα και τους δεύτερους στις ανώτερες εισοδηματικές κατηγορίες με την πάροδο του χρόνου. Το φύλο δεν επηρεάζει τις εισοδηματικές ανισότητες υγείας καθόλη τη διάρκεια της περιόδου της ανάλυσης (0,2%, 0,1%, -0,1%, 0,1%, αντίστοιχα). Αντίθετα, η οικογενειακή κατάσταση αυξάνει λίγο τη σχετικά μικρή θετική (αυξητική) συμβολή της κατά τη διάρκεια της κρίσης (6,5% και 6,9%, αντίστοιχα), το οποίο οφείλεται κυρίως στη μεγαλύτερη αντιπροσώπευση των χήρων ή διαζευγμένων στα χαμηλότερα εισοδήματα. Τέλος, η υπηκοότητα ενίσχυσε τη μειωτική συμβολή της κατά τη διάρκεια της κρίσης (-13,4% και -8%, αντίστοιχα), λόγω της μεγαλύτερης συγκέντρωσης των πολιτών άλλων χωρών εκτός Ε.Ε. στο κάτω τμήμα της εισοδηματικής κλίμακας.

Η συμβολή συνολικά των κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών στις ανισότητες υγείας ήταν η μεγαλύτερη μεταξύ των βασικών ομάδων παραγόντων, με τη βαρύτητά της να επιτείνεται με την πάροδο του χρόνου (82,7%, 96,3%, 158,8% και 144,9%, αντίστοιχα). Αυτό μπορεί να αποδοθεί κυρίως στην ενίσχυση της αυξητικής συνεισφοράς του επιπέδου εκπαίδευσης (23%, 28,2%, 73,6% και 63%, αντίστοιχα) –που είναι και ο πιο σημαντικός παράγοντας των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας– και της σοβαρής

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

υλικής στέρσης (12,4%, 13,1%, 48%, 44%) κατά τη διάρκεια της κρίσης. Η εξέλιξη αυτή οφείλεται κυρίως στην αύξηση της ελαστικότητας στο ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο και της ανισοκατανομής στη σοβαρή υλική στέρση. Η κύρια ασχολία επιδεινώνει αρκετά τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας μέχρι και το 2008 (20,2% και 25,8%, αντίστοιχα). Ωστόσο, η σημαντικότητά της περιορίστηκε κατά την περίοδο της βαθιάς ύφεσης (6,4%) και, μάλιστα, αντιστράφηκε η κατεύθυνση της συμβολής της το 2015 (-2%), κυρίως λόγω της ενίσχυσης της συγκέντρωσης των συνταξιούχων στα ανώτερα εισοδηματικά στρώματα. Επίσης, θα πρέπει να επισημανθεί ότι ενισχύεται και η μικρή συμβολή των ανέργων στις εισοδηματικές ανισότητες υγείας κατά το 2012 (9,3%), λόγω της αύξησης τόσο της ελαστικότητας όσο και της ανισοκατανομής τους ως προς το εισόδημα. Οι εισοδηματικές κατηγορίες επιτείνουν τις εισοδηματικές ανισότητες υγείας, έχοντας την ίδια βαρύτητα με τον παράγοντα της εκπαίδευσης κατά τα έτη 2005 (25,3%) και 2008 (27%). Ωστόσο, το 2012 παρατηρείται ένας υποδιπλασιασμός της επίπτωσής τους (9,7%), η οποία στη συνέχεια ανακάμπτει με μεγαλύτερη ένταση (35,8%). Η μεταβολή του 2012 οφείλεται κατά κύριο λόγο στην αρνητική ελαστικότητα και τη μεγαλύτερη συγκέντρωση του μεσαίου εισοδηματικού πεμπτημορίου στα υψηλότερα εισοδήματα, ενώ το 2015 η ελαστικότητα γίνεται πάλι θετική. Τέλος, η χαμηλή ένταση εργασίας και τα σοβαρά προβλήματα στέγασης δεν συμβάλουν σημαντικά στις εισοδηματικές ανισότητες υγείας, εκτός από το 2012 (10,6% και για τους δύο παράγοντες), οπότε και σημειώνεται μια παροδική, ισχυρή αύξηση της ελαστικότητάς τους.

Η περιοχή κατοικίας αμβλύνει τις εισοδηματικές ανισότητες υγείας, ιδίως κατά το 2012 (-20%). Αυτό αποδίδεται στις μεταβολές που παρατηρούνται αμφότερα στη γεωγραφική περιφέρεια κατοικίας και τον βαθμό πυκνότητας του πληθυσμού.

Τα προβλήματα της γειτονιάς μειώνουν τις εισοδηματικές ανισότητες υγείας, αλλά η συμβολή τους είναι μικρή (-4,2%, -4%, -3,6% και -6,5%, αντίστοιχα). Πάντως, μικρή ενίσχυση παρατηρείται το 2015 ως προς την αρνητική για τον C1 συνεισφορά των προβλημάτων μόλυνσης (-3,3%).

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι η συμβολή του καταλοίπου είναι πολύ μικρή, το οποίο σημαίνει ότι το υπόδειγμα είναι καλώς προσδιορισμένο.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 8-12 Ανάλυση παραγόντων των εισοδηματικών ανισοτήτων (CI) στην εκτιμημένη κατάσταση υγείας

	2005				2008				2012				2015			
	ηκ	CI _k	Απόλυτη συμβολή	% συμβολή	ηκ	CI _k	Απόλυτη συμβολή	% συμβολή	ηκ	CI _k	Απόλυτη συμβολή	% συμβολή	ηκ	CI _k	Απόλυτη συμβολή	% συμβολή
Ηλικία (β.α.: 25-44 ετών)			0,0045	20,25			0,0021	10,80			-0,0022	-27,98			-0,0028	-30,61
16-24 ετών	0,0044	-0,0946	-0,0004	-1,86	0,0052	-0,1180	-0,0006	-3,13	0,0041	-0,1760	-0,0007	-9,24	0,0050	-0,1740	-0,0009	-9,61
45-64 ετών	-0,0224	0,0378	-0,0008	-3,80	-0,0227	0,0461	-0,0011	-5,31	-0,0219	0,0248	-0,0005	-6,90	-0,0231	0,0252	-0,0006	-6,38
65 ετών και άνω	-0,0387	-0,1500	0,0058	25,91	-0,0381	-0,0995	0,0038	19,24	-0,0433	0,0215	-0,0009	-11,84	-0,0503	0,0265	-0,0013	-14,62
Φύλο (β.α.: Άνδρας)	-0,0084	-0,0058	0,0000	0,22	-0,0043	-0,0050	0,0000	0,11	0,0015	-0,0059	0,0000	-0,11	-0,0031	-0,0032	0,0000	0,11
Οικογενειακή κατάσταση (β.α.: Έγγαμος/η)			0,0005	2,35			0,0005	2,78			0,0005	6,48			0,0006	6,89
Άγαμος/η	0,0018	0,0265	0,0000	0,21	-0,0012	0,0280	0,0000	-0,16	0,0014	-0,0147	0,0000	-0,27	0,0012	-0,0097	0,0000	-0,12
Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η	-0,0044	-0,1080	0,0005	2,14	-0,0064	-0,0913	0,0006	2,94	-0,0077	-0,0692	0,0005	6,75	-0,0093	-0,0688	0,0006	7,01
Υπηκοότητα (β.α.: Ελληνική)			-0,0002	-1,09			-0,0006	-3,00			-0,0011	-13,38			-0,0007	-8,02
Άλλης Ε.Ε. χώρας	0,0002	-0,0862	0,0000	-0,07	0,0002	-0,1560	0,0000	-0,18	0,0005	-0,1930	-0,0001	-1,20	0,0001	-0,1680	0,0000	-0,26
Άλλης χώρας	0,0008	-0,2800	-0,0002	-1,01	0,0017	-0,3230	-0,0006	-2,82	0,0025	-0,3890	-0,0010	-12,18	0,0016	-0,4540	-0,0007	-7,76
Συνολική επίπτωση δημογραφικών μεταβλητών			0,0048	21,73			0,0021	10,69			-0,0027	-34,99			-0,0029	-31,63
Επίπεδο εκπαίδευσης (β.α.: Δημοτικό ή χαμηλότερα)			0,0051	23,00			0,0056	28,20			0,0058	73,61			0,0057	63,04
Γυμνάσιο	0,0045	-0,0981	-0,0004	-1,96	0,0053	-0,1650	-0,0009	-4,42	0,0083	-0,1570	-0,0013	-16,65	0,0066	-0,1900	-0,0013	-13,82
Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	0,0146	0,0784	0,0011	5,12	0,0221	0,0338	0,0007	3,79	0,0336	-0,0448	-0,0015	-19,14	0,0306	-0,0217	-0,0007	-7,28
ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	0,0102	0,4360	0,0044	19,84	0,0136	0,4180	0,0057	28,83	0,0237	0,3630	0,0086	109,40	0,0233	0,3290	0,0077	84,13
Κύρια ασχολία (β.α.: Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση)			0,0045	20,18			0,0051	25,84			0,0005	6,36			-0,0002	-2,00
Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	-0,0009	-0,1690	0,0002	0,71	-0,0012	-0,1860	0,0002	1,09	-0,0003	-0,1350	0,0000	0,53	-0,0003	-0,2000	0,0001	0,66
Άνεργος/η	-0,0003	-0,2450	0,0001	0,37	-0,0017	-0,2540	0,0004	2,14	-0,0024	-0,3110	0,0007	9,32	-0,0015	-0,3510	0,0005	5,69
Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	-0,0004	-0,0634	0,0000	0,11	-0,0011	-0,0837	0,0001	0,48	0,0006	-0,1150	-0,0001	-0,83	0,0000	-0,1260	0,0000	0,04
Συνταξιούχος	-0,0219	-0,0876	0,0019	8,60	-0,0224	-0,0285	0,0006	3,24	-0,0234	0,0897	-0,0021	-26,76	-0,0235	0,1090	-0,0026	-28,20
Ανάπηρος/η	-0,0057	-0,2320	0,0013	5,88	-0,0066	-0,3790	0,0025	12,64	-0,0040	-0,1590	0,0006	8,15	-0,0065	-0,1110	0,0007	7,86

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	-0,0063	-0,1610	0,0010	4,51	-0,0076	-0,1610	0,0012	6,25	-0,0059	-0,2130	0,0013	15,96	-0,0061	-0,1790	0,0011	11,94
Χαμηλή ένταση εργασίας (β.α.: όχι)	-0,0005	-0,2980	0,0002	0,72	0,0000	-0,3020	0,0000	0,00	-0,0023	-0,3620	0,0008	10,58	0,0002	-0,3770	-0,0001	-0,65
Εισοδηματικό πεμπτημόριο (β.α.: Φτωχότερο)			0,0056	25,27			0,0053	26,95			0,0008	9,72			0,0033	35,83
2	0,0007	-0,3710	-0,0002	-1,11	-0,0012	-0,4310	0,0005	2,59	-0,0002	-0,0540	0,0000	0,12	0,0008	0,1900	0,0002	1,69
3	0,0031	0,0602	0,0002	0,83	-0,0002	-0,0279	0,0000	0,02	-0,0018	0,3990	-0,0007	-9,14	0,0014	0,6030	0,0008	8,93
4	0,0034	0,4420	0,0015	6,70	0,0029	0,3800	0,0011	5,62	0,0003	0,7330	0,0002	2,99	0,0017	0,8310	0,0014	15,36
Πλουσιότερο	0,0052	0,8120	0,0042	18,86	0,0047	0,7920	0,0037	18,72	0,0013	0,9340	0,0012	15,76	0,0009	0,9590	0,0009	9,85
Σοβαρή υλική στέρηση (β.α.: όχι)	-0,0063	-0,4410	0,0028	12,44	-0,0044	-0,5920	0,0026	13,12	-0,0067	-0,5650	0,0038	47,96	-0,0073	-0,5480	0,0040	43,98
Σοβαρά προβλήματα στέγασης (β.α.: όχι)	-0,0011	-0,2170	0,0002	1,06	-0,0016	-0,2660	0,0004	2,16	-0,0027	-0,3110	0,0008	10,59	-0,0014	-0,3050	0,0004	4,69
Συνολική επίπτωση ατομικών κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών			0,0185	82,66			0,0190	96,26			0,0125	158,83			0,0132	144,88
Περιφέρεια κατοικίας (β.α.: Αττική)			-0,0001	-0,49			0,0000	-0,12			-0,0010	-12,85			-0,0008	-8,51
Κεντρική Ελλάδα	-0,0012	-0,1120	0,0001	0,62	-0,0017	-0,1210	0,0002	1,07	0,0055	-0,1040	-0,0006	-7,32	0,0014	-0,0462	-0,0001	-0,69
Βόρεια Ελλάδα	0,0029	-0,1110	-0,0003	-1,45	0,0018	-0,1120	-0,0002	-1,02	0,0046	-0,0972	-0,0004	-5,63	0,0062	-0,1140	-0,0007	-7,71
Νησιά Αιγαίου, Κρήτη	-0,0010	-0,0757	0,0001	0,35	-0,0016	0,0210	0,0000	-0,17	0,0009	0,0096	0,0000	0,11	0,0001	-0,0903	0,0000	-0,10
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού (β.α.: Πυκνοκατοικημένη περιοχή)			-0,0004	-1,93			-0,0006	-3,04			-0,0006	-7,20			0,0000	0,11
Μέσης πυκνότητας περιοχή	0,0009	0,1970	0,0002	0,84	-0,0012	0,1350	-0,0002	-0,84	-0,0032	0,0953	-0,0003	-3,92	0,0000	0,0436	0,0000	-0,02
Αραιοκατοικημένη περιοχή	0,0037	-0,1660	-0,0006	-2,76	0,0031	-0,1380	-0,0004	-2,20	0,0027	-0,0968	-0,0003	-3,28	-0,0001	-0,1310	0,0000	0,13
Συνολική επίπτωση περιοχής κατοικίας			-0,0005	-2,41			-0,0006	-3,16			-0,0016	-20,05			-0,0008	-8,40
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-0,0054	0,0907	-0,0005	-2,17	-0,0038	0,0633	-0,0002	-1,23	-0,0055	0,0294	-0,0002	-2,06	-0,0025	0,0556	-0,0001	-1,52
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-0,0037	0,1280	-0,0005	-2,10	-0,0036	0,1180	-0,0004	-2,14	-0,0001	0,0316	0,0000	-0,03	-0,0045	0,0663	-0,0003	-3,31
Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0001	0,0751	0,0000	0,04	-0,0014	0,0893	-0,0001	-0,63	-0,0018	0,0646	-0,0001	-1,46	-0,0022	0,0692	-0,0002	-1,69

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Συνολική επίπτωση προβλημάτων γειτονιάς κατοικίας			-0,0009	-4,23			-0,0008	-4,00			-0,0003	-3,56			-0,0006	-6,51
Residual			0,0005	2,26			0,0000	0,21			0,0000	-0,26			0,0002	1,68
CI			0,0223				0,0197				0,0078				0,00911	

Υποσημείωση: η_k : Ελαστικότητα της έκβασης υγείας ως προς τον παράγοντα k , CI_k : Δείκτης συγκέντρωσης παράγοντα k , CI : Δείκτης συγκέντρωσης έκβασης υγείας, β.α.: Βάση αναφοράς.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης παραγόντων των εισοδηματικών ανισοτήτων ως προς την παρουσία πολύ κακής ή κακής υγείας (**Πίνακας 8-13**). Συνολικά, οι δημογραφικές μεταβλητές αυξάνουν σε μικρό βαθμό τις εισοδηματικές ανισότητες υγείας μέχρι και το 2008 (9,4% και 4,9%, αντίστοιχα), ενώ τις αμβλύνουν κατά τη διάρκεια της κρίσης (-9,4% και -11,5%, αντίστοιχα). Η εξέλιξη αυτή οφείλεται κυρίως στις μεταβολές στη συμβολή της ηλικίας, καθότι το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση και η υπηκοότητα δεν συνδέονται με σημαντική συμβολή στις ανισότητες υγείας κατά τη διάρκεια της περιόδου της ανάλυσης. Παρατηρούμε, λοιπόν, ότι, κατά το 2012, αυξάνεται σημαντικά η συγκέντρωση των εφήβων και των νεαρών ενήλικων στα χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα και των ηλικιωμένων στις ανώτερες εισοδηματικές κατηγορίες. Έτσι, στο κάτω τμήμα της κατανομής του εισοδήματος συμπεριλαμβάνονται πλέον υγιέστερα άτομα και στο άνω τμήμα λιγότερο υγιή (για βιολογικούς λόγους), με συνέπεια οι εισοδηματικές ανισότητες υγείας να συμπιέζονται από την επίπτωση της ηλικίας.

Αντίθετα, η ήδη σημαντική θετική συμβολή συνολικά των κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών στην παραγωγή των εισοδηματικών ανισοτήτων υγείας επιτάθηκε ακόμη περισσότερο με την πάροδο του χρόνου (56,4%, 68,9%, 87,3% και 96,4%, αντίστοιχα). Η εξέλιξη αυτή οφείλεται στην άνοδο της σημαντικότητας των παραγόντων της εκπαίδευσης και της σοβαρής υλικής στέρσης κατά τη διάρκεια της κρίσης, καθώς και του εισοδήματος το 2015 (26,9%). Ειδικότερα, η αύξηση της συμβολής της μεταβλητής της εκπαίδευσης (18,5% και 28,2%, αντίστοιχα) οφείλεται κατά κύριο λόγο στην ενίσχυση της ελαστικότητας²⁹⁷ της υγείας ως προς το ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο. Επίσης, η σοβαρή υλική στέρση επιδεινώνει περισσότερο τις εισοδηματικές ανισότητες υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης (28,1% και 29,5%, αντίστοιχα), λόγω της διεύρυνσης της άνισης κατανομής της στον πληθυσμό. Η συνεισφορά της κύριας ασχολίας βαίνει μειούμενη κατά τη διάρκεια της κρίσης, γεγονός που οφείλεται κυρίως στη μεταστροφή της συγκέντρωσης των

²⁹⁷ Ως ελαστικότητα στις περιπτώσεις της ανάλυσης παραγόντων σε διωνυμικές εκβάσεις υγείας, εννοούμε την οριακή επίδραση στην υγεία του κάθε ερμηνευτικού παράγοντα.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

συνταξιούχων από τα χαμηλότερα στα ανώτερα εισοδηματικά στρώματα. Αυτό, μάλιστα, συμβαίνει παρά τη μικρή ενίσχυση της επίπτωσης της ομάδας των ανέργων στις εισοδηματικές ανισότητες υγείας, λόγω της επιδείνωσης της ανισοκατανομής τους ως προς το εισόδημα. Ως προς τον παράγοντα του εισοδήματος, παρατηρούμε μια σταδιακή αποκλιμάκωση της βαρύτητάς του μέχρι και το 2012 (18,3%, 15,3% και 10,2%, αντίστοιχα) και μια απότομη ενίσχυσή της το 2015 (26,8%). Η αποκλιμάκωση οφείλεται σε μεταβολές στο τέταρτο και το πέμπτο εισοδηματικό πεμπτημόριο, ενώ η ενίσχυση στην αύξηση της αρνητικής ελαστικότητας της τρίτης και της τέταρτης εισοδηματικής κατηγορίας. Τέλος, είναι ενδιαφέρον πως η χαμηλή ένταση εργασίας δεν αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τις εισοδηματικές ανισότητες υγείας για όλα τα έτη, εκτός από το 2012, οπότε και τις εντείνει σε μικρό βαθμό (7,8%). Η μεταβολή αυτή αποδίδεται στην επίταση της συγκέντρωσής της στα χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα αλλά και στην προσωρινή αντιστροφή της ελαστικότητας από αρνητική σε θετική.

Έπειτα, τόσο η περιοχή κατοικίας όσο και τα προβλήματα της γειτονιάς κατοικίας δεν αποτελούν αξιόλογους παράγοντες των εισοδηματικών ανισοτήτων της πολύ κακής ή κακής υγείας. Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι το κατάλοιπο έχει κάποια συμβολή στις ανισότητες υγείας, ιδίως μέχρι και το 2012.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 8-13 Ανάλυση παραγόντων των εισοδηματικών ανισοτήτων (E) στην παρουσία πολύ κακής ή κακής υγείας

	2005		2008		2012		2015	
	β_k^m	E_k	Απόλυτη συμβολή	% συμβολή	β_k^m	E_k	Απόλυτη συμβολή	% συμβολή
Ηλικία (β.α.: 25-44 ετών)			-0,0082	9,75			-0,0047	6,23
16-24 ετών	-0,0142	-0,0481	0,0007	-0,80	-0,0135	-0,0555	0,0007	-1,00
45-64 ετών	0,0316	0,0438	0,0014	-1,63	0,0428	0,0571	0,0024	-3,26
65 ετών και άνω	0,0851	-0,1210	-0,0103	12,18	0,0978	-0,0803	-0,0079	10,49
Φύλο (β.α.: Άνδρας)	-0,0069	-0,0362	0,0003	-0,30	-0,0027	-0,0297	0,0001	-0,11
Οικογενειακή κατάσταση (β.α.: Έγγαμος/η)			-0,0005	0,58			0,0001	-0,12
Άγαμος/η	0,0094	0,0288	0,0003	-0,32	0,0247	0,0292	0,0007	-0,96
Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η	0,0168	-0,0456	-0,0008	0,90	0,0166	-0,0382	-0,0006	0,85
Υπηκοότητα (β.α.: Ελληνική)			0,0005	-0,65			0,0009	-1,14
Άλλης Ε.Ε. χώρας	-0,0202	-0,0033	0,0001	-0,08	-0,0065	-0,0077	0,0000	-0,07
Άλλης χώρας	-0,0125	-0,0386	0,0005	-0,57	-0,0127	-0,0633	0,0008	-1,07
Συνολική επίπτωση δημογραφικών μεταβλητών			-0,0079	9,39			-0,0037	4,87
Επίπεδο εκπαίδευσης (β.α.: Δημοτικό ή χαμηλότερα)			-0,0080	9,46			-0,0090	12,07
Γυμνάσιο	-0,0096	-0,0493	0,0005	-0,56	-0,0004	-0,0802	0,0000	-0,05
Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	-0,0061	0,1040	-0,0006	0,75	-0,0194	0,0482	-0,0009	1,25
ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	-0,0267	0,2950	-0,0079	9,27	-0,0252	0,3230	-0,0081	10,87
Κύρια ασχολία (β.α.: Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση)			-0,0155	18,30			-0,0215	28,69
Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	0,0138	-0,0306	-0,0004	0,50	0,0170	-0,0319	-0,0005	0,72
Άνεργος/η	0,0128	-0,0568	-0,0007	0,85	0,0381	-0,0492	-0,0019	2,50
Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	0,0077	-0,0219	-0,0002	0,20	0,0177	-0,0276	-0,0005	0,65

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Συναξιδιούχος	0,0675	-0,0687	-0,0046	5,46	0,0667	-0,0219	-0,0015	1,96	0,0691	0,0939	0,0065	-18,14	0,0610	0,1140	0,0070	-15,80
Ανάπηρος/η	0,6100	-0,0111	-0,0068	7,95	0,6740	-0,0200	-0,0135	18,01	0,5950	-0,0056	-0,0033	9,34	0,6620	-0,0061	-0,0040	9,13
Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	0,0276	-0,1030	-0,0028	3,34	0,0365	-0,0995	-0,0036	4,85	0,0435	-0,1020	-0,0045	12,44	0,0396	-0,0931	-0,0037	8,37
Χαμηλή ένταση εργασίας (β.α.: όχι)	0,0045	-0,0871	-0,0004	0,46	-0,0014	-0,0901	0,0001	-0,17	0,0153	-0,1830	-0,0028	7,83	-0,0019	-0,2090	0,0004	-0,91
Εισοδηματικό πεμπτημόριο (β.α.: Φτωχότερο)			-0,0156	18,34			-0,0114	15,26			-0,0036	10,16			-0,0118	26,84
2	0,0001	-0,3370	0,0000	0,04	0,0021	-0,3380	-0,0007	0,95	-0,0023	-0,0485	0,0001	-0,31	-0,0061	0,2080	-0,0013	2,87
3	-0,0057	0,0504	-0,0003	0,34	-0,0002	-0,0207	0,0000	-0,01	0,0068	0,3170	0,0022	-6,07	-0,0103	0,3400	-0,0035	7,96
4	-0,0152	0,3210	-0,0049	5,73	-0,0090	0,3090	-0,0028	3,73	-0,0066	0,3960	-0,0026	7,32	-0,0185	0,2890	-0,0054	12,15
Πλουσιότερο	-0,0170	0,6100	-0,0104	12,23	-0,0120	0,6590	-0,0079	10,59	-0,0135	0,2450	-0,0033	9,21	-0,0109	0,1560	-0,0017	3,87
Σοβαρή υλική στέρηση (β.α.: όχι)	0,0357	-0,2240	-0,0080	9,40	0,0338	-0,2550	-0,0086	11,52	0,0231	-0,4340	-0,0100	28,07	0,0278	-0,4680	-0,0130	29,52
Σοβαρά προβλήματα στέγασης (β.α.: όχι)	0,0046	-0,0771	-0,0004	0,42	0,0136	-0,0833	-0,0011	1,52	0,0411	-0,0929	-0,0038	10,67	0,0220	-0,0790	-0,0017	3,95
Συνολική επίπτωση ατομικών κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών			-0,0479	56,38			-0,0516	68,89			-0,0312	87,25			-0,0424	96,36
Περιφέρεια κατοικίας (β.α.: Αττική)			0,0000	0,01			-0,0011	1,51			0,0007	-2,09			-0,0006	1,47
Κεντρική Ελλάδα	0,0015	-0,1410	-0,0002	0,24	0,0062	-0,1530	-0,0009	1,26	-0,0024	-0,1310	0,0003	-0,87	0,0030	-0,0506	-0,0002	0,34
Βόρεια Ελλάδα	-0,0057	-0,0857	0,0005	-0,58	0,0032	-0,0889	-0,0003	0,38	-0,0055	-0,0780	0,0004	-1,19	-0,0025	-0,1130	0,0003	-0,63
Νησιά Αιγαίου, Κρήτη	0,0108	-0,0275	-0,0003	0,35	0,0104	0,0092	0,0001	-0,13	0,0025	0,0038	0,0000	-0,03	0,0201	-0,0385	-0,0008	1,76
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού (β.α.: Πυκνοκατοικημένη περιοχή)			-0,0011	1,27			0,0020	-2,70			0,0002	-0,61			0,0003	-0,59
Μέσης πυκνότητας περιοχή	-0,0070	0,1030	-0,0007	0,85	0,0116	0,0654	0,0008	-1,01	0,0167	0,0450	0,0008	-2,10	-0,0105	0,0474	-0,0005	1,13
Αραιοκατοικημένη περιοχή	0,0012	-0,3010	-0,0004	0,43	-0,0050	-0,2550	0,0013	-1,69	0,0036	-0,1490	-0,0005	1,50	-0,0042	-0,1810	0,0008	-1,72
Συνολική επίπτωση περιοχής κατοικίας			-0,0011	1,28			0,0009	-1,19			0,0010	-2,69			-0,0004	0,88
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0174	0,0752	0,0013	-1,54	0,0092	0,0562	0,0005	-0,69	0,0175	0,0302	0,0005	-1,48	0,0078	0,0439	0,0003	-0,78
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0120	0,0940	0,0011	-1,33	-0,0030	0,0955	-0,0003	0,38	-0,0031	0,0333	-0,0001	0,29	0,0161	0,0508	0,0008	-1,86

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-0,0087	0,0244	-0,0002	0,25	0,0031	0,0427	0,0001	-0,18	0,0077	0,0517	0,0004	-1,11	0,0158	0,0361	0,0006	-1,29
Συνολική επίπτωση προβλημάτων γειτονιάς κατοικίας			0,0022	-2,62			0,0004	-0,49			0,0008	-2,30			0,0017	-3,93
Residual			-0,0302	35,57			-0,0209	27,92			-0,0097	27,19			-0,0080	18,13
E			-0,0849				-0,0749				-0,0357				-0,0440	

Υποσημείωση: β_k^m : Ελαστικότητα της έκβασης υγείας ως προς τον παράγοντα k , E_k : Erreygers concentration index παράγοντα k , E : Erreygers concentration index έκβασης υγείας, β.α.: Βάση αναφοράς.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Η συνολική συμβολή των δημογραφικών μεταβλητών στις εισοδηματικές ανισότητες στα χρόνια προβλήματα είναι αυξητική μέχρι και το 2008 (21,8% και 8,7%, αντίστοιχα), ενώ κατά τη διάρκεια της κρίσης γίνεται σημαντικά αρνητική (-65,6% και -62%, αντίστοιχα), δηλαδή μειώνει τις ανισότητες (**Πίνακας 8-14**). Αυτό οφείλεται στην επίδραση της ηλικίας και της υπηκοότητας, καθώς το φύλο δεν συνιστά σημαντικό παράγοντα, ενώ η οικογενειακή κατάσταση διευρύνει σε μικρό βαθμό τις ανισότητες υγείας (6,8% και 10,5%, αντίστοιχα), λόγω της ενίσχυσης της ελαστικότητας της υγείας στους χήρους ή διαζευγμένους. Η μεταβολή στην επίπτωση της ηλικίας (20,1%, 10%, -47,8% και -51,3%, αντίστοιχα) οφείλεται στην αύξηση της οριακής επίδρασης των ηλικιακών κατηγοριών και στην αυξημένη συγκέντρωση των νεότερων ατόμων στις χαμηλότερες εισοδηματικές κατηγορίες και τη μεταστροφή της συγκέντρωσης των ηλικιωμένων ατόμων από τα χαμηλότερα στα υψηλότερα εισοδήματα. Έπειτα, η αρνητική συμβολή της υπηκοότητας κατά τη διάρκεια της κρίσης (-24,3% και -21,5%, αντίστοιχα) αποδίδεται στην αύξηση της ελαστικότητας της υγείας για τους πολίτες άλλων χωρών εκτός Ε.Ε. αλλά και στη μεγαλύτερη συγκέντρωσή τους στα χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα.

Οι κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές συνδέονται με τη σημαντικότερη αυξητική επίπτωση στις εισοδηματικές ανισότητες στα χρόνια προβλήματα υγείας, με τη συνολική βαρύτητά τους να ενισχύεται σημαντικά το 2008 (από 78,3% σε 106,9%) και το 2012 (224,4%), ενώ το 2015 παρέμεινε σταθερή (214,6%). Αυτή η σημαντική αύξηση μέχρι και το 2012 σχετίζεται με τις μεταβολές στην επίπτωση της εκπαίδευσης και της σοβαρής υλικής στέρησης, οι οποίοι είναι και οι σημαντικότεροι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες των εισοδηματικών ανισοτήτων υγείας. Ειδικότερα, η αύξηση της θετικής συμβολής της εκπαίδευσης (16,7%, 26,2%, 93% και 92,8%, αντίστοιχα) αποτελεί συνέπεια της μεγάλης ενίσχυσης της ελαστικότητας υγείας του ανώτερου εκπαιδευτικού επιπέδου, ενώ η αντίστοιχη αύξηση στη συνεισφορά της σοβαρής υλικής στέρησης (14%, 20,5%, 94,1% και 88%, αντίστοιχα) συνδέεται με την επίταση της συγκέντρωσής της στα χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα. Ενίσχυση της θετικής επίπτωσής τους κατά τη διάρκεια της κρίσης παρατηρείται και για τα σοβαρά προβλήματα στέγασης και τη χαμηλή ένταση εργασίας, αν και ο τελευταίος παράγοντας παύει να είναι σημαντικός το 2015.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Οι μεταβολές αυτές οφείλονται στην αύξηση τόσο της ελαστικότητας υγείας όσο και της ανισοκατανομής τους στον πληθυσμό. Ειδικά για τη χαμηλή ένταση εργασίας, παρατηρούμε ότι η ελαστικότητά της μειώνεται σημαντικά το 2015. Έπειτα, είναι ενδιαφέρον πως η θετική συμβολή της κύριας ασχολίας και του εισοδήματος το 2005 (21,1% και 23,2%, αντίστοιχα) και το 2008 (33,4% και 23,6%, αντίστοιχα) περιορίζεται σημαντικά για τον πρώτο παράγοντα (8,9%) το 2012, ενώ για τον δεύτερο αντιστρέφεται πλήρως και γίνεται αρνητική (-18,6%). Ωστόσο, η επίπτωση για το εισόδημα επανακάμπτει το 2015 (12,1%). Ως προς την κύρια ασχολία, η εξέλιξη αυτή πάλι οφείλεται κατά κύριο λόγο στο ότι οι συνταξιούχοι συγκεντρώνονται πλέον στα ανώτερα εισοδηματικά στρώματα. Μάλιστα, η βαρύτητα αυτής της μεταβολής υπερβαίνει εκείνη της αύξησης της θετικής συμβολής στις εισοδηματικές ανισότητες υγείας των ανέργων και των ατόμων που ασχολούνται με την καθημερινή επιμέλεια των οικιακών εργασιών. Η κατάσταση είναι περισσότερο περίπλοκη για τον παράγοντα του εισοδήματος, καθώς συμβαίνουν ταυτόχρονα αλλαγές σε όλες τις παραμέτρους για όλες τις εισοδηματικές κατηγορίες. Πάντως, η κατηγορία που συμβάλει περισσότερο αρνητικά στις εισοδηματικές ανισότητες στις χρόνιες ασθένειες είναι εκείνη του τρίτου πεμπτημορίου.

Η συνολική επίπτωση των μεταβλητών της περιοχής κατοικίας αυξάνεται ιδιαίτερα το 2012 (-44%), ενώ στη συνέχεια μειώνεται (-23,2%). Η άνοδος στη σημαντικότητά της οφείλεται κατά κύριο λόγο στην ενίσχυση της αρνητικής ελαστικότητας στις περιοχές της Κεντρικής και Βόρειας Ελλάδας, οι οποίες συνδέονται με χαμηλότερο εισόδημα. Από την άλλη, η πληθυσμιακή πυκνότητα της περιοχής κατοικίας δεν επηρεάζει σημαντικά τις εισοδηματικές ανισότητες υγείας.

Οι παράγοντες που αφορούν στα προβλήματα της γειτονιάς συνολικά αμβλύνουν τις εισοδηματικές ανισότητες υγείας. Η επίδρασή τους παραμένει σταθερή, αν και σχετικά μικρή, μέχρι και το 2012 (-6,1%, -5,8% και -6,2%, αντίστοιχα), ενώ το 2015 υπερτριπλασιάζεται (-21,1%). Η αύξηση αυτή οφείλεται κυρίως στην ενίσχυση της ελαστικότητας και της ανισοκατανομής ως προς το εισόδημα των προβλημάτων μόλυνσης. Τέλος, το κατάλοιπο δεν έχει σημαντική συμβολή στο σύνολο των ανισοτήτων υγείας, ιδίως στην περίοδο πριν την οικονομική κρίση.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 8-14 Ανάλυση παραγόντων των εισοδηματικών ανισοτήτων (E) στην παρουσία χρόνιων προβλημάτων υγείας

	2005				2008				2012				2015			
	β_k^m	E_k	Απόλυτη συμβολή	% συμβολή	β_k^m	E_k	Απόλυτη συμβολή	% συμβολή	β_k^m	E_k	Απόλυτη συμβολή	% συμβολή	β_k^m	E_k	Απόλυτη συμβολή	% συμβολή
Ηλικία (β.α.: 25-44 ετών)			-0,0241	20,10			-0,0105	10,00			0,0159	-47,84			0,0146	-51,27
16-24 ετών	-0,0339	-0,0481	0,0016	-1,36	-0,0586	-0,0555	0,0033	-3,10	-0,0529	-0,0727	0,0039	-11,60	-0,0594	-0,0647	0,0039	-13,51
45-64 ετών	0,1090	0,0438	0,0048	-3,98	0,1270	0,0571	0,0072	-6,91	0,1270	0,0315	0,0040	-12,03	0,1020	0,0318	0,0033	-11,44
65 ετών και άνω	0,2510	-0,1210	-0,0305	25,44	0,2610	-0,0803	-0,0210	20,01	0,3360	0,0239	0,0080	-24,21	0,2590	0,0290	0,0075	-26,32
Φύλο (β.α.: Άνδρας)	-0,0020	-0,0362	0,0001	-0,06	-0,0133	-0,0297	0,0004	-0,38	-0,0023	-0,0352	0,0001	-0,25	0,0037	-0,0187	-0,0001	0,25
Οικογενειακή κατάσταση (β.α.: Έγγαμος/η)			-0,0023	1,96			-0,0027	2,59			-0,0023	6,77			-0,0030	10,49
Άγαμος/η	-0,0107	0,0288	-0,0003	0,26	-0,0025	0,0292	-0,0001	0,07	0,0057	-0,0178	-0,0001	0,31	0,0098	-0,0133	-0,0001	0,46
Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η	0,0448	-0,0456	-0,0020	1,71	0,0692	-0,0382	-0,0027	2,52	0,0709	-0,0303	-0,0022	6,47	0,0773	-0,0370	-0,0029	10,03
Υπηκοότητα (β.α.: Ελληνική)			0,0003	-0,25			0,0037	-3,53			0,0081	-24,31			0,0061	-21,49
Άλλης Ε.Ε. χώρας	0,0188	-0,0033	-0,0001	0,05	-0,0489	-0,0077	0,0004	-0,36	-0,0589	-0,0104	0,0006	-1,84	-0,0316	-0,0063	0,0002	-0,70
Άλλης χώρας	-0,0093	-0,0386	0,0004	-0,30	-0,0525	-0,0633	0,0033	-3,17	-0,0828	-0,0900	0,0075	-22,47	-0,0686	-0,0862	0,0059	-20,79
Συνολική επίπτωση δημογραφικών μεταβλητών			-0,0261	21,76			-0,0091	8,69			0,0218	-65,62			0,0177	-62,02
Επίπεδο εκπαίδευσης (β.α.: Δημοτικό ή χαμηλότερα)			-0,0200	16,65			-0,0275	26,24			-0,0309	93,02			-0,0264	92,80
Γυμνάσιο	-0,0215	-0,0493	0,0011	-0,88	-0,0360	-0,0802	0,0029	-2,75	-0,0806	-0,0765	0,0062	-18,58	-0,0687	-0,0848	0,0058	-20,43
Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	-0,0358	0,1040	-0,0037	3,12	-0,0641	0,0482	-0,0031	2,95	-0,1050	-0,0707	0,0074	-22,40	-0,1020	-0,0339	0,0035	-12,17
ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	-0,0586	0,2950	-0,0173	14,41	-0,0846	0,3230	-0,0273	26,04	-0,1370	0,3250	-0,0445	134,00	-0,1160	0,3070	-0,0357	125,40
Κύρια ασχολία (β.α.: Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση)			-0,0253	21,14			-0,0350	33,41			-0,0030	8,92			-0,0017	6,01
Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	0,0422	-0,0306	-0,0013	1,08	0,0606	-0,0319	-0,0019	1,84	0,0088	-0,0258	-0,0002	0,68	0,0345	-0,0305	-0,0011	3,70
Άνεργος/η	0,0216	-0,0568	-0,0012	1,02	0,0617	-0,0492	-0,0030	2,89	0,0263	-0,1790	-0,0047	14,14	0,0216	-0,2040	-0,0044	15,51
Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	-0,0121	-0,0219	0,0003	-0,22	0,0254	-0,0276	-0,0007	0,67	-0,0264	-0,0355	0,0009	-2,82	0,0143	-0,0356	-0,0005	1,79

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Συναξιδιούχος	0,1330	-0,0687	-0,0091	7,62	0,1530	-0,0219	-0,0034	3,20	0,1250	0,0939	0,0117	-35,36	0,1500	0,1140	0,0171	-60,04
Ανάπηρος/η	0,7620	-0,0111	-0,0084	7,04	0,8610	-0,0200	-0,0172	16,42	0,7580	-0,0056	-0,0043	12,82	0,8260	-0,0061	-0,0050	17,63
Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	0,0539	-0,1030	-0,0055	4,61	0,0884	-0,0995	-0,0088	8,39	0,0631	-0,1020	-0,0065	19,46	0,0839	-0,0931	-0,0078	27,42
Χαμηλή ένταση εργασίας (β.α.: όχι)	0,0205	-0,0871	-0,0018	1,49	0,0106	-0,0901	-0,0010	0,91	0,0533	-0,1830	-0,0098	29,43	-0,0012	-0,2090	0,0003	-0,91
Εισοδηματικό πεμπτημόριο (β.α.: Φτωχότερο)			-0,0277	23,15			-0,0247	23,56			0,0062	-18,60			-0,0034	12,07
2	0,0086	-0,3370	-0,0029	2,43	0,0168	-0,3380	-0,0057	5,42	0,0058	-0,0485	-0,0003	0,84	-0,0003	0,2080	-0,0001	0,25
3	-0,0133	0,0504	-0,0007	0,56	0,0095	-0,0207	-0,0002	0,19	0,0147	0,3170	0,0047	-14,08	0,0101	0,3400	0,0034	-12,06
4	-0,0229	0,3210	-0,0073	6,11	-0,0180	0,3090	-0,0056	5,31	0,0073	0,3960	0,0029	-8,72	-0,0120	0,2890	-0,0035	12,17
Πλουσιότερο	-0,0276	0,6100	-0,0168	14,05	-0,0201	0,6590	-0,0133	12,65	-0,0046	0,2450	-0,0011	3,35	-0,0213	0,1560	-0,0033	11,71
Σοβαρή υλική στέρηση (β.α.: όχι)	0,0752	-0,2240	-0,0168	14,04	0,0841	-0,2550	-0,0215	20,47	0,0720	-0,4340	-0,0312	94,14	0,0536	-0,4680	-0,0251	87,98
Σοβαρά προβλήματα στέγασης (β.α.: όχι)	0,0287	-0,0771	-0,0022	1,85	0,0285	-0,0833	-0,0024	2,27	0,0624	-0,0929	-0,0058	17,46	0,0601	-0,0790	-0,0048	16,67
Συνολική επίπτωση ατομικών κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών			-0,0938	78,32			-0,1121	106,86			-0,0745	224,38			-0,0611	214,61
Περιφέρεια κατοικίας (β.α.: Αττική)			0,0007	-0,59			0,0035	-3,29			0,0146	-43,98			0,0066	-23,18
Κεντρική Ελλάδα	0,0113	-0,1410	-0,0016	1,33	0,0018	-0,1530	-0,0003	0,26	-0,0664	-0,1310	0,0087	-26,12	-0,0065	-0,0506	0,0003	-1,16
Βόρεια Ελλάδα	-0,0314	-0,0857	0,0027	-2,24	-0,0399	-0,0889	0,0036	-3,39	-0,0797	-0,0780	0,0062	-18,75	-0,0457	-0,1130	0,0052	-18,14
Νησιά Αιγαίου, Κρήτη	0,0138	-0,0275	-0,0004	0,32	0,0190	0,0092	0,0002	-0,17	-0,0777	0,0038	-0,0003	0,89	-0,0287	-0,0385	0,0011	-3,88
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού (β.α.: Πυκνοκατοικημένη περιοχή)			-0,0038	3,16			0,0041	-3,90			0,0010	-2,99			-0,0001	0,37
Μέσης πυκνότητας περιοχή	-0,0207	0,1030	-0,0021	1,78	0,0126	0,0654	0,0008	-0,78	0,0555	0,0450	0,0025	-7,52	0,0049	0,0474	0,0002	-0,82
Αραιοκατοικημένη περιοχή	0,0055	-0,3010	-0,0017	1,38	-0,0128	-0,2550	0,0033	-3,11	0,0101	-0,1490	-0,0015	4,53	0,0019	-0,1810	-0,0003	1,18
Συνολική επίπτωση περιοχής κατοικίας			-0,0031	2,56			0,0075	-7,19			0,0156	-46,97			0,0065	-22,82
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0482	0,0752	0,0036	-3,02	0,0101	0,0562	0,0006	-0,54	0,0420	0,0302	0,0013	-3,83	0,0312	0,0439	0,0014	-4,82
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0432	0,0940	0,0041	-3,39	0,0426	0,0955	0,0041	-3,88	-0,0214	0,0333	-0,0007	2,15	0,0699	0,0508	0,0036	-12,47

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-0,0158	0,0244	-0,0004	0,32	0,0349	0,0427	0,0015	-1,42	0,0291	0,0517	0,0015	-4,53	0,0298	0,0361	0,0011	-3,78
Συνολική επίπτωση προβλημάτων γειτονιάς κατοικίας			0,0073	-6,10			0,0061	-5,84			0,0021	-6,20			0,0060	-21,07
Residual			-0,0041	3,45			0,0027	-2,53			0,0019	-5,59			0,0025	-8,67
E			-0,1200				-0,1050				-0,0332				-0,0285	

Υποσημείωση: β_k^m : Ελαστικότητα της έκβασης υγείας ως προς τον παράγοντα k , E_k : Erreygers concentration index παράγοντα k , E : Erreygers concentration index έκβασης υγείας, β.α.: Βάση αναφοράς.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Οι δημογραφικές μεταβλητές δεν ασκούσαν σημαντική επίδραση στις εισοδηματικές ανισότητες στους σοβαρούς περιορισμούς των καθημερινών δραστηριοτήτων λόγω προβλημάτων υγείας μέχρι και την έναρξη της κρίσης (7,7% και 6%, αντίστοιχα) (**Πίνακας 8-15**). Ωστόσο, παρατηρούμε ότι το 2012 συμπιέζουν σημαντικά τις ανισότητες (-31,1%), ενώ το 2015 η αρνητική συμβολή τους υποδιπλασιάζεται (-16%). Ειδικότερα, η ενίσχυση της σπουδαιότητάς τους το 2012 οφείλεται σε μεταβολές στην ηλικία και την υπηκοότητα. Έτσι, από τη μια πλευρά, αυξάνεται η ελαστικότητα υγείας στους νέους και τους ηλικιωμένους, καθώς και η συγκέντρωση των πρώτων στα χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα και των δεύτερων στα ανώτερα. Από την άλλη, ενισχύεται η ελαστικότητα υγείας και η συγκέντρωση στο κάτω τμήμα της εισοδηματικής κατανομής των πολιτών από άλλες χώρες εκτός Ε.Ε. Αντίθετα, το 2015 μειώνεται η ανισοκατανομή ως προς το εισόδημα των νέων και παύει να είναι σημαντικός παράγοντας η υπηκοότητα, κυρίως λόγω της συρρίκνωσης των ελαστικοτήτων υγείας. Τέλος, τόσο το φύλο όσο και η οικογενειακή κατάσταση δεν συνδέονται με σημαντική συνεισφορά σε αυτές τις ανισότητες υγείας.

Η συνολική βαρύτητα των κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών είναι σημαντική και, μάλιστα, σχεδόν διπλασιάζεται κατά τη διάρκεια της κρίσης (65,8%, 65,7%, 127,1% και 108,4%, αντίστοιχα). Η εξέλιξη αυτή οφείλεται κατά κύριο λόγο στην ενίσχυση των ελαστικοτήτων υγείας ως προς το ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης και τη σοβαρή υλική στέρηση, με τον τελευταίο παράγοντα να παρουσιάζει και σημαντική αύξηση της ανισοκατανομής του ως προς το εισόδημα. Πάντως, τόσο η εκπαίδευση όσο και η σοβαρή υλική στέρηση χάνουν μέρος της ερμηνευτικής βαρύτητάς τους το 2015 (31,3% και 39,7%, αντίστοιχα), αν και η απόλυτη συμβολή αυξάνεται για αμφότερους τους παράγοντες. Αντίθετα, η μέτρια συμβολή του εισοδήματος και της κύριας ασχολίας ελαττώνεται προσωρινά το 2012 (7,6% και 12,5%, αντίστοιχα) και αυξάνεται το 2015 (19,4% και 18,2%, αντίστοιχα). Η μείωση της συνεισφοράς του παράγοντα της κύριας ασχολίας το 2012 αποδίδεται κυρίως στη μείωση της ελαστικότητας και της συγκέντρωσης στο κάτω μέρος της εισοδηματικής κατανομής για τους αναπήρους και στη μεγαλύτερη συγκέντρωση στα ανώτερα εισοδηματικά στρώματα για τους συνταξιούχους. Στην αύξηση του 2015

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

συμβάλλει σημαντικά η ενίσχυση της ελαστικότητας και η επίταση της συγκέντρωσης στις χαμηλότερες εισοδηματικές κατηγορίες για τους ανέργους, η οποία είχε ήδη ξεκινήσει από το προηγούμενο έτος ανάλυσης. Η χαμηλή ένταση εργασίας είχε μηδαμινή επίδραση στις ανισότητες υγείας σε όλα τα έτη, εκτός από το 2012, οπότε και παρουσιάζει μικρή θετική συμβολή στις ανισότητες υγείας (10,5%), λόγω της προσωρινής αντιστροφής της ελαστικότητας υγείας από αρνητική σε θετική. Τέλος, τα σοβαρά προβλήματα στέγασης δεν αποτελούν σημαντικό παράγοντα, αν και φαίνεται η βαρύτητά τους να παρουσιάζει μια μικρή αυξητική πορεία στη κατά τη διάρκεια της κρίσης (3,7% και 5%, αντίστοιχα).

Η περιοχή κατοικίας προκύπτει να συμπιέζει σημαντικά τις ανισότητες μόνο το 2012 (-18,1%), λόγω μεταβολών τόσο στη γεωγραφική περιφέρεια κατοικίας όσο και στην πληθυσμιακή πυκνότητα της περιοχής. Έπειτα, τα προβλήματα της γειτονιάς δεν επηρεάζουν σημαντικά τις ανισότητες, αν και τις μετριάζουν σε μικρό βαθμό. Τέλος, η συμβολή του καταλοίπου είναι σημαντική μέχρι και το 2012.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 8-15 Ανάλυση παραγόντων των εισοδηματικών ανισοτήτων (E) στην παρουσία σοβαρών περιορισμών στις καθημερινές δραστηριότητες

	2005				2008				2012				2015			
	β_k^m	E_k	Απόλυτη συμβολή	% συμβολή	β_k^m	E_k	Απόλυτη συμβολή	% συμβολή	β_k^m	E_k	Απόλυτη συμβολή	% συμβολή	β_k^m	E_k	Απόλυτη συμβολή	% συμβολή
Ηλικία (β.α.: 25-44 ετών)			-0,0033	6,66			-0,0042	7,08			0,0046	-18,48			0,0063	-15,17
16-24 ετών	-0,0111	-0,0481	0,0005	-1,07	-0,0107	-0,0555	0,0006	-1,00	-0,0214	-0,0727	0,0016	-6,21	-0,0225	-0,0647	0,0015	-3,54
45-64 ετών	0,0179	0,0438	0,0008	-1,57	0,0410	0,0571	0,0023	-3,93	0,0254	0,0315	0,0008	-3,18	0,0376	0,0318	0,0012	-2,91
65 ετών και άνω	0,0383	-0,1210	-0,0047	9,30	0,0890	-0,0803	-0,0072	12,01	0,0955	0,0239	0,0023	-9,09	0,1240	0,0290	0,0036	-8,72
Φύλο (β.α.: Άνδρας)	-0,0015	-0,0362	0,0001	-0,11	-0,0018	-0,0297	0,0001	-0,09	-0,0043	-0,0352	0,0002	-0,60	-0,0029	-0,0187	0,0001	-0,13
Οικογενειακή κατάσταση (β.α.: Έγγαμος/η)			-0,0005	1,03			0,0001	-0,21			-0,0013	5,00			-0,0014	3,34
Άγαμος/η	-0,0053	0,0288	-0,0002	0,30	0,0231	0,0292	0,0007	-1,13	0,0112	-0,0178	-0,0002	0,79	0,0095	-0,0133	-0,0001	0,31
Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η	0,0079	-0,0456	-0,0004	0,73	0,0143	-0,0382	-0,0005	0,92	0,0349	-0,0303	-0,0011	4,21	0,0337	-0,0370	-0,0013	3,03
Υπηκοότητα (β.α.: Ελληνική)			-0,0001	0,15			0,0005	-0,84			0,0043	-17,06			0,0016	-4,00
Άλλης Ε.Ε. χώρας	0,0117	-0,0033	0,0000	0,08	-0,0119	-0,0077	0,0001	-0,15	-0,0283	-0,0104	0,0003	-1,17	-0,0186	-0,0063	0,0001	-0,29
Άλλης χώρας	0,0010	-0,0386	0,0000	0,07	-0,0064	-0,0633	0,0004	-0,68	-0,0443	-0,0900	0,0040	-15,89	-0,0177	-0,0862	0,0015	-3,72
Συνολική επίπτωση δημογραφικών μεταβλητών			-0,0039	7,74			-0,0035	5,95			0,0078	-31,14			0,0066	-15,97
Επίπεδο εκπαίδευσης (β.α.: Δημοτικό ή χαμηλότερα)			-0,0038	7,55			-0,0065	10,90			-0,0091	36,10			-0,0129	31,26
Γυμνάσιο	-0,0051	-0,0493	0,0003	-0,50	0,0023	-0,0802	-0,0002	0,31	-0,0372	-0,0765	0,0029	-11,34	-0,0309	-0,0848	0,0026	-6,37
Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	-0,0024	0,1040	-0,0002	0,49	-0,0090	0,0482	-0,0004	0,73	-0,0467	-0,0707	0,0033	-13,15	-0,0496	-0,0339	0,0017	-4,09
ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	-0,0128	0,2950	-0,0038	7,56	-0,0182	0,3230	-0,0059	9,86	-0,0468	0,3250	-0,0152	60,59	-0,0559	0,3070	-0,0172	41,71
Κύρια ασχολία (β.α.: Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση)			-0,0135	26,98			-0,0184	30,91			-0,0031	12,46			-0,0075	18,15
Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	0,0212	-0,0306	-0,0006	1,30	0,0157	-0,0319	-0,0005	0,84	-0,0055	-0,0258	0,0001	-0,57	0,0158	-0,0305	-0,0005	1,17
Άνεργος/η	0,0111	-0,0568	-0,0006	1,26	0,0190	-0,0492	-0,0009	1,57	0,0086	-0,1790	-0,0015	6,13	0,0302	-0,2040	-0,0062	14,98
Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	-0,0031	-0,0219	0,0001	-0,13	0,0025	-0,0276	-0,0001	0,12	-0,0274	-0,0355	0,0010	-3,87	0,0064	-0,0356	-0,0002	0,55

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Συναξιδιούχος	0,0572	-0,0687	-0,0039	7,86	0,0568	-0,0219	-0,0013	2,09	0,0456	0,0939	0,0043	-17,06	0,0712	0,1140	0,0081	-19,76
Ανάπηρος/η	0,5230	-0,0111	-0,0058	11,60	0,6250	-0,0200	-0,0125	21,00	0,4810	-0,0056	-0,0027	10,76	0,7540	-0,0061	-0,0046	11,13
Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	0,0248	-0,1030	-0,0025	5,09	0,0317	-0,0995	-0,0032	5,29	0,0419	-0,1020	-0,0043	17,07	0,0446	-0,0931	-0,0042	10,08
Χαμηλή ένταση εργασίας (β.α.: όχι)	-0,0006	-0,0871	0,0000	-0,10	-0,0140	-0,0901	0,0013	-2,11	0,0144	-0,1830	-0,0026	10,52	-0,0100	-0,2090	0,0021	-5,06
Εισοδηματικό πεμπτημόριο (β.α.: Φτωχότερο)			-0,0091	18,13			-0,0078	13,03			-0,0019	7,63			-0,0080	19,35
2	0,0023	-0,3370	-0,0008	1,56	-0,0015	-0,3380	0,0005	-0,83	0,0008	-0,0485	0,0000	0,15	-0,0022	0,2080	-0,0005	1,14
3	-0,0001	0,0504	0,0000	0,01	0,0015	-0,0207	0,0000	0,05	-0,0008	0,3170	-0,0003	1,00	-0,0111	0,3400	-0,0038	9,15
4	-0,0090	0,3210	-0,0029	5,77	-0,0051	0,3090	-0,0016	2,65	-0,0026	0,3960	-0,0010	4,11	-0,0061	0,2890	-0,0018	4,31
Πλουσιότερο	-0,0088	0,6100	-0,0054	10,79	-0,0101	0,6590	-0,0067	11,16	-0,0024	0,2450	-0,0006	2,37	-0,0125	0,1560	-0,0020	4,76
Σοβαρή υλική στέρηση (β.α.: όχι)	0,0272	-0,2240	-0,0061	12,19	0,0314	-0,2550	-0,0080	13,48	0,0328	-0,4340	-0,0142	56,74	0,0349	-0,4680	-0,0163	39,66
Σοβαρά προβλήματα στέγασης (β.α.: όχι)	0,0067	-0,0771	-0,0005	1,04	-0,0033	-0,0833	0,0003	-0,46	0,0099	-0,0929	-0,0009	3,67	0,0262	-0,0790	-0,0021	5,04
Συνολική επίπτωση ατομικών κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών			-0,0329	65,78			-0,0391	65,73			-0,0318	127,11			-0,0446	108,40
Περιφέρεια κατοικίας (β.α.: Αττική)			0,0008	-1,60			-0,0002	0,31			0,0032	-12,78			0,0005	-1,18
Κεντρική Ελλάδα	-0,0010	-0,1410	0,0001	-0,29	0,0032	-0,1530	-0,0005	0,81	-0,0132	-0,1310	0,0017	-6,85	-0,0005	-0,0506	0,0000	-0,06
Βόρεια Ελλάδα	-0,0066	-0,0857	0,0006	-1,13	-0,0032	-0,0889	0,0003	-0,48	-0,0193	-0,0780	0,0015	-6,01	-0,0064	-0,1130	0,0007	-1,75
Νησιά Αιγαίου, Κρήτη	-0,0034	-0,0275	0,0001	-0,19	0,0015	0,0092	0,0000	-0,02	-0,0058	0,0038	0,0000	0,09	0,0067	-0,0385	-0,0003	0,63
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού (β.α.: Πυκνοκατοικημένη περιοχή)			0,0008	-1,58			-0,0008	1,30			0,0013	-5,34			-0,0001	0,30
Μέσης πυκνότητας περιοχή	-0,0001	0,1030	0,0000	0,01	0,0002	0,0654	0,0000	-0,02	0,0203	0,0450	0,0009	-3,64	-0,0117	0,0474	-0,0006	1,34
Αραιοκατοικημένη περιοχή	-0,0027	-0,3010	0,0008	-1,60	0,0031	-0,2550	-0,0008	1,32	-0,0029	-0,1490	0,0004	-1,69	-0,0024	-0,1810	0,0004	-1,05
Συνολική επίπτωση περιοχής κατοικίας			0,0016	-3,18			-0,0010	1,60			0,0045	-18,12			0,0004	-0,89
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0147	0,0752	0,0011	-2,21	0,0015	0,0562	0,0001	-0,14	0,0244	0,0302	0,0007	-2,94	0,0137	0,0439	0,0006	-1,47
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0041	0,0940	0,0004	-0,77	0,0126	0,0955	0,0012	-2,03	-0,0007	0,0333	0,0000	0,09	0,0197	0,0508	0,0010	-2,43

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-0,0072	0,0244	-0,0002	0,35	0,0011	0,0427	0,0000	-0,08	0,0146	0,0517	0,0008	-3,02	0,0146	0,0361	0,0005	-1,28
Συνολική επίπτωση προβλημάτων γειτονιάς κατοικίας			0,0013	-2,63			0,0013	-2,24			0,0015	-5,86			0,0021	-5,18
Residual			-0,0161	32,30			-0,0172	28,95			-0,0070	28,01			-0,0056	13,63
E			-0,0500				-0,0595				-0,0251				-0,0411	

Υποσημείωση: β_k^m : Ελαστικότητα της έκβασης υγείας ως προς τον παράγοντα k , E_k : Erreygers concentration index παράγοντα k , E : Erreygers concentration index έκβασης υγείας, β.α.: Βάση αναφοράς.

8.3.3.2. Παράγοντες των μεταβολών των εισοδηματικών ανισοτήτων υγείας

Στην υποενότητα αυτή θα εξεταστούν τα αποτελέσματα της ανάλυσης παραγόντων για τις μεταβολές στις εισοδηματικές ανισότητες υγείας. Η συνολική συνεισφορά κάθε παράγοντα ισούται με το άθροισμα της συμβολής της διαφοράς στην ανισότητα σταθμισμένη με την ελαστικότητα (ή οριακή επίδραση) του πρώτου (ή του τελευταίου) έτους για την κάθε περίοδο και της συμβολής της διαφοράς στην ελαστικότητα (ή την οριακή επίδραση) σταθμισμένη με την ανισότητα του τελευταίου (ή του πρώτου) έτους για την κάθε περίοδο. Θετική συνεισφορά έχει ένας παράγοντας όταν η συμβολή του είναι προς την ίδια κατεύθυνση με τη μεταβολή στις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας, και αρνητική όταν είναι προς την αντίθετη.

Ως προς τις εισοδηματικές ανισότητες στην εκτιμημένη κατάσταση υγείας, αυτές αμβλύνονται στις περιόδους 2005-2008 (**Πίνακας 8-16**) και 2008-2012 (**Πίνακας 8-17**), ενώ επιδεινώνονται μεταξύ 2012 και 2015 (**Πίνακας 8-18**). Οι δημογραφικές μεταβολές συνολικά συμβάλουν σημαντικά στη μείωση των ανισοτήτων τόσο στην περίοδο πριν την οικονομική κρίση (104,9%) όσο και σε εκείνη της βαθιάς ύφεσης (41%). Είναι ενδιαφέρον πως η απόλυτη βαρύτητά τους αυξάνεται στη δεύτερη περίοδο της ανάλυσης, αλλά η σχετική συνεισφορά τους ελαττώνεται στο μισό. Έπειτα, διαπιστώνεται ότι οι δημογραφικές μεταβλητές έχουν μικρή αρνητική επίπτωση στην αύξηση των ανισοτήτων κατά την τελευταία περίοδο (-10.6%). Οι μεταβολές αυτές επηρεάζονται κυρίως από τις αλλαγές στην επίπτωση της ηλικίας, ο οποίος είναι και ο σημαντικότερος παράγοντας. Η κύρια κινητήρια δύναμη για αυτές τις αλλαγές είναι η διαφορά στην ανισοκατανομή των ηλικιωμένων σε σχέση με την εισοδηματική κατανομή κατά τις δύο πρώτες περιόδους, ενώ η συμβολή της διαφοράς της ανισότητας συρρικνώνεται σημαντικά κατά την τρίτη περίοδο. Το φύλο δεν ασκεί σημαντική επίδραση στις μεταβολές των ανισοτήτων υγείας (1%, 0,3% και 1,5%, αντίστοιχα), ενώ η υπηκοότητα έχει μέτρια θετική επίδραση στην επιδείνωση των ανισοτήτων, δηλαδή τις ενισχύει, κατά την τελευταία περίοδο (25,6%).

Οι μεταβολές στις κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές ενισχύουν τις ανισότητες σε μέτριο βαθμό στην περίοδο πριν την έναρξη της κρίσης (-19,8%), ενώ τις αμβλύνουν σημαντικά κατά τη διάρκεια της ύφεσης (54,8% και 57,2%,

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

αντίστοιχα). Η εκπαίδευση αυξάνει σε μέτριο βαθμό τις ανισότητες μεταξύ 2005 και 2008 (-16,3%), το οποίο οφείλεται κατά κύριο λόγο στη συμβολή της διαφοράς στην ελαστικότητα του ανώτερου εκπαιδευτικού επιπέδου. Ωστόσο, ενισχύεται ιδιαίτερα η αντίρροπη συμβολή των άλλων εκπαιδευτικών κατηγοριών κατά τη διάρκεια της κρίσης, με συνέπεια να αντισταθμίζεται πλήρως η επίδρασή του και η σημασία της εκπαίδευσης συνολικά να ελαχιστοποιείται (-1,9% και -3,4%, αντίστοιχα).

Η κύρια ασχολία ενισχύει τις εισοδηματικές ανισότητες υγείας μεταξύ 2005 και 2008 (-22,5%), κυρίως λόγω της συμβολής των αναπήρων (-45,1%) και των ανέργων (-12,9%). Η επίπτωσή τους οφείλεται στη διαφορά στην ανισότητα για τους αναπήρους και στη διαφορά της ελαστικότητας για τους ανέργους. Κατά την περίοδο της βαθιάς ύφεσης, η κύρια ασχολία αμβλύνει τις ανισότητες (38,7%), το οποίο οφείλεται στη διαφορά της ανισοκατανομής των συνταξιούχων και στη συνεισφορά των αναπήρων. Ο παράγοντας της κύριας ασχολίας μειώνει σημαντικά τις εισοδηματικές ανισότητες υγείας και κατά τη δεύτερη περίοδο της κρίσης (-54,4%), κυρίως λόγω της συμβολής της διαφοράς ανισότητας στους συνταξιούχους.

Η χαμηλή ένταση εργασίας δεν επηρεάζει σημαντικά τις μεταβολές στις εισοδηματικές ανισότητες υγείας στις περιόδους 2005-2008 (6,1%) και 2008-2012 (-7%), αν και θα πρέπει να επισημανθεί ότι, ενώ τις μείωνε πριν την κρίση, τις ενισχύει κατά την περίοδο της βαθιάς ύφεσης. Πάντως, κατά τη δεύτερη περίοδο της ύφεσης, ο παράγοντας αυτός μειώνει τις ανισότητες, το οποίο οφείλεται κατά κύριο λόγο στη συμβολή της διαφοράς στην ελαστικότητα.

Το εισόδημα μειώνει τις ανισότητες σε μικρό βαθμό κατά την περίοδο πριν την κρίση (12,6%) και σε σημαντικό βαθμό κατά την πρώτη περίοδο της κρίσης (38,4%). Οι επιδράσεις αυτές οφείλονται κυρίως στη συμβολή της διαφοράς ελαστικότητας για την πλουσιότερη εισοδηματική κατηγορία, ιδίως για την περίοδο της βαθιάς ύφεσης. Κατά τη δεύτερη περίοδο της κρίσης, το εισόδημα ενισχύει σημαντικά τις ανισότητες (199,4%), κυρίως λόγω της διαφοράς στην ελαστικότητα στο μεσαίο και το τέταρτο εισοδηματικό πεμπτημόριο.

Η σοβαρή υλική στέρηση μειώνει σε μικρό βαθμό τις εισοδηματικές ανισότητες μεταξύ 2005 και 2008 (7,3%), ενώ τις ενισχύει κατά τη διάρκεια της

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

κρίσης (-10% και 19%, αντίστοιχα). Οι μεταβολές αυτές οφείλονται κυρίως στη συμβολή της διαφοράς στην ελαστικότητα.

Τα σοβαρά προβλήματα στέγασης δεν επηρεάζουν σημαντικά τις μεταβολές στις ανισότητες υγείας κατά τις δύο πρώτες περιόδους της ανάλυσης (-7,2% και -3,4%, αντίστοιχα). Ωστόσο, τις αμβλύνουν σημαντικά κατά την τρίτη περίοδο (19%), λόγω της διαφοράς στην ελαστικότητα.

Η περιοχή κατοικίας δεν είναι σημαντικός παράγοντας των μεταβολών στις εισοδηματικές ανισότητες μεταξύ 2005 και 2008 (3,2%). Ωστόσο, τις αμβλύνουν σε μικρό βαθμό την περίοδο της βαθιάς ύφεσης (8%) και τις επιδεινώνουν σημαντικά κατά τη δεύτερη περίοδο της κρίσης (64,6%), ως αποτέλεσμα των μεταβολών στη συμβολή της διαφοράς ελαστικότητας του παράγοντα της πληθυσμιακής πυκνότητας.

Τα προβλήματα της γειτονιάς δεν επηρεάζουν ιδιαίτερα τις μεταβολές στις ανισότητες υγείας στις πρώτες δύο περιόδους της ανάλυσης (-6% και -4,3%, αντίστοιχα). Ωστόσο, τις αμβλύνουν σημαντικά κατά τη δεύτερη περίοδο της κρίσης (-25,3%), το οποίο αποδίδεται στη διαφορά ελαστικότητας των προβλημάτων μόλυνσης.

Τέλος, κάποιο μέρος των μεταβολών στις εισοδηματικές ανισότητες στους σοβαρούς λειτουργικούς περιορισμούς παραμένει ανεξήγητο στην περίοδο πριν την κρίση αλλά και στην περίοδο μετά τη βαθιά ύφεση. Ακόμη, θα πρέπει να επισημανθεί ότι οι σχετικές συνεισφορές των παραγόντων επηρεάζονται από το μέγεθος της μεταβολής. Έτσι, μπορεί κάποιος παράγοντας να έχει μικρότερη απόλυτη αλλά μεγαλύτερη σχετική συμβολή στην τρίτη περίοδο της ανάλυσης σε σχέση με τις προηγούμενες περιόδους, καθότι η μεταβολή στον CI είναι μικρή μεταξύ 2012 και 2015.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 8-16 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εισοδηματικών ανισοτήτων (CI) στην εκτιμημένη κατάσταση υγείας, 2005-2008

	2005-2008								
	Δ οριακή επίδραση	Δηκ	ΔCI _k	Συμβολή Δανισ/τας η _{k2008} *ΔCI _k	Συμβολή Δελαστ/τας CI _{k2005} *Δη _k	Συμβολή Δανισ/τας η _{k2005} *ΔCI _k	Συμβολή Δελαστ/τας CI _{k2008} *Δη _k	Συνολική απόλυτη συμβολή	% συμβολή
Ηλικία (β.α.: 25-44 ετών)				-0,0022	-0,0002	-0,0022	-0,0002	-0,0024	91,46
16-24 ετών	0,8010	0,0008	-0,0238	-0,0001	-0,0001	-0,0001	-0,0001	-0,0002	7,69
45-64 ετών	0,1640	-0,0003	0,0083	-0,0002	0,0000	-0,0002	0,0000	-0,0002	7,58
65 ετών και άνω	0,2120	0,0006	0,0500	-0,0019	-0,0001	-0,0019	-0,0001	-0,0020	76,19
Φύλο (β.α.: Άνδρας)	0,2210	0,0040	0,0009	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	1,04
Οικογενειακή κατάσταση (β.α.: Έγγαμος/η)				-0,0001	0,0001	-0,0001	0,0001	0,0000	-0,89
Άγαμος/η	-0,8720	-0,0029	0,0015	0,0000	-0,0001	0,0000	-0,0001	-0,0001	3,02
Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η	-1,3730	-0,0019	0,0162	-0,0001	0,0002	-0,0001	0,0002	0,0001	-3,91
Υπηκοότητα (β.α.: Ελληνική)				-0,0001	-0,0003	0,0000	-0,0003	-0,0003	13,33
Άλλης Ε.Ε. χώρας	0,0060	0,0000	-0,0697	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,71
Άλλης χώρας	0,9850	0,0009	-0,0435	-0,0001	-0,0003	0,0000	-0,0003	-0,0003	12,62
Συνολική επίπτωση δημογραφικών μεταβλητών				-0,0024	-0,0003	-0,0023	-0,0004	-0,0027	104,94
Επίπεδο εκπαίδευσης (β.α.: Δημοτικό ή χαμηλότερα)				-0,0016	0,0020	-0,0011	0,0016	0,0004	-16,26
Γυμνάσιο	0,6430	0,0008	-0,0670	-0,0004	-0,0001	-0,0003	-0,0001	-0,0004	16,57
Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	1,4830	0,0075	-0,0446	-0,0010	0,0006	-0,0007	0,0003	-0,0004	15,14
ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	0,8420	0,0034	-0,0175	-0,0002	0,0015	-0,0002	0,0014	0,0013	-47,97
Κύρια ασχολία (β.α.: Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση)				-0,0003	0,0009	-0,0004	0,0010	0,0006	-22,46
Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	-0,5190	-0,0002	-0,0178	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0001	-2,21
Άνεργος/η	-2,3600	-0,0013	-0,0097	0,0000	0,0003	0,0000	0,0003	0,0003	-12,93
Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	-0,8110	-0,0008	-0,0203	0,0000	0,0000	0,0000	0,0001	0,0001	-2,71
Συνταξιούχος	0,0535	-0,0004	0,0591	-0,0013	0,0000	-0,0013	0,0000	-0,0013	49,05
Ανάπηρος/η	-3,1010	-0,0009	-0,1460	0,0010	0,0002	0,0008	0,0004	0,0012	-45,10
Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	-0,8550	-0,0014	-0,0001	0,0000	0,0002	0,0000	0,0002	0,0002	-8,56
Χαμηλή ένταση εργασίας (β.α.: όχι)	0,6580	0,0005	-0,0031	0,0000	-0,0002	0,0000	-0,0002	-0,0002	6,14
Εισοδηματικό πεμπτημόριο (β.α.: Φτωχότερο)				-0,0002	-0,0001	-0,0006	0,0003	-0,0003	12,62
2	-0,7300	-0,0019	-0,0598	0,0001	0,0007	0,0000	0,0008	0,0008	-29,00

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

3	-1,3300	-0,0032	-0,0881	0,0000	-0,0002	-0,0003	0,0001	-0,0002	6,87
4	-0,3620	-0,0005	-0,0622	-0,0002	-0,0002	-0,0002	-0,0002	-0,0004	14,82
<i>Πλουσιότερο</i>	-0,4350	-0,0005	-0,0200	-0,0001	-0,0004	-0,0001	-0,0004	-0,0005	19,93
Σοβαρή υλική στέρηση (β.α.: όχι)	0,7240	0,0019	-0,1510	0,0007	-0,0009	0,0010	-0,0012	-0,0002	7,34
Σοβαρά προβλήματα στέγασης (β.α.: όχι)	-0,6790	-0,0005	-0,0488	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0002	-7,21
Συνολική επίπτωση ατομικών κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών				-0,0013	0,0020	-0,0012	0,0019	0,0005	-19,83
Περιφέρεια κατοικίας (β.α.: Αττική)				-0,0001	0,0002	-0,0001	0,0002	0,0001	-3,26
<i>Κεντρική Ελλάδα</i>	-0,1290	-0,0005	-0,0091	0,0000	0,0001	0,0000	0,0001	0,0001	-2,76
<i>Βόρεια Ελλάδα</i>	-0,4780	-0,0011	-0,0011	0,0000	0,0001	0,0000	0,0001	0,0001	-4,73
<i>Νησιά Αιγαίου, Κρήτη</i>	-0,4180	-0,0006	0,0966	-0,0002	0,0000	-0,0001	0,0000	-0,0001	4,23
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού (β.α.: Πυκνοκατοικημένη περιοχή)				0,0002	-0,0003	0,0000	-0,0002	-0,0002	6,46
<i>Μέσης πυκνότητας περιοχή</i>	-1,3990	-0,0022	-0,0618	0,0001	-0,0004	-0,0001	-0,0003	-0,0004	13,46
<i>Αραιοκατοικημένη περιοχή</i>	-0,1130	-0,0006	0,0279	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0002	-7,00
Συνολική επίπτωση περιοχής κατοικίας				0,0000	-0,0001	0,0000	0,0000	-0,0001	3,21
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,7230	0,0015	-0,0274	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0002	-9,30
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,2140	0,0001	-0,0101	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	-1,79
Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-1,0840	-0,0015	0,0141	0,0000	-0,0001	0,0000	-0,0001	-0,0001	5,11
Συνολική επίπτωση προβλημάτων γειτονιάς κατοικίας				0,0001	0,0000	0,0002	0,0000	0,0002	-5,98
Residual								-0,0005	17,66
ΔCI								-0,0026	

Υποσημείωση: Δ: Διαφορά, η_κ: Ελαστικότητα έκβασης υγείας ως προς τον παράγοντα κ, CI_κ: Δείκτης συγκέντρωσης παράγοντα κ, CI: Δείκτης συγκέντρωσης έκβασης υγείας, β.α.: Βάση αναφοράς.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 8-17 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εισοδηματικών ανισοτήτων (CI) στην εκτιμημένη κατάσταση υγείας, 2008-2012

	2008-2012								
	Δ οριακή επίδραση	Δηκ	ΔCI _κ	Συμβολή Δανισ/τας η _{κ2012} *ΔCI _κ	Συμβολή Δελαστ/τας CI _{κ2008} *Δηκ	Συμβολή Δανισ/τας η _{κ2008} *ΔCI _κ	Συμβολή Δελαστ/τας CI _{κ2012} *Δηκ	Συνολική απόλυτη συμβολή	% συμβολή
Ηλικία (β.α.: 25-44 ετών)				-0,0050	0,0007	-0,0044	0,0001	-0,0043	36,50
16-24 ετών	-0,4130	-0,0011	-0,0575	-0,0002	0,0001	-0,0003	0,0002	-0,0001	0,92
45-64 ετών	0,4730	0,0008	-0,0213	0,0005	0,0000	0,0005	0,0000	0,0005	-4,25
65 ετών και άνω	0,0223	-0,0052	0,1210	-0,0052	0,0005	-0,0046	-0,0001	-0,0047	39,83
Φύλο (β.α.: Άνδρας)	0,3190	0,0059	-0,0009	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,26
Οικογενειακή κατάσταση (β.α.: Έγγαμος/η)				-0,0002	0,0002	-0,0001	0,0001	0,0000	0,32
Άγαμος/η	0,7830	0,0026	-0,0427	-0,0001	0,0001	0,0000	0,0000	0,0000	-0,10
Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η	-0,6970	-0,0013	0,0221	-0,0002	0,0001	-0,0001	0,0001	0,0000	0,42
Υπηκοότητα (β.α.: Ελληνική)				-0,0002	-0,0003	-0,0001	-0,0003	-0,0005	3,89
Άλλης Ε.Ε. χώρας	1,5280	0,0003	-0,0368	0,0000	0,0000	0,0000	-0,0001	-0,0001	0,50
Άλλης χώρας	0,8440	0,0007	-0,0663	-0,0002	-0,0002	-0,0001	-0,0003	-0,0004	3,39
Συνολική επίπτωση δημογραφικών μεταβλητών				-0,0054	0,0006	-0,0046	-0,0002	-0,0049	40,96
Επίπεδο εκπαίδευσης (β.α.: Δημοτικό ή χαμηλότερα)				-0,0039	0,0041	-0,0024	0,0027	0,0002	-1,92
Γυμνάσιο	1,9880	0,0030	0,0076	0,0001	-0,0005	0,0000	-0,0005	-0,0004	3,69
Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	2,0390	0,0115	-0,0786	-0,0026	0,0004	-0,0017	-0,0005	-0,0023	18,98
ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	2,7130	0,0101	-0,0557	-0,0013	0,0042	-0,0008	0,0037	0,0029	-24,58
Κύρια ασχολία (β.α.: Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση)				-0,0032	-0,0013	-0,0036	-0,0010	-0,0046	38,74
Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	1,6710	0,0008	0,0510	0,0000	-0,0002	-0,0001	-0,0001	-0,0002	1,47
Άνεργος/η	1,4270	-0,0007	-0,0572	0,0001	0,0002	0,0001	0,0002	0,0003	-2,62
Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	1,7820	0,0017	-0,0318	0,0000	-0,0001	0,0000	-0,0002	-0,0002	1,35
Συνταξιούχος	1,4480	-0,0011	0,1180	-0,0028	0,0000	-0,0026	-0,0001	-0,0027	23,12
Ανάπηρος/η	6,3590	0,0026	0,2190	-0,0009	-0,0010	-0,0014	-0,0004	-0,0019	15,61
Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	0,2360	0,0018	-0,0518	0,0003	-0,0003	0,0004	-0,0004	0,0000	-0,19
Χαμηλή ένταση εργασίας (β.α.: όχι)	-1,6260	-0,0023	-0,0606	0,0001	0,0007	0,0000	0,0008	0,0008	-7,02
Εισοδηματικό πεμπτημόριο (β.α.: Φτωχότερο)				-0,0005	-0,0040	0,0012	-0,0057	-0,0045	38,36
2	0,4360	0,0010	0,3770	-0,0001	-0,0004	-0,0004	-0,0001	-0,0005	4,22

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

3	-0,6650	-0,0016	0,4270	-0,0008	0,0000	-0,0001	-0,0006	-0,0007	6,10
4	-0,9890	-0,0026	0,3530	0,0001	-0,0010	0,0010	-0,0019	-0,0009	7,37
<i>Πλουσιότερο</i>	-0,2090	-0,0033	0,1430	0,0002	-0,0026	0,0007	-0,0031	-0,0025	20,67
Σοβαρή υλική στέρηση (β.α.: όχι)	0,5340	-0,0023	0,0271	-0,0002	0,0014	-0,0001	0,0013	0,0012	-9,97
Σοβαρά προβλήματα στέγασης (β.α.: όχι)	-1,3190	-0,0011	-0,0445	0,0001	0,0003	0,0001	0,0003	0,0004	-3,44
Συνολική επίπτωση ατομικών κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών				-0,0077	0,0004	-0,0049	-0,0024	-0,0065	54,76
Περιφέρεια κατοικίας (β.α.: Αττική)				0,0001	-0,0011	0,0000	-0,0010	-0,0010	8,32
<i>Κεντρική Ελλάδα</i>	1,8690	0,0073	0,0170	0,0001	-0,0009	0,0000	-0,0008	-0,0008	6,63
<i>Βόρεια Ελλάδα</i>	1,0050	0,0028	0,0145	0,0001	-0,0003	0,0000	-0,0003	-0,0002	2,04
<i>Νησιά Αιγαίου, Κρήτη</i>	2,0340	0,0025	-0,0114	0,0000	0,0001	0,0000	0,0000	0,0000	-0,35
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού (β.α.: Πυκνοκατοικημένη περιοχή)				0,0002	-0,0002	0,0002	-0,0001	0,0000	-0,28
<i>Μέσης πυκνότητας περιοχή</i>	-1,2680	-0,0020	-0,0395	0,0001	-0,0003	0,0000	-0,0002	-0,0001	1,20
<i>Αραιοκατοικημένη περιοχή</i>	-0,0189	-0,0005	0,0415	0,0001	0,0001	0,0001	0,0000	0,0002	-1,48
Συνολική επίπτωση περιοχής κατοικίας				0,0004	-0,0013	0,0002	-0,0011	-0,0010	8,03
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-0,3650	-0,0017	-0,0338	0,0002	-0,0001	0,0001	0,0000	0,0001	-0,67
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά (β.α.: όχι)	1,4150	0,0035	-0,0863	0,0000	0,0004	0,0003	0,0001	0,0004	-3,53
Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,2490	-0,0004	-0,0246	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	-0,08
Συνολική επίπτωση προβλημάτων γειτονιάς κατοικίας				0,0002	0,0003	0,0005	0,0000	0,0005	-4,29
Residual								-0,0001	0,52
ΔCI								-0,0119	

Υποσημείωση: Δ: Διαφορά, η_κ: Ελαστικότητα έκβασης υγείας ως προς τον παράγοντα κ, CI_κ: Δείκτης συγκέντρωσης παράγοντα κ, CI: Δείκτης συγκέντρωσης έκβασης υγείας, β.α.: Βάση αναφοράς.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 8-18 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εισοδηματικών ανισοτήτων (CI) στην εκτιμημένη κατάσταση υγείας, 2012-2015

	2012-2015								
	Δ οριακή επίδραση	Δηκ	ΔCI _κ	Συμβολή Δανισ/τας η _{κ2015} *ΔCI _κ	Συμβολή Δελαστ/τας CI _{κ2012} *Δηκ	Συμβολή Δανισ/τας η _{κ2012} *ΔCI _κ	Συμβολή Δελαστ/τας CI _{κ2015} *Δηκ	Συνολική απόλυτη συμβολή	% συμβολή
Ηλικία (β.α.: 25-44 ετών)				-0,0003	-0,0003	-0,0002	-0,0004	-0,0006	-47,06
16-24 ετών	0,9440	0,0009	0,0014	0,0000	-0,0002	0,0000	-0,0002	-0,0001	-11,91
45-64 ετών	-0,0713	-0,0012	0,0004	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	-3,13
65 ετών και άνω	-0,4320	-0,0070	0,0050	-0,0003	-0,0002	-0,0002	-0,0002	-0,0004	-32,02
Φύλο (β.α.: Άνδρας)	-0,2460	-0,0047	0,0027	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	1,51
Οικογενειακή κατάσταση (β.α.: Έγγαμος/η)				0,0000	0,0001	0,0000	0,0001	0,0001	9,44
Άγαμος/η	-0,0994	-0,0003	0,0051	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,78
Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η	0,1540	-0,0016	0,0004	0,0000	0,0001	0,0000	0,0001	0,0001	8,66
Υπηκοότητα (β.α.: Ελληνική)				-0,0001	0,0004	-0,0001	0,0005	0,0003	25,56
Άλλης Ε.Ε. χώρας	-1,8030	-0,0003	0,0244	0,0000	0,0001	0,0000	0,0001	0,0001	5,60
Άλλης χώρας	-1,0890	-0,0009	-0,0651	-0,0001	0,0004	-0,0002	0,0004	0,0003	19,96
Συνολική επίπτωση δημογραφικών μεταβλητών				-0,0004	0,0002	-0,0004	0,0002	-0,0001	-10,55
Επίπεδο εκπαίδευσης (β.α.: Δημοτικό ή χαμηλότερα)				-0,0003	0,0002	-0,0003	0,0002	0,0000	-3,43
Γυμνάσιο	-0,8600	-0,0017	-0,0322	-0,0002	0,0003	-0,0003	0,0003	0,0000	3,91
Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	-0,6210	-0,0030	0,0231	0,0007	0,0001	0,0008	0,0001	0,0008	67,08
ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	-0,5630	-0,0004	-0,0337	-0,0008	-0,0001	-0,0008	-0,0001	-0,0009	-74,42
Κύρια ασχολία (β.α.: Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση)				-0,0009	0,0002	-0,0007	0,0001	-0,0007	-54,44
Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	-0,1200	0,0000	-0,0642	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	1,51
Άνεργος/η	0,5900	0,0009	-0,0393	0,0001	-0,0003	0,0001	-0,0003	-0,0002	-17,03
Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	-0,6170	-0,0006	-0,0110	0,0000	0,0001	0,0000	0,0001	0,0001	5,52
Συνταξιούχος	0,2690	-0,0001	0,0195	-0,0005	0,0000	-0,0005	0,0000	-0,0005	-37,19
Ανάπηρος/η	-2,5670	-0,0024	0,0484	-0,0003	0,0004	-0,0002	0,0003	0,0001	6,05
Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	0,2230	-0,0002	0,0345	-0,0002	0,0000	-0,0002	0,0000	-0,0002	-13,29
Χαμηλή ένταση εργασίας (β.α.: όχι)	1,7170	0,0025	-0,0150	0,0000	-0,0009	0,0000	-0,0009	-0,0009	-71,02
Εισοδηματικό πεμπτημόριο (β.α.: Φτωχότερο)				0,0007	0,0018	-0,0003	0,0028	0,0025	199,41
2	0,2910	0,0010	0,2450	0,0002	-0,0001	0,0000	0,0002	0,0001	11,51

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

3	1,4970	0,0032	0,2040	0,0003	0,0013	-0,0004	0,0019	0,0015	122,20
4	1,3470	0,0014	0,0983	0,0002	0,0010	0,0000	0,0011	0,0012	92,87
<i>Πλουσιότερο</i>	0,1950	-0,0004	0,0250	0,0000	-0,0004	0,0000	-0,0004	-0,0003	-27,17
Σοβαρή υλική στέρηση (β.α.: όχι)	0,0853	-0,0006	0,0169	-0,0001	0,0004	-0,0001	0,0004	0,0002	19,01
Σοβαρά προβλήματα στέγασης (β.α.: όχι)	1,2350	0,0013	0,0057	0,0000	-0,0004	0,0000	-0,0004	-0,0004	-32,34
Συνολική επίπτωση ατομικών κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών				-0,0007	0,0023	-0,0015	0,0031	0,0007	57,19
Περιφέρεια κατοικίας (β.α.: Αττική)				0,0000	0,0003	0,0002	0,0001	0,0002	18,67
<i>Κεντρική Ελλάδα</i>	-1,0330	-0,0042	0,0580	0,0001	0,0004	0,0003	0,0002	0,0005	40,84
<i>Βόρεια Ελλάδα</i>	0,2320	0,0016	-0,0168	-0,0001	-0,0002	-0,0001	-0,0002	-0,0003	-20,75
<i>Νησιά Αιγαίου, Κρήτη</i>	-0,6280	-0,0008	-0,0999	0,0000	0,0000	-0,0001	0,0001	0,0000	-1,42
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού (β.α.: Πυκνοκατοικημένη περιοχή)				0,0000	0,0006	0,0001	0,0005	0,0006	45,91
<i>Μέσης πυκνότητας περιοχή</i>	2,0660	0,0032	-0,0517	0,0000	0,0003	0,0002	0,0001	0,0003	24,42
<i>Αραιοκατοικημένη περιοχή</i>	-0,5540	-0,0028	-0,0340	0,0000	0,0003	-0,0001	0,0004	0,0003	21,49
Συνολική επίπτωση περιοχής κατοικίας				0,0000	0,0008	0,0002	0,0006	0,0008	64,58
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,7470	0,0030	0,0262	-0,0001	0,0001	-0,0001	0,0002	0,0000	1,91
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-1,8680	-0,0045	0,0347	-0,0002	-0,0001	0,0000	-0,0003	-0,0003	-23,84
Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-0,6490	-0,0004	0,0046	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	-3,10
Συνολική επίπτωση προβλημάτων γειτονιάς κατοικίας				-0,0002	-0,0001	-0,0002	-0,0002	-0,0003	-25,03
Residual								0,0002	13,82
ΔCI								0,0013	

Υποσημείωση: Δ: Διαφορά, η_κ: Ελαστικότητα έκβασης υγείας ως προς τον παράγοντα κ, CI_κ: Δείκτης συγκέντρωσης παράγοντα κ, CI: Δείκτης συγκέντρωσης έκβασης υγείας, β.α.: Βάση αναφοράς.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Οι εισοδηματικές ανισότητες στην πολύ κακή ή κακή υγεία αμβλύνονται στις περιόδους 2005-2008 (**Πίνακας 8-19**) και 2008-2012 (**Πίνακας 8-20**), ενώ επιδεινώνονται μεταξύ 2012 και 2015 (**Πίνακας 8-21**). Οι δημογραφικές μεταβλητές συμβάλουν σημαντικά στη μείωση των ανισοτήτων πριν την έναρξη της κρίσης (43,2%) και σε μικρότερο βαθμό κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης (17,9%) και στη δεύτερη περίοδο της κρίσης (-20,1%). Οι μεταβολές αυτές αποδίδονται σχεδόν εξ ολοκλήρου στον παράγοντα της ηλικίας, καθώς το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση και η υπηκοότητα επηρεάζουν ελάχιστα ή και καθόλου τις αλλαγές στις ανισότητες υγείας. Ειδικότερα, η αυξητική συμβολή της ηλικίας είναι αποτέλεσμα της διαφοράς στην ανισότητα για τις δύο πρώτες περιόδους και της διαφοράς στην ελαστικότητα στην τελευταία για τους ηλικιωμένους.

Οι κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές ενισχύουν τις ανισότητες αρκετά μεταξύ 2005-2008 (-37,3%) και σε μεγάλο βαθμό κατά τη δεύτερη περίοδο της κρίσης (135,6%), ενώ τις αμβλύνουν σημαντικά την περίοδο της βαθιάς ύφεσης (52,1%). Ειδικότερα, η εκπαίδευση συμβάλλει θετικά στη μείωση των ανισοτήτων σε μικρό βαθμό πριν την έναρξη της κρίσης (-10,1%), κυρίως λόγω της συμβολής της διαφοράς στην ελαστικότητα, και σημαντικά στη δεύτερη περίοδο της κρίσης (69,8%), το οποίο αποδίδεται κατά κύριο λόγο στη συνεισφορά της διαφοράς στην ελαστικότητα της ανώτερης εκπαιδευτικής κατηγορίας. Αντίθετα, η διαφορά στην ελαστικότητα στην ανώτερη εκπαιδευτική βαθμίδα οδηγεί στην αυξητική συμβολή της εκπαίδευσης κατά την τρίτη περίοδο (84,4%).

Η κύρια ασχολία ενισχύει σημαντικά τις ανισότητες πριν την έναρξη της κρίσης (-59,5%), κυρίως λόγω της διαφοράς στην ελαστικότητα στους ανέργους και της διαφοράς στην ανισότητα του αναπήρου. Κατά την περίοδο της βαθιάς ύφεσης, η κύρια ασχολία αμβλύνει σε μεγάλο βαθμό τις ανισότητες (43,9%), το οποίο οφείλεται κυρίως στη διαφορά ανισότητας στους συνταξιούχους και τους αναπήρους, ενώ κατά την τελευταία περίοδο δεν επηρεάζει τις ανισότητες (-5,1%). Ειδικά, για τους ανέργους, θα πρέπει να επισημανθεί ότι επιτείνουν σε μικρό βαθμό τις ανισότητες κατά την περίοδο της βαθιάς ύφεσης (-3%), ενώ τις μετριάζουν κατά την επόμενη περίοδο (-8,6%).

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Το εισόδημα συμβάλλει θετικά στην άμβλυνση των ανισοτήτων κατά την περίοδο πριν την έναρξη της κρίσης (41,4%) και κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης (19,9%), το οποίο αποδίδεται στη διαφορά στην ελαστικότητα και την ανισότητα, αντίστοιχα, του πλουσιότερου εισοδηματικού στρώματος. Κατά τη δεύτερη περίοδο της κρίσης, το εισόδημα συμβάλλει σημαντικά στην αύξηση των ανισοτήτων (98,7%), το οποίο σχετίζεται κατά κύριο λόγο με τη διαφορά στην ελαστικότητα του τρίτου και του τέταρτου πεμπτημορίου.

Η χαμηλή ένταση εργασίας, η σοβαρή υλική στέρηση και τα σοβαρά προβλήματα στέγασης δεν επηρεάζουν σημαντικά τις μεταβολές στις ανισότητες κατά τις πρώτες δύο περιόδους της ανάλυσης. Πάντως, και οι τρεις παράγοντες συμβάλουν στην επίταση των ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης. Κατά την τελευταία περίοδο, η χαμηλή ένταση εργασίας και τα σοβαρά προβλήματα στέγασης μειώνουν τις ανισότητες (-38,5% και -25%, αντίστοιχα), ως συνέπεια της διαφοράς στην ελαστικότητα, ενώ η σοβαρή υλική στέρηση τις ενισχύει σημαντικά (35,8%), λόγω επίσης της συμβολής της διαφοράς στην ελαστικότητα.

Η πληθυσμιακή πυκνότητα μετριάζει τις εισοδηματικές ανισότητες υγείας σε μεγαλύτερο βαθμό (31%) από ό,τι τις επιδεινώνει η γεωγραφική περιφέρεια κατοικίας (-11,2%) κατά την περίοδο πριν την έναρξη της κρίσης, με συνέπεια η περιφέρεια κατοικίας συνολικά να συμβάλλει θετικά στην άμβλυνση των ανισοτήτων (19,8%). Κατά την περίοδο της βαθιάς ύφεσης, οι δύο παράγοντες πάλι έχουν αντίρροπες συμβολές, με τη μία να αντισταθμίζει πλήρως την άλλη. Τέλος, οι μεταβλητές της περιοχής κατοικίας ενισχύουν σε μικρό βαθμό τις ανισότητες υγείας κατά την τελευταία περίοδο της ανάλυσης (16,3%), το οποίο οφείλεται εξ ολοκλήρου στην επίπτωση της γεωγραφικής περιφέρειας κατοικίας.

Τα προβλήματα της γειτονιάς δεν επηρεάζουν σημαντικά τις μεταβολές στις εισοδηματικές ανισότητες στην πολύ κακή ή κακή υγεία κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης (1,2%). Ωστόσο, τις ενισχύουν κατά την περίοδο πριν την ύφεση (-18,6%) και τις αμβλύνουν κατά τη δεύτερη περίοδο της κρίσης (-11%). Και στις δύο περιπτώσεις ο κύριος παράγοντας της μεταβολής είναι η διαφορά ελαστικότητας των προβλημάτων μόλυνσης.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων
υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Τέλος, ένα σημαντικό μέρος των μεταβολών στις εισοδηματικές ανισότητες στην πολύ κακή ή κακή υγεία παραμένει ανεξήγητο από τις μεταβλητές που συμπεριλήφθηκαν στα υποδείγματα, ιδίως για την περίοδο μεταξύ 2005 και 2008.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 8-19 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εισοδηματικών ανισοτήτων (E) στην πολύ κακή ή κακή υγεία, 2005-2008

2005-2008								
	$\Delta\beta_k^m$	ΔE_k	Συμβολή Δανισ/τας $\beta_{k2008}^m * \Delta E_k$	Συμβολή Δελαστ/τας $E_{k2005} * \Delta\beta_k^m$	Συμβολή Δανισ/τας $\beta_{k2005}^m * \Delta E_k$	Συμβολή Δελαστ/τας $E_{k2008} * \Delta\beta_k^m$	Συνολική απόλυτη συμβολή	% συμβολή
Ηλικία (β.α.: 25-44 ετών)			0,0047	-0,0011	0,0040	-0,0004	0,0036	36,10
16-24 ετών	0,0007	-0,0074	0,0001	0,0000	0,0001	0,0000	0,0001	0,68
45-64 ετών	0,0112	0,0133	0,0006	0,0005	0,0004	0,0006	0,0011	10,61
65 ετών και άνω	0,0127	0,0411	0,0040	-0,0015	0,0035	-0,0010	0,0025	24,81
Φύλο (β.α.: Άνδρας)	0,0043	0,0065	0,0000	-0,0002	0,0000	-0,0001	-0,0002	-1,72
Οικογενειακή κατάσταση (β.α.: Έγγαμος/η)			0,0001	0,0004	0,0001	0,0005	0,0006	5,82
Άγαμος/η	0,0153	0,0005	0,0000	0,0004	0,0000	0,0004	0,0005	4,50
Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η	-0,0002	0,0074	0,0001	0,0000	0,0001	0,0000	0,0001	1,31
Υπηκοότητα (β.α.: Ελληνική)			0,0003	0,0000	0,0004	-0,0001	0,0003	3,05
Άλλης Ε.Ε. χώρας	0,0137	-0,0044	0,0000	0,0000	0,0001	-0,0001	0,0000	-0,17
Άλλης χώρας	-0,0002	-0,0247	0,0003	0,0000	0,0003	0,0000	0,0003	3,22
Συνολική επίπτωση δημογραφικών μεταβλητών			0,0051	-0,0008	0,0045	-0,0002	0,0043	43,24
Επίπεδο εκπαίδευσης (β.α.: Δημοτικό ή χαμηλότερα)			0,0004	-0,0014	-0,0001	-0,0009	-0,0010	-10,07
Γυμνάσιο	0,0092	-0,0309	0,0000	-0,0005	0,0003	-0,0007	-0,0004	-4,40
Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	-0,0133	-0,0561	0,0011	-0,0014	0,0003	-0,0006	-0,0003	-2,99
ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	0,0015	0,0278	-0,0007	0,0004	-0,0007	0,0005	-0,0003	-2,67
Κύρια ασχολία (β.α.: Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση)			-0,0026	-0,0033	-0,0022	-0,0038	-0,0060	-59,53
Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	0,0031	-0,0013	0,0000	-0,0001	0,0000	-0,0001	-0,0001	-1,18
Άνεργος/η	0,0253	0,0076	0,0003	-0,0014	0,0001	-0,0012	-0,0012	-11,48
Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	0,0101	-0,0056	-0,0001	-0,0002	0,0000	-0,0003	-0,0003	-3,21
Συνταξιούχος	-0,0007	0,0467	0,0031	0,0001	0,0032	0,0000	0,0032	31,69
Ανάπηρος/η	0,0645	-0,0089	-0,0060	-0,0007	-0,0055	-0,0013	-0,0067	-67,34
Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	0,0089	0,0031	0,0001	-0,0009	0,0001	-0,0009	-0,0008	-8,01
Χαμηλή ένταση εργασίας (β.α.: όχι)	-0,0059	-0,0030	0,0000	0,0005	0,0000	0,0005	0,0005	5,22
Εισοδηματικό πεμπτημόριο (β.α.: Φτωχότερο)			-0,0005	0,0046	-0,0003	0,0044	0,0041	41,39
2	0,0020	-0,0010	0,0000	-0,0007	0,0000	-0,0007	-0,0007	-6,81

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

3	0,0054	-0,0712	0,0000	0,0003	0,0004	-0,0001	0,0003	2,91
4	0,0062	-0,0112	0,0001	0,0020	0,0002	0,0019	0,0021	20,72
<i>Πλουσιότερο</i>	0,0050	0,0486	-0,0006	0,0030	-0,0008	0,0033	0,0025	24,57
Σοβαρή υλική στέρηση (β.α.: όχι)	-0,0019	-0,0317	-0,0011	0,0004	-0,0011	0,0005	-0,0006	-6,46
Σοβαρά προβλήματα στέγασης (β.α.: όχι)	0,0090	-0,0062	-0,0001	-0,0007	0,0000	-0,0008	-0,0008	-7,81
Συνολική επίπτωση ατομικών κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών			-0,0038	-0,0004	-0,0037	-0,0006	-0,0037	-37,26
Περιφέρεια κατοικίας (β.α.: Αττική)			0,0003	-0,0014	0,0004	-0,0015	-0,0011	-11,20
<i>Κεντρική Ελλάδα</i>	0,0047	-0,0121	-0,0001	-0,0007	0,0000	-0,0007	-0,0007	-7,39
<i>Βόρεια Ελλάδα</i>	0,0089	-0,0032	0,0000	-0,0008	0,0000	-0,0008	-0,0008	-7,73
<i>Νησιά Αιγαίου, Κρήτη</i>	-0,0003	0,0367	0,0004	0,0000	0,0004	0,0000	0,0004	3,92
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού (β.α.: Πυκνοκατοικημένη περιοχή)			-0,0007	0,0038	0,0003	0,0028	0,0031	31,00
<i>Μέσης πυκνότητας περιοχή</i>	0,0186	-0,0375	-0,0004	0,0019	0,0003	0,0012	0,0015	14,74
<i>Αραιοκατοικημένη περιοχή</i>	-0,0062	0,0462	-0,0002	0,0019	0,0001	0,0016	0,0016	16,26
Συνολική επίπτωση περιοχής κατοικίας			-0,0004	0,0024	0,0007	0,0013	0,0020	19,80
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-0,0082	-0,0190	-0,0002	-0,0006	-0,0003	-0,0005	-0,0008	-7,88
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-0,0150	0,0015	0,0000	-0,0014	0,0000	-0,0014	-0,0014	-14,15
Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0118	0,0183	0,0001	0,0003	-0,0002	0,0005	0,0003	3,44
Συνολική επίπτωση προβλημάτων γειτονιάς κατοικίας			-0,0001	-0,0017	-0,0005	-0,0014	-0,0019	-18,60
Residual							0,0093	92,81
ΔΕ							0,0100	

Υποσημείωση: Δ: Διαφορά, β_k^m : Ελαστικότητα έκβασης υγείας ως προς τον παράγοντα k , Εκ: Δείκτης συγκέντρωσης παράγοντα k , E: Erreygers Concentration index έκβασης υγείας, β.α.: Βάση αναφοράς.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 8-20 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εισοδηματικών ανισοτήτων (E) στην πολύ κακή ή κακή υγεία, 2008-2012

2008-2012								
	$\Delta\beta_k^m$	ΔE_k	Συμβολή Δανισ/τας $\beta_{k2012}^m * \Delta E_k$	Συμβολή Δελαστ/τας $E_{k2008} * \Delta\beta_k^m$	Συμβολή Δανισ/τας $\beta_{k2008}^m * \Delta E_k$	Συμβολή Δελαστ/τας $E_{k2012} * \Delta\beta_k^m$	Συνολική απόλυτη συμβολή	% συμβολή
Ηλικία (β.α.: 25-44 ετών)			0,0069	0,0012	0,0093	-0,0012	0,0082	20,89
16-24 ετών	-0,0008	-0,0172	0,0002	0,0000	0,0002	0,0001	0,0003	0,74
45-64 ετών	-0,0176	-0,0257	-0,0006	-0,0010	-0,0011	-0,0006	-0,0017	-4,22
65 ετών και άνω	-0,0274	0,1040	0,0073	0,0022	0,0102	-0,0007	0,0095	24,37
Φύλο (β.α.: Άνδρας)	-0,0022	-0,0055	0,0000	0,0001	0,0000	0,0001	0,0001	0,24
Οικογενειακή κατάσταση (β.α.: Έγγαμος/η)			-0,0006	-0,0009	-0,0010	-0,0004	-0,0015	-3,71
Άγαμος/η	-0,0069	-0,0470	-0,0008	-0,0002	-0,0012	0,0001	-0,0010	-2,65
Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η	0,0181	0,0079	0,0003	-0,0007	0,0001	-0,0005	-0,0004	-1,06
Υπηκοότητα (β.α.: Ελληνική)			0,0003	-0,0001	0,0004	-0,0002	0,0002	0,52
Άλλης Ε.Ε. χώρας	0,0065	-0,0027	0,0000	0,0000	0,0000	-0,0001	0,0000	-0,13
Άλλης χώρας	0,0009	-0,0267	0,0003	-0,0001	0,0003	-0,0001	0,0003	0,65
Συνολική επίπτωση δημογραφικών μεταβλητών			0,0067	0,0003	0,0087	-0,0017	0,0070	17,94
Επίπεδο εκπαίδευσης (β.α.: Δημοτικό ή χαμηλότερα)			0,0041	-0,0017	0,0023	0,0002	0,0024	6,19
Γυμνάσιο	-0,0271	0,0037	-0,0001	0,0022	0,0000	0,0021	0,0021	5,29
Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	-0,0166	-0,1190	0,0043	-0,0008	0,0023	0,0012	0,0035	8,90
ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	-0,0095	0,0019	-0,0001	-0,0031	0,0000	-0,0031	-0,0031	-8,01
Κύρια ασχολία (β.α.: Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση)			0,0143	0,0029	0,0124	0,0048	0,0171	43,93
Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	-0,0113	0,0061	0,0000	0,0004	0,0001	0,0003	0,0004	1,01
Άνεργος/η	-0,0210	-0,1290	-0,0022	0,0010	-0,0049	0,0038	-0,0012	-3,01
Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	-0,0235	-0,0079	0,0000	0,0006	-0,0001	0,0008	0,0007	1,77
Συνταξιούχος	0,0024	0,1160	0,0080	-0,0001	0,0077	0,0002	0,0080	20,31
Ανάπηρος/η	-0,0796	0,0144	0,0086	0,0016	0,0097	0,0004	0,0101	25,93
Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	0,0070	-0,0028	-0,0001	-0,0007	-0,0001	-0,0007	-0,0008	-2,08
Χαμηλή ένταση εργασίας (β.α.: όχι)	0,0167	-0,0932	-0,0014	-0,0015	0,0001	-0,0031	-0,0029	-7,48
Εισοδηματικό πεμπτημόριο (β.α.: Φτωχότερο)			0,0066	0,0012	0,0047	0,0031	0,0078	19,92
2	-0,0044	0,2900	-0,0007	0,0015	0,0006	0,0002	0,0008	2,11

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

3	0,0071	0,3380	0,0023	-0,0001	-0,0001	0,0023	0,0022	5,53
4	0,0024	0,0865	-0,0006	0,0007	-0,0008	0,0010	0,0002	0,45
<i>Πλουσιότερο</i>	-0,0014	-0,4140	0,0056	-0,0009	0,0050	-0,0003	0,0046	11,84
Σοβαρή υλική στέρηση (β.α.: όχι)	-0,0107	-0,1790	-0,0041	0,0027	-0,0060	0,0046	-0,0014	-3,59
Σοβαρά προβλήματα στέγασης (β.α.: όχι)	0,0274	-0,0096	-0,0004	-0,0023	-0,0001	-0,0026	-0,0027	-6,85
Συνολική επίπτωση ατομικών κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών			0,0206	0,0028	0,0132	0,0101	0,0203	52,12
Περιφέρεια κατοικίας (β.α.: Αττική)			-0,0001	0,0020	0,0001	0,0018	0,0019	4,80
<i>Κεντρική Ελλάδα</i>	-0,0086	0,0225	-0,0001	0,0013	0,0001	0,0011	0,0013	3,22
<i>Βόρεια Ελλάδα</i>	-0,0086	0,0109	-0,0001	0,0008	0,0000	0,0007	0,0007	1,80
<i>Νησιά Αιγαίου, Κρήτη</i>	-0,0079	-0,0054	0,0000	-0,0001	-0,0001	0,0000	-0,0001	-0,22
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού (β.α.: Πυκνοκατοικημένη περιοχή)			0,0000	-0,0018	-0,0008	-0,0010	-0,0018	-4,61
<i>Μέσης πυκνότητας περιοχή</i>	0,0051	-0,0204	-0,0003	0,0003	-0,0002	0,0002	0,0000	-0,01
<i>Αραιοκατοικημένη περιοχή</i>	0,0086	0,1060	0,0004	-0,0022	-0,0005	-0,0013	-0,0018	-4,60
Συνολική επίπτωση περιοχής κατοικίας			-0,0001	0,0002	-0,0006	0,0007	0,0001	0,19
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0083	-0,0260	-0,0005	0,0005	-0,0002	0,0003	0,0000	0,03
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-0,0001	-0,0621	0,0002	0,0000	0,0002	0,0000	0,0002	0,46
Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0046	0,0090	0,0001	0,0002	0,0000	0,0002	0,0003	0,68
Συνολική επίπτωση προβλημάτων γειτονιάς κατοικίας			-0,0002	0,0007	0,0000	0,0005	0,0005	1,17
Residual							0,0112	28,59
ΔΕ							0,0391	

Υποσημείωση: Δ: Διαφορά, β_k^m : Ελαστικότητα έκβασης υγείας ως προς τον παράγοντα k , E_k : Δείκτης συγκέντρωσης παράγοντα k , E : Erreygers Concentration index έκβασης υγείας, β.α.: Βάση αναφοράς.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 8-21 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εισοδηματικών ανισοτήτων (E) στην πολύ κακή ή κακή υγεία, 2012-2015

2012-2015								
	$\Delta\beta_k^m$	ΔE_k	Συμβολή Δανισ/τας $\beta_{k2015}^m * \Delta E_k$	Συμβολή Δελαστ/τας $E_{k2012} * \Delta\beta_k^m$	Συμβολή Δανισ/τας $\beta_{k2012}^m * \Delta E_k$	Συμβολή Δελαστ/τας $E_{k2015} * \Delta\beta_k^m$	Συνολική απόλυτη συμβολή	% συμβολή
Ηλικία (β.α.: 25-44 ετών)			0,0005	0,0014	0,0003	0,0016	0,0019	-22,62
16-24 ετών	-0,0040	0,0080	-0,0001	0,0003	-0,0001	0,0003	0,0001	-1,70
45-64 ετών	0,0022	0,0004	0,0000	0,0001	0,0000	0,0001	0,0001	-0,94
65 ετών και άνω	0,0449	0,0051	0,0006	0,0011	0,0004	0,0013	0,0017	-19,98
Φύλο (β.α.: Άνδρας)	-0,0020	0,0165	-0,0001	0,0001	-0,0001	0,0000	0,0000	0,52
Οικογενειακή κατάσταση (β.α.: Έγγαμος/η)			-0,0003	0,0001	-0,0002	0,0000	-0,0001	1,71
Άγαμος/η	-0,0184	0,0045	0,0000	0,0003	0,0001	0,0002	0,0003	-3,91
Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η	0,0064	-0,0067	-0,0003	-0,0002	-0,0002	-0,0002	-0,0005	5,62
Υπηκοότητα (β.α.: Ελληνική)			0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,29
Άλλης Ε.Ε. χώρας	0,0074	0,0041	0,0000	-0,0001	0,0000	0,0000	0,0000	0,56
Άλλης χώρας	-0,0008	0,0038	0,0000	0,0001	0,0000	0,0001	0,0000	-0,27
Συνολική επίπτωση δημογραφικών μεταβλητών			0,0000	0,0016	0,0000	0,0017	0,0017	-20,11
Επίπεδο εκπαίδευσης (β.α.: Δημοτικό ή χαμηλότερα)			-0,0003	-0,0055	-0,0005	-0,0053	-0,0058	69,77
Γυμνάσιο	-0,0008	-0,0083	0,0002	0,0001	0,0002	0,0001	0,0003	-3,53
Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	-0,0025	0,0368	-0,0014	0,0002	-0,0013	0,0001	-0,0012	14,95
ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	-0,0178	-0,0177	0,0009	-0,0058	0,0006	-0,0055	-0,0049	58,35
Κύρια ασχολία (β.α.: Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση)			0,0010	-0,0006	0,0011	-0,0006	0,0004	-5,13
Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	-0,0044	-0,0047	0,0000	0,0001	0,0000	0,0001	0,0001	-1,30
Άνεργος/η	-0,0056	-0,0254	-0,0003	0,0010	-0,0004	0,0012	0,0007	-8,60
Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	0,0266	-0,0002	0,0000	-0,0009	0,0000	-0,0009	-0,0009	11,39
Συνταξιούχος	-0,0081	0,0203	0,0012	-0,0008	0,0014	-0,0009	0,0005	-5,70
Ανάπηρος/η	0,0671	-0,0005	-0,0003	-0,0004	-0,0003	-0,0004	-0,0007	8,22
Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	-0,0039	0,0092	0,0004	0,0004	0,0004	0,0004	0,0008	-9,14
Χαμηλή ένταση εργασίας (β.α.: όχι)	-0,0172	-0,0258	0,0000	0,0032	-0,0004	0,0036	0,0032	-38,50
Εισοδηματικό πεμπτημόριο (β.α.: Φτωχότερο)			0,0011	-0,0093	0,0015	-0,0097	-0,0082	98,69
2	-0,0038	0,2570	-0,0016	0,0002	-0,0006	-0,0008	-0,0014	16,54

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

3	-0,0171	0,0227	-0,0002	-0,0054	0,0002	-0,0058	-0,0057	68,32
4	-0,0119	-0,1070	0,0020	-0,0047	0,0007	-0,0034	-0,0027	32,95
<i>Πλουσιότερο</i>	0,0026	-0,0883	0,0010	0,0006	0,0012	0,0004	0,0016	-19,12
Σοβαρή υλική στέρηση (β.α.: όχι)	0,0047	-0,0338	-0,0009	-0,0020	-0,0008	-0,0022	-0,0030	35,77
Σοβαρά προβλήματα στέγασης (β.α.: όχι)	-0,0190	0,0138	0,0003	0,0018	0,0006	0,0015	0,0021	-24,96
Συνολική επίπτωση ατομικών κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών			0,0012	-0,0157	0,0018	-0,0163	-0,0113	135,64
Περιφέρεια κατοικίας (β.α.: Αττική)			-0,0005	-0,0009	-0,0001	-0,0013	-0,0014	16,80
<i>Κεντρική Ελλάδα</i>	0,0054	0,0800	0,0002	-0,0007	-0,0002	-0,0003	-0,0005	5,58
<i>Βόρεια Ελλάδα</i>	0,0030	-0,0351	0,0001	-0,0002	0,0002	-0,0003	-0,0001	1,77
<i>Νησιά Αιγαίου, Κρήτη</i>	0,0176	-0,0423	-0,0009	0,0001	-0,0001	-0,0007	-0,0008	9,44
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού (β.α.: Πυκνοκατοικημένη περιοχή)			0,0001	-0,0001	-0,0001	0,0001	0,0000	-0,50
<i>Μέσης πυκνότητας περιοχή</i>	-0,0272	0,0024	0,0000	-0,0012	0,0000	-0,0013	-0,0013	15,04
<i>Αραιοκατοικημένη περιοχή</i>	-0,0078	-0,0323	0,0001	0,0012	-0,0001	0,0014	0,0013	-15,54
Συνολική επίπτωση περιοχής κατοικίας			-0,0004	-0,0009	-0,0002	-0,0012	-0,0014	16,30
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-0,0098	0,0137	0,0001	-0,0003	0,0002	-0,0004	-0,0002	2,27
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0192	0,0175	0,0003	0,0006	-0,0001	0,0010	0,0009	-11,13
Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0081	-0,0156	-0,0002	0,0004	-0,0001	0,0003	0,0002	-2,08
Συνολική επίπτωση προβλημάτων γειτονιάς κατοικίας			0,0001	0,0008	0,0001	0,0008	0,0009	-10,94
Residual							0,0017	-20,87
ΔΕ							-0,0083	

Υποσημείωση: Δ: Διαφορά, β_k^m : Ελαστικότητα έκβασης υγείας ως προς τον παράγοντα k , E_k : Δείκτης συγκέντρωσης παράγοντα k , E : Erreygers Concentration index έκβασης υγείας, β.α.: Βάση αναφοράς.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Οι εισοδηματικές ανισότητες στα χρόνια προβλήματα υγείας αμβλύνονται και στις τρεις περιόδους της ανάλυσης (**Πίνακας 8-22**, **Πίνακας 8-23** και **Πίνακας 8-24**). Οι δημογραφικές μεταβλητές συνολικά μειώνουν σημαντικά τις ανισότητες κατά τις δύο πρώτες περιόδους της ανάλυσης (113,1% και 43,1%, αντίστοιχα), ενώ τις ενισχύουν επίσης σημαντικά μεταξύ 2012 και 2015 (-87,4%). Η διαφορά στην ανισότητα στους ηλικιωμένους στις περιόδους 2005-2008 και 2008-2012 είναι εκείνη που διαμορφώνει κυρίως τη θετική συμβολή της ηλικίας στη μείωση των ανισοτήτων (90,7% και 36,8%, αντίστοιχα), ενώ η διαφορά στην ελαστικότητα στους νεότερους είναι η αιτία που η ηλικία ενισχύει τις ανισότητες κατά τη δεύτερη περίοδο της κρίσης (-27,1%).

Το φύλο δεν επηρεάζει σημαντικά τις μεταβολές στις εισοδηματικές ανισότητες υγείας, ενώ η οικογενειακή κατάσταση, λόγω της συμβολής της κατηγορίας των χήρων ή διαζευγμένων, τις επιδεινώνει μεταξύ 2012 και 2015 (-15,7%). Έπειτα, η υπηκοότητα συμβάλλει θετικά στη μείωση των ανισοτήτων πριν την έναρξη της κρίσης (22,7%) και σε μικρό βαθμό κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης (6,1%), ενώ τις επιτείνει κατά τη δεύτερη φάση της ύφεσης (-41,4%). Και στις τρεις περιπτώσεις, ο καθοριστικός παράγοντας της συμβολής της υπηκοότητας είναι η διαφορά στην ελαστικότητα στους πολίτες άλλων χωρών εκτός Ε.Ε.

Οι κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές συνολικά επιδεινώνουν σημαντικά τις ανισότητες υγείας πριν την έναρξη της κρίσης (-121,2%), ενώ τις αμβλύνουν επίσης αξιόλογα κατά τη διάρκεια της κρίσης (52,4% και 283,7%, αντίστοιχα). Η εκπαίδευση ενισχύει τις ανισότητες υγείας σε σημαντικό βαθμό πριν την έναρξη της κρίσης (-50,4%) και με μικρή βαρύτητα κατά την πρώτη περίοδο της ύφεσης (-4,7%), ενώ τις περιορίζει σημαντικά στη δεύτερη περίοδο της κρίσης (94,4%). Και στις τρεις περιόδους καθοριστική είναι η αυξητική συμβολή της διαφοράς στην ελαστικότητα στην ανώτερη βαθμίδα εκπαίδευσης.

Η κύρια ασχολία ενισχύει σημαντικά τις ανισότητες πριν την έναρξη της κρίσης (-64,7%), το οποίο οφείλεται κατά κύριο λόγο στη συνεισφορά της διαφοράς στην ελαστικότητα υγείας στους αναπήρους, στις νοικοκυρές και τους ανέργους. Κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης, η διαφορά στην ανισότητα στους συνταξιούχους και τους αναπήρους οδηγεί την κύρια ασχολία στο να συμβάλλει θετικά στην άμβλυνση των ανισοτήτων υγείας (44,8%). Τέλος, η κύρια

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

ασχολία συνεχίζει να μειώνει τις ανισότητες κατά την τρίτη περίοδο της ανάλυσης (26,7%), το οποίο οφείλεται στην πολύ σημαντική περιοριστική των ανισοτήτων συμβολή των συνταξιούχων, η οποία υπερβαίνει το άθροισμα της αυξητικής συνεισφοράς των υπολοίπων επαγγελματικών κατηγοριών.

Το εισόδημα αμβλύνει τις ανισότητες πριν την έναρξη της κρίσης (20,4%) αλλά και στην πρώτη περίοδο της ύφεσης (43,1%), λόγω κυρίως της συμβολής των δύο ανώτερων εισοδηματικών κατηγοριών. Αντίθετα, το εισόδημα ενισχύει σημαντικά τις ανισότητες κατά τη δεύτερη περίοδο της κρίσης (-204,1%), το οποίο αποδίδεται στη διαφορά στην ελαστικότητα υγείας στα δύο πλουσιότερα στρώματα, ιδιαίτερα του τέταρτου πεμπτημορίου.

Η χαμηλή ένταση εργασίας μετριάζει τις ανισότητες σε μικρό βαθμό πριν την έναρξη της κρίσης (5,5%) και σε πολύ μεγαλύτερο κατά τη δεύτερη περίοδο της ύφεσης (213,1%), ενώ τις ενισχύει σε μικρό βαθμό κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης (-12,3%), με τις μεταβολές να διαμορφώνονται από τη συμβολή της διαφοράς στην ελαστικότητα. Έπειτα, η σοβαρή υλική στέρση επιδεινώνει τις ανισότητες κατά τις δύο πρώτες περιόδους (-30,9% και -13,6%), λόγω της συμβολής της διαφοράς στην ανισότητα, ενώ τις μειώνει μεταξύ 2012 και 2015 (131,4%), το οποίο οφείλεται στη διαφορά στην ελαστικότητα. Τέλος, τα σοβαρά προβλήματα στέγασης δεν είναι σημαντικός παράγοντας των μεταβολών στις ανισότητες υγείας πριν την έναρξη της κρίσης (-1,1%) αλλά και κατά την πρώτη περίοδο της ύφεσης (-4,8%), αλλά συμβάλει στη μείωσή τους κατά την τρίτη περίοδο της ανάλυσης (22,4%), κυρίως λόγω της διαφοράς στην ανισότητα.

Η περιοχή κατοικίας μειώνει τις ανισότητες σε σημαντικό βαθμό μεταξύ 2005 και 2008 (70,8%), καθώς τόσο η γεωγραφική περιφέρεια της κατοικίας όσο και η πληθυσμιακή πυκνότητα συμβάλουν θετικά στην άμβλυνσή τους. Κατά την πρώτη περίοδο της ύφεσης, η περιοχή κατοικίας συνεχίζει να αμβλύνει τις ανισότητες, αλλά σε μικρότερο βαθμό (11,2%). Αντίθετα, τις αυξάνει σημαντικά κατά την τελευταία περίοδο (-193,1%), το οποίο αποδίδεται στη συμβολή κυρίως της γεωγραφικής περιφέρειας της κατοικίας.

Τα προβλήματα της γειτονιάς δεν επηρεάζουν σημαντικά τις ανισότητες υγείας κατά τις δύο πρώτες περιόδους της ανάλυσης (-7,9% και -5,7%,

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

αντίστοιχα). Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η αρκετή αυξητική συμβολή των προβλημάτων θορύβου πριν την έναρξη της κρίσης αντισταθμίζεται από την αντίρροπη συνεισφορά των προβλημάτων βανδαλισμού. Κατά τη δεύτερη περίοδο της ύφεσης, τα προβλήματα της γειτονιάς αμβλύνουν σημαντικά τις ανισότητες (83,8%), το οποίο οφείλεται σχεδόν εξ ολοκλήρου στη συμβολή της διαφοράς στην ελαστικότητα των προβλημάτων μόλυνσης. Τέλος, διαπιστώνεται ότι το κατάλοιπο είναι μεγάλο για την ανάλυση παραγόντων της περιόδου 2005-2008.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 8-22 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εισοδηματικών ανισοτήτων (E) στα χρόνια προβλήματα υγείας, 2005-2008

2005-2008								
	$\Delta\beta_k^m$	ΔE_k	Συμβολή Δανισ/τας $\beta_{k2008}^m * \Delta E_k$	Συμβολή Δελαστ/τας $E_{k2005} * \Delta\beta_k^m$	Συμβολή Δανισ/τας $\beta_{k2005}^m * \Delta E_k$	Συμβολή Δελαστ/τας $E_{k2008} * \Delta\beta_k^m$	Συνολική απόλυτη συμβολή	% συμβολή
Ηλικία (β.α.: 25-44 ετών)			0,0128	0,0007	0,0120	0,0016	0,0136	90,74
16-24 ετών	-0,0247	-0,0074	0,0004	0,0012	0,0003	0,0014	0,0016	10,81
45-64 ετών	0,0180	0,0133	0,0017	0,0008	0,0015	0,0010	0,0025	16,52
65 ετών και άνω	0,0101	0,0411	0,0107	-0,0012	0,0103	-0,0008	0,0095	63,41
Φύλο (β.α.: Άνδρας)	-0,0113	0,0065	-0,0001	0,0004	0,0000	0,0003	0,0003	2,15
Οικογενειακή κατάσταση (β.α.: Έγγαμος/η)			0,0005	-0,0009	0,0003	-0,0007	-0,0004	-2,45
Άγαμος/η	0,0082	0,0005	0,0000	0,0002	0,0000	0,0002	0,0002	1,57
Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η	0,0244	0,0074	0,0005	-0,0011	0,0003	-0,0009	-0,0006	-4,01
Υπηκοότητα (β.α.: Ελληνική)			0,0015	0,0019	0,0001	0,0033	0,0034	22,70
Άλλης Ε.Ε. χώρας	-0,0678	-0,0044	0,0002	0,0002	-0,0001	0,0005	0,0004	2,92
Άλλης χώρας	-0,0432	-0,0247	0,0013	0,0017	0,0002	0,0027	0,0030	19,78
Συνολική επίπτωση δημογραφικών μεταβλητών			0,0148	0,0022	0,0125	0,0045	0,0170	113,14
Επίπεδο εκπαίδευσης (β.α.: Δημοτικό ή χαμηλότερα)			0,0024	-0,0099	0,0010	-0,0086	-0,0075	-50,41
Γυμνάσιο	-0,0145	-0,0309	0,0011	0,0007	0,0007	0,0012	0,0018	12,17
Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	-0,0282	-0,0561	0,0036	-0,0030	0,0020	-0,0014	0,0006	4,32
ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	-0,0260	0,0278	-0,0024	-0,0077	-0,0016	-0,0084	-0,0100	-66,90
Κύρια ασχολία (β.α.: Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση)			0,0000	-0,0097	-0,0002	-0,0095	-0,0097	-64,67
Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	0,0183	-0,0013	-0,0001	-0,0006	-0,0001	-0,0006	-0,0006	-4,27
Άνεργος/η	0,0401	0,0076	0,0005	-0,0023	0,0002	-0,0020	-0,0018	-12,08
Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	0,0374	-0,0056	-0,0001	-0,0008	0,0001	-0,0010	-0,0010	-6,43
Συνταξιούχος	0,0201	0,0467	0,0072	-0,0014	0,0062	-0,0004	0,0058	38,51
Ανάπηρος/η	0,0993	-0,0089	-0,0077	-0,0011	-0,0068	-0,0020	-0,0088	-58,60
Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	0,0345	0,0031	0,0003	-0,0035	0,0002	-0,0034	-0,0033	-21,80
Χαμηλή ένταση εργασίας (β.α.: όχι)	-0,0098	-0,0030	0,0000	0,0009	-0,0001	0,0009	0,0008	5,50
Εισοδηματικό πεμπτημόριο (β.α.: Φτωχότερο)			-0,0015	0,0045	-0,0001	0,0032	0,0030	20,35
2	0,0082	-0,0010	0,0000	-0,0028	0,0000	-0,0028	-0,0028	-18,45

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

3	0,0227	-0,0712	-0,0007	0,0012	0,0009	-0,0005	0,0005	3,15
4	0,0049	-0,0112	0,0002	0,0016	0,0003	0,0015	0,0018	11,76
<i>Πλουσιότερο</i>	0,0075	0,0486	-0,0010	0,0046	-0,0013	0,0049	0,0036	23,89
Σοβαρή υλική στέρηση (β.α.: όχι)	0,0088	-0,0317	-0,0027	-0,0020	-0,0024	-0,0023	-0,0046	-30,90
Σοβαρά προβλήματα στέγασης (β.α.: όχι)	-0,0001	-0,0062	-0,0002	0,0000	-0,0002	0,0000	-0,0002	-1,11
Συνολική επίπτωση ατομικών κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών			-0,0020	-0,0170	-0,0019	-0,0171	-0,0182	-121,24
Περιφέρεια κατοικίας (β.α.: Αττική)			0,0008	0,0019	0,0005	0,0023	0,0027	18,28
<i>Κεντρική Ελλάδα</i>	-0,0096	-0,0121	0,0000	0,0014	-0,0001	0,0015	0,0013	8,83
<i>Βόρεια Ελλάδα</i>	-0,0086	-0,0032	0,0001	0,0007	0,0001	0,0008	0,0009	5,76
<i>Νησιά Αιγαίου, Κρήτη</i>	0,0052	0,0367	0,0007	-0,0001	0,0005	0,0000	0,0006	3,69
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού (β.α.: Πυκνοκατοικημένη περιοχή)			-0,0011	0,0089	0,0010	0,0068	0,0079	52,47
<i>Μέσης πυκνότητας περιοχή</i>	0,0333	-0,0375	-0,0005	0,0034	0,0008	0,0022	0,0030	19,68
<i>Αραιοκατοικημένη περιοχή</i>	-0,0183	0,0462	-0,0006	0,0055	0,0003	0,0047	0,0049	32,79
Συνολική επίπτωση περιοχής κατοικίας			-0,0003	0,0109	0,0015	0,0091	0,0106	70,75
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-0,0381	-0,0190	-0,0002	-0,0029	-0,0009	-0,0021	-0,0031	-20,39
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-0,0006	0,0015	0,0001	-0,0001	0,0001	-0,0001	0,0000	0,01
Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0507	0,0183	0,0006	0,0012	-0,0003	0,0022	0,0019	12,50
Συνολική επίπτωση προβλημάτων γειτονιάς κατοικίας			0,0005	-0,0017	-0,0011	0,0000	-0,0012	-7,88
Residual							0,0068	45,23
ΔΕ							0,0150	

Υποσημείωση: Δ: Διαφορά, β_k^m : Ελαστικότητα έκβασης υγείας ως προς τον παράγοντα k , E_k : Δείκτης συγκέντρωσης παράγοντα k , E : Erreygers Concentration index έκβασης υγείας, β.α.: Βάση αναφοράς.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 8-23 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εισοδηματικών ανισοτήτων (E) στα χρόνια προβλήματα υγείας, 2008-2012

2008-2012								
	$\Delta\beta_k^m$	ΔE_k	Συμβολή Δανισ/τας $\beta_{k2012}^m * \Delta E_k$	Συμβολή Δελαστ/τας $E_{k2008} * \Delta\beta_k^m$	Συμβολή Δανισ/τας $\beta_{k2008}^m * \Delta E_k$	Συμβολή Δελαστ/τας $E_{k2012} * \Delta\beta_k^m$	Συνολική απόλυτη συμβολή	% συμβολή
Ηλικία (β.α.: 25-44 ετών)			0,0328	-0,0063	0,0250	0,0014	0,0263	36,79
16-24 ετών	0,0057	-0,0172	0,0009	-0,0003	0,0010	-0,0004	0,0006	0,83
45-64 ετών	0,0002	-0,0257	-0,0033	0,0000	-0,0033	0,0000	-0,0033	-4,54
65 ετών και άνω	0,0751	0,1040	0,0351	-0,0060	0,0272	0,0018	0,0290	40,49
Φύλο (β.α.: Άνδρας)	0,0110	-0,0055	0,0000	-0,0003	0,0001	-0,0004	-0,0003	-0,44
Οικογενειακή κατάσταση (β.α.: Έγγαμος/η)			0,0003	0,0002	0,0007	-0,0002	0,0005	0,66
Άγαμος/η	0,0082	-0,0470	-0,0003	0,0002	0,0001	-0,0001	0,0000	-0,04
Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η	0,0017	0,0079	0,0006	-0,0001	0,0006	-0,0001	0,0005	0,70
Υπηκοότητα (β.α.: Ελληνική)			0,0024	0,0020	0,0015	0,0028	0,0044	6,10
Άλλης Ε.Ε. χώρας	-0,0100	-0,0027	0,0002	0,0001	0,0001	0,0001	0,0002	0,33
Άλλης χώρας	-0,0304	-0,0267	0,0022	0,0019	0,0014	0,0027	0,0041	5,77
Συνολική επίπτωση δημογραφικών μεταβλητών			0,0354	-0,0045	0,0272	0,0036	0,0309	43,11
Επίπεδο εκπαίδευσης (β.α.: Δημοτικό ή χαμηλότερα)			0,0119	-0,0153	0,0073	-0,0107	-0,0034	-4,68
Γυμνάσιο	-0,0446	0,0037	-0,0003	0,0036	-0,0001	0,0034	0,0033	4,58
Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	-0,0411	-0,1190	0,0125	-0,0020	0,0076	0,0029	0,0105	14,69
ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	-0,0524	0,0019	-0,0003	-0,0169	-0,0002	-0,0170	-0,0172	-23,95
Κύρια ασχολία (β.α.: Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση)			0,0221	0,0100	0,0220	0,0100	0,0321	44,75
Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	-0,0518	0,0061	0,0001	0,0017	0,0004	0,0013	0,0017	2,38
Άνεργος/η	-0,0354	-0,1290	-0,0034	0,0017	-0,0080	0,0063	-0,0017	-2,32
Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	-0,0517	-0,0079	0,0002	0,0014	-0,0002	0,0018	0,0016	2,28
Συνταξιούχος	-0,0280	0,1160	0,0145	0,0006	0,0177	-0,0026	0,0151	21,06
Ανάπηρος/η	-0,1030	0,0144	0,0109	0,0021	0,0124	0,0006	0,0130	18,09
Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	-0,0253	-0,0028	-0,0002	0,0025	-0,0003	0,0026	0,0023	3,26
Χαμηλή ένταση εργασίας (β.α.: όχι)	0,0427	-0,0932	-0,0050	-0,0038	-0,0010	-0,0078	-0,0088	-12,30
Εισοδηματικό πεμπτημόριο (β.α.: Φτωχότερο)			0,0092	0,0217	0,0149	0,0160	0,0308	43,08
2	-0,0110	0,2900	0,0017	0,0037	0,0049	0,0005	0,0054	7,54

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

3	0,0053	0,3380	0,0050	-0,0001	0,0032	0,0017	0,0049	6,79
4	0,0253	0,0865	0,0006	0,0078	-0,0016	0,0100	0,0085	11,80
<i>Πλουσιότερο</i>	0,0156	-0,4140	0,0019	0,0103	0,0083	0,0038	0,0121	16,95
Σοβαρή υλική στέρηση (β.α.: όχι)	-0,0121	-0,1790	-0,0129	0,0031	-0,0150	0,0052	-0,0098	-13,64
Σοβαρά προβλήματα στέγασης (β.α.: όχι)	0,0339	-0,0096	-0,0006	-0,0028	-0,0003	-0,0031	-0,0034	-4,77
Συνολική επίπτωση ατομικών κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών			0,0297	0,0167	0,0289	0,0175	0,0375	52,44
Περιφέρεια κατοικίας (β.α.: Αττική)			-0,0019	0,0130	-0,0005	0,0116	0,0111	15,55
<i>Κεντρική Ελλάδα</i>	-0,0682	0,0225	-0,0015	0,0104	0,0000	0,0089	0,0089	12,48
<i>Βόρεια Ελλάδα</i>	-0,0398	0,0109	-0,0009	0,0035	-0,0004	0,0031	0,0027	3,72
<i>Νησιά Αιγαίου, Κρήτη</i>	-0,0967	-0,0054	0,0004	-0,0009	-0,0001	-0,0004	-0,0005	-0,66
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού (β.α.: Πυκνοκατοικημένη περιοχή)			0,0000	-0,0030	-0,0016	-0,0015	-0,0031	-4,31
<i>Μέσης πυκνότητας περιοχή</i>	0,0429	-0,0204	-0,0011	0,0028	-0,0003	0,0019	0,0017	2,34
<i>Αραιοκατοικημένη περιοχή</i>	0,0229	0,1060	0,0011	-0,0058	-0,0014	-0,0034	-0,0048	-6,65
Συνολική επίπτωση περιοχής κατοικίας			-0,0020	0,0100	-0,0021	0,0102	0,0080	11,23
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0319	-0,0260	-0,0011	0,0018	-0,0003	0,0010	0,0007	0,98
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-0,0640	-0,0621	0,0013	-0,0061	-0,0027	-0,0021	-0,0048	-6,67
Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-0,0059	0,0090	0,0003	-0,0003	0,0003	-0,0003	0,0000	0,02
Συνολική επίπτωση προβλημάτων γειτονιάς κατοικίας			0,0005	-0,0046	-0,0026	-0,0015	-0,0041	-5,67
Residual							-0,0008	-1,11
ΔΕ							0,0717	

Υποσημείωση: Δ: Διαφορά, β_k^m : Ελαστικότητα έκβασης υγείας ως προς τον παράγοντα k , Εκ: Δείκτης συγκέντρωσης παράγοντα k , E: Erreygers Concentration index έκβασης υγείας, β.α.: Βάση αναφοράς.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 8-24 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εισοδηματικών ανισοτήτων (CI) στα χρόνια προβλήματα υγείας, 2012-2015

2012-2015								
	$\Delta\beta_k^m$	ΔE_k	Συμβολή Δανισ/τας $\beta_{k2015}^m * \Delta E_k$	Συμβολή Δελαστ/τας $E_{k2012} * \Delta\beta_k^m$	Συμβολή Δανισ/τας $\beta_{k2012}^m * \Delta E_k$	Συμβολή Δελαστ/τας $E_{k2015} * \Delta\beta_k^m$	Συνολική απόλυτη συμβολή	% συμβολή
Ηλικία (β.α.: 25-44 ετών)			0,0009	-0,0021	0,0013	-0,0026	-0,0013	-27,07
16-24 ετών	-0,0065	0,0080	-0,0005	0,0005	-0,0004	0,0004	0,0000	-0,01
45-64 ετών	-0,0246	0,0004	0,0000	-0,0008	0,0000	-0,0008	-0,0007	-15,63
65 ετών και άνω	-0,0776	0,0051	0,0013	-0,0019	0,0017	-0,0023	-0,0005	-11,43
Φύλο (β.α.: Άνδρας)	0,0061	0,0165	0,0001	-0,0002	0,0000	-0,0001	-0,0002	-3,22
Οικογενειακή κατάσταση (β.α.: Έγγαμος/η)			-0,0005	-0,0003	-0,0004	-0,0003	-0,0007	-15,69
Άγαμος/η	0,0042	0,0045	0,0000	-0,0001	0,0000	-0,0001	0,0000	-0,64
Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η	0,0063	-0,0067	-0,0005	-0,0002	-0,0005	-0,0002	-0,0007	-15,05
Υπηκοότητα (β.α.: Ελληνική)			-0,0004	-0,0016	-0,0006	-0,0014	-0,0020	-41,38
Άλλης Ε.Ε. χώρας	0,0273	0,0041	-0,0001	-0,0003	-0,0002	-0,0002	-0,0004	-8,74
Άλλης χώρας	0,0142	0,0038	-0,0003	-0,0013	-0,0003	-0,0012	-0,0015	-32,64
Συνολική επίπτωση δημογραφικών μεταβλητών			0,0001	-0,0042	0,0003	-0,0044	-0,0041	-87,36
Επίπεδο εκπαίδευσης (β.α.: Δημοτικό ή χαμηλότερα)			-0,0011	0,0056	-0,0008	0,0052	0,0044	94,38
Γυμνάσιο	0,0119	-0,0083	0,0006	-0,0009	0,0007	-0,0010	-0,0003	-7,33
Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	0,0029	0,0368	-0,0038	-0,0002	-0,0039	-0,0001	-0,0040	-84,29
ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	0,0206	-0,0177	0,0021	0,0067	0,0024	0,0063	0,0088	186,00
Κύρια ασχολία (β.α.: Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση)			0,0027	-0,0015	0,0021	-0,0008	0,0012	26,67
Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	0,0257	-0,0047	-0,0002	-0,0007	0,0000	-0,0008	-0,0008	-17,55
Άνεργος/η	-0,0046	-0,0254	-0,0006	0,0008	-0,0007	0,0009	0,0003	5,89
Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	0,0407	-0,0002	0,0000	-0,0014	0,0000	-0,0015	-0,0015	-30,71
Συνταξιούχος	0,0248	0,0203	0,0030	0,0023	0,0025	0,0028	0,0054	114,00
Ανάπηρος/η	0,0686	-0,0005	-0,0004	-0,0004	-0,0004	-0,0004	-0,0008	-16,31
Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	0,0207	0,0092	0,0008	-0,0021	0,0006	-0,0019	-0,0014	-28,65
Χαμηλή ένταση εργασίας (β.α.: όχι)	-0,0545	-0,0258	0,0000	0,0100	-0,0014	0,0114	0,0100	213,10
Εισοδηματικό πεμπτημόριο (β.α.: Φτωχότερο)			0,0033	-0,0129	0,0014	-0,0110	-0,0096	-204,14
2	-0,0061	0,2570	-0,0001	0,0003	0,0015	-0,0013	0,0002	4,44

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

3	-0,0046	0,0227	0,0002	-0,0015	0,0003	-0,0016	-0,0012	-26,29
4	-0,0193	-0,1070	0,0013	-0,0076	-0,0008	-0,0056	-0,0064	-135,10
<i>Πλουσιότερο</i>	-0,0168	-0,0883	0,0019	-0,0041	0,0004	-0,0026	-0,0022	-47,19
Σοβαρή υλική στέρηση (β.α.: όχι)	-0,0184	-0,0338	-0,0018	0,0080	-0,0024	0,0086	0,0062	131,40
Σοβαρά προβλήματα στέγασης (β.α.: όχι)	-0,0023	0,0138	0,0008	0,0002	0,0009	0,0002	0,0011	22,24
Συνολική επίπτωση ατομικών κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών			0,0039	-0,0006	0,0011	0,0022	0,0133	283,65
Περιφέρεια κατοικίας (β.α.: Αττική)			0,0023	-0,0103	0,0008	-0,0088	-0,0080	-169,84
<i>Κεντρική Ελλάδα</i>	0,0599	0,0800	-0,0005	-0,0078	-0,0053	-0,0030	-0,0083	-177,20
<i>Βόρεια Ελλάδα</i>	0,0341	-0,0351	0,0016	-0,0027	0,0028	-0,0039	-0,0011	-22,43
<i>Νησιά Αιγαίου, Κρήτη</i>	0,0490	-0,0423	0,0012	0,0002	0,0033	-0,0019	0,0014	29,79
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού (β.α.: Πυκνοκατοικημένη περιοχή)			0,0000	-0,0011	-0,0002	-0,0009	-0,0011	-23,28
<i>Μέσης πυκνότητας περιοχή</i>	-0,0506	0,0024	0,0000	-0,0023	0,0001	-0,0024	-0,0023	-48,10
<i>Αραιοκατοικημένη περιοχή</i>	-0,0083	-0,0323	-0,0001	0,0012	-0,0003	0,0015	0,0012	24,82
Συνολική επίπτωση περιοχής κατοικίας			0,0023	-0,0113	0,0006	-0,0097	-0,0091	-193,12
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-0,0108	0,0137	0,0004	-0,0003	0,0006	-0,0005	0,0001	2,17
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0913	0,0175	0,0012	0,0030	-0,0004	0,0046	0,0043	90,66
Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0008	-0,0156	-0,0005	0,0000	-0,0005	0,0000	-0,0004	-9,01
Συνολική επίπτωση προβλημάτων γειτονιάς κατοικίας			0,0012	0,0028	-0,0003	0,0042	0,0039	83,82
Residual							0,0006	13,07
ΔΕ							0,0047	

Υποσημείωση: Δ: Διαφορά, β_k^m : Ελαστικότητα έκβασης υγείας ως προς τον παράγοντα k , E_k : Δείκτης συγκέντρωσης παράγοντα k , E : Erreygers Concentration index έκβασης υγείας, β.α.: Βάση αναφοράς.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Οι εισοδηματικές ανισότητες στους σοβαρούς περιορισμούς στις καθημερινές δραστηριότητες λόγω προβλημάτων υγείας ενισχύονται μεταξύ 2005 και 2008 (**Πίνακας 8-25**), αμβλύνονται κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης (**Πίνακας 8-26**) και επιδεινώνονται εκ νέου στη δεύτερη περίοδο της κρίσης (**Πίνακας 8-27**). Οι δημογραφικές μεταβλητές συνολικά δεν επηρεάζουν σημαντικά τις ανισότητες πριν την έναρξη της κρίσης (-3,4%) αλλά και μεταξύ 2012 και 2015 (7,8%), ενώ τις αμβλύνουν κατά την περίοδο της βαθιάς ύφεσης (33%). Η ηλικία ενισχύει τις ανισότητες μεταξύ 2005 και 2008 (9,3%), ενώ τις μειώνει κατά τη διάρκεια της ύφεσης (25,7% και -10%, αντίστοιχα). Ειδικά για την περίοδο 2008-2012, τη σημαντικότερη συμβολή έχει η διαφορά στην ανισότητα στους ηλικιωμένους, με την κατηγορία αυτή να αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα των μεταβολών και στην τρίτη περίοδο της ανάλυσης.

Έπειτα, η υπηκοότητα δεν επηρεάζει σημαντικά τις ανισότητες πριν την έναρξη της κρίσης (-6%), ενώ τις αμβλύνει σε κάποιο βαθμό στην περίοδο 2008-2012 (11%) και τις ενισχύει περισσότερο κατά τη δεύτερη περίοδο της κρίσης (16,4%). Και στις τρεις περιπτώσεις τα αποτελέσματα διαμορφώνονται κυρίως από τη συμβολή της διαφοράς στην ελαστικότητα στους πολίτες άλλων χωρών εκτός Ε.Ε. Τέλος, το φύλο και η οικογενειακή κατάσταση δεν επηρεάζουν σημαντικά τις μεταβολές στις εισοδηματικές ανισότητες υγείας.

Η συνολική επίπτωση των κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών συμβάλει θετικά στην αύξηση των εισοδηματικών ανισοτήτων υγείας πριν την έναρξη της κρίσης (65,5%) αλλά στη δεύτερη περίοδο της κρίσης (79,2%) και στην άμβλυνσή τους κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης (21%). Η εκπαίδευση συμβάλει στην επίταση των ανισοτήτων και στις τρεις περιόδους της ανάλυσης (28,4%, -7,5% και 23,7%, αντίστοιχα). Και για τις τρεις περιόδους, κύριος παράγοντας είναι η διαφορά στην ελαστικότητα στην ανώτερη βαθμίδα εκπαίδευσης.

Η κύρια ασχολία ενισχύει τις ανισότητες πριν την έναρξη της κρίσης (51,5%), το οποίο οφείλεται στη διαφορά στην ανισότητα στους αναπήρους, ενώ τις αμβλύνει κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης (44,4%), λόγω κυρίως της συμβολής της διαφοράς στην ανισότητα των συνταξιούχων και των αναπήρων. Κατά τη δεύτερη περίοδο της κρίσης, η κύρια ασχολία ενισχύει τις ανισότητες

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

(27,1%), το οποίο οφείλεται κατά κύριο λόγο στη συμβολή της διαφοράς στην ελαστικότητα των ανέργων, παρά την αντίρροπη συνεισφορά των συνταξιούχων. Έπειτα, η χαμηλή ένταση εργασίας αμβλύνει σε κάποιο βαθμό τις ανισότητες πριν την έναρξη της κρίσης (-12,6%), τις επιδεινώνει κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης (-11,3%) και τις μειώνει σημαντικά μεταξύ 2012 και 2015 (-29,4%). Και για τις τρεις περιόδους τα αποτελέσματα διαμορφώνονται από τη συμβολή της διαφοράς στην ελαστικότητα.

Το εισόδημα συμπιέζει τις ανισότητες πριν την έναρξη της κρίσης (-13,2%), κυρίως λόγω της διαφοράς στην ελαστικότητα στο δεύτερο και το τέταρτο πεμπτημόριο, αλλά και κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης (17%), το οποίο αποδίδεται στη συμβολή του πλουσιότερου πεμπτημορίου. Αντίθετα, το εισόδημα ενισχύει σημαντικά τις ανισότητες κατά τη δεύτερη περίοδο της κρίσης (37,7%), με τη διαφορά ελαστικότητας του μεσαίου εισοδηματικού στρώματος να αποτελεί τον κυριότερο παράγοντα.

Η σοβαρή υλική στέρηση επιτείνει τις ανισότητες και στις τρεις περιόδους της ανάλυσης (20,2%, -18% και 13%, αντίστοιχα). Ειδικά για την περίοδο της βαθιάς ύφεσης, η συμβολή του παράγοντα αυτού αποδίδεται κυρίως στη διαφορά στην ανισότητα. Έπειτα, τα σοβαρά προβλήματα στέγασης αμβλύνουν σε μικρό βαθμό τις ανισότητες μεταξύ 2005 και 2008 (-8,3%), ενώ τις επιτείνουν κατά τη διάρκεια της κρίσης (-3,5% και 7,2%, αντίστοιχα).

Οι μεταβλητές της περιφέρειας κατοικίας επιδεινώνουν τις ανισότητες πριν την έναρξη της κρίσης (26,6%) και κατά τη δεύτερη περίοδο της κρίσης (26,1%), ενώ τις αμβλύνουν κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης (16%). Έπειτα, τα σοβαρά προβλήματα στέγασης συνολικά δεν ασκούν σημαντική επίδραση στις ανισότητες υγείας. Πάντως τα προβλήματα θορύβου συνδέονται με αύξηση των ανισοτήτων πριν την έναρξη της κρίσης, με τη συμβολή τους να αντισταθμίζεται από την αντίθετη κατεύθυνση συνεισφορά των προβλημάτων μόλυνσης. Τέλος, ένα σημαντικό μέρος των μεταβολών των εισοδηματικών ανισοτήτων στους λειτουργικούς περιορισμούς παραμένει ανεξήγητο για την περίοδο μεταξύ 2008 και 2012.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων
υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 8-25 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εισοδηματικών ανισοτήτων (E) στους σοβαρούς περιορισμούς των καθημερινών δραστηριοτήτων, 2005-2008

2005-2008								
	$\Delta\beta_k^m$	ΔE_k	Συμβολή Δανις/τας $\beta_{k2008}^m * \Delta E_k$	Συμβολή Δελαστ/τας $E_{k2005} * \Delta\beta_k^m$	Συμβολή Δανις/τας $\beta_{k2005}^m * \Delta E_k$	Συμβολή Δελαστ/τας $E_{k2008} * \Delta\beta_k^m$	Συνολική απόλυτη συμβολή	% συμβολή
Ηλικία (β.α.: 25-44 ετών)			0,0043	-0,0052	0,0019	-0,0028	-0,0009	9,31
16-24 ετών	0,0005	-0,0074	0,0001	0,0000	0,0001	0,0000	0,0001	-0,60
45-64 ετών	0,0231	0,0133	0,0005	0,0010	0,0002	0,0013	0,0016	-16,27
65 ετών και άνω	0,0508	0,0411	0,0037	-0,0062	0,0016	-0,0041	-0,0025	26,18
Φύλο (β.α.: Άνδρας)	-0,0003	0,0065	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,00
Οικογενειακή κατάσταση (β.α.: Έγγαμος/η)			0,0001	0,0005	0,0001	0,0006	0,0006	-6,68
Άγαμος/η	0,0283	0,0005	0,0000	0,0008	0,0000	0,0008	0,0008	-8,62
Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η	0,0064	0,0074	0,0001	-0,0003	0,0001	-0,0002	-0,0002	1,94
Υπηκοότητα (β.α.: Ελληνική)			0,0002	0,0004	-0,0001	0,0006	0,0006	-5,99
Άλλης Ε.Ε. χώρας	-0,0237	-0,0044	0,0001	0,0001	-0,0001	0,0002	0,0001	-1,36
Άλλης χώρας	-0,0074	-0,0247	0,0002	0,0003	0,0000	0,0005	0,0004	-4,63
Συνολική επίπτωση δημογραφικών μεταβλητών			0,0046	-0,0043	0,0019	-0,0015	0,0003	-3,37
Επίπεδο εκπαίδευσης (β.α.: Δημοτικό ή χαμηλότερα)			-0,0001	-0,0026	-0,0001	-0,0026	-0,0027	28,35
Γυμνάσιο	0,0074	-0,0309	-0,0001	-0,0004	0,0002	-0,0006	-0,0004	4,54
Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	-0,0066	-0,0561	0,0005	-0,0007	0,0001	-0,0003	-0,0002	1,96
ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	-0,0054	0,0278	-0,0005	-0,0016	-0,0004	-0,0017	-0,0021	21,85
Κύρια ασχολία (β.α.: Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση)			-0,0027	-0,0022	-0,0018	-0,0031	-0,0049	51,47
Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	-0,0056	-0,0013	0,0000	0,0002	0,0000	0,0002	0,0001	-1,56
Άνεργος/η	0,0079	0,0076	0,0001	-0,0004	0,0001	-0,0004	-0,0003	3,17
Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	0,0055	-0,0056	0,0000	-0,0001	0,0000	-0,0002	-0,0001	1,42
Συνταξιούχος	-0,0004	0,0467	0,0027	0,0000	0,0027	0,0000	0,0027	-28,01
Ανάπηρος/η	0,1020	-0,0089	-0,0056	-0,0011	-0,0047	-0,0020	-0,0067	70,12
Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	0,0069	0,0031	0,0001	-0,0007	0,0001	-0,0007	-0,0006	6,34
Χαμηλή ένταση εργασίας (β.α.: όχι)	-0,0134	-0,0030	0,0000	0,0012	0,0000	0,0012	0,0012	-12,63
Εισοδηματικό πεμπτημόριο (β.α.: Φτωχότερο)			-0,0005	0,0018	-0,0003	0,0016	0,0013	-13,60

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

2	-0,0038	-0,0010	0,0000	0,0013	0,0000	0,0013	0,0013	-13,32
3	0,0016	-0,0712	-0,0001	0,0001	0,0000	0,0000	0,0000	0,27
4	0,0039	-0,0112	0,0001	0,0013	0,0001	0,0012	0,0013	-13,65
<i>Πλουσιότερο</i>	-0,0013	0,0486	-0,0005	-0,0008	-0,0004	-0,0008	-0,0013	13,10
Σοβαρή υλική στέρηση (β.α.: όχι)	0,0042	-0,0317	-0,0010	-0,0009	-0,0009	-0,0011	-0,0019	20,21
Σοβαρά προβλήματα στέγασης (β.α.: όχι)	-0,0100	-0,0062	0,0000	0,0008	0,0000	0,0008	0,0008	-8,28
Συνολική επίπτωση ατομικών κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών			-0,0043	-0,0032	-0,0031	-0,0043	-0,0063	65,52
Περιφέρεια κατοικίας (β.α.: Αττική)			0,0000	-0,0010	-0,0001	-0,0009	-0,0010	10,28
<i>Κεντρική Ελλάδα</i>	0,0042	-0,0121	0,0000	-0,0006	0,0000	-0,0006	-0,0006	6,55
<i>Βόρεια Ελλάδα</i>	0,0034	-0,0032	0,0000	-0,0003	0,0000	-0,0003	-0,0003	2,90
<i>Νησιά Αιγαίου, Κρήτη</i>	0,0049	0,0367	0,0001	-0,0001	-0,0001	0,0000	-0,0001	0,83
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού (β.α.: Πυκνοκατοικημένη περιοχή)			0,0001	-0,0017	-0,0001	-0,0014	-0,0016	16,33
<i>Μέσης πυκνότητας περιοχή</i>	0,0003	-0,0375	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	-0,21
<i>Αραιοκατοικημένη περιοχή</i>	0,0057	0,0462	0,0001	-0,0017	-0,0001	-0,0015	-0,0016	16,54
Συνολική επίπτωση περιοχής κατοικίας			0,0002	-0,0027	-0,0002	-0,0023	-0,0025	26,61
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-0,0132	-0,0190	0,0000	-0,0010	-0,0003	-0,0007	-0,0010	10,68
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0085	0,0015	0,0000	0,0008	0,0000	0,0008	0,0008	-8,57
Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0083	0,0183	0,0000	0,0002	-0,0001	0,0004	0,0002	-2,30
Συνολική επίπτωση προβλημάτων γειτονιάς κατοικίας			0,0000	0,0000	-0,0004	0,0004	0,0000	-0,19
Residual							-0,0011	11,45
ΔΕ							-0,0096	

Υποσημείωση: Δ: Διαφορά, β_k^m : Ελαστικότητα έκβασης υγείας ως προς τον παράγοντα k , E_k : Δείκτης συγκέντρωσης παράγοντα k , E : Erreygers Concentration index έκβασης υγείας, β.α.: Βάση αναφοράς.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 8-26 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εισοδηματικών ανισοτήτων (E) στους σοβαρούς περιορισμούς των καθημερινών δραστηριοτήτων, 2008-2012

2008-2012								
	$\Delta\beta_k^m$	ΔE_k	Συμβολή Δανισ/τας $\beta_{k2012}^m * \Delta E_k$	Συμβολή Δελαστ/τας $E_{k2008} * \Delta\beta_k^m$	Συμβολή Δανισ/τας $\beta_{k2008}^m * \Delta E_k$	Συμβολή Δελαστ/τας $E_{k2012} * \Delta\beta_k^m$	Συνολική απόλυτη συμβολή	% συμβολή
Ηλικία (β.α.: 25-44 ετών)			0,0097	-0,0008	0,0084	0,0004	0,0089	25,72
16-24 ετών	-0,0107	-0,0172	0,0004	0,0006	0,0002	0,0008	0,0010	2,80
45-64 ετών	-0,0156	-0,0257	-0,0007	-0,0009	-0,0011	-0,0005	-0,0015	-4,48
65 ετών και άνω	0,0065	0,1040	0,0100	-0,0005	0,0093	0,0002	0,0094	27,39
Φύλο (β.α.: Άνδρας)	-0,0025	-0,0055	0,0000	0,0001	0,0000	0,0001	0,0001	0,29
Οικογενειακή κατάσταση (β.α.: Έγγαμος/η)			-0,0002	-0,0011	-0,0010	-0,0004	-0,0014	-4,01
Άγαμος/η	-0,0119	-0,0470	-0,0005	-0,0003	-0,0011	0,0002	-0,0009	-2,53
Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η	0,0206	0,0079	0,0003	-0,0008	0,0001	-0,0006	-0,0005	-1,48
Υπηκοότητα (β.α.: Ελληνική)			0,0013	0,0025	0,0002	0,0036	0,0038	10,99
Άλλης Ε.Ε. χώρας	-0,0164	-0,0027	0,0001	0,0001	0,0000	0,0002	0,0002	0,59
Άλλης χώρας	-0,0379	-0,0267	0,0012	0,0024	0,0002	0,0034	0,0036	10,40
Συνολική επίπτωση δημογραφικών μεταβλητών			0,0107	0,0007	0,0077	0,0037	0,0114	32,98
Επίπεδο εκπαίδευσης (β.α.: Δημοτικό ή χαμηλότερα)			0,0053	-0,0079	0,0010	-0,0036	-0,0026	-7,47
Γυμνάσιο	-0,0395	0,0037	-0,0001	0,0032	0,0000	0,0030	0,0030	8,80
Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	-0,0377	-0,1190	0,0056	-0,0018	0,0011	0,0027	0,0037	10,84
ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	-0,0287	0,0019	-0,0001	-0,0093	0,0000	-0,0093	-0,0093	-27,11
Κύρια ασχολία (β.α.: Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση)			0,0112	0,0041	0,0131	0,0022	0,0153	44,36
Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	-0,0212	0,0061	0,0000	0,0007	0,0001	0,0005	0,0006	1,86
Άνεργος/η	-0,0103	-0,1290	-0,0011	0,0005	-0,0025	0,0019	-0,0006	-1,76
Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	-0,0299	-0,0079	0,0002	0,0008	0,0000	0,0011	0,0010	3,02
Συνταξιούχος	-0,0112	0,1160	0,0053	0,0002	0,0066	-0,0011	0,0055	16,05
Ανάπηρος/η	-0,1440	0,0144	0,0069	0,0029	0,0090	0,0008	0,0098	28,47
Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	0,0102	-0,0028	-0,0001	-0,0010	-0,0001	-0,0010	-0,0011	-3,29
Χαμηλή ένταση εργασίας (β.α.: όχι)	0,0284	-0,0932	-0,0013	-0,0026	0,0013	-0,0052	-0,0039	-11,31
Εισοδηματικό πεμπτημόριο (β.α.: Φτωχότερο)			0,0007	0,0051	0,0038	0,0020	0,0058	16,96

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

2	0,0023	0,2900	0,0002	-0,0008	-0,0004	-0,0001	-0,0005	-1,55
3	-0,0023	0,3380	-0,0003	0,0000	0,0005	-0,0007	-0,0002	-0,64
4	0,0025	0,0865	-0,0002	0,0008	-0,0004	0,0010	0,0005	1,58
<i>Πλουσιότερο</i>	0,0077	-0,4140	0,0010	0,0051	0,0042	0,0019	0,0061	17,57
Σοβαρή υλική στέρηση (β.α.: όχι)	0,0014	-0,1790	-0,0059	-0,0004	-0,0056	-0,0006	-0,0062	-18,03
Σοβαρά προβλήματα στέγασης (β.α.: όχι)	0,0132	-0,0096	-0,0001	-0,0011	0,0000	-0,0012	-0,0012	-3,47
Συνολική επίπτωση ατομικών κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών			0,0113	-0,0001	0,0124	-0,0012	0,0072	21,04
Περιφέρεια κατοικίας (β.α.: Αττική)			-0,0005	0,0039	0,0000	0,0034	0,0034	9,84
<i>Κεντρική Ελλάδα</i>	-0,0163	0,0225	-0,0003	0,0025	0,0001	0,0021	0,0022	6,39
<i>Βόρεια Ελλάδα</i>	-0,0161	0,0109	-0,0002	0,0014	0,0000	0,0013	0,0012	3,55
<i>Νησιά Αιγαίου, Κρήτη</i>	-0,0074	-0,0054	0,0000	-0,0001	0,0000	0,0000	0,0000	-0,11
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού (β.α.: Πυκνοκατοικημένη περιοχή)			-0,0007	0,0028	0,0003	0,0018	0,0021	6,13
<i>Μέσης πυκνότητας περιοχή</i>	0,0201	-0,0204	-0,0004	0,0013	0,0000	0,0009	0,0009	2,62
<i>Αραιοκατοικημένη περιοχή</i>	-0,0059	0,1060	-0,0003	0,0015	0,0003	0,0009	0,0012	3,51
Συνολική επίπτωση περιοχής κατοικίας			-0,0012	0,0067	0,0004	0,0051	0,0055	15,97
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0229	-0,0260	-0,0006	0,0013	0,0000	0,0007	0,0007	1,90
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-0,0133	-0,0621	0,0000	-0,0013	-0,0008	-0,0004	-0,0012	-3,57
Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0136	0,0090	0,0001	0,0006	0,0000	0,0007	0,0007	2,07
Συνολική επίπτωση προβλημάτων γειτονιάς κατοικίας			-0,0005	0,0006	-0,0008	0,0010	0,0001	0,40
Residual							0,0102	29,63
ΔΕ							0,0344	

Υποσημείωση: Δ: Διαφορά, β_k^m : Ελαστικότητα έκβασης υγείας ως προς τον παράγοντα k , Εκ: Δείκτης συγκέντρωσης παράγοντα k , E: Erreygers Concentration index έκβασης υγείας, β.α.: Βάση αναφοράς.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 8-27 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εισοδηματικών ανισοτήτων (CI) στους σοβαρούς περιορισμούς των καθημερινών δραστηριοτήτων, 2012-2015

2012-2015								
	$\Delta\beta_k^m$	ΔE_k	Συμβολή Δανις/τας $\beta_{k2015}^m * \Delta E_k$	Συμβολή Δελαστ/τας $E_{k2012} * \Delta\beta_k^m$	Συμβολή Δανις/τας $\beta_{k2012}^m * \Delta E_k$	Συμβολή Δελαστ/τας $E_{k2015} * \Delta\beta_k^m$	Συνολική απόλυτη συμβολή	% συμβολή
Ηλικία (β.α.: 25-44 ετών)			0,0005	0,0011	0,0003	0,0013	0,0016	-9,99
16-24 ετών	-0,0011	0,0080	-0,0002	0,0001	-0,0002	0,0001	-0,0001	0,63
45-64 ετών	0,0122	0,0004	0,0000	0,0004	0,0000	0,0004	0,0004	-2,48
65 ετών και άνω	0,0284	0,0051	0,0006	0,0007	0,0005	0,0008	0,0013	-8,15
Φύλο (β.α.: Άνδρας)	0,0014	0,0165	0,0000	0,0000	-0,0001	0,0000	-0,0001	0,60
Οικογενειακή κατάσταση (β.α.: Έγγαμος/η)			-0,0002	0,0001	-0,0002	0,0001	-0,0001	0,74
Άγαμος/η	-0,0017	0,0045	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0001	-0,45
Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η	-0,0012	-0,0067	-0,0002	0,0000	-0,0002	0,0000	-0,0002	1,19
Υπηκοότητα (β.α.: Ελληνική)			-0,0001	-0,0025	-0,0003	-0,0024	-0,0026	16,42
Άλλης Ε.Ε. χώρας	0,0097	0,0041	-0,0001	-0,0001	-0,0001	-0,0001	-0,0002	1,10
Άλλης χώρας	0,0266	0,0038	-0,0001	-0,0024	-0,0002	-0,0023	-0,0025	15,32
Συνολική επίπτωση δημογραφικών μεταβλητών			0,0001	-0,0013	-0,0002	-0,0010	-0,0012	7,76
Επίπεδο εκπαίδευσης (β.α.: Δημοτικό ή χαμηλότερα)			-0,0006	-0,0032	-0,0006	-0,0032	-0,0038	23,68
Γυμνάσιο	0,0063	-0,0083	0,0003	-0,0005	0,0003	-0,0005	-0,0002	1,41
Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	-0,0029	0,0368	-0,0018	0,0002	-0,0017	0,0001	-0,0016	10,09
ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	-0,0091	-0,0177	0,0010	-0,0029	0,0008	-0,0028	-0,0020	12,18
Κύρια ασχολία (β.α.: Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση)			0,0007	-0,0050	0,0009	-0,0052	-0,0043	27,07
Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	0,0213	-0,0047	-0,0001	-0,0006	0,0000	-0,0007	-0,0006	3,89
Άνεργος/η	0,0216	-0,0254	-0,0008	-0,0039	-0,0002	-0,0044	-0,0046	28,81
Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	0,0338	-0,0002	0,0000	-0,0012	0,0000	-0,0012	-0,0012	7,47
Συνταξιούχος	0,0256	0,0203	0,0014	0,0024	0,0009	0,0029	0,0039	-23,99
Ανάπηρος/η	0,2730	-0,0005	-0,0003	-0,0015	-0,0002	-0,0017	-0,0019	11,72
Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	0,0027	0,0092	0,0004	-0,0003	0,0004	-0,0003	0,0001	-0,84
Χαμηλή ένταση εργασίας (β.α.: όχι)	-0,0243	-0,0258	0,0003	0,0045	-0,0004	0,0051	0,0047	-29,41
Εισοδηματικό πεμπτημόριο (β.α.: Φτωχότερο)			0,0009	-0,0070	0,0007	-0,0067	-0,0060	37,68

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

2	-0,0030	0,2570	-0,0006	0,0001	0,0002	-0,0006	-0,0004	2,67
3	-0,0103	0,0227	-0,0003	-0,0033	0,0000	-0,0035	-0,0035	21,89
4	-0,0035	-0,1070	0,0007	-0,0014	0,0003	-0,0010	-0,0007	4,62
<i>Πλουσιότερο</i>	-0,0101	-0,0883	0,0011	-0,0025	0,0002	-0,0016	-0,0014	8,50
Σοβαρή υλική στέρηση (β.α.: όχι)	0,0021	-0,0338	-0,0012	-0,0009	-0,0011	-0,0010	-0,0021	12,97
Σοβαρά προβλήματα στέγασης (β.α.: όχι)	0,0163	0,0138	0,0004	-0,0015	0,0001	-0,0013	-0,0012	7,17
Συνολική επίπτωση ατομικών κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών			0,0002	-0,0176	0,0000	-0,0174	-0,0127	79,16
Περιφέρεια κατοικίας (β.α.: Αττική)			-0,0001	-0,0026	-0,0001	-0,0026	-0,0027	16,95
<i>Κεντρική Ελλάδα</i>	0,0127	0,0800	0,0000	-0,0017	-0,0011	-0,0006	-0,0017	10,57
<i>Βόρεια Ελλάδα</i>	0,0130	-0,0351	0,0002	-0,0010	0,0007	-0,0015	-0,0008	4,91
<i>Νησιά Αιγαίου, Κρήτη</i>	0,0125	-0,0423	-0,0003	0,0000	0,0002	-0,0005	-0,0002	1,47
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού (β.α.: Πυκνοκατοικημένη περιοχή)			0,0000	-0,0015	0,0001	-0,0016	-0,0015	9,11
<i>Μέσης πυκνότητας περιοχή</i>	-0,0320	0,0024	0,0000	-0,0014	0,0000	-0,0015	-0,0015	9,14
<i>Αραιοκατοικημένη περιοχή</i>	0,0005	-0,0323	0,0001	-0,0001	0,0001	-0,0001	0,0000	-0,03
Συνολική επίπτωση περιοχής κατοικίας			0,0000	-0,0041	0,0000	-0,0042	-0,0042	26,06
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-0,0107	0,0137	0,0002	-0,0003	0,0003	-0,0005	-0,0001	0,83
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0203	0,0175	0,0003	0,0007	0,0000	0,0010	0,0010	-6,37
Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-0,0001	-0,0156	-0,0002	0,0000	-0,0002	0,0000	-0,0002	1,44
Συνολική επίπτωση προβλημάτων γειτονιάς κατοικίας			0,0003	0,0004	0,0001	0,0006	0,0007	-4,10
Residual							0,0014	-8,86
ΔΕ							-0,0160	

Υποσημείωση: Δ: Διαφορά, β_k^m : Ελαστικότητα έκβασης υγείας ως προς τον παράγοντα k , E_k : Δείκτης συγκέντρωσης παράγοντα k , E : Erreygers Concentration index έκβασης υγείας, β.α.: Βάση αναφοράς.

8.3.4. Εκπαιδευτικές ανισότητες υγείας

Στην υποενότητα αυτή θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα για τις εκπαιδευτικές ανισότητες στις διάφορες εκβάσεις υγείας.

8.3.4.1. Παράγοντες των εκπαιδευτικών ανισοτήτων υγείας

Αρχικά, θα εξεταστούν οι εκτιμήσεις για τους παράγοντες των εκπαιδευτικών ανισοτήτων για κάθε έκβαση υγείας και για κάθε έτος. Η συνολική συμβολή των δημογραφικών μεταβλητών στην παραγωγή των εκπαιδευτικών ανισοτήτων στην εκτιμημένη κατάσταση υγείας είναι σημαντική, και παραμένει σταθερή στον χρόνο (44,5%, 41,6%, 40,6% και 42,4%, αντίστοιχα) (**Πίνακας 8-28**). Ειδικότερα, το φύλο και η υπηκοότητα δεν ασκούν επίδραση στις ανισότητες υγείας, ενώ η οικογενειακή κατάσταση έχει μια μικρή θετική συμβολή (3,6%, 3,5%, 4,9% και 5,6%). Ουσιαστικά, σχεδόν το σύνολο της επίπτωσης των δημογραφικών παραγόντων αποδίδεται στις ηλικιακές ανισότητες υγείας.

Τη μεγαλύτερη συμβολή στις εκπαιδευτικές ανισότητες υγείας έχουν οι κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές, με την επίπτωση τους να αυξάνεται σε μικρό βαθμό μέχρι και το 2012 (59,7%, 61,8% και 64,4%, αντίστοιχα), ενώ το 2015 σημειώνουν μικρή μείωση (61,4%). Μεταξύ αυτών των μεταβλητών, ο παράγοντας με την υψηλότερη συνεισφορά είναι το επίπεδο εκπαίδευσης, του οποίου η βαρύτητα ενισχύεται μέχρι και το 2012 (27,3%, 32,6% και 42%, αντίστοιχα), ενώ το 2015 παρατηρείται μια μικρή μείωσή της (37,5%). Η αυξητική πορεία κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης οφείλεται κυρίως στην αύξηση της ελαστικότητας στην ανώτερη εκπαιδευτική βαθμίδα. Η κύρια ασχολία επίσης συνδέεται με σημαντική συμβολή, η οποία παρουσιάζει μια σταδιακή, αλλά μικρή μείωση με την πάροδο του χρόνου μέχρι και το 2012 (23,5%, 21,7% και 18,6%, αντίστοιχα), ενώ το 2015 παραμένει σταθερή (19,1%). Η επίπτωση της κύριας ασχολίας αποδίδεται κατά κύριο λόγο στη συνεισφορά των συνταξιούχων, των οποίων η συγκέντρωση στα χαμηλότερα εκπαιδευτικά στρώματα μετριάζεται με τον χρόνο, ενώ η ελαστικότητα της υγείας προς αυτήν την ομάδα ενισχύεται. Αντίθετα, το εισόδημα έχει ελάχιστη συνεισφορά στις εισοδηματικές ανισότητες υγείας, η οποία, μάλιστα, δείχνει να

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

έχει και μια πτωτική τάση μέχρι και το 2012 (4,9%, 4,7% και 1,3%, αντίστοιχα), ενώ το 2015 αυξάνεται λίγο (2,4%). Η σημαντικότητα του εισοδήματος είναι αρκετά μικρότερη στις εισοδηματικές ανισότητες λόγω της μικρότερης ανισοκατανομής του εισοδήματος σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο των ατόμων. Από την άλλη πλευρά, η χαμηλή ένταση εργασίας, η σοβαρή υλική στέρηση και τα σοβαρά προβλήματα στέγασης συμβάλουν ελάχιστα ή και καθόλου στις εισοδηματικές ανισότητες υγείας.

Έπειτα, η συνολική επίπτωση των μεταβλητών της περιοχής κατοικίας είναι ελάχιστη, αν και σταθερά μειώνουν τις εισοδηματικές ανισότητες υγείας (-1,7%, -1.2%, -4% και -1.9%). Αντίστοιχα ευρήματα διαπιστώνουμε και για τα προβλήματα της γειτονιάς (-2,6%, -2,1%, -1,1% και -1,8%, αντίστοιχα). Τέλος, είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι το κατάλοιπο προσεγγίζει το μηδέν.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 8-28 Ανάλυση παραγόντων των εκπαιδευτικών ανισοτήτων (CI) στην εκτιμημένη κατάσταση υγείας

	2005				2008				2012				2015			
	η_{κ}	CI_{κ}	Απόλυτη συμβολή	% συμβολή	η_{κ}	CI_{κ}	Απόλυτη συμβολή	% συμβολή	η_{κ}	CI_{κ}	Απόλυτη συμβολή	% συμβολή	η_{κ}	CI_{κ}	Απόλυτη συμβολή	% συμβολή
Ηλικία (β.α.: 25-44 ετών)			0,0183	40,41			0,0176	37,73			0,0178	35,72			0,0198	36,64
16-24 ετών	0,0044	0,1530	0,0007	1,49	0,0052	0,1240	0,0006	1,39	0,0041	0,0656	0,0003	0,55	0,0050	0,0516	0,0003	0,48
45-64 ετών	-0,0224	-0,1080	0,0024	5,34	-0,0227	-0,0736	0,0017	3,57	-0,0219	-0,0100	0,0002	0,44	-0,0231	0,0245	-0,0006	-1,05
65 ετών και άνω	-0,0387	-0,3930	0,0152	33,58	-0,0381	-0,4020	0,0153	32,77	-0,0433	-0,3990	0,0173	34,74	-0,0503	-0,3990	0,0201	37,21
Φύλο (β.α.: Άνδρας)	-0,0084	-0,0077	0,0001	0,14	-0,0043	-0,0082	0,0000	0,08	0,0015	-0,0080	0,0000	-0,02	-0,0031	-0,0098	0,0000	0,06
Οικογενειακή κατάσταση (β.α.: Έγγαμος/η)			0,0016	3,63			0,0016	3,50			0,0024	4,88			0,0030	5,60
Άγαμος/η	0,0018	0,2190	0,0004	0,85	-0,0012	0,2040	-0,0002	-0,50	0,0014	0,1960	0,0003	0,56	0,0012	0,2030	0,0002	0,43
Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η	-0,0044	-0,2830	0,0013	2,77	-0,0064	-0,2940	0,0019	4,00	-0,0077	-0,2800	0,0021	4,32	-0,0093	-0,3000	0,0028	5,17
Υπηκοότητα (β.α.: Ελληνική)			0,0001	0,32			0,0001	0,25			0,0000	0,02			0,0000	-0,05
Άλλης Ε.Ε. χώρας	0,0002	0,3200	0,0001	0,14	0,0002	0,2520	0,0001	0,12	0,0005	0,2330	0,0001	0,23	0,0001	0,0917	0,0000	0,02
Άλλης χώρας	0,0008	0,1040	0,0001	0,19	0,0017	0,0345	0,0001	0,13	0,0025	-0,0417	-0,0001	-0,21	0,0016	-0,0263	0,0000	-0,08
Συνολική επίπτωση δημογραφικών μεταβλητών			0,0201	44,50			0,0194	41,55			0,0202	40,60			0,0228	42,24
Επίπεδο εκπαίδευσης (β.α.: Δημοτικό ή χαμηλότερα)			0,0124	27,33			0,0153	32,57			0,0209	42,02			0,0202	37,48
Γυμνάσιο	0,0045	-0,1530	-0,0007	-1,51	0,0053	-0,2370	-0,0013	-2,68	0,0083	-0,3480	-0,0029	-5,81	0,0066	-0,3420	-0,0023	-4,21
Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	0,0146	0,3170	0,0046	10,20	0,0221	0,2490	0,0055	11,79	0,0336	0,1610	0,0054	10,89	0,0306	0,1520	0,0046	8,60
ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	0,0102	0,8300	0,0084	18,64	0,0136	0,8070	0,0110	23,46	0,0237	0,7740	0,0184	36,94	0,0233	0,7660	0,0178	33,10
Κύρια ασχολία (β.α.: Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση)			0,0106	23,49			0,0101	21,70			0,0092	18,56			0,0103	19,13
Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	-0,0009	0,0155	0,0000	-0,03	-0,0012	0,0582	-0,0001	-0,14	-0,0003	0,1100	0,0000	-0,07	-0,0003	0,1580	0,0000	-0,09
Άνεργος/η	-0,0003	0,1570	-0,0001	-0,12	-0,0017	0,1600	-0,0003	-0,57	-0,0024	0,1170	-0,0003	-0,55	-0,0015	0,1440	-0,0002	-0,39
Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	-0,0004	0,1800	-0,0001	-0,15	-0,0011	0,1300	-0,0001	-0,32	0,0006	0,0496	0,0000	0,06	0,0000	0,0478	0,0000	0,00
Συναξιούχος	-0,0219	-0,3310	0,0073	16,02	-0,0224	-0,3290	0,0074	15,73	-0,0234	-0,2790	0,0066	13,18	-0,0235	-0,2680	0,0063	11,70

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

<i>Ανάπηρος/η</i>	-0,0057	-0,3750	0,0021	4,68	-0,0066	-0,2420	0,0016	3,41	-0,0040	-0,3600	0,0014	2,91	-0,0065	-0,3950	0,0025	4,72
<i>Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο</i>	-0,0063	-0,2240	0,0014	3,09	-0,0076	-0,2200	0,0017	3,59	-0,0059	-0,2570	0,0015	3,04	-0,0061	-0,2830	0,0017	3,19
<i>Χαμηλή ένταση εργασίας (β.α.: όχι)</i>	-0,0005	0,0084	0,0000	-0,01	0,0000	0,0176	0,0000	0,00	-0,0023	0,0465	-0,0001	-0,22	0,0002	0,0407	0,0000	0,01
<i>Εισοδηματικό πεμπτημόριο (β.α.: Φτωχότερο)</i>			0,0022	4,85			0,0022	4,71			0,0007	1,33			0,0013	2,39
<i>2</i>	0,0007	-0,1510	-0,0001	-0,22	-0,0012	-0,1750	0,0002	0,44	-0,0002	-0,1020	0,0000	0,04	0,0008	-0,0304	0,0000	-0,05
<i>3</i>	0,0031	-0,0436	-0,0001	-0,30	-0,0002	-0,0924	0,0000	0,03	-0,0018	0,0589	-0,0001	-0,21	0,0014	0,1880	0,0003	0,47
<i>4</i>	0,0034	0,1230	0,0004	0,92	0,0029	0,0917	0,0003	0,57	0,0003	0,2650	0,0001	0,17	0,0017	0,3540	0,0006	1,10
<i>Πλουσιότερο</i>	0,0052	0,3880	0,0020	4,45	0,0047	0,3670	0,0017	3,66	0,0013	0,5000	0,0007	1,33	0,0009	0,4940	0,0005	0,86
<i>Σοβαρή υλική στέρηση (β.α.: όχι)</i>	-0,0063	-0,2810	0,0018	3,91	-0,0044	-0,2510	0,0011	2,35	-0,0067	-0,1590	0,0011	2,14	-0,0073	-0,1530	0,0011	2,07
<i>Σοβαρά προβλήματα στέγασης (β.α.: όχι)</i>	-0,0011	-0,0659	0,0001	0,16	-0,0016	-0,1420	0,0002	0,49	-0,0027	-0,1140	0,0003	0,62	-0,0014	-0,1270	0,0002	0,33
<i>Συνολική επίπτωση ατομικών κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών</i>			0,0270	59,72			0,0289	61,82			0,0321	64,44			0,0331	61,41
<i>Περιφέρεια κατοικίας (β.α.: Αττική)</i>			-0,0002	-0,46			0,0000	0,02			-0,0012	-2,34			-0,0010	-1,93
<i>Κεντρική Ελλάδα</i>	-0,0012	-0,0658	0,0001	0,18	-0,0017	-0,0556	0,0001	0,21	0,0055	-0,0817	-0,0005	-0,91	0,0014	-0,0591	-0,0001	-0,15
<i>Βόρεια Ελλάδα</i>	0,0029	-0,1440	-0,0004	-0,93	0,0018	-0,1220	-0,0002	-0,47	0,0046	-0,1330	-0,0006	-1,22	0,0062	-0,1540	-0,0010	-1,77
<i>Νησιά Αιγαίου, Κρήτη</i>	-0,0010	-0,1310	0,0001	0,30	-0,0016	-0,0833	0,0001	0,29	0,0009	-0,1200	-0,0001	-0,21	0,0001	-0,0862	0,0000	-0,02
<i>Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού (β.α.: Πυκνοκατοικημένη περιοχή)</i>			-0,0006	-1,22			-0,0006	-1,27			-0,0008	-1,64			0,0000	0,03
<i>Μέσης πυκνότητας περιοχή</i>	0,0009	0,1370	0,0001	0,29	-0,0012	0,1020	-0,0001	-0,27	-0,0032	0,1070	-0,0003	-0,70	0,0000	0,0599	0,0000	0,00
<i>Αραιοκατοικημένη περιοχή</i>	0,0037	-0,1840	-0,0007	-1,51	0,0031	-0,1490	-0,0005	-1,00	0,0027	-0,1760	-0,0005	-0,95	-0,0001	-0,2270	0,0000	0,04
<i>Συνολική επίπτωση περιοχής κατοικίας</i>			-0,0008	-1,68			-0,0006	-1,24			-0,0020	-3,98			-0,0010	-1,90
<i>Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά (β.α.: όχι)</i>	-0,0054	0,1190	-0,0006	-1,41	-0,0038	0,0831	-0,0003	-0,68	-0,0055	0,0656	-0,0004	-0,73	-0,0025	0,1040	-0,0003	-0,48
<i>Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά (β.α.: όχι)</i>	-0,0037	0,1450	-0,0005	-1,18	-0,0036	0,1410	-0,0005	-1,08	-0,0001	0,0834	0,0000	-0,01	-0,0045	0,1140	-0,0005	-0,96

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0001	0,1320	0,0000	0,03	-0,0014	0,1200	-0,0002	-0,36	-0,0018	0,0899	-0,0002	-0,32	-0,0022	0,0780	-0,0002	-0,32
Συνολική επίπτωση προβλημάτων γειτονιάς κατοικίας			-0,0012	-2,55			-0,0010	-2,12			-0,0005	-1,06			-0,0010	-1,77
Residual			0,0000	0,00			0,0000	0,00			0,0000	0,00			0,0000	0,00
CI			0,0453				0,0467				0,0497				0,0539	

Υποσημείωση: η_κ: Ελαστικότητα έκβασης υγείας ως προς τον παράγοντα κ, CI_κ: Δείκτης συγκέντρωσης παράγοντα κ, CI: Δείκτης συγκέντρωσης έκβασης υγείας, β.α.: Βάση αναφοράς.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Η ανάλυση παραγόντων των εκπαιδευτικών ανισοτήτων για την πολύ κακή ή κακή υγεία παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα (**Πίνακας 8-29**). Οι δημογραφικές μεταβλητές συνολικά επιτείνουν τις ανισότητες υγείας, με τη βαρύτητά τους να μειώνεται το 2012 (24,8%, 24,7% και 18,1%, αντίστοιχα), ενώ το 2015 παρατηρείται μια ενίσχυσή της (29,2%). Οι μεταβολές αυτές οφείλονται σχεδόν εξ ολοκλήρου στη συνεισφορά της ηλικίας και στη μείωση της ελαστικότητας των ηλικιωμένων ατόμων το 2012, η οποία στη συνέχεια ανακάμπτει. Αντίθετα, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση και η υπηκοότητα δεν επηρεάζουν σημαντικά τις εκπαιδευτικές ανισότητες υγείας.

Οι κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές συνδέονται με τη σημαντικότερη αυξητική συμβολή των ανισοτήτων υγείας, η οποία παραμένει σε γενικές γραμμές σταθερή κατά τη διάρκεια των περιόδων της ανάλυσης (45,8%, 45,1%, 44,5% και 47,9%, αντίστοιχα). Από αυτούς τους παράγοντες, η εκπαίδευση είναι η μεταβλητή που συνδέεται με τη μεγαλύτερη βαρύτητα, με την επίπτωσή της να αυξάνεται με την πάροδο του χρόνου (12,9%, 16,8%, 19,3% και 23,5%, αντίστοιχα), λόγω της αύξησης της ελαστικότητας της υγείας και της ανισοκατανομής της ανώτερης εκπαιδευτικής βαθμίδας. Από την άλλη πλευρά, το εισόδημα, η χαμηλή ένταση εργασίας, η σοβαρή υλική στέρηση και τα σοβαρά προβλήματα στέγασης δεν έχουν σημαντική επίδραση στις ανισότητες υγείας.

Έπειτα, η περιοχή κατοικίας και τα προβλήματα της γειτονιάς δεν ασκούν σημαντική επίδραση στις εισοδηματικές ανισότητες υγείας για κανένα από τα έτη που αναλύθηκαν. Τέλος, το κατάλοιπο έχει σημαντική συμβολή στις ανισότητες υγείας, το οποίο σημαίνει ότι υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν τις εισοδηματικές ανισότητες στην πολύ κακή ή κακή υγεία.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 8-29 Ανάλυση παραγόντων των εκπαιδευτικών ανισοτήτων (Ε) στην παρουσία πολύ κακής ή κακής υγείας

	2005		2008				2012				2015					
	β_k^m	E_k	Απόλυτη συμβολή	% συμβολή	β_k^m	E_k	Απόλυτη συμβολή	% συμβολή	β_k^m	E_k	Απόλυτη συμβολή	% συμβολή	β_k^m	E_k	Απόλυτη συμβολή	% συμβολή
Ηλικία (β.α.: 25-44 ετών)			-0,0328	24,96			-0,0369	27,33			-0,0265	17,81			-0,0464	25,76
16-24 ετών	-0,0142	0,0767	-0,0011	0,83	-0,0135	0,0580	-0,0008	0,58	-0,0143	0,0280	-0,0004	0,27	-0,0182	0,0193	-0,0004	0,20
45-64 ετών	0,0316	-0,1290	-0,0041	3,09	0,0428	-0,0921	-0,0039	2,92	0,0252	-0,0145	-0,0004	0,25	0,0273	0,0317	0,0009	-0,48
65 ετών και άνω	0,0851	-0,3240	-0,0276	21,04	0,0978	-0,3290	-0,0322	23,83	0,0704	-0,3650	-0,0257	17,30	0,1150	-0,4060	-0,0469	26,05
Φύλο (β.α.: Άνδρας)	-0,0069	-0,0472	0,0003	-0,25	-0,0027	-0,0502	0,0001	-0,10	-0,0049	-0,0472	0,0002	-0,16	-0,0069	-0,0598	0,0004	-0,23
Οικογενειακή κατάσταση (β.α.: Έγγαμος/η)			0,0003	-0,23			0,0036	-2,66			-0,0007	0,45			-0,0067	3,74
Άγαμος/η	0,0094	0,2390	0,0022	-1,71	0,0247	0,2290	0,0056	-4,18	0,0178	0,2030	0,0036	-2,43	-0,0006	0,2140	-0,0001	0,08
Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η	0,0168	-0,1150	-0,0019	1,48	0,0166	-0,1240	-0,0021	1,52	0,0346	-0,1230	-0,0043	2,88	0,0410	-0,1610	-0,0066	3,66
Υπηκοότητα (β.α.: Ελληνική)			-0,0004	0,34			-0,0002	0,12			0,0001	-0,06			0,0001	-0,05
Άλλης Ε.Ε. χώρας	-0,0202	0,0127	-0,0003	0,20	-0,0065	0,0119	-0,0001	0,06	0,0000	0,0113	0,0000	0,00	0,0074	0,0031	0,0000	-0,01
Άλλης χώρας	-0,0125	0,0146	-0,0002	0,14	-0,0127	0,0071	-0,0001	0,07	-0,0118	-0,0074	0,0001	-0,06	-0,0125	-0,0047	0,0001	-0,03
Συνολική επίπτωση δημογραφικών μεταβλητών			-0,0326	24,81			-0,0334	24,70			-0,0268	18,05			-0,0526	29,23
Επίπεδο εκπαίδευσης (β.α.: Δημοτικό ή χαμηλότερα)			-0,0169	12,92			-0,0227	16,84			-0,0286	19,27			-0,0422	23,45
Γυμνάσιο	-0,0096	-0,0781	0,0008	-0,57	-0,0004	-0,1160	0,0000	-0,04	-0,0275	-0,1690	0,0047	-3,15	-0,0283	-0,1540	0,0044	-2,43
Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	-0,0061	0,4360	-0,0027	2,03	-0,0194	0,3650	-0,0071	5,24	-0,0361	0,2500	-0,0090	6,07	-0,0386	0,2310	-0,0089	4,96
ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	-0,0267	0,5630	-0,0150	11,46	-0,0252	0,6220	-0,0157	11,63	-0,0347	0,6990	-0,0243	16,35	-0,0525	0,7160	-0,0376	20,92
Κύρια ασχολία (β.α.: Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση)			-0,0318	24,23			-0,0294	21,75			-0,0314	21,21			-0,0356	19,79
Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	0,0138	0,0028	0,0000	-0,03	0,0170	0,0102	0,0002	-0,13	0,0057	0,0212	0,0001	-0,08	0,0013	0,0242	0,0000	-0,02
Άνεργος/η	0,0128	0,0364	0,0005	-0,36	0,0381	0,0306	0,0012	-0,86	0,0171	0,0640	0,0011	-0,74	0,0115	0,0821	0,0009	-0,52
Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	0,0077	0,0590	0,0005	-0,34	0,0177	0,0411	0,0007	-0,54	-0,0057	0,0154	-0,0001	0,06	0,0208	0,0137	0,0003	-0,16

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Συναξιδιούχος	0,0675	-0,2640	-0,0178	13,59	0,0667	-0,2680	-0,0179	13,25	0,0691	-0,2800	-0,0193	13,02	0,0610	-0,2750	-0,0168	9,32
Ανάπηρος/η	0,6100	-0,0182	-0,0111	8,46	0,6740	-0,0129	-0,0087	6,43	0,5950	-0,0132	-0,0079	5,31	0,6620	-0,0215	-0,0142	7,91
Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανεργό άτομο	0,0276	-0,1380	-0,0038	2,91	0,0365	-0,1330	-0,0049	3,60	0,0435	-0,1240	-0,0054	3,64	0,0396	-0,1480	-0,0059	3,26
Χαμηλή ένταση εργασίας (β.α.: όχι)	0,0045	0,0043	0,0000	-0,02	-0,0014	0,0047	0,0000	0,00	0,0153	0,0224	0,0003	-0,23	-0,0019	0,0224	0,0000	0,02
Εισοδηματικό πεμπτημόριο (β.α.: Φτωχότερο)			-0,0061	4,67			-0,0046	3,42			-0,0022	1,45			-0,0040	2,25
2	0,0001	-0,1390	0,0000	0,01	0,0021	-0,1380	-0,0003	0,22	-0,0023	-0,1040	0,0002	-0,16	-0,0061	-0,0328	0,0002	-0,11
3	-0,0057	-0,0352	0,0002	-0,15	-0,0002	-0,0752	0,0000	-0,01	0,0068	0,0463	0,0003	-0,21	-0,0103	0,1060	-0,0011	0,61
4	-0,0152	0,0889	-0,0014	1,03	-0,0090	0,0746	-0,0007	0,50	-0,0066	0,1430	-0,0009	0,64	-0,0185	0,1230	-0,0023	1,27
Πλουσιότερο	-0,0170	0,2920	-0,0050	3,79	-0,0120	0,3050	-0,0037	2,72	-0,0135	0,1310	-0,0018	1,19	-0,0109	0,0805	-0,0009	0,49
Σοβαρή υλική στέρηση (β.α.: όχι)	0,0357	-0,1420	-0,0051	3,87	0,0338	-0,1070	-0,0036	2,68	0,0231	-0,1210	-0,0028	1,89	0,0278	-0,1300	-0,0036	2,00
Σοβαρά προβλήματα στέγασης (β.α.: όχι)	0,0046	-0,0239	-0,0001	0,08	0,0136	-0,0446	-0,0006	0,45	0,0411	-0,0319	-0,0013	0,88	0,0220	-0,0331	-0,0007	0,41
Συνολική επίπτωση ατομικών κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών			-0,0600	45,76			-0,0609	45,14			-0,0660	44,47			-0,0862	47,92
Περιφέρεια κατοικίας (β.α.: Αττική)			0,0000	-0,01			-0,0011	0,80			0,0007	-0,50			-0,0006	0,31
Κεντρική Ελλάδα	0,0015	-0,0831	-0,0001	0,09	0,0062	-0,0702	-0,0004	0,32	-0,0024	-0,1030	0,0002	-0,17	0,0030	-0,0669	-0,0002	0,11
Βόρεια Ελλάδα	-0,0057	-0,1150	0,0007	-0,50	0,0032	-0,0975	-0,0003	0,23	-0,0055	-0,1120	0,0006	-0,41	-0,0025	-0,1540	0,0004	-0,21
Νησιά Αιγαίου, Κρήτη	0,0108	-0,0482	-0,0005	0,40	0,0104	-0,0328	-0,0003	0,25	0,0025	-0,0481	-0,0001	0,08	0,0201	-0,0366	-0,0007	0,41
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού (β.α.: Πυκνοκατοικημένη περιοχή)			-0,0009	0,69			0,0020	-1,45			-0,0001	0,07			0,0007	-0,37
Μέσης πυκνότητας περιοχή	-0,0070	0,0725	-0,0005	0,39	0,0116	0,0497	0,0006	-0,43	0,0167	0,0547	0,0009	-0,62	-0,0105	0,0636	-0,0007	0,37
Αραιοκατοικημένη περιοχή	0,0012	-0,3380	-0,0004	0,31	-0,0050	-0,2780	0,0014	-1,02	0,0036	-0,2840	-0,0010	0,69	-0,0042	-0,3180	0,0013	-0,74
Συνολική επίπτωση περιοχής κατοικίας			-0,0009	0,68			0,0009	-0,64			0,0006	-0,43			0,0001	-0,06
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0174	0,0984	0,0017	-1,30	0,0092	0,0746	0,0007	-0,51	0,0175	0,0649	0,0011	-0,77	0,0078	0,0810	0,0006	-0,35
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0120	0,1060	0,0013	-0,97	-0,0030	0,1150	-0,0003	0,25	-0,0031	0,0868	-0,0003	0,18	0,0161	0,0874	0,0014	-0,79

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-0,0087	0,0431	-0,0004	0,29	0,0031	0,0572	0,0002	-0,13	0,0077	0,0710	0,0005	-0,37	0,0158	0,0406	0,0006	-0,36
Συνολική επίπτωση προβλημάτων γειτονιάς κατοικίας			0,0026	-1,99			0,0005	-0,39			0,0014	-0,95			0,0027	-1,49
Residual			-0,0403	30,73			-0,0421	31,20			-0,0577	38,85			-0,0439	24,40
E			-0,1310				-0,1350				-0,1480				-0,1800	

Υποσημείωση: β_k^m : Ελαστικότητα της έκβασης υγείας ως προς τον παράγοντα k , E_k : Erreygers concentration index παράγοντα k , E : Erreygers concentration index έκβασης υγείας, β.α.: Βάση αναφοράς.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Η συνολική επίπτωση των δημογραφικών μεταβλητών στις εκπαιδευτικές ανισότητες στα χρόνια προβλήματα είναι σημαντική και παραμένει σχετικά σταθερή στον χρόνο (45,3%, 42,6%, 45,8% και 41,5%, αντίστοιχα) (**Πίνακας 8-30**). Τη σημαντικότερη επίδραση ασκεί ο παράγοντας της ηλικίας και, ιδίως, η κατηγορία των ηλικιωμένων, των οποίων η συγκέντρωση στα χαμηλότερα εκπαιδευτικά επίπεδα επιτείνεται με το πέρασμα του χρόνου. Αντίθετα, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση και η υπηκοότητα δεν επηρεάζουν με ουσιαστικό τρόπο τις ανισότητες υγείας.

Οι κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές συνδέονται με τη σημαντικότερη θετική συνεισφορά στις εκπαιδευτικές ανισότητες στις χρόνιες ασθένειες, με την επίπτωση τους να αυξάνεται μερικώς με την έναρξη της κρίσης (από 53,8% σε 59%) αλλά και το 2015 (64,4%). Η εκπαίδευση αποτελεί τον σημαντικότερο αυξητικό παράγοντα των ανισοτήτων υγείας, της οποίας η βαρύτητα ενισχύεται διαρκώς μέχρι και το 2012 (20,1%, 27,7% και 37,2%, αντίστοιχα), λόγω της αύξησης της ελαστικότητας υγείας στην ανώτερη εκπαιδευτική βαθμίδα, ενώ το 2015 παραμένει σχετικά σταθερή (35,3%). Η κύρια ασχολία επίσης συνεισφέρει σημαντικά στις ανισότητες υγείας. Η συμβολή της μειώνεται προσωρινά το 2012 (24,1%, 23,3% και 17,6%, αντίστοιχα), ενώ το 2015 παρουσιάζει αύξηση (25,1%), εξαιτίας αντίστοιχων μεταβολών στις ελαστικότητες υγείας των επαγγελματικών κατηγοριών. Και σε αυτήν την περίπτωση, τη μεγαλύτερη επίπτωση έχει η κατηγορία των συνταξιούχων. Έπειτα, η σοβαρή υλική στέρση και το εισόδημα ασκούν ελάχιστη επίδραση σε αυτές τις ανισότητες υγείας, η οποία μάλιστα ελαττώνεται ακόμη περισσότερο κατά τη διάρκεια της κρίσης. Τέλος, η χαμηλή ένταση εργασίας και τα σοβαρά προβλήματα στέγασης δεν συνιστούν σημαντικούς παράγοντες των εκπαιδευτικών ανισοτήτων στα χρόνια προβλήματα υγείας.

Έπειτα, η περιοχή κατοικίας και τα προβλήματα της γειτονιάς δεν έχουν σημαντική συμβολή σε αυτές τις ανισότητες. Τέλος, ένα μικρό μόνο μέρος των εκπαιδευτικών ανισοτήτων στα χρόνια προβλήματα υγείας δεν εξηγείται από τις μεταβλητές που συμπεριελήφθησαν στο υπόδειγμα, όπως φαίνεται από την εκτίμηση για το κατάλοιπο.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 8-30 Ανάλυση παραγόντων των εκπαιδευτικών ανισοτήτων (Ε) στην παρουσία χρόνιων προβλημάτων υγείας

	2005		2008				2012				2015					
	β_k^m	E_k	Απόλυτη συμβολή	% συμβολή	β_k^m	E_k	Απόλυτη συμβολή	% συμβολή	β_k^m	E_k	Απόλυτη συμβολή	% συμβολή	β_k^m	E_k	Απόλυτη συμβολή	% συμβολή
Ηλικία (β.α.: 25-44 ετών)			-0,0980	42,03			-0,1010	38,97			-0,1263	43,25			-0,1029	37,68
16-24 ετών	-0,0339	0,0767	-0,0026	1,12	-0,0586	0,0580	-0,0034	1,31	-0,0529	0,0280	-0,0015	0,51	-0,0594	0,0193	-0,0012	0,42
45-64 ετών	0,1090	-0,1290	-0,0140	6,00	0,1270	-0,0921	-0,0117	4,51	0,1270	-0,0145	-0,0018	0,63	0,1020	0,0317	0,0032	-1,19
65 ετών και άνω	0,2510	-0,3240	-0,0814	34,91	0,2610	-0,3290	-0,0859	33,15	0,3360	-0,3650	-0,1230	42,11	0,2590	-0,4060	-0,1050	38,45
Φύλο (β.α.: Άνδρας)	-0,0020	-0,0472	0,0001	-0,04	-0,0133	-0,0502	0,0007	-0,26	-0,0023	-0,0472	0,0001	-0,04	0,0037	-0,0598	-0,0002	0,08
Οικογενειακή κατάσταση (β.α.: Έγγαμος/η)			-0,0077	3,32			-0,0092	3,53			-0,0076	2,61			-0,0103	3,77
Άγαμος/η	-0,0107	0,2390	-0,0026	1,10	-0,0025	0,2290	-0,0006	0,22	0,0057	0,2030	0,0012	-0,40	0,0098	0,2140	0,0021	-0,77
Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η	0,0448	-0,1150	-0,0052	2,22	0,0692	-0,1240	-0,0086	3,31	0,0709	-0,1230	-0,0087	3,00	0,0773	-0,1610	-0,0124	4,54
Υπηκοότητα (β.α.: Ελληνική)			0,0001	-0,05			-0,0010	0,37			-0,0001	0,02			0,0002	-0,08
Άλλης Ε.Ε. χώρας	0,0188	0,0127	0,0002	-0,10	-0,0489	0,0119	-0,0006	0,22	-0,0589	0,0113	-0,0007	0,23	-0,0316	0,0031	-0,0001	0,04
Άλλης χώρας	-0,0093	0,0146	-0,0001	0,06	-0,0525	0,0071	-0,0004	0,15	-0,0828	-0,0074	0,0006	-0,21	-0,0686	-0,0047	0,0003	-0,12
Συνολική επίπτωση δημογραφικών μεταβλητών			-0,1055	45,26			-0,1104	42,61			-0,1339	45,83			-0,1132	41,45
Επίπεδο εκπαίδευσης (β.α.: Δημοτικό ή χαμηλότερα)			-0,0469	20,14			-0,0719	27,74			-0,1083	37,19			-0,0963	35,25
Γυμνάσιο	-0,0215	-0,0781	0,0017	-0,72	-0,0360	-0,1160	0,0042	-1,61	-0,0806	-0,1690	0,0137	-4,69	-0,0687	-0,1540	0,0106	-3,88
Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	-0,0358	0,4360	-0,0156	6,71	-0,0641	0,3650	-0,0234	9,02	-0,1050	0,2500	-0,0263	9,02	-0,1020	0,2310	-0,0236	8,65
ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	-0,0586	0,5630	-0,0330	14,15	-0,0846	0,6220	-0,0527	20,33	-0,1370	0,6990	-0,0957	32,86	-0,1160	0,7160	-0,0833	30,48
Κύρια ασχολία (β.α.: Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση)			-0,0562	24,13			-0,0604	23,28			-0,0514	17,63			-0,0686	25,07
Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	0,0422	0,0028	0,0001	-0,05	0,0606	0,0102	0,0006	-0,24	0,0088	0,0212	0,0002	-0,06	0,0345	0,0242	0,0008	-0,31
Άνεργος/η	0,0216	0,0364	0,0008	-0,34	0,0617	0,0306	0,0019	-0,73	0,0263	0,0640	0,0017	-0,58	0,0216	0,0821	0,0018	-0,65
Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	-0,0121	0,0590	-0,0007	0,31	0,0254	0,0411	0,0010	-0,40	-0,0264	0,0154	-0,0004	0,14	0,0143	0,0137	0,0002	-0,07

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Συναξιδιούχος	0,1330	-0,2640	-0,0351	15,07	0,1530	-0,2680	-0,0410	15,83	0,1250	-0,2800	-0,0350	12,00	0,1500	-0,2750	-0,0412	15,06
Ανάπηρος/η	0,7620	-0,0182	-0,0138	5,94	0,8610	-0,0129	-0,0111	4,28	0,7580	-0,0132	-0,0100	3,45	0,8260	-0,0215	-0,0178	6,50
Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	0,0539	-0,1380	-0,0075	3,20	0,0884	-0,1330	-0,0118	4,54	0,0631	-0,1240	-0,0078	2,69	0,0839	-0,1480	-0,0124	4,54
Χαμηλή ένταση εργασίας (β.α.: όχι)	0,0205	0,0043	0,0001	-0,04	0,0106	0,0047	0,0001	-0,02	0,0533	0,0224	0,0012	-0,41	-0,0012	0,0224	0,0000	0,01
Εισοδηματικό πεμπτημόριο (β.α.: Φτωχότερο)			-0,0108	4,64			-0,0105	4,06			0,0005	-0,18			-0,0021	0,77
2	0,0086	-0,1390	-0,0012	0,52	0,0168	-0,1380	-0,0023	0,90	0,0058	-0,1040	-0,0006	0,21	-0,0003	-0,0328	0,0000	0,00
3	-0,0133	-0,0352	0,0005	-0,20	0,0095	-0,0752	-0,0007	0,28	0,0147	0,0463	0,0007	-0,23	0,0101	0,1060	0,0011	-0,39
4	-0,0229	0,0889	-0,0020	0,87	-0,0180	0,0746	-0,0013	0,52	0,0073	0,1430	0,0010	-0,36	-0,0120	0,1230	-0,0015	0,54
Πλουσιότερο	-0,0276	0,2920	-0,0081	3,46	-0,0201	0,3050	-0,0061	2,37	-0,0046	0,1310	-0,0006	0,20	-0,0213	0,0805	-0,0017	0,63
Σοβαρή υλική στέρηση (β.α.: όχι)	0,0752	-0,1420	-0,0107	4,59	0,0841	-0,1070	-0,0090	3,48	0,0720	-0,1210	-0,0087	3,00	0,0536	-0,1300	-0,0069	2,54
Σοβαρά προβλήματα στέγασης (β.α.: όχι)	0,0287	-0,0239	-0,0007	0,29	0,0285	-0,0446	-0,0013	0,49	0,0624	-0,0319	-0,0020	0,68	0,0601	-0,0331	-0,0020	0,73
Συνολική επίπτωση ατομικών κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών			-0,1252	53,76			-0,1530	59,02			-0,1687	57,91			-0,1760	64,37
Περιφέρεια κατοικίας (β.α.: Αττική)			0,0020	-0,85			0,0032	-1,21			0,0196	-6,71			0,0085	-3,12
Κεντρική Ελλάδα	0,0113	-0,0831	-0,0009	0,40	0,0018	-0,0702	-0,0001	0,05	-0,0664	-0,1030	0,0069	-2,36	-0,0065	-0,0669	0,0004	-0,16
Βόρεια Ελλάδα	-0,0314	-0,1150	0,0036	-1,54	-0,0399	-0,0975	0,0039	-1,50	-0,0797	-0,1120	0,0090	-3,07	-0,0457	-0,1540	0,0070	-2,57
Νησιά Αιγαίου, Κρήτη	0,0138	-0,0482	-0,0007	0,29	0,0190	-0,0328	-0,0006	0,24	-0,0777	-0,0481	0,0037	-1,28	-0,0287	-0,0366	0,0011	-0,39
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού (β.α.: Πυκνοκατοικημένη περιοχή)			-0,0034	1,44			0,0042	-1,61			0,0002	-0,06			-0,0003	0,10
Μέσης πυκνότητας περιοχή	-0,0207	0,0725	-0,0015	0,64	0,0126	0,0497	0,0006	-0,24	0,0555	0,0547	0,0030	-1,04	0,0049	0,0636	0,0003	-0,11
Αραιοκατοικημένη περιοχή	0,0055	-0,3380	-0,0019	0,80	-0,0128	-0,2780	0,0036	-1,37	0,0101	-0,2840	-0,0029	0,99	0,0019	-0,3180	-0,0006	0,22
Συνολική επίπτωση περιοχής κατοικίας			-0,0014	0,59			0,0073	-2,83			0,0197	-6,77			0,0082	-3,01
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0482	0,0984	0,0047	-2,04	0,0101	0,0746	0,0008	-0,29	0,0420	0,0649	0,0027	-0,94	0,0312	0,0810	0,0025	-0,93
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0432	0,1060	0,0046	-1,96	0,0426	0,1150	0,0049	-1,89	-0,0214	0,0868	-0,0019	0,64	0,0699	0,0874	0,0061	-2,23

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-0,0158	0,0431	-0,0007	0,29	0,0349	0,0572	0,0020	-0,77	0,0291	0,0710	0,0021	-0,71	0,0298	0,0406	0,0012	-0,44
Συνολική επίπτωση προβλημάτων γειτονιάς κατοικίας			0,0086	-3,70			0,0076	-2,95			0,0029	-1,01			0,0099	-3,60
Residual			-0,0095	4,09			-0,0107	4,14			-0,0117	4,02			-0,0021	0,78
E			-0,2330				-0,2590				-0,2910				-0,2730	

Υποσημείωση: β_k^m : Ελαστικότητα της έκβασης υγείας ως προς τον παράγοντα k , E_k : Erreygers concentration index παράγοντα k , E : Erreygers concentration index έκβασης υγείας, β.α.: Βάση αναφοράς.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση και η υπηκοότητα δεν αποτελούν σημαντικούς παράγοντες των εκπαιδευτικών ανισοτήτων στους περιορισμούς των καθημερινών δραστηριοτήτων λόγω προβλημάτων υγείας (**Πίνακας 8-31**). Ωστόσο, προκύπτει ότι η ηλικία τις διευρύνει σημαντικά (19,1%, 30,1%, 26,8% και 27.4%, αντίστοιχα), με την επίπτωσή της να αποδίδεται κατά κύριο λόγο στη συμβολή των ηλικιωμένων, οι οποίοι είναι περισσότερο συγκεντρωμένοι στα χαμηλότερα εκπαιδευτικά επίπεδα. Συνολικά, η επίδραση των δημογραφικών παραγόντων κλιμακώνεται με το πέρασμα του χρόνου, αλλά η αύξηση από έτος σε έτος είναι μικρή (21,5%, 27,1%, 28,2% και 29.2%, αντίστοιχα).

Οι κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές συνολικά επιδεινώνουν σημαντικά τις εκπαιδευτικές ανισότητες υγείας, με την επίδρασή τους να παρουσιάζει μια μικρή μείωση κατά την έναρξη της κρίσης (από 53,3% και 43,1%, αντίστοιχα) και στη συνέχεια να εντείνεται διαρκώς (50,3% και 52,3%, αντίστοιχα). Η επίπτωση της εκπαίδευσης είναι σημαντική και αυξάνεται μέχρι και το 2012 (9,7%, 13,3% και 28,5%, αντίστοιχα), ενώ το 2015 μειώνεται λίγο (25,8%). Η αύξηση κατά τα τρία πρώτα έτη της ανάλυσης ακολουθεί την ενίσχυση της ελαστικότητας και της ανισοκατανομής του ανώτερου εκπαιδευτικού επιπέδου. Η βαρύτητα της κύριας ασχολίας μειώνεται διαρκώς μέχρι και το 2012 (34,2%, 23,8% και 18,2%, αντίστοιχα), ενώ το 2015 αυξάνεται σε μικρό βαθμό (21,8%). Οι μεταβολές αυτές οφείλονται κυρίως σε αντίστοιχες αλλαγές στη σχετική συμβολή των συνταξιούχων. Η επίπτωση του εισοδήματος είναι μικρή και συρρικνώνεται ακόμη περισσότερο κατά τη διάρκεια της κρίσης (4,5%, 3%, 0,6% και 1,6%, αντίστοιχα). Τέλος, η χαμηλή ένταση εργασίας, η σοβαρή υλική στέρηση και τα σοβαρά προβλήματα στέγασης δεν επηρεάζουν παρά ελάχιστα αυτές τις ανισότητες υγείας.

Οι παράγοντες της περιοχής κατοικίας και των προβλημάτων γειτονιάς δεν συνιστούν σημαντικούς παράγοντες των μεταβολών στις εκπαιδευτικές ανισότητες στους σοβαρούς λειτουργικούς περιορισμούς. Τέλος, ένα σημαντικό μέρος αυτών των ανισοτήτων υγείας παραμένει ανεξήγητο από τις μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν στο υπόδειγμα.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 8-31 Ανάλυση παραγόντων των εκπαιδευτικών ανισοτήτων (Ε) στην παρουσία σοβαρών περιορισμών στις καθημερινές δραστηριότητες

	2005		2008		2012		2015		β_k^m	E_k	Απόλυτη συμβολή	% συμβολή	β_k^m	E_k	Απόλυτη συμβολή	% συμβολή
	β_k^m	E_k	Απόλυτη συμβολή	% συμβολή	β_k^m	E_k	Απόλυτη συμβολή	% συμβολή								
Ηλικία (β.α.: 25-44 ετών)			-0,0156	19,13			-0,0337	30,10			-0,0358	26,79			-0,0495	27,41
16-24 ετών	-0,0111	0,0767	-0,0009	1,05	-0,0107	0,0580	-0,0006	0,55	-0,0214	0,0280	-0,0006	0,45	-0,0225	0,0193	-0,0004	0,24
45-64 ετών	0,0179	-0,1290	-0,0023	2,83	0,0410	-0,0921	-0,0038	3,37	0,0254	-0,0145	-0,0004	0,28	0,0376	0,0317	0,0012	-0,66
65 ετών και άνω	0,0383	-0,3240	-0,0124	15,25	0,0890	-0,3290	-0,0293	26,17	0,0955	-0,3650	-0,0348	26,07	0,1240	-0,4060	-0,0503	27,83
Φύλο (β.α.: Άνδρας)	-0,0015	-0,0472	0,0001	-0,08	-0,0018	-0,0502	0,0001	-0,08	-0,0043	-0,0472	0,0002	-0,15	-0,0029	-0,0598	0,0002	-0,10
Οικογενειακή κατάσταση (β.α.: Έγγαμος/η)			-0,0022	2,67			0,0035	-3,13			-0,0020	1,53			-0,0034	1,87
Άγαμος/η	-0,0053	0,2390	-0,0013	1,54	0,0231	0,2290	0,0053	-4,71	0,0112	0,2030	0,0023	-1,70	0,0095	0,2140	0,0020	-1,13
Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η	0,0079	-0,1150	-0,0009	1,13	0,0143	-0,1240	-0,0018	1,59	0,0349	-0,1230	-0,0043	3,22	0,0337	-0,1610	-0,0054	3,00
Υπηκοότητα (β.α.: Ελληνική)			0,0002	-0,20			-0,0002	0,17			0,0000	-0,01			0,0000	-0,01
Άλλης Ε.Ε. χώρας	0,0117	0,0127	0,0002	-0,18	-0,0119	0,0119	-0,0001	0,13	-0,0283	0,0113	-0,0003	0,24	-0,0186	0,0031	-0,0001	0,03
Άλλης χώρας	0,0010	0,0146	0,0000	-0,02	-0,0064	0,0071	0,0000	0,04	-0,0443	-0,0074	0,0003	-0,24	-0,0177	-0,0047	0,0001	-0,05
Συνολική επίπτωση δημογραφικών μεταβλητών			-0,0175	21,51			-0,0303	27,06			-0,0376	28,16			-0,0527	29,17
Επίπεδο εκπαίδευσης (β.α.: Δημοτικό ή χαμηλότερα)			-0,0078	9,65			-0,0148	13,29			-0,0381	28,51			-0,0467	25,84
Γυμνάσιο	-0,0051	-0,0781	0,0004	-0,49	0,0023	-0,1160	-0,0003	0,24	-0,0372	-0,1690	0,0063	-4,72	-0,0309	-0,1540	0,0048	-2,64
Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	-0,0024	0,4360	-0,0010	1,27	-0,0090	0,3650	-0,0033	2,93	-0,0467	0,2500	-0,0117	8,73	-0,0496	0,2310	-0,0115	6,34
ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	-0,0128	0,5630	-0,0072	8,87	-0,0182	0,6220	-0,0113	10,12	-0,0468	0,6990	-0,0327	24,50	-0,0559	0,7160	-0,0400	22,14
Κύρια ασχολία (β.α.: Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση)			-0,0278	34,17			-0,0266	23,81			-0,0244	18,20			-0,0395	21,80
Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	0,0212	0,0028	0,0001	-0,07	0,0157	0,0102	0,0002	-0,14	-0,0055	0,0212	-0,0001	0,09	0,0158	0,0242	0,0004	-0,21
Άνεργος/η	0,0111	0,0364	0,0004	-0,50	0,0190	0,0306	0,0006	-0,52	0,0086	0,0640	0,0006	-0,41	0,0302	0,0821	0,0025	-1,37
Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	-0,0031	0,0590	-0,0002	0,22	0,0025	0,0411	0,0001	-0,09	-0,0274	0,0154	-0,0004	0,32	0,0064	0,0137	0,0001	-0,05

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Συναξιδιούχος	0,0572	-0,2640	-0,0151	18,58	0,0568	-0,2680	-0,0152	13,60	0,0456	-0,2800	-0,0128	9,55	0,0712	-0,2750	-0,0196	10,83
Ανάπηρος/η	0,5230	-0,0182	-0,0095	11,71	0,6250	-0,0129	-0,0081	7,20	0,4810	-0,0132	-0,0064	4,77	0,7540	-0,0215	-0,0162	8,96
Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανεργό άτομο	0,0248	-0,1380	-0,0034	4,23	0,0317	-0,1330	-0,0042	3,76	0,0419	-0,1240	-0,0052	3,89	0,0446	-0,1480	-0,0066	3,65
Χαμηλή ένταση εργασίας (β.α.: όχι)	-0,0006	0,0043	0,0000	0,00	-0,0140	0,0047	-0,0001	0,06	0,0144	0,0224	0,0003	-0,24	-0,0100	0,0224	-0,0002	0,12
Εισοδηματικό πεμπτημόριο (β.α.: Φτωχότερο)			-0,0037	4,54			-0,0034	3,01			-0,0008	0,60			-0,0029	1,58
2	0,0023	-0,1390	-0,0003	0,40	-0,0015	-0,1380	0,0002	-0,18	0,0008	-0,1040	-0,0001	0,06	-0,0022	-0,0328	0,0001	-0,04
3	-0,0001	-0,0352	0,0000	0,00	0,0015	-0,0752	-0,0001	0,10	-0,0008	0,0463	0,0000	0,03	-0,0111	0,1060	-0,0012	0,65
4	-0,0090	0,0889	-0,0008	0,98	-0,0051	0,0746	-0,0004	0,34	-0,0026	0,1430	-0,0004	0,28	-0,0061	0,1230	-0,0008	0,42
Πλουσιότερο	-0,0088	0,2920	-0,0026	3,17	-0,0101	0,3050	-0,0031	2,75	-0,0024	0,1310	-0,0003	0,24	-0,0125	0,0805	-0,0010	0,56
Σοβαρή υλική στέρηση (β.α.: όχι)	0,0272	-0,1420	-0,0039	4,76	0,0314	-0,1070	-0,0034	3,01	0,0328	-0,1210	-0,0040	2,98	0,0349	-0,1300	-0,0045	2,50
Σοβαρά προβλήματα στέγασης (β.α.: όχι)	0,0067	-0,0239	-0,0002	0,20	-0,0033	-0,0446	0,0001	-0,13	0,0099	-0,0319	-0,0003	0,24	0,0262	-0,0331	-0,0009	0,48
Συνολική επίπτωση ατομικών κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών			-0,0433	53,33			-0,0481	43,05			-0,0672	50,28			-0,0947	52,33
Περιφέρεια κατοικίας (β.α.: Αττική)			0,0010	-1,23			0,0000	-0,04			0,0038	-2,86			0,0008	-0,42
Κεντρική Ελλάδα	-0,0010	-0,0831	0,0001	-0,11	0,0032	-0,0702	-0,0002	0,20	-0,0132	-0,1030	0,0014	-1,02	-0,0005	-0,0669	0,0000	-0,02
Βόρεια Ελλάδα	-0,0066	-0,1150	0,0008	-0,93	-0,0032	-0,0975	0,0003	-0,28	-0,0193	-0,1120	0,0022	-1,63	-0,0064	-0,1540	0,0010	-0,54
Νησιά Αιγαίου, Κρήτη	-0,0034	-0,0482	0,0002	-0,20	0,0015	-0,0328	0,0000	0,04	-0,0058	-0,0481	0,0003	-0,21	0,0067	-0,0366	-0,0002	0,14
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού (β.α.: Πυκνοκατοικημένη περιοχή)			0,0009	-1,09			-0,0008	0,76			0,0019	-1,44			0,0000	-0,01
Μέσης πυκνότητας περιοχή	-0,0001	0,0725	0,0000	0,01	0,0002	0,0497	0,0000	-0,01	0,0203	0,0547	0,0011	-0,83	-0,0117	0,0636	-0,0007	0,41
Αραιοκατοικημένη περιοχή	-0,0027	-0,3380	0,0009	-1,10	0,0031	-0,2780	-0,0009	0,76	-0,0029	-0,2840	0,0008	-0,61	-0,0024	-0,3180	0,0008	-0,42
Συνολική επίπτωση περιοχής κατοικίας			0,0019	-2,33			-0,0008	0,72			0,0057	-4,29			0,0008	-0,43
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0147	0,0984	0,0014	-1,78	0,0015	0,0746	0,0001	-0,10	0,0244	0,0649	0,0016	-1,18	0,0137	0,0810	0,0011	-0,61
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0041	0,1060	0,0004	-0,53	0,0126	0,1150	0,0015	-1,30	-0,0007	0,0868	-0,0001	0,04	0,0197	0,0874	0,0017	-0,95

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-0,0072	0,0431	-0,0003	0,38	0,0011	0,0572	0,0001	-0,05	0,0146	0,0710	0,0010	-0,78	0,0146	0,0406	0,0006	-0,33
Συνολική επίπτωση προβλημάτων γειτονιάς κατοικίας			0,0016	-1,93			0,0016	-1,45			0,0026	-1,92			0,0034	-1,89
Residual			-0,0239	29,41			-0,0342	30,61			-0,0371	27,77			-0,0377	20,82
E			-0,0813				-0,1120				-0,1340				-0,1810	

Υποσημείωση: β_k^m : Ελαστικότητα της έκβασης υγείας ως προς τον παράγοντα k , E_k : Erreygers concentration index παράγοντα k , E : Erreygers concentration index έκβασης υγείας, β.α.: Βάση αναφοράς.

8.3.4.2. Παράγοντες των μεταβολών των εκπαιδευτικών ανισοτήτων υγείας

Ως προς τις εκπαιδευτικές ανισότητες στην εκτιμημένη κατάσταση υγείας, αυτές επιδεινώνεται και στις τρεις περιόδους της ανάλυσης (**Πίνακας 8-32**, **Πίνακας 8-33** και **Πίνακας 8-34**). Οι δημογραφικές μεταβλητές αμβλύνουν σημαντικά τις ανισότητες υγείας στην περίοδο πριν την έναρξη της κρίσης (-50,1%), ενώ συμβάλουν στην αύξηση τους κατά τη διάρκειά της (25,6% και 61,7%, αντίστοιχα). Η ηλικία μειώνει τις ανισότητες στην περίοδο πριν την κρίση (-45,8%), λόγω της συμβολής της διαφοράς στην ανισότητα στην ηλικιακή κατηγορία 45-64 ετών. Κατά την περίοδο της βαθιάς ύφεσης, η ηλικία έχει μικρή μόνο επίδραση στην επίταση των ανισοτήτων (4,2%), καθότι η σημαντική αρνητική συνεισφορά της διαφοράς στην ανισότητα της κατηγορίας των ατόμων 45-64 ετών αντισταθμίζεται από την εξίσου μεγάλη θετική συμβολή της διαφοράς στην ελαστικότητα των ηλικιωμένων, Η αυξητική επίπτωση της ηλικίας ενισχύεται σημαντικά στην τελευταία περίοδο της κρίσης (47,5%), καθότι η σημαντική συνεισφορά της διαφοράς στην ελαστικότητα των ηλικιωμένων δεν εξισορροπείται από τη μικρότερη συμβολή της διαφοράς ανισότητας των ατόμων 45-64 ετών.

Η οικογενειακή κατάσταση δεν επηρεάζει τις αλλαγές στις ανισότητες υγείας κατά την περίοδο πριν την κρίση (-0,4%), αλλά τις ενισχύει σε αρκετό βαθμό κατά τη διάρκεια της κρίσης, ιδίως στην αρχή της (25,6%), λόγω της διαφοράς στην ελαστικότητα. Τέλος, το φύλο και η υπηκοότητα δεν αποτελούν σημαντικούς παράγοντες των μεταβολών στις ανισότητες υγείας.

Οι κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές ενισχύουν σημαντικά τις εκπαιδευτικές ανισότητες κατά τις δύο πρώτες περιόδους της ανάλυσης (126,8% και 105,9%, αντίστοιχα) και αρκετά λιγότερο κατά την τρίτη περίοδο (25,8%). Η διαφορά στην ελαστικότητα στην ανώτερη εκπαιδευτική βαθμίδα συμβάλουν σημαντικά στη θετική συνεισφορά της εκπαίδευσης στην επίταση των ανισοτήτων υγείας κατά τις δύο πρώτες περιόδους (195,6% και 191%, αντίστοιχα). Ωστόσο, μετά την περίοδο της βαθιάς ύφεσης, η εκπαίδευση μειώνει τις ανισότητες σε μέτριο μόνο βαθμό (-15,7%), λόγω της αρνητικής συνεισφοράς της διαφοράς στην ανελαστικότητα των δύο ανώτερων εκπαιδευτικών επιπέδων.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Η κύρια ασχολία μειώνει αρκετά τις ανισότητες κατά τις δύο πρώτες περιόδους της ανάλυσης (-33,9% και -30,9%, αντίστοιχα), ενώ τις ενισχύει κατά τη δεύτερη περίοδο της κρίσης (25,7%). Η συμβολή της στη μείωση των ανισοτήτων κατά την περίοδο πριν την κρίση αποδίδεται στη διαφορά ανισότητας στους αναπήρους και στη διαφορά ελαστικότητας στους ανέργους και, στην πρώτη περίοδο της κρίσης, στη διαφορά ανισότητας στους συνταξιούχους. Αντίθετα, η αυξητική συμβολή της κατά τη δεύτερη περίοδο της κρίσης οφείλεται στη συμβολή της διαφοράς στην ελαστικότητα στους αναπήρους.

Το εισόδημα δεν επηρεάζει τις μεταβολές στις ανισότητες υγείας κατά την περίοδο πριν την κρίση (0,1%), καθότι αντισταθμίζονται οι αντίρροπες συμβολές των χαμηλότερων (αυξητική συνεισφορά) με εκείνες των ανώτερων στρωμάτων (συρρικνωτική συνεισφορά). Κατά την περίοδο της βαθιάς ύφεσης, το εισόδημα μειώνει σημαντικά τις ανισότητες (-52%), με όλες τις εισοδηματικές κατηγορίες να συνεισφέρουν αρνητικά, ιδίως η ανώτερη, λόγω της διαφοράς στην ελαστικότητα. Τέλος, κατά την τρίτη περίοδο, το εισόδημα ενισχύει σε μέτριο βαθμό τις ανισότητες (14,9%), το οποίο αποδίδεται στη συμβολή της διαφοράς στην ελαστικότητα στο τέταρτο πεμπτημόριο.

Η σοβαρή υλική στέρηση συμβάλλει σημαντικά και αρνητικά στην αύξηση των ανισοτήτων κατά την περίοδο πριν την ύφεση (-46%), κυρίως λόγω της διαφοράς στην ελαστικότητα. Αντίθετα, κατά τη διάρκεια της κρίσης, δεν είναι σημαντικός παράγοντας των μεταβολών στις ανισότητες (-1,2% και 1,3%, αντίστοιχα). Πάντως, θα πρέπει να αναφερθεί πως, ειδικά για την περίοδο της βαθιάς ύφεσης, η αρνητική συμβολή της διαφοράς στην ανισότητα αντισταθμίζεται από τη θετική συμβολή της διαφοράς στην ελαστικότητα. Η χαμηλή ένταση εργασίας δεν αποτελεί σημαντικό παράγοντα των μεταβολών των ανισοτήτων υγείας (0,3%, -3,6% και 2,7%, αντίστοιχα), ενώ τα σοβαρά προβλήματα στέγασης τις επιτείνουν σε μικρό βαθμό μόνο πριν την έναρξη της κρίσης (10,7%).

Συνολικά, οι μεταβλητές της περιοχής κατοικίας ενισχύουν τις ανισότητες υγείας σε μικρό βαθμό (12,3%) πριν την οικονομική κρίση και αρκετά κατά την τελευταία περίοδο της ανάλυσης (22,6%), ενώ τις αμβλύνουν σημαντικά κατά την περίοδο της βαθιάς ύφεσης (-47,1%). Αμφότεροι οι παράγοντες της

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

γεωγραφικής περιφέρειας κατοικίας και της πληθυσμιακής πυκνότητας ακολουθούν αυτές τις τάσεις.

Τα προβλήματα της γειτονιάς συμβάλουν θετικά στις εκπαιδευτικές ανισότητες υγείας κατά την περίοδο πριν την κρίση (11,1%) και εκείνη της βαθιάς ύφεσης (15,7%), ενώ τις μειώνουν κατά την τελευταία περίοδο (-10%). Οι μεταβολές της επίπτωσής τους κατά τη διάρκεια της κρίσης αποδίδονται σε αντίστοιχες μεταβολές στη συμβολή των προβλημάτων μόλυνσης, η οποία είναι θετική κατά την περίοδο της βαθιάς ύφεσης (16,9%) και αρνητική στη συνέχεια (-12,2%).

Τέλος, είναι αξιοσημείωτο πως το κατάλοιπο προσεγγίζει το μηδέν, το οποίο σημαίνει ότι οι ανεξάρτητες μεταβλητές που συμπεριελήφθησαν στο υπόδειγμα εξηγούσαν πλήρως τις μεταβολές στις εκπαιδευτικές ανισότητες στην εκτιμημένη κατάσταση υγείας.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 8-32 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εκπαιδευτικών ανισοτήτων (CI) στην εκτιμημένη κατάσταση υγείας, 2005-2008

	2005-2008								
	Δ οριακή επίδραση	Δηκ	ΔCI _k	Συμβολή Δανισ/τας η _{k2008} *ΔCI _k	Συμβολή Δελαστ/τας CI _{k2005} *Δηκ	Συμβολή Δανισ/τας η _{k2005} *ΔCI _k	Συμβολή Δελαστ/τας CI _{k2008} *Δηκ	Συνολική απόλυτη συμβολή	% συμβολή
Ηλικία (β.α.: 25-44 ετών)				-0,0006	-0,0001	-0,0006	-0,0001	-0,0007	-45,75
16-24 ετών	0,8010	0,0008	-0,0287	-0,0001	0,0001	-0,0001	0,0001	0,0000	-1,69
45-64 ετών	0,1640	-0,0003	0,0342	-0,0008	0,0000	-0,0008	0,0000	-0,0007	-51,41
65 ετών και άνω	0,2120	0,0006	-0,0088	0,0003	-0,0002	0,0003	-0,0002	0,0001	7,36
Φύλο (β.α.: Άνδρας)	0,2210	0,0040	-0,0005	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	-1,99
Οικογενειακή κατάσταση (β.α.: Έγγαμος/η)				0,0001	-0,0001	0,0000	0,0000	0,0000	-0,37
Άγαμος/η	-0,8720	-0,0029	-0,0147	0,0000	-0,0006	0,0000	-0,0006	-0,0006	-42,55
Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η	-1,3730	-0,0019	-0,0117	0,0001	0,0005	0,0001	0,0006	0,0006	42,18
Υπηκοότητα (β.α.: Ελληνική)				-0,0001	0,0001	-0,0001	0,0000	0,0000	-2,02
Άλλης Ε.Ε. χώρας	0,0060	0,0000	-0,0682	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	-0,31
Άλλης χώρας	0,9850	0,0009	-0,0699	-0,0001	0,0001	-0,0001	0,0000	0,0000	-1,72
Συνολική επίπτωση δημογραφικών μεταβλητών				-0,0006	-0,0001	-0,0006	-0,0001	-0,0007	-50,13
Επίπεδο εκπαίδευσης (β.α.: Δημοτικό ή χαμηλότερα)				-0,0023	0,0051	-0,0016	0,0044	0,0028	195,61
Γυμνάσιο	0,6430	0,0008	-0,0838	-0,0004	-0,0001	-0,0004	-0,0002	-0,0006	-38,94
Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	1,4830	0,0075	-0,0675	-0,0015	0,0024	-0,0010	0,0019	0,0009	61,15
ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	0,8420	0,0034	-0,0234	-0,0003	0,0028	-0,0002	0,0028	0,0025	173,40
Κύρια ασχολία (β.α.: Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση)				-0,0010	0,0005	-0,0008	0,0004	-0,0005	-33,92
Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	-0,5190	-0,0002	0,0428	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	-0,0001	-3,63
Άνεργος/η	-2,3600	-0,0013	0,0023	0,0000	-0,0002	0,0000	-0,0002	-0,0002	-14,49
Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	-0,8110	-0,0008	-0,0501	0,0001	-0,0001	0,0000	-0,0001	-0,0001	-5,42
Συνταξιούχος	0,0535	-0,0004	0,0022	0,0000	0,0001	0,0000	0,0001	0,0001	6,60
Ανάπηρος/η	-3,1010	-0,0009	0,1330	-0,0009	0,0004	-0,0008	0,0002	-0,0005	-36,16
Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	-0,8550	-0,0014	0,0040	0,0000	0,0003	0,0000	0,0003	0,0003	19,18
Χαμηλή ένταση εργασίας (β.α.: όχι)	0,6580	0,0005	0,0092	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,31
Εισοδηματικό πεμπτημόριο (β.α.: Φτωχότερο)				-0,0002	0,0002	-0,0004	0,0004	0,0000	0,14
2	-0,7300	-0,0019	-0,0236	0,0000	0,0003	0,0000	0,0003	0,0003	21,15

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

3	-1,3300	-0,0032	-0,0488	0,0000	0,0001	-0,0001	0,0003	0,0002	10,28
4	-0,3620	-0,0005	-0,0317	-0,0001	-0,0001	-0,0001	0,0000	-0,0002	-10,29
<i>Πλουσιότερο</i>	-0,4350	-0,0005	-0,0217	-0,0001	-0,0002	-0,0001	-0,0002	-0,0003	-21,00
Σοβαρή υλική στέρηση (β.α.: όχι)	0,7240	0,0019	0,0292	-0,0001	-0,0005	-0,0002	-0,0005	-0,0007	-46,04
Σοβαρά προβλήματα στέγασης (β.α.: όχι)	-0,6790	-0,0005	-0,0765	0,0001	0,0000	0,0001	0,0001	0,0002	10,69
Συνολική επίπτωση ατομικών κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών				-0,0034	0,0052	-0,0029	0,0048	0,0018	126,79
Περιφέρεια κατοικίας (β.α.: Αττική)				-0,0001	0,0003	0,0000	0,0002	0,0002	14,97
<i>Κεντρική Ελλάδα</i>	-0,1290	-0,0005	0,0102	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	1,05
<i>Βόρεια Ελλάδα</i>	-0,4780	-0,0011	0,0217	0,0000	0,0002	0,0001	0,0001	0,0002	13,94
<i>Νησιά Αιγαίου, Κρήτη</i>	-0,4180	-0,0006	0,0479	-0,0001	0,0001	0,0000	0,0000	0,0000	-0,02
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού (β.α.: Πυκνοκατοικημένη περιοχή)				0,0002	-0,0002	0,0001	-0,0001	0,0000	-2,71
<i>Μέσης πυκνότητας περιοχή</i>	-1,3990	-0,0022	-0,0359	0,0000	-0,0003	0,0000	-0,0002	-0,0003	-17,50
<i>Αραιοκατοικημένη περιοχή</i>	-0,1130	-0,0006	0,0350	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0002	14,79
Συνολική επίπτωση περιοχής κατοικίας				0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0002	12,26
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,7230	0,0015	-0,0358	0,0001	0,0002	0,0002	0,0001	0,0003	21,88
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,2140	0,0001	-0,0040	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	1,81
Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-1,0840	-0,0015	-0,0118	0,0000	-0,0002	0,0000	-0,0002	-0,0002	-12,62
Συνολική επίπτωση προβλημάτων γειτονιάς κατοικίας				0,0002	0,0000	0,0002	0,0000	0,0002	11,07
Residual								0,0000	0,00
ΔCI								0,0015	

Υποσημείωση: Δ: Διαφορά, η_κ: Ελαστικότητα έκβασης υγείας ως προς τον παράγοντα κ, CI_κ: Δείκτης συγκέντρωσης παράγοντα κ, CI: Δείκτης συγκέντρωσης έκβασης υγείας, β.α.: Βάση αναφοράς.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 8-33 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εκπαιδευτικών ανισοτήτων (CI) στην εκτιμημένη κατάσταση υγείας, 2008-2012

	2008-2012								
	Δ οριακή επίδραση	Δηκ	ΔCI _k	Συμβολή Δανισ/τας η _{k2012} *ΔCI _k	Συμβολή Δελαστ/τας CI _{k2008} *Δηκ	Συμβολή Δανισ/τας η _{k2008} *ΔCI _k	Συμβολή Δελαστ/τας CI _{k2012} *Δηκ	Συνολική απόλυτη συμβολή	% συμβολή
Ηλικία (β.α.: 25-44 ετών)				-0,0018	0,0019	-0,0019	0,0020	0,0001	4,19
16-24 ετών	-0,4130	-0,0011	-0,0587	-0,0002	-0,0001	-0,0003	-0,0001	-0,0004	-12,72
45-64 ετών	0,4730	0,0008	0,0636	-0,0014	-0,0001	-0,0014	0,0000	-0,0015	-48,97
65 ετών και άνω	0,0223	-0,0052	0,0029	-0,0001	0,0021	-0,0001	0,0021	0,0020	65,88
Φύλο (β.α.: Άνδρας)	0,3190	0,0059	0,0002	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	-1,62
Οικογενειακή κατάσταση (β.α.: Έγγαμος/η)				-0,0001	0,0009	-0,0001	0,0009	0,0008	26,56
Άγαμος/η	0,7830	0,0026	-0,0078	0,0000	0,0005	0,0000	0,0005	0,0005	17,27
Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η	-0,6970	-0,0013	0,0145	-0,0001	0,0004	-0,0001	0,0004	0,0003	9,29
Υπηκοότητα (β.α.: Ελληνική)				-0,0002	0,0001	-0,0001	0,0000	-0,0001	-3,52
Άλλης Ε.Ε. χώρας	1,5280	0,0003	-0,0186	0,0000	0,0001	0,0000	0,0001	0,0001	1,95
Άλλης χώρας	0,8440	0,0007	-0,0762	-0,0002	0,0000	-0,0001	0,0000	-0,0002	-5,47
Συνολική επίπτωση δημογραφικών μεταβλητών				-0,0021	0,0028	-0,0021	0,0028	0,0008	25,61
Επίπεδο εκπαίδευσης (β.α.: Δημοτικό ή χαμηλότερα)				-0,0047	0,0103	-0,0030	0,0086	0,0057	190,96
Γυμνάσιο	1,9880	0,0030	-0,1110	-0,0009	-0,0007	-0,0006	-0,0011	-0,0016	-55,27
Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	2,0390	0,0115	-0,0884	-0,0030	0,0029	-0,0020	0,0019	-0,0001	-3,27
ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	2,7130	0,0101	-0,0327	-0,0008	0,0082	-0,0004	0,0078	0,0074	249,50
Κύρια ασχολία (β.α.: Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση)				-0,0004	-0,0005	0,0001	-0,0010	-0,0009	-30,92
Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	1,6710	0,0008	0,0514	0,0000	0,0000	-0,0001	0,0001	0,0000	1,14
Άνεργος/η	1,4270	-0,0007	-0,0428	0,0001	-0,0001	0,0001	-0,0001	0,0000	-0,35
Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	1,7820	0,0017	-0,0802	0,0000	0,0002	0,0001	0,0001	0,0002	5,93
Συνταξιούχος	1,4480	-0,0011	0,0494	-0,0012	0,0004	-0,0011	0,0003	-0,0008	-26,99
Ανάπηρος/η	6,3590	0,0026	-0,1180	0,0005	-0,0006	0,0008	-0,0009	-0,0001	-4,99
Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	0,2360	0,0018	-0,0369	0,0002	-0,0004	0,0003	-0,0004	-0,0002	-5,66
Χαμηλή ένταση εργασίας (β.α.: όχι)	-1,6260	-0,0023	0,0289	-0,0001	0,0000	0,0000	-0,0001	-0,0001	-3,60
Εισοδηματικό πεμπτημόριο (β.α.: Φτωχότερο)				-0,0001	-0,0015	0,0010	-0,0026	-0,0015	-51,96
2	0,4360	0,0010	0,0725	0,0000	-0,0002	-0,0001	-0,0001	-0,0002	-6,39

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

3	-0,6650	-0,0016	0,1510	-0,0003	0,0002	0,0000	-0,0001	-0,0001	-4,12
4	-0,9890	-0,0026	0,1730	0,0001	-0,0002	0,0005	-0,0007	-0,0002	-6,16
<i>Πλουσιότερο</i>	-0,2090	-0,0033	0,1330	0,0002	-0,0012	0,0006	-0,0017	-0,0011	-35,29
Σοβαρή υλική στέρηση (β.α.: όχι)	0,5340	-0,0023	0,0923	-0,0006	0,0006	-0,0004	0,0004	0,0000	-1,23
Σοβαρά προβλήματα στέγασης (β.α.: όχι)	-1,3190	-0,0011	0,0283	-0,0001	0,0002	0,0000	0,0001	0,0001	2,65
Συνολική επίπτωση ατομικών κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών				-0,0058	0,0091	-0,0024	0,0056	0,0031	105,90
Περιφέρεια κατοικίας (β.α.: Αττική)				-0,0002	-0,0009	0,0001	-0,0013	-0,0012	-39,52
<i>Κεντρική Ελλάδα</i>	1,8690	0,0073	-0,0260	-0,0001	-0,0004	0,0000	-0,0006	-0,0005	-18,48
<i>Βόρεια Ελλάδα</i>	1,0050	0,0028	-0,0106	0,0000	-0,0003	0,0000	-0,0004	-0,0004	-12,99
<i>Νησιά Αιγαίου, Κρήτη</i>	2,0340	0,0025	-0,0368	0,0000	-0,0002	0,0001	-0,0003	-0,0002	-8,05
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού (β.α.: Πυκνοκατοικημένη περιοχή)				-0,0001	-0,0001	-0,0001	-0,0001	-0,0002	-7,60
<i>Μέσης πυκνότητας περιοχή</i>	-1,2680	-0,0020	0,0058	0,0000	-0,0002	0,0000	-0,0002	-0,0002	-7,49
<i>Αραιοκατοικημένη περιοχή</i>	-0,0189	-0,0005	-0,0275	-0,0001	0,0001	-0,0001	0,0001	0,0000	-0,11
Συνολική επίπτωση περιοχής κατοικίας				-0,0003	-0,0011	0,0000	-0,0014	-0,0014	-47,12
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-0,3650	-0,0017	-0,0176	0,0001	-0,0001	0,0001	-0,0001	0,0000	-1,47
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά (β.α.: όχι)	1,4150	0,0035	-0,0580	0,0000	0,0005	0,0002	0,0003	0,0005	16,85
Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,2490	-0,0004	-0,0305	0,0001	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,29
Συνολική επίπτωση προβλημάτων γειτονιάς κατοικίας				0,0002	0,0003	0,0003	0,0001	0,0005	15,66
Residual								0,0000	0,00
ΔCI								0,0030	

Υποσημείωση: Δ: Διαφορά, ηκ: Ελαστικότητα έκβασης υγείας ως προς τον παράγοντα κ, CIκ: Δείκτης συγκέντρωσης παράγοντα κ, CI: Δείκτης συγκέντρωσης έκβασης υγείας, β.α.: Βάση αναφοράς.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 8-34 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εκπαιδευτικών ανισοτήτων (CI) στην εκτιμημένη κατάσταση υγείας, 2012-2015

	2012-2015								
	Δ οριακή επίδραση	Δηκ	ΔCI _k	Συμβολή Δανις/τας η _{k2015} *ΔCI _k	Συμβολή Δελαστ/τας CI _{k2012} *Δηκ	Συμβολή Δανις/τας η _{k2012} *ΔCI _k	Συμβολή Δελαστ/τας CI _{k2015} *Δηκ	Συνολική απόλυτη συμβολή	% συμβολή
Ηλικία (β.α.: 25-44 ετών)				-0,0009	0,0029	-0,0008	0,0028	0,0020	47,47
16-24 ετών	0,9440	0,0009	-0,0140	-0,0001	0,0001	-0,0001	0,0000	0,0000	-0,28
45-64 ετών	-0,0713	-0,0012	0,0345	-0,0008	0,0000	-0,0008	0,0000	-0,0008	-18,58
65 ετών και άνω	-0,4320	-0,0070	-0,0001	0,0000	0,0028	0,0000	0,0028	0,0028	66,33
Φύλο (β.α.: Άνδρας)	-0,2460	-0,0047	-0,0018	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	1,01
Οικογενειακή κατάσταση (β.α.: Έγγαμος/η)				0,0002	0,0004	0,0002	0,0004	0,0006	14,10
Άγαμος/η	-0,0994	-0,0003	0,0067	0,0000	-0,0001	0,0000	-0,0001	0,0000	-1,06
Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η	0,1540	-0,0016	-0,0200	0,0002	0,0005	0,0002	0,0005	0,0006	15,16
Υπηκοότητα (β.α.: Ελληνική)				0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	-0,93
Άλλης Ε.Ε. χώρας	-1,8030	-0,0003	-0,1420	0,0000	-0,0001	-0,0001	0,0000	-0,0001	-2,39
Άλλης χώρας	-1,0890	-0,0009	0,0154	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0001	1,46
Συνολική επίπτωση δημογραφικών μεταβλητών				-0,0007	0,0033	-0,0007	0,0033	0,0026	61,65
Επίπεδο εκπαίδευσης (β.α.: Δημοτικό ή χαμηλότερα)				-0,0004	-0,0002	-0,0005	-0,0002	-0,0007	-15,74
Γυμνάσιο	-0,8600	-0,0017	0,0057	0,0000	0,0006	0,0000	0,0006	0,0006	14,63
Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	-0,6210	-0,0030	-0,0095	-0,0003	-0,0005	-0,0003	-0,0005	-0,0008	-18,38
ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	-0,5630	-0,0004	-0,0081	-0,0002	-0,0003	-0,0002	-0,0003	-0,0005	-11,99
Κύρια ασχολία (β.α.: Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση)				0,0001	0,0010	-0,0001	0,0011	0,0011	25,70
Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	-0,1200	0,0000	0,0479	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	-0,33
Άνεργος/η	0,5900	0,0009	0,0268	0,0000	0,0001	-0,0001	0,0001	0,0001	1,48
Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	-0,6170	-0,0006	-0,0018	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	-0,70
Συνταξιούχος	0,2690	-0,0001	0,0115	-0,0003	0,0000	-0,0003	0,0000	-0,0002	-5,79
Ανάπηρος/η	-2,5670	-0,0024	-0,0348	0,0002	0,0009	0,0001	0,0010	0,0011	26,05
Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	0,2230	-0,0002	-0,0260	0,0002	0,0001	0,0002	0,0001	0,0002	4,99
Χαμηλή ένταση εργασίας (β.α.: όχι)	1,7170	0,0025	-0,0058	0,0000	0,0001	0,0000	0,0001	0,0001	2,68
Εισοδηματικό πεμπτημόριο (β.α.: Φτωχότερο)				0,0004	0,0003	-0,0002	0,0009	0,0006	14,88
2	0,2910	0,0010	0,0719	0,0001	-0,0001	0,0000	0,0000	0,0000	-0,99

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

3	1,4970	0,0032	0,1290	0,0002	0,0002	-0,0002	0,0006	0,0004	8,53
4	1,3470	0,0014	0,0890	0,0002	0,0004	0,0000	0,0005	0,0005	12,09
<i>Πλουσιότερο</i>	0,1950	-0,0004	-0,0061	0,0000	-0,0002	0,0000	-0,0002	-0,0002	-4,75
Σοβαρή υλική στέρηση (β.α.: όχι)	0,0853	-0,0006	0,0064	0,0000	0,0001	0,0000	0,0001	0,0001	1,31
Σοβαρά προβλήματα στέγασης (β.α.: όχι)	1,2350	0,0013	-0,0131	0,0000	-0,0001	0,0000	-0,0002	-0,0001	-3,02
Συνολική επίπτωση ατομικών κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών				0,0000	0,0010	-0,0007	0,0017	0,0011	25,80
Περιφέρεια κατοικίας (β.α.: Αττική)				-0,0001	0,0002	0,0001	0,0001	0,0001	2,83
<i>Κεντρική Ελλάδα</i>	-1,0330	-0,0042	0,0225	0,0000	0,0003	0,0001	0,0002	0,0004	8,76
<i>Βόρεια Ελλάδα</i>	0,2320	0,0016	-0,0215	-0,0001	-0,0002	-0,0001	-0,0002	-0,0003	-8,21
<i>Νησιά Αιγαίου, Κρήτη</i>	-0,6280	-0,0008	0,0339	0,0000	0,0001	0,0000	0,0001	0,0001	2,28
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού (β.α.: Πυκνοκατοικημένη περιοχή)				0,0000	0,0008	0,0000	0,0008	0,0008	19,77
<i>Μέσης πυκνότητας περιοχή</i>	2,0660	0,0032	-0,0475	0,0000	0,0003	0,0002	0,0002	0,0003	8,16
<i>Αραιοκατοικημένη περιοχή</i>	-0,5540	-0,0028	-0,0511	0,0000	0,0005	-0,0001	0,0006	0,0005	11,61
Συνολική επίπτωση περιοχής κατοικίας				-0,0001	0,0010	0,0001	0,0009	0,0010	22,60
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,7470	0,0030	0,0385	-0,0001	0,0002	-0,0002	0,0003	0,0001	2,44
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-1,8680	-0,0045	0,0310	-0,0001	-0,0004	0,0000	-0,0005	-0,0005	-12,15
Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-0,6490	-0,0004	-0,0119	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	-0,32
Συνολική επίπτωση προβλημάτων γειτονιάς κατοικίας				-0,0002	-0,0002	-0,0002	-0,0002	-0,0004	-10,03
Residual								0,0000	0,00
ΔCI								0,00422	

Υποσημείωση: Δ: Διαφορά, ηκ: Ελαστικότητα έκβασης υγείας ως προς τον παράγοντα κ, CIκ: Δείκτης συγκέντρωσης παράγοντα κ, CI: Δείκτης συγκέντρωσης έκβασης υγείας, β.α.: Βάση αναφοράς.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Οι εκπαιδευτικές ανισότητες στην πολύ κακή ή κακή υγεία επιδεινώνονται και στις τρεις περιόδους της ανάλυσης (**Πίνακας 8-35**, **Πίνακας 8-36** και **Πίνακας 8-37**). Οι δημογραφικές μεταβλητές αμβλύνουν τις ανισότητες κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης (-48,8%), ενώ τις ενισχύουν σημαντικά κατά την πρώτη και την τρίτη περίοδο της ανάλυσης (20,7% και 82%, αντίστοιχα). Η ηλικία συμβάλει σημαντικά και θετικά στην επίταση των ανισοτήτων πριν την κρίση (108%), λόγω της διαφοράς στην ελαστικότητα υγείας ως προς τους ηλικιωμένους. Έπειτα, κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης, οι διαφορές στην ελαστικότητα όλων των ηλικιών κατηγοριών οδηγούν συνολικά την ηλικία στο να μετριάξει τις ανισότητες (-77,8%). Τέλος, ο παράγοντας της ηλικίας ενισχύει σημαντικά τις ανισότητες στην τελευταία περίοδο (63,3%), λόγω της διαφοράς στην ελαστικότητα στους ηλικιωμένους

Η οικογενειακή κατάσταση αποτελεί σημαντικό παράγοντα άμβλυνσης των ανισοτήτων πριν την κρίση (-68,3%), λόγω της διαφοράς στην ελαστικότητα υγείας στους άγαμους. Αντίθετα, η οικογενειακή κατάσταση ενισχύει τις αυξητικές μεταβολές στις εκπαιδευτικές ανισότητες υγείας κατά τις δύο επόμενες περιόδους (31,6% και 19,3%, αντίστοιχα), το οποίο πάλι μπορεί να αποδοθεί στη διαφορά στην ελαστικότητα. Η υπηκοότητα αμβλύνει σε μικρό βαθμό τις ανισότητες μεταξύ 2005 και 2008 (-7,1%), ενώ δεν τις επηρεάζει για τις δύο επόμενες περιόδους. Τέλος, το φύλο δεν αποτελεί σημαντικό παράγοντα των μεταβολών των εκπαιδευτικών ανισοτήτων υγείας.

Οι κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές συνολικά συμβάλουν σταθερά στην ενίσχυση των ανισοτήτων, με την βαρύτητά τους να αυξάνεται με την πάροδο του χρόνου (24%, 37,8% και 64,1%, αντίστοιχα). Η εκπαίδευση επιδεινώνει τις ανισότητες υγείας και στις τρεις περιόδους της ανάλυσης, αν η επίδρασή της μειώνεται κατά τη διάρκεια της κρίσης (150,4%, 43,8% και 43,1%, αντίστοιχα). Η θετική συμβολή της πρώτης περιόδου αποδίδεται κυρίως στη διαφορά στην ελαστικότητα υγείας στους αποφοίτους Λυκείου και στις περιόδους της κρίσης στη διαφορά στην ελαστικότητα υγείας στην ανώτερη εκπαιδευτική βαθμίδα.

Η κύρια ασχολία αμβλύνει τις εκπαιδευτικές ανισότητες στην πολύ κακή ή κακή υγεία μεταξύ 2005 και 2008 (-63,1%), το οποίο οφείλεται κυρίως στη διαφορά ανισότητας στους αναπήρους και στη διαφορά ελαστικότητας στους ανέργους. Αντίθετα, τις ενισχύει κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης και κατά

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

τη δεύτερη περίοδο της κρίσης (15,8% και 13,1%, αντίστοιχα), λόγω της συμβολής των κατηγοριών των συνταξιούχων και (της διαφοράς στην ανισότητα) των αναπήρων, αντίστοιχα.

Η επίπτωση του εισοδήματος είναι μειωτική των ανισοτήτων μεταξύ 2005 και 2008 (-39,2%) αλλά και κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης (-18,4%), ενώ τις ενισχύει σε μικρό βαθμό κατά την τελευταία περίοδο (6%). Κυριότερη αιτία για την αρνητική συμβολή του εισοδήματος στις δύο πρώτες περιόδους είναι η διαφορά στην ελαστικότητα και την ανισότητα, αντίστοιχα, του πλουσιότερου πεμπτημορίου. Τέλος, η χαμηλή ένταση εργασίας δεν επηρεάζει σημαντικά τις ανισότητες υγείας, ενώ η σοβαρή υλική στέρση και τα σοβαρά προβλήματα στέγασης είναι σημαντικοί παράγοντες μόνο κατά την περίοδο πριν την έναρξη της κρίσης, με την πρώτη μεταβλητή να μειώνει τις ανισότητες και τη δεύτερη να τις αυξάνει (-37,8% και 13%, αντίστοιχα).

Η περιοχή κατοικίας ενισχύει τις ανισότητες κατά την περίοδο πριν την έναρξη της κρίσης (-45,8%), λόγω της αντίστοιχης κατεύθυνσης επίδρασης της πληθυσμιακής πυκνότητας (-74,4%), ενώ η γεωγραφική περιφέρεια κατοικίας λειτουργεί αυξητικά (28,6%), αλλά κατά τη διάρκεια της κρίσης δεν είναι σημαντικός παράγοντας (1,8% και 1,7%, αντίστοιχα). Αντίθετα, τα προβλήματα της γειτονιάς συνολικά ενισχύουν τις ανισότητες μεταξύ 2005 και 2008 (54,2%), λόγω της διαφοράς στην ελαστικότητα των προβλημάτων θορύβου και μόλυνσης, ενώ στη συνέχεια δεν έχουν σημαντική επίδραση (-6,6% και -4%, αντίστοιχα). Τέλος, ένα σημαντικό μέρος των μεταβολών των εισοδηματικών ανισοτήτων στην πολύ κακή ή κακή υγεία δεν μπορεί να εξηγηθεί από τις υπάρχουσες μεταβλητές.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 8-35 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εκπαιδευτικών ανισοτήτων (Ε) στην πολύ κακή ή κακή υγεία, 2005-2008

2005-2008								
	$\Delta\beta_k^m$	ΔE_k	Συμβολή Δανις/τας $\beta_{k2008}^m * \Delta E_k$	Συμβολή Δελαστ/τας $E_{k2005} * \Delta\beta_k^m$	Συμβολή Δανις/τας $\beta_{k2005}^m * \Delta E_k$	Συμβολή Δελαστ/τας $E_{k2008} * \Delta\beta_k^m$	Συνολική απόλυτη συμβολή	% συμβολή
Ηλικία (β.α.: 25-44 ετών)			0,0013	-0,0055	0,0010	-0,0052	-0,0042	107,96
16-24 ετών	0,0007	-0,0186	0,0003	0,0001	0,0003	0,0000	0,0003	-7,86
45-64 ετών	0,0112	0,0365	0,0016	-0,0014	0,0012	-0,0010	0,0001	-3,08
65 ετών και άνω	0,0127	-0,0048	-0,0005	-0,0041	-0,0004	-0,0042	-0,0046	118,90
Φύλο (β.α.: Άνδρας)	0,0043	-0,0030	0,0000	-0,0002	0,0000	-0,0002	-0,0002	5,06
Οικογενειακή κατάσταση (β.α.: Έγγαμος/η)			-0,0004	0,0037	-0,0002	0,0035	0,0033	-85,26
Άγαμος/η	0,0153	-0,0101	-0,0002	0,0037	-0,0001	0,0035	0,0034	-88,34
Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η	-0,0002	-0,0084	-0,0001	0,0000	-0,0001	0,0000	-0,0001	3,08
Υπηκοότητα (β.α.: Ελληνική)			0,0001	0,0002	0,0001	0,0002	0,0003	-7,05
Άλλης Ε.Ε. χώρας	0,0137	-0,0009	0,0000	0,0002	0,0000	0,0002	0,0002	-4,69
Άλλης χώρας	-0,0002	-0,0074	0,0001	0,0000	0,0001	0,0000	0,0001	-2,37
Συνολική επίπτωση δημογραφικών μεταβλητών			0,0011	-0,0019	0,0009	-0,0017	-0,0008	20,70
Επίπεδο εκπαίδευσης (β.α.: Δημοτικό ή χαμηλότερα)			-0,0001	-0,0057	-0,0008	-0,0050	-0,0058	150,36
Γυμνάσιο	0,0092	-0,0376	0,0000	-0,0007	0,0004	-0,0011	-0,0007	18,26
Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	-0,0133	-0,0718	0,0014	-0,0058	0,0004	-0,0049	-0,0044	114,70
ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	0,0015	0,0594	-0,0015	0,0008	-0,0016	0,0009	-0,0007	17,40
Κύρια ασχολία (β.α.: Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση)			0,0031	-0,0007	0,0030	-0,0006	0,0024	-63,14
Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	0,0031	0,0074	0,0001	0,0000	0,0001	0,0000	0,0001	-3,48
Άνεργος/η	0,0253	-0,0058	-0,0002	0,0009	-0,0001	0,0008	0,0007	-18,20
Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	0,0101	-0,0180	-0,0003	0,0006	-0,0001	0,0004	0,0003	-7,18
Συνταξιούχος	-0,0007	-0,0038	-0,0003	0,0002	-0,0003	0,0002	-0,0001	1,42
Ανάπηρος/η	0,0645	0,0053	0,0036	-0,0012	0,0032	-0,0008	0,0024	-62,56
Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	0,0089	0,0055	0,0002	-0,0012	0,0002	-0,0012	-0,0010	26,86
Χαμηλή ένταση εργασίας (β.α.: όχι)	-0,0059	0,0004	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,69
Εισοδηματικό πεμπτημόριο (β.α.: Φτωχότερο)			0,0000	0,0015	0,0002	0,0013	0,0015	-39,16
2	0,0020	0,0011	0,0000	-0,0003	0,0000	-0,0003	-0,0003	7,23

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

3	0,0054	-0,0399	0,0000	-0,0002	0,0002	-0,0004	-0,0002	4,73
4	0,0062	-0,0143	0,0001	0,0005	0,0002	0,0005	0,0007	-17,56
<i>Πλουσιότερο</i>	0,0050	0,0135	-0,0002	0,0015	-0,0002	0,0015	0,0013	-33,56
Σοβαρή υλική στέρηση (β.α.: όχι)	-0,0019	0,0350	0,0012	0,0003	0,0013	0,0002	0,0015	-37,75
Σοβαρά προβλήματα στέγασης (β.α.: όχι)	0,0090	-0,0207	-0,0003	-0,0002	-0,0001	-0,0004	-0,0005	12,95
Συνολική επίπτωση ατομικών κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών			0,0039	-0,0048	0,0036	-0,0045	-0,0009	23,95
Περιφέρεια κατοικίας (β.α.: Αττική)			0,0003	-0,0014	0,0001	-0,0012	-0,0011	28,64
<i>Κεντρική Ελλάδα</i>	0,0047	0,0129	0,0001	-0,0004	0,0000	-0,0003	-0,0003	8,11
<i>Βόρεια Ελλάδα</i>	0,0089	0,0171	0,0001	-0,0010	-0,0001	-0,0009	-0,0010	25,13
<i>Νησιά Αιγαίου, Κρήτη</i>	-0,0003	0,0154	0,0002	0,0000	0,0002	0,0000	0,0002	-4,60
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού (β.α.: Πυκνοκατοικημένη περιοχή)			-0,0006	0,0034	0,0002	0,0026	0,0029	-74,43
<i>Μέσης πυκνότητας περιοχή</i>	0,0186	-0,0228	-0,0003	0,0013	0,0002	0,0009	0,0011	-28,12
<i>Αραιοκατοικημένη περιοχή</i>	-0,0062	0,0602	-0,0003	0,0021	0,0001	0,0017	0,0018	-46,31
Συνολική επίπτωση περιοχής κατοικίας			-0,0003	0,0020	0,0003	0,0014	0,0018	-45,79
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-0,0082	-0,0238	-0,0002	-0,0008	-0,0004	-0,0006	-0,0010	26,57
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-0,0150	0,0090	0,0000	-0,0016	0,0001	-0,0017	-0,0016	41,92
Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0118	0,0141	0,0000	0,0005	-0,0001	0,0007	0,0006	-14,33
Συνολική επίπτωση προβλημάτων γειτονιάς κατοικίας			-0,0002	-0,0019	-0,0004	-0,0017	-0,0021	54,16
Residual							-0,0018	47,01
ΔΕ							-0,0039	

Υποσημείωση: Δ: Διαφορά, β_k^m : Ελαστικότητα έκβασης υγείας ως προς τον παράγοντα k , E_k : Δείκτης συγκέντρωσης παράγοντα k , E : Erreygers Concentration index έκβασης υγείας, β.α.: Βάση αναφοράς.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 8-36 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εκπαιδευτικών ανισοτήτων (Ε) στην πολύ κακή ή κακή υγεία, 2008-2012

.2008-2012								
	$\Delta\beta_k^m$	ΔE_k	Συμβολή Δανις/τας $\beta_{k2012}^m * \Delta E_k$	Συμβολή Δελαστ/τας $E_{k2008} * \Delta\beta_k^m$	Συμβολή Δανις/τας $\beta_{k2008}^m * \Delta E_k$	Συμβολή Δελαστ/τας $E_{k2012} * \Delta\beta_k^m$	Συνολική απόλυτη συμβολή	% συμβολή
Ηλικία (β.α.: 25-44 ετών)			-0,0002	0,0106	0,0002	0,0102	0,0104	-77,81
16-24 ετών	-0,0008	-0,0300	0,0004	0,0000	0,0004	0,0000	0,0004	-2,86
45-64 ετών	-0,0176	0,0776	0,0020	0,0016	0,0033	0,0003	0,0036	-26,62
65 ετών και άνω	-0,0274	-0,0359	-0,0025	0,0090	-0,0035	0,0100	0,0065	-48,33
Φύλο (β.α.: Άνδρας)	-0,0022	0,0031	0,0000	0,0001	0,0000	0,0001	0,0001	-0,71
Οικογενειακή κατάσταση (β.α.: Έγγαμος/η)			-0,0004	-0,0038	-0,0006	-0,0036	-0,0042	31,62
Άγαμος/η	-0,0069	-0,0258	-0,0005	-0,0016	-0,0006	-0,0014	-0,0020	15,12
Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η	0,0181	0,0007	0,0000	-0,0022	0,0000	-0,0022	-0,0022	16,50
Υπηκοότητα (β.α.: Ελληνική)			0,0002	0,0001	0,0002	0,0001	0,0003	-1,89
Άλλης Ε.Ε. χώρας	0,0065	-0,0006	0,0000	0,0001	0,0000	0,0001	0,0001	-0,57
Άλλης χώρας	0,0009	-0,0145	0,0002	0,0000	0,0002	0,0000	0,0002	-1,32
Συνολική επίπτωση δημογραφικών μεταβλητών			-0,0004	0,0070	-0,0002	0,0068	0,0066	-48,80
Επίπεδο εκπαίδευσης (β.α.: Δημοτικό ή χαμηλότερα)			0,0030	-0,0089	0,0003	-0,0062	-0,0059	43,84
Γυμνάσιο	-0,0271	-0,0538	0,0015	0,0031	0,0000	0,0046	0,0046	-34,40
Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	-0,0166	-0,1150	0,0041	-0,0061	0,0022	-0,0042	-0,0019	14,40
ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	-0,0095	0,0764	-0,0027	-0,0059	-0,0019	-0,0066	-0,0086	63,84
Κύρια ασχολία (β.α.: Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση)			0,0001	-0,0022	0,0003	-0,0024	-0,0021	15,81
Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	-0,0113	0,0111	0,0001	-0,0001	0,0002	-0,0002	-0,0001	0,39
Άνεργος/η	-0,0210	0,0335	0,0006	-0,0006	0,0013	-0,0013	-0,0001	0,53
Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	-0,0235	-0,0257	0,0001	-0,0010	-0,0005	-0,0004	-0,0008	6,08
Συνταξιούχος	0,0024	-0,0118	-0,0008	-0,0006	-0,0008	-0,0007	-0,0015	10,77
Ανάπηρος/η	-0,0796	-0,0004	-0,0002	0,0010	-0,0002	0,0011	0,0008	-6,00
Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	0,0070	0,0088	0,0004	-0,0009	0,0003	-0,0009	-0,0005	4,04
Χαμηλή ένταση εργασίας (β.α.: όχι)	0,0167	0,0177	0,0003	0,0001	0,0000	0,0004	0,0003	-2,60
Εισοδηματικό πεμπτημόριο (β.α.: Φτωχότερο)			0,0027	-0,0002	0,0015	0,0009	0,0025	-18,39
2	-0,0044	0,0344	-0,0001	0,0006	0,0001	0,0005	0,0005	-3,94

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

3	0,0071	0,1210	0,0008	-0,0005	0,0000	0,0003	0,0003	-2,22
4	0,0024	0,0680	-0,0004	0,0002	-0,0006	0,0003	-0,0003	2,01
<i>Πλουσιότερο</i>	-0,0014	-0,1740	0,0024	-0,0004	0,0021	-0,0002	0,0019	-14,24
Σοβαρή υλική στέρηση (β.α.: όχι)	-0,0107	-0,0142	-0,0003	0,0011	-0,0005	0,0013	0,0008	-6,07
Σοβαρά προβλήματα στέγασης (β.α.: όχι)	0,0274	0,0127	0,0005	-0,0012	0,0002	-0,0009	-0,0007	5,24
Συνολική επίπτωση ατομικών κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών			0,0059	-0,0114	0,0018	-0,0073	-0,0051	37,83
Περιφέρεια κατοικίας (β.α.: Αττική)			0,0001	0,0017	-0,0004	0,0022	0,0018	-13,59
<i>Κεντρική Ελλάδα</i>	-0,0086	-0,0332	0,0001	0,0006	-0,0002	0,0009	0,0007	-5,08
<i>Βόρεια Ελλάδα</i>	-0,0086	-0,0147	0,0001	0,0008	0,0000	0,0010	0,0009	-6,85
<i>Νησιά Αιγαίου, Κρήτη</i>	-0,0079	-0,0153	0,0000	0,0003	-0,0002	0,0004	0,0002	-1,66
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού (β.α.: Πυκνοκατοικημένη περιοχή)			0,0001	-0,0021	0,0001	-0,0021	-0,0021	15,34
<i>Μέσης πυκνότητας περιοχή</i>	0,0051	0,0050	0,0001	0,0003	0,0001	0,0003	0,0003	-2,52
<i>Αραιοκατοικημένη περιοχή</i>	0,0086	-0,0063	0,0000	-0,0024	0,0000	-0,0024	-0,0024	17,86
Συνολική επίπτωση περιοχής κατοικίας			0,0002	-0,0004	-0,0003	0,0001	-0,0002	1,75
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0083	-0,0097	-0,0002	0,0006	-0,0001	0,0005	0,0005	-3,36
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-0,0001	-0,0279	0,0001	0,0000	0,0001	0,0000	0,0001	-0,54
Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0046	0,0138	0,0001	0,0003	0,0000	0,0003	0,0004	-2,74
Συνολική επίπτωση προβλημάτων γειτονιάς κατοικίας			0,0000	0,0009	0,0000	0,0009	0,0009	-6,64
Residual							-0,0155	115,90
ΔΕ							-0,0134	

Υποσημείωση: Δ: Διαφορά, β_k^m : Ελαστικότητα έκβασης υγείας ως προς τον παράγοντα k , E_k : Δείκτης συγκέντρωσης παράγοντα k , E : Erreygers Concentration index έκβασης υγείας, β.α.: Βάση αναφοράς.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 8-37 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εκπαιδευτικών ανισοτήτων (Ε) στην πολύ κακή ή κακή υγεία, 2012-2015

2012-2015								
	$\Delta\beta_k^m$	ΔE_k	Συμβολή Δανις/τας $\beta_{k2015}^m * \Delta E_k$	Συμβολή Δελαστ/τας $E_{k2012} * \Delta\beta_k^m$	Συμβολή Δανις/τας $\beta_{k2012}^m * \Delta E_k$	Συμβολή Δελαστ/τας $E_{k2015} * \Delta\beta_k^m$	Συνολική απόλυτη συμβολή	% συμβολή
Ηλικία (β.α.: 25-44 ετών)			-0,0034	-0,0165	-0,0016	-0,0183	-0,0199	63,25
16-24 ετών	-0,0040	-0,0087	0,0002	-0,0001	0,0001	-0,0001	0,0000	-0,15
45-64 ετών	0,0022	0,0462	0,0013	0,0000	0,0012	0,0001	0,0012	-3,91
65 ετών και άνω	0,0449	-0,0417	-0,0048	-0,0164	-0,0029	-0,0183	-0,0212	67,31
Φύλο (β.α.: Άνδρας)	-0,0020	-0,0126	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0002	-0,57
Οικογενειακή κατάσταση (β.α.: Έγγαμος/η)			-0,0015	-0,0045	-0,0011	-0,0050	-0,0061	19,27
Άγαμος/η	-0,0184	0,0116	0,0000	-0,0037	0,0002	-0,0040	-0,0037	11,89
Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η	0,0064	-0,0376	-0,0015	-0,0008	-0,0013	-0,0010	-0,0023	7,38
Υπηκοότητα (β.α.: Ελληνική)			-0,0001	0,0001	0,0000	0,0000	0,0000	0,02
Άλλης Ε.Ε. χώρας	0,0074	-0,0082	-0,0001	0,0001	0,0000	0,0000	0,0000	-0,07
Άλλης χώρας	-0,0008	0,0026	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,09
Συνολική επίπτωση δημογραφικών μεταβλητών			-0,0049	-0,0209	-0,0027	-0,0231	-0,0258	81,96
Επίπεδο εκπαίδευσης (β.α.: Δημοτικό ή χαμηλότερα)			-0,0006	-0,0129	-0,0004	-0,0132	-0,0136	43,09
Γυμνάσιο	-0,0008	0,0151	-0,0004	0,0001	-0,0004	0,0001	-0,0003	0,94
Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	-0,0025	-0,0187	0,0007	-0,0006	0,0007	-0,0006	0,0001	-0,29
ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	-0,0178	0,0177	-0,0009	-0,0124	-0,0006	-0,0127	-0,0134	42,43
Κύρια ασχολία (β.α.: Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση)			-0,0059	0,0018	-0,0053	0,0012	-0,0041	13,09
Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	-0,0044	0,0029	0,0000	-0,0001	0,0000	-0,0001	-0,0001	0,29
Άνεργος/η	-0,0056	0,0181	0,0002	-0,0004	0,0003	-0,0005	-0,0002	0,49
Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	0,0266	-0,0017	0,0000	0,0004	0,0000	0,0004	0,0004	-1,19
Συνταξιούχος	-0,0081	0,0048	0,0003	0,0023	0,0003	0,0022	0,0026	-8,14
Ανάπηρος/η	0,0671	-0,0083	-0,0055	-0,0009	-0,0049	-0,0014	-0,0064	20,16
Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	-0,0039	-0,0239	-0,0009	0,0005	-0,0010	0,0006	-0,0005	1,49
Χαμηλή ένταση εργασίας (β.α.: όχι)	-0,0172	0,0000	0,0000	-0,0004	0,0000	-0,0004	-0,0004	1,22
Εισοδηματικό πεμπτημόριο (β.α.: Φτωχότερο)			-0,0001	-0,0018	0,0011	-0,0030	-0,0019	6,03
2	-0,0038	0,0710	-0,0004	0,0004	-0,0002	0,0001	0,0000	0,12

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

3	-0,0171	0,0598	-0,0006	-0,0008	0,0004	-0,0018	-0,0014	4,48
4	-0,0119	-0,0195	0,0004	-0,0017	0,0001	-0,0015	-0,0013	4,24
<i>Πλουσιότερο</i>	0,0026	-0,0504	0,0005	0,0003	0,0007	0,0002	0,0009	-2,81
Σοβαρή υλική στέρηση (β.α.: όχι)	0,0047	-0,0082	-0,0002	-0,0006	-0,0002	-0,0006	-0,0008	2,53
Σοβαρά προβλήματα στέγασης (β.α.: όχι)	-0,0190	-0,0012	0,0000	0,0006	0,0000	0,0006	0,0006	-1,85
Συνολική επίπτωση ατομικών κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών			-0,0070	-0,0128	-0,0048	-0,0149	-0,0202	64,12
Περιφέρεια κατοικίας (β.α.: Αττική)			0,0004	-0,0017	0,0002	-0,0015	-0,0013	4,13
<i>Κεντρική Ελλάδα</i>	0,0054	0,0364	0,0001	-0,0006	-0,0001	-0,0004	-0,0004	1,42
<i>Βόρεια Ελλάδα</i>	0,0030	-0,0416	0,0001	-0,0003	0,0002	-0,0005	-0,0002	0,74
<i>Νησιά Αιγαίου, Κρήτη</i>	0,0176	0,0115	0,0002	-0,0008	0,0000	-0,0006	-0,0006	1,96
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού (β.α.: Πυκνοκατοικημένη περιοχή)			0,0000	0,0007	0,0000	0,0007	0,0008	-2,43
<i>Μέσης πυκνότητας περιοχή</i>	-0,0272	0,0089	-0,0001	-0,0015	0,0001	-0,0017	-0,0016	5,03
<i>Αραιοκατοικημένη περιοχή</i>	-0,0078	-0,0338	0,0001	0,0022	-0,0001	0,0025	0,0024	-7,46
Συνολική επίπτωση περιοχής κατοικίας			0,0005	-0,0010	0,0002	-0,0007	-0,0005	1,69
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-0,0098	0,0161	0,0001	-0,0006	0,0003	-0,0008	-0,0005	1,61
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0192	0,0006	0,0000	0,0017	0,0000	0,0017	0,0017	-5,34
Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0081	-0,0304	-0,0005	0,0006	-0,0002	0,0003	0,0001	-0,31
Συνολική επίπτωση προβλημάτων γειτονιάς κατοικίας			-0,0003	0,0016	0,0000	0,0012	0,0013	-4,03
Residual							0,0138	-43,75
ΔΕ							-0,0315	

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Οι εκπαιδευτικές ανισότητες στα χρόνια προβλήματα υγείας επιδεινώνονται μεταξύ 2005 και 2008 (**Πίνακας 8-38**) και κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης (**Πίνακας 8-39**), ενώ αμβλύνονται στη δεύτερη περίοδο της κρίσης (**Πίνακας 8-40**). Οι δημογραφικές μεταβλητές συνολικά ενισχύουν τις ανισότητες υγείας πριν την κρίση (18,9%) αλλά και κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης (71,8%), ενώ τις μειώνουν κατά τη δεύτερη περίοδο της κρίσης (112,9%). Η επίπτωση των δημογραφικών μεταβλητών ακολουθεί τις μεταβολές στη συνεισφορά της ηλικίας. Έτσι, η διαφορά στην ελαστικότητα, κυρίως της ομάδας των ηλικιωμένων, οδηγεί την ηλικία στο να επιτείνει τις ανισότητες κατά τις δύο πρώτες περιόδους (11,6% και 77,7%, αντίστοιχα) και να τις περιορίζει μεταξύ 2012 και 2015 (128,5%). Έπειτα, το φύλο και η υπηκοότητα δεν είναι σημαντικοί παράγοντες των μεταβολών των ανισοτήτων υγείας, ενώ η οικογενειακή κατάσταση τις αυξάνει σε κάποιο βαθμό κατά τη δεύτερη περίοδο της κρίσης (-15,3%), κυρίως λόγω της διαφοράς στην ανισότητα στους χήρους ή διαζευγμένους.

Η συνολική επίπτωση των κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών είναι αυξητική των ανισοτήτων υγείας και στις τρεις περιόδους, αν και σε μικρότερο βαθμό κατά τη διάρκεια της κρίσης (106%, 49% και -41%, αντίστοιχα). Η εκπαίδευση ενισχύει σημαντικά τις ανισότητες υγείας κατά τις δύο πρώτες περιόδους (95,7% και 113,2%, αντίστοιχα), ενώ τις μετριάζει επίσης σημαντικά μεταξύ 2012 και 2015 (66,8%). Και στις τρεις περιπτώσεις τη σημαντικότερη συμβολή την έχει η διαφορά ελαστικότητας στην ανώτερη εκπαιδευτική βαθμίδα.

Η κύρια ασχολία ενισχύει τις ανισότητες πριν την έναρξη της κρίσης (15,6%), ενώ τις μειώνει κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης (-27,7%). Αυτές οι επιπτώσεις της κύριας ασχολίας διαμορφώνονται κυρίως από τη διαφορά στην ελαστικότητα στους συνταξιούχους και τις νοικοκυρές. Κατά την τελευταία περίοδο, η συμβολή της κύριας ασχολίας είναι πάλι σημαντικά αυξητική (-96,2%), το οποίο οφείλεται στη διαφορά ελαστικότητας στους συνταξιούχους και τις νοικοκυρές αλλά και τη διαφορά στην ανισότητα για τους αναπήρους.

Το εισόδημα δεν αποτελεί σημαντικό παράγοντα των μεταβολών στις ανισότητες μεταξύ 2005 και 2008 (-1.2%), αλλά τις αμβλύνει σημαντικά κατά

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

την περίοδο της βαθιάς ύφεσης (-34,3%) και τις επιτείνει σε κάποιο βαθμό στην δεύτερη περίοδο της κρίσης (-14,8%). Οι μεταβολές αυτές οφείλονται κυρίως στη διαφορά ελαστικότητας στα δύο πλουσιότερα εισοδηματικά στρώματα και τη μεσαία εισοδηματική κατηγορία, αντίστοιχα. Τέλος, η χαμηλή ένταση εργασίας, η σοβαρή υλική στέρηση και τα σοβαρά προβλήματα στέγασης δεν επηρεάζουν σημαντικά τις μεταβολές στις ανισότητες υγείας, ιδίως κατά την περίοδο της βαθιάς ύφεσης.

Η περιοχή κατοικίας αμβλύνει αρκετά τις ανισότητες πριν την έναρξη της κρίσης (-33,4%) αλλά και κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης (-38,5%), ενώ τις επιτείνει μεταξύ 2012 και 2015 (-64,3%). Κατά την πρώτη και την τρίτη περίοδο, αμφότεροι οι παράγοντες της γεωγραφικής περιφέρειας κατοικίας και η πληθυσμιακή πυκνότητα συμβάλουν προς την ίδια κατεύθυνση στις μεταβολές στις ανισότητες, ενώ, κατά την πρώτη περίοδο της κρίσης, η συρρικνωτική συμβολή της γεωγραφικής περιφέρειας ξεπερνάει σε βαρύτητα την αντίρροπη συνεισφορά της πληθυσμιακής πυκνότητας.

Τα προβλήματα της γειτονιάς συνολικά δεν επηρεάζουν σημαντικά τις μεταβολές στις ανισότητες υγείας πριν την έναρξη της κρίσης (3,8%), καθώς η αυξητική συμβολή των προβλημάτων θορύβου αντισταθμίζεται από την αντίθετη συνεισφορά των προβλημάτων εγκληματικότητας. Κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης, τα προβλήματα της γειτονιάς ενισχύουν τις ανισότητες (14,6%), ενώ τις αμβλύνουν σημαντικά στη δεύτερη περίοδο της κρίσης (38,8%). Και στις δύο περιπτώσεις, οι εκτιμήσεις διαμορφώνονται εξ ολοκλήρου από τη συμβολή των προβλημάτων μόλυνσης. Τέλος, ένα σημαντικό μέρος των μεταβολών των εκπαιδευτικών ανισοτήτων υγείας στα χρόνια προβλήματα παραμένει ανεξήγητο για την τρίτη περίοδο της ανάλυσης.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 8-38 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εκπαιδευτικών ανισοτήτων (Ε) στα χρόνια προβλήματα υγείας, 2005-2008

2005-2008								
	$\Delta\beta_k^m$	ΔE_k	Συμβολή Δανις/τας $\beta_{k2008}^m * \Delta E_k$	Συμβολή Δελαστ/τας $E_{k2005} * \Delta\beta_k^m$	Συμβολή Δανις/τας $\beta_{k2005}^m * \Delta E_k$	Συμβολή Δελαστ/τας $E_{k2008} * \Delta\beta_k^m$	Συνολική απόλυτη συμβολή	% συμβολή
Ηλικία (β.α.: 25-44 ετών)			0,0045	-0,0075	0,0034	-0,0064	-0,0030	11,58
16-24 ετών	-0,0247	-0,0186	0,0011	-0,0019	0,0006	-0,0014	-0,0008	3,08
45-64 ετών	0,0180	0,0365	0,0046	-0,0023	0,0040	-0,0017	0,0023	-8,88
65 ετών και άνω	0,0101	-0,0048	-0,0013	-0,0033	-0,0012	-0,0033	-0,0045	17,39
Φύλο (β.α.: Άνδρας)	-0,0113	-0,0030	0,0000	0,0005	0,0000	0,0006	0,0006	-2,20
Οικογενειακή κατάσταση (β.α.: Έγγαμος/η)			-0,0006	-0,0009	-0,0003	-0,0012	-0,0014	5,45
Άγαμος/η	0,0082	-0,0101	0,0000	0,0020	0,0001	0,0019	0,0020	-7,64
Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η	0,0244	-0,0084	-0,0006	-0,0028	-0,0004	-0,0030	-0,0034	13,08
Υπηκοότητα (β.α.: Ελληνική)			0,0004	-0,0015	0,0001	-0,0011	-0,0011	4,08
Άλλης Ε.Ε. χώρας	-0,0678	-0,0009	0,0000	-0,0009	0,0000	-0,0008	-0,0008	3,16
Άλλης χώρας	-0,0432	-0,0074	0,0004	-0,0006	0,0001	-0,0003	-0,0002	0,92
Συνολική επίπτωση δημογραφικών μεταβλητών			0,0044	-0,0093	0,0032	-0,0081	-0,0049	18,91
Επίπεδο εκπαίδευσης (β.α.: Δημοτικό ή χαμηλότερα)			0,0009	-0,0259	-0,0001	-0,0248	-0,0249	95,72
Γυμνάσιο	-0,0145	-0,0376	0,0014	0,0011	0,0008	0,0017	0,0025	-9,53
Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	-0,0282	-0,0718	0,0046	-0,0123	0,0026	-0,0103	-0,0077	29,66
ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	-0,0260	0,0594	-0,0050	-0,0147	-0,0035	-0,0162	-0,0197	75,59
Κύρια ασχολία (β.α.: Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση)			0,0041	-0,0082	0,0042	-0,0083	-0,0041	15,55
Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	0,0183	0,0074	0,0004	0,0001	0,0003	0,0002	0,0005	-1,91
Άνεργος/η	0,0401	-0,0058	-0,0004	0,0015	-0,0001	0,0012	0,0011	-4,24
Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	0,0374	-0,0180	-0,0005	0,0022	0,0002	0,0015	0,0018	-6,74
Συνταξιούχος	0,0201	-0,0038	-0,0006	-0,0053	-0,0005	-0,0054	-0,0059	22,56
Ανάπηρος/η	0,0993	0,0053	0,0046	-0,0018	0,0040	-0,0013	0,0028	-10,62
Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	0,0345	0,0055	0,0005	-0,0048	0,0003	-0,0046	-0,0043	16,50
Χαμηλή ένταση εργασίας (β.α.: όχι)	-0,0098	0,0004	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,15
Εισοδηματικό πεμπτημόριο (β.α.: Φτωχότερο)			-0,0004	0,0007	0,0005	-0,0002	0,0003	-1,16
2	0,0082	0,0011	0,0000	-0,0011	0,0000	-0,0011	-0,0011	4,29

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

3	0,0049	-0,0143	0,0003	0,0004	0,0003	0,0004	0,0007	-2,65
4	0,0227	-0,0399	-0,0004	-0,0008	0,0005	-0,0017	-0,0012	4,53
<i>Πλουσιότερο</i>	0,0075	0,0135	-0,0003	0,0022	-0,0004	0,0023	0,0019	-7,33
Σοβαρή υλική στέρηση (β.α.: όχι)	0,0088	0,0350	0,0029	-0,0013	0,0026	-0,0009	0,0017	-6,48
Σοβαρά προβλήματα στέγασης (β.α.: όχι)	-0,0001	-0,0207	-0,0006	0,0000	-0,0006	0,0000	-0,0006	2,26
Συνολική επίπτωση ατομικών κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών			0,0070	-0,0346	0,0067	-0,0342	-0,0276	106,03
Περιφέρεια κατοικίας (β.α.: Αττική)			-0,0004	0,0015	-0,0002	0,0013	0,0012	-4,45
<i>Κεντρική Ελλάδα</i>	-0,0096	0,0129	0,0000	0,0008	0,0001	0,0007	0,0008	-3,14
<i>Βόρεια Ελλάδα</i>	-0,0086	0,0171	-0,0007	0,0010	-0,0005	0,0008	0,0003	-1,15
<i>Νησιά Αιγαίου, Κρήτη</i>	0,0052	0,0154	0,0003	-0,0003	0,0002	-0,0002	0,0000	-0,16
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού (β.α.: Πυκνοκατοικημένη περιοχή)			-0,0011	0,0086	0,0008	0,0067	0,0075	-28,92
<i>Μέσης πυκνότητας περιοχή</i>	0,0333	-0,0228	-0,0003	0,0024	0,0005	0,0017	0,0021	-8,16
<i>Αραιοκατοικημένη περιοχή</i>	-0,0183	0,0602	-0,0008	0,0062	0,0003	0,0051	0,0054	-20,76
Συνολική επίπτωση περιοχής κατοικίας			-0,0014	0,0101	0,0006	0,0081	0,0087	-33,37
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-0,0381	-0,0238	-0,0002	-0,0038	-0,0012	-0,0028	-0,0040	15,33
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-0,0006	0,0090	0,0004	-0,0001	0,0004	-0,0001	0,0003	-1,21
Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0507	0,0141	0,0005	0,0022	-0,0002	0,0029	0,0027	-10,28
Συνολική επίπτωση προβλημάτων γειτονιάς κατοικίας			0,0006	-0,0016	-0,0010	0,0000	-0,0010	3,84
Residual							-0,0012	4,60
ΔΕ							-0,0260	

Υποσημείωση: Δ: Διαφορά, β_k^m : Ελαστικότητα έκβασης υγείας ως προς τον παράγοντα k , Εκ: Δείκτης συγκέντρωσης παράγοντα k , E: Erreygers Concentration index έκβασης υγείας, β.α.: Βάση αναφοράς.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 8-39 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εκπαιδευτικών ανισοτήτων (Ε) στα χρόνια προβλήματα υγείας, 2008-2012

2008-2012								
	$\Delta\beta_k^m$	ΔE_k	Συμβολή Δανις/τας $\beta_{k2012}^m * \Delta E_k$	Συμβολή Δελαστ/τας $E_{k2008} * \Delta\beta_k^m$	Συμβολή Δανις/τας $\beta_{k2008}^m * \Delta E_k$	Συμβολή Δελαστ/τας $E_{k2012} * \Delta\beta_k^m$	Συνολική απόλυτη συμβολή	% συμβολή
Ηλικία (β.α.: 25-44 ετών)			-0,0007	-0,0244	0,0022	-0,0272	-0,0250	77,71
16-24 ετών	0,0057	-0,0300	0,0016	0,0003	0,0018	0,0002	0,0019	-5,95
45-64 ετών	0,0002	0,0776	0,0099	0,0000	0,0098	0,0000	0,0098	-30,54
65 ετών και άνω	0,0751	-0,0359	-0,0121	-0,0247	-0,0094	-0,0274	-0,0368	114,20
Φύλο (β.α.: Άνδρας)	0,0110	0,0031	0,0000	-0,0006	0,0000	-0,0005	-0,0006	1,73
Οικογενειακή κατάσταση (β.α.: Έγγαμος/η)			-0,0001	0,0017	0,0001	0,0015	0,0016	-4,87
Άγαμος/η	0,0082	-0,0258	-0,0001	0,0019	0,0001	0,0017	0,0017	-5,37
Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η	0,0017	0,0007	0,0000	-0,0002	0,0000	-0,0002	-0,0002	0,51
Υπηκοότητα (β.α.: Ελληνική)			0,0012	-0,0003	0,0008	0,0001	0,0009	-2,79
Άλλης Ε.Ε. χώρας	-0,0100	-0,0006	0,0000	-0,0001	0,0000	-0,0001	-0,0001	0,26
Άλλης χώρας	-0,0304	-0,0145	0,0012	-0,0002	0,0008	0,0002	0,0010	-3,05
Συνολική επίπτωση δημογραφικών μεταβλητών			0,0005	-0,0236	0,0031	-0,0262	-0,0231	71,78
Επίπεδο εκπαίδευσης (β.α.: Δημοτικό ή χαμηλότερα)			0,0059	-0,0424	0,0028	-0,0393	-0,0364	113,17
Γυμνάσιο	-0,0446	-0,0538	0,0043	0,0052	0,0019	0,0076	0,0095	-29,50
Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	-0,0411	-0,1150	0,0121	-0,0150	0,0074	-0,0103	-0,0029	9,07
ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	-0,0524	0,0764	-0,0105	-0,0326	-0,0065	-0,0366	-0,0430	133,60
Κύρια ασχολία (β.α.: Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση)			0,0004	0,0085	0,0007	0,0082	0,0089	-27,69
Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	-0,0518	0,0111	0,0001	-0,0005	0,0007	-0,0011	-0,0004	1,33
Άνεργος/η	-0,0354	0,0335	0,0009	-0,0011	0,0021	-0,0023	-0,0002	0,64
Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	-0,0517	-0,0257	0,0007	-0,0021	-0,0007	-0,0008	-0,0015	4,49
Συνταξιούχος	-0,0280	-0,0118	-0,0015	0,0075	-0,0018	0,0078	0,0060	-18,74
Ανάπηρος/η	-0,1030	-0,0004	-0,0003	0,0013	-0,0003	0,0014	0,0011	-3,25
Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	-0,0253	0,0088	0,0006	0,0034	0,0008	0,0031	0,0039	-12,16
Χαμηλή ένταση εργασίας (β.α.: όχι)	0,0427	0,0177	0,0009	0,0002	0,0002	0,0010	0,0012	-3,56
Εισοδηματικό πεμπτημόριο (β.α.: Φτωχότερο)			0,0033	0,0078	0,0040	0,0070	0,0110	-34,29
2	-0,0110	0,0344	0,0002	0,0015	0,0006	0,0011	0,0017	-5,34

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

3	0,0253	0,0680	0,0005	0,0019	-0,0012	0,0036	0,0024	-7,40
4	0,0053	0,1210	0,0018	-0,0004	0,0012	0,0002	0,0014	-4,33
<i>Πλουσιότερο</i>	0,0156	-0,1740	0,0008	0,0048	0,0035	0,0020	0,0056	-17,22
Σοβαρή υλική στέρηση (β.α.: όχι)	-0,0121	-0,0142	-0,0010	0,0013	-0,0012	0,0015	0,0003	-0,84
Σοβαρά προβλήματα στέγασης (β.α.: όχι)	0,0339	0,0127	0,0008	-0,0015	0,0004	-0,0011	-0,0007	2,23
Συνολική επίπτωση ατομικών κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών			0,0094	-0,0264	0,0067	-0,0237	-0,0158	49,03
Περιφέρεια κατοικίας (β.α.: Αττική)			0,0046	0,0119	0,0002	0,0162	0,0164	-50,93
<i>Κεντρική Ελλάδα</i>	-0,0682	-0,0332	0,0022	0,0048	-0,0001	0,0071	0,0070	-21,69
<i>Βόρεια Ελλάδα</i>	-0,0398	-0,0147	0,0012	0,0039	0,0006	0,0045	0,0051	-15,70
<i>Νησιά Αιγαίου, Κρήτη</i>	-0,0967	-0,0153	0,0012	0,0032	-0,0003	0,0047	0,0044	-13,54
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού (β.α.: Πυκνοκατοικημένη περιοχή)			0,0002	-0,0042	0,0001	-0,0042	-0,0040	12,45
<i>Μέσης πυκνότητας περιοχή</i>	0,0429	0,0050	0,0003	0,0021	0,0001	0,0024	0,0024	-7,49
<i>Αραιοκατοικημένη περιοχή</i>	0,0229	-0,0063	-0,0001	-0,0064	0,0001	-0,0065	-0,0064	19,94
Συνολική επίπτωση περιοχής κατοικίας			0,0048	0,0076	0,0004	0,0120	0,0124	-38,48
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0319	-0,0097	-0,0004	0,0024	-0,0001	0,0021	0,0020	-6,13
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-0,0640	-0,0279	0,0006	-0,0073	-0,0012	-0,0056	-0,0068	20,94
Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-0,0059	0,0138	0,0004	-0,0003	0,0005	-0,0004	0,0001	-0,20
Συνολική επίπτωση προβλημάτων γειτονιάς κατοικίας			0,0006	-0,0053	-0,0008	-0,0039	-0,0047	14,61
Residual							-0,0010	3,06
ΔΕ							-0,0322	

Υποσημείωση: Δ: Διαφορά, β_k^m : Ελαστικότητα έκβασης υγείας ως προς τον παράγοντα k , E_k : Δείκτης συγκέντρωσης παράγοντα k , E : Erreygers Concentration index έκβασης υγείας, β.α.: Βάση αναφοράς.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 8-40 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εκπαιδευτικών ανισοτήτων (Ε) στα χρόνια προβλήματα υγείας, 2012-2015

2012-2015								
	$\Delta\beta_k^m$	ΔE_k	Συμβολή Δανις/τας $\beta_{k2015}^m * \Delta E_k$	Συμβολή Δελαστ/τας $E_{k2012} * \Delta\beta_k^m$	Συμβολή Δανις/τας $\beta_{k2012}^m * \Delta E_k$	Συμβολή Δελαστ/τας $E_{k2015} * \Delta\beta_k^m$	Συνολική απόλυτη συμβολή	% συμβολή
Ηλικία (β.α.: 25-44 ετών)			-0,0056	0,0285	-0,0077	0,0306	0,0229	128,45
16-24 ετών	-0,0065	-0,0087	0,0005	-0,0002	0,0005	-0,0001	0,0003	1,88
45-64 ετών	-0,0246	0,0462	0,0047	0,0004	0,0059	-0,0008	0,0051	28,46
65 ετών και άνω	-0,0776	-0,0417	-0,0108	0,0283	-0,0140	0,0315	0,0175	98,11
Φύλο (β.α.: Άνδρας)	0,0061	-0,0126	0,0000	-0,0003	0,0000	-0,0004	-0,0003	-1,87
Οικογενειακή κατάσταση (β.α.: Έγγαμος/η)			-0,0028	0,0001	-0,0026	-0,0001	-0,0027	-15,29
Άγαμος/η	0,0042	0,0116	0,0001	0,0008	0,0001	0,0009	0,0010	5,37
Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η	0,0063	-0,0376	-0,0029	-0,0008	-0,0027	-0,0010	-0,0037	-20,65
Υπηκοότητα (β.α.: Ελληνική)			0,0001	0,0002	0,0003	0,0000	0,0003	1,58
Άλλης Ε.Ε. χώρας	0,0273	-0,0082	0,0003	0,0003	0,0005	0,0001	0,0006	3,18
Άλλης χώρας	0,0142	0,0026	-0,0002	-0,0001	-0,0002	-0,0001	-0,0003	-1,60
Συνολική επίπτωση δημογραφικών μεταβλητών			-0,0083	0,0285	-0,0100	0,0301	0,0201	112,88
Επίπεδο εκπαίδευσης (β.α.: Δημοτικό ή χαμηλότερα)			-0,0012	0,0131	-0,0017	0,0136	0,0120	66,80
Γυμνάσιο	0,0119	0,0151	-0,0010	-0,0020	-0,0012	-0,0018	-0,0031	-17,15
Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	0,0029	-0,0187	0,0019	0,0007	0,0020	0,0007	0,0026	14,73
ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	0,0206	0,0177	-0,0021	0,0144	-0,0024	0,0148	0,0124	69,22
Κύρια ασχολία (β.α.: Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση)			-0,0076	-0,0095	-0,0066	-0,0106	-0,0172	-96,23
Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	0,0257	0,0029	0,0001	0,0005	0,0000	0,0006	0,0006	3,63
Άνεργος/η	-0,0046	0,0181	0,0004	-0,0003	0,0005	-0,0004	0,0001	0,53
Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	0,0407	-0,0017	0,0000	0,0006	0,0000	0,0006	0,0006	3,38
Συνταξιούχος	0,0248	0,0048	0,0007	-0,0069	0,0006	-0,0068	-0,0062	-34,86
Ανάπηρος/η	0,0686	-0,0083	-0,0068	-0,0009	-0,0063	-0,0015	-0,0077	-43,27
Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	0,0207	-0,0239	-0,0020	-0,0026	-0,0015	-0,0031	-0,0046	-25,64
Χαμηλή ένταση εργασίας (β.α.: όχι)	-0,0545	0,0000	0,0000	-0,0012	0,0000	-0,0012	-0,0012	-6,86
Εισοδηματικό πεμπτημόριο (β.α.: Φτωχότερο)			0,0019	-0,0045	0,0014	-0,0040	-0,0026	-14,78
2	-0,0061	0,0710	0,0000	0,0006	0,0004	0,0002	0,0006	3,42

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

3	-0,0193	-0,0195	0,0002	-0,0028	-0,0001	-0,0024	-0,0025	-14,10
4	-0,0046	0,0598	0,0006	-0,0002	0,0009	-0,0005	0,0004	2,19
<i>Πλουσιότερο</i>	-0,0168	-0,0504	0,0011	-0,0022	0,0002	-0,0014	-0,0011	-6,28
Σοβαρή υλική στέρηση (β.α.: όχι)	-0,0184	-0,0082	-0,0004	0,0022	-0,0006	0,0024	0,0018	10,06
Σοβαρά προβλήματα στέγασης (β.α.: όχι)	-0,0023	-0,0012	-0,0001	0,0001	-0,0001	0,0001	0,0000	0,01
Συνολική επίπτωση ατομικών κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών			-0,0074	0,0013	-0,0076	0,0015	-0,0073	-40,99
Περιφέρεια κατοικίας (β.α.: Αττική)			0,0013	-0,0124	0,0000	-0,0110	-0,0110	-61,83
<i>Κεντρική Ελλάδα</i>	0,0599	0,0364	-0,0002	-0,0062	-0,0024	-0,0040	-0,0064	-36,00
<i>Βόρεια Ελλάδα</i>	0,0341	-0,0416	0,0019	-0,0038	0,0033	-0,0052	-0,0019	-10,78
<i>Νησιά Αιγαίου, Κρήτη</i>	0,0490	0,0115	-0,0003	-0,0024	-0,0009	-0,0018	-0,0027	-15,05
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού (β.α.: Πυκνοκατοικημένη περιοχή)			0,0000	-0,0004	0,0002	-0,0006	-0,0004	-2,48
<i>Μέσης πυκνότητας περιοχή</i>	-0,0506	0,0089	0,0000	-0,0028	0,0005	-0,0032	-0,0027	-15,26
<i>Αραιοκατοικημένη περιοχή</i>	-0,0083	-0,0338	-0,0001	0,0023	-0,0003	0,0026	0,0023	12,78
Συνολική επίπτωση περιοχής κατοικίας			0,0013	-0,0128	0,0002	-0,0116	-0,0115	-64,31
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-0,0108	0,0161	0,0005	-0,0007	0,0007	-0,0009	-0,0002	-1,11
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0913	0,0006	0,0000	0,0079	0,0000	0,0080	0,0080	44,65
Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0008	-0,0304	-0,0009	0,0001	-0,0009	0,0000	-0,0009	-4,77
Συνολική επίπτωση προβλημάτων γειτονιάς κατοικίας			-0,0004	0,0073	-0,0002	0,0071	0,0069	38,77
Residual							0,0096	53,64
ΔΕ							0,0178	

Υποσημείωση: Δ: Διαφορά, β_k^m : Ελαστικότητα έκβασης υγείας ως προς τον παράγοντα k , E_k : Δείκτης συγκέντρωσης παράγοντα k , E : Erreygers Concentration index έκβασης υγείας, β.α.: Βάση αναφοράς.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Οι εκπαιδευτικές ανισότητες στους σοβαρούς περιορισμούς στις καθημερινές δραστηριότητες λόγω προβλημάτων υγείας επιδεινώνονται και στις τρεις περιόδους της ανάλυσης (**Πίνακας 8-41**, **Πίνακας 8-42** και **Πίνακας 8-43**). Οι δημογραφικές μεταβλητές ενισχύουν τις ανισότητες υγείας και στις τρεις περιόδους της ανάλυσης (41,8%, 33,8% και 32%, αντίστοιχα). Η ηλικία συμβάλει θετικά στην αύξηση των ανισοτήτων υγείας τόσο πριν (59,3%) όσο και κατά τη διάρκεια της κρίσης (9,8% και 29,2%, αντίστοιχα), με τον σημαντικότερο παράγοντα να είναι η διαφορά ελαστικότητας στους ηλικιωμένους. Η οικογενειακή κατάσταση αμβλύνει τις ανισότητες υγείας μεταξύ 2005 και 2008 (-18,6%), λόγω της διαφοράς της ελαστικότητας στους άγαμους, και τις επιδεινώνει κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης (25,5%), ενώ δεν είναι σημαντικός παράγοντας στη δεύτερη περίοδο της κρίσης. Τέλος, το φύλο και η υπηκοότητα δεν αποτελούν σημαντικούς παράγοντες των μεταβολών των ανισοτήτων υγείας.

Η συνολική επίπτωση των κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών συμβάλει θετικά στην επιδείνωση των ανισοτήτων και στις τρεις περιόδους της ανάλυσης (15,7%, 87,5% και 58,1%, αντίστοιχα). Ο σημαντικότερος κοινωνικοοικονομικός παράγοντας είναι η εκπαίδευση, η οποία ενισχύει τις ανισότητες τόσο πριν (23%) όσο και κατά τη διάρκεια της κρίσης, ιδιαίτερα μάλιστα στην περίοδο της βαθιάς ύφεσης (106,8% και 18,3%, αντίστοιχα), το οποίο αποδίδεται κατά κύριο λόγο στη διαφορά ελαστικότητας στην υψηλότερη εκπαιδευτική βαθμίδα. Έπειτα, η κύρια ασχολία δεν επηρεάζει σημαντικά τις ανισότητες μεταξύ 2005 και 2008 (-3,7%), τις αμβλύνει σε μικρό βαθμό κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης (-10,7%) και τις ενισχύει κατά τη δεύτερη περίοδο της κρίσης (32%), λόγω κυρίως της συμβολής των συνταξιούχων και των αναπήρων.

Το εισόδημα επηρεάζει τις ανισότητες υγείας μόνο κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης, οπότε και η συμβολή του πλουσιότερου στρώματος οδηγεί τον παράγοντα του εισοδήματος στο να αμβλύνει τις ανισότητες υγείας (-11,8%). Τέλος, η χαμηλή ένταση εργασίας, η σοβαρή υλική στέρηση και τα σοβαρά προβλήματα στέγασης δεν επηρεάζουν σημαντικά τις μεταβολές στις εκπαιδευτικές ανισότητες υγείας στους λειτουργικούς περιορισμούς.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Η περιοχή κατοικίας επιδεινώνει τις ανισότητες υγείας μεταξύ 2005 και 2008 (8,8%) αλλά και κατά τη δεύτερη περίοδο της κρίσης (10,5%), ενώ τις μειώνει κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης (-30,1%). Έπειτα, τα προβλήματα της γειτονιάς δεν επιδρούν σημαντικά στις ανισότητες υγείας (-0,2%, -4,4% και -1,8%). Τέλος ένα σημαντικό μέρος των μεταβολών στις εκπαιδευτικές ανισότητες στους λειτουργικούς περιορισμούς δεν εξηγείται από τις μεταβλητές που συμπεριελήφθησαν στο υπόδειγμα για την πρώτη περίοδο της ανάλυσης.

,

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 8-41 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εκπαιδευτικών ανισοτήτων (E) στους σοβαρούς περιορισμούς των καθημερινών δραστηριοτήτων, 2005-2008

2005-2008								
	$\Delta\beta_k^m$	ΔE_k	Συμβολή Δανισ/τας $\beta_{k2008}^m * \Delta E_k$	Συμβολή Δελαστ/τας $E_{k2005} * \Delta\beta_k^m$	Συμβολή Δανισ/τας $\beta_{k2005}^m * \Delta E_k$	Συμβολή Δελαστ/τας $E_{k2008} * \Delta\beta_k^m$	Συνολική απόλυτη συμβολή	% συμβολή
Ηλικία (β.α.: 25-44 ετών)			0,0013	-0,0193	0,0007	-0,0188	-0,0181	59,28
16-24 ετών	0,0005	-0,0186	0,0002	0,0000	0,0002	0,0000	0,0002	-0,77
45-64 ετών	0,0231	0,0365	0,0015	-0,0030	0,0007	-0,0021	-0,0015	4,82
65 ετών και άνω	0,0508	-0,0048	-0,0004	-0,0164	-0,0002	-0,0167	-0,0169	55,22
Φύλο (β.α.: Άνδρας)	-0,0003	-0,0030	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	-0,07
Οικογενειακή κατάσταση (β.α.: Έγγαμος/η)			-0,0004	0,0060	0,0000	0,0057	0,0057	-18,55
Άγαμος/η	0,0283	-0,0101	-0,0002	0,0068	0,0001	0,0065	0,0065	-21,36
Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η	0,0064	-0,0084	-0,0001	-0,0007	-0,0001	-0,0008	-0,0009	2,81
Υπηκοότητα (β.α.: Ελληνική)			0,0001	-0,0004	0,0000	-0,0003	-0,0004	1,15
Άλλης Ε.Ε. χώρας	-0,0237	-0,0009	0,0000	-0,0003	0,0000	-0,0003	-0,0003	0,95
Άλλης χώρας	-0,0074	-0,0074	0,0000	-0,0001	0,0000	-0,0001	-0,0001	0,20
Συνολική επίπτωση δημογραφικών μεταβλητών			0,0010	-0,0137	0,0006	-0,0134	-0,0128	41,80
Επίπεδο εκπαίδευσης (β.α.: Δημοτικό ή χαμηλότερα)			-0,0005	-0,0065	-0,0004	-0,0066	-0,0070	22,96
Γυμνάσιο	0,0074	-0,0376	-0,0001	-0,0006	0,0002	-0,0009	-0,0007	2,17
Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	-0,0066	-0,0718	0,0006	-0,0029	0,0002	-0,0024	-0,0023	7,37
ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	-0,0054	0,0594	-0,0011	-0,0030	-0,0008	-0,0033	-0,0041	13,43
Κύρια ασχολία (β.α.: Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση)			0,0032	-0,0021	0,0028	-0,0017	0,0011	-3,73
Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	-0,0056	0,0074	0,0001	0,0000	0,0002	-0,0001	0,0001	-0,33
Άνεργος/η	0,0079	-0,0058	-0,0001	0,0003	-0,0001	0,0002	0,0002	-0,58
Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	0,0055	-0,0180	0,0000	0,0003	0,0001	0,0002	0,0003	-0,92
Συνταξιούχος	-0,0004	-0,0038	-0,0002	0,0001	-0,0002	0,0001	-0,0001	0,36
Ανάπηρος/η	0,1020	0,0053	0,0033	-0,0019	0,0028	-0,0013	0,0015	-4,80
Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	0,0069	0,0055	0,0002	-0,0010	0,0001	-0,0009	-0,0008	2,54
Χαμηλή ένταση εργασίας (β.α.: όχι)	-0,0134	0,0004	0,0000	-0,0001	0,0000	-0,0001	-0,0001	0,21
Εισοδηματικό πεμπτημόριο (β.α.: Φτωχότερο)			-0,0001	0,0005	0,0000	0,0003	0,0003	-1,07

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

2	-0,0038	0,0011	0,0000	0,0005	0,0000	0,0005	0,0005	-1,72
3	0,0016	-0,0399	-0,0001	-0,0001	0,0000	-0,0001	-0,0001	0,38
4	0,0039	-0,0143	0,0001	0,0003	0,0001	0,0003	0,0004	-1,37
<i>Πλουσιότερο</i>	-0,0013	0,0135	-0,0001	-0,0004	-0,0001	-0,0004	-0,0005	1,64
Σοβαρή υλική στέρηση (β.α.: όχι)	0,0042	0,0350	0,0011	-0,0006	0,0010	-0,0005	0,0005	-1,65
Σοβαρά προβλήματα στέγασης (β.α.: όχι)	-0,0100	-0,0207	0,0001	0,0002	-0,0001	0,0004	0,0003	-1,01
Συνολική επίπτωση ατομικών κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών			0,0038	-0,0085	0,0033	-0,0080	-0,0048	15,72
Περιφέρεια κατοικίας (β.α.: Αττική)			0,0000	-0,0010	-0,0002	-0,0008	-0,0010	3,14
<i>Κεντρική Ελλάδα</i>	0,0042	0,0129	0,0000	-0,0003	0,0000	-0,0003	-0,0003	1,00
<i>Βόρεια Ελλάδα</i>	0,0034	0,0171	-0,0001	-0,0004	-0,0001	-0,0003	-0,0004	1,44
<i>Νησιά Αιγαίου, Κρήτη</i>	0,0049	0,0154	0,0000	-0,0002	-0,0001	-0,0002	-0,0002	0,70
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού (β.α.: Πυκνοκατοικημένη περιοχή)			0,0002	-0,0019	-0,0002	-0,0016	-0,0017	5,67
<i>Μέσης πυκνότητας περιοχή</i>	0,0003	-0,0228	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	-0,05
<i>Αραιοκατοικημένη περιοχή</i>	0,0057	0,0602	0,0002	-0,0019	-0,0002	-0,0016	-0,0018	5,72
Συνολική επίπτωση περιοχής κατοικίας			0,0002	-0,0029	-0,0003	-0,0024	-0,0027	8,81
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-0,0132	-0,0238	0,0000	-0,0013	-0,0003	-0,0010	-0,0013	4,37
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0085	0,0090	0,0001	0,0009	0,0000	0,0010	0,0010	-3,32
Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0083	0,0141	0,0000	0,0004	-0,0001	0,0005	0,0004	-1,21
Συνολική επίπτωση προβλημάτων γειτονιάς κατοικίας			0,0001	0,0000	-0,0004	0,0005	0,0000	-0,16
Residual							-0,0103	33,81
ΔΕ							-0,0306	

Υποσημείωση: Δ: Διαφορά, β_k^m : Ελαστικότητα έκβασης υγείας ως προς τον παράγοντα k , E_k : Δείκτης συγκέντρωσης παράγοντα k , E : Erreygers Concentration index έκβασης υγείας, β.α.: Βάση αναφοράς.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 8-42 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εκπαιδευτικών ανισοτήτων (Ε) στους σοβαρούς περιορισμούς των καθημερινών δραστηριοτήτων, 2008-2012

2008-2012								
	$\Delta\beta_k^m$	ΔE_k	Συμβολή Δανισ/τας $\beta_{k2012}^m * \Delta E_k$	Συμβολή Δελαστ/τας $E_{k2008} * \Delta\beta_k^m$	Συμβολή Δανισ/τας $\beta_{k2008}^m * \Delta E_k$	Συμβολή Δελαστ/τας $E_{k2012} * \Delta\beta_k^m$	Συνολική απόλυτη συμβολή	% συμβολή
Ηλικία (β.α.: 25-44 ετών)			-0,0008	-0,0013	0,0003	-0,0024	-0,0021	9,79
16-24 ετών	-0,0107	-0,0300	0,0006	-0,0006	0,0003	-0,0003	0,0000	-0,09
45-64 ετών	-0,0156	0,0776	0,0020	0,0014	0,0032	0,0002	0,0034	-15,66
65 ετών και άνω	0,0065	-0,0359	-0,0034	-0,0021	-0,0032	-0,0024	-0,0056	25,54
Φύλο (β.α.: Άνδρας)	-0,0025	0,0031	0,0000	0,0001	0,0000	0,0001	0,0001	-0,52
Οικογενειακή κατάσταση (β.α.: Έγγαμος/η)			-0,0003	-0,0053	-0,0006	-0,0050	-0,0055	25,45
Άγαμος/η	-0,0119	-0,0258	-0,0003	-0,0027	-0,0006	-0,0024	-0,0030	13,83
Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η	0,0206	0,0007	0,0000	-0,0026	0,0000	-0,0025	-0,0025	11,62
Υπηκοότητα (β.α.: Ελληνική)			0,0007	-0,0005	0,0001	0,0001	0,0002	-0,89
Άλλης Ε.Ε. χώρας	-0,0164	-0,0006	0,0000	-0,0002	0,0000	-0,0002	-0,0002	0,82
Άλλης χώρας	-0,0379	-0,0145	0,0006	-0,0003	0,0001	0,0003	0,0004	-1,71
Συνολική επίπτωση δημογραφικών μεταβλητών			-0,0004	-0,0069	-0,0002	-0,0072	-0,0074	33,83
Επίπεδο εκπαίδευσης (β.α.: Δημοτικό ή χαμηλότερα)			0,0038	-0,0269	-0,0005	-0,0227	-0,0232	106,77
Γυμνάσιο	-0,0395	-0,0538	0,0020	0,0046	-0,0001	0,0067	0,0066	-30,22
Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	-0,0377	-0,1150	0,0054	-0,0137	0,0010	-0,0094	-0,0084	38,53
ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	-0,0287	0,0764	-0,0036	-0,0178	-0,0014	-0,0200	-0,0214	98,46
Κύρια ασχολία (β.α.: Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση)			0,0006	0,0017	0,0001	0,0022	0,0023	-10,71
Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	-0,0212	0,0111	-0,0001	-0,0002	0,0002	-0,0005	-0,0003	1,27
Άνεργος/η	-0,0103	0,0335	0,0003	-0,0003	0,0006	-0,0007	0,0000	0,13
Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	-0,0299	-0,0257	0,0007	-0,0012	-0,0001	-0,0005	-0,0005	2,41
Συνταξιούχος	-0,0112	-0,0118	-0,0005	0,0030	-0,0007	0,0031	0,0025	-11,32
Ανάπηρος/η	-0,1440	-0,0004	-0,0002	0,0019	-0,0002	0,0019	0,0017	-7,73
Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	0,0102	0,0088	0,0004	-0,0014	0,0003	-0,0013	-0,0010	4,54
Χαμηλή ένταση εργασίας (β.α.: όχι)	0,0284	0,0177	0,0003	0,0001	-0,0002	0,0006	0,0004	-1,79
Εισοδηματικό πεμπτημόριο (β.α.: Φτωχότερο)			0,0002	0,0024	0,0015	0,0010	0,0026	-11,78

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

2	0,0023	0,0344	0,0000	-0,0003	-0,0001	-0,0002	-0,0003	1,31
3	-0,0023	0,1210	-0,0001	0,0002	0,0002	-0,0001	0,0001	-0,35
4	0,0025	0,0680	-0,0002	0,0002	-0,0003	0,0004	0,0000	-0,04
<i>Πλουσιότερο</i>	0,0077	-0,1740	0,0004	0,0023	0,0018	0,0010	0,0028	-12,70
Σοβαρή υλική στέρηση (β.α.: όχι)	0,0014	-0,0142	-0,0005	-0,0001	-0,0004	-0,0002	-0,0006	2,82
Σοβαρά προβλήματα στέγασης (β.α.: όχι)	0,0132	0,0127	0,0001	-0,0006	0,0000	-0,0004	-0,0005	2,13
Συνολική επίπτωση ατομικών κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών			0,0042	-0,0235	0,0007	-0,0201	-0,0190	87,45
Περιφέρεια κατοικίας (β.α.: Αττική)			0,0008	0,0030	-0,0001	0,0039	0,0038	-17,35
<i>Κεντρική Ελλάδα</i>	-0,0163	-0,0332	0,0004	0,0012	-0,0001	0,0017	0,0016	-7,28
<i>Βόρεια Ελλάδα</i>	-0,0161	-0,0147	0,0003	0,0016	0,0000	0,0018	0,0019	-8,55
<i>Νησιά Αιγαίου, Κρήτη</i>	-0,0074	-0,0153	0,0001	0,0002	0,0000	0,0004	0,0003	-1,52
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού (β.α.: Πυκνοκατοικημένη περιοχή)			0,0001	0,0027	0,0000	0,0028	0,0028	-12,72
<i>Μέσης πυκνότητας περιοχή</i>	0,0201	0,0050	0,0001	0,0010	0,0000	0,0011	0,0011	-5,07
<i>Αραιοκατοικημένη περιοχή</i>	-0,0059	-0,0063	0,0000	0,0017	0,0000	0,0017	0,0017	-7,66
Συνολική επίπτωση περιοχής κατοικίας			0,0009	0,0056	-0,0001	0,0066	0,0065	-30,07
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0229	-0,0097	-0,0002	0,0017	0,0000	0,0015	0,0015	-6,77
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-0,0133	-0,0279	0,0000	-0,0015	-0,0004	-0,0012	-0,0015	6,92
Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0136	0,0138	0,0002	0,0008	0,0000	0,0010	0,0010	-4,50
Συνολική επίπτωση προβλημάτων γειτονιάς κατοικίας			0,0000	0,0010	-0,0004	0,0013	0,0009	-4,35
Residual							-0,0029	13,14
ΔΕ							-0,0217	

Υποσημείωση: Δ: Διαφορά, β_k^m : Ελαστικότητα έκβασης υγείας ως προς τον παράγοντα k , E_k : Δείκτης συγκέντρωσης παράγοντα k , E : Erreygers Concentration index έκβασης υγείας, β.α.: Βάση αναφοράς.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 8-43 Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των εκπαιδευτικών ανισοτήτων (E) στους σοβαρούς περιορισμούς των καθημερινών δραστηριοτήτων, 2012-2015

2012-2015								
	$\Delta\beta_k^m$	ΔE_k	Συμβολή Δανισ/τας $\beta_{k2015}^m * \Delta E_k$	Συμβολή Δελαστ/τας $E_{k2012} * \Delta\beta_k^m$	Συμβολή Δανισ/τας $\beta_{k2012}^m * \Delta E_k$	Συμβολή Δελαστ/τας $E_{k2015} * \Delta\beta_k^m$	Συνολική απόλυτη συμβολή	% συμβολή
Ηλικία (β.α.: 25-44 ετών)			-0,0032	-0,0105	-0,0026	-0,0111	-0,0138	29,16
16-24 ετών	-0,0011	-0,0087	0,0002	0,0000	0,0002	0,0000	0,0002	-0,35
45-64 ετών	0,0122	0,0462	0,0017	-0,0002	0,0012	0,0004	0,0016	-3,30
65 ετών και άνω	0,0284	-0,0417	-0,0052	-0,0103	-0,0040	-0,0115	-0,0155	32,81
Φύλο (β.α.: Άνδρας)	0,0014	-0,0126	0,0000	-0,0001	0,0001	-0,0001	0,0000	0,06
Οικογενειακή κατάσταση (β.α.: Έγγαμος/η)			-0,0012	-0,0002	-0,0012	-0,0002	-0,0013	2,86
Άγαμος/η	-0,0017	0,0116	0,0001	-0,0003	0,0001	-0,0004	-0,0002	0,48
Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η	-0,0012	-0,0376	-0,0013	0,0001	-0,0013	0,0002	-0,0011	2,38
Υπηκοότητα (β.α.: Ελληνική)			0,0001	-0,0001	0,0001	-0,0001	0,0000	-0,04
Άλλης Ε.Ε. χώρας	0,0097	-0,0082	0,0002	0,0001	0,0002	0,0000	0,0003	-0,56
Άλλης χώρας	0,0266	0,0026	0,0000	-0,0002	-0,0001	-0,0001	-0,0002	0,51
Συνολική επίπτωση δημογραφικών μεταβλητών			-0,0043	-0,0108	-0,0036	-0,0115	-0,0151	32,03
Επίπεδο εκπαίδευσης (β.α.: Δημοτικό ή χαμηλότερα)			-0,0005	-0,0081	-0,0005	-0,0081	-0,0087	18,32
Γυμνάσιο	0,0063	0,0151	-0,0005	-0,0011	-0,0006	-0,0010	-0,0015	3,25
Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	-0,0029	-0,0187	0,0009	-0,0007	0,0009	-0,0007	0,0002	-0,42
ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	-0,0091	0,0177	-0,0010	-0,0063	-0,0008	-0,0065	-0,0073	15,49
Κύρια ασχολία (β.α.: Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση)			-0,0064	-0,0088	-0,0046	-0,0106	-0,0151	31,99
Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	0,0213	0,0029	0,0000	0,0005	0,0000	0,0005	0,0005	-1,06
Άνεργος/η	0,0216	0,0181	0,0005	0,0014	0,0002	0,0018	0,0019	-4,08
Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	0,0338	-0,0017	0,0000	0,0005	0,0000	0,0005	0,0005	-1,08
Συνταξιούχος	0,0256	0,0048	0,0003	-0,0072	0,0002	-0,0070	-0,0068	14,44
Ανάπηρος/η	0,2730	-0,0083	-0,0062	-0,0036	-0,0040	-0,0059	-0,0098	20,80
Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	0,0027	-0,0239	-0,0011	-0,0003	-0,0010	-0,0004	-0,0014	2,96
Χαμηλή ένταση εργασίας (β.α.: όχι)	-0,0243	0,0000	0,0000	-0,0005	0,0000	-0,0005	-0,0005	1,16
Εισοδηματικό πεμπτημόριο (β.α.: Φτωχότερο)			-0,0001	-0,0020	0,0002	-0,0022	-0,0021	4,35

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

2	-0,0030	0,0710	-0,0002	0,0003	0,0001	0,0001	0,0002	-0,33
3	-0,0103	0,0598	-0,0007	-0,0005	0,0000	-0,0011	-0,0011	2,41
4	-0,0035	-0,0195	0,0001	-0,0005	0,0001	-0,0004	-0,0004	0,81
<i>Πλουσιότερο</i>	-0,0101	-0,0504	0,0006	-0,0013	0,0001	-0,0008	-0,0007	1,46
Σοβαρή υλική στέρηση (β.α.: όχι)	0,0021	-0,0082	-0,0003	-0,0003	-0,0003	-0,0003	-0,0005	1,14
Σοβαρά προβλήματα στέγασης (β.α.: όχι)	0,0163	-0,0012	0,0000	-0,0005	0,0000	-0,0005	-0,0006	1,17
Συνολική επίπτωση ατομικών κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών			-0,0073	-0,0196	-0,0052	-0,0217	-0,0275	58,12
Περιφέρεια κατοικίας (β.α.: Αττική)			0,0003	-0,0034	0,0003	-0,0033	-0,0030	6,45
<i>Κεντρική Ελλάδα</i>	0,0127	0,0364	0,0000	-0,0013	-0,0005	-0,0009	-0,0013	2,81
<i>Βόρεια Ελλάδα</i>	0,0130	-0,0416	0,0003	-0,0015	0,0008	-0,0020	-0,0012	2,52
<i>Νησιά Αιγαίου, Κρήτη</i>	0,0125	0,0115	0,0001	-0,0006	-0,0001	-0,0005	-0,0005	1,11
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού (β.α.: Πυκνοκατοικημένη περιοχή)			0,0000	-0,0019	0,0003	-0,0022	-0,0019	4,04
<i>Μέσης πυκνότητας περιοχή</i>	-0,0320	0,0089	-0,0001	-0,0018	0,0002	-0,0020	-0,0019	3,92
<i>Αραιοκατοικημένη περιοχή</i>	0,0005	-0,0338	0,0001	-0,0001	0,0001	-0,0002	-0,0001	0,12
Συνολική επίπτωση περιοχής κατοικίας			0,0003	-0,0053	0,0005	-0,0055	-0,0050	10,49
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-0,0107	0,0161	0,0002	-0,0007	0,0004	-0,0009	-0,0005	1,00
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά (β.α.: όχι)	0,0203	0,0006	0,0000	0,0018	0,0000	0,0018	0,0018	-3,76
Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-0,0001	-0,0304	-0,0004	0,0000	-0,0004	0,0000	-0,0004	0,95
Συνολική επίπτωση προβλημάτων γειτονιάς κατοικίας			-0,0002	0,0011	-0,0001	0,0009	0,0009	-1,82
Residual							-0,0006	1,18
ΔΕ							-0,0473	

Υποσημείωση: Δ: Διαφορά, β_k^m : Ελαστικότητα έκβασης υγείας ως προς τον παράγοντα k , E_k : Δείκτης συγκέντρωσης παράγοντα k , E : Erreygers Concentration index έκβασης υγείας, β.α.: Βάση αναφοράς.

8.4. Συζήτηση και συμπεράσματα

Στο κεφάλαιο αυτό διερευνήθηκαν οι παράγοντες των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας και των μεταβολών τους στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Επιλέχθηκε η εξέταση των κοινωνικοοικονομικών και όχι των συνολικών ανισοτήτων υγείας, καθότι, όπως είδαμε και στο κεφάλαιο με τις θεωρίες της κοινωνικής δικαιοσύνης στην υγεία, φαίνεται να υπάρχει κάποια εγγενής αδικία σε αυτές τις ανισότητες. Επίσης, οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας είναι περισσότερο επιδεκτικές σε παρεμβάσεις μέσω πολιτικών, ενώ οι συνολικές ανισότητες υγείας συμπεριλαμβάνουν στην εκτίμησή τους και τις βιολογικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των ατόμων.

Ειδικότερα, εξετάστηκαν οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες σε σχέση με τις παρακάτω εκβάσεις υγείας: α) την (εκτιμημένη) αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας, β) την παρουσία πολύ κακής ή κακής υγείας, γ) την ύπαρξη χρόνιων προβλημάτων υγείας και δ) την παρουσία σοβαρών περιορισμών στις καθημερινές δραστηριότητες λόγω προβλημάτων υγείας. Επιπλέον, διερευνήθηκαν παράλληλα οι εισοδηματικές και οι εκπαιδευτικές ανισότητες υγείας, καθότι έχει παρατηρηθεί πως τα συμπεράσματα μπορεί να διαφέρουν αναλόγως της κοινωνικοοικονομικής κατάταξης του πληθυσμού, η οποία συνδέεται και με διαφορετικούς αιτιώδεις μηχανισμούς (Oakes και Rossi, 2003· O'Donnell κ.ά., 2008). Το επίπεδο της εκπαίδευσης είναι επίσης πιο σταθερό χαρακτηριστικό, ενώ οι εισοδηματικές ανισότητες υγείας επηρεάζονται από τις οικονομικές ανακατατάξεις κατά τη διάρκεια μιας ύφεσης (Heggebø κ.ά., 2019). Είδαμε, άλλωστε, στο προηγούμενο κεφάλαιο ότι, ενώ οι εισοδηματικές ανισότητες αμβλύνονται κατά τη διάρκεια της κρίσης, οι εκπαιδευτικές καταγράφουν αύξηση. Θα πρέπει ακόμη να σημειωθεί ότι οι πολιτικές μείωσης των εκπαιδευτικών ανισοτήτων υγείας έχουν περισσότερο μακροπρόθεσμο χαρακτήρα από εκείνες για την αντιμετώπιση των εισοδηματικών ανισοτήτων υγείας, οι οποίες είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν με πιο άμεσες πολιτικές αναδιανομής του εισοδήματος.

Η διερεύνηση των παραγόντων των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας και των μεταβολών τους στον χρόνο έγινε με την εφαρμογή της ανάλυσης παραγόντων (decomposition analysis) των δεικτών συγκέντρωσης

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

των εκβάσεων υγείας. Η ανάλυση παραγόντων δίνει τη δυνατότητα μετατόπισης της πολιτικής επικέντρωσης από τη βελτίωση του μέσου επιπέδου υγείας (level approach) στην αντιμετώπιση των ανισοτήτων υγείας στον πληθυσμό (gap approach) (Chantzaras και Yfantopoulos, 2018b). Πιο συγκεκριμένα, έγινε ανάλυση παραγόντων του CI για την ποσοτική μεταβλητή υγείας και του E για τις διωνυμικές εκβάσεις, προκειμένου να ικανοποιηθεί η αντανακλαστική αρχή. Οι παράγοντες των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας εξετάστηκαν με την εφαρμογή μιας Oaxaca τύπου ανάλυσης παραγόντων για τρεις περιόδους: α) τα τελευταία χρόνια πριν την έναρξη της κρίσης (2005-2008), β) το χρονικό διάστημα της βαθιάς ύφεσης (2008-2012) και γ) τα τελευταία χρόνια της κρίσης, κατά τα οποία η οικονομία αρχίζει να σταθεροποιείται (2012-2015). Ως προς τις ερμηνευτικές μεταβλητές, στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάστηκε ένα ολοκληρωμένο υπόδειγμα των μηχανισμών διαμέσου των οποίων η οικονομική κρίση μπορεί να έχει επηρεάσει την υγεία και τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας στον πληθυσμό. Ιδανικά, θα θέλαμε να εφαρμόσουμε στην ανάλυσή μας αυτό το υπόδειγμα στο σύνολό του. Ωστόσο, δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα για όλους τους παράγοντες και τους υποκείμενους μηχανισμούς που συμπεριλάμβανε το υπόδειγμα. Παρόλα αυτά, χρησιμοποιήσαμε ένα ευρύ φάσμα μεταβλητών, οι οποίες επηρεάζουν την υγεία σε διαφορετικά επίπεδα ανάλυσης. Ειδικότερα, οι μεταβλητές που διερευνήθηκαν μπορούν να διαχωριστούν σε δημογραφικές (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση και υπηκοότητα), ατομικές κοινωνικοοικονομικές (επίπεδο εκπαίδευσης, κύρια ασχολία, χαμηλή ένταση εργασίας στο νοικοκυριό, εισοδηματικό πεμπτημόριο, σοβαρή υλική στέρηση και σοβαρά προβλήματα στέγασης), περιοχή κατοικίας (περιφέρεια κατοικίας, και βαθμός πυκνότητας πληθυσμού) και προβλήματα γειτονιάς (θόρυβος, ακαθαρσίες ή μόλυνση και βανδαλισμοί ή εγκληματικότητα).

Αρχικά, λοιπόν, παρατηρήσαμε την ύπαρξη σταθερά στατιστικά σημαντικών κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας (εις βάρος των χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων) για όλες τις εκβάσεις υγείας και για όλα τα έτη. Κατά την περίοδο πριν την κρίση (2005-2008), οι εισοδηματικές ανισότητες υγείας αμβλύνονται για όλους τους δείκτες υγείας, με

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

εξαίρεση τους λειτουργικούς περιορισμούς, χωρίς όμως οι μεταβολές αυτές να είναι στατιστικά σημαντικές. Αντίθετα, οι εκπαιδευτικές ανισότητες για όλες τις εκβάσεις επιτείνονται, αν και μόνο η αύξηση στις ανισότητες στους λειτουργικούς περιορισμούς επιτυγχάνει στατιστική σημαντικότητα. Κατά την περίοδο της βαθιάς ύφεσης (2008-2012), όλες οι εισοδηματικές ανισότητες υγείας περιορίζονται σημαντικά, ενώ όλες οι εκπαιδευτικές ανισότητες παρουσιάζουν αύξηση, με τις μεταβολές αυτές όμως να μην είναι στατιστικά σημαντικές. Κατά τη δεύτερη περίοδο της κρίσης (2012-2015), οι εισοδηματικές ανισότητες υγείας δεν παρουσιάζουν σημαντικές μεταβολές, αν και σχεδόν όλες επιδεινώνονται. Αντίθετα, όλες οι εκπαιδευτικές ανισότητες υγείας επιδεινώνονται σημαντικά, με εξαίρεση εκείνες για τα χρόνια προβλήματα υγείας. Συνολικά, κατά την περίοδο της κρίσης (2008-2015), προκύπτει ότι οι εισοδηματικές ανισότητες υγείας αμβλύνονται και οι εκπαιδευτικές (με εξαίρεση για τα χρόνια προβλήματα) διευρύνονται σημαντικά.

Σε μια πολύ πρόσφατη μελέτη επτά ευρωπαϊκών χωρών (Coveney κ.ά., 2020) διαπιστώθηκε ότι η εξέλιξη των εισοδηματικών ανισοτήτων υγείας στις χώρες του νότου που αντιμετώπισαν οικονομική κρίση (Ελλάδα, Ιταλία, Ισπανία και Πορτογαλία) ήταν περισσότερο ασταθής σε σχέση με τις υπόλοιπες (Αυστρία, Βέλγιο και Γαλλία). Επιπλέον, οι μεταβολές κατά τη διάρκεια της κρίσης δεν ήταν στατιστικά σημαντικές για καμία από τις χώρες που εξετάστηκαν, ενώ και οι διαφορές στις τάσεις μεταξύ των χωρών με κρίση και χωρίς κρίση δεν ήταν αξιόλογες. Πάντως, θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι περίοδοι που επιλέχθηκαν για την ανάλυση σε αυτήν τη μελέτη (2004-2007, 2007-2010 και 2010-2013) δεν ταυτίζονται απόλυτα με αυτές της παρούσας διατριβής. Μια προηγούμενη συστηματική επισκόπηση των εμπειρικών ερευνών των επιπτώσεων της κρίσης στις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας (Heggebø κ.ά., 2019) είχε διαπιστώσει ότι αυτές διευρύνθηκαν ακόμη και σε χώρες που αντιμετώπισαν μικρής έντασης ύφεση αλλά και ανεξαρτήτως του είδους του κράτους πρόνοιας. Συνεπώς, δεν είναι μόνο οι επικρατούσες οικονομικές συνθήκες ή τα χαρακτηριστικά του κράτους πρόνοιας οι μόνοι παράγοντες της διεύρυνσης αυτών των ανισοτήτων.

Καθότι η ανάλυση παραγόντων των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας προϋποθέτει την εκτίμηση της ελαστικότητας της υγείας σε σχέση με τις

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

διάφορες ερμηνευτικές μεταβλητές, προχωρήσαμε σε μια εξέταση των οριακών επιδράσεων των παραγόντων των εκβάσεων υγείας και της εξέλιξής τους στον χρόνο. Σε σχέση με τις δημογραφικές μεταβλητές, τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, οι χήροι(ες) ή διαζευγμένοι(ες) και οι Έλληνες πολίτες συνδέθηκαν με σταθερά χειρότερο επίπεδο υγείας. Αντίθετα, το φύλο συνήθως δεν ήταν σημαντικός προσδιοριστής της υγείας, με εξαίρεση την έκβαση της πολύ κακής ή κακής υγείας στην αρχή και στο τέλος της περιόδου της ανάλυσης, όπου οι άνδρες σχετίστηκαν με υψηλότερο κίνδυνο από ό,τι οι γυναίκες. Επίσης, είναι ενδιαφέρον πως σε γενικές γραμμές παρατηρείται ενίσχυση των οριακών επιδράσεων της ηλικίας και της οικογενειακής κατάστασης κατά τη διάρκεια της κρίσης, αν και φαίνεται ότι η τάση αυτή είχε ξεκινήσει νωρίτερα.

Ως προς τις ατομικές κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές, τα άτομα με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και εισόδημα, οι εργαζόμενοι πλήρους απασχόλησης και τα άτομα που ανήκαν σε νοικοκυριά που δεν αντιμετώπιζαν προβλήματα χαμηλής έντασης εργασίας, σοβαρής υλικής στέρξης και ποιότητας της στέγασης συνδέονταν με καλύτερο επίπεδο υγείας. Είναι αξιοσημείωτη η σημαντική ενίσχυση της βαρύτητας της εκπαίδευσης σε όλες τις περιόδους της ανάλυσης. Τα άτομα με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο μπορούν να διαχειριστούν καλύτερα τις υγειονομικές προκλήσεις των υφέσεων, καθώς οι δεξιότητές τους και η πληροφόρηση που κατέχουν τους επιτρέπουν να προσαρμόζονται καλύτερα στις επιδεινούμενες οικονομικές συνθήκες, να διαχειρίζονται καλύτερα τον τρόπο ζωής τους που επηρεάζει την υγεία τους και να κάνουν πιο αποτελεσματική χρήση των προληπτικών και των άλλων υπηρεσιών του συστήματος υγείας (Barroso κ.ά., 2016). Από την άλλη πλευρά, το καλό επίπεδο υγείας μπορεί να συνδέεται με υψηλότερη πιθανότητα ανοδικής εκπαιδευτικής κινητικότητας κατά τη διάρκεια των οικονομικών κρίσεων (Sumanen κ.ά., 2016· Heggebø κ.ά., 2019). Συνεπώς, είναι δυνατόν ο μηχανισμός της φυσικής επιλογής να οδηγήσει σε επίταση των εκπαιδευτικών ανισοτήτων υγείας. Επίσης, η διεύρυνση των εκπαιδευτικών ανισοτήτων δεν συνεπάγεται οπωσδήποτε επιδείνωση της κατάστασης για τα άτομα των χαμηλότερων βαθμίδων σε σχέση με τις ανώτερες. Αυτό διότι η ανοδική κοινωνική κινητικότητα μπορεί να έχει συρρικνώσει το μέγεθος των ομάδων στο κάτω τμήμα της κατανομής της εκπαίδευσης, με τα άτομα που έχουν

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

εναπομένει είτε να είναι παλαιότερης κοόρτης και με περισσότερα προβλήματα υγείας είτε να επιβαρύνονται από πολλαπλά κοινωνικά μειονεκτήματα (Berkman κ.ά., 2014). Πράγματι, η μέση ηλικία στην κατώτερη βαθμίδα αυξάνεται από 58,7 σε 67,2 έτη μεταξύ 2003 και 2017, ενώ η αντίστοιχη αύξηση για την ανώτερη βαθμίδα είναι πολύ μικρότερη, δηλαδή από 42 σε 45,8 έτη. Πάντως, οι μέσες εκτιμώμενες τιμές και πιθανότητες έδειξαν ότι το μέσο επίπεδο υγείας χειροτερεύει για το μέσο άτομο για σχεδόν όλες τις εκβάσεις και τα έτη.

Ως προς το εισόδημα, αν και παρατηρήθηκε η αναμενόμενη κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση της υγείας, η επίδραση του δεν ήταν πάντοτε στατιστικά σημαντική. Ειδικά για τα χαμηλότερα εισοδηματικά κλιμάκια, αυτό μπορεί να οφείλεται εν μέρει στην ταυτόχρονη παρουσία της μεταβλητής της σοβαρής υλικής στέρησης (αλλά και των σοβαρών προβλημάτων στέγασης) στα υποδείγματα, η οποία συλλαμβάνει σε σημαντικό βαθμό τον υλικό μηχανισμό του εισοδήματος²⁹⁸. Συνεπώς, αυτό που εναπομένει μπορεί να αφορά είτε στον νεο-υλιστικό μηχανισμό είτε στον μηχανισμό της σχετικής αποστέρησης. Είναι αξιοσημείωτο πως οι διαφορές υγείας μεταξύ των εισοδηματικών κατηγοριών μειώνονταν σημαντικά κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης, με συνέπεια σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις να χάνουν τη στατιστική σημαντικότητά τους, ενώ κατά τη δεύτερη περίοδο της κρίσης συνήθως ξανακέρδιζαν ένα μέρος της βαρύτητάς τους. Η εξέλιξη αυτή μπορεί να εξηγηθεί από τις συνέπειες της αιφνίδιας μείωσης του εισοδήματος, καθώς τα καθοδικά κινούμενα άτομα βελτιώνουν –τουλάχιστον προσωρινά– το μέσο επίπεδο υγείας της χαμηλότερης εισοδηματικής κατηγορίας στην οποία καταλήγουν. Οι εκτιμώμενες τιμές και πιθανότητες δείχνουν ότι το επίπεδο υγείας χειροτερεύει για όλες οι εισοδηματικές κατηγορίες, αλλά η επιδείνωση είναι υψηλότερη για τα ανώτερα εισοδηματικά πεμπτημόρια και χαμηλότερη για τα μεσαία. Με τον ίδιο τρόπο μπορεί να ερμηνευτεί και η αντίστοιχη εξέλιξη στον χρόνο που

²⁹⁸ Θα πρέπει να επισημανθεί ότι τα στατιστικά Variance Inflation Factor, Tolerance και Condition Index έδειξαν ότι δεν υπήρχαν σημαντικά προβλήματα πολυσυγγραμικότητας στα υποδείγματα.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

παρατηρείται στην οριακή επίδραση της σοβαρής υλικής στέρησης και των διαφορών υγείας μεταξύ των εργαζομένων πλήρους απασχόλησης με εκείνους της μερικής απασχόλησης και τους ανέργους (Bacigalupe και Escolar-Pujolar, 2014· Heggebø κ.ά., 2019). Η μόνη διαφοροποίηση που παρατηρείται αφορά στην αρνητική επίδραση της σοβαρής υλικής στέρησης στους λειτουργικούς περιορισμούς, η οποία ενισχύεται και στις τρεις περιόδους της ανάλυσης.

Επίσης, παρατηρούμε ότι η επίπτωση των σοβαρών προβλημάτων στέγασης επιτείνεται κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης. Η στέγαση αποτελεί βασική συνιστώσα του πλούτου (Galobardes κ.ά., 2006b). Κατά τη διάρκεια της κρίσης, παράλληλα με τη μείωση των εισοδημάτων, υπήρξε και σημαντική απώλεια πλούτου για τον ελληνικό πληθυσμό. Παρόλα αυτά, όπως είδαμε στο προηγούμενο κεφάλαιο, η μεταβλητή αυτή είναι ο μόνος κοινωνικοοικονομικός δείκτης (εκτός της εκπαίδευσης) που βαίνει βελτιούμενος κατά τη διάρκεια της κρίσης. Συνεπώς, μπορούμε να υποθέσουμε ότι, καθώς οι συνθήκες στέγασης βελτιώνονται για περισσότερα άτομα, αυτά που εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν τέτοια προβλήματα υφίστανται ταυτόχρονα περισσότερα κοινωνικά μειονεκτήματα. Επιπλέον, ίσως η απώλεια πλούτου αφορούσε κυρίως σε αποταμιεύσεις, καθώς τα πολύ υψηλά ποσοστά ιδιοκατοίκησης στην Ελλάδα μειώθηκαν μόλις κατά 1,6% στην περίοδο 2008-2015 (από 76,7% σε 75,1%, αντίστοιχα) (Eurostat, 2018).

Οι μεταβλητές της περιοχής κατοικίας δεν συνδέθηκαν με συγκεκριμένες τάσεις, αν και φαίνεται ότι η Αττική παρουσίαζε σταθερά χειρότερο επίπεδο υγείας σε σχέση με την Κεντρική και τη Βόρεια Ελλάδα, ιδίως το 2012. Έπειτα, τα προβλήματα της γειτονιάς στην περιοχή κατοικίας είχαν σταθερά χαμηλότερο επίπεδο υγείας για όλες τις εκβάσεις. Ειδικότερα, στις περισσότερες περιπτώσεις, η αρνητική επίπτωση των προβλημάτων θορύβου ενισχυόταν στο χρονικό διάστημα της βαθιάς ύφεσης και μειωνόταν στη δεύτερη περίοδο της ύφεσης, ενώ το αντίστροφο παρατηρείται για τα προβλήματα μόλυνσης. Ως προς τα προβλήματα εγκληματικότητας, η κατάσταση είναι περισσότερο δυσδιάκριτη. Ωστόσο, η αρνητική επίδραση τους στην υγεία μειώνεται κατά την περίοδο της βαθιάς ύφεσης, εκτός από την περίπτωση των λειτουργικών περιορισμών. Επίσης, είναι αξιοσημείωτο πως οι μεταβλητές των προβλημάτων μόλυνσης και εγκληματικότητας χάνουν τη

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

στατιστική σημαντικότητά τους το 2012. Γενικότερα, και τα τρία είδη προβλημάτων εντάσσονται στους μηχανισμούς που επηρεάζουν τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας λειτουργώντας στο μεσο-επίπεδο. Έχουμε ήδη συζητήσει πως η μείωση της οικονομικής δραστηριότητας κατά τη διάρκεια της ύφεσης μπορεί να περιορίσει την περιβαλλοντική μόλυνση και τον αντιλαμβανόμενο θόρυβο, ενώ η επίδρασή της στην εγκληματικότητα είναι πολυδιάστατη και όχι μονοσήμαντη. Πράγματι, διαπιστώθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο ότι η συχνότητα των αναφερόμενων προβλημάτων θορύβου και εγκληματικότητας στη γειτονιά της κατοικίας άρχισε να μειώνεται μετά το 2011, ενώ το ίδιο παρατηρείται και για τα προβλήματα μόλυνσης, αλλά με έτος καμπής το 2013. Για όλες τις περιπτώσεις, πάντως, ο επιπολασμός των προβλημάτων της γειτονιάς είναι σημαντικά μειωμένος το 2015 σε σχέση με το 2012.

Η συμβολή κάθε παράγοντα στις εισοδηματικές και τις εκπαιδευτικές ανισότητες υγείας ισούται με το γινόμενο της ελαστικότητάς του με τον δείκτη συγκέντρωσής του ως προς το εισόδημα ή την εκπαίδευση, αντίστοιχα. Ουσιαστικά, η ανάλυση παραγόντων αναλύει την επίπτωση κάθε ερμηνευτικής μεταβλητής στις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας ως προς: α) τη σχέση της με την έκβαση υγείας και β) την άνιση κατανομή της στην κοινωνία (πιο συγκεκριμένα, σε σχέση με την κοινωνικοοικονομική μεταβλητή κατάταξης) (Chantzaras και Yfantopoulos, 2018b). Καθότι εξετάζουμε κυρίως τη σχετική συνεισφορά κάθε παράγοντα, είναι δυνατόν η απόλυτη συνεισφορά του να είναι μικρότερη σε ένα επόμενο χρονικό σημείο, αλλά η σχετική συνεισφορά του να είναι μεγαλύτερη, λόγω του μικρότερου μεγέθους των συνολικών κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας.

Επίσης, είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι τα παρακάτω αποτελέσματα για τους παράγοντες των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας αναφέρονται στις σχετικές ανισότητες υγείας για την ποσοτική μεταβλητή και στις απόλυτες ανισότητες υγείας για τις διωνυμικές εκβάσεις. Ωστόσο, καθότι η ερμηνεία μας βασίζεται στη σχετική συμβολή κάθε παράγοντα, τα αποτελέσματα της ποσοτικής έκβασης υγείας για τις απόλυτες ανισότητες δεν διαφέρουν από εκείνα για τις σχετικές. Άλλωστε, είναι εύκολο να διαπιστώσουμε ότι οι όποιες διαφορές στις τάσεις οφείλονται στην έκβαση

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

υγείας, όπως φαίνεται και από τις παρόμοιες εκτιμήσεις μεταξύ της ποσοτικής έκβασης υγείας και της διωνυμικής μεταβλητής της παρουσίας πολύ κακής ή κακής υγείας, καθώς αμφότερες παρήχθησαν από την ιεραρχική, 5-βάθμια έκβαση. Ως εκ τούτου, η παρακάτω ερμηνεία των αποτελεσμάτων είναι κοινή για όλες τις εκβάσεις υγείας.

Ως προς τις εισοδηματικές ανισότητες υγείας, οι δημογραφικές μεταβλητές συνολικά τις ενισχύουν σε μέτριο βαθμό πριν την οικονομική κρίση, ενώ κατά τη διάρκειά της η επίδρασή τους αντιστρέφεται και τις αμβλύνουν σημαντικά. Η συνολική επίπτωση των δημογραφικών μεταβλητών καθοδηγείται σχεδόν εξ ολοκλήρου από την ηλικία, καθώς το φύλο και η οικογενειακή κατάσταση δεν επηρεάζουν σημαντικά τις εισοδηματικές ανισότητες υγείας, ενώ η υπηκοότητα τις μειώνει σε μικρό έως μέτριο βαθμό μετά το 2008. Οι κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές συνολικά επιδεινώνουν σημαντικά τις ανισότητες, με την επίπτωσή τους να επιτείνεται με την πάροδο του χρόνου. Αυτό μπορεί να αποδοθεί κυρίως στην ενίσχυση της συνεισφοράς της εκπαίδευσης, ο οποίος είναι και ο παράγοντας με τη μεγαλύτερη βαρύτητα μεταξύ των ερμηνευτικών μεταβλητών που χρησιμοποιήθηκαν. Το εισόδημα επίσης επιδεινώνει αρκετά τις ανισότητες, αν και σε μικρότερο βαθμό. Ακόμη, είναι ενδιαφέρον πως η βαρύτητά του μειώνεται αρκετά κατά την περίοδο της βαθιάς ύφεσης, ενώ στη συνέχεια ανακάμπτει. Χαρακτηριστικά, το εισόδημα συνδέεται με αρνητική συμβολή το 2012 στην περίπτωση των εισοδηματικών ανισοτήτων στις χρόνιες ασθένειες, δηλαδή παρατηρούμε ότι τις μειώνει για εκείνο το έτος. Βέβαια, ένα μέρος της ερμηνευτικής δυνατότητας του εισοδήματος συλλαμβάνεται από τη μεταβλητή της σοβαρής υλικής στέρσης (ενδεχομένως και των σοβαρών προβλημάτων στέγασης), της οποίας η αυξητική συμβολή επιτείνεται σημαντικά κατά τη διάρκεια της κρίσης. Έπειτα, η μέτρια βαρύτητα της κύριας ασχολίας στην διεύρυνση των ανισοτήτων μειώνεται σημαντικά στο πλαίσιο της ύφεσης. Την αντίθετη πορεία ακολουθούν τα σοβαρά προβλήματα στέγασης και η χαμηλή ένταση εργασίας του νοικοκυριού, που δεν επηρεάζουν τις εισοδηματικές ανισότητες υγείας πριν την οικονομική κρίση, αλλά τις επιδεινώνουν σε μικρό βαθμό στη συνέχεια, ιδίως το 2012. Τέλος, οι μεταβλητές της περιοχής της κατοικίας και των προβλημάτων της γειτονιάς δεν έχουν σημαντική επίπτωση

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

στις ανισότητες πριν την οικονομική κρίση, αλλά μετά την έναρξή της τις αμβλύνουν σε μικρό ή μέτριο βαθμό.

Τα ευρήματα είναι λιγότερο πολύπλοκα για τους προσδιοριστές των εκπαιδευτικών ανισοτήτων υγείας. Οι δημογραφικές μεταβλητές ενισχύουν σταθερά σημαντικά τις ανισότητες. Η επίπτωσή τους αποδίδεται σχεδόν εξ ολοκλήρου στην ηλικία, καθότι το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση και η υπηκοότητα δεν ασκούν κάποια επίδραση. Από τις κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές, η εκπαίδευση και η κύρια ασχολία είναι οι μόνοι σημαντικοί παράγοντες των ανισοτήτων, τις οποίες και ενισχύουν σημαντικά. Αν και το αντίθετο θα ήταν αναμενόμενο, οι οικονομικές μεταβλητές (εισόδημα, σοβαρή υλική στέρση και σοβαρά προβλήματα στέγασης) δεν συνδέονται με σημαντική βαρύτητα στις εκπαιδευτικές ανισότητες υγείας. Η ειδοποιός διαφορά σε σχέση με τις εισοδηματικές ανισότητες έγκειται στο ότι η ανισοκατανομή αυτών των μεταβλητών ως προς την εκπαιδευτική βαθμίδα είναι πολύ μικρότερου μεγέθους από ό,τι ως προς το επίπεδο εισοδήματος. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε σημαντικό βαθμό στον δημόσιο χαρακτήρα του εκπαιδευτικού συστήματος στην Ελλάδα, το οποίο έχει περιορίσει τη διασύνδεση μεταξύ του εισοδήματος των γονέων και της εκπαίδευσης των παιδιών. Ή, ακόμη, μπορεί να δείχνει και ότι το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης δεν συνδέεται απαραίτητα με αντίστοιχη βελτίωση των προοπτικών των συνθηκών διαβίωσης στην Ελλάδα. Είναι, επίσης, ενδιαφέρον πως η βαρύτητα της εκπαίδευσης αυξάνεται κατά τη διάρκεια της κρίσης, ενώ εκείνη της κύριας ασχολίας μειώνεται. Αντίθετα, οι μεταβλητές της περιοχής κατοικίας και των προβλημάτων γειτονιάς δεν επηρεάζουν σημαντικά τις εκπαιδευτικές ανισότητες υγείας.

Η συνολική συνεισφορά κάθε παράγοντα στις μεταβολές των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας ισούται με το άθροισμα της συμβολής της διαφοράς στην ανισότητα σταθμισμένη με την ελαστικότητα (ή οριακή επίδραση) του πρώτου (ή του τελευταίου) έτους για την κάθε περίοδο και της συμβολής της διαφοράς στην ελαστικότητα (ή την οριακή επίδραση) σταθμισμένη με την ανισότητα του τελευταίου (ή του πρώτου) έτους για την κάθε περίοδο. Είναι επίσης σημαντικό να αναφερθεί ότι, για παράδειγμα, η θετική συνεισφορά ενός παράγοντα στην αυξητική μεταβολή των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας για μια περίοδο δεν σημαίνει

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

απαραίτητα και ότι αυτή η μεταβλητή επιδεινώνει τις ανισότητες τόσο στην αρχή όσο και στο τέλος της περιόδου. Η σωστή ερμηνεία είναι ότι οι μεταβολές είτε στην ελαστικότητα είτε στην ανισοκατανομή της μεταβλητής (ή της κατηγορίας αυτής) εντός αυτής της περιόδου συνεισφέρουν στην αύξηση των ανισοτήτων. Επομένως, είτε ενισχύεται η αυξητική συμβολή τους είτε ελαττώνεται (ή και αντιστρέφεται πλήρως) η προστατευτική συνεισφορά τους ως προς τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας. Την ίδια ερμηνεία θα πρέπει να ακολουθήσουμε και στην περίπτωση όπου ένας παράγοντας έχει αρνητική συμβολή στην άμβλυνση των ανισοτήτων. Το αντίθετο, βέβαια, συμβαίνει όταν μια μεταβλητή έχει αρνητική συμβολή στην αύξηση των ανισοτήτων ή θετική συνεισφορά στη μείωσή τους. Σε αυτό το πλαίσιο, μια μεταβλητή μπορεί να μην συνιστά σημαντικό παράγοντα των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας για κάθε έτος χωριστά, αλλά να είναι σημαντικός προσδιοριστής των μεταβολών των ανισοτήτων στον χρόνο. Επίσης, σε αντιστοιχία με αυτά που διατυπώσαμε πιο πάνω, είναι δυνατόν η απόλυτη συνεισφορά ενός παράγοντα στη μεταβολή των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας να είναι μικρότερη σε μια άλλη περίοδο, αλλά η σχετική συμβολή του να είναι μεγαλύτερη, εφόσον το μέγεθος της μεταβολής συνολικά στις ανισότητες είναι μικρότερο.

Ως προς τις μεταβολές στις εισοδηματικές ανισότητες υγείας, οι δημογραφικές μεταβλητές τείνουν να τις αμβλύνουν σημαντικά και στις τρεις περιόδους της ανάλυσης, αν και σε μικρότερο βαθμό κατά τη διάρκεια της κρίσης (**Πίνακας 8-44**). Τα αποτελέσματα οφείλονται κυρίως στην επίδραση της ηλικίας, καθότι το φύλο και η οικογενειακή κατάσταση²⁹⁹ δεν συνιστούν σημαντικούς παράγοντες των μεταβολών στις ανισότητες. Ειδικότερα, η επίπτωση της ηλικίας οφείλεται στην ενίσχυση της ελαστικότητάς της και κυρίως στην αντίθετη εισοδηματική κινητικότητα των νεότερων και των ηλικιωμένων ατόμων, με τους πρώτους να κινούνται προς χαμηλότερα εισοδηματικά

²⁹⁹ Πάντως, αξίζει να επισημανθεί η μικρή συνεισφορά της οικογενειακής κατάστασης στην επιδείνωση των εισοδηματικών ανισοτήτων υγείας κατά τη δεύτερη περίοδο της κρίσης, λόγω της συμβολής της ενίσχυσης της ελαστικότητας και της ανισοκατανομής των χήρων ή διαζευγμένων.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

στρώματα και τους δεύτερους σε ανώτερα με την πάροδο του χρόνου. Είχαμε διαπιστώσει σε προηγούμενο κεφάλαιο ότι συνέβη μια οικονομική ανακατάταξη κατά τη διάρκεια της κρίσης, με τα φτωχά στρώματα να περιλαμβάνουν πλέον μεγαλύτερο ποσοστό ανέργων από ό,τι συνταξιούχους (Matsaganis, 2013). Αυτό οδηγεί κάποια νεαρότερα και, κατ' επέκταση, με καλύτερη υγεία άτομα σε χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα και άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και με περισσότερα προβλήματα υγείας σε ανώτερες εισοδηματικές κατηγορίες, με συνέπεια να συμπιέζονται οι εισοδηματικές ανισότητες υγείας. Επίσης, και η υπηκοότητα φαίνεται να επιδεινώνει τις ανισότητες κατά την τρίτη περίοδο της ανάλυσης. Η επίδρασή της αποδίδεται στη μείωση της ελαστικότητας για τους πολίτες άλλων χωρών (ειδικά εκτός Ε.Ε.), δηλαδή στη μείωση των ευνοϊκών για αυτούς διαφορών υγείας με τους Έλληνες πολίτες. Ουσιαστικά, αυτό που καταγράφεται είναι ότι μεταξύ 2012 και 2015 ελαττώνεται η συμβολή της υπηκοότητας στην άμβλυνση των ανισοτήτων υγείας. Βέβαια, θα πρέπει να επισημανθεί ότι κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης είχε καταγραφεί ενίσχυση του φαινομένου του «υγιούς μετανάστη» στην Ελλάδα, με αύξηση τόσο της οριακής επίδρασης όσο και του μεριδίου του πληθυσμού τους. Συνεπώς, η αυξητική συνεισφορά της δεύτερης περιόδου της κρίσης εκφράζει την επαναφορά των μεγεθών σε εκείνα του 2008. Πάντως, επιδείνωση της υγείας καταγράφεται για όλες τις κατηγορίες των πολιτών κατά τη διάρκεια της κρίσης.

Σε μια μελέτη στην Ισλανδία (Ásgeirsdóttir και Jóhannsdóttir, 2017) διαπιστώθηκε ότι οι εισοδηματικές ανισότητες υγείας επιτάθηκαν μεταξύ των γυναικών και μειώθηκαν στους άνδρες κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, ενώ οι μεταβολές αυτές αντιστράφηκαν στη συνέχεια κατά την περίοδο της οικονομικής ανάκαμψης. Τις τάσεις αυτές τις απέδωσαν στην προκυκλική και αντικυκλική σχέση της ψυχικής και της φυσικής υγείας, αντίστοιχα, με την οικονομία. Υποστηρίζουν, λοιπόν, ότι η φυσική υγεία επηρεάζεται από τον επιχειρηματικό κύκλο περισσότερο στους άνδρες από ό,τι στις γυναίκες, καθότι αυτοί εργάζονται σε τομείς της οικονομίας που έχουν περισσότερες φυσικές απαιτήσεις, όπως είναι ο κατασκευαστικός κλάδος. Το αντίθετο, όμως συμβαίνει για τις γυναίκες, καθώς, έχοντας ήδη χαμηλότερο εισόδημα από τους άνδρες, η περαιτέρω μείωση του εισοδήματός τους, λόγω της ύφεσης, επηρεάζει σε μεγαλύτερο βαθμό την ψυχική υγεία τους. Στη δική μας την

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

έρευνα, αν και χρησιμοποιήσαμε τέσσερις εκβάσεις υγείας, όλες αξιολογούνται από τον ίδιο τον συμμετέχοντα και δεν μπορούμε να διαχωρίσουμε την ψυχική από τη φυσική διάσταση της υγείας. Ακόμη περισσότερο, είναι δυνατόν να υπάρχει κάποια μεροληψία αναφοράς, η οποία είναι δυνατόν να σχετίζεται και με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο ή το φύλο. Πάντως, σε μια άλλη μελέτη που είχε διεξαχθεί πρόσφατα στην Ελλάδα, το φύλο δεν αποτελούσε σημαντικό παράγοντα των εισοδηματικών ανισοτήτων στα προβλήματα κατάθλιψης (Chantzaras και Yfantopoulos, 2018b). Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η δομή της οικονομίας είναι διαφορετική στην Ελλάδα, καθώς στηρίζεται κυρίως στην παροχή υπηρεσιών.

Η κατάσταση είναι περισσότερο πολύπλοκη για τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, καθότι τα συμπεράσματα διαφέρουν αναλόγως της έκβασης υγείας. Πάντως, σχεδόν σε όλες περιπτώσεις οδηγούν στην αύξηση των εισοδηματικών ανισοτήτων κατά την περίοδο πριν το 2008 και κατά τη δεύτερη περίοδο της κρίσης, ενώ τις συμπιέζουν κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης. Η εκπαίδευση σταθερά επιτείνει τις εισοδηματικές ανισότητες υγείας πριν την κρίση, το οποίο οφείλεται στην αύξηση των διαφορών υγείας μεταξύ των εκπαιδευτικών κατηγοριών. Η επίδρασή της εξακολουθεί να είναι αυξητική και κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης, αν και η συνεισφορά της είναι μικρή, καθώς η ενίσχυση της ελαστικότητας των ανώτερων εκπαιδευτικών ομάδων αντισταθμίζεται από την αντίρροπη συμβολή της μείωσης της ανισοκατανομής των μεσαίων εκπαιδευτικών βαθμίδων σε σχέση με το εισόδημα³⁰⁰. Αντίθετα, η εικόνα είναι περισσότερο συγκεχυμένη για την τρίτη περίοδο της ανάλυσης, καθώς η εκπαίδευση επιτείνει τις εισοδηματικές ανισότητες υγείας μόνο στην πολύ κακή ή κακή υγεία και τους λειτουργικούς περιορισμούς, δηλαδή στις εκβάσεις όπου η ελαστικότητα υγείας ενισχύεται σημαντικά μεταξύ 2012 και 2015. Είναι, πάντως, ενδιαφέρον πως οι εκτιμημένες τιμές και πιθανότητες των υποδειγμάτων δείχνουν ότι οι μεσαίες

³⁰⁰ Χαρακτηριστικά, η εξέλιξη στην τιμή του συντελεστή συσχέτισης μεταξύ της εκπαίδευσης και του εισοδήματος στο δείγμα για τα έτη 2003, 2008, 2012 και 2015 είναι: 0,39, 0,34, 0,25 και 0,24, αντίστοιχα.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

εκπαιδευτικές βαθμίδες κατέγραψαν μικρότερη σχετική επιδείνωση της υγείας τους σε σχέση με τα άκρα της εκπαιδευτικής κατανομής, ιδίως μάλιστα στις πιο αντικειμενικές εκβάσεις υγείας.

Η κύρια ασχολία επίσης ενισχύει τις εισοδηματικές ανισότητες υγείας πριν το 2008 και τις μειώνει κατά την πρώτη περίοδο της κρίσης, ενώ φαίνεται να τις αμβλύνει και κατά την τρίτη περίοδο της ανάλυσης. Από τις οικονομικές κατηγορίες, οι συνταξιούχοι σταθερά συνεισφέρουν σημαντικά στη μείωση των ανισοτήτων υγείας, λόγω της αντιστροφής της συγκέντρωσής τους από τα χαμηλότερα προς στα υψηλότερα εισοδηματικά στρώματα καθόλη τη διάρκεια της περιόδου της ανάλυσης. Σημαντική είναι επίσης η συμβολή των αναπήρων στη διεύρυνση των ανισοτήτων στην περίοδο πριν την ύφεση, λόγω της επίτασης της συγκέντρωσής τους στα χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα, αλλά και μεταξύ 2012 και 2015, το οποίο οφείλεται στην ενίσχυση της ελαστικότητας υγείας. Αντίθετα, η κατηγορία αυτή συμβάλει στην άμβλυση των ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης, λόγω της παροδικής βελτίωσης της σχετικής οικονομικής θέσης τους. Ακόμη, είναι ενδιαφέρον πως η επίδραση των εργαζομένων μερικής απασχόλησης και των ανέργων στις μεταβολές στις ανισότητες υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης δεν είναι μεγάλη, ιδιαίτερα για την περίοδο της βαθιάς ύφεσης. Ως μια εξαίρεση στα προηγούμενα, θα πρέπει να επισημανθεί η σημαντική συνεισφορά των ανέργων στην αύξηση των εισοδηματικών ανισοτήτων στους λειτουργικούς περιορισμούς στην τρίτη περίοδο της ανάλυσης, λόγω της αύξησης της οριακής επίδρασής τους. Επίσης, είναι ενδιαφέρον πως η σχετική θέση των ανέργων στην εισοδηματική κλίμακα επιδεινώνεται διαρκώς μετά την έναρξη της κρίσης, ενώ των εργαζομένων μερικής απασχόλησης βελτιώνεται στην περίοδο της βαθιάς ύφεσης και στη συνέχεια χειροτερεύει πάλι. Έπειτα, η χαμηλή ένταση εργασίας αμβλύνει τις ανισότητες κατά την περίοδο 2005-2008 και τις ενισχύει κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης, αν και χωρίς μεγάλη βαρύτητα³⁰¹. Ωστόσο, τις αμβλύνει σημαντικά μετά το 2012, το οποίο οφείλεται στην αντιστροφή της

³⁰¹ Θα πρέπει να επισημανθεί ότι η μη συμπερίληψη της μεταβλητής της χαμηλής έντασης εργασίας δεν αλλάζει σημαντικά την οριακή επίδραση των ανέργων.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

ελαστικότητάς της, με τα νοικοκυριά που αντιμετωπίζουν τέτοιου είδους κοινωνικοοικονομικά προβλήματα να μην επιβαρύνονται πλέον και με χειρότερο επίπεδο υγείας.

Αντίθετα, το εισόδημα συμπιέζει τις εισοδηματικές ανισότητες υγείας κατά τις δύο πρώτες περιόδους της ανάλυσης, ιδίως στην περίοδο της βαθιάς ύφεσης, λόγω της μείωσης των ελαστικότητων για τις ανώτερες εισοδηματικές κατηγορίες. Ωστόσο, η μεταβλητή αυτή επιτείνει σημαντικά τις ανισότητες μεταξύ 2012 και 2015, το οποίο οφείλεται τώρα κυρίως σε άνοδο των ελαστικότητων. Ακόμη, είναι ενδιαφέρον πως οι εκτιμημένες τιμές και πιθανότητες δείχνουν ότι και για το εισόδημα οι μεσαίες κατηγορίες κατέγραψαν μικρότερη επιδείνωση της υγείας τους σε σχέση με τα άκρα της εισοδηματικής κατανομής κατά τη διάρκεια της κρίσης. Επιπλέον, τα προβλήματα υγείας επιτάθηκαν περισσότερο στις πλουσιότερες εισοδηματικές κατηγορίες από ό,τι στη φτωχότερη. Έπειτα, η σοβαρή υλική στέρηση τείνει να οξύνει τις ανισότητες και στις τρεις περιόδους της ανάλυσης, λόγω της επίτασης της συγκέντρωσής της στα χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα για τις πρώτες δύο περιόδους και της ενίσχυσης της ελαστικότητάς της για την τρίτη. Εξαίρεση αποτελεί η δεύτερη περίοδος της κρίσης στα χρόνια προβλήματα, όπου η συμβολή της μείωσης της ελαστικότητας υπερβαίνει τη συνεισφορά της αύξησης της ανισοκατανομής της. Τέλος, τα σοβαρά προβλήματα στέγασης δεν επηρεάζουν σημαντικά τις μεταβολές των εισοδηματικών ανισοτήτων υγείας μέχρι την έναρξη της κρίσης αλλά και κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης. Ωστόσο, οδηγούν στην άμβλυση των ανισοτήτων μεταξύ 2012 και 2015, λόγω της μείωσης της ελαστικότητάς τους, δηλαδή την ελάττωση των διαφορών υγείας μεταξύ των ατόμων που αντιμετωπίζουν τέτοια προβλήματα και των υπολοίπων.

Έπειτα, οι μεταβλητές της περιοχής κατοικίας μειώνουν σε κάποιο βαθμό τις ανισότητες κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης, αλλά τις επιτείνουν κατά την περίοδο πριν την κρίση αλλά και μεταξύ 2012 και 2015, ιδίως στα χρόνια προβλήματα. Είναι δύσκολο να διακρίνουμε συγκεκριμένες τάσεις, ωστόσο παρατηρούμε ότι η Κεντρική Ελλάδα και οι μέσης πυκνότητας περιοχές είναι οι κατηγορίες που συμβάλουν περισσότερο στην αυξητική συμβολή κατά τη δεύτερη φάση της κρίσης. Η επίδραση και των δύο περιπτώσεων οφείλεται σε μεταβολές στις διαφορές υγείας με την Αττική και τις πυκνοκατοικημένες

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

περιοχές αντίστοιχα. Τέλος, τα προβλήματα της γειτονιάς της κατοικίας δεν είναι σημαντικοί παράγοντες των μεταβολών των εισοδηματικών ανισοτήτων υγείας μέχρι την έναρξη της κρίσης και κατά την περίοδο της βαθιάς ύφεσης. Ωστόσο, τις αμβλύνουν μεταξύ 2012 και 2015, ιδίως στα χρόνια προβλήματα, λόγω της συμβολής της ελαστικότητας των προβλημάτων μόλυνσης.

Ως προς τις μεταβολές στις εκπαιδευτικές ανισότητες υγείας, η επίπτωση των δημογραφικών μεταβλητών ακολουθεί σε γενικές γραμμές εκείνη της ηλικίας (**Πίνακας 8-45**). Η επίδραση της ηλικίας δεν παρουσιάζει μια σαφής τάση, καθώς εξαρτάται από την έκβαση υγείας. Πάντως, φαίνεται ότι συνεισφέρει θετικά στην αύξηση των ανισοτήτων υγείας, ιδιαίτερα στους σοβαρούς περιορισμούς, κυρίως λόγω της ενίσχυσης της ελαστικότητας στους ηλικιωμένους. Έπειτα, η οικογενειακή κατάσταση στις περισσότερες περιπτώσεις ενισχύει τις αυξητικές μεταβολές στις ανισότητες κατά τη διάρκεια της κρίσης. Αυτό αποδίδεται στην αύξηση της ελαστικότητας για τους άγαμους και τους χήρους ή διαζευγμένους, δηλαδή την επίταση των διαφορών υγείας τους με τους έγγαμους, αλλά και την επιδείνωση της ανισοκατανομής τους σε σχέση με την εκπαίδευση. Από την άλλη πλευρά, το φύλο και η υπηκοότητα δεν είναι σημαντικοί παράγοντες των μεταβολών των εκπαιδευτικών ανισοτήτων υγείας.

Οι κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές ενισχύουν σημαντικά την επιδείνωση των εκπαιδευτικών ανισοτήτων υγείας σε όλες τις περιόδους της ανάλυσης. Η επίδρασή τους αποδίδεται κατά κύριο λόγο στη μεταβλητή της εκπαίδευσης και, ιδίως, την ενίσχυση της ελαστικότητας της ανώτερης εκπαιδευτικής βαθμίδας. Σημαντική εξαίρεση αποτελεί η δεύτερη περίοδος της κρίσης στα χρόνια προβλήματα, όπου η εκπαίδευση οδηγεί στην άμβλυνση των εκπαιδευτικών ανισοτήτων υγείας, λόγω της μείωσης της ελαστικότητας των ανώτερων εκπαιδευτικών βαθμίδων. Η επίπτωση της κύριας ασχολίας στις δύο πρώτες περιόδους της ανάλυσης δεν είναι σαφής, αν και φαίνεται να αμβλύνει τις εκπαιδευτικές ανισότητες υγείας, κυρίως λόγω της αύξησης της ελαστικότητας (των προβλημάτων υγείας) των ανέργων και της μείωσης εκείνης των αναπήρων για την πρώτη περίοδο της ανάλυσης και της συμβολής των

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

συνταξιούχων κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης³⁰². Αντίθετα, η κύρια ασχολία επιτείνει τις ανισότητες κατά τη δεύτερη περίοδο της κρίσης, το οποίο αποδίδεται κυρίως στην ενίσχυση της ελαστικότητας υγείας για τους συνταξιούχους και τους αναπήρους και τη χειροτέρευση της ανισοκατανομής των τελευταίων σε σχέση με την εκπαίδευση. Είναι ενδιαφέρον πως η σχετική θέση των αναπήρων στην εκπαιδευτική κατανομή, ενώ βελτιώνεται μεταξύ 2005 και 2008, στη συνέχεια παρουσιάζει συνεχή επιδείνωση. Αντίθετα, η σχετική θέση των εργαζομένων μερικής απασχόλησης και των ανέργων συνεχώς βελτιώνεται, αν και οι κατηγορίες αυτές δεν μεταβάλλουν σημαντικά τις εκπαιδευτικές ανισότητες υγείας³⁰³.

Το εισόδημα δεν είναι σημαντικός παράγοντας κατά την περίοδο μεταξύ 2005 και 2008, εκτός από την περίπτωση της πολύ κακής ή κακής υγείας, όπου και τις αμβλύνει σημαντικά, λόγω της μείωσης της ελαστικότητας στις ανώτερες εισοδηματικές κατηγορίες. Κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης, το εισόδημα συνεισφέρει στη μείωση των εκπαιδευτικών ανισοτήτων υγείας, το οποίο οφείλεται στη μείωση της ελαστικότητας του πέμπτου εισοδηματικού πεμπτημορίου. Αντίθετα, το εισόδημα ενισχύει, αν και σε μικρό βαθμό, τις ανισότητες μεταξύ 2012 και 2015, κυρίως λόγω της ενίσχυσης της ελαστικότητας της μεσαίας εισοδηματικής κατηγορίας. Επίσης, είναι ενδιαφέρον πως η σχετική θέση στην εκπαιδευτική κατανομή του πλουσιότερου στρώματος επιδεινώνεται σημαντικά κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης³⁰⁴. Τέλος, η χαμηλή ένταση εργασίας, η σοβαρή υλική στέρηση και τα σοβαρά προβλήματα

³⁰² Είναι αξιοσημείωτο πως η συμβολή των συνταξιούχων αποδίδεται στη μείωση της ανισοκατανομής τους σε σχέση με την εκπαίδευση για την ποσοτική έκβαση υγείας και τη μείωση της ελαστικότητάς τους στις διωνυμικές.

³⁰³ Το συμπέρασμα αυτό προέκυψε από την ερμηνεία των δεικτών E ως προς την εκπαιδευτική κατάσταση. Οι δείκτες CI δείχνουν ότι η σχετική θέση των ανέργων αρχικά χειροτερεύει και στη συνέχεια βελτιώνεται. Αυτή η εξέλιξη σημαίνει ότι αυτοί που απώλεσαν την εργασία τους στα πρώτα χρόνια της κρίσης ήταν κυρίως άτομα με χαμηλότερες δεξιότητες, ενώ στη συνέχεια ο κίνδυνος της ανεργίας επιτάχθηκε σε όλες τις εκπαιδευτικές βαθμίδες. Ωστόσο, οι δείκτες E επιτρέπουν τη σύγκριση των δεικτών συγκέντρωσης ακόμη και αν αλλάζει το μέσο επίπεδο της κατανομής σε μεταβλητές με κάτω και άνω όρια. Πάντως, οι τάσεις των CI και των E για τις ερμηνευτικές μεταβλητές συμπίπτουν στις περισσότερες περιπτώσεις.

³⁰⁴ Και εδώ το συμπέρασμα αυτό προέκυψε από την ερμηνεία των δεικτών E ως προς την εκπαιδευτική κατάσταση. Οι δείκτες CI δείχνουν το ακριβώς αντίθετο αποτέλεσμα.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

στέγασης δεν συνιστούν σημαντικούς παράγοντες των μεταβολών στις ανισότητες υγείας κατά την περίοδο της κρίσης.

Έπειτα, η συνολική επίπτωση των μεταβλητών της περιοχής της κατοικίας δεν συνδέεται με μια ξεκάθαρη τάση. Πάντως, η περιφέρεια κατοικίας αμβλύνει τις εκπαιδευτικές ανισότητες υγείας κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης, ενώ τις ενισχύει κατά τις περιόδους πριν την κρίση και μεταξύ 2012 και 2015, το οποίο οφείλεται σε αντίστοιχες μεταβολές στην ελαστικότητα. Τέλος, η εικόνα για τα προβλήματα της γειτονιάς είναι αρκετά συγκεχυμένη, με συνέπεια να μην είναι εύκολο να εξαχθούν συμπεράσματα, ενώ παράλληλα η επίδρασή τους είναι μικρή έως ελάχιστη στις περισσότερες περιπτώσεις. Ωστόσο, φαίνεται ότι ενισχύουν τις ανισότητες πριν την κρίση και τις αμβλύνουν στη δεύτερη περίοδο της ύφεσης, κυρίως λόγω της συμβολής της διαφοράς στην ελαστικότητα των προβλημάτων θορύβου και μόλυνσης, αντίστοιχα.

Συνολικά, παρατηρούμε ότι οι παράγοντες και οι επιδράσεις τους διαφέρουν αναλόγως του αν εξετάζουμε την παραγωγή των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας ή τις μεταβολές τους, καθώς και σε σχέση με τη μεταβλητή της κοινωνικοοικονομικής κατάταξης και την έκβαση υγείας. Συνεπώς, τα παραπάνω γενικά συμπεράσματα αποκρύπτουν τη σημαντική ετερογένεια των εκτιμήσεων. Οι μεταβλητές των χρόνιων προβλημάτων και των λειτουργικών περιορισμών είναι περισσότερο αντικειμενικές εκβάσεις από την αυτοαξιολογούμενη υγεία. Ωστόσο, και πάλι χαρακτηρίζονται από έναν σημαντικό βαθμό υποκειμενικότητας. Επομένως, δεν είναι εύκολο να εντοπίσουμε τάσεις σχετικές με το είδος της έκβασης υγείας. Πάντως, τα γενικά διατυπωμένα αυτοαξιολογούμενα μέτρα της υγείας είναι πιθανότερο να εκφράζουν την ψυχοκοινωνική διάσταση της υγείας και να είναι περισσότερο ευαίσθητα σε βραχύβιες μεταβολές της υγείας ή ασθένειες. Αντίθετα, τα χρόνια προβλήματα και οι λειτουργικοί περιορισμοί είναι πιθανότερο να συλλαμβάνουν περισσότερο μακροπρόθεσμες και σοβαρές ασθένειες (Bacigalupe και Escolar-Pujolar, 2014· Heggebø κ.ά., 2019). Επίσης, είναι δυνατόν να υποεκτιμώνται οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας κατά τη διάρκεια μιας κρίσης, καθώς περιορίζεται η πρόσβαση των οικονομικά αδύναμων ομάδων στο σύστημα υγείας και, συνεπώς, σε διαγνωστικές υπηρεσίες.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Γενικότερα, οι διαφορές στα συμπεράσματα που παρατηρούνται μεταξύ των εισοδηματικών και των εκπαιδευτικών ανισοτήτων υγείας μπορεί να αποδοθούν εν μέρει στο ότι η εκπαιδευτική κατάταξη είναι λιγότερο ελαστική στις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και δεν επηρεάζεται καθόλου από την καθοδική κοινωνική κινητικότητα που επιφέρουν οι αιφνίδιες αρνητικές κοινωνικοοικονομικές μεταβολές, σε αντίθεση με την εισοδηματική κατάταξη (Heggebø κ.ά., 2019). Πάντως, και στην περίπτωση των εκπαιδευτικών ανισοτήτων υγείας παρατηρούμε μεταβολές στους δείκτες συγκέντρωσης ως προς την εκπαίδευση σε κάποιες μεταβλητές. Όμως, αυτές οι μεταβολές, καθότι παρατηρούνται να συμβαίνουν εντός ενός μικρού χρονικού διαστήματος, δεν μπορεί να οφείλονται σε εκπαιδευτική κινητικότητα, αλλά σε αλλαγές στη σύνθεση των πληθυσμών λόγω άλλων κοινωνικοοικονομικών μεταβολών και κυρίως την απώλεια της εργασίας και εισοδήματος.

Συνήθως, δεν είναι εύκολη η σύγκριση των εκτιμήσεων της ανάλυσης παραγόντων των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας μιας μελέτης με εκείνες άλλων μελετών. Αυτό διότι μπορεί να διαφέρει είτε η έκβαση υγείας, είτε το σύνολο των μεταβλητών που χρησιμοποιούνται ως προσδιοριστικοί παράγοντες, είτε η συγκεκριμένη στατιστική ανάλυση που εφαρμόζεται. Γενικά, οι έρευνες που έχουν εξετάσει τους παράγοντες των μεταβολών στις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας στην περίοδο της κρίσης είναι ελάχιστες. Οι Coveney κ.ά. (2016) εξέτασαν τα διαχρονικά δεδομένα της EU-SILC για την Ισπανία για την περίοδο 2004-2012. Σε αντίθεση με τα δικά μας ευρήματα για την Ελλάδα, στη μελέτη αυτή διαπιστώθηκε ότι οι εισοδηματικές ανισότητες υγείας στην Ισπανία αυξάνονταν σε μικρό βαθμό πριν την κρίση. Ωστόσο, όπως και στην Ελλάδα, οι ανισότητες άρχισαν να μειώνονται σημαντικά μετά την έναρξη της οικονομικής συρρίκνωσης, το οποίο το αποδίδουν στον διαφοροποιημένο αντίκτυπο της κρίσης στα εισοδήματα των νέων και των ηλικιωμένων ατόμων. Έτσι, η απώλεια της εργασίας και η μείωση των εισοδημάτων από την εργασία οδήγησε στην καθοδική εισοδηματική κινητικότητα σχετικά υγιέστερων ατόμων, ενώ οι συντάξεις ήταν περισσότερο προστατευμένες από τον οικονομικό αντίκτυπο της κρίσης. Αυτό είχε ως συνέπεια να βελτιωθεί η σχετική θέση των ηλικιωμένων-συνταξιούχων ατόμων στην εισοδηματική ιεραρχία και, κατ' επέκταση, να αμβλυνθεί η σχέση του

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

εισοδήματος με την υγεία και να περιοριστούν οι εισοδηματικές ανισότητες υγείας. Το συμπέρασμά τους προέκυψε από την άμεση διερεύνηση της εισοδηματικής κινητικότητας του δείγματος. Ωστόσο, σε αντίστοιχη ερμηνεία μπορούμε να καταλήξουμε και για την περίπτωση της Ελλάδας, παρατηρώντας τη συμβολή των μεταβολών στους δείκτες συγκέντρωσης ως προς το εισόδημα για τους νέους και τους ηλικιωμένους αλλά και για τους εργαζόμενους και τους συνταξιούχους³⁰⁵. Μάλιστα, ανάλογη παρατήρηση μπορούμε να κάνουμε και για την ομάδα των αναπήρων, των οποίων η σχετική θέση στην οικονομική κατάταξη είναι χειρότερη το 2008 σε σχέση με το 2005, αλλά κατά τη διάρκεια της κρίσης παρουσιάζει συνεχή βελτίωση, όπως διαπιστώνεται από τη μείωση των τιμών των δεικτών συγκέντρωσής τους ως προς το εισόδημα. Μπορούμε να υποθέσουμε, λοιπόν, ότι ο αντίκτυπος της κρίσης στο εισόδημα ήταν μεγαλύτερος για τα άτομα των οποίων το εισόδημα ήταν εκτεθειμένο στην αγορά εργασίας σε σχέση με εκείνα που στηρίζονταν στις κοινωνικές μεταβιβάσεις. Αυτό, μάλιστα, ισχύει παρά τη σημαντική οπισθοχώρηση του κράτους πρόνοιας στο πλαίσιο της εφαρμογής των προγραμμάτων οικονομικής προσαρμογής. Η βελτίωση της σχετικής οικονομικής θέσης των αναπήρων σε συνδυασμό με τη μείωση των διαφορών υγείας τους με τους εργαζομένους είχε ως αποτέλεσμα η κατηγορία αυτή να συμβάλει θετικά στη μείωση των εισοδηματικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης. Ωστόσο, η ενίσχυση των διαφορών υγείας τους με τους εργαζομένους κατά τη δεύτερη φάση της ύφεσης είχε ως αποτέλεσμα να έχουν αυξητική συμβολή στις μεταβολές των εισοδηματικών ανισοτήτων υγείας μεταξύ 2012 και 2015.

Επίσης, είναι αξιοσημείωτο πως οι κατηγορίες των εργαζομένων μερικής απασχόλησης και των ανέργων δεν επηρεάζουν σημαντικά τις μεταβολές στις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης, ιδίως μεταξύ 2008 και 2012. Αυτό συμβαίνει καθώς, αν και υπήρξε σημαντική αύξηση

³⁰⁵ Αξίζει να επισημανθεί ότι, εάν είχαμε συμπεριλάβει στα υποδείγματα τη μεταβλητή του εισοδήματος ως συνεχή μεταβλητή και όχι ως κατηγορίες με σταθερά όρια, τότε δεν θα μπορούσαμε να βγάλουμε συμπεράσματα για την επίδραση της εισοδηματικής κινητικότητας στις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας, αλλά μόνο για την επίπτωση των μεταβολών στις εισοδηματικές ανισότητες.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

του μεγέθους του πληθυσμού τους, κυρίως για τους ανέργους, παρατηρείται παράλληλα μια σημαντική μείωση των ανισοτήτων υγείας με τους εργαζόμενους πλήρους απασχόλησης. Αυτή η εξέλιξη καταγράφεται παρά τις δυσμενείς μεταρρυθμίσεις στην αγορά εργασίας και την παθητική προστασία των ανέργων κατά τη διάρκεια της κρίσης. Μάλιστα, η συγκέντρωση των ανέργων στο κάτω τμήμα της εισοδηματικής κατανομής επιδεινώνεται διαρκώς με την πάροδο του χρόνου, ενώ βελτιώνεται η σχετική θέση τους στην εκπαιδευτική κατανομή κατά τη δεύτερη φάση της κρίσης. Σε συνέχεια της προηγούμενης συζήτησης, αυτό το εύρημα θα μπορούμε να το αποδώσουμε στη μεταβολή της σύνθεσης του πληθυσμού των ανέργων, καθώς η κρίση είχε σημαντικότερο αντίκτυπο στους νέους εργαζόμενους (Δενδρινος, 2014). Επιπλέον, κατά τη διάρκεια των κρίσεων, αμβλύνεται η σύνδεση μεταξύ προϋπαρχόντων προβλημάτων υγείας και της απώλειας της εργασίας. Δηλαδή, όλο και περισσότεροι άνθρωποι καθίστανται άνεργοι για λόγους που δεν αφορούν απαραίτητα στην υγεία τους. Αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα η απότομη αύξηση της ανεργίας στον πληθυσμό να οδηγήσει στη βελτίωση του μέσου επιπέδου υγείας των ανέργων (Avendano και Berkman, 2014). Πάντως, στο πέμπτο κεφάλαιο συζητήσαμε και άλλους μηχανισμούς διαμέσου των οποίων κάποιες αρνητικές κοινωνικοοικονομικές μεταβολές στο ατομικό επίπεδο μπορεί να οδηγήσουν σε βελτιώσεις της υγείας, έστω προσωρινά. Για παράδειγμα, είναι δυνατόν ο περισσότερος ελεύθερος χρόνος να δώσει την ευκαιρία για άλλες επενδύσεις στην υγεία που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής και οι οικονομικοί περιορισμοί να οδηγήσουν στον περιορισμό κάποιων δραστηριοτήτων που ήταν επιζήμιες για την υγεία. Επιπλέον, μπορεί να επιδεινώθηκαν οι συνθήκες εργασίας για τους εργαζόμενους που δεν απώλεσαν την εργασία τους κατά τη διάρκεια της ύφεσης. Πάντως, διαπιστώσαμε ότι στις περισσότερες περιπτώσεις οι δείκτες υγείας κατέγραψαν μια ανεξάρτητη επιδείνωση κατά τη διάρκεια της κρίσης για όλες τις κατηγορίες της κύριας ασχολίας. Σε κάθε περίπτωση, ένας περιορισμός της βάσης δεδομένων που χρησιμοποιήθηκε είναι ότι δεν περιλάμβανε μετρήσεις για τη σχετιζόμενη με την υγεία συμπεριφορά και τις μεταβολές στις εργασιακές συνθήκες. Ως εκ τούτου, δεν μπορούμε να διερευνήσουμε περαιτέρω τους λόγους για τους οποίους αμβλύνθηκαν οι ανισότητες υγείας μεταξύ των εργαζομένων και των ανέργων.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Σε μια πολύ πρόσφατη μελέτη, οι Coveney κ.ά. (2020) επιβεβαίωσαν τις παραπάνω υποθέσεις και για την Ελλάδα για την περίοδο 2010-2013³⁰⁶. Κατέληξαν, λοιπόν, στο συμπέρασμα πως τα μέτρα λιτότητας, ιδίως ως προς τις συντάξεις, οδήγησαν αρχικά σε άμβλυνση της προοδευτικής επίδρασης των κοινωνικών μεταβιβάσεων στις εισοδηματικές ανισότητες υγείας και σε επιδείνωση των εισοδηματικών ανισοτήτων υγείας. Στη συνέχεια, όμως, καθώς το εισόδημα των ατόμων συνέχιζε σταδιακά να μειώνεται, οι κοινωνικές μεταβιβάσεις λειτούργησαν προστατευτικά έναντι της αύξησης των εισοδηματικών ανισοτήτων υγείας. Πάντως ένα ενδιαφέρον στοιχείο που προσθέτουν είναι ότι οι απώλειες υγείας που διαπιστώνουν με έμμεσο τρόπο για τα φτωχότερα στρώματα δεν μπορούν να αποδοθούν σε αντίστοιχες μειώσεις εισοδήματος, αλλά οφείλονται μάλλον σε φόβο για την πιθανή απώλεια είτε της εργασίας είτε εισοδήματος. Συνεπώς, αυτό που τονίζεται και εδώ είναι οι ψυχοκοινωνικές συνέπειες της κρίσης και όχι ο υλικός μηχανισμός του εισοδήματος.

Έπειτα, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η συμπίεση των εισοδηματικών ανισοτήτων υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της πρώτης φάσης της ύφεσης συνεχίζει μια τάση που προϋπήρχε της κρίσης. Οι κύριοι παράγοντες της μείωσης των εισοδηματικών ανισοτήτων μέχρι την έναρξη της κρίσης ήταν επίσης η μείωση της συγκέντρωσης των ηλικιωμένων και των συνταξιούχων (αν και η κύρια ασχολία συνολικά επιτείνει τις ανισότητες) στο κάτω τμήμα της εισοδηματικής κατανομής. Η περίοδος πριν το 2008 συνιστούσε μια περίοδος σημαντικής οικονομικής άνθησης για τη χώρα, κατά την οποία πραγματοποιήθηκε μια αξιοσημείωτη επέκταση των κοινωνικών δαπανών, ιδίως προς την κατεύθυνση της αύξησης των συντάξεων (Zambarloukou, 2015). Αυτές οι πολιτικές επιλογές, λοιπόν, βελτίωσαν τη σχετική οικονομική θέση των συνταξιούχων στην κοινωνία, με συνέπεια άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και με περισσότερα προβλήματα υγείας να μετακινούνται σε ανώτερα

³⁰⁶ Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η εν λόγω μελέτη διερεύνησε μόνο τις βραχυπρόθεσμες συνέπειες της οικονομικής κρίσης στις ανισότητες υγείας, ενώ η παρούσα διατριβή εξέτασε τις μεταβολές στις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας σε μεγαλύτερο χρονικό ορίζοντα.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

εισοδηματικά στρώματα και, συνεπώς, οι εισοδηματικές ανισότητες υγείας να αμβλύνονται μεταξύ 2005 και 2008³⁰⁷.

Είναι επίσης αξιοσημείωτο πως το εισόδημα συμβάλει στην άμβλυνση των εισοδηματικών ανισοτήτων υγείας τόσο πριν την έναρξη της κρίσης όσο και κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης. Αυτό οφείλεται κυρίως στη μείωση των διαφορών υγείας (οριακής επίδρασης) για τις περισσότερες εκβάσεις των ανώτερων εισοδηματικών στρωμάτων σε σχέση με το χαμηλότερο. Αναφορικά με την περίοδο πριν την κρίση, η σημαντική άνοδος του μέσου βιοτικού επιπέδου του πληθυσμού ενδεχομένως να μείωσε τη σημασία των εισοδηματικών διαφορών στην παραγωγή των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας³⁰⁸. Επιπλέον, στα υποδείγματά μας συμπεριλαμβάνουμε και τη σοβαρή υλική στέρηση (αλλά και τα σοβαρά προβλήματα στέγασης), που συλλαμβάνει σε σημαντικό βαθμό τον υλικό μηχανισμό του εισοδήματος, και της οποίας η βαρύτητα ενισχύεται μεταξύ 2005 και 2008 για τα χρόνια προβλήματα και τους λειτουργικούς περιορισμούς. Μπορούμε να υποθέσουμε, λοιπόν, ότι ο υλικός μηχανισμός της απόλυτης υλικής στέρησης αποκτάει μεγαλύτερη βαρύτητα για τα άτομα που υφίστανται σοβαρά κοινωνικοοικονομικά προβλήματα, όταν βελτιώνονται οι συνθήκες διαβίωσης του πληθυσμού. Αυτό διότι, καθώς το βιοτικό επίπεδο βελτιώνεται για την υπόλοιπη κοινωνία, τα άτομα που παραμένουν σε ένα πολύ χαμηλό επίπεδο διαβίωσης μάλλον αντιμετωπίζουν πολλαπλές κοινωνικοοικονομικές προκλήσεις αλλά και προβλήματα υγείας, στο πλαίσιο της αντίστροφης σχέσης μεταξύ του εισοδήματος και της υγείας.

Εν κατακλείδι, διαπιστώθηκε σημαντική ετερογένεια στα αποτελέσματά μας, η οποία οφειλόταν στο ότι χρησιμοποιήθηκαν διαφορετικές εκβάσεις

³⁰⁷ Βέβαια, οι αυξήσεις στις συντάξεις δεν μειώνουν απαραίτητα τις εισοδηματικές ανισότητες υγείας, καθότι αυτό εξαρτάται από τη δομή του νοικοκυριού. Εάν τα νεαρά άτομα εξακολουθούν να παραμένουν στο σπίτι των γονέων τους μετά την ενηλικίωσή τους, όπως συμβαίνει για παράδειγμα στην Ελλάδα, τότε είναι δυνατόν αυτά τα άτομα να επωφεληθούν από αυτές τις αυξήσεις, το οποίο συνεπάγεται την επιδείνωση των εισοδηματικών ανισοτήτων υγείας (Coveney κ.ά., 2020).

³⁰⁸ Πράγματι, η τιμή του συντελεστή συσχέτισης μεταξύ του εισοδήματος και της ποσοτικής έκβασης υγείας μειώνεται από 0,162 το 2004 σε 0,132 το 2008.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

υγείας και μεταβλητές κοινωνικοοικονομικής κατάταξης. Οι εισοδηματικές ανισότητες υγείας αμβλύνονται κατά τη διάρκεια της κρίσης, συνεχίζοντας την προϋπάρχουσα τάση, αν και τα τελευταία χρόνια της ύφεσης συνδέονται με μια τάση επιδείνωσης, ενώ οι εκπαιδευτικές ανισότητες υγείας αυξάνονται τόσο πριν όσο και κατά τη διάρκεια της κρίσης.

Έπειτα, οι παράγοντες των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας δεν ταυτίζονται απαραίτητα με εκείνους των μεταβολών τους κατά τη διάρκεια της κρίσης. Οι σημαντικότεροι παράγοντες των εισοδηματικών ανισοτήτων υγείας ήταν η εκπαίδευση, η σοβαρή υλική στέρηση, το εισόδημα και η κύρια ασχολία, ενώ η ηλικία ενίσχυε τις ανισότητες υγείας πριν την περίοδο της οικονομικής κρίσης και στη συνέχεια τις περιορίζε. Επίσης, η χαμηλή ένταση εργασίας στο νοικοκυριό και τα σοβαρά προβλήματα στέγασης οδηγούσαν στην αύξηση των ανισοτήτων και η υπηκοότητα και οι μεταβλητές της περιοχής κατοικίας στη μείωσή τους, αλλά μόνο κατά τη διάρκεια της κρίσης και, ιδίως, το 2012. Από την άλλη πλευρά, η εκπαίδευση, η ηλικία και η κύρια ασχολία ήταν οι σημαντικότεροι παράγοντες των εκπαιδευτικών ανισοτήτων υγείας.

Ως προς τους παράγοντες των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας, διαπιστώνουμε την παράλληλη λειτουργία διαφορετικής κατεύθυνσης μηχανισμών. Αρχικά, οι αρνητικές κοινωνικοοικονομικές μεταβολές κατά τη διάρκεια της κρίσης επηρέασαν περισσότερο τα άτομα των οποίων το εισόδημα ήταν εκτεθειμένο στις διακυμάνσεις της αγοράς, όπως ήταν οι νέοι και οι εργαζόμενοι, σε σχέση με εκείνα που στηρίζονταν περισσότερο στις κοινωνικές μεταβιβάσεις, όπως ήταν οι συνταξιούχοι και οι ανάπηροι. Επιπλέον, οι αιφνίδιες αρνητικές κοινωνικοοικονομικές μεταβολές, όπως είναι η απώλεια της εργασίας και εισοδήματος, είχε ως αποτέλεσμα την καθοδική κοινωνική κινητικότητα ατόμων με λιγότερα προβλήματα υγείας σε σχέση με εκείνα της κοινωνικοοικονομικής κατηγορίας στην οποία κατέληγαν, βελτιώνοντας το μέσο επίπεδο υγείας της. Αν και η εκπαιδευτική κατάταξη είναι λιγότερο ελαστική σε σχέση με την εισοδηματική, οι κοινωνικοοικονομικές μεταβολές της κρίσης επηρέασαν τη σύνθεση κάποιων πληθυσμών και ως προς το επίπεδο της εκπαίδευσής τους. Έπειτα, διαπιστώθηκαν και κάποιες άλλες μεταβολές στην επίπτωση στην υγεία κάποιων μεταβλητών, οι οποίες οδηγούσαν σε αντίστοιχες μεταβολές στις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

υγείας. Ειδικά για τις μεταβολές των εκπαιδευτικών ανισοτήτων υγείας, την κυριότερη συνεισφορά φαίνεται να είχαν αυτές οι αλλαγές στις οριακές επιδράσεις των μεταβλητών. Επίσης, υπάρχουν ενδείξεις για τη λειτουργία του μηχανισμού οροφής/βάσης, καθώς σε κάποιες περιπτώσεις παρατηρείται μεγαλύτερη επιδείνωση της υγείας για τα ανώτερα τμήματα της κοινωνικοοικονομικής κατανομής σε σχέση με τα μεσαία.

Γενικότερα, κατά την περίοδο της βαθιάς ύφεσης, η κύρια ασχολία, το εισόδημα, η ηλικία και η περιφέρεια της κατοικίας συμβάλουν στην άμβλυνση και η σοβαρή υλική στέρηση και η χαμηλή ένταση εργασίας στην επιδείνωση των εισοδηματικών ανισοτήτων υγείας. Για την ίδια περίοδο, το εισόδημα, η κύρια ασχολία και η περιφέρεια της κατοικίας συνεισφέρουν στη μείωση και η εκπαίδευση, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση και τα προβλήματα μόλυνσης στην αύξηση των εκπαιδευτικών ανισοτήτων υγείας. Έπειτα, κατά τη δεύτερη περίοδο της κρίσης, η χαμηλή ένταση εργασίας, η κύρια ασχολία, η ηλικία, τα σοβαρά προβλήματα στέγασης και τα προβλήματα μόλυνσης οδηγούν στην ελάττωση και το εισόδημα, η υπηκοότητα, η σοβαρή υλική στέρηση, η περιφέρεια της κατοικίας και η πληθυσμιακή πυκνότητα στην ενίσχυση των εισοδηματικών ανισοτήτων υγείας. Για την ίδια περίοδο, τα προβλήματα μόλυνσης συνεπάγονται τον μετριασμό και η κύρια ασχολία, η εκπαίδευση, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το εισόδημα και η περιφέρεια της κατοικίας την επίταση των εκπαιδευτικών ανισοτήτων υγείας.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 8-44 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα της ανάλυσης παραγόντων των μεταβολών των εισοδηματικών ανισοτήτων υγείας (% συμβολή)

	Εκτιμημένη κατάσταση υγείας			Πολύ κακή ή κακή υγεία			Χρόνια προβλήματα			Σοβαροί περιορισμοί		
	2005-2008	2008-2012	2012-2015	2005-2008	2008-2012	2012-2015	2005-2008	2008-2012	2012-2015	2005-2008	2008-2012	2012-2015
Ηλικία (β.α.: 25-44 ετών)	91	36	-47	36	21	-23	91	37	-27	9	26	-10
<i>16-24 ετών</i>	8	1	-12	1	1	-2	11	1	0	-1	3	1
<i>45-64 ετών</i>	8	-4	-3	11	-4	-1	17	-5	-16	-16	-4	-2
<i>65 ετών και άνω</i>	76	40	-32	25	24	-20	63	40	-11	26	27	-8
Φύλο (β.α.: Άνδρας)	1	0	2	-2	0	1	2	0	-3	0	0	1
Οικογενειακή κατάσταση (β.α.: Έγγαμος/η)	-1	0	9	6	-4	2	-2	1	-16	-7	-4	1
<i>Άγαμος/η</i>	3	0	1	5	-3	-4	2	0	-1	-9	-3	0
<i>Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η</i>	-4	0	9	1	-1	6	-4	1	-15	2	-1	1
Υπηκοότητα (β.α.: Ελληνική)	13	4	26	3	1	0	23	6	-41	-6	11	16
<i>Άλλης Ε.Ε. χώρας</i>	1	1	6	0	0	1	3	0	-9	-1	1	1
<i>Άλλης χώρας</i>	13	3	20	3	1	0	20	6	-33	-5	10	15
Συνολική επίπτωση δημογραφικών μεταβλητών	105	41	-11	43	18	-20	113	43	-87	-3	33	8
Επίπεδο εκπαίδευσης (β.α.: Δημοτικό ή χαμηλότερα)	-16	-2	-3	-10	6	70	-50	-5	94	28	-7	24
<i>Γυμνάσιο</i>	17	4	4	-4	5	-4	12	5	-7	5	9	1
<i>Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ</i>	15	19	67	-3	9	15	4	15	-84	2	11	10
<i>ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό</i>	-48	-25	-74	-3	-8	58	-67	-24	186	22	-27	12
Κύρια ασχολία (β.α.: Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση)	-22	39	-54	-60	44	-5	-65	45	27	51	44	27
<i>Εργαζόμενος με μερική απασχόληση</i>	-2	1	2	-1	1	-1	-4	2	-18	-2	2	4
<i>Άνεργος/η</i>	-13	-3	-17	-11	-3	-9	-12	-2	6	3	-2	29
<i>Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης</i>	-3	1	6	-3	2	11	-6	2	-31	1	3	7
Συνταξιούχος	49	23	-37	32	20	-6	39	21	114	-28	16	-24
<i>Ανάπηρος/η</i>	-45	16	6	-67	26	8	-59	18	-16	70	28	12

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	-9	0	-13	-8	-2	-9	-22	3	-29	6	-3	-1
Χαμηλή ένταση εργασίας (β.α.: όχι)	6	-7	-71	5	-7	-39	6	-12	213	-13	-11	-29
Εισοδηματικό πεμπτημόριο (β.α.: Φτωχότερο)	13	38	199	41	20	99	20	43	-204	-14	17	38
2	-29	4	12	-7	2	17	-18	8	4	-13	-2	3
3	7	6	122	3	6	68	3	7	-26	0	-1	22
4	15	7	93	21	0	33	12	12	-135	-14	2	5
Πλουσιότερο	20	21	-27	25	12	-19	24	17	-47	13	18	9
Σοβαρή υλική στέρηση (β.α.: όχι)	7	-10	19	-6	-4	36	-31	-14	131	20	-18	13
Σοβαρά προβλήματα στέγασης (β.α.: όχι)	-7	-3	-32	-8	-7	-25	-1	-5	22	-8	-3	7
Συνολική επίπτωση ατομικών κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών	-20	55	57	-37	52	136	-121	52	284	66	21	79
Περιφέρεια κατοικίας (β.α.: Αττική)	-3	8	19	-11	5	17	18	16	-170	10	10	17
Κεντρική Ελλάδα	-3	7	41	-7	3	6	9	12	-177	7	6	11
Βόρεια Ελλάδα	-5	2	-21	-8	2	2	6	4	-22	3	4	5
Νησιά Αιγαίου, Κρήτη	4	0	-1	4	0	9	4	-1	30	1	0	1
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού (β.α.: Πυκνοκατοικημένη περιοχή)	6	0	46	31	-5	-1	52	-4	-23	16	6	9
Μέσης πυκνότητας περιοχή	13	1	24	15	0	15	20	2	-48	0	3	9
Αραιοκατοικημένη περιοχή	-7	-1	21	16	-5	-16	33	-7	25	17	4	0
Συνολική επίπτωση περιοχής κατοικίας	3	8	65	20	0	16	71	11	-193	27	16	26
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-9	-1	2	-8	0	2	-20	1	2	11	2	1
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-2	-4	-24	-14	0	-11	0	-7	91	-9	-4	-6
Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά (β.α.: όχι)	5	0	-3	3	1	-2	13	0	-9	-2	2	1
Συνολική επίπτωση προβλημάτων γειτονιάς κατοικίας	-6	-4	-25	-19	1	-11	-8	-6	84	0	0	-4
Residual	18	1	14	93	29	-21	45	-1	13	11	30	-9
ΔCI ή ΔΕ	-0,003	-0,012	0,001	0,010	0,039	-0,008	0,015	0,072	0,005	-0,010	0,034	-0,016

Υποσημείωση: ΔCI ή ΔΕ: μεταβολή στον δείκτη συγκέντρωσης. Η κόκκινη γραμματοσειρά υποδηλώνει συμβολή στην αύξηση των εισοδηματικών ανισοτήτων υγείας. Η πράσινη γραμματοσειρά υποδηλώνει συμβολή στη μείωση των εισοδηματικών ανισοτήτων υγείας.

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Πίνακας 8-45 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα της ανάλυσης παραγόντων των μεταβολών των εκπαιδευτικών ανισοτήτων υγείας (% συμβολή)

	Εκτιμημένη κατάσταση υγείας			Πολύ κακή ή κακή υγεία			Χρόνια προβλήματα			Σοβαροί περιορισμοί		
	2005-2008	2008-2012	2012-2015	2005-2008	2008-2012	2012-2015	2005-2008	2008-2012	2012-2015	2005-2008	2008-2012	2012-2015
Ηλικία (β.α.: 25-44 ετών)	-46	4	47	108	-78	63	12	78	128	59	10	29
16-24 ετών	-2	-13	0	-8	-3	0	3	-6	2	-1	0	0
45-64 ετών	-51	-49	-19	-3	-27	-4	-9	-31	28	5	-16	-3
65 ετών και άνω	7	66	66	119	-48	67	17	114	98	55	26	33
Φύλο (β.α.: Άνδρας)	-2	-2	1	5	-1	-1	-2	2	-2	0	-1	0
Οικογενειακή κατάσταση (β.α.: Έγγαμος/η)	0	27	14	-85	32	19	5	-5	-15	-19	25	3
Άγαμος/η	-43	17	-1	-88	15	12	-8	-5	5	-21	14	0
Χήρος/α, σε διάσταση, διαζευγμένος/η	42	9	15	3	17	7	13	1	-21	3	12	2
Υπηκοότητα (β.α.: Ελληνική)	-2	-4	-1	-7	-2	0	4	-3	2	1	-1	0
Άλλης Ε.Ε. χώρας	0	2	-2	-5	-1	0	3	0	3	1	1	-1
Άλλης χώρας	-2	-5	1	-2	-1	0	1	-3	-2	0	-2	1
Συνολική επίπτωση δημογραφικών μεταβλητών	-50	26	62	21	-49	82	19	72	113	42	34	32
Επίπεδο εκπαίδευσης (β.α.: Δημοτικό ή χαμηλότερα)	196	191	-16	150	44	43	96	113	67	23	107	18
Γυμνάσιο	-39	-55	15	18	-34	1	-10	-30	-17	2	-30	3
Λύκειο/Τ.Ε.Ε., ΙΕΚ	61	-3	-18	115	14	0	30	9	15	7	39	0
ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό	173	250	-12	17	64	42	76	134	69	13	98	15
Κύρια ασχολία (β.α.: Εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση)	-34	-31	26	-63	16	13	16	-28	-96	-4	-11	32
Εργαζόμενος με μερική απασχόληση	-4	1	0	-3	0	0	-2	1	4	0	1	-1
Άνεργος/η	-14	0	1	-18	1	0	-4	1	1	-1	0	-4
Μαθητής, φοιτητής, στρατιώτης	-5	6	-1	-7	6	-1	-7	4	3	-1	2	-1
Συνταξιούχος	7	-27	-6	1	11	-8	23	-19	-35	0	-11	14
Ανάπηρος/η	-36	-5	26	-63	-6	20	-11	-3	-43	-5	-8	21
Νοικοκυρά ή άλλο οικονομικά ανενεργό άτομο	19	-6	5	27	4	1	17	-12	-26	3	5	3
Χαμηλή ένταση εργασίας (β.α.: όχι)	0	-4	3	1	-3	1	0	-4	-7	0	-2	1
Εισοδηματικό πεμπτημόριο (β.α.: Φτωχότερο)	0	-52	15	-39	-18	6	-1	-34	-15	-1	-12	4
2	21	-6	-1	7	-4	0	4	-5	3	-2	1	0
3	10	-4	9	5	-2	4	-3	-7	-14	0	0	2
4	-10	-6	12	-18	2	4	5	-4	2	-1	0	1
Πλουσιότερο	-21	-35	-5	-34	-14	-3	-7	-17	-6	2	-13	1
Σοβαρή υλική στέρηση (β.α.: όχι)	-46	-1	1	-38	-6	3	-6	-1	10	-2	3	1
Σοβαρά προβλήματα στέγασης (β.α.: όχι)	11	3	-3	13	5	-2	2	2	0	-1	2	1
Συνολική επίπτωση ατομικών κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών	127	106	26	24	38	64	106	49	-41	16	87	58

Ανάλυση παραγόντων των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης

Περιφέρεια κατοικίας (β.α.: Αττική)	15	-40	3	29	-14	4	-4	-51	-62	3	-17	6
Κεντρική Ελλάδα	1	-18	9	8	-5	1	-3	-22	-36	1	-7	3
Βόρεια Ελλάδα	14	-13	-8	25	-7	1	-1	-16	-11	1	-9	3
Νησιά Αιγαίου, Κρήτη	0	-8	2	-5	-2	2	0	-14	-15	1	-2	1
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού (β.α.: Πυκνοκατοικημένη περιοχή)	-3	-8	20	-74	15	-2	-29	12	-2	6	-13	4
Μέσης πυκνότητας περιοχή	-18	-7	8	-28	-3	5	-8	-7	-15	0	-5	4
Αραιοκατοικημένη περιοχή	15	0	12	-46	18	-7	-21	20	13	6	-8	0
Συνολική επίπτωση περιοχής κατοικίας	12	-47	23	-46	2	2	-33	-38	-64	9	-30	10
Προβλήματα θορύβου στη γειτονιά (β.α.: όχι)	22	-1	2	27	-3	2	15	-6	-1	4	-7	1
Προβλήματα ακαθαρσιών ή μόλυνσης στη γειτονιά (β.α.: όχι)	2	17	-12	42	-1	-5	-1	21	45	-3	7	-4
Προβλήματα βανδαλισμού ή εγκληματικότητας στη γειτονιά (β.α.: όχι)	-13	0	0	-14	-3	0	-10	0	-5	-1	-5	1
Συνολική επίπτωση προβλημάτων γειτονιάς κατοικίας	11	16	-10	54	-7	-4	4	15	39	0	-4	-2
Residual	0	0	0	47	116	-44	5	3	54	34	13	1
ΔCI ή ΔE	0,001	0,003	0,004	-0,004	-0,013	-0,032	-0,026	-0,032	0,018	-0,031	-0,022	-0,047

Υποσημείωση: ΔCI ή ΔE: μεταβολή στον δείκτη συγκέντρωσης. Η κόκκινη γραμματοσειρά υποδηλώνει συμβολή στην αύξηση των εκπαιδευτικών ανισοτήτων υγείας. Η πράσινη γραμματοσειρά υποδηλώνει συμβολή στη μείωση των εκπαιδευτικών ανισοτήτων υγείας.

9. Συμπεράσματα και συνέπειες πολιτικής

9.1. Σύνοψη και σύνδεση θεωρητικού και εμπειρικού μέρους

Πρωταρχικός σκοπός της παρούσας διατριβής ήταν η διερεύνηση της επίπτωσης της οικονομικής κρίσης στις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην κατάσταση υγείας του πληθυσμού στην Ελλάδα, και ειδικότερα ως προς: α) την εξέλιξη των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας, β) τους παράγοντες των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας και γ) τους παράγοντες των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην κατάσταση υγείας.

Γενικότερα, η έρευνα των ανισοτήτων υγείας διαθέτει δύο βασικές συνιστώσες: α) την κανονιστική, η οποία αναφέρεται στην ηθική βάση και τους άλλους λόγους για τους οποίους οι κοινωνίες θα πρέπει να ενδιαφέρονται για τις ανισότητες υγείας, και β) την εμπειρική, η οποία αφορά στην ίδια τη μέτρηση των ανισοτήτων υγείας και των αιτιών τους. Συνολικά, η ερευνητική προσέγγιση της διατριβής ήταν διεπιστημονική. Ειδικότερα, η διατριβή εκκίνησε από το πεδίο α) της ηθικής και της πολιτικής φιλοσοφίας και τη διερεύνηση των θεωριών δικαιοσύνης στην υγεία, συνέχισε σε εκείνο β) της κοινωνικής επιδημιολογίας και την εξέταση των μηχανισμών που συνδέουν την κρίση με την υγεία και κατέληξε στην αξιολόγηση της εξέλιξης των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας και των παραγόντων τους μέσα από τον επιστημονικό κλάδο γ) των οικονομικών της υγείας.

9.1.1. Θεωρίες κοινωνικής δικαιοσύνης στην υγεία

Κατά τη διερεύνηση των θεωριών δικαιοσύνης στην υγεία, διαμορφώθηκε ένα ολοκληρωμένο αναλυτικό πλαίσιο ταξινόμησής τους, το οποίο τις συνέδεε με τα οικονομικά της υγείας και τον τρόπο αξιολόγησης των κατανομών της υγείας. Κεντρική επιλογή υπήρξε ο διαχωρισμός του αντικειμένου της δικαιοσύνης (π.χ. κατάσταση υγείας, ευκαιρίες ή δυνατότητες για υγεία) από τις διανεμητικές αρχές (π.χ. εξισωτισμός, μεγιστοποιητική αρχή). Έτσι, διακρίναμε μεταξύ: α) θεωριών δικαιοσύνης άνευ συγκεκριμένης διανεμητικής αρχής (κοινοτισμός, διαβουλευτικές δημοκρατικές διαδικασίες, ελευθεριακή προσέγγιση, φεμινιστικές προσεγγίσεις και συσχετιστική ισότητα), β) του

ωφελιμισμού και των οικονομικών της ευημερίας, γ) θεωριών που έχουν ως βασική διανεμητική αρχή την ισότητα (αυστηρός εξισωτισμός, εξισωτισμός των πρωταρχικών αγαθών κατά Rawls και Daniels, ισότητα των ευκαιριών, εξισωτισμός των πόρων και εξισωτισμός της τύχης και προσεγγίσεις «περί δυνατοτήτων»), δ) θεωριών που βασίζονται σε εναλλακτικές του εξισωτισμού αρχές (αρχή της προτεραιότητας, ως προς ένα επαρκές επίπεδο και ως αξιοσύνη) και ε) δικαιοσύνης ως ανθρώπινο δικαίωμα. Μια βασική διαπίστωση ήταν ότι η πλειοψηφία των θεωριών δεν αποδίδει ιδιαίτερη ηθική αξία στην ίδια την υγεία, καθώς είτε επιλέγει κάποιο άλλο αγαθό ως το αντικείμενο της δικαιοσύνης είτε συμπεριλαμβάνει την υγεία μεταξύ περισσότερων αγαθών που αξιολογούνται ως πολύτιμα.

Οι θεωρίες δικαιοσύνης χρειάζονται για να δικαιολογήσουν την ανάγκη υιοθέτησης πολιτικών για την άμβλυση ή και την εξάλειψη των ανισοτήτων υγείας που προσδιορίζονται ως άδικες ή για να νομιμοποιήσουν την υπάρχουσα κατάσταση. Ακόμη και η απόφαση για τη μη λήψη μέτρων ή η αδράνεια εκφράζουν μια συγκεκριμένη ηθική στάση. Επιπλέον, οι συλλήψεις της κοινωνικής δικαιοσύνης θέτουν τα κανονιστικά κριτήρια για την επιλογή μεταξύ εναλλακτικών σεναρίων. Ακόμη και αν αποφασίσουμε ότι η υπάρχουσα κατάσταση ως προς την κατανομή της υγείας δεν είναι αποδεκτή, κάθε διαθέσιμη δυνατότητα πολιτικής μπορεί να έχει διαφορετικά αποτελέσματα. Συνεπώς, ειδικά σε ένα πλαίσιο περιορισμένων πόρων, χρειαζόμαστε σαφείς κανόνες για την ιεράρχηση των κατανομών της υγείας, προκειμένου να επιλέξουμε τη βέλτιστη δυνατή πολιτική.

Η πολυπλοκότητα του πραγματικού κόσμου καθιστά αδύνατη την επιλογή μίας μεταξύ των πολλών συλλήψεων της δικαιοσύνης στην υγεία. Ωστόσο, δεν είναι απαραίτητο να εφαρμόζονται οι ίδιες προσεγγίσεις δικαιοσύνης σε κάθε περίπτωση απόφασης που σχετίζεται με την υγεία και την κατανομή της στον πληθυσμό. Έτσι, άλλα είναι τα ηθικά προστάγματα στο επίπεδο του ατόμου, όταν για παράδειγμα ένα άτομο προσφεύγει στα επείγοντα ενός νοσοκομείου με κάποιο απειλητικό για τη ζωή του πρόβλημα υγείας, και άλλα απασχολούν τη δημόσια υγεία στο σύνολό της. Επίσης είναι ενδιαφέρον πως, καθότι η κατάσταση υγείας δεν είναι η ίδια άμεσα μεταβιβάσιμη, προκειμένου να αλλάξουμε την κατανομή της, απαιτείται προηγουμένως η τροποποίηση της

κατανομής των προσδιοριστών της. Αυτό, όμως, συνεπάγεται ότι η εξασφάλιση της ιδανικής, σύμφωνα με την κάθε σύλληψη δικαιοσύνης, κατανομής της υγείας μπορεί να απαιτεί την κατανομή των παραγόντων της με βάση άλλες διανεμητικές αρχές. Πάντως, τα τελευταία χρόνια προκρίνονται περισσότερο πλουραλιστικές συλλήψεις της δικαιοσύνης, οι οποίες προσπαθούν να ενσωματώσουν περισσότερες ηθικές αξίες ή/και διανεμητικές αρχές στην προσέγγισή τους.

9.1.2. Θεωρίες και μηχανισμοί των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

Η ηθική και η εμπειρική διάσταση είναι αλληλεξαρτώμενες και αλληλοτροφοδοτούνται στο ζήτημα των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας. Αυτό διότι θα πρέπει πρώτα να τεκμηριωθεί η αιτιώδης σχέση μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων και των ανισοτήτων υγείας, προκειμένου στη συνέχεια να αναπτυχθεί η ηθική βάση της αναγκαιότητας άμβλυνσης των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας μέσα από πολιτικές ανακατανομής των κοινωνικοοικονομικών προσδιοριστών της υγείας. Ακόμη περισσότερο, απαιτείται η προηγούμενη διερεύνηση των θεωριών και των μηχανισμών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας, καθώς και των διαφόρων κοινωνικοοικονομικών παραγόντων με την υγεία, ώστε να καταστεί δυνατή η κατασκευή ενός υποδείγματος που να περιγράφει τους τρόπους με τους οποίους η οικονομική κρίση μπορεί να έχει επηρεάσει την υγεία και την κατανομή της στον ελληνικό πληθυσμό.

Η αξιολόγηση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας ξεκινάει αναπόδραστα από τον τρόπο προσέγγισης της ίδιας της υγείας. Εάν η σύλληψη της υγείας περιοριστεί στις βιολογικές διαστάσεις της, τότε είναι πολύ πιθανό να παραμεληθούν οι κοινωνικοί προσδιοριστές της αλλά και η κοινωνικοοικονομική κατανομή της στον πληθυσμό. Το επιστημονικό πεδίο της κοινωνικής επιδημιολογίας συνέβαλε στη μετάβαση από μια βιοϊατρική προσέγγιση της υγείας σε μια περισσότερο πλουραλιστική σύλληψή της, η οποία λαμβάνει υπόψη της, πέρα από τη φυσιολογική, και την ψυχολογική, τη λειτουργική, την πολιτισμική και την κοινωνική υπόσταση του κάθε ανθρώπου.

Συμπεράσματα και συνέπειες πολιτικής

Η διάκριση μεταξύ των θεωριών και των μηχανισμών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας είναι σημαντική, στον βαθμό που αναφέρονται σε ένα διαφορετικό επίπεδο ανάλυσης. Οι θεωρίες ασχολούνται με τις βαθύτερες αιτίες των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας, δηλαδή με το πολιτικό, το οικονομικό και το κοινωνικό σύστημα, και προχωρούν σε πολιτικές και οικονομικές αναλύσεις των ωφελούμενων και των χαμένων από τις υφιστάμενες ανισότητες. Οι μηχανισμοί ενδιαφέρονται για τους εγγύς τρόπους με τους οποίους το κοινωνικό πλαίσιο μπορεί να επηρεάσει την ατομική υγεία και κυρίως για τις βιολογικές διαδρομές ενσωμάτωσης των κοινωνικών συνθηκών. Αν και κάποια υποδείγματα της κοινωνικής επιδημιολογίας δίνουν έμφαση στους κοινωνικοπολιτικούς παράγοντες (societal factors) δημιουργίας των ανισοτήτων υγείας (π.χ. η πολιτική οικονομία της υγείας και η πολιτική επιδημιολογία), το κυρίαρχο υπόδειγμα είναι αποπολιτικοποιημένο και εστιάζει στους κοινωνικούς προσδιοριστές (social determinants) της υγείας. Επιπλέον, οι θεωρίες των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας μπορεί να προκρίνουν ή και να ταυτίζονται με συγκεκριμένους μηχανισμούς διαμέσου των οποίων το κοινωνικό πλαίσιο επηρεάζει την υγεία. Στις περισσότερες περιπτώσεις, όμως, οι μηχανισμοί δεν είναι ανταγωνιστικοί ή αμοιβαία αποκλειόμενοι, καθότι υφίσταται μια έντονη διασύνδεση και διάδραση μεταξύ τους καθ' όλη τη διάρκεια ζωής των ατόμων, επηρεάζοντας την υγεία τους με πολλαπλούς τρόπους. Συνεπώς, πολιτικές που στοχεύουν μόνο στη βελτίωση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη ή σε συγκεκριμένους παράγοντες κινδύνου δεν μπορούν να επιτύχουν παρά μόνο μέτρια αποτελέσματα και απαιτούνται ευρύτερες διατομεακές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των ανισοτιμιών υγείας.

Υπό μια διαφορετική οπτική, διαχωρίσαμε τους μηχανισμούς παραγωγής των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας και επίδρασης του κοινωνικού πλαισίου στην υγεία σε τρία επίπεδα, με βάση το πόσο μακριά από το άτομο εντοπίζεται η λειτουργία τους. Στο απώτερο επίπεδο περιλαμβάνονται οι βαθύτερες αιτίες κατά τις κοινωνικοπολιτικές θεωρητικές προσεγγίσεις, οι οποίες αναφέρονται στους τρόπους με τους οποίους το πολιτικό, το οικονομικό και το κοινωνικό σύστημα διαμορφώνουν την κοινωνική διαστρωμάτωση και τις συνθήκες διαβίωσης και εργασίας των ανθρώπων, καθώς και επηρεάζουν τις

ευκαιρίες και τις επιλογές που σχετίζονται με την υγεία τους. Στο ενδιάμεσο επίπεδο ανήκουν οι μηχανισμοί: α) της κοινωνικής συνοχής (ή συλλογικού κοινωνικού κεφαλαίου), β) των θεσμοποιημένων διακρίσεων βάσει φύλου, φυλής/εθνότητας και άλλων κοινωνικά κατασκευασμένων διαχωρισμών, γ) των θεσμικών επιδράσεων, δηλαδή τους τρόπους με τους οποίους οι δημόσιες πολιτικές επιδρούν στη διαθεσιμότητα και την κατανομή των κοινωνικών παραγόντων της υγείας και δ) της προσέγγισης των «θεμελιωδών αιτιών», η οποία αναφέρεται στην σκόπιμη αξιοποίηση των ευέλικτων πόρων που έχουν στη διάθεσή τους οι προνομιούχες ομάδες για την προστασία και την προαγωγή της υγείας τους. Τέλος, στο εγγύς επίπεδο περιλαμβάνονται: α) η φυσική ή κοινωνική επιλογή, β) ο υλικός μηχανισμός, γ) ο ψυχοκοινωνικός μηχανισμός, δ) ο νεο-υλιστικός μηχανισμός, ε) η συμπεριφορική προσέγγιση, στ) η επιγενετική και ζ) η προσέγγιση του «κύκλου ζωής».

9.1.3. Κοινωνικοοικονομική θέση και υγεία

Η διερεύνηση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας ξεκινάει αναπόφευκτα κάνοντας δύο βασικές υποθέσεις. Αρχικά, το κοινωνικό πλαίσιο επηρεάζει την υγεία μέσα από τους μηχανισμούς που έχουν ήδη αναφερθεί. Έπειτα, η κοινωνική διαστρωμάτωση οδηγεί στην άνιση κατανομή των κοινωνικοοικονομικών προσδιοριστών της υγείας, με συνέπεια να δημιουργούνται κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας. Συνεπώς, η ανάλυση των κοινωνικών ανισοτήτων υγείας θα πρέπει να εκκινεί από τη κατηγοριοποίηση του πληθυσμού με τη σωστή χρήση δεικτών της κοινωνικοοικονομικής θέσης. Οι δείκτες αυτοί χρησιμεύουν τόσο για τη μέτρηση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας όσο και για την εξήγηση των μηχανισμών διαμέσου των οποίων οι κοινωνικές ανισότητες παράγουν συστηματικές ανισότητες υγείας. Η αποτελεσματικότητα μιας πολιτικής δράσης προς την κατεύθυνση της μείωσης των ανισοτήτων υγείας εξαρτάται από την ένταση της σχέσης μεταξύ του κοινωνικοοικονομικού παράγοντα και της υγείας, καθώς και του συγκεκριμένου αιτιώδους μηχανισμού που λειτουργεί μεταξύ τους.

Ειδικότερα, κάναμε διάκριση μεταξύ δύο βασικών θεωρητικών ρευμάτων της κοινωνικής διαστρωμάτωσης στο πεδίο της κοινωνικής επιδημιολογίας. Κατά την προσέγγιση της κοινωνικοοικονομικής διαβάθμισης, τα άτομα κατατάσσονται σε ένα συνεχές ιεραρχημένων κοινωνικών, οικονομικών ή πολιτισμικών χαρακτηριστικών ή πόρων, όπως είναι το εισόδημα, ο πλούτος, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η επαγγελματική κατηγορία, η περιοχή κατοικίας και το υποκειμενικό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Σε αυτό το πλαίσιο, υπάρχει μια θετική συσχέτιση της κοινωνικοοικονομικής θέσης και των αποτελεσμάτων υγείας, με το επίπεδο της υγείας να ακολουθεί διαβαθμιστικά την κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Βέβαια, αυτό δεν αποκλείει τη δυνατότητα να οριστεί ένα όριο σε αυτό το κοινωνικοοικονομικό συνεχές, όπως, για παράδειγμα, το κατώφλι φτώχειας στο πλαίσιο της εισοδηματικής κλίμακας, και να εξεταστούν οι διαφορές υγείας μεταξύ των κατηγοριών που σχηματίζονται.

Το δεύτερο θεωρητικό ρεύμα εστιάζει στις εντάσεις και τις συγκρούσεις ανάμεσα στις διάφορες κοινωνικές ομάδες για την απόκτηση προνομιακής πρόσβασης στην κατανομή των διαφόρων πολύτιμων πόρων. Αυτό σημαίνει ότι η διόρθωση των κοινωνικών ανισοτήτων δεν μπορεί να επέλθει μόνο με την αναδιανομή των πόρων, αλλά απαιτούνται περισσότερο θεμελιώδεις μεταβολές στην κατανομή της ισχύς και τις κοινωνικές σχέσεις. Μια σημαντική διαφοροποίηση αυτής της οπτικής σε σχέση με την κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση είναι ότι η κοινωνική κατηγοριοποίηση αναφέρεται σε θεσμοποιημένες κοινωνικές μορφές, οι οποίες αντιστοιχούν σε συγκεκριμένους υποκείμενους κοινωνικούς μηχανισμούς που διαμορφώνουν ανισότητες οικονομικών και άλλων πόρων, καθώς και ισχύος. Τέτοιοι μηχανισμοί αποτελούν: α) η κοινωνική περιχαράκωση, δηλαδή η προσπάθεια συσσώρευσης και αποκλειστικού ελέγχου πόρων και ευκαιριών από τις προνομιούχες ομάδες, κυρίως στο πλαίσιο των εργασιακών σχέσεων (νεο-βεμπεριανή προσέγγιση), β) οι σχέσεις ιδιοκτησίας και ελέγχου των παραγωγικών μέσων και η συνακόλουθη κυριαρχία και εκμετάλλευση (νεο-μαρξιστική προσέγγιση) και γ) οι ιστορικές και σύγχρονες μορφές ρατσισμού και διακρίσεων, που προσδιορίζουν τη δυνατότητα πρόσβασης στους διάφορους πολύτιμους πόρους και ευκαιρίες και την έκθεση σε αρνητικές εμπειρίες ζωής (κοινωνικά κατασκευασμένες ομαδοποιήσεις, όπως το φύλο και

η φυλή/εθνότητα). Σε αυτό το πλαίσιο, τα κοινωνικά πλεονεκτήματα μιας ομάδας αντιστοιχούν ευθέως στα κοινωνικά μειονεκτήματα των υπολοίπων, οδηγώντας σε αντίστοιχα συστηματικά χάσματα υγείας μεταξύ των κοινωνικών ομάδων.

Η επιλογή του δείκτη της κοινωνικοοικονομικής θέσης αναπόφευκτα επηρεάζει το αποτέλεσμα της μέτρησης των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας και διαμορφώνει αντίστοιχες πολιτικές αντιμετώπισης του προβλήματος. Άλλωστε, ο βαθμός της ανισοκατανομής του κάθε κοινωνικοοικονομικού παράγοντα είναι διαφορετικός. Συνεπώς, η χρήση ταυτόχρονα περισσότερων κοινωνικοοικονομικών μέτρων είναι αναμφίβολα η προτιμητέα ερευνητική προσέγγιση. Σε πολλές περιπτώσεις, πάντως, η επιλογή των δεικτών επηρεάζεται από τη διαθεσιμότητά τους, καθώς και από τα ιδιαίτερα κοινωνικά, ιστορικά και πολιτικά χαρακτηριστικά της περιοχής, καθώς και από το συγκεκριμένο στάδιο της ζωής του ανθρώπου που τίθεται υπό διερεύνηση.

9.1.4. Υπόδειγμα υγειονομικών επιπτώσεων της κρίσης

Όλη η παραπάνω ανάλυση παρείχε τα αναγκαία θεωρητικά εργαλεία για τη διερεύνηση των μηχανισμών διαμέσου των οποίων συγκεκριμένα η πρόσφατη οικονομική κρίση μπορεί να επηρέασε την υγεία και την κατανομή της στον ελληνικό πληθυσμό. Τα ευρήματα της βιβλιογραφίας για τον υγειονομικό αντίκτυπο των κρίσεων είναι σε κάποιες περιπτώσεις αντιφατικά, το οποίο μπορεί να οφείλεται σε πολλούς λόγους, όπως είναι τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της ύφεσης, το πολιτισμικό, το οικονομικό και το πολιτικό πλαίσιο κάθε χώρας, οι διαφορετικές εκβάσεις υγείας που εξετάζονται και το επίπεδο ή ο χρονικός ορίζοντας της ανάλυσης.

Έχοντας τα παραπάνω υπόψη, κατασκευάσαμε ένα ενιαίο εννοιολογικό υπόδειγμα για τους μηχανισμούς των υγειονομικών επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα. Γενικότερα, ο υγειονομικός αντίκτυπος της κρίσης μπορεί να αποδοθεί σε δύο βασικούς και αλληλένδετους παράγοντες: α) τη σοβαρή και μεγάλης διάρκειας οικονομική ύφεση και β) τα μέτρα λιτότητας. Από τη μια πλευρά, λοιπόν, υπάρχουν οι άμεσες και αιφνίδιες κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις της ύφεσης, οι οποίες έχουν ως συνέπεια την

έκθεση ενός μεγάλου μέρους του πληθυσμού σε μια σειρά δυσμενών κοινωνικοοικονομικών μεταβολών, όπως είναι η απώλεια της εργασίας, η μείωση των μισθών και των διαθέσιμων εισοδημάτων και η επιδείνωση των εργασιακών συνθηκών. Οι παραπάνω αρνητικές κοινωνικοοικονομικές εξελίξεις ενισχύουν τις κοινωνικές ανάγκες και συνιστούν το είδος της επείγουσας κατάστασης που εξ ορισμού το κράτος πρόνοιας έχει δημιουργηθεί για να αντιμετωπίσει. Ωστόσο, κατά τη διάρκεια της κρίσης εφαρμόστηκαν αυστηρά μέτρα λιτότητας, τα οποία οδήγησαν σε σημαντικές περικοπές στις κοινωνικές δαπάνες και τις δημόσιες δαπάνες για υγειονομική περίθαλψη. Γενικότερα, οι μεταρρυθμίσεις στο πλαίσιο των προγραμμάτων οικονομικής προσαρμογής είχαν επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού διαμέσου του αντίκτυπού τους: α) στις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες διαβίωσης με μακροοικονομικές και άλλες θεσμικές πολιτικές, β) στην κοινωνική προστασία (κοινωνική υποστήριξη, κοινωνική ασφάλιση, παρεμβάσεις στην αγορά εργασίας) και γ) άμεσα ή έμμεσα στο σύστημα υγείας. Συνολικά, οι δραστικές περικοπές των μισθών στον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα και στις συντάξεις, καθώς και η αύξηση της φορολογίας περιόρισαν σημαντικά το διαθέσιμο εισόδημα του πληθυσμού. Έπειτα, η μεταρρύθμιση του συστήματος κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα οδήγησε στην υποχώρηση του κράτους πρόνοιας, με κύρια χαρακτηριστικά τη μείωση των κοινωνικών μεταβιβάσεων, την αυστηροποίηση των κριτηρίων επιλεξιμότητάς τους (αν και βελτιώθηκε η στόχευσή τους) και την απορρύθμιση της αγοράς εργασίας. Τέλος, μια σειρά μεταρρυθμίσεων στο σύστημα υγείας είχε ως αποτέλεσμα τη χειροτέρευση της ποιότητας των παρεχομένων υγειονομικών υπηρεσιών και την επιδείνωση της πρόσβασής του πληθυσμού στο σύστημα υγείας, λόγω της μείωσης του βάθους, του ύψους και (έμμεσα) της έκτασης της κάλυψης, αν και μετά το 2014 υπήρξαν κάποιες προσπάθειες βελτίωσης της πρόσβασης για τις ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες.

Βασική επιλογή του υποδείγματος που κατασκευάσαμε ήταν ο διαχωρισμός των μηχανισμών ως προς το επίπεδο της ανάλυσης, δηλαδή ανάμεσα στο ευρύτερο (μακρο- και μεσο-) και το ατομικό (μικρο-) επίπεδο. Στο ευρύτερο επίπεδο λειτουργούν μηχανισμοί διαμέσου των οποίων ο συνδυασμός της ύφεσης και των διαρθρωτικών μέτρων επιδρά στην υγεία του

πληθυσμού, οι οποίοι είναι διαφορετικοί από εκείνους που συνδέουν τις κοινωνικοοικονομικές μεταβολές με την υγεία στο ατομικό επίπεδο και αφορούν στην κοινωνία στο σύνολό της και στη διάδραση των μελών της μεταξύ τους. Τέτοιοι μηχανισμοί είναι ο περιορισμός της κοινωνικής προστασίας, η χειροτέρευση της ποιότητας και της πρόσβασης στο σύστημα υγείας, η διάβρωση της κοινωνικής συνοχής, η μείωση της μόλυνσης του περιβάλλοντος, η ελάττωση των τροχαίων ατυχημάτων, η διεύρυνση των οικονομικών ανισοτήτων και η επιδείνωση της εγκληματικότητας και του αντικτύπου των μεταδιδόμενων ασθενειών.

Έπειτα, οι κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις της κρίσης οδηγούν σε συγκεκριμένες κοινωνικοοικονομικές μεταβολές και εμπειρίες στο επίπεδο του ατόμου, όπως είναι: α) η απώλεια της εργασίας, β) η επιδείνωση των συνθηκών εργασίας, γ) η όξυνση της εργασιακής και της οικονομικής επισφάλειας δ) οι μεταβολές στον συνολικό χρόνο εργασίας, ε) οι μεταβολές στον συνολικό χρόνο παραμονής στην αγορά εργασίας, στ) η μείωση των μισθών και των διαθέσιμων εισοδημάτων, ζ) η υποτίμηση και η απώλεια του πλούτου, η) η αύξηση των ιδιωτικών χρεών και θ) η επιδείνωση της σχετικής αποστέρησης. Αυτές οι κοινωνικοοικονομικές μεταβολές και εμπειρίες επηρεάζουν μέσω κάποιων ενδιάμεσων μηχανισμών συγκεκριμένους εγγύς παράγοντες κινδύνου και ανθεκτικότητας, οι οποίοι με τη σειρά τους επιδρούν με διαφοροποιημένο τρόπο στην υγεία των ατόμων. Ειδικότερα, οι ενδιάμεσοι μηχανισμοί που αναγνωρίστηκαν από το υπόδειγμα είναι: α) η κατανομή του χρόνου ή το κόστος ευκαιρίας, β) οι οικονομικοί περιορισμοί, γ) η απώλεια της ασφάλειας υγείας, δ) η διαδικασία του στρες, ε) η επιδείνωση της υγιεινής και της ασφάλειας στον χώρο της εργασίας, στ) η απώλεια ψυχοκοινωνικού κεφαλαίου, ζ) η έκθεση σε παράγοντες κινδύνου σε κρίσιμες περιόδους της ζωής και η) η επιδείνωση των προοπτικών της κοινωνικοοικονομικής τροχιάς. Το ενδιαφέρον στοιχείο αυτής της προσέγγισης είναι ότι στο πλαίσιο κάθε μηχανισμού εντάσσονται πολλαπλές διαδρομές αντίθετης κατεύθυνσης, που μπορεί να έχουν είτε θετικές είτε και αρνητικές υγειονομικές επιπτώσεις. Το ποιοι μηχανισμοί θα ενεργοποιηθούν αλλά και οι συγκεκριμένες συνέπειές τους ως προς τους εγγύς παράγοντες της υγείας εξαρτώνται από κάποιους κοινωνικούς και βιολογικούς παράγοντες που τροποποιούν τις αιτιώδεις διαδρομές, όπως

είναι το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, τα προβλήματα υγείας και ο τρόπος ζωής προ-κρίσης, καθώς και η γενετική προδιάθεση.

Στο ολοκληρωμένο εννοιολογικό υπόδειγμά μας, η οικονομική κρίση επηρεάζει την υγεία και τις ανισότητες υγείας μέσω τεσσάρων βασικών διαδοχικών διαδικασιών: α) τις διαφοροποιημένες κοινωνικοοικονομικές μεταβολές που επιφέρουν η ύφεση και τα διαρθρωτικά μέτρα, β) τον μετασχηματισμό των κοινωνικοοικονομικών επιπτώσεων σε διαφοροποιημένες μεταβολές στην έκθεση σε εγγύς παράγοντες κινδύνου και ανθεκτικότητας της υγείας, γ) τη διαφοροποιημένη βιολογική ενσωμάτωση των παραγόντων κινδύνου και ανθεκτικότητας λόγω της διαφοροποιημένης ευπάθειας και δ) τις διαφοροποιημένες υγειονομικές και κοινωνικοοικονομικές συνέπειες της ασθένειας.

Η πλειοψηφία των εμπειρικών μελετών συγκλίνει στην επιδείνωση της μέσης υγείας και της θνησιμότητας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της ύφεσης, τόσο στον βραχυπρόθεσμο όσο και στον μεσοπρόθεσμο χρονικό ορίζοντα, ενώ τα αποτελέσματα ως προς τη συμπεριφορά που σχετίζεται με την υγεία είναι ανάμικτα. Ωστόσο, δεν έχουν διερευνηθεί στον ίδιο βαθμό και οι μεταβολές στις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας, με τις λίγες έρευνες που έχουν δημοσιευθεί να μην καταλήγουν στα ίδια συμπεράσματα. Οι συνολικές κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας στον πληθυσμό μπορούν να διευρυνθούν κατά τη διάρκεια της κρίσης για τους παρακάτω λόγους: α) την αύξηση της συσσώρευσης των κινδύνων υγείας (ή/και μείωση των διαθέσιμων παραγόντων ανθεκτικότητας) στις μειονεκτούσες ομάδες, β) την επιδείνωση του μεγέθους της επιβλαβούς επίδρασης των παραγόντων κινδύνου και γ) την αύξηση του πληθυσμού που υφίσταται δυσμενείς κοινωνικοοικονομικές συνθήκες ή μεταβολές. Αντίθετα, οι ανισότητες αυτές μπορούν να αμβλυνθούν λόγω: α) της υψηλότερης πιθανότητας των μειονεκτουσών ομάδων να επωφεληθούν από τις θετικές υγειονομικές επιπτώσεις της κρίσης (λιγότερο εύλογο σενάριο), β) της αλλαγής της σύνθεσης των κοινωνικών ομάδων εξαιτίας της κοινωνικής κινητικότητας, η οποία οδηγεί στη βελτίωση – τουλάχιστον βραχυπρόθεσμα– του μέσου επιπέδου υγείας στα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα και γ) την επίδραση του μηχανισμού οροφής/βάσης. Επίσης, είναι δυνατόν οι ανισότητες υγείας να μείνουν και σταθερές για τους

εξής λόγους: α) την ισομερή κατανομή των μεταβολών στους παράγοντες κινδύνου και ανθεκτικότητας στον πληθυσμό και β) την αλληλεξουδετέρωση μεταξύ των θετικών και των αρνητικών υγειονομικών επιπτώσεων της κρίσης.

9.1.5. Δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας

Οι δείκτες των ανισοτήτων υγείας στοχεύουν στην ιεράρχηση των διαφορετικών κατανομών της υγείας, ενσωματώνοντας σε μια τιμή τα διάφορα χαρακτηριστικά και τον βαθμό διασποράς της κάθε κατανομής. Η επισκόπηση των μεθόδων μέτρησης των ανισοτήτων στις εκβάσεις υγείας έδειξε ότι η επιλογή ενός δείκτη συνεπάγεται την αποδοχή συγκεκριμένων σιωπηρών ή ρητών αξιολογικών θέσεων, οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν τα συμπεράσματά μας ως προς το μέγεθος της ανισότητας και την ιεράρχηση των κατανομών. Ενδεικτικά, τέτοια κανονιστικά ζητήματα μπορεί να αναφέρονται στην επιλογή της μέτρησης μεταξύ της συνολικής και της κοινωνικοοικονομικής ανισότητας, της σχετικής και της απόλυτης ανισότητας και των θετικών και των αρνητικών εκβάσεων υγείας αλλά και στην ομάδα ή το μέτρο αναφοράς, την κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση της υγείας, τη στάθμιση ως προς το μέγεθος του πληθυσμού, τον βαθμό αποστροφής για την ανισότητα και την ευαισθησία ως προς το τμήμα της κατανομής. Για παράδειγμα, η μέτρηση των συνολικών αντί για τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας συμπεριλαμβάνει στην εκτίμησή της και διαφορές υγείας που μπορεί να οφείλονται σε γενετικές αιτίες και δεν λαμβάνει υπόψη ότι η ευημερία των ατόμων διαθέτει και άλλες διαστάσεις εκτός από την υγεία τους. Αντίθετα, τα μέτρα των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας συνδέονται με ρητές αξιολογικές τοποθετήσεις για το τι αποτελεί ανισοτιμία, την οποία τη συνδέουν με συγκεκριμένες κοινωνικές αιτίες. Συνεπώς, η μέτρηση της ανισότητας δεν είναι ηθικά ουδέτερη και κανονιστικές διαστάσεις της ανισοτιμίας στην υγεία αναγκαστικά ενσωματώνονται στους σχετικούς δείκτες. Έπειτα, είναι ενδιαφέρον πως τα κανονιστικά ζητήματα διαπλέκονται σημαντικά με τα μεθοδολογικά κατά τη διαδικασία της μέτρησης. Για παράδειγμα, τα μετρικά χαρακτηριστικά (π.χ. η κλίμακα μέτρησης και αν έχουν άνω και κάτω όρια) της έκβασης υγείας ή της κοινωνικοοικονομικής μεταβλητής μπορεί να περιορίζουν τις δυνατές επιλογές μεταξύ των δεικτών μέτρησης της ανισότητας.

9.1.6. Εξέλιξη των ανισοτήτων υγείας

Λαμβάνοντας υπόψη τα προηγούμενα, προχωρήσαμε στη διερεύνηση της εξέλιξης των συνολικών και των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας στην Ελλάδα κατά τις περιόδους πριν και μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Για την ανάλυση αυτή χρησιμοποιήθηκαν πολλαπλές εκβάσεις υγείας, κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές και δείκτες μέτρησης των ανισοτήτων υγείας, προκειμένου να προσδώσουμε περισσότερη αξιοπιστία στα συμπεράσματά μας, καθότι η βιβλιογραφία έχει δείξει πως τα αποτελέσματα της μέτρησης μπορεί να διαφοροποιούνται αναλόγως της παραμετροποίησής της.

Η εξέλιξη των κοινωνικοοικονομικών δεικτών παρουσίασε με σαφήνεια τον δριμύ αντίκτυπο της οικονομικής κρίσης στις συνθήκες διαβίωσης του πληθυσμού στην Ελλάδα, με τη μείωση των εισοδημάτων, την επιδείνωση του κινδύνου φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού, της υλικής στέρξης, του συνωστισμού στις κατοικίες, της ανεργίας και των προβλημάτων στην περιοχή κατοικίας, όπως είναι η εγκληματικότητα, ο θόρυβος και η μόλυνση. Η χειροτέρευση των συνθηκών διαβίωσης συνεπάγεται την ενίσχυση των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων κινδύνου της υγείας. Αναμενόμενα, λοιπόν, παρατηρείται παράλληλα επιδείνωση και του μέσου επιπέδου υγείας μετά την έναρξη της ύφεσης για όλες τις εκβάσεις που εξετάστηκαν. Βέβαια, οι μεταβολές αυτές μπορεί να οφείλονταν στην επίταση της υποκειμενικής νοσηρότητας στον πληθυσμό, ως απόρροια της δημογραφικής γήρανσης. Ωστόσο, η εξέλιξη των προτυποποιημένων βάσει φύλου και ηλικίας κατανομών υγείας δείχνει – τουλάχιστον περιγραφικά – ότι υπήρξε είτε μια ανεξάρτητη επιδείνωση είτε μια ενίσχυση του ρυθμού χειροτέρευσης της μέσης υγείας του πληθυσμού, ιδίως στο χρονικό διάστημα 2012-2014. Αυτό σημαίνει ότι οι αρνητικές υγειονομικές συνέπειες της κρίσης άρχισαν κυρίως μετά την κορύφωση της ύφεσης και κατά την περίοδο της εντατικοποίησης των διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων. Πάντως, είναι γενικότερα δύσκολο να διαχωριστούν οι υγειονομικές επιπτώσεις της ύφεσης από εκείνες των μέτρων λιτότητας.

Οι συνολικές ανισότητες υγείας, τόσο οι απόλυτες όσο και οι σχετικές, διευρύνονται για όλες τις εκβάσεις υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης, ιδίως

μεταξύ 2012 και 2014, ενώ διαπιστώνεται μια τάση αποκλιμάκωσής τους μετά το 2015. Αντίθετα, δεν παρατηρείται κάποια σαφής αυξητική πορεία κατά την περίοδο πριν το 2008, με εξαίρεση τα χρόνια προβλήματα και τους λειτουργικούς περιορισμούς (στις μη προτυποποιημένες κατανομές). Μπορούμε, λοιπόν, να υποθέσουμε ότι η αύξηση των προβλημάτων υγείας στον πληθυσμό μετά την έναρξη της ύφεσης κατανεμήθηκε με τρόπο που διεύρυνε τις διατομικές ανισότητες υγείας. Ακόμη περισσότερο, αυτή η αύξηση ήταν μεγαλύτερη για τους δείκτες που αποδίδουν υψηλότερη βαρύτητα στο κάτω τμήμα της κατανομής της υγείας. Συνεπώς, η επιδείνωση της υγείας επιβάρυνε περισσότερο άτομα με ήδη χαμηλό επίπεδο υγείας.

Η τάση στις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας δεν είναι σαφής κατά την περίοδο πριν την έναρξη της ύφεσης, καθώς οι μεταβολές διαφέρουν αναλόγως του συνδυασμού της έκβασης υγείας, του κοινωνικοοικονομικού δείκτη και του μέτρου ανισότητας. Πάντως, στις περισσότερες περιπτώσεις διαπιστώθηκε μια τάση συμπίεσης των εισοδηματικών και επιδείνωσης των εκπαιδευτικών ανισοτήτων κατά τα τελευταία χρόνια πριν το 2008. Κατά τη διάρκεια της κρίσης, αν και παρατηρούνται σημαντικές διακυμάνσεις, οι περισσότερες κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας κατέγραψαν συνολικά άμβλυνση, ιδίως μάλιστα οι οικονομικές κατά τα έτη της βαθιάς ύφεσης. Εξαίρεση αποτέλεσαν οι ανισότητες υγείας βάσει φύλου, βαθμού αστικοποίησης, εκπαίδευσης και οι σχετιζόμενες με περιβαλλοντικά προβλήματα και σοβαρά προβλήματα στέγασης. Ένα κοινό χαρακτηριστικό αυτών των κοινωνικοοικονομικών δεικτών είναι η ανθεκτικότητά τους σε σχέση με την επίδραση της αιφνίδιας καθοδικής κινητικότητας κατά τη διάρκεια των υφέσεων, η οποία τείνει να μειώνει τις ανισότητες, τουλάχιστον προσωρινά (Bacigalupe και Escolar-Pujolar, 2014· Heggebø κ.ά., 2019). Επίσης, η ανοδική κοινωνική κινητικότητα μπορεί να έχει αφήσει στο κάτω τμήμα της κατανομής της εκπαίδευσης τα άτομα που είτε είναι παλαιότερης κοόρτης και με περισσότερα προβλήματα υγείας είτε επιβαρύνονται από πολλαπλά κοινωνικά μειονεκτήματα (Berkman κ.ά., 2014). Τέλος, όπως και οι συνολικές, έτσι και οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας τείνουν να μειώνονται για όλες τις εκβάσεις υγείας μετά το 2015.

9.1.7. Παράγοντες των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

Οι παράγοντες των εισοδηματικών και των εκπαιδευτικών ανισοτήτων υγείας διερευνήθηκαν με την εφαρμογή της ανάλυσης παραγόντων των δεικτών συγκέντρωσης. Συνολικά, παρατηρείται μια σημαντική ετερογένεια ως προς τα αποτελέσματα για την επίδραση της οικονομικής κρίσης στις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας, η οποία σχετίζεται τόσο με την έκβαση υγείας που εξετάζεται όσο και με τη μεταβλητή που χρησιμοποιείται για την κοινωνικοοικονομική κατάταξη του πληθυσμού. Το πρώτο συμπέρασμα της ανάλυσης ήταν ότι υφίστανται σταθερά στατιστικά σημαντικές κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας στην Ελλάδα. Έπειτα, σε γενικές γραμμές, οι εισοδηματικές ανισότητες υγείας αμβλύνονται κατά την περίοδο της βαθιάς ύφεσης, ακολουθώντας και ενισχύοντας την προϋπάρχουσα τάση, ενώ στη δεύτερη περίοδο της κρίσης παρουσιάζουν επιδείνωση. Αντίθετα, οι εκπαιδευτικές ανισότητες υγείας επιτείνονται και στις τρεις περιόδους της ανάλυσης, ιδιαίτερα μάλιστα στη δεύτερη περίοδο της ύφεσης.

Σταθερά σημαντικοί παράγοντες ενίσχυσης των εισοδηματικών ανισοτήτων υγείας ήταν με σειρά βαρύτητας: η εκπαίδευση, η σοβαρή υλική στέρηση, το εισόδημα και η κύρια ασχολία. Επίσης, η ηλικία επιδεινώνει τις ανισότητες υγείας πριν την οικονομική κρίση, ενώ στη συνέχεια τις μειώνει. Αντίθετα, το φύλο και η οικογενειακή κατάσταση δεν επηρέαζαν σημαντικά τις εισοδηματικές ανισότητες υγείας, ενώ η υπηκοότητα τις άμβλυσε σε κάποιο βαθμό κατά τη διάρκεια της κρίσης. Επίσης, η χαμηλή ένταση εργασίας στο νοικοκυριό και τα σοβαρά προβλήματα στέγασης συνέβαλαν στην επίταση των ανισοτήτων και οι μεταβλητές της περιοχής κατοικίας στην άμβλυνσή τους, αλλά μόνο κατά τη διάρκεια της κρίσης και, ιδίως, το 2012. Από την άλλη πλευρά, η εκπαίδευση, η ηλικία και η κύρια ασχολία ήταν οι σημαντικότεροι παράγοντες των εκπαιδευτικών ανισοτήτων υγείας, με τις υπόλοιπες μεταβλητές να έχουν ελάχιστο αντίκτυπο.

9.1.8. Παράγοντες των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

Οι παράγοντες των μεταβολών στους δείκτες συγκέντρωσης εξετάστηκαν μέσω μιας Oaxaca τύπου ανάλυσης παραγόντων χωριστά για τις περιόδους 2005-2008, 2008-2012 και 2012-2015. Οι παράγοντες των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας δεν ταυτίζονται απαραίτητα με εκείνους των μεταβολών τους κατά τη διάρκεια της κρίσης, καθότι στη δεύτερη περίπτωση μας ενδιαφέρουν οι μεταβολές στην ελαστικότητα ή την ανισοκατανομή της κάθε μεταβλητής μέσα σε μια περίοδο. Διαπιστώσαμε, λοιπόν, την παράλληλη λειτουργία διαφορετικής κατεύθυνσης μηχανισμών. Αρχικά, οι αιφνίδιες κοινωνικοοικονομικές μεταβολές κατά τη διάρκεια της κρίσης είχαν ως συνέπεια σημαντικές οικονομικές ανακατατάξεις και την αλλαγή της σύνθεσης κάποιων πληθυσμών. Ειδικότερα, ο οικονομικός αντίκτυπος της κρίσης ήταν μεγαλύτερος για τα άτομα των οποίων το κύριο μέρος του εισοδήματός τους ήταν εκτεθειμένο στις διακυμάνσεις της αγοράς σε σχέση με εκείνα που στηρίζονταν περισσότερο στις κοινωνικές μεταβιβάσεις. Αυτό είχε ως συνέπεια να βελτιωθεί η σχετική θέση στην εισοδηματική κατανομή για ομάδες του πληθυσμού όπως είναι τα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα και οι συνταξιούχοι, καθώς και για άλλες ειδικές κατηγορίες, όπως οι ανάπηροι. Έτσι, νεαρότερα και με καλύτερη υγεία άτομα μετακινούνται σε χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα και άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και με περισσότερα προβλήματα υγείας ανεβαίνουν στην εισοδηματική ιεραρχία.

Επιπλέον, παρά την αύξηση του μέρους του πληθυσμού που είναι άνεργοι αλλά και την ενίσχυση της συγκέντρωσής τους στο κάτω τμήμα της εισοδηματικής κατανομής, οι διαφορές υγείας που έχουν με τους εργαζόμενους αμβλύνονται κατά τη διάρκεια της κρίσης. Αυτό είχε ως συνέπεια η ομάδα αυτή να μην ασκεί σημαντική επιρροή στις μεταβολές στις εισοδηματικές ανισότητες υγείας, ενώ παρόμοια εικόνα διαπιστώνουμε και για τους εργαζόμενους μερικής απασχόλησης. Η εξέλιξη αυτή μπορεί επίσης να οφείλεται στον αυξημένο κίνδυνο αιφνίδιας απώλειας της εργασίας στον πληθυσμό, που έχει μετριάσει τη σχέση της ανεργίας με προϋπάρχοντα προβλήματα υγείας, ή σε αλλαγές στη συμπεριφορά που σχετίζεται με την υγεία, αν και αυτό δεν ήταν δυνατό να επιβεβαιωθεί από τις διαθέσιμες μεταβλητές.

Έπειτα, οι ανισότητες υγείας μεταξύ των εισοδηματικών στρωμάτων αμβλύνονται κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης, με συνέπεια το εισόδημα να συμβάλει στη μείωση των εισοδηματικών ανισοτήτων υγείας. Και σε αυτήν την περίπτωση η αιφνίδια εισοδηματική καθοδική κινητικότητα συνεπάγεται ότι τα καθοδικά κινούμενα και με λιγότερα προβλήματα υγείας άτομα βελτιώνουν το μέσο επίπεδο υγείας της χαμηλότερης εισοδηματικής κατηγορίας στην οποία καταλήγουν. Ωστόσο, η επίδραση αυτού του μηχανισμού δεν μπορεί παρά να είναι βραχύβια, το οποίο και εξηγεί ότι το εισόδημα ανακτά ένα μέρος από τη βαρύτητά του στη δεύτερη περίοδο της ύφεσης και συνεισφέρει στην επιδείνωση των ανισοτήτων υγείας. Πάντως, οι εκτιμημένες τιμές και πιθανότητες των υποδειγμάτων δείχνουν ότι τα μεσαία εισοδηματικά στρώματα παρουσίασαν μικρότερη επιδείνωση της υγείας τους σε σχέση με τα άκρα της εισοδηματικής κατανομής κατά τη διάρκεια της κρίσης. Επίσης, τα προβλήματα υγείας αυξήθηκαν περισσότερο στις πλουσιότερες εισοδηματικές κατηγορίες από ό,τι στη φτωχότερη. Αυτό μπορεί να υποδηλώνει την παράλληλη λειτουργία διαφορετικών μηχανισμών, οι οποίοι όμως είχαν ως κοινό αποτέλεσμα τη σημαντική επιδείνωση της υγείας τόσο των κατώτερων όσο και των ανώτερων εισοδηματικών στρωμάτων, ιδίως των δεύτερων. Ακόμη, αυτό το εύρημα μπορεί να αντιπροσωπεύει την επενέργεια του μηχανισμού οροφής/βάσης (Twisk και Rijmen, 2009), καθώς το πολύ υψηλό επίπεδο υγείας των ανώτερων κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων τείνει ευκολότερα να μεταβάλλεται προς το χειρότερο, ιδιαίτερα για αυτοαξιολογούμενες εκβάσεις υγείας (Heggebø κ.ά., 2019). Πάντως, οι ανισότητες υγείας μεταξύ των εισοδηματικών κατηγοριών επανακάμπτουν μεταξύ 2012 και 2015, με αποτέλεσμα το εισόδημα να επιτείνει σημαντικά τις εισοδηματικές ανισότητες υγείας κατά τη δεύτερη περίοδο της κρίσης.

Από τα παραπάνω, λοιπόν, προκύπτει ότι η αλλαγή της σύνθεσης κάποιων πληθυσμών είχε ως συνέπεια η ηλικία, η κύρια ασχολία και το εισόδημα να συμβάλουν στη μείωση των εισοδηματικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης, ιδίως στην περίοδο της βαθιάς ύφεσης, με το εισόδημα, πάντως, να τις ενισχύει σημαντικά μετά το 2012. Ωστόσο, ενώ οι εισοδηματικές ανισότητες υγείας επηρεάζονται σημαντικά από την καθοδική κοινωνική κινητικότητα κατά τη διάρκεια μιας ύφεσης, δεν συμβαίνει το ίδιο με

τις εκπαιδευτικές ανισότητες, καθώς η εκπαιδευτική κατάσταση είναι λιγότερο ελαστική στις κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης. Μάλιστα, το μέσο εκπαιδευτικό επίπεδο του ελληνικού πληθυσμού συνέχισε να βελτιώνεται κατά τη διάρκεια της κρίσης. Για αυτόν τον λόγο, η ηλικία συμβάλει στην επίταση των εκπαιδευτικών ανισοτήτων κατά τη διάρκεια της κρίσης, καθώς συνεχίζεται η προϋπάρχουσα της ύφεσης τάση διεύρυνσης των διαφορών υγείας μεταξύ των ηλικιακών ομάδων, ενώ η ανισοκατανομή τους σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης δεν αλλάζει σημαντικά.

Πάντως, οι αρνητικές κοινωνικοοικονομικές μεταβολές είχαν επίδραση στη σύνθεση των πληθυσμών των κατηγοριών των οικονομικών παραγόντων, με αποτέλεσμα να μεταβληθεί η σχετική θέση τους και στην εκπαιδευτική κατανομή, λόγω της σχέσης μεταξύ του εισοδήματος και της εκπαίδευσης. Ωστόσο, την κύρια συμβολή στις μεταβολές των εκπαιδευτικών ανισοτήτων υγείας είχαν οι αλλαγές στις οριακές επιδράσεις των μεταβλητών. Ειδικότερα, το εισόδημα και η κύρια ασχολία αμβλύνουν τις ανισότητες κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης, το οποίο οφείλεται κατά κύριο λόγο στη μείωση της οριακής επίδρασης των ανώτερων εισοδηματικών στρωμάτων και της συμβολής των συνταξιούχων, αντίστοιχα. Αντίθετα, οι μεταβλητές αυτές επιτείνουν τις εκπαιδευτικές ανισότητες κατά τη δεύτερη περίοδο της κρίσης (αν και το εισόδημα το κάνει σε μικρό βαθμό), λόγω της ενίσχυσης της ελαστικότητας της μεσαίας εισοδηματικής κατηγορίας, των συνταξιούχων και των αναπήρων αλλά και της χειροτέρευσης της σχετικής θέσης των τελευταίων στην εκπαιδευτική κατάσταση. Συνολικά, λοιπόν, το εισόδημα συμβάλει στην άμβλυνση τόσο των εισοδηματικών όσο και των εκπαιδευτικών ανισοτήτων υγείας κατά τα πρώτα χρόνια της κρίσης, ενώ στη συνέχεια η επίδρασή του αντιστρέφεται και στις δύο περιπτώσεις της κοινωνικοοικονομικής κατάταξης. Αντίθετα, η κύρια ασχολία αμβλύνει τις εισοδηματικές ανισότητες υγείας καθόλη τη διάρκεια της κρίσης, ενώ τις εκπαιδευτικές μόνο κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης. Αυτή η διαφορά οφείλεται στο ότι, ενώ εξακολουθεί να βελτιώνεται η σχετική θέση των συνταξιούχων στην εισοδηματική κλίμακα και στην τρίτη περίοδο της ανάλυσης, δεν μεταβάλλεται αντίστοιχα και η εκπαιδευτική κατάταξή τους. Πάντως, αξίζει να επισημανθεί ότι αμφότεροι οι άνεργοι και οι εργαζόμενοι μερικής απασχόλησης δεν συμβάλουν σημαντικά ή με ξεκάθαρη κατεύθυνση στις

μεταβολές των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας. Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί και η αυξητική συμβολή της οικογενειακής κατάστασης στις εκπαιδευτικές ανισότητες υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης, η οποία οφείλεται στην επιδείνωση της ανισοκατανομής των χήρων ή διαζευγμένων σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης αλλά και την αύξηση των διαφορών υγείας τους με τους έγγαμους.

Έπειτα, διαπιστώθηκαν και κάποιες άλλες μεταβολές στην (αρνητική ή θετική) επίδραση κάποιων παραγόντων, οι οποίες οδήγησαν σε αντίστοιχες μεταβολές στις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας. Ο σημαντικότερος παράγοντας που συνέβαλε στην επιδείνωση στον χρόνο των εκπαιδευτικών (και σε μικρό βαθμό των εισοδηματικών) ανισοτήτων υγείας ήταν το εκπαιδευτικό επίπεδο. Η επίπτωση της εκπαίδευσης οφειλόταν κυρίως στην ενίσχυση της ανεξάρτητης επίδρασής της στην υγεία, ιδίως μάλιστα της ανώτερης εκπαιδευτικής βαθμίδας. Αξιοσημείωτη εξαίρεση αποτελεί η δεύτερη περίοδος της κρίσης στα χρόνια προβλήματα, όπου η εκπαίδευση αμβλύνει τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας, λόγω της μείωσης των ανισοτήτων υγείας μεταξύ των εκπαιδευτικών βαθμίδων. Όπως και στην περίπτωση του εισοδήματος, διαπιστώνουμε μια τάση μικρότερης επιδείνωσης της υγείας στον χρόνο για τις μεσαίες κατηγορίες σε σχέση με τα άκρα της εκπαιδευτικής κατανομής. Καθώς αυτή η εξέλιξη είναι πιο εμφανής στις πιο αντικειμενικές εκβάσεις υγείας, μπορεί να υποδηλώνει, πέρα από την πιθανή λειτουργία του μηχανισμού οροφής/βάσης, και την παρουσία αυξημένων προβλημάτων πρόσβασης στο σύστημα υγείας για τα μικρομεσαία κοινωνικοοικονομικά στρώματα, τα οποία οριακά δεν πληρούν τις ευνοϊκές ρυθμίσεις για τις ευάλωτες ομάδες (Chantzaras και Yfantopoulos, 2018a).

Η σοβαρή υλική στέρηση, που εκφράζει κατεξοχήν τον υλικό μηχανισμό του εισοδήματος, επίσης τείνει να οξύνει σε κάποιο βαθμό τις εισοδηματικές ανισότητες κατά τη διάρκεια της κρίσης. Αυτό οφείλεται στη σημαντική αύξηση του πληθυσμού που υφίσταται τέτοια προβλήματα στην περίοδο της βαθιάς ύφεσης και την επίταση της συγκέντρωσής της στα χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα. Το ίδιο ισχύει και για την υπηκοότητα, αλλά μόνο κατά τη δεύτερη περίοδο της κρίσης, λόγω της μείωσης των ευνοϊκών για τους πολίτες άλλων χωρών διαφορών υγείας με την κατηγορία των Ελλήνων πολιτών. Από την

άλλη πλευρά, η μείωση των διαφορών υγείας μεταξύ των ατόμων που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα στέγασης και εκείνων που δεν υφίστανται τέτοια προβλήματα είχε ως συνέπεια αυτή η μεταβλητή να αμβλύνει τις εισοδηματικές ανισότητες υγείας κατά τη δεύτερη περίοδο της ύφεσης. Ωστόσο, είναι ο μοναδικός κοινωνικοοικονομικός δείκτης (εκτός της εκπαίδευσης) που βαίνει βελτιούμενος κατά τη διάρκεια της κρίσης. Συνεπώς, η παροδική ενίσχυση της επίδρασής της μεταξύ 2008 και 2012 αντισταθμίστηκε από τη μείωση του πληθυσμού που αντιμετωπίζει τέτοια προβλήματα. Τέλος, θα πρέπει να επισημανθεί και η σημαντική συμβολή της χαμηλής έντασης εργασίας στην άμβλυνση των εισοδηματικών ανισοτήτων κατά τη δεύτερη περίοδο της κρίσης, λόγω της σημαντικής βελτίωσης του επιπέδου υγείας των νοικοκυριών που αντιμετωπίζουν τέτοια κοινωνικοοικονομικά προβλήματα, ενώ στην προηγούμενη περίοδο λειτουργούσε μερικώς ενισχυτικά.

Οι υπόλοιπες μεταβλητές είτε δεν συνδέονται με μια ξεκάθαρη τάση είτε δεν συνιστούν σημαντικούς παράγοντες των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης. Πάντως, αξίζει να αναφερθεί ότι η περιφέρεια της κατοικίας τείνει να μειώνει τις ανισότητες κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης και να τις επιδεινώνει στη δεύτερη περίοδο της κρίσης τόσο για τις εκπαιδευτικές όσο και για τις εισοδηματικές ανισότητες υγείας. Επίσης η πληθυσμιακή πυκνότητα ενισχύει τις ανισότητες κατά τη δεύτερη περίοδο της κρίσης, λόγω αλλαγών στις ελαστικότητες των κατηγοριών. Τέλος, τα προβλήματα μόλυνσης της γειτονιάς μειώνουν τις εκπαιδευτικές και τις εισοδηματικές ανισότητες μεταξύ 2012 και 2015, καθώς αυξάνονται με μεγαλύτερη ένταση τα προβλήματα υγείας των κατοίκων τους, ενώ πρόκειται και για περιοχές με υψηλότερο εισόδημα και καλύτερο εκπαιδευτικό επίπεδο.

9.2. Συνέπειες πολιτικής

Ολοκληρώνοντας τη διατριβή, θα κάνουμε μια μικρή αναφορά στις συνέπειες πολιτικής των ευρημάτων της εμπειρικής ανάλυσης. Γενικότερα, οι όποιες προεκτάσεις πολιτικής των αποτελεσμάτων τέτοιων εμπειρικών ερευνών διαθέτουν δύο διαστάσεις. Η πρώτη σχετίζεται με τις διαρκείς δράσεις

για την αντιμετώπιση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας σε ομαλές οικονομικά περιόδους. Η δεύτερη αφορά στις πολιτικές για την άμβλυνση του αντικτύπου των οικονομικών κρίσεων στην υγεία και την κατανομή της στον πληθυσμό.

9.2.1. Διαρκείς πολιτικές για την αντιμετώπιση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

9.2.1.1. Αλληλεξάρτηση της ηθικής και της εμπειρικής διάστασης με τις επιλογές πολιτικής

Το πρώτο βασικό εύρημα της εμπειρικής ανάλυσης ήταν η επιβεβαίωση της σταθερής παρουσίας σημαντικών κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας στην Ελλάδα. Ωστόσο, η εμπειρική διαπίστωση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας δεν συνεπάγεται αυτοδίκαια και ότι η κοινωνία θα πρέπει να επιδιώξει την άμβλυνση αυτών των ανισοτήτων. Έχουμε ήδη συζητήσει την αλληλεξάρτηση και την αλληλοτροφοδότηση μεταξύ της κανονιστικής και της εμπειρικής διάστασης στην έρευνα των ανισοτήτων υγείας. Αρχικά, λοιπόν, απαιτείται κάποια ηθική βάση για τη θεμελίωση της ανάγκης για την εφαρμογή κάποιας παρέμβασης αλλά και για τον προσδιορισμό των κανονιστικών κριτηρίων για την επιλογή μεταξύ εναλλακτικών δράσεων (Wikler, 2006). Μια σημαντική ιδιαιτερότητα του αγαθού της υγείας είναι ότι δεν μπορεί να αναδιανεμηθεί το ίδιο άμεσα, αλλά μόνο έμμεσα, διαμέσου της ανακατανομής των προσδιοριστών του (Wilson, 2011). Σε αυτό το πλαίσιο, ο χαρακτηρισμός μιας ανισότητας υγείας ως ανισότιμης μπορεί να βασιστεί σε δύο λογικές διαδικασίες. Κατά την πρώτη, η υγεία διαθέτει η ίδια κάποια ιδιαίτερη ηθική σπουδαιότητα. Συνεπώς, οι ανισότητες στην υγεία είναι άδικες είτε αυτές καθαυτές, καθώς κάποια άτομα απολαμβάνουν μεγαλύτερη ποσότητα από αυτό το αγαθό σε σχέση με κάποια άλλα, είτε διότι υπάρχουν κάποια άτομα που έχουν πολύ κακή υγεία και, επομένως, υφίστανται τη σημαντική έλλειψή του. Υποθέτοντας ότι δεν υπάρχουν σημαντικές βιολογικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων, η εμπειρική τεκμηρίωση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας δείχνει αρχικά τις δυνατότητες βελτίωσης της υγείας για εκείνους που βρίσκονται σε χειρότερη κατάσταση. Κατά την άλλη οπτική, ανεξαρτήτως της πρωταρχικότητας που δίνουμε στο

αγαθό της υγείας, κάποιες ανισότητες υγείας είναι άδικες λόγω των υποκείμενων αιτιών που τις παρήγαγαν. Εφόσον θεωρήσουμε ότι οι ανισότητες υγείας οφείλονται σε συστηματικές κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στους προσδιοριστές της, τότε το ενδιαφέρον μετατίθεται στην ηθική αξιολόγηση των κοινωνικών ανισοτήτων. Αυτό που απαιτείται, λοιπόν, είναι κάποιου είδους βελτίωση στην κατανομή των προσδιοριστών της υγείας, κατά τρόπο που θα διαμορφώσει τις προϋποθέσεις για μια δικαιότερη κατανομή της στον πληθυσμό. Το κυρίαρχο υπόδειγμα της κοινωνικής επιδημιολογίας τονίζει τη σημασία της αποφευξιμότητας, καθώς η κατανομή κάποιων παραγόντων της υγείας είναι κοινωνικά προσδιορισμένη. Συνεπώς, οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας είναι άδικες στον βαθμό που είναι κοινωνικά και όχι βιολογικά ή τυχαία παραγόμενες. Πάντως, γενικότερα δεν υφίσταται ομοφωνία ως προς τις προϋποθέσεις υπό τις οποίες μια κατανομή υγείας είναι ανισότιμη και χρήζει παρέμβασης για τη διόρθωσή της. Οι περισσότερες κανονιστικές συλλήψεις, όμως, είτε εντοπίζουν ευθέως κάποια εγγενή αδικία στις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας, αν και το στηρίζουν σε διαφορετικούς λόγους, είτε επιτρέπουν να ενσωματωθεί μια τέτοια ηθική θέση στην προσέγγισή τους.

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι η θεμελίωση του άδικου χαρακτήρα των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας δεν αποτελεί απλώς μια φιλοσοφική άσκηση, αλλά έχει σαφείς πρακτικές προεκτάσεις πολιτικής. Οι θεωρίες δικαιοσύνης χρειάζονται για να δικαιολογήσουν την ανάγκη υιοθέτησης πολιτικών για την άμβλυση ή και την εξάλειψη των ανισοτήτων υγείας που προσδιορίζονται ως άδικες ή για να νομιμοποιήσουν την υπάρχουσα κατάσταση. Ακόμη και η απόφαση για τη μη λήψη μέτρων ή η αδράνεια εκφράζουν μια συγκεκριμένη ηθική στάση. Επιπλέον, όμως, οι θεωρίες κοινωνικής δικαιοσύνης θέτουν και τα κανονιστικά κριτήρια για την επιλογή μεταξύ εναλλακτικών επιλογών. Ακόμη και αν αποφασίσουμε ότι η υπάρχουσα κατάσταση ως προς την κατανομή της υγείας δεν είναι αποδεκτή, κάθε διαθέσιμη δυνατότητα πολιτικής μπορεί να έχει διαφορετικά αποτελέσματα. Συνεπώς, ειδικά σε ένα πλαίσιο περιορισμένων πόρων, χρειαζόμαστε σαφείς κανόνες για την ιεράρχηση των κατανομών της υγείας, προκειμένου να επιλέξουμε τη βέλτιστη δυνατή πολιτική.

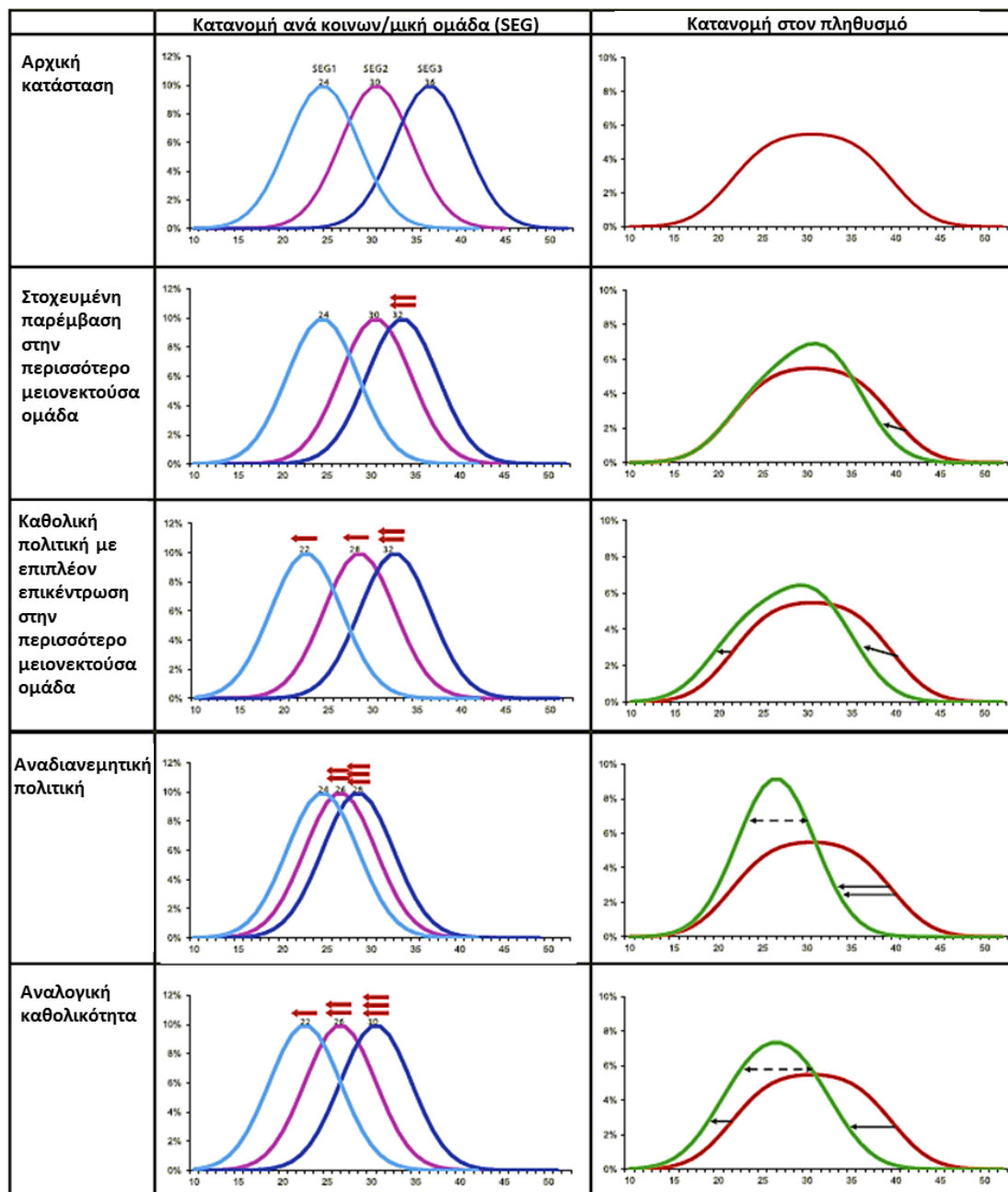
Οι Benach κ.ά. (2013) παρουσίασαν μια τυπολογία τεσσάρων βασικών σεναρίων πολιτικής για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων ως προς έναν κίνδυνο υγείας (π.χ. κατανάλωση κορεσμένων λιπαρών οξέων), ο οποίος είναι περισσότερο συχνός σε χαμηλότερες θέσεις της κοινωνικής ιεραρχίας (**Γράφημα 9-1**). Ο πρώτος τύπος παρέμβασης έχει ως στόχο τη βελτίωση της υγείας της ομάδας που βρίσκεται στη χειρότερη κατάσταση³⁰⁹ και να μειώσει το χάσμα υγείας της σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό (π.χ. πολιτικές που εφαρμόζονται σε μειονεκτούσες περιοχές). Μια τέτοια δράση έχει ως συνέπεια τη μείωση των μέσων διαφορών (στον κίνδυνο) υγείας της περισσότερο μειονεκτούσας ομάδας με τις υπόλοιπες κοινωνικοοικονομικές ομάδες τόσο σε απόλυτους όσο και σε σχετικούς όρους, δηλαδή η δεξιά μόνο πλευρά της κατανομής της υγείας μετακινείται προς τα αριστερά, αλλά το συνολικό επίπεδο υγείας της κοινωνίας δεν μεταβάλλεται σημαντικά. Κατά τον δεύτερο τύπο δράσης, εφαρμόζεται μια καθολική παρέμβαση, η οποία ωφελεί το σύνολο του πληθυσμού, ενώ παράλληλα υπάρχει και κάποια ιδιαίτερη επικέντρωση στην περισσότερο μειονεκτούσα ομάδα (π.χ. προγράμματα διακοπής του καπνίσματος, τα οποία δίνουν προτεραιότητα σε μειονεκτούσες περιοχές). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της υγείας όλων των κοινωνικών ομάδων, ενώ παράλληλα μειώνεται η απόσταση υγείας μεταξύ των δύο άκρων της κοινωνικοοικονομικής κατανομής. Στο τρίτο σενάριο, εφαρμόζεται μια καθολική πολιτική για την αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος υγείας, η οποία έχει αναδιανεμητικά χαρακτηριστικά μεταξύ των κοινωνικών ομάδων, χωρίς όμως να παρουσιάζει κάποιο όφελος για την περισσότερο προνομιούχο ομάδα (π.χ. προοδευτικά συστήματα φορολόγησης). Με αυτόν τον τρόπο, οι ανισότητες υγείας μειώνονται προοδευτικά μεταξύ των κοινωνικών ομάδων και βελτιώνεται σημαντικά το μέσο επίπεδο υγείας του πληθυσμού (με τη μείωση του μέσου επιπέδου του κινδύνου υγείας). Τέλος, ο τέταρτος τύπος πολιτικής αναφέρεται στην έννοια της αναλογικής καθολικότητας (proportionate universalism), όπου οι δράσεις είναι καθολικές, αλλά η κλίμακα και η ένταση

³⁰⁹ Υποθέτουμε ότι ο κίνδυνος υγείας ακολουθεί την κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση, με συνέπεια το μεγαλύτερο κοινωνικό μειονέκτημα να συνοδεύεται και από υψηλότερο

Συμπεράσματα και συνέπειες πολιτικής

είναι αναλογικές του επιπέδου του κοινωνικού μειονεκτήματος (π.χ. γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών υγείας με βάση τις ανάγκες). Με αυτόν τον τρόπο, το όφελος της παρέμβασης αυξάνεται σε αντιστοιχία με το πόσο χαμηλά βρίσκεται η ομάδα στην κοινωνική ιεραρχία. Αυτό έχει ως συνέπεια να αμβλύνονται τα χάσματα υγείας μεταξύ όλων των ομάδων και η κατανομή του κινδύνου υγείας να μετακινείται ολόκληρη προς τα αριστερά και να γίνεται περισσότερο λεπτόκυρτη, δηλαδή μειώνονται οι διακυμάνσεις.

Γράφημα 9-1 Τυπολογία τεσσάρων σεναρίων πολιτικής για τη μείωση των ανισοτήτων



Πηγή: Benach κ.ά. (2013)

Η παραπάνω τυπολογία είναι ενδιαφέρουσα στον βαθμό που δείχνει ότι διαφορετικές επιλογές πολιτικής οδηγούν σε διαφορετικά αποτελέσματα. Έτσι, το δεύτερο και το τέταρτο σενάριο ενδεχομένως να μεγιστοποιούν τα συνολικά οφέλη για τον πληθυσμό, ενώ ο τρίτος τύπος πολιτικής μεγιστοποιεί τη μείωση των ανισοτήτων υγείας. Αν και στην πραγματικότητα μπορεί να μην απαιτείται πάντοτε μια αντιστάθμιση μεταξύ του μέσου επιπέδου υγείας (efficiency) και των ανισοτήτων στην υγεία (equity), θα πρέπει να αναγνωρίσουμε τη δυνατότητα πραγματοποίησης ενός τέτοιου συμβιβασμού (Anand, 2006).

Γενικότερα, η σύνδεση των θεωριών δικαιοσύνης στην υγεία με συγκεκριμένες παρεμβάσεις πολιτικής δεν είναι εύκολη. Αυτό διότι σε πολλές περιπτώσεις τα υποδείγματα κοινωνικής δικαιοσύνης αποτελούν απλώς θεωρητικές κατασκευές που δεν λαμβάνουν υπόψη τους περιορισμούς της πραγματικότητας ή δεν ασχολούνται με τις πρακτικές προεκτάσεις τους ως προς την επίλυση συγκεκριμένων προβλημάτων υγείας σε επίπεδο κοινωνίας μέσω δημοσίων πολιτικών. Επιπλέον, η παραπάνω θεώρηση δεν λαμβάνει υπόψη της άλλα κριτήρια, τα οποία μπορεί να υπεισέρχονται στον σχεδιασμό των πολιτικών, όπως είναι η προσωπική ευθύνη ή η αξιοσύνη αλλά και οι δυνατότητες. Η ειδοποιός διαφορά της συμπερίληψης τέτοιων παραμέτρων είναι ότι προσαρμόζουν τις όποιες παρεμβάσεις σε επίπεδο ατόμου, αντί να υπάρχει στόχευση σε επίπεδο κοινωνικοοικονομικής ομάδας. Πάντως, η αποκλειστική στόχευση στη μειονεκτούσα ομάδα φαίνεται να ταιριάζει περισσότερο με την αντίστοιχη προτεραιότητα που έδινε η προσέγγιση του Rawls στη βελτίωση της κατάστασης εκείνων των ομάδων που βρίσκονται στη χειρότερη θέση ή την αρχή της επίτευξης ενός επαρκούς επιπέδου υγείας. Έπειτα, οι αναδιανεμητικές πολιτικές που δεν παρέχουν οφέλη στην προνομιούχο ομάδα μάλλον συνιστούν κάποια έκφραση του εξισωτισμού, αν και σίγουρα όχι του απόλυτου. Ακόμη, η αναλογική καθολικότητα ενδεχομένως να αντιπροσωπεύει την εφαρμογή κάποιας μορφής της αρχής της προτεραιότητας βάσει της ανάγκης. Αντίθετα, η καθολική πολιτική με κάποια ιδιαίτερη επικέντρωση στην περισσότερο μειονεκτούσα ομάδα αποτελεί μάλλον κάποιο συγκεκριμένο διαφορετικών κανονιστικών θέσεων. Πάντως, το ότι δεν είναι πάντοτε εύκολο να γίνει άμεση αντιστοίχιση των κανονιστικών θέσεων με συγκεκριμένες δράσεις δεν είναι απαραίτητα μειονέκτημα. Τουναντίον, αυτό

δίνει την ευχέρεια επιλογής μεταξύ διαφορετικών πολιτικών που εμπίπτουν στο ευρύ φάσμα των ερμηνειών της εκάστοτε θεωρητικής προσέγγισης της δικαιοσύνης.

Η αλληλεξάρτηση της ηθικής και της εμπειρικής διάστασης επιβεβαιώνεται και από το ότι θα πρέπει να τεκμηριωθεί η αιτιώδης σχέση μεταξύ της ανισοκατανομής των κοινωνικών παραγόντων και των ανισοτήτων υγείας, προκειμένου στη συνέχεια να αναπτυχθεί η ηθική βάση της αναγκαιότητας άμβλυνσης των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας διαμέσου παρεμβάσεων στους κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστές της υγείας. Το εμπειρικό μέρος της διατριβής έδειξε ότι η εκπαίδευση και η κύρια ασχολία συμβάλουν σημαντικά στην παραγωγή των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας. Επίσης, υπάρχουν και άλλοι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες που τις επηρεάζουν, αλλά αυτό εξαρτάται είτε από τον τρόπο κοινωνικοοικονομικής κατάταξης του πληθυσμού είτε από τη χρονική περίοδο. Έτσι, η σοβαρή υλική στέρηση και το εισόδημα συμβάλουν σταθερά στην παραγωγή των εισοδηματικών ανισοτήτων υγείας και η χαμηλή ένταση εργασίας στο νοικοκυριό και τα σοβαρά προβλήματα στέγασης κατά τη διάρκεια της κρίσης, ενώ η υπηκοότητα και οι μεταβλητές της περιοχής κατοικίας τις περιορίζουν, ιδίως το 2012. Επίσης, η ηλικία, ενώ ενίσχυε τις εκπαιδευτικές ανισότητες καθόλη τη διάρκεια της περιόδου της ανάλυσης, η επίδραση της αντιστρέφεται για τις εισοδηματικές ανισότητες κατά τη διάρκεια της κρίσης.

Από τους παραπάνω παράγοντες αξίζει να σταθούμε περισσότερο σε εκείνον της εκπαίδευσης, καθώς η επίδρασή της όχι μόνο είναι η σημαντικότερη μεταξύ των παραγόντων που χρησιμοποιήθηκαν στα υποδείγματα, αλλά επιπλέον ενισχύεται σημαντικά με την πάροδο του χρόνου. Μάλιστα, είναι αξιοσημείωτο πως η εκπαίδευση διατηρεί τη βαρύτητα της στην παραγωγή των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας παρά την ταυτόχρονη παρουσία πολλών άλλων μεταβλητών που εκφράζουν τον υλικό μηχανισμό επίδρασης του κοινωνικού πλαισίου στην υγεία αλλά και τη σταδιακή εξασθένιση της σχέσης της με το εισόδημα. Αυτό σημαίνει ότι μάλλον αυξάνεται η επίπτωση άλλων άυλων μηχανισμών που συνδέουν την εκπαίδευση με την υγεία. Αυτοί οι ψυχοκοινωνικοί μηχανισμοί μπορεί να αναφέρονται αρχικά στα κοινωνικά δίκτυα και τις διαπροσωπικές ικανότητες των ατόμων που ενισχύουν το

κοινωνικό κεφάλαιό τους. Έχουμε ήδη συζητήσει το πως το κοινωνικό κεφάλαιο των ατόμων μπορεί να παρέχει τόσο συναισθηματική (προστασία από τις συναισθηματικές και συμπεριφορικές αρνητικές συνέπειες στρεσογόνων καταστάσεων, όπως είναι η απώλεια της εργασίας) όσο και πρακτική (π.χ. πρόσβαση σε πληροφορίες, πόρους και ευκαιρίες) υποστήριξη. Έπειτα, το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο ενισχύει τη σχετιζόμενη με την υγεία γνώση και τη δυνατότητα αξιοποίησής της και βελτιώνει τη γνωστική και συναισθηματική λειτουργία των ατόμων, με συνέπεια να γίνονται περισσότερο δεκτικά σε μηνύματα δημόσιας υγείας και να αξιοποιούν περισσότερο αποτελεσματικά τις υγειονομικές υπηρεσίες. Ακόμη, η εκπαίδευση ενδυναμώνει την αίσθηση του προσωπικού ελέγχου και τις γενικές δεξιότητες, όπως είναι η δυνατότητα αφηρημένης σκέψης, καθυστέρησης της ικανοποίησης και συμμόρφωσης με κανόνες, οι οποίες με τη σειρά τους προωθούν την επιλογή προστατευτικών για την υγεία συμπεριφορών (Smith κ.ά., 1998· Galobardes κ.ά., 2006b· Ross και Mirowsky, 2011· Berkman κ.ά., 2014· Braveman και Gottlieb, 2014). Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι το μέσο εκπαιδευτικό επίπεδο βελτιώνεται με την πάροδο του χρόνου. Αυτό σημαίνει ότι συρρικνώνεται το μέγεθος των ομάδων των χαμηλότερων εκπαιδευτικών βαθμίδων, με τα άτομα που ανήκουν σε αυτές είτε να είναι παλαιότερης κοόρτης και με περισσότερα προβλήματα υγείας είτε να επιβαρύνονται από πολλαπλά κοινωνικά μειονεκτήματα (Berkman κ.ά., 2014).

Η απόδειξη της σχέσης (ή και της πιθανότητας ύπαρξής της) μεταξύ ενός κοινωνικοοικονομικού παράγοντα και της υγείας δεν τεκμηριώνει παράλληλα και ποια είναι η πιο αποτελεσματική ή/και αποδοτική παρέμβαση πολιτικής (Preda και Voigt, 2015· Braveman, 2016)³¹⁰. Αυτό εξαρτάται εν μέρει από το

³¹⁰ Μάλιστα, η αιτιώδης σχέση μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών προσδιοριστών και της υγείας δεν συνεπάγεται αυτόματα και ότι η καλύτερη στρατηγική για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και τη μείωση των ανισοτήτων υγείας είναι η επικέντρωση σε αυτούς τους παράγοντες. Ο Rothstein (2002) υποστηρίζει ότι ένα ευρύτερο μοντέλο δημόσιας υγείας που εστιάζει στους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας μπορεί να εξασθενίζει τη δυναμική της σχετικής συζήτησης. Καθότι σχεδόν κάθε διάσταση της ζωής επηρεάζει την υγεία, τότε σχεδόν τα πάντα εμπίπτουν στο πεδίο της δημόσιας πολιτικής υγείας (boundary problem) (Goldberg, 2017).

σχετικό κόστος των μέτρων που θα πρέπει να αναληφθούν. Σε αυτήν την περίπτωση, ο στόχος της άμβλυσης των ανισοτήτων υγείας θα πρέπει να σταθμιστεί σε σχέση με άλλους στόχους της δημόσιας υγείας. Γενικότερα, οι καθολικές και οι στοχευμένες δράσεις δεν είναι αμοιβαία αποκλειόμενες. Η επιλογή της πολιτικής εξαρτάται από το συγκεκριμένο ιστορικό, κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό πλαίσιο της κάθε χώρας αλλά και τις ιδιαιτερότητες του συγκεκριμένου προβλήματος υγείας (Benach κ.ά., 2013). Όλα τα παραπάνω στοιχεία μπορεί να επηρεάσουν την πραγματική αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα της κάθε παρέμβασης. Σε κάθε περίπτωση, είναι γενικότερα δύσκολο να προβλέψουμε με ακρίβεια τα μακροπρόθεσμα οφέλη μιας πολιτικής δράσης για την εξάλειψη των ανισοτήτων υγείας. Αυτό αφενός λόγω της χρονικής υστέρησης της επίπτωσής τους, και αφετέρου διότι δεν είναι εύκολο –αλλά ούτε και ηθικά σωστό– να υποβληθούν ομάδες του πληθυσμού σε κοινωνικά πειράματα (Macintyre, 1997a).

Έπειτα, όπως παρατηρούν οι Woodward και Kawachi (2000), πέρα από τα όποια κανονιστικά επιχειρήματα, υπάρχουν και πρακτικά οφέλη στην πολιτική επιλογή της άμβλυσης των ανισοτήτων υγείας. Οι κοινωνικές ανισότητες που οδηγούν στις ανισότητες υγείας δεν επηρεάζουν μόνο εκείνους που βρίσκονται σε μειονέκτημα, αλλά και ολόκληρη την κοινωνία μέσω παράπλευρων συνεπειών (spillover effects). Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι κακές συνθήκες διαβίωσης που οδηγούν στην ανάπτυξη μολυσματικών ασθενειών στις φτωχές περιοχές, οι οποίες όμως μπορεί να μεταδοθούν και σε πλουσιότερες. Επιπλέον, άλλου είδους κοινωνικά προβλήματα που σχετίζονται με το κοινωνικό μειονέκτημα, όπως είναι ο κοινωνικός αποκλεισμός, η εγκληματικότητα και η κατάχρηση αλκοόλ, επίσης επηρεάζουν το σύνολο της κοινωνίας. Παράλληλα, οι παραπάνω συγγραφείς υποστηρίζουν ακόμη ότι παρεμβάσεις εκτός του συστήματος υγείας είναι και αποτελεσματικές ως προς το κόστος τους, καθότι έχουν σημαντικά ευεργετικές συνέπειες ως προς τις ανισότητες υγείας (Woodward και Kawachi, 2000).

9.2.1.2. Υγεία σε όλες τις πολιτικές και αξιολόγηση του υγειονομικού αντικτύπου των δημοσίων πολιτικών

Οι Diderichsen κ.ά. (2001· 2004) πρότειναν πέντε μορφές παρεμβάσεων με στόχο τη μείωση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας. Σε ένα πρώτο επίπεδο, θα πρέπει να προωθηθούν πολιτικές για την άμβλυση των γενικότερων κοινωνικών ανισοτήτων, ιδίως αυτές που έχουν σχέση με τη βελτίωση την ευκαιριών των ανθρώπων για κοινωνική κινητικότητα και τη βελτίωση της ευημερίας τους, όπως είναι οι ρυθμίσεις της αγοράς εργασίας, η πρόσβαση στην εκπαίδευση, τα μέτρα κοινωνικής προστασίας και η μείωση των εμποδίων που δημιουργεί ο θεσμικός ρατσισμός και άλλου είδους διακρίσεις στην αγορά εργασίας. Σε ένα δεύτερο στάδιο, οι διάφορες πολιτικές υγείας θα πρέπει να εφαρμόζουν στρατηγικές που θα στοχεύουν στη μείωση της έκθεσης των μη προνομιούχων ατόμων σε παράγοντες που είναι επιβλαβείς για την υγεία τους (π.χ. βελτίωση των συνθηκών εργασίας). Αυτό διότι τα μη στοχευμένα προγράμματα προώθησης της υγείας τείνουν να ευνοούν περισσότερο τις ανώτερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες, οι οποίες έχουν είτε καλύτερη δυνατότητα (πόρους) να ανταποκριθούν σε αυτές τις παρεμβάσεις είτε μεγαλύτερο όφελος από την αλλαγή συμπεριφοράς (MacIntyre, 1994· Diderichsen κ.ά., 2001· Diderichsen, 2004). Πάντως, ανεξαρτήτως της αφθονίας των φιλικών προς την υγεία επιλογών, κάποια άτομα θα εξακολουθούν να μην τις υιοθετούν, ενώ μπορεί να συμβαίνει και το αντίστροφο. Συνεπώς, πολιτικές που στοχεύουν σε συγκεκριμένους μόνο παράγοντες κινδύνου δεν επαρκούν για τη μείωση της ευπάθειας των ατόμων που βρίσκονται σε μειονεκτική κοινωνική θέση, αλλά απαιτείται μια συνολικότερη στρατηγική αντιμετώπισης των ευπαθειών των μειονεκτούντων ατόμων (π.χ. άμβλυση της διάδρασης μεταξύ επιβλαβών εκθέσεων στην υγεία)³¹¹. Ένα άλλο κρίσιμο πεδίο παρέμβασης αναφέρεται στην ανάγκη να είναι διαθέσιμο ένα αποτελεσματικό δίκτυο ασφαλείας, το οποίο θα προστατεύει

³¹¹ Σε αυτό το πλαίσιο, οι Kumanyika κ.ά. (2008) αναφέρθηκαν στην ανάγκη για μια επιλεκτική παρέμβαση ευρύτερης κλίμακας σε ομάδες υψηλού κινδύνου, που μπορεί να αφορά σε ανθυγιεινές συνθήκες στέγασης, επικίνδυνες συνθήκες εργασίας και διατροφικές ελλείψεις και μια στοχευμένη παρέμβαση προσφοράς υπηρεσιών.

τα άτομα χαμηλότερης κοινωνικής θέσης από τις κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις της ασθένειας. Έτσι, ένα σύστημα καθολικής πρόσβασης μπορεί θεωρητικά να δίνει πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας σε όλον τον πληθυσμό, ωστόσο αυτό δεν αμβλύνει την κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση των συνεπειών της κακής υγείας. Επιπλέον, η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας θα πρέπει να είναι τέτοια, ώστε να προστατεύει τα άτομα από καταστροφικές ή και φτωχοποιητικές ιατρικές δαπάνες. Τα συστήματα που στηρίζονται λιγότερο σε άμεσες ιδιωτικές πληρωμές συνήθως προσφέρουν καλύτερη οικονομική προστασία από συμβάντα κακής υγείας (WHO, 2005)³¹². Τέλος, το τελευταίο πεδίο παρέμβασης που προτείνεται είναι πολιτικές για τις μακρο-οικονομικές και ευρύτερες κοινωνικές συνθήκες με στόχο για τη βελτίωση της κοινωνικής συνοχής και του κοινωνικού κεφαλαίου (π.χ. κοινωνικό δίκτυο προστασίας, αναδιανεμητικές πολιτικές) (Diderichsen κ.ά., 2001· Diderichsen, 2004).

Σύμφωνα με την Επιτροπή για τους Κοινωνικούς Προσδιοριστές της Υγείας του Π.Ο.Υ., οι πολιτικές για την αντιμετώπιση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας μπορούν να λάβουν τρεις βασικές μορφές (Solar και Irwin, 2010):

- α. Τη στοχευμένη βελτίωση της υγείας των μειονεκτούντων ατόμων. Η προσέγγιση αυτή έχει το πλεονέκτημα ότι εστιάζει σε μια σαφώς καθορισμένη και μικρή ομάδα του πληθυσμού και μπορεί να συνδυαστεί με άλλες δράσεις για την καταπολέμηση των συνεπειών της οικονομικής ανέχειας. Ωστόσο, καθότι ωφελεί μόνο μια υπο-ομάδα του πληθυσμού, μπορεί να μην συγκεντρώσει επαρκή πολιτική υποστήριξη. Επίσης, δεν συνδέεται με δεσμεύσεις για συγκεκριμένους στόχους, με συνέπεια μια

³¹² Κατά τους Χυ κ.ά. (2003), μια αύξηση 1% στο ποσοστό των άμεσων ιδιωτικών δαπανών στο σύνολο των δαπανών υγείας οδηγεί σε 2,2% αύξηση στο ποσοστό των νοικοκυριών που υπόκεινται σε καταστροφικές δαπάνες υγείας. Ο Π.Ο.Υ. υπογραμμίζει τρεις παράγοντες που ευνοούν την εμφάνιση καταστροφικών δαπανών (WHO, 2005): α) οι υπηρεσίες υγείας που απαιτούν άμεσες ιδιωτικές πληρωμές, β) η χαμηλή ικανότητα πληρωμής από το νοικοκυριό και γ) η απουσία μηχανισμών προ-πληρωμής για τη διάχυση του κινδύνου.

ενδεχομένη μεγαλύτερη βελτίωση της υγείας στα ανώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα να διευρύνει τις ανισότητες υγείας.

- β. Την άμβλυνση των χασμάτων υγείας μεταξύ των προνομιούχων και των μειονεκτουσών ομάδων. Η προσέγγιση αυτή, αν και αντιμετωπίζει το πρόβλημα της πιθανής διεύρυνσης των σχετικών ανισοτήτων, μπορεί να παρουσιάσει τα μειονεκτήματα της προηγούμενης στρατηγικής, καθώς παραβλέπει την κατάσταση των ενδιάμεσων κοινωνικών ομάδων.
- γ. Την αντιμετώπιση της κοινωνικής διαβάθμισης της υγείας συνολικά στον πληθυσμό. Αν και πρόκειται για το πιο ολοκληρωμένο σχέδιο δράσης, είναι αρκετά περίπλοκο και δαπανηρό και συνδέεται με σημαντικές τεχνικές και πολιτικές δυσκολίες.

Βέβαια, οι προηγούμενες στρατηγικές δεν είναι αναγκαστικά αμοιβαία αποκλειόμενες, αλλά μπορεί να συμπληρώνει η μια την άλλη (Solar και Irwin, 2010). Ένα βασικό στοιχείο του υποδείγματος της Επιτροπής αυτής είναι ότι οι παρεμβάσεις για τη μείωση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας απαιτούν πρωτίστως την εφαρμογή μιας διατομεακής προσέγγισης και όχι μόνο δράσεων μέσω του συστήματος υγείας για την αντιμετώπιση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας³¹³. Οι κοινωνικές και οι αναδιανεμητικές πολιτικές (π.χ. η προοδευτική φορολογία, το κοινωνικό δίκτυο προστασίας, οι ενεργητικές πολιτικές απασχόλησης και η προστασία των εργαζομένων, η καταπολέμηση των διακρίσεων και η δημόσια χρηματοδότηση της υγείας, της εκπαίδευσης κ.λπ.) αποτελούν ένα πρόσφορο μέσο για την επίτευξη του σκοπού της μείωσης των ανισοτήτων υγείας.

Σύμφωνα με τη στρατηγική της «Υγεία σε Όλες τις Πολιτικές» (Health in All Policies, HiAP), οι παρεμβάσεις σε άλλους τομείς, όπως είναι η στέγαση, η εργασία και η εκπαίδευση, ασκούν σημαντικό αντίκτυπο στην υγεία του

³¹³ Επιπλέον, οι πολιτικές θα πρέπει να στοχεύουν στην ενσωμάτωση και την ενδυνάμωση των κοινοτήτων που επηρεάζονται από τις σχετικές αποφάσεις, προκειμένου να καταστούν ενεργοί πρωταγωνιστές στη διαμόρφωση των ευκαιριών υγείας τους. Αυτή η προσέγγιση δεν αποτελεί απλά μέρος των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, αλλά συνιστά και απαραίτητη προϋπόθεση για τη διασφάλιση της μακροπρόθεσμης βιωσιμότητας των σχετικών παρεμβάσεων (Solar και Irwin, 2010).

πληθυσμού. Σε αυτό το πλαίσιο, οι πολιτικές των διαφορετικών τομέων της δημόσιας διοίκησης θα πρέπει να λειτουργούν συμπληρωματικά και με συνοχή ως προς τον στόχο της παραγωγής της υγείας και της ισοτιμίας στην υγεία (Commission on the Social Determinants of Health, 2008). Έτσι, δεν θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι υγειονομικές συνέπειες μόνο των πολιτικών που ρητά αναφέρονται σε ζητήματα υγείας, αλλά να υπάρχει μια οριζόντια, διατομεακή προσέγγιση και μια ενσωμάτωση της προσοχής για τους κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστές της υγείας σε όλο το φάσμα των δημοσίων πολιτικών (Goldberg, 2017). Ωστόσο, η στρατηγική της «Υγεία σε Όλες τις Πολιτικές» δεν έχει εφαρμοστεί στην Ελλάδα μέχρι σήμερα, ενώ οι προσπάθειες για τη σύσταση διϋπουργικών επιτροπών δεν έχουν αναπτυχθεί πλήρως (Economou κ.ά., 2017)³¹⁴.

Άμεσα συνδεδεμένη με τη στρατηγική της «Υγεία σε Όλες τις Πολιτικές» είναι η αξιολόγηση του υγειονομικού αντικτύπου (health impact assessment, HIA) των δημοσίων πολιτικών (Bert κ.ά., 2015)³¹⁵. Η αξιολόγηση του

³¹⁴ Ένας θεσμός που έχει συσταθεί από το 2015 και θα μπορούσε να συμβάλει στην ανάπτυξη διατομεακών δράσεων για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού αποτελεί το Κυβερνητικό Συμβούλιο Κοινωνικής Πολιτικής (ΚΥ.Σ.ΚΟΙ.Π.) (ΦΕΚ 137/Α'/3-11-2015). Το Συμβούλιο αυτό είναι αρμόδιο, μεταξύ άλλων, για την επεξεργασία, την προώθηση και την εποπτεία της υλοποίησης του προγράμματος κοινωνικής πολιτικής της Κυβέρνησης, καθώς και για τον σχεδιασμό και την παρακολούθηση υλοποίησης διϋπουργικών και διατομεακών δράσεων κοινωνικής πολιτικής.

Επιπλέον, υπάρχουν και κάποιες οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών (επιτηρούμενες ή όχι από τα αντίστοιχα υπουργεία), οι οποίες επικεντρώνονται στον υγειονομικό αντίκτυπο κάποιων δημοσίων πολιτικών, χωρίς όμως να αποτελεί ένα καλά συντονισμένο δίκτυο για την προστασία της υγείας του πληθυσμού (Economou κ.ά., 2017), όπως:

- Το Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας στην Εργασία (ΕΛΙΝΥΑΕ), το οποίο συστάθηκε από τις ενώσεις των εργαζομένων και εργοδοτών και ελέγχει και αναλύει την υγειονομική επίπτωση των διάφορων επικίνδυνων παραγόντων και συνθηκών εργασίας.
- Ο Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων (ΕΦΕΤ), ο οποίος εποπτεύεται από το Υπουργείο Αγροτικής Ανάπτυξης και Τροφίμων και έχει ως σκοπό τον καθορισμό και τον έλεγχο των προδιαγραφών ποιότητας των τροφίμων και της παραγωγής τους.
- Διάφορες μη κυβερνητικές οργανώσεις; που προστατεύουν τα δικαιώματα των καταναλωτών, την υγιεινή και την ασφάλεια και προωθούν την ποιότητα ζωής (π.χ. Ελληνικό Ινστιτούτο Καταναλωτή).

Τέλος, δεν έχει αξιοποιηθεί και το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (Ε.ΣΥ.Δ.Υ.), το οποίο αποτελεί ένα γνωμοδοτικό όργανο του Υπουργείου Υγείας, που είναι αρμόδιο, μεταξύ άλλων, για τη χάραξη της Εθνικής Στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία και την εκπόνηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία (ΦΕΚ 129/Α'/3-8-2010).

³¹⁵ Σε κάποιες περιπτώσεις αναφέρεται χωριστά η ανάγκη για αξιολόγηση του αντικτύπου των δημοσίων πολιτικών και στην ισοτιμία στην υγεία (health equity impact assessment, HEIA).

υγειονομικού αντικτύπου συνδυάζει διαδικασίες, μεθόδους και εργαλεία για τη συστηματική ανάλυση των πιθανών (θετικών ή αρνητικών) επιπτώσεων μιας πολιτικής, ενός προγράμματος ή ενός έργου στην υγεία ενός πληθυσμού και την κατανομή των συνεπειών αυτών (Lee κ.ά., 2013). Τέτοιου είδους αναλύσεις είναι εξαιρετικά χρήσιμες, καθώς ανατροφοδοτούν τον σχεδιασμό των πολιτικών, παρέχοντας κατευθύνσεις σχετικά με τον τρόπο προσαρμογής των προτεινόμενων πολιτικών για την αποφυγή κινδύνων ή την προώθηση της υγείας και την άμβλυση των ανισοτήτων υγείας (Commission on the Social Determinants of Health, 2008).

Στην Ελλάδα, η αξιολόγηση του υγειονομικού αντικτύπου των δημοσίων πολιτικών έχει γενικά παραμεληθεί (Economidou κ.ά., 2017). Η ανάλυση των συνεπειών των ρυθμίσεων (ex-ante evaluation) και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων εφαρμογής των ρυθμίσεων (ex-post evaluation) αποτελούν δύο από τα μέσα της καλής νομοθέτησης. Η πρώτη ανάλυση συνεπάγεται την εκτίμηση των άμεσων και έμμεσων συνεπειών της θέσπισης νέων ρυθμίσεων, ενώ η δεύτερη συνδέεται με την αποτίμηση των θετικών και των αρνητικών αποτελεσμάτων που προήλθαν από τις ρυθμίσεις αυτές (OECD, 2011). Στην Ελλάδα, το σύστημα της αξιολόγησης των κανονιστικών επιπτώσεων εισήχθη με την υπ αριθμ. Υ190/18.7.2006 Εγκύκλιο του Πρωθυπουργού (Μακρυδημήτρης, 2008). Στη συνέχεια, οι διάσπαρτες αρχές της καλής νομοθέτησης έγιναν δεσμευτικές με τον ν.4048/2012 (ΦΕΚ 34Α'/23-02-2012), ο οποίος αντικαταστάθηκε πρόσφατα από τον ν.4622/2019 (ΦΕΚ 133/Α'/7-8-2019). Σύμφωνα με τις τελευταίες προβλέψεις, κάθε σχέδιο νόμου, προσθήκη ή τροπολογία, καθώς και κανονιστική απόφαση μείζονος οικονομικής ή κοινωνικής σημασίας, συνοδεύεται από μια έκθεση γενικών συνεπειών, στην οποία αναλύονται οι συνέπειες της ρύθμισης, δηλαδή τα οφέλη, το κόστος και οι κίνδυνοι ως προς τα ακόλουθα πεδία: α) τους θεσμούς, τη δημόσια διοίκηση και τη διαφάνεια, β) την αγορά, την οικονομία και τον ανταγωνισμό γ) την κοινωνία και τις κοινωνικές ομάδες, δ) το φυσικό, το αστικό και το πολιτιστικό

Ωστόσο, δεν φαίνεται να απαιτείται η ανάπτυξη μιας παράλληλης μεθοδολογίας ή εργαλείου, αλλά απλώς η ενίσχυση της επικέντρωσης σε ζητήματα ισοτιμίας (Povall κ.ά., 2013).

περιβάλλον και ε) τη νησιωτικότητα. Είναι αξιοσημείωτο πως ο πρόσφατος νόμος (ούτε και η αιτιολογική έκθεση αυτού) δεν αναφέρεται στην αξιολόγηση των επιπτώσεων των προτεινόμενων ρυθμίσεων στη δημόσια υγεία, σε αντίθεση με την εγκύκλιο του 2006. Πάντως, το Εγχειρίδιο Ανάλυσης Συνεπειών Ρύθμισης, που συντάχθηκε και δημοσιεύτηκε πρόσφατα (Μάιος 2020) από την Προεδρία της Κυβέρνησης και τη Γενική Γραμματεία Νομικών και Κοινοβουλευτικών Θεμάτων³¹⁶, αρχικά κάνει αναφορά στους στόχους βιώσιμης ανάπτυξης των Η.Ε. που μπορεί να επιδιώκονται με την αξιολογούμενη ρύθμιση, μεταξύ των οποίων είναι και η «Καλή Υγεία και Ευημερία». Επίσης, στους ειδικότερους στόχους που επιδιώκονται με την εκάστοτε προτεινόμενη ρύθμιση συμπεριλαμβάνονται και κάποιοι δείκτες υγείας, οι οποίοι όμως αφορούν κυρίως στις εισροές και τις εκροές του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Συνολικά, λοιπόν, οι υπάρχουσες ρυθμίσεις δίνουν τη δυνατότητα για την αξιολόγηση του υγειονομικού αντικτύπου των ρυθμίσεων, αλλά δεν φαίνεται να συμβαίνει το ίδιο και για τον αντίκτυπό τους στην ισοτιμία στην υγεία. Σε κάθε περίπτωση, η δυνατότητα αυτή είναι έμμεση και δεν διαπνέεται από τη διατομεακή προσέγγιση που απαιτείται από τη στρατηγική της «Υγεία σε όλες τις πολιτικές» αλλά και για την αντιμετώπιση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας.

Τέλος, είναι σημαντικό να διαμορφωθεί ένα θεσμικό πλαίσιο παρακολούθησης και αξιολόγησης των ανισοτήτων υγείας στην Ελλάδα. Αρχικά, αυτό συνεπάγεται τη χάραξη μιας εθνικής στρατηγικής για τις ανισότητες υγείας και τη διαμόρφωση δεικτών για την παρακολούθηση της προόδου³¹⁷. Ακολούθως, απαιτείται η συστηματική συλλογή δεδομένων για αυτούς τους δείκτες και η αξιολόγηση της μεταβολής τους στον χρόνο. Επίσης,

³¹⁶ Βλ. https://gslegal.gov.gr/?page_id=45.

³¹⁷ Θα πρέπει να επισημανθεί ότι στο Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο για τη Δημόσια Υγεία 2019-2022 υπάρχει μέριμνα για τη μείωση των ανισοτήτων πρόσβασης σε υπηρεσίες φροντίδας υγείας με την πρόβλεψη δημιουργίας ενός Παρατηρητηρίου (βλ. <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-ygeia/ethnika-sxedia-drashs/6237-ethniko-sxedio-drashs-gia-thn-dhmosia-ygeia?fdl=14940>). Ωστόσο, μέχρι σήμερα αυτό το όργανο δεν έχει συσταθεί, του οποίου, άλλωστε, το αντικείμενο περιορίζεται σε ζητήματα πρόσβασης στο σύστημα υγείας.

η παρακολούθηση συνδέεται και με την ανάλυση των συνεπειών εφαρμογής συγκεκριμένων παρεμβάσεων. Πρόκειται για μια συνεχής και κυκλική διαδικασία, η οποία τεκμηριώνει την ανάγκη αλλαγής και βελτίωσης των πολιτικών (World Health Organization, 2013b).

9.2.2. Πολιτικές για τη διαχείριση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας

Τα αποτελέσματα της εμπειρικής ανάλυσης έδειξαν την παράλληλη λειτουργία μηχανισμών που έχουν αντίθετη επίπτωση στις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας στην περίπτωση της πρόσφατης οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα. Αρχικά, είναι ενδιαφέρον πως η αλλαγή της σύνθεσης των πληθυσμών, λόγω των αρνητικών κοινωνικοοικονομικών μεταβολών της κρίσης και της αιφνίδιας καθοδικής κοινωνικής κινητικότητας, οδήγησε σε κάποιες περιπτώσεις στην άμβλυνση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας. Αυτή η παράδοξη εξέλιξη σίγουρα δημιουργεί μια δισεπίλυτη κατάσταση για κάποιες θεωρίες κοινωνικής δικαιοσύνης στην υγεία. Προσεγγίσεις που αναγνωρίζουν κάποια αυταξία στην ισότητα στην υγεία ενδεχομένως να αξιολογούν αυτήν τη νέα κατάσταση ως καλύτερη σε σχέση με την προηγούμενη (από τουλάχιστον μια άποψη), καθότι κάποιες κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας συμπίεστηκαν. Ωστόσο, οι περισσότερες συλλήψεις θα αξιολογούσαν την νέα κατανομή της υγείας μάλλον ως χειρότερη για διάφορους λόγους. Καταρχάς, παράλληλα με την άμβλυνση κάποιων κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας, το μέσο επίπεδο υγείας του πληθυσμού επιδεινώθηκε. Συνεπώς, θεωρήσεις που δίνουν σημασία στη μεγιστοποίηση της συνολικής κοινωνικής ευημερίας θα προέβαλαν σημαντικές ηθικές αντιρρήσεις. Έπειτα, παρά τη μείωση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας, το επίπεδο υγείας χειροτέρευσε και για τις περισσότερο μειονεκτούσες ομάδες. Αυτή η περίπτωση, λοιπόν, φαίνεται να εκφράζει μια μορφή του προβλήματος της «ισοπέδωσης προς τα κάτω», η οποία αποτελεί μια ανεπιθύμητη κατάσταση για τις περισσότερες συλλήψεις της κοινωνικής δικαιοσύνης. Ακόμη περισσότερο –και εδώ φαίνεται η αλληλεξάρτηση μεταξύ της ηθικής και εμπειρικής διάστασης– αυτή η μείωση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων δεν μπορεί παρά να είναι βραχύβια, καθώς

η επιδείνωση των συνθηκών διαβίωσης θα αρχίζει να επηρεάζει από ένα σημείο και έπειτα τα άτομα που απώλεσαν την εργασία ή το εισόδημά τους. Επομένως, είναι πιθανό η οικονομική κρίση να οδηγήσει μακροπρόθεσμα όχι μόνο σε αντιστροφή των βραχυπρόθεσμων και μεσοπρόθεσμων συνεπειών της, αλλά και σε κάποια επιτάχυνση της διεύρυνσης των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας.

Οι επιπτώσεις των οικονομικών ανακατατάξεων κατά τη διάρκεια της κρίσης έδειξαν τη σημασία που έχουν οι κοινωνικές μεταβιβάσεις όχι μόνο για την προστασία του πληθυσμού από τις υγειονομικές επιπτώσεις της κρίσης, αλλά και για τη συγκράτηση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας. Συνεπώς, είναι σημαντική η διατήρηση ή και η περαιτέρω ενίσχυση του κοινωνικού δικτύου ασφαλείας που υποστηρίζει τις ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες (Zavras κ.ά., 2013· Coveney κ.ά., 2020). Σε αυτό το πλαίσιο, θα πρέπει να λαμβάνονται προληπτικά μέτρα που να στοχεύουν στις ομάδες που αναμένεται ότι θα υποστούν τις σημαντικότερες αρνητικές κοινωνικοοικονομικές μεταβολές (Córdoba-Doña κ.ά., 2016). Αυτό αφορά πρωτίστως στα άτομα που βρίσκονται σε καθεστώς ακραίας φτώχειας ή/και είναι χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου και κατάρτισης. Ειδικά για τα άτομα χαμηλής μόρφωσης, αυτά συνδέονται με αυξημένη πιθανότητα απώλειας της εργασίας ή επιδείνωσης των συνθηκών εργασίας τους ή αντιμετώπισης οικονομικών δυσκολιών από την πτώση του μισθού τους, καθώς και δυσκολότερης επανένταξης στην αγορά εργασίας (Schmitz, 2011). Αυτή η ομάδα, λοιπόν, αντιμετωπίζει ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο κοινωνικού αποκλεισμού και άλλων κοινωνικών προβλημάτων, όπως είναι η φτώχεια και η έλλειψη στέγης (Barr κ.ά., 2015). Έπειτα, η εκπαίδευση μπορεί να τροποποιήσει τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της κρίσης. Έτσι, τα άτομα χαμηλότερης μόρφωσης είναι περισσότερο πιθανό να παρουσιάσουν αρνητικές συναισθηματικές (π.χ. άγχος, κατάθλιψη) και συμπεριφορικές (π.χ. κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ) αποκρίσεις στο στρες που συνδέεται με τις οικονομικές πιέσεις της ύφεσης (Kirsch και Ryff, 2016· Colombo κ.ά., 2018).

Είναι επίσης σαφές πως οι οικονομικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης δημιουργούν νέες κοινωνικές ανάγκες. Έτσι, δεν είναι τόσο η ανεργία που μπορεί να αποτελέσει κίνδυνο υγείας όσο η συσσώρευση ανέργων ή

υποαπασχολούμενων στο ίδιο νοικοκυριό. Αυτό διότι η οικογένεια μπορεί να παράσχει όχι μόνο συναισθηματική υποστήριξη, αλλά και προστασία από τις αρνητικές κοινωνικοοικονομικές και υγειονομικές επιπτώσεις της κρίσης με τον διαμοιρασμό των πόρων μεταξύ των μελών του νοικοκυριού και τις οικονομίες κλίμακας (Burgard και Kalousova, 2015· Tattarini κ.ά., 2018). Είναι προφανές ότι αυτή η προστατευτική λειτουργία της οικογένειας περιορίζεται, καθώς οι αρνητικές συνέπειες της κρίσης αρχίζουν να επηρεάζουν περισσότερα μέλη του ίδιου νοικοκυριού. Πάντως, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η δημιουργία νέων θέσεων εργασίας δεν εξυπηρετεί απαραίτητα τους στόχους της δημόσιας υγείας, ιδίως όταν αυτές είναι χαμηλά αμειβόμενες ή χαρακτηρίζονται από κακές συνθήκες εργασίας (Benzeval κ.ά., 2014). Επομένως, οι αντι-κυκλικές πολιτικές δεν θα πρέπει να οδηγούν στη δημιουργία επισφαλών αλλά ποιοτικών θέσεων εργασίας, οι οποίες θα παρέχουν στους εργαζόμενους τους απαραίτητους υλικούς και ψυχοκοινωνικούς πόρους για την προαγωγή της υγείας τους. Γενικότερα, η απορρύθμιση της αγοράς εργασίας σε περίοδο ύφεσης δεν φαίνεται να μπορεί να επιφέρει τα επιθυμητά μακρο-οικονομικά αποτελέσματα, ενώ παράλληλα οδηγεί και στην άνοδο της επισφαλούς απασχόλησης, με σημαντικές αρνητικές συνέπειες για την υγεία των εργαζομένων (Ruckert και Labonté, 2017).

Έπειτα, η επικέντρωση των κοινωνικών υπηρεσιών και των νέων παρεμβάσεων θα πρέπει να είναι περισσότερο σε άτομα με περισσότερο σοβαρά ή πολλαπλά κοινωνικά μειονεκτήματα (Barr κ.ά., 2015). Τέτοια είναι εκείνα που υφίστανται έναν συνδυασμό αλληλένδετων προβλημάτων, όπως είναι η ανεργία, οι χαμηλού επιπέδου δεξιότητες, το μικρό εισόδημα, η κακή στέγαση, ένα περιβάλλον με υψηλή εγκληματικότητα ή με άλλα προβλήματα, η κακή υγεία και η διαλυμένη οικογένεια (Duncan και Corner, 2012). Αυτό ισχύει ιδίως για εκείνα τα άτομα που βρίσκονται στην ακμή της εργασιακής τους ζωής (Nelson και Tøge, 2017) και των οποίων το εισόδημα είναι εκτεθειμένο στις διακυμάνσεις της αγοράς. Πάντως, ο στόχος του περιορισμού της διεύρυνσης των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης θα πρέπει να συνδυάζεται με εκείνον της πρόληψης της επιδείνωσης του μέσου επιπέδου υγείας στον πληθυσμό. Άλλωστε, είναι δυνατόν να υπάρχουν μεγάλες ανισότητες υγείας και εντός των κοινωνικών ομάδων. Συνεπώς, οι

στοχευμένες δράσεις θα πρέπει να συνοδεύονται και από πολιτικές που θα έχουν καθολικό χαρακτήρα και θα αφορούν στην προαγωγή της υγείας του συνόλου του πληθυσμού.

Σε αυτό το σημείο, θα πρέπει να επισημανθεί ότι ο καθολικός χαρακτήρας της πρόσβασης στις υγειονομικές υπηρεσίες δεν φαίνεται να επαρκεί για να προστατεύσει τα φτωχότερα στρώματα του πληθυσμού από τις οικονομικές επιπτώσεις της ασθένειας στην Ελλάδα. Το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ανάμεσα στα περισσότερο ιδιωτικοποιημένα στην Ευρώπη, με τις άμεσες ιδιωτικές δαπάνες να αποτελούν πολύ σημαντικό χρηματοδότη του συστήματος (European Hospital and Healthcare Federation, 2015· Grigorakis κ.ά., 2016· Chantzaras και Yfantopoulos, 2018a), ενώ ταυτόχρονα χαρακτηρίζεται και από υψηλή σπατάλη πόρων, υπερφόρτωση, σημαντική προκλητή ζήτηση και εκτεταμένες άτυπες πληρωμές (Liaropoulos κ.ά., 2008· Simou και Koutsogeorgou, 2014· Grigorakis κ.ά., 2016). Μάλιστα, αυτές οι χρόνιες παθολογίες οξύνθηκαν περισσότερο κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Παράλληλα με τον περιορισμό της ικανότητας πληρωμής των νοικοκυριών λόγω της μείωσης των εισοδημάτων τους, ένα μεγάλο τμήμα του πληθυσμού βρισκόταν εκτός του συστήματος, καθότι η ύφεση είχε εκτοξεύσει το ποσοστό της ανεργίας και της αδήλωτης ή «μαύρης εργασίας» (Chantzaras και Yfantopoulos, 2018a). Επιπλέον, οι μεταρρυθμίσεις που επιβλήθηκαν από τα οικονομικά προγράμματα προσαρμογής μετέθεσαν ένα σημαντικό μέρος του κόστους του συστήματος στους ίδιους τους χρήστες των υπηρεσιών (Cylus κ.ά., 2012· Grigorakis κ.ά., 2016· Chantzaras και Yfantopoulos, 2018a). Αρχικά, με άμεσο τρόπο, με την αύξηση της οικονομικής συμμετοχής των ασθενών και τον περιορισμό της ασφαλιστικής κάλυψης ορισμένων υγειονομικών υπηρεσιών. Έπειτα, με έμμεσο τρόπο, καθώς η υποχρηματοδότηση του δημόσιου συστήματος υγείας έχει υποβαθμίσει σημαντικά την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, με συνέπεια πολλοί ασθενείς να αναγκάζονται να καταφεύγουν στον ιδιωτικό τομέα. Η κατάσταση αυτή δεν μπορεί παρά να έχει σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις στην κατάσταση υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Αυτό διότι, εξαιτίας του διπλού οικονομικού βάρους που πηγάζει από τις άμεσες οικονομικές συνέπειες της κρίσης και των νέων στρατηγικών διαμοιρασμού του κόστους, πολλοί ασθενείς από τις χαμηλότερες κοινωνικές

ομάδες μπορεί να καθυστερήσουν ή να αποφύγουν εντελώς τη χρήση απαραίτητων υγειονομικών υπηρεσιών, με συνέπεια να θέτουν σε κίνδυνο τη μελλοντική κατάσταση της υγείας τους (Xu κ.ά., 2006· Chantzaras και Yfantopoulos, 2018a). Από τα παραπάνω, λοιπόν, προκύπτει ότι είναι σημαντική η προστασία των ασθενών, ιδίως των ομάδων υψηλού κινδύνου για κοινωνικό αποκλεισμό, φτώχεια και ανεργία από τις οικονομικές επιπτώσεις της κακής υγείας τους σε περιόδους οικονομικής κρίσης (Thomson κ.ά., 2015). Επίσης, απαραίτητες είναι και παρεμβάσεις για την πρόληψη σημαντικών παραγόντων κινδύνου και την έγκαιρη διάγνωση χρόνιων ασθενειών μέσω καθολικών προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου, λόγω του αυξανόμενου επιπολασμού των χρόνιων νοσημάτων και των προβλημάτων πρόσβασης του πληθυσμού (Zavras κ.ά., 2013).

Γενικότερα, οι κατάλληλες πολιτικές και το επαρκές επίπεδο των κοινωνικών δαπανών μπορούν να περιορίσουν τις αρνητικές υγειονομικές επιπτώσεις της κρίσης. Αυτό διότι παρέχουν ατομικούς και συλλογικούς πόρους, στους οποίους δεν θα είχαν διαφορετικά πρόσβαση οι ευάλωτες ομάδες. Αμφότερες η παροχή (επαρκούς ποιότητας) κοινωνικών και υγειονομικών υπηρεσιών και η ανακατανομή του εισοδήματος μέσω της προοδευτικής φορολόγησης ενισχύουν τις ευκαιρίες υγείας των ευάλωτων ομάδων. Σε αυτό το πλαίσιο, θα πρέπει να διεξάγονται αξιολογήσεις του διαφοροποιημένου υγειονομικού αντικτύπου όλων των πολιτικών, προκειμένου να δοθεί προτεραιότητα στις πιο ευπαθείς ομάδες. Μεταξύ των ειδικών μέτρων που θα πρέπει να εφαρμόζονται συμπεριλαμβάνονται τα προγράμματα ενεργητικής απασχόλησης (ιδίως όταν αυτά αφορούν στην εκπαίδευση και την κατάρτιση), η εξασφάλιση της πραγματικά καθολικής πρόσβασης στο σύστημα υγείας και η προώθηση μέτρων δημόσιας υγείας, το δικαιότερο σύστημα φορολόγησης, τα μέτρα πρόληψης της απώλειας στέγης και η δημιουργία κοινωνικών κατοικιών, η ελάφρυνση των χρεών των νοικοκυριών και η αντιμετώπιση της ενεργειακής φτώχειας, καθώς και τοπικές παρεμβάσεις για τη βελτίωση των καθημερινών συνθηκών διαβίωσης, όπως με την ενίσχυση των παρεχόμενων δημοσίων υπηρεσιών και της ανθεκτικότητας των ατόμων (π.χ. μέσω της προώθησης του εθελοντισμού) έναντι των αιφνίδιων οικονομικών και άλλων συμβάντων που μπορεί να επιφέρει η ύφεση (Marmot κ.ά., 2013).

Εν κατακλείδι, διαπιστώθηκε η ύπαρξη μιας σημαντικής αλληλεξάρτησης μεταξύ της ηθικής και της εμπειρικής διάστασης στην έρευνα των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας, η οποία επηρεάζει τόσο τη διαδικασία της μέτρησης όσο και την ερμηνεία των αποτελεσμάτων της και τις συνέπειες πολιτικής. Έπειτα, η επιδείνωση του μέσου επιπέδου υγείας του ελληνικού πληθυσμού κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης συνοδεύτηκε και από μια διεύρυνση των συνολικών ανισοτήτων υγείας. Ως προς τα αποτελέσματα για τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας, παρατηρήθηκε μια σημαντική ετερογένεια, η οποία σχετίζεται με την έκβαση υγείας και με την κοινωνικοοικονομική μεταβλητή κατάταξης του πληθυσμού. Σε γενικές γραμμές, οι εισοδηματικές ανισότητες υγείας αμβλύνονται στην αρχή της ύφεσης και επιδεινώνονται στη συνέχεια, ενώ οι εκπαιδευτικές επιτείνονται διαρκώς. Διαπιστώθηκε, λοιπόν, η παράλληλη λειτουργία διαφορετικών μηχανισμών που επηρεάζουν με αντίθετο τρόπο τις μεταβολές των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης. Η αντιμετώπιση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας στην Ελλάδα απαιτεί μια διατομεακή προσέγγιση και μια εθνική στρατηγική για την υγεία του ελληνικού πληθυσμού, η οποία θα ξεπερνάει τα στεγανά μεταξύ των παραδοσιακών κύκλων αρμοδιοτήτων. Αυτό συνεπάγεται επιπλέον την ανάγκη αξιολόγησης του υγειονομικού αντικτύπου των δημοσίων πολιτικών κατά τον σχεδιασμό τους, καθώς και τη διαμόρφωση ενός θεσμικού πλαισίου παρακολούθησης των ανισοτήτων υγείας. Έπειτα, οι κοινωνικές υπηρεσίες και μεταβιβάσεις είναι πολύ σημαντικές όχι μόνο για την προστασία του πληθυσμού από τις υγειονομικές επιπτώσεις της κρίσης, αλλά και για τη συγκράτηση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας. Επιπλέον, απαιτούνται στοχευμένες πολιτικές για τις περισσότερο ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, ιδίως εκείνες που υφίστανται σοβαρά ή πολλαπλά κοινωνικά μειονεκτήματα, όπως είναι τα άτομα που βρίσκονται σε καθεστώς ακραίας φτώχειας ή/και είναι χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου και κατάρτισης. Τέλος, είναι απαραίτητη και η προστασία των ασθενών από τις οικονομικές επιπτώσεις της κακής υγείας τους, οι οποίες είτε τους δημιουργούν προβλήματα πρόσβασης είτε επιδεινώνουν ακόμη περισσότερο τις συνθήκες διαβίωσής τους.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Aaltonen, M., Macdonald, J. M., Martikainen, P. & Kivivuori, J. 2013. Examining The Generality Of The Unemployment-Crime Association. *Criminology*, 51(3), 561-594.
- Abel, T. 2008. Cultural capital and social inequality in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(7), e13-e13.
- Abraham, C., Sheeran, P. & Henderson, M. 2011. Extending social cognition models of health behaviour. *Health education research*, cyr018.
- Adam, S. & Papatheodorou, C. 2016. Dismantling the feeble social protection system of Greece: Consequences of the crisis and austerity measures. *Challenges to European Welfare Systems*.
- Adler, M. D. 2017. Prioritarianism: Room for Desert? *Utilitas*, 30(2), 172-197.
- Adler, M. D. & Holtug, N. 2018. Prioritarianism: A Response to Critics. *Duke Law School Public Law & Legal Theory Series No. 2018-32* [Online]. Available: <https://ssrn.com/abstract=3154777> [Accessed 2/4/2018].
- Adler, N. E., Boyce, T., Chesney, M. A., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, R. L. & Syme, S. L. 1994. Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *American psychologist*, 49(1), 15.
- Adler, N. E., Epel, E. S., Castellazzo, G. & Ickovics, J. R. 2000. Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: Preliminary data in healthy, White women. *Health psychology*, 19(6), 586.
- Adler, N. E. & Stewart, J. 2009. Reducing obesity: motivating action while not blaming the victim. *Milbank Quarterly*, 87(1), 49-70.
- Adler, N. E. & Stewart, J. 2010. Health disparities across the lifespan: meaning, methods, and mechanisms. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186(1), 5-23.
- Aittomaki, A., Martikainen, P., Laaksonen, M., Lahelma, E. & Rahkonen, O. 2010. The associations of household wealth and income with self-rated health--a study on economic advantage in middle-aged Finnish men and women. *Soc Sci Med*, 71(5), 1018-26.
- Aittomäki, A., Martikainen, P., Laaksonen, M., Lahelma, E. & Rahkonen, O. 2010. The associations of household wealth and income with self-rated health—A study on economic advantage in middle-aged Finnish men and women. *Social science & medicine*, 71(5), 1018-1026.
- Albertsen, A. 2015. Luck Egalitarianism, Social Determinants and Public Health Initiatives. *Public Health Ethics*, 8(1), 42-49.
- Albertsen, A. & Knight, C. 2014. A framework for luck egalitarianism in health and healthcare. *Journal of Medical Ethics*.
- Alonzo, A. A. 1993. Health behavior: Issues, contradictions and dilemmas. *Social science & medicine*, 37(8), 1019-1034.
- Altindag, D. T. 2012. Crime and unemployment: Evidence from Europe. *International Review of Law and Economics*, 32(1), 145-157.
- Alvarez, A. A. A. 2007. Threshold considerations in fair allocation of health resources: Justice beyond scarcity. *Bioethics*, 21(8), 426–438.
- Anagnostopoulos, D. C., Giannakopoulos, G. & Christodoulou, N. G. 2017. The synergy of the refugee crisis and the financial crisis in Greece: Impact on mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(4), 352-358.
- Anagnostopoulos, D. C. & Soumaki, E. 2013. The state of child and adolescent psychiatry in Greece during the international financial crisis: a brief report. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 22(2), 131-4.
- Anand, S. 2002. The concern for equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(7), 485.
- Anand, S. 2006. The Concern for Equity in Health. Στο: Anand, S., Peter, F. & Sen, A. (επιμ.) *Public Health, Ethics, and Equity*. Oxford: Oxford University Press.
- Anand, S., Diderichsen, F., Evans, T., Shkolnikov, V. M. & Wirth, M. 2001. Measuring disparities in health: methods and indicators. Στο: Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A. &

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Wirth, M. (επιμ.) *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York: Oxford University Press, Inc.
- Anand, S. & Peter, F. 2000. Equal Opportunity. Στο: Cohen, J. & Rogers, J. (επιμ.) *Is inequality bad/or our health?* Boston: Beacon Press.
- Anderson, E. 2010. Justifying the Capabilities Approach to Justice. Στο: Brighthouse, H. & Robeyns, I. (επιμ.) *Measuring Justice: Primary Goods and Capabilities*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Anderson, E. S. 1999. What is the Point of Equality? *Ethics*, 109(2), 287-337.
- Anderson, R. T., Sorlie, P., Backlund, E., Johnson, N. & Kaplan, G. A. 1997. Mortality effects of community socioeconomic status. *Epidemiology*, 8(1), 42-47.
- Andresen, M. A. 2013. Unemployment, business cycles, crime, and the Canadian provinces. *Journal of Criminal Justice*, 41(4), 220-227.
- Andresen, M. A. & Linning, S. J. 2016. Unemployment, business cycles, and crime specialization: Canadian provinces, 1981–2009. *Australian and New Zealand Journal of Criminology*, 49(3), 332-350.
- Angelaki, M. 2016. Policy Continuity and Change in Greek Social Policy in the Aftermath of the Sovereign Debt Crisis. *Social Policy & Administration*, 50(2), 262-277.
- Annandale, E. & Hunt, K. 2000. *Gender inequalities in health*, Open University Press.
- Antonakakis, N. & Collins, A. 2014. The impact of fiscal austerity on suicide: On the empirics of a modern Greek tragedy. *Social Science and Medicine*, 112, 39-50.
- Antonova, L., Bucher-Koenen, T. & Mazzonna, F. 2017. Long-term health consequences of recessions during working years. *Social Science and Medicine*, 187, 134-143.
- Antonovsky, A. 1979. *Health, stress, and coping*, San Francisco, Jossey-Bass.
- Arcaya, M. C., Arcaya, A. L. & Subramanian, S. 2015. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global health action*, 8(1), 27106.
- Aristondo, O. & Vega, C. L. d. I. 2013. Measuring the Inequality of Bounded Distributions: A Joint Analysis of Attainments and Shortfalls. Στο: Dias, P. R. & O'Donnell, O. (επιμ.) *Health and Inequality*. Bingley, UK: Emerald Group Publishing Limited.
- Arneson, R. 2013. Egalitarianism. Στο: Zalta, E. (επιμ.) *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Summer 2013 ed.: Metaphysics Research Lab, Stanford University.
- Arneson, R. 2015. Equality of Opportunity. Στο: Zalta, E. (επιμ.) *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Summer 2015 ed.: Metaphysics Research Lab, Stanford University.
- Arneson, R. J. 1989. Equality and equal opportunity for welfare. *Philosophical studies*, 56(1), 77-93.
- Arneson, R. J. 2000. Luck Egalitarianism and Prioritarianism. *Ethics*, 110(2), 339-349.
- Arneson, R. J. 2007. Desert and equality. Στο: Holtug, N. & Lippert-Rasmussen, K. (επιμ.) *Egalitarianism: New Essays on the Nature and Value of Equality*. Oxford: Oxford University Press.
- Arneson, R. J. 2009. Egalitarian Justice versus the Right to Privacy? *Social Philosophy and Policy*, 17(2), 91-119.
- Arokiasamy, P. & Pradhan, J. 2011. Measuring wealth-based health inequality among Indian children: The importance of equity vs efficiency. *Health Policy and Planning*, 26(5), 429-440.
- Arora, V. S., Karanikolos, M., Clair, A., Reeves, A., Stuckler, D. & McKee, M. 2015. Data Resource Profile: The European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC). *Int J Epidemiol*, 44(2), 451-61.
- Arras, J. 2016. Theory and Bioethics. Στο: Zalta, E. (επιμ.) *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Winter 2016 ed.: Metaphysics Research Lab, Stanford University.
- Arras, J. D. 2005. Rationing vaccine during an avian influenza pandemic: why it won't be easy. *The Yale journal of biology and medicine*, 78(5), 287.
- Arras, J. D. 2015. The right to health care. Στο: Arras, J. D., Fenton, E. & Kukla, a. R. (επιμ.) *The Routledge Companion to Bioethics*. New York: Taylor & Francis.
- Arrow, K. J. 1963. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*, 53(5), 941-973.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Arrow, K. J. 1973. Some Ordinalist-Utilitarian Notes on Rawls's Theory of Justice. *Journal of Philosophy*, 70(9), 245-263.
- Arulampalam, W. 2001. Is Unemployment Really Scarring? Effects of Unemployment Experiences on Wages. *The Economic Journal*, 111(475), F585-F606.
- Asada, Y. 2005. A framework for measuring health inequity. *Journal of epidemiology and community health*, 59(8), 700-705.
- Asada, Y. 2007. *Health inequality: morality and measurement*, Toronto, University of Toronto Press.
- Asada, Y. 2010. On the choice of absolute or relative inequality measures. *The Milbank quarterly*, 88(4), 616-627.
- Ásgeirsdóttir, T. L., Corman, H., Noonan, K., Ólafsdóttir, Þ. & Reichman, N. E. 2014. Was the economic crisis of 2008 good for Icelanders? Impact on health behaviors. *Economics & Human Biology*, 13, 1-19.
- Ásgeirsdóttir, T. L. & Jóhannsdóttir, H. M. 2017. Income-related inequalities in diseases and health conditions over the business cycle. *Health Economics Review*, 7(1).
- Asgeirsdottir, T. L., Olafsdottir, T. & Ragnarsdottir, D. O. 2014. Business cycles, hypertension and cardiovascular disease: Evidence from the Icelandic economic collapse. *Blood Pressure*, 23(4), 213-221.
- Aspinwall, L. G. & Taylor, S. E. 1997. A stitch in time: self-regulation and proactive coping. *Psychol Bull*, 121(3), 417-36.
- Atkinson, A. B. 1970. On the measurement of inequality. *Journal of Economic Theory*, 2(3), 244-263.
- Atkinson, A. B. 1992. Measuring poverty and differences in family composition. *Economica*, 1-16.
- Auchincloss, A. H. & Hadden, W. 2002. The health effects of rural-urban residence and concentrated poverty. *J Rural Health*, 18(2), 319-36.
- Avdikos, V. & Kalogerisis, A. 2017. Socio-economic profile and working conditions of freelancers in co-working spaces and work collectives: evidence from the design sector in Greece. *Area*, 49(1), 35-42.
- Avendano, M. & Berkman, L. F. 2014. Labor markets, employment policies and health. Στο: Berkman, L. F., Kawachi, I. & Glymour, M. M. (επιμ.) *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Axelsen, D. V. & Nielsen, L. 2016. Essentially Enough: Elements of a Plausible Account of Sufficientarianism. Στο: Carina, F. & Annette, R. (επιμ.) *What is Enough?: Sufficiency, Justice, and Health*. New York: Oxford University Press.
- Ayer, A. J. 1982. Freedom and Necessity. Στο: Watson, G. (επιμ.) *Free Will*. Oxford: Oxford University Press.
- Bacigalupe, A. & Escolar-Pujolar, A. 2014. The impact of economic crises on social inequalities in health: what do we know so far? *Int J Equity Health*, 13, 52.
- Bacigalupe, A., Shahidi, F. V., Muntaner, C., Martín, U. & Borrell, C. 2016. Why is There so Much Controversy Regarding the Population Health Impact of the Great Recession? Reflections on Three Case Studies. *International Journal of Health Services*, 46(1), 5-35.
- Bakaysa, S. L., Mucci, L. A., Slagboom, P. E., Boomsma, D. I., McClearn, G. E., Johansson, B. & Pedersen, N. L. 2007. Telomere length predicts survival independent of genetic influences. *Aging Cell*, 6(6), 769-74.
- Bambra, C. & Eikemo, T. A. 2009. Welfare state regimes, unemployment and health: a comparative study of the relationship between unemployment and self-reported health in 23 European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(2), 92-98.
- Bambra, C., Garthwaite, K., Copeland, A. & Barr, B. 2015. All in it together? Health inequalities, austerity, and the 'Great Recession'. Στο: Smith, K. E., Hill, S. & Bambra, C. (επιμ.) *Health Inequalities: critical perspectives*. Oxford: Oxford University Press.
- Barclay, L. 2000. Autonomy and the social self. Στο: MacKenzie, C. & Stoljar, N. (επιμ.) *Relational Autonomy*. New York: Oxford University Press.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Barclay, L. 2007. Feminist distributive justice and the relevance of equal relations. Στο: Holtug, N. & Lippert-Rasmussen, K. (επιμ.) *Egalitarianism: New Essays on the Nature and Value of Equality*. Oxford: Oxford University Press.
- Barker, D. & Fall, C. 1993. Fetal and infant origins of cardiovascular disease. *Archives of disease in childhood*, 68(6), 797-799.
- Barker, D. J. 1990. The fetal and infant origins of adult disease. *Bmj*, 301(6761), 1111-1111.
- Barker, D. J. 2001. Fetal and infant origins of adult disease. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 149(1), S2-S6.
- Barker, D. J., Osmond, C., Winter, P., Margetts, B. & Simmonds, S. 1989. Weight in infancy and death from ischaemic heart disease. *The Lancet*, 334(8663), 577-580.
- Barker, D. J. P. 1994. *Mothers, babies, and disease in later life*, London, BMJ Publishing Group
- Barlow, P., Reeves, A., McKee, M. & Stuckler, D. 2015. Austerity, precariousness, and the health status of Greek labour market participants: Retrospective cohort analysis of employed and unemployed persons in 2008–2009 and 2010–2011. *Journal of Public Health Policy*, 36(4), 452-468.
- Barmby, T. & Larguem, M. 2009. Coughs and sneezes spread diseases: an empirical study of absenteeism and infectious illness. *J Health Econ*, 28(5), 1012-7.
- Barr, B., Kinderman, P. & Whitehead, M. 2015. Trends in mental health inequalities in England during a period of recession, austerity and welfare reform 2004 to 2013. *Soc Sci Med*, 147, 324-31.
- Barroso, C., Abásolo, I. & Cáceres, J. J. 2016. Health inequalities by socioeconomic characteristics in Spain: The economic crisis effect. *International Journal for Equity in Health*, 15(1).
- Barry, B. 1965. *Political Argument: A Reissue with New Introduction*, Berkeley and Los Angeles, University of California Press.
- Barry, N. 2008. Reassessing Luck Egalitarianism. *The Journal of Politics*, 70(1), 136-150.
- Bartley, M. 1994. Unemployment and ill health: understanding the relationship. *J Epidemiol Community Health*, 48.
- Bartley, M. 2017. *Health inequality: An introduction to theories, concepts and methods*, Cambridge, Polity Press.
- Bartley, M., Blane, D. & Montgomery, S. 1997. Health and the life course: why safety nets matter. *Bmj*, 314(7088), 1194-6.
- Bartley, M. & Plewis, I. 1997. Does health-selective mobility account for socioeconomic differences in health? Evidence from England and Wales, 1971 to 1991. *J Health Soc Behav*, 38(4), 376-86.
- Bartley, M., Sacker, A., Firth, D. & Fitzpatrick, R. 1999. Understanding social variation in cardiovascular risk factors in women and men: the advantage of theoretically based measures. *Social science & medicine*, 49(6), 831-845.
- Basta, M., Vgontzas, A., Kastanaki, A., Michalodimitrakis, M., Kanaki, K., Koutra, K., Anastasaki, M. & Simos, P. 2018. 'Suicide rates in Crete, Greece during the economic crisis: the effect of age, gender, unemployment and mental health service provision'. *BMC psychiatry*, 18(1), 356.
- Batifoulier, P., Latsis, J. & Merchiers, J. 2009. The philosophy of need and the normative foundations of health policy. *Revue de philosophie économique*, 10(1), 79-101.
- Batty, G. D., Deary, I. J. & Gottfredson, L. S. 2007. Premorbid (early life) IQ and later mortality risk: systematic review. *Ann Epidemiol*, 17(4), 278-88.
- Batty, G. D., Wang, Y., Brouillette, S. W., Shiels, P., Packard, C., Moore, J., Samani, N. J. & Ford, I. 2009. Socioeconomic status and telomere length: the West of Scotland Coronary Prevention Study. *J Epidemiol Community Health*, 63(10), 839-41.
- Baujard, A. 2013. *Welfare economics*. Groupe d'Analyse et de Théorie Economique Lyon St-Étienne (GATE Lyon St-Étienne), Université de Lyon.
- Baylis, F., Kenny, N. P. & Sherwin, S. 2008. A relational account of public health ethics. *Public Health Ethics*, 1(3), 196-209.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Beattie, M. C. & Longabaugh, R. 1999. General and alcohol-specific social support following treatment. *Addictive behaviors*, 24(5), 593-606.
- Beauchamp, D. E. 1988. *The health of the republic: Epidemics, medicine, and moralism as challenges to democracy*, Philadelphia, Temple University Press
- Beauchamp, T. L. 2007. The 'four principles' approach to health care ethics. *Principles of health care ethics*, 3-10.
- Beauchamp, T. L. 2016. Principlism in Bioethics. Στο: Serna, P. & Seoane, J.-A. (επιμ.) *Bioethical Decision Making and Argumentation*. Cham: Springer International Publishing.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. 2001. *Principles of biomedical ethics*, New York, Oxford University Press.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. 2013. *Principles of biomedical ethics*, New York, Oxford University Press.
- Beauchamp, T. L. & Walters, L. 1999. Ethical theory and bioethics. Στο: Beauchamp, T. L. & Walters, L. (επιμ.) *Contemporary issues in bioethics*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Beck, J. S. & Newman, C. F. 1993. Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide Life Threat Behav*, 23(2), 139-45.
- Beckfield, J., Bambra, C., Eikemo, T. A., Huijts, T., McNamara, C. & Wendt, C. 2015. An institutional theory of welfare state effects on the distribution of population health. *Social Theory & Health*, 13(3), 227-244.
- Beckfield, J. & Krieger, N. 2009. Epi+ demos+ cracy: linking political systems and priorities to the magnitude of health inequities—evidence, gaps, and a research agenda. *Epidemiologic Reviews*, mxp002.
- Ben-Shlomo, Y. & Kuh, D. 2002. A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International journal of epidemiology*, 31(2), 285-293.
- Benach, J., Malmusi, D., Yasui, Y. & Martínez, J. M. 2013. A new typology of policies to tackle health inequalities and scenarios of impact based on Rose's population approach. *J Epidemiol Community Health*, 67(3), 286-291.
- Benach, J., Vives, A., Amable, M., Vanroelen, C., Tarafa, G. & Muntaner, C. 2014. Precarious Employment: Understanding an Emerging Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*, 35(1), 229-253.
- Benzeval, M., Bond, L., Campbell, M., Egan, M., Lorenc, T., Petticrew, M. & Popham, F. 2014. How does money influence health? York: Joseph Rowntree Foundation.
- Benzeval, M. & Judge, K. 2001. Income and health: the time dimension. *Social science & medicine*, 52(9), 1371-1390.
- Bergson, A. 1938. A Reformulation of Certain Aspects of Welfare Economics. *The Quarterly Journal of Economics*, 52(2), 310-334.
- Berkman, L. F. 1995. The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic medicine*, 57(3), 245-254.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I. & Seeman, T. E. 2000. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social science & medicine*, 51(6), 843-857.
- Berkman, L. F. & Kawachi, I. 2014. A Historical Framework for Social Epidemiology: Social Determinants of Population Health. Στο: Berkman, L. F., Kawachi, I. & Glymour, M. M. (επιμ.) *Social Epidemiology (2 ed.)*. Oxford Oxford University Press.
- Berkman, L. F., Kawachi, I. & Glymour, M. M. 2014. Socioeconomic Status and Health. Στο: Berkman, L. F., Kawachi, I. & Glymour, M. M. (επιμ.) *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Bert, F., Scaioli, G., Gualano, M. R. & Siliquini, R. 2015. How can we bring public health in all policies? Strategies for healthy societies. *Journal of public health research*, 4(1), 393-393.
- Birch, S. & Donaldson, C. 2003. Valuing the benefits and costs of health care programmes: where's the 'extra' in extra-welfarism? *Social science & medicine*, 56(5), 1121-1133.
- Black, M. & Mooney, G. 2002. Equity in health care from a communitarian standpoint. *Health Care Analysis*, 10(2), 193-208.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Blacksher, E. 2013. Participatory and Deliberative Practices in Health: Meanings, Distinctions, and Implications for Health Equity. *Journal of Public Deliberation*, 9(1), 1-20.
- Blakely, T. A. & Woodward, A. J. 2000. Ecological effects in multi-level studies. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(5), 367-374.
- Blane, D. 1985. An assessment of the Black Report's explanations of health inequalities. *Sociology of Health & Illness*, 7(3), 423-445.
- Blane, D. 2003. Commentary: Explanations of the difference in mortality risk between different educational groups. *International Journal of Epidemiology*, 32(3), 355-356.
- Blane, D., Bartley, M., Smith, G. D., Filakti, H., Bethune, A. & Harding, S. 1994. Social patterning of medical mortality in youth and early adulthood. *Social science & medicine*, 39(3), 361-366.
- Blane, D., Harding, S. & Rosato, M. 1999. Does social mobility affect the size of the socioeconomic mortality differential?: evidence from the Office for National Statistics Longitudinal Study. *Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society)*, 162(1), 59-70.
- Blane, D., Netuveli, G. & Stone, J. 2007. The development of life course epidemiology. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 55(1), 31-38.
- Blane, D., Smith, G. D. & Bartley, M. 1990. Social class differences in years of potential life lost: size, trends, and principal causes. *BMJ: British Medical Journal*, 301(6749), 429.
- Blane, D., Smith, G. D. & Bartley, M. 1993. Social selection: what does it contribute to social class differences in health? *Sociology of Health & Illness*, 15(1), 1-15.
- Bleichrodt, H., Diecidue, E. & Quiggin, J. 2004. Equity weights in the allocation of health care: the rank-dependent QALY model. *Journal of Health Economics*, 23(1), 157-171.
- Bleichrodt, H. & van Doorslaer, E. 2006. A welfare economics foundation for health inequality measurement. *J Health Econ*, 25(5), 945-57.
- Boen, C. & Yang, Y. C. 2016. The physiological impacts of wealth shocks in late life: Evidence from the Great Recession. *Social Science & Medicine*, 150, 221-230.
- Bono, F. & Matranga, D. 2019. Socioeconomic inequality in non-communicable diseases in Europe between 2004 and 2015: evidence from the SHARE survey. *European journal of public health*, 29(1), 105-110.
- Bonoli, G. 2010. The Political Economy of Active Labor-Market Policy. *Politics & Society*, 38(4), 435-457.
- Bonovas, S. & Nikolopoulos, G. 2012. High-burden epidemics in Greece in the era of economic crisis. Early signs of a public health tragedy. *J Prev Med Hyg*, 53(3), 169-71.
- Boorse, C. 1977. Health as a theoretical concept. *Philosophy of science*, 44(4), 542-573.
- Booth, C. 1903. *Life and Labour of the People in London*, London, Macmillan and Company, Limited.
- Bor, J., Basu, S., Coutts, A., McKee, M. & Stuckler, D. 2013. Alcohol use during the great recession of 2008-2009. *Alcohol Alcohol*, 48(3), 343-8.
- Borowy, I. 2011. Similar but different: Health and economic crisis in 1990s Cuba and Russia. *Social Science and Medicine*, 72(9), 1489-1498.
- Borrell, C., Muntaner, C., Benach, J. & Artazcoz, L. a. 2004. Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organisation, household material standards and household labour? *Social science & medicine*, 58(10), 1869-1887.
- Borrell, L. N. & Talih, M. 2011. A symmetrized Theil index measure of health disparities: An example using dental caries in U.S. children and adolescents. *Statistics in medicine*, 30(3), 277-290.
- Bourdieu, P. 1984. *Distinction: A social critique of the judgement of taste*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.
- Bourdieu, P. 1986. The forms of capital. Στο: Richardson, J. (επιμ.) *Handbook of theory and research for the sociology of education*. New York: Greenwood.
- Bourdieu, P. 2011. The forms of capital.(1986). *Cultural theory: An anthology*, 81-93.
- Boyle, P. J., Norman, P. & Popham, F. 2009. Social mobility: evidence that it can widen health inequalities. *Social science & medicine*, 68(10), 1835-1842.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Brülde, B. 2011. Health, disease and the goal of public health. Στο: Dawson, A. (επιμ.) *Public Health Ethics: Key Concepts and Issues in Policy and Practice*. New York: Cambridge University Press.
- Branas, C. C., Kastanaki, A. E., Michalodimitrakis, M., Tzougas, J., Kranioti, E. F., Theodorakis, P. N., Carr, B. G. & Wiebe, D. J. 2015. The impact of economic austerity and prosperity events on suicide in Greece: a 30-year interrupted time-series analysis. *BMJ Open*, 5(1), e005619.
- Braun, L. 2002. Race, ethnicity, and health: can genetics explain disparities? *Perspectives in Biology and Medicine*, 45(2), 159-174.
- Braveman, P. 2006. Health disparities and health equity: concepts and measurement. *Annu. Rev. Public Health*, 27, 167-194.
- Braveman, P. 2016. Health difference, disparity, inequality, or inequity: What difference does it make what we call it. Στο: Buchbinder, M., Rivkin-Fish, M. & Walker, R. (επιμ.) *Understanding Health Inequalities and Justice: New Conversations Across the Disciplines*. Chapel Hill, North Carolina: The University of North Carolina Press.
- Braveman, P. & Gottlieb, L. 2014. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep*, 129 Suppl 2, 19-31.
- Braveman, P. A., Cubbin, C., Egerter, S., Chideya, S., Marchi, K. S., Metzler, M. & Posner, S. 2005. Socioeconomic status in health research: one size does not fit all. *Jama*, 294(22), 2879-2888.
- Brekke, K. A. & Kverndokk, S. 2012. Inadequate Bivariate Measures of Health Inequality: The Impact of Income Distribution*. *The Scandinavian Journal of Economics*, 114(2), 323-333.
- Brennenstuhl, S., Quesnel-Valleé, A. & McDonough, P. 2012. Welfare regimes, population health and health inequalities: A research synthesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(5), 397-409.
- Bricard, D., Jusot, F., Trannoy, A. & Tubeuf, S. 2013. Inequality of opportunities in health and the principle of natural reward: Evidence from european countries. *Research on Economic Inequality*.
- Brock, D. W. 2000. Broadening the bioethics agenda. *Kennedy Inst Ethics J*, 10(1), 21-38.
- Brock, D. W. 2002. Priority to the Worse Off in Health-Care Resource Prioritization. Στο: Rhodes, R., Battin, M. P. & Silvers, A. (επιμ.) *Medicine and social justice*. New York: Oxford University Press.
- Brock, G. 2018. Sufficiency and Needs-Based Approaches. Στο: Olsaretti, S. (επιμ.) *The Oxford Handbook of Distributive Justice*. Oxford: Oxford University Press.
- Broome, J. 2015. Equality versus priority: a useful distinction. *Economics and Philosophy*, 31(2), 219-228.
- Brouwer, H. & Mulligan, T. 2019. Why not be a desertist? *Philosophical Studies*, 176, 2271–2288.
- Brouwer, W. B., Culyer, A. J., van Exel, N. J. A. & Rutten, F. F. 2008. Welfarism vs. extra-welfarism. *Journal of health economics*, 27(2), 325-338.
- Brown, R. C. H. 2013. Moral responsibility for (un)healthy behaviour. *Journal of Medical Ethics*, 39(11), 695-698.
- Browning, M. & Heinesen, E. 2012. Effect of job loss due to plant closure on mortality and hospitalization. *J Health Econ*, 31(4), 599-616.
- Buchanan, A. E. 1984. The right to a decent minimum of health care. *Philosophy & Public Affairs*, 55-78.
- Budhthoki, C. 2013. Socioeconomic Inequality and Social Exclusion in Health: A Review. *Dhulagiri Journal of Sociology and Anthropology*, 6, 25-48.
- Burgard, S. A., Ailshire, J. A. & Kalousova, L. 2013. The Great Recession and Health: People, Populations, and Disparities. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 650(1), 194-213.
- Burgard, S. A. & Kalousova, L. 2015. Effects of the Great Recession: Health and Well-Being. *Annual Review of Sociology*, 41(1), 181-201.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Burström, B., Diderichsen, F. & Smedman, L. 1999. Child mortality in Stockholm during 1885–1910: the impact of household size and number of children in the family on the risk of death from measles. *American journal of Epidemiology*, 149(12), 1134-1141.
- Buse, K. & Hawkes, S. 2015. Health in the sustainable development goals: ready for a paradigm shift? *Globalization and health*, 11(1), 13.
- Bushway, S., Cook, P. J. & Phillips, M. 2012. The Overall Effect of the Business Cycle on Crime. *German Economic Review*, 13(4), 436-446.
- Calabresi, G. & Bobbit, P. 1978. Tragic choice. The conflicts society confronts in the allocation of tragically scarce resources. New York: W. W. Norton & Company.
- Calhoun, C. 2003. Pierre Bourdieu. Στο: Ritzer, G. (επιμ.) *The Blackwell companion to major contemporary social theorists*. Malden, MA: Blackwell Publishing Ltd.
- Callahan, D. 2003. Individual good and common good: A communitarian approach to bioethics. *Perspectives in biology and medicine*, 46(4), 496-507.
- Cantor, D. & Land, K. C. 1985. Unemployment and crime rates in the post-World War II United States: a theoretical and empirical analysis. *American Sociological Review*, 50(3), 317-332.
- Cantor, D. & Land, K. C. 2001. Unemployment and Crime Rate Fluctuations: A Comment on Greenberg. *Journal of Quantitative Criminology*, 17(4), 329-342.
- Cappelen, A. W. & Norheim, O. F. 2005. Responsibility in health care: a liberal egalitarian approach. *Journal of Medical Ethics*, 31(8), 476.
- Carstairs, V. & Morris, R. 1989. Deprivation and mortality: an alternative to social class? *Journal of Public Health*, 11(3), 210-219.
- Casal, P. 2007. Why sufficiency is not enough. *Ethics*, 117(2), 296-326.
- Case, A., Lubotsky, D. & Paxson, C. 2001. Economic status and health in childhood: The origins of the gradient. National Bureau of Economic Research.
- Cassel, J. 1976. The contribution of the social environment to host resistance: the Fourth Wade Hampton Frost Lecture. *Am J Epidemiol*, 104(2), 107-23.
- Castles, F. G. 2010. Black swans and elephants on the move: the impact of emergencies on the welfare state. *Journal of European Social Policy*, 20(2), 91-101.
- Catalano, R. 1997. An emerging theory of the effect of economic contraction on alcohol abuse in the United States. *Social Justice Research*, 10(2), 191-201.
- Catalano, R., Goldman-Mellor, S., Saxton, K., Margerison-Zilko, C., Subbaraman, M., LeWinn, K. & Anderson, E. 2011. The health effects of economic decline. *Annu Rev Public Health*, 32, 431-50.
- Catalano, R., Novaco, R. W. & Mc Connell, W. 2002. Layoffs and violence revisited. *Aggressive Behavior*, 28(3), 233-247.
- Cavallero, E. 2011. Health, Luck and Moral Fallacies of the Second Best. *The Journal of Ethics*, 15(4), 387-403.
- Cawthon, R. M., Smith, K. R., O'Brien, E., Sivatchenko, A. & Kerber, R. A. 2003. Association between telomere length in blood and mortality in people aged 60 years or older. *Lancet*, 361(9355), 393-5.
- Centers, R. 1949. *The psychology of social classes: a study of class consciousness*, Princeton, N. J., Princeton University Press.
- Chakravarty, S. R. 1999. Measuring Inequality: The Axiomatic Approach. Στο: Silber, J. (επιμ.) *Handbook of Income Inequality Measurement*. Dordrecht: Springer Netherlands.
- Chandola, T. 1998. Social inequality in coronary heart disease: a comparison of occupational classifications. *Soc Sci Med*, 47(4), 525-33.
- Chandola, T. & Conibere, R. 2015. Social Exclusion, Social Deprivation and Health. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences: Second Edition*.
- Chang, V. W. & Lauderdale, D. S. 2009. Fundamental cause theory, technological innovation, and health disparities: the case of cholesterol in the era of statins. *Journal of Health and Social Behavior*, 50(3), 245-260.
- Chantzaras, A. & Yfantopoulos, J. 2017. The Effects Of The Economic Crisis On Health Status And Health Inequalities In Greece. *Value in Health*, 20(9), A510.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Chantzaras, A. E. & Yfantopoulos, J. N. 2018a. Financial protection of households against health shocks in Greece during the economic crisis. *Social Science & Medicine*, 211, 338-351.
- Chantzaras, A. E. & Yfantopoulos, J. N. 2018b. Income-related health inequalities among the migrant and native-born populations in Greece during the economic crisis: a decomposition analysis. *European Journal of Public Health*, 28(suppl_5), 24-31.
- Chapman, A. R. 2010. The social determinants of health, health equity, and human rights. *Health Hum Rights*, 12(2), 17-30.
- Chapman, A. R. 2011. Missed opportunities: the human rights gap in the report of the commission on social determinants of health. *Journal of Human Rights*, 10(2), 132-150.
- Chapman, B. P., Fiscella, K., Kawachi, I. & Duberstein, P. R. 2010. Personality, socioeconomic status, and all-cause mortality in the United States. *Am J Epidemiol*, 171(1), 83-92.
- Chay, K. Y. & Greenstone, M. 2003. The Impact of Air Pollution on Infant Mortality: Evidence from Geographic Variation in Pollution Shocks Induced by a Recession*. *The Quarterly Journal of Economics*, 118(3), 1121-1167.
- Chen, E., Langer, D. A., Raphaelson, Y. E. & Matthews, K. A. 2004. Socioeconomic status and health in adolescents: The role of stress interpretations. *Child development*, 75(4), 1039-1052.
- Chen, E., Matthews, K. A. & Boyce, W. T. 2002. Socioeconomic differences in children's health: how and why do these relationships change with age? *Psychological bulletin*, 128(2), 295.
- Cherkas, L. F., Aviv, A., Valdes, A. M., Hunkin, J. L., Gardner, J. P., Surdulescu, G. L., Kimura, M. & Spector, T. D. 2006. The effects of social status on biological aging as measured by white-blood-cell telomere length. *Aging cell*, 5(5), 361-365.
- Chowdhury, A., Islam, I. & Lee, D. 2013. The Great Recession, jobs and social crises: policies matter. *International Journal of Social Economics*, 40(3), 220-245.
- Christiano, T. 2007. A foundation for egalitarianism. Στο: Holtug, N. & Lippert-Rasmussen, K. (επιμ.) *Egalitarianism: New Essays on the Nature and Value of Equality*. Oxford: Oxford University Press.
- Classen, T. J. & Dunn, R. A. 2012. The effect of job loss and unemployment duration on suicide risk in the United States: a new look using mass-layoffs and unemployment duration. *Health economics*, 21(3), 338-350.
- Claussen, B., Smits, J., Naess, O. & Smith, G. D. 2005. Intragenerational mobility and mortality in Oslo: social selection versus social causation. *Social science & medicine*, 61(12), 2513-2520.
- Clayton, M., Liñares-Zegarra, J. & Wilson, J. O. S. 2015. Does debt affect health? Cross country evidence on the debt-health nexus. *Social Science & Medicine*, 130, 51-58.
- Clouston, S., Rubin, M., Phelan, J. & Link, B. An unnatural history: Contextualizing the rise and fall of the social inequality in mortality. Annual meetings of the American Sociological Association, August, Las Vegas, 2011.
- Coast, J. 2009. Maximisation in extra-welfarism: A critique of the current position in health economics. *Soc Sci Med*, 69(5), 786-92.
- Coast, J., Smith, R. D. & Lorgelly, P. 2008. Welfarism, extra-welfarism and capability: the spread of ideas in health economics. *Social Science & Medicine*, 67(7), 1190-1198.
- Coburn, D., Panitch, L. & Leys, C. 2009. *Inequality and health*, The Merlin Press.
- Cockerham, W. C. 2005. Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of health and social behavior*, 46(1), 51-67.
- Cockerham, W. C. 2013. Bourdieu and an update of health lifestyle theory. Στο: Cockerham, W. C. (επιμ.) *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory*. Dordrecht: Springer.
- Cohen, D., Spear, S., Scribner, R., Kissinger, P., Mason, K. & Wildgen, J. 2000a. " Broken windows" and the risk of gonorrhoea. *American Journal of Public Health*, 90(2), 230.
- Cohen, D. A., Scribner, R. A. & Farley, T. A. 2000b. A structural model of health behavior: a pragmatic approach to explain and influence health behaviors at the population level. *Preventive medicine*, 30(2), 146-154.
- Cohen, G. A. 1989. On the currency of egalitarian justice. *Ethics*, 99(4), 906-944.
- Cohen, G. A. 1990. Equality of What? On Welfare, Goods and Capabilities. *Recherches & conomiques de Louvain / Louvain Economic Review*, 56(3/4), 357-382.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Cohen, G. A. 2004. Expensive taste rides again. Στο: Dworkin, R. & Burley, J. (επιμ.) *Dworkin and His Critics: With Replies by Dworkin*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Cohen, G. A. 2008. *Rescuing justice and equality*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Cohen, J. & Sabel, C. 2006. Extra rempublicam nulla justitia? *Philosophy and Public Affairs*, 34(2), 147–175.
- Cohen, P. N. 2014. Recession and Divorce in the United States, 2008-2011. *Population research and policy review*, 33(5), 615-628.
- Cohen, S., Gottlieb, B. H. & Underwood, L. G. 2000c. Social Relationships and Health. Στο: Cohen, S., Underwood, L. G. & Gottlieb, B. H. (επιμ.) *Social Support Measurement and Intervention A Guide for Health and Social Scientists*. New York: Oxford University Press.
- Coile, C. C., Levine, P. B. & McKnight, R. 2014. Recessions, Older Workers, and Longevity: How Long Are Recessions Good for Your Health? *American Economic Journal: Economic Policy*, 6(3), 92-119.
- Coleman, J. S. 1988. Social capital in the creation of human capital. *American journal of sociology*, S95-S120.
- Coleman, J. S. & Coleman, J. S. 1994. *Foundations of social theory*, Cambridge, MA, Harvard university press.
- Colman, G. & Dave, D. 2013. Exercise, physical activity, and exertion over the business cycle. *Soc Sci Med*, 93, 11-20.
- Colombo, E., Rotondi, V. & Stanca, L. 2018. Macroeconomic conditions and health: Inspecting the transmission mechanism. *Economics & Human Biology*, 28, 29-37.
- Commission on the Social Determinants of Health 2008. *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*, Geneva, World Health Organization.
- Connelly, R., Gayle, V. & Lambert, P. S. 2016. A Review of occupation-based social classifications for social survey research. *Methodological Innovations*, 9, 1-14.
- Cookson, R. 2005. QALYs and the capability approach. *Health economics*, 14(8), 817-829.
- Cookson, R. & Dolan, P. 2000. Principles of justice in health care rationing. *Journal of medical Ethics*, 26(5), 323-329.
- Copeland, A., Kasim, A., Bambra, C., Curtis, S., Burstrom, B. & Nylen, C. 2013. All in it together? Recessions, health and health inequalities in England and Sweden, 1991 to 2010: Clare Bambra. *European Journal of Public Health*, 23(suppl_1).
- Córdoba-Doña, J. A., Escolar-Pujolar, A., San Sebastián, M. & Gustafsson, P. E. 2016. How are the employed and unemployed affected by the economic crisis in Spain? Educational inequalities, life conditions and mental health in a context of high unemployment. *BMC Public Health*, 16(1).
- Corning, P. A. 1998. "The synergism hypothesis": On the concept of synergy and its role in the evolution of complex systems. *Journal of Social and Evolutionary Systems*, 21(2), 133-172.
- Costa-Font, J. & Hernández-Quevedo, C. 2012. Measuring inequalities in health: What do we know? What do we need to know? *Health Policy*, 106(2), 195-206.
- Costa, D., Hatzidimitriadou, E., Ioannidi-Kapoulou, E., Lindert, J., Soares, J. J. F., Sundin, Ö., Toth, O. & Barros, H. 2016. Male and female physical intimate partner violence and socio-economic position: a cross-sectional international multicentre study in Europe. *Public Health*, 139, 44-52.
- Costantini, M., Meco, I. & Paradiso, A. 2018. Do inequality, unemployment and deterrence affect crime over the long run? *Regional Studies*, 52(4), 558-571.
- Coughlin, R. M. 2003. Does socio-economic inequality undermine community? Implications for communitarian theory. *RESPONSIVE COMMUNITY*, 13(2), 12-24.
- Council of Europe 1950. European Convention on Human Rights. Rome.
- Council of Europe 1961. European Social Charter. *ETS No.035*. Turin.
- Coveney, M., García-Gómez, P., Van Doorslaer, E. & Van Ourti, T. 2016. Health Disparities by Income in Spain Before and After the Economic Crisis. *Health Economics*, 25(S2), 141-158.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Coveney, M., García-Gómez, P., van Doorslaer, E. & Van Ourti, T. 2020. Thank goodness for stickiness: Unravelling the evolution of income-related health inequalities before and after the Great Recession in Europe. *Journal of Health Economics*, 70, 102259.
- Crisp, R. 2003. Equality, Priority, and Compassion. *Ethics*, 113(4), 745-763.
- Cubbin, C., Pollack, C., Flaherty, B., Hayward, M., Sania, A., Vallone, D. & Braveman, P. 2011. Assessing alternative measures of wealth in health research. *American journal of public health*, 101(5), 939-947.
- Cullen, M. & Whiteford, H. 2001. The interrelations of social capital with health and mental health. *Canberra: Commonwealth of Australia*.
- Culyer, A. 1998. How ought health economists to treat value judgements in their analyses. Chichester, Wiley.
- Culyer, A. J. 1989. The normative economics of health care finance and provision. *Oxford Review of Economic Policy*, 5(1), 34-58.
- Culyer, A. J. 2007. Need: An instrumental view. *Principles of Health Care Ethics, Second Edition*, 231-238.
- Culyer, A. J. 2016. Cost-effectiveness thresholds in health care: a bookshelf guide to their meaning and use. *Health Econ Policy Law*, 11(4), 415-32.
- Culyer, A. J. & Wagstaff, A. 1993. Equity and equality in health and health care. *Journal of Health Economics*, 12(4), 431-457.
- Cylus, J. 2017. Unemployment Insurance and Physical Activity. Στο: Bolin, K., Lindgren, B., Grossman, M., Gyrd-Hansen, D., Iversen, T., Kaestner, R. & Sindelar, J. L. (επιμ.) *Human Capital and Health Behavior*. Bingley: Emerald Publishing Limited.
- Cylus, J. & Avendano, M. 2017. Receiving Unemployment Benefits May Have Positive Effects On The Health Of The Unemployed. *Health Affairs*, 36(2), 289-296.
- Cylus, J., Glymour, M. M. & Avendano, M. 2014. Do Generous Unemployment Benefit Programs Reduce Suicide Rates? A State Fixed-Effect Analysis Covering 1968–2008. *American Journal of Epidemiology*, 180(1), 45-52.
- Cylus, J., Mladovsky, P. & McKee, M. 2012. Is There a Statistical Relationship between Economic Crises and Changes in Government Health Expenditure Growth? An Analysis of Twenty-Four European Countries. *Health Services Research*, 47(6), 2204-2224.
- D'Ambruoso, L. 2013. Global health post-2015: the case for universal health equity. *Global Health Action*, 6(1), 19661.
- Dahl, E. 1994. Social inequalities in ill-health: the significance of occupational status, education and income-results from a Norwegian survey. *Sociology of Health & Illness*, 16(5), 644-667.
- Dahl, E., Hofoss, D. & Elstad, J. I. 2007. Educational inequalities in avoidable deaths in Norway: A population based study. *Health Sociology Review*, 16(2), 146-159.
- Dahlgren, G. & Diderichsen, F. 1986. Strategies for equity in health: report from Sweden. *International journal of health services*, 16(4), 517-537.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. 1991. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Sweden: Stockholm: Stockholm: Institute for Future Studies.
- Daniels, N. 1985. *Just health care*, London and New York, Cambridge University Press.
- Daniels, N. 1994. Four Unsolved Rationing Problems A Challenge. *The Hastings Center Report*, 24(4), 27-29.
- Daniels, N. 2000. Accountability for reasonableness : Establishing a fair process for priority setting is easier than agreeing on principles. *BMJ : British Medical Journal*, 321(7272), 1300-1301.
- Daniels, N. 2001. Justice, health, and healthcare. *American Journal of Bioethics*, 1(2), 2-16.
- Daniels, N. 2008. *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, New York, Cambridge University Press.
- Daniels, N. 2011a. Equity and Population Health: Toward a Broader Bioethics Agenda. Στο: Dawson, A. (επιμ.) *Public Health Ethics: Key Concepts and Issues in Policy and Practice*. New York: Cambridge University Press.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Daniels, N. 2011b. Individual and social responsibility for health. Στο: Knight, C. & Stemplowska, Z. (επιμ.) *Responsibility and Distributive Justice*. Oxford: Oxford University Press.
- Daniels, N. 2016. Reflective Equilibrium. Στο: Zalta, E. (επιμ.) *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Spring 2018 ed.: Metaphysics Research Lab, Stanford University.
- Daniels, N., Kennedy, B. & Kawachi, I. 2006. Health and Inequality, or, Why Justice is Good for Our Health. Στο: Anand, S., Peter, F. & Sen, A. (επιμ.) *Public Health, Ethics, and Equity*. Oxford: Oxford University Press.
- Daniels, N. & Sabin, J. 1997. Limits to Health Care: Fair Procedures, Democratic Deliberation, and the Legitimacy Problem for Insurers. *Philosophy & Public Affairs*, 26(4), 303-350.
- Daniels, N. & Sabin, J. E. 2008. *Setting limits fairly: learning to share resources for health*, Oxford University Press.
- Daskalopoulou, I. 2017. Sustainable urban living and social capital: Some evidence from crisis-hit Greece. *Springer Optimization and Its Applications*.
- Daskalopoulou, I. 2018. Civic participation and soft social capital: evidence from Greece. *European Political Science*, 17(3), 404-421.
- Dauden, E., Pujol, R. M., Sanchez-Carazo, J. L., Toribio, J., Vanaclocha, F., Puig, L., Yebenes, M., Sabater, E., Casado, M. A., Caloto, M. T. & Aragon, B. 2013. Demographic characteristics and health-related quality of life of patients with moderate-to-severe psoriasis: The VACAP study. *Actas Dermosifiliogr*, 1(13), 005.
- Dave, D. M. & Kelly, I. R. 2012. How does the business cycle affect eating habits? *Soc Sci Med*, 74(2), 254-62.
- Davis, K. & Moore, W. E. 1945. Some principles of stratification. *American sociological review*, 10, 242-249.
- Davis, M. E. 2012. Recessions and health: The impact of economic trends on air pollution in California. *American Journal of Public Health*, 102(10), 1951-1956.
- Dawson, A. 2010. Theory and practice in public health ethics: a complex relationship. *Public health ethics and practice*, 191-209.
- de Blasio, G., Maggio, G. & Menon, C. 2016. Down and out in Italian towns: Measuring the impact of economic downturns on crime. *Economics Letters*, 146, 99-102.
- de la Fuente, V. S., Lopez, M. A., Gonzalez, I. F., Alcantara, O. J. & Ritzel, D. O. 2014. The impact of the economic crisis on occupational injuries. *J Safety Res*, 48, 77-85.
- De Maio, F. G. 2007. Income inequality measures. *Journal of epidemiology and community health*, 61(10), 849-852.
- De Silva, M. J., McKenzie, K., Harpham, T. & Huttly, S. R. 2005. Social capital and mental illness: a systematic review. *Journal of epidemiology and community health*, 59(8), 619-627.
- Deary, I. J., Weiss, A. & Batty, G. D. 2010. Intelligence and Personality as Predictors of Illness and Death: How Researchers in Differential Psychology and Chronic Disease Epidemiology Are Collaborating to Understand and Address Health Inequalities. *Psychol Sci Public Interest*, 11(2), 53-79.
- Deaton, A. 2002. Commentary: The convoluted story of international studies of inequality and health. *International Journal of Epidemiology*, 31(3), 546-549.
- Dedoussopoulos, A., Aranitou, V., Koutentakis, F. & Maropoulou, M. 2013. Assessing the impact of the memoranda on Greek labour market and labour relations. *International Labour Organization Working Paper*, No. 53, 1-66.
- Department of Health and Social Security 1980. *Inequalities in Health: Report of a Working Group Chaired by Sir Douglas Black*, London, Department of Health and Social Security.
- Detotto, C. & Pulina, M. 2013. Does more crime mean fewer jobs and less economic growth? *European Journal of Law and Economics*, 36(1), 183-207.
- Dick, J. C. 1975. How to Justify a Distribution of Earnings. *Philosophy & Public Affairs*, 4(3), 248-272.
- Diderichsen, F. 2004. Resource allocation for health equity: issues and methods. *Washington, DC: The World Bank*, 20-45.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Diderichsen, F., Andersen, I., Manuel, C., Andersen, A.-M. N., Bach, E., Baadsgaard, M., Brønnum-Hansen, H., Hansen, F. K., Jeune, B., Jørgensen, T. & Søgaaard, J. 2012. Health Inequality - determinants and policies. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8_suppl), 12-105.
- Diderichsen, F., Evans, T. & Whitehead, M. 2001. The social basis of disparities in health. Στο: Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A. & Wirth, M. (επιμ.) *Challenging inequities in health: From ethics to action*. New York: Oxford University Press, Inc.
- Diderichsen, F. & Hallqvist, J. 1998. Social inequalities in health: some methodological considerations for the study of social position and social context. *Inequality in health—a Swedish perspective*. Stockholm: Swedish Council for Social Research, 25-39.
- Diez-Roux, A. V., Nieto, F. J., Muntaner, C., Tyroler, H. A., Comstock, G. W., Shahar, E., Cooper, L. S., Watson, R. L. & Szklo, M. 1997. Neighborhood environments and coronary heart disease: a multilevel analysis. *Am J Epidemiol*, 146(1), 48-63.
- Dixon, J. & Welch, N. 2000. Researching the rural-metropolitan health differential using the 'social determinants of health'. *Aust J Rural Health*, 8(5), 254-60.
- Dolan, P., Shaw, R., Tsuchiya, A. & Williams, A. 2005. QALY maximisation and people's preferences: a methodological review of the literature. *Health Econ*, 14(2), 197-208.
- Dolan, P. & Tsuchiya, A. 2011. Determining the parameters in a social welfare function using stated preference data: an application to health. *Applied Economics*, 43(18), 2241-2250.
- Donald Moon, J. 2015. Cohen vs. Rawls on justice and equality. *Critical Review of International Social and Political Philosophy*, 18(1), 40-56.
- Donaldson, C. & Gerard, K. 1993. *Economics of Health Care Financing: The Visible Hand*, London, Macmillan Education UK.
- Donaldson, C., Gerard, K., Jan, S., Mitton, C. & Wiseman, V. 2004. *Economics of health care financing: the visible hand*, Palgrave Macmillan.
- Donaldson, D. & Weymark, J. A. 1980. A single-parameter generalization of the Gini indices of inequality. *Journal of Economic Theory*, 22(1), 67-86.
- Dooley, D., Prause, J. & Ham-Rowbottom, K. A. 2000. Underemployment and depression: longitudinal relationships. *J Health Soc Behav*, 41(4), 421-36.
- Dowd, J. B. 2012. Whiners, deniers, and self-rated health: What are the implications for measuring health inequalities? A commentary on Layes, et al. *Social Science and Medicine*, 75(1), 10-13.
- Downing, J. 2016. The health effects of the foreclosure crisis and unaffordable housing: A systematic review and explanation of evidence. *Soc Sci Med*, 162, 88-96.
- Doyal, L. 2000a. Gender equity in health: debates and dilemmas. *Soc Sci Med*, 51(6), 931-9.
- Doyal, L. 2000b. Gender equity in health: debates and dilemmas. *Social science & medicine*, 51(6), 931-939.
- Dressler, W. W. 1988. Social consistency and psychological distress. *Journal of Health and Social Behavior*, 79-91.
- Drydakis, N. 2015. The effect of unemployment on self-reported health and mental health in Greece from 2008 to 2013: a longitudinal study before and during the financial crisis. *Soc Sci Med*, 128, 43-51.
- Duclos, J.-Y. & Araar, A. 2006. *Poverty and equity: Measurement, policy and estimation with DAD*, New York, Springer.
- Duncan, M. & Corner, J. 2012. *Severe and multiple disadvantage: A review of key texts*, London, Lankelly Chase Foundation.
- Dunn, J. R., Veenstra, G. & Ross, N. 2006. Psychosocial and neo-material dimensions of SES and health revisited: Predictors of self-rated health in a Canadian national survey. *Social Science & Medicine*, 62(6), 1465-1473.
- Dworkin, R. 1981a. What is equality? Part 1: Equality of welfare. *Philosophy & public affairs*, 185-246.
- Dworkin, R. 1981b. What is equality? Part 2: Equality of resources. *Philosophy & Public Affairs*, 283-345.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Dworkin, R. 1990. Foundations of Liberal Equality. Στο: Peterson, G. (επιμ.) *The Tanner Lectures on Human Values*. Salt Lake City: University of Utah Press.
- Dworkin, R. 2002. *Sovereign virtue: The theory and practice of equality*, Cambridge, Massachusetts, Harvard university press.
- Dworkin, R. 2003. Equality, Luck and Hierarchy. *Philosophy & Public Affairs*, 31(2), 190-198.
- Eaton, W. W. 2001. *The sociology of mental disorders*, Praeger Publishers.
- Ecob, R. & Macintyre, S. 2000. Small area variations in health related behaviours; do these depend on the behaviour itself, its measurement, or on personal characteristics? *Health & place*, 6(4), 261-274.
- Economou, C. 2010. Greece: Health system review. *Health systems in transition*, 12(7), 1-180.
- Economou, C. 2015. *Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece*, Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M. & Maresso, A. 2017. Greece: Health system review. *Health systems in transition*, 19(5), 1-192.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Maresso, A. & Sissouras, A. 2015. The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece. Στο: Maresso, A., Mladovsky, P., Thomson, S., Sagan, A., Karanikolos, M., Richardson, E., Cylus, J., Evetovits, T., Jowett, M., Figueras, J. & Kluge, H. (επιμ.) *Economic crisis, health systems and health in Europe: country experience*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe/European Observatory on Health Systems and Policies
- Economou, M., Angelopoulos, E., Peppou, L. E., Souliotis, K. & Stefanis, C. 2016a. Suicidal ideation and suicide attempts in Greece during the economic crisis: an update. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 15(1), 83-84.
- Economou, M., Angelopoulos, E., Peppou, L. E., Souliotis, K. & Stefanis, C. 2016b. Suicidal ideation and suicide attempts in Greece during the economic crisis: An update. *World Psychiatry*, 15(1), 83-84.
- Economou, M., Angelopoulos, E., Peppou, L. E., Souliotis, K., Tzavara, C., Kontoangelos, K., Madianos, M. & Stefanis, C. 2016c. Enduring financial crisis in Greece: prevalence and correlates of major depression and suicidality. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(7), 1015-1024.
- Economou, M., Madianos, M., Peppou, L. E., Patelakis, A. & Stefanis, C. N. 2013. Major depression in the Era of economic crisis: A replication of a cross-sectional study across Greece. *Journal of Affective Disorders*, 145(3), 308-314.
- Economou, M., Madianos, M., Peppou, L. E., Souliotis, K., Patelakis, A. & Stefanis, C. 2014. Cognitive social capital and mental illness during economic crisis: A nationwide population-based study in Greece. *Social Science and Medicine*, 100, 141-147.
- Edelman, M. 1988. *Constructing the political spectacle*, University of Chicago Press Chicago.
- Egan, M., Tannahill, C., Petticrew, M. & Thomas, S. 2008. Psychosocial risk factors in home and community settings and their associations with population health and health inequalities: a systematic meta-review. *BMC Public Health*, 8(1), 239.
- Egerter, S., Braveman, P., Sadegh-Nobari, T., Grossman-Kahn, R. & Dekker, M. 2011. Education matters for health. Exploring the social determinants of health: issue brief no. 6. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation.
- Eikemo, T., Skalicka, V. & Avendano, M. 2009. Variations in relative health inequalities: are they a mathematical artefact? *International Journal for Equity in Health*, 8(1), 32.
- Eikemo, T. A. & Bambra, C. 2008. The welfare state: a glossary for public health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(1), 3-6.
- Ekmeççi, P. E. & Arda, B. 2015. Luck Egalitarianism, Individual Responsibility and Health. *Balkan Medical Journal*, 32(3), 244-254.
- Elgar, F. J., Pfortner, T. K., Moor, I., De Clercq, B., Stevens, G. W. & Currie, C. 2015. Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002-2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study. *Lancet*, 385(9982), 2088-95.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Ellaway, A. & Macintyre, S. 2001. Women in their place: gender and perceptions of neighbourhoods and health in the West of Scotland. Στο: Dyck, I., Lewis, N. & McLafferty, S. (επιμ.) *Geographies of Women's Health: Place, Diversity and Difference*. London: Routledge.
- Emanuel, E. J. 1994. *The ends of human life: medical ethics in a liberal polity*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Emanuel, I., Filakti, H., Alberman, E. & Evans, S. J. 1992. Intergenerational studies of human birthweight from the 1958 birth cohort. 1. Evidence for a multigenerational effect. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 99(1), 67-74.
- Emirbayer, M. & Mische, A. 1998. What is agency? 1. *American journal of sociology*, 103(4), 962-1023.
- Engel, G. L. 1977. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Engelhardt, H. T. 2000. *The foundations of Christian bioethics*, London, Taylor & Francis.
- Epel, E. S., Blackburn, E. H., Lin, J., Dhabhar, F. S., Adler, N. E., Morrow, J. D. & Cawthon, R. M. 2004. Accelerated telomere shortening in response to life stress. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 101(49), 17312-17315.
- Epel, E. S., Merkin, S. S., Cawthon, R., Blackburn, E. H., Adler, N. E., Pletcher, M. J. & Seeman, T. E. 2008. The rate of leukocyte telomere shortening predicts mortality from cardiovascular disease in elderly men. *Aging (Albany NY)*, 1(1), 81-8.
- Epstein, J. M. 2006. *Generative social science: Studies in agent-based computational modeling*, Princeton University Press.
- Erikson, R., Goldthorpe, J. H. & Hällsten, M. 2012. No way back up from ratcheting down? A critique of the 'microclass' approach to the analysis of social mobility. *Acta Sociologica*, 55(3), 211-229.
- Erreygers, G. 2009a. Can a single indicator measure both attainment and shortfall inequality? *J Health Econ*, 28(4), 885-93.
- Erreygers, G. 2009b. Correcting the concentration index. *Journal of health economics*, 28(2), 504-515.
- Erreygers, G., Clarke, P. & Van Ourti, T. 2012. "Mirror, mirror, on the wall, who in this land is fairest of all?" -Distributional sensitivity in the measurement of socioeconomic inequality of health. *Journal of Health Economics*, 31(1), 257-270.
- Erreygers, G. & Van Ourti, T. 2011. Measuring socioeconomic inequality in health, health care and health financing by means of rank-dependent indices: A recipe for good practice. *Journal of Health Economics*, 30(4), 685-694.
- Ervasti, H., Kouvo, A. & Venetoklis, T. 2018. Social and Institutional Trust in Times of Crisis: Greece, 2002–2011. *Social Indicators Research*, 1-25.
- Etile, F. & Milcent, C. 2006. Income-related reporting heterogeneity in self-assessed health: evidence from France. *Health Econ*, 15(9), 965-81.
- Etzioni, A. 2011. On a communitarian approach to bioethics. *Theoretical medicine and bioethics*, 32(5), 363.
- European Commission 2017. *Updated Study on Corruption in the Healthcare Sector* Luxembourg, Publications Office of the European Union.
- European Hospital and Healthcare Federation 2015. *Out-of-pocket payments In healthcare systems in the European Union* Brussels, Belgium.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2018a. *European Drug Report 2018: Trends and Developments*, Luxembourg, Publications Office of the European Union.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2018b. *Greece:: Drug Report 2018*, Luxembourg, Publications Office of the European Union.
- EuroQol 1990. EuroQol-a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16(3), 199-208.
- Eurostat 2018. Eurostat online atabase.
- Evans, G. W. & Kantrowitz, E. 2002. Socioeconomic status and health: the potential role of environmental risk exposure. *Annual review of public health*, 23(1), 303-331.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Evans, T. & Brown, H. 2003. Road traffic crashes: operationalizing equity in the context of health sector reform. *Injury control and safety promotion*, 10(1-2), 11-12.
- Faden, R. & Shebaya, S. 2016. Public Health Ethics. Στο: Zalta, E. (επιμ.) *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Winter 2016 ed.: Metaphysics Research Lab, Stanford University.
- Falba, T., Teng, H. M., Sindelar, J. L. & Gallo, W. T. 2005. The effect of involuntary job loss on smoking intensity and relapse. *Addiction*, 100(9), 1330-9.
- Farr, W. 1859. On the construction of life-tables, illustrated by a new life-table of the healthy districts of England. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, 837-878.
- Feinberg, J. 1970. *Doing & deserving; essays in the theory of responsibility*, Princeton, Princeton University Press.
- Feldman, F. 1995. Desert: Reconsideration of Some Received Wisdom. *Mind*, 104(413), 63-77.
- Feldman, F. & Skow, B. 2016. Desert. Στο: Zalta, E. (επιμ.) *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Winter 2016 ed.: Metaphysics Research Lab, Stanford University.
- Feldman, P. J. & Steptoe, A. 2004. How neighborhoods and physical functioning are related: the roles of neighborhood socioeconomic status, perceived neighborhood strain, and individual health risk factors. *Annals of Behavioral Medicine*, 27(2), 91-99.
- Fenwick, R. & Tausig, M. 1994a. The macroeconomic context of job stress. *J Health Soc Behav*, 35(3), 266-82.
- Fenwick, R. & Tausig, M. 1994b. The macroeconomic context of job stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 266-282.
- Ferlander, S. 2007. The importance of different forms of social capital for health. *Acta Sociologica*, 50(2), 115-128.
- Feronas, A. 2018. The transformation of solidarity in times of austerity: The case of Greece. *Social Cohesion and Development*, 12(2), 129-144.
- Ferrarini, T., Nelson, K. & Sjoberg, O. 2014. Decomposing the effect of social policies on population health and inequalities: an empirical example of unemployment benefits. *Scand J Public Health*, 42(7), 635-42.
- Filippidis, F. T., Gerovasili, V., Millett, C. & Tountas, Y. 2017. Medium-term impact of the economic crisis on mortality, health-related behaviours and access to healthcare in Greece. *Scientific Reports*, 7.
- Filippidis, F. T. & Laverty, A. A. 2016. Perceptions of opportunities for physical activity in 28 European countries. *Preventive Medicine*, 86, 136-140.
- Filippidis, F. T., Schoretsaniti, S., Dimitrakaki, C., Vardavas, C. I., Behrakis, P., Connolly, G. N. & Tountas, Y. 2014. Trends in cardiovascular risk factors in Greece before and during the financial crisis: The impact of social disparities. *European Journal of Public Health*, 24(6), 974-979.
- Finegold, B. 1997. Citizen participation: a review of the issues Στο: Rosen, H., Metsch, J. & Levey, S. (επιμ.) *The Consumer and the Health Care System: Social and Managerial Perspectives* New York: Spectrum.
- Fischer, J. M. & Ravizza, M. 1998. *Responsibility and control: A theory of moral responsibility*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Fleck, L. M. 1992. Just health care rationing: A democratic decisionmaking approach. *University of Pennsylvania Law Review*, 140(5), 1597-1636.
- Flegg, A. 1982. Inequality of income, illiteracy and medical care as determinants of infant mortality in underdeveloped countries. *Population studies*, 36(3), 441-458.
- Fleurbaey, M. 2001. Egalitarian Opportunities. *Law and Philosophy*, 20(5), 499-530.
- Fleurbaey, M. 2005a. Freedom with forgiveness. *Politics, Philosophy and Economics*, 4(1), 29-67.
- Fleurbaey, M. 2005b. Health, Wealth, and Fairness. *Journal of Public Economic Theory*, 7(2), 253-284.
- Fleurbaey, M. 2015. Equality versus priority: How relevant is the distinction? *Economics and Philosophy*, 31(2), 203-217.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Fleurbaey, M. & Schokkaert, E. 2012. Equity in Health and Health Care. Στο: Pauly, M. V., McQuire, T. G. & Barros, P. P. (επιμ.) *Handbook of Health Economics*. Oxford: Elsevier.
- Flier, J. S., Underhill, L. H. & McEwen, B. S. 1998. Protective and damaging effects of stress mediators. *New England journal of medicine*, 338(3), 171-179.
- Folkman, S. 2013. Stress: Appraisal and Coping. Στο: Gellman, M. D. & Turner, J. R. (επιμ.) *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. New York, NY: Springer.
- Forman, L. 2012. A Rights-Based Approach to Global Health Policy: What Contribution can Human Rights Make to Achieving Equity? *The Handbook of Global Health Policy*, 457-481.
- Forster, T., Kentikelenis, A. & Bambra, C. 2018. *Health Inequalities in Europe: Setting the Stage for Progressive Policy Action*, Dublin, TASC.
- Forster, T. & Kentikelenis, A. E. 2019. Austerity and health in Europe: disentangling the causal links. *European Journal of Public Health*, 29(5), 808-809.
- Foster, M. D. & Matheson, K. 1995. Double Relative Deprivation: Combining the Personal and Political. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(11), 1167-1177.
- Fourie, C. 2016. The Sufficiency View: A Primer. Στο: Carina, F. & Annette, R. (επιμ.) *What is Enough?: Sufficiency, Justice, and Health*. New York: Oxford University Press.
- Frankfurt, H. 1987. Equality as a moral ideal. *Ethics*, 98(1), 21-43.
- Frankfurt, H. G. 1988. *The importance of what we care about: Philosophical essays*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Frasquilho, D., Matos, M. G., Salonna, F., Guerreiro, D., Storti, C. C., Gaspar, T. & Caldas-de-Almeida, J. M. 2016. Mental health outcomes in times of economic recession: a systematic literature review. *BMC Public Health*, 16(1), 115.
- Freeman, D. G. 1999. A note on 'Economic conditions and alcohol problems'. *Journal of Health Economics*, 18(5), 661-670.
- Freese, J. & Lutfey, K. 2011. Fundamental causality: Challenges of an animating concept for medical sociology. *Handbook of the sociology of health, illness, and healing*. Springer.
- French, S. A., Story, M. & Jeffery, R. W. 2001. Environmental influences on eating and physical activity. *Annual review of public health*, 22(1), 309-335.
- Frenk, J. 1998. Medical care and health improvement: the critical link. *Annals of Internal Medicine*, 129(5), 419-420.
- Friedland, D. S. & Price, R. H. 2003. Underemployment: consequences for the health and well-being of workers. *Am J Community Psychol*, 32(1-2), 33-45.
- Fritzell, J., Lennartsson, C. & Lundberg, O. 2007. Health inequalities and welfare resources: findings and forecasts. Στο: Fritzell, J. & Lundberg, O. (επιμ.) *Health inequalities and welfare resources*. 1 ed. Bristol: Bristol University Press.
- Fuchs, V. R. 1979. Economics, health, and post-industrial society. *The Milbank Memorial Fund quarterly. Health and society*, 153-182.
- Gaitonde, R. 2018. Conceptual Approaches to Examining Health Inequities. Στο: Ravindran, T. K. S. & Gaitonde, R. (επιμ.) *Health Inequities in India. A Synthesis of Recent Evidence*. Singapore: Springer Nature.
- Gakidou, E. E., Murray, C. J. & Frenk, J. 2000. Defining and measuring health inequality: an approach based on the distribution of health expectancy. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(1), 42-54.
- Galama, T. J. & van Kippersluis, H. 2020. A Theory of Socio-economic Disparities in Health over the Life Cycle. *The Economic Journal*, 1-37.
- Gallo, W. T., Bradley, E. H., Falba, T. A., Dubin, J. A., Cramer, L. D., Bogardus, S. T., Jr. & Kasl, S. V. 2004. Involuntary job loss as a risk factor for subsequent myocardial infarction and stroke: findings from the Health and Retirement Survey. *Am J Ind Med*, 45(5), 408-16.
- Gallo, W. T., Bradley, E. H., Siegel, M. & Kasl, S. V. 2000. Health effects of involuntary job loss among older workers: findings from the health and retirement survey. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 55(3), S131-40.
- Gallo, W. T., Bradley, E. H., Siegel, M. & Kasl, S. V. 2001. The impact of involuntary job loss on subsequent alcohol consumption by older workers: findings from the health and retirement survey. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 56(1), S3-9.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Gallus, S., Ascitto, R., Mutarak, R., Pacifici, R., La Vecchia, C. & Lugo, A. 2016. Which group of smokers is more vulnerable to the economic crisis? *Public Health*, 134, 34-38.
- Galobardes, B., Lynch, J. & Smith, G. D. 2007. Measuring socioeconomic position in health research. *Br Med Bull*, 81-82, 21-37.
- Galobardes, B. & Morabia, A. 2003. Measuring the habitat as an indicator of socioeconomic position: methodology and its association with hypertension. *Journal of epidemiology and community health*, 57(4), 248-253.
- Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. A. & Lynch, J. W. 2006a. Indicators of socioeconomic position (part 2). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(2), 95.
- Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. A., Lynch, J. W. & Smith, G. D. 2006b. Indicators of socioeconomic position (part 1). *Journal of epidemiology and community health*, 60(1), 7-12.
- Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. A., Smith, G. D. & Lynch, J. 2006c. Indicators of socioeconomic position. Στο: Oakes, J. M. & Kaufman, J. S. (επιμ.) *Methods in social epidemiology*. San Fransisco, US: John Wiley & Sons.
- Gangl, M. 2006. Scar Effects of Unemployment: An Assessment of Institutional Complementarities. *American Sociological Review*, 71(6), 986-1013.
- Ganzeboom, H. B. G., De Graaf, P. M. & Treiman, D. J. 1992. A standard international socio-economic index of occupational status. *Social Science Research*, 21(1), 1-56.
- Ganzeboom, H. B. G. & Treiman, D. J. 2003. Three Internationally Standardised Measures for Comparative Research on Occupational Status. Στο: Hoffmeyer-Zlotnik, J. H. P. & Wolf, C. (επιμ.) *Advances in Cross-National Comparison: A European Working Book for Demographic and Socio-Economic Variables*. Boston, MA: Springer US.
- Gastwirth, J. L. 2007. A graphical summary of disparities in health care and related summary measures. *Journal of Statistical Planning and Inference*, 137(3), 1059-1065.
- Gastwirth, J. L. 2017. Is the Gini Index of Inequality Overly Sensitive to Changes in the Middle of the Income Distribution? *Statistics and Public Policy*, 4(1), 1-11.
- Gemmill, A., Falconi, A., Karasek, D., Hartig, T., Anderson, E. & Catalano, R. 2015. Do macroeconomic contractions induce or 'harvest' suicides? A test of competing hypotheses. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(11), 1071-1076.
- Gerdtham, U.-G. & Ruhm, C. J. 2006. Deaths rise in good economic times: Evidence from the OECD. *Economics & Human Biology*, 4(3), 298-316.
- Geronimus, A. T. 1991. The weathering hypothesis and the health of African-American women and infants: evidence and speculations. *Ethnicity & disease*, 2(3), 207-221.
- Geyer, S., Spreckelsen, O. & von dem Knesebeck, O. 2014. Wealth, income, and health before and after retirement. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 68(11), 1080-1087.
- Gialis, S. & Herod, A. 2014. Of steel and strawberries: Greek workers struggle against informal and flexible working arrangements during the crisis. *Geoforum*, 57, 138-149.
- Gibson, M., Petticrew, M., Bambra, C., Sowden, A. J., Wright, K. E. & Whitehead, M. 2011. Housing and health inequalities: a synthesis of systematic reviews of interventions aimed at different pathways linking housing and health. *Health Place*, 17(1), 175-84.
- Glanz, K., Rimer, B. K. & Viswanath, K. 2008. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*, John Wiley & Sons.
- Glendinning, A., Love, J. G., Hendry, L. B. & Shucksmith, J. 1992. Adolescence and health inequalities: extensions to Macintyre and West. *Social science & medicine*, 35(5), 679-687.
- Global Burden of Disease Collaborative Network 2019. Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).
- Goldberg, D. S. 2017. *Public Health Ethics and the Social Determinants of Health*, Cham, Switzerland, Springer.
- Gosepath, S. 2011. Equality. Στο: Zalta, E. (επιμ.) *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Spring 2011 ed.: Metaphysics Research Lab, Stanford University.
- Graham, H. 2004. Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. *Milbank Q*, 82(1), 101-24.
- Gravelle, H. 1998. How much of the relation between population mortality and unequal distribution of income is a statistical artefact? *BMJ: British Medical Journal*, 316(7128), 382.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Gray, J. 2013. *Hayek on liberty*, London, Routledge.
- Greedy, J. 1977. The principle of transfers and the variance of logarithms. *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, 39(2), 153-158.
- Gregg, P., Propper, C. & Washbrook, E. 2008. Understanding the Relationship between Parental Income and Multiple Child Outcomes: a decomposition analysis. *The Centre for Market and Public Organisation 08/193* [Online].
- Grigorakis, N., Floros, C., Tsangari, H. & Tsoukatos, E. 2016. Out of pocket payments and social health insurance for private hospital care: Evidence from Greece. *Health Policy*, 120(8), 948-959.
- Grossman, M. 1972. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*, 80(2), 223-255.
- Gruskin, S., Bogecho, D. & Ferguson, L. 2010. 'Rights-based approaches' to health policies and programs: Articulations, ambiguities, and assessment. *Journal of public health policy*, 31(2), 129-145.
- Grusky, D. B. & Ku, M. C. 2008. Gloom, doom, and inequality. *Social stratification: Class, race, and gender in sociological perspective*, 2-28.
- Hadorn, D. C. 1991. Setting health care priorities in Oregon: cost-effectiveness meets the rule of rescue. *Jama*, 265(17), 2218-2225.
- Hakim, C. 2010. Erotic Capital. *European Sociological Review*, 26(5), 499-518.
- Hamad, R., Modrek, S. & Cullen, M. R. 2016. The Effects of Job Insecurity on Health Care Utilization: Findings from a Panel of U.S. Workers. *Health Serv Res*, 51(3), 1052-73.
- Han, E., Norton, E. C. & Stearns, S. C. 2009. Weight and wages: fat versus lean paychecks. *Health Econ*, 18(5), 535-48.
- Hardardottir, H., Gerdtham, U.-G. & Wengström, E. 2019. What kind of inequality do you prefer? Evaluating measures of income and health inequality using choice experiments. *Working Papers: 7*. Lund, Sweden: Lund University, Department of Economics.
- Harding, S. 1994. Social class differences in mortality of men: recent evidence from the OPCS Longitudinal Study. Office of Population Censuses and Surveys. *Population Trends*, (80), 31-37.
- Hare, R. 1993. Health care policy: some options. *Hare, R., Essays on Bioethics, Calendon, Oxford*, 210.
- Harper, S., Charters, T. J., Strumpf, E. C., Galea, S. & Nandi, A. 2015. Economic downturns and suicide mortality in the USA, 1980–2010: observational study. *International Journal of Epidemiology*, 44(3), 956-966.
- Harper, S., King, N. B., Meersman, S. C., Reichman, M. E., Breen, N. & Lynch, J. 2010. Implicit value judgments in the measurement of health inequalities. *Milbank Q*, 88(1), 4-29.
- Harper, S. & Lynch, J. 2005. *Methods for measuring cancer disparities: using data relevant to healthy people 2010 cancer-related objectives*, Bethesda, MD, National Cancer Institute.
- Harper, S. & Lynch, J. 2017. Health Inequalities: Measurement and Decomposition. Στο: Oakes, J. M. & Kaufman, J. S. (επιμ.) *Methods in Social Epidemiology*. Second ed. San Francisco: Jossey-Bass.
- Harper, S., Ruder, E., Roman, H. A., Geggel, A., Nweke, O., Payne-Sturges, D. & Levy, J. I. 2013. Using inequality measures to incorporate environmental justice into regulatory analyses. *International journal of environmental research and public health*, 10(9), 4039-4059.
- Harpham, T. & Lives, Y. 2002. *Measuring the social capital of children*, Oxford, Young Lives.
- Hauck, K., Smith, P. C. & Goddard, M. 2004. The economics of priority setting for health care: a literature review.
- Hausman, D. M. 2007. What's Wrong with Health Inequalities?*. *Journal of Political Philosophy*, 15(1), 46-66.
- Hausman, D. M. 2015. *Valuing health. Well-being, freedom, and suffering*, Oxford, Oxford University Press.
- Hausman, D. M. & Waldren, M. S. 2011. Egalitarianism reconsidered. *Journal of Moral Philosophy*, 8(4), 567-586.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Havighurst, C. C. 1995. *Health care choices: private contracts as instruments of health reform*, American Enterprise Institute.
- Haw, C., Hawton, K., Gunnell, D. & Platt, S. 2015. Economic recession and suicidal behaviour: Possible mechanisms and ameliorating factors. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(1), 73-81.
- Heckman, J. & Masterov, D. V. 2007. The Productivity Argument for Investing in Young Children. National Bureau of Economic Research, Inc.
- Heggebø, K., Tøge, A. G., Dahl, E. & Berg, J. E. 2019. Socioeconomic inequalities in health during the Great Recession: A scoping review of the research literature. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(6), 635-654.
- Herbig, B., Dragano, N. & Angerer, P. 2013. Health in the Long-Term Unemployed. *Dtsch Arztebl International*, 110(23-24), 413-419.
- Herrnstein, R. J. 1971. I.Q. *Atlantic Monthly*, 228(3), 43-64.
- Hertzman, C. 1999. The biological embedding of early experience and its effects on health in adulthood. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896(1), 85-95.
- Hertzman, C. & Boyce, T. 2010. How experience gets under the skin to create gradients in developmental health. *Annual review of public health*, 31, 329-347.
- Hertzman, C. & Power, C. 2005. A life course approach to health and human development. Στο: Heymann, J., Hertzman, C., Barer, M. L. & Evans, R. (επιμ.) *Healthier societies: From analysis to action*. Cambridge, MA: Oxford University Press.
- Hessel, P. & Avendano, M. 2013. Are economic recessions at the time of leaving school associated with worse physical functioning in later life? *Ann Epidemiol*, 23(11), 708-15.
- Hessel, P. & Avendano, M. 2016. Economic downturns during the life-course and late-life health: an analysis of 11 European countries. *European Journal of Public Health*, 26(5), 766-771.
- Hessel, P., Vandoros, S. & Avendano, M. 2014. The differential impact of the financial crisis on health in Ireland and Greece: A quasi-experimental approach. *Public Health*, 128(10), 911-919.
- Hirose, I. 2015. *Egalitarianism*, New York, Routledge.
- Hirose, I. 2016. Axiological Sufficiency. Στο: Carina, F. & Annette, R. (επιμ.) *What is Enough?: Sufficiency, Justice, and Health*. New York: Oxford University Press.
- Hitlin, S. & Elder, G. H. 2007. Time, self, and the curiously abstract concept of agency*. *Sociological theory*, 25(2), 170-191.
- Holtug, N. 2007. Prioritarianism. Στο: Holtug, N. & Lippert-Rasmussen, K. (επιμ.) *Egalitarianism: New Essays on the Nature and Value of Equality*. Oxford: Oxford University Press.
- Holtug, N. & Lippert-Rasmussen, K. 2007. An introduction to contemporary egalitarianism. Στο: Holtug, N. & Lippert-Rasmussen, K. (επιμ.) *Egalitarianism: New Essays on the Nature and Value of Equality*. Oxford: Oxford University Press.
- Holtzman, N. A. 2002. Genetics and social class. *Journal of epidemiology and community health*, 56(7), 529-535.
- Homer, J. B. & Hirsch, G. B. 2006. System dynamics modeling for public health: background and opportunities. *American journal of public health*, 96(3), 452-458.
- Honjo, K. 2004. Social epidemiology: Definition, history, and research examples. *Environ Health Prev Med*, 9(5), 193-9.
- Hooghe, M., Vanhoutte, B., Hardyns, W. & Bircan, T. 2011. Unemployment, inequality, poverty and crime: Spatial distribution patterns of criminal acts in Belgium, 2001-06. *British Journal of Criminology*, 51(1), 1-20.
- Houweling, T. A. J., Kunst, A. E., Huisman, M. & Mackenbach, J. P. 2007. Using relative and absolute measures for monitoring health inequalities: experiences from cross-national analyses on maternal and child health. *International Journal for Equity in Health*, 6, 15.
- Hudson, C. G. 2005. Socioeconomic status and mental illness: tests of the social causation and selection hypotheses. *American journal of Orthopsychiatry*, 75(1), 3.
- Hunt, P. 2016. Interpreting the international right to health in a human rights-based approach to health. *Health and human rights*, 18(2), 109.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Hurley, J. 2000. An overview of the normative economics of the health sector. *Handbook of health economics*. Elsevier.
- Hurley, J. 2014. Welfarism and Extra-Welfarism. Στο: Culyer, A. J. (επιμ.) *Encyclopedia of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier.
- Hurley, S. 2007. The 'what' and the 'how' of distributive justice and health. Στο: Holtug, N. & Lippert-Rasmussen, K. (επιμ.) *Egalitarianism: New Essays on the Nature and Value of Equality*. Oxford: Oxford University Press.
- Hurley, S. L. 2003. *Justice, luck, and knowledge*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Husami, Z. I. 1978. Marx on Distributive Justice. *Philosophy & Public Affairs*, 8(1), 27-64.
- Ichoku, H. E., Fonta, W. M. & Thiede, M. 2011. Socioeconomic gradients in self-rated health: A developing country case study of Enugu State, Nigeria. *Economic Change and Restructuring*, 44(3), 179-202.
- Idler, E. L. & Benyamini, Y. 1997. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of health and social behavior*, 21-37.
- Idrees, M. & Ahmad, E. 2017. Measurement of Income Inequality: A Survey. *Forman Journal of Economic Studies*, 13, 1-32.
- Illsley, R. 1955. Social class selection and class differences in relation to stillbirths and infant deaths. *British medical journal*, 2(4955), 1520.
- Inoue, A. 2016. Can Luck Egalitarianism Serve as a Basis for Distributive Justice? A Critique of Kok-Chor Tan's Institutional Luck Egalitarianism. *Law and Philosophy*, 35(4), 391-414.
- International Labour Standards Department (NORMES) & Social Security Unit and Social Protection Department (SOCPRO) 2016. *The state of applications of the provisions for social security of the international treaties on social rights ratified by Greece: ILO technical note*, Geneva, International Labour Organization.
- Isabel, R.-P., Miguel, R.-B., Antonio, R.-G. & Oscar, M.-G. 2017. Economic crisis and suicides in Spain. Socio-demographic and regional variability. *The European Journal of Health Economics*, 18(3), 313-320.
- Islam, M. K., Merlo, J., Kawachi, I., Lindström, M. & Gerdtham, U.-G. 2006. Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review. *International journal for equity in health*, 5(1), 3.
- Israel, S. 2016. How social policies can improve financial accessibility of healthcare: a multi-level analysis of unmet medical need in European countries. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 41.
- Janlert, U. & Hammarström, A. 2009. Which theory is best? Explanatory models of the relationship between unemployment and health. *BMC public health*, 9, 235-235.
- Jenkins, S. P. & Van Kerm, P. 2012. The Measurement of Economic Inequality. Στο: Nolan, B., Salverda, W., Smeeding, T. M., Jenkins, S. P. & Kerm, P. V. (επιμ.) *The Oxford Handbook of Economic Inequality*. Oxford: Oxford University Press.
- Jennings, B. 2003. Frameworks for ethics in public health. *Acta Bioethica*, 9(2).
- Johansson, E., Bockerman, P., Prattala, R. & Uutela, A. 2006. Alcohol-related mortality, drinking behavior, and business cycles: are slumps really dry seasons? *Eur J Health Econ*, 7(3), 215-20.
- Jones, K. & Duncan, C. 1995. Individuals and their ecologies: analysing the geography of chronic illness within a multilevel modelling framework. *Health & Place*, 1(1), 27-40.
- Judge, T. A., Hurst, C. & Simon, L. S. 2009. Does it pay to be smart, attractive, or confident (or all three)? Relationships among general mental ability, physical attractiveness, core self-evaluations, and income. *J Appl Psychol*, 94(3), 742-55.
- Jurges, H. 2007. True health vs response styles: exploring cross-country differences in self-reported health. *Health Econ*, 16(2), 163-78.
- Kagan, S. 1999. Equality and Desert. Στο: Pojman, L. P. & McLeod, O. (επιμ.) *What Do We Deserve?: A Reader on Justice and Desert*. Cambridge, MA: Oxford University Press.
- Kagan, S. 2012. *The geometry of desert*, New York, Oxford University Press.
- Kakwani, N. 1990. *Income inequality and poverty*, Oxford University Press.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Kakwani, N., Wagstaff, A. & Van Doorslaer, E. 1997. Socioeconomic inequalities in health: measurement, computation, and statistical inference. *Journal of econometrics*, 77(1), 87-103.
- Kalousova, L. & Burgard, S. A. 2014. Unemployment, measured and perceived decline of economic resources: Contrasting three measures of recessionary hardships and their implications for adopting negative health behaviors. *Social Science & Medicine*, 106, 28-34.
- Kamm, F. M. 2001. Health and equality of opportunity. *American Journal of Bioethics*, 1(2), 17-19.
- Kaplan, G. A. 2002. Upstream approaches to reducing socioeconomic inequalities in health. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 5, 18-27.
- Karanikolos, M., Heino, P., McKee, M., Stuckler, D. & Legido-Quigley, H. 2016. Effects of the Global Financial Crisis on Health in High-Income Oecd Countries: A Narrative Review. *International Journal of Health Services*, 46(2), 208-240.
- Karanikolos, M. & Kentikelenis, A. 2016. Health inequalities after austerity in Greece. *International Journal for Equity in Health*, 15(1).
- Karanikolos, M., Mackenbach, J. P., Nolte, E., Stuckler, D. & McKee, M. 2018. Amenable mortality in the EU-has the crisis changed its course? *European journal of public health*, 28(5), 864-869.
- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., Mackenbach, J. P. & McKee, M. 2013. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*, 381(9874), 1323-1331.
- Karasek, R., Baker, D., Marxer, F., Ahlbom, A. & Theorell, T. 1981. Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. *American journal of public health*, 71(7), 694-705.
- Karamangla, A. S., Singer, B. H., Williams, D. R., Schwartz, J. E., Matthews, K. A., Kiefe, C. I. & Seeman, T. E. 2005. Impact of socioeconomic status on longitudinal accumulation of cardiovascular risk in young adults: the CARDIA Study (USA). *Social science & medicine*, 60(5), 999-1015.
- Karlsen, S. & Nazroo, J. Y. 2002. Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority groups. *American Journal of Public Health*, 92(4), 624-631.
- Karvonen, S. & Rimpelä, A. 1996. Socio-regional context as a determinant of adolescents' health behaviour in Finland. *Social science & medicine*, 43(10), 1467-1474.
- Kass, N. E. 2001. An ethics framework for public health. *American journal of public health*, 91(11), 1776-1782.
- Kass, N. E. 2004. Public health ethics: from foundations and frameworks to justice and global public health. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 32(2), 232-242.
- Kawachi, I. & Berkman, L. 2000. Social cohesion, social capital, and health. Στο: Berkman, L. F., Kawachi, I. & Glymour, M. M. (επιμ.) *Social epidemiology*. Cambridge, MA: Oxford University Press.
- Kawachi, I. & Berkman, L. F. 2003. *Neighborhoods and health*, New York, Oxford University Press.
- Kawachi, I. & Kennedy, B. P. 1997. The relationship of income inequality to mortality: does the choice of indicator matter? *Social science & medicine*, 45(7), 1121-1127.
- Kawachi, I. & Kennedy, B. P. 1999. Income inequality and health: pathways and mechanisms. *Health services research*, 34(1 Pt 2), 215.
- Kawachi, I., Kennedy, B. P. & Wilkinson, R. G. 1999. Crime: social disorganization and relative deprivation. *Soc Sci Med*, 48(6), 719-31.
- Kawachi, I. & Subramaniam, S. V. 2014. Income inequality. Στο: Berkman, L. F., Kawachi, I. & Glymour, M. M. (επιμ.) *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Kawachi, I., Subramanian, S. & Almeida-Filho, N. 2002. A glossary for health inequalities. *Journal of epidemiology and community health*, 56(9), 647-652.
- Kawachi, I., Subramanian, S. & Kim, D. 2008. Social capital and health: A decade of progress and beyond. Στο: Kawachi, I., Subramanian, S. V. & Kim, D. (επιμ.) *Social capital and health*. New York: Springer.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Kearns, A., Whitley, E., Bond, L., Egan, M. & Tannahill, C. 2013. The psychosocial pathway to mental well-being at the local level: investigating the effects of perceived relative position in a deprived area context. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67(1), 87-94.
- Kelleher, J. P. 2016. Health Inequalities and Relational Egalitarianism. Στο: Buchbinder, M., Rivkin-Fish, M. & Walker, R. (επιμ.) *Understanding Health Inequalities and Justice: New Conversations across the Disciplines*. Chapel Hill, North Carolina: The University of North Carolina Press.
- Kendler, K. S., Kessler, R. C., Walters, E. E., MacLean, C., Neale, M. C., Heath, A. C. & Eaves, L. J. 1995. Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. *American Journal of Psychiatry*, 152(6), 833-842.
- Kennelly, B., O'Shea, E. & Garvey, E. 2003. Social capital, life expectancy and mortality: a cross-national examination. *Soc Sci Med*, 56(12), 2367-77.
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Reeves, A., McKee, M. & Stuckler, D. 2014. Greece's health crisis: From austerity to denialism. *The Lancet*, 383(9918), 748-753.
- Kentikelenis, A. E. 2017. Structural adjustment and health: A conceptual framework and evidence on pathways. *Soc Sci Med*, 187, 296-305.
- Kentikelenis, A. E. 2018. The social aftermath of economic disaster: Karl Polanyi, countermovements in action, and the Greek crisis. *Socio-Economic Review*, 16(1), 39-59.
- Keppel, K., Pamuk, E., Lynch, J., Carter-Pokras, O., Kim, I., Mays, V., Pearcy, J., Schoenbach, V. & Weissman, J. S. 2005. Methodological issues in measuring health disparities. *Vital and health statistics. Series 2, Data evaluation and methods research*, (141), 1.
- Keyes, K. M., Barnes, D. M. & Bates, L. M. 2011. Stress, coping, and depression: Testing a new hypothesis in a prospectively studied general population sample of US-born Whites and Blacks. *Social science & medicine*, 72(5), 650-659.
- Kim, S. Y. & Hong, G. S. 2015. Catastrophic Health Expenditures and Life Satisfaction: A Case in South Korea. *Journal of Family and Economic Issues*, 36(3), 369-382.
- Kirsch, J. A. & Ryff, C. D. 2016. Hardships of the Great Recession and health: Understanding varieties of vulnerability. *Health Psychology Open*, 3(1), 2055102916652390.
- Kjellsson, G. & Gerdtham, U.-G. 2013. On correcting the concentration index for binary variables. *Journal of health economics*, 32(3), 659-670.
- Kjellsson, G. & Gerdtham, U.-G. 2014. Measuring Health Inequalities Using the Concentration Index Approach. Στο: Culyer, A. J. (επιμ.) *Encyclopedia of Health Economics*. 1st ed. Amsterdam, Netherlands: Elsevier.
- Kjellsson, G., Gerdtham, U. G. & Petrie, D. 2015. Lies, Damned Lies, and Health Inequality Measurements: Understanding the Value Judgments. *Epidemiology*, 26(5), 673-80.
- Klebanov, P. K., Brooks-Gunn, J., McCarton, C. & McCormick, M. C. 1998. The contribution of neighborhood and family income to developmental test scores over the first three years of life. *Child development*, 69(5), 1420-1436.
- Kleinschmidt, I., Hills, M. & Elliott, P. 1995. Smoking behaviour can be predicted by neighbourhood deprivation measures. *Journal of epidemiology and community health*, 49(Suppl 2), S72-S77.
- Knight, C. 2009. *Luck egalitarianism: Equality, responsibility, and justice*, Edinburgh, Edinburgh University Press.
- Knight, C. 2013. Luck Egalitarianism. *Philosophy Compass*, 8(10), 924-934.
- Knight, C. & Stemplowska, Z. 2011. Responsibility and distributive justice: an introduction. Στο: Knight, C. & Stemplowska, Z. (επιμ.) *Responsibility and Distributive Justice*. Oxford: Oxford University Press.
- Kollias, C. & Paleologou, S. M. 2012. Labour market conditions and crime in Greece. *International Journal of Social Economics*, 39(12), 983-1000.
- Kolm, S.-C. 1976a. Unequal inequalities. I. *Journal of Economic Theory*, 12(3), 416-442.
- Kolm, S.-C. 1976b. Unequal inequalities. II. *Journal of Economic Theory*, 13(1), 82-111.
- Kondo, N., Sembajwe, G., Kawachi, I., van Dam, R. M., Subramanian, S. & Yamagata, Z. 2009. Income inequality, mortality, and self rated health: meta-analysis of multilevel studies. *Bmj*, 339, b4471.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Kontodimopoulos, N., Pappa, E., Niakas, D., Yfantopoulos, J., Dimitrakaki, C. & Tountas, Y. 2008. Validity of the EuroQoL (EQ-5D) instrument in a Greek general population. *Value in Health*, 11(7), 1162-1169.
- Koolman, X. & van Doorslaer, E. 2004. On the interpretation of a concentration index of inequality. *Health Econ*, 13(7), 649 - 656.
- Koukiadaki, A. & Grimshaw, D. 2016. *Evaluating the effects of the structural labour market reforms on collective bargaining in Greece*, Geneva, International Labour Organization.
- Kourachanis, N., Lalioti, V. & Venieris, D. 2017. Social policies and solidarity during the Greek Crisis. *Social Policy & Administration*, 1-15.
- Kramer, A. F., Bherer, L., Colcombe, S. J., Dong, W. & Greenough, W. T. 2004. Environmental influences on cognitive and brain plasticity during aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 59(9), M940-57.
- Kramer, M. S., Seguin, L., Lydon, J. & Goulet, L. 2000. Socio-economic disparities in pregnancy outcome: why do the poor fare so poorly? *Paediatric and perinatal epidemiology*, 14(3), 194-210.
- Kretsos, L. & Vogiatzoglou, M. 2015. Lost in the Ocean of Deregulation? The Greek Labour Movement in a Time of Crisis. *Relations Industrielles / Industrial Relations*, 70(2), 218-239.
- Krieger, N. 2001. Theories for social epidemiology in the 21st century: An ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*, 30(4), 668-677.
- Krieger, N. 2011. *Epidemiology and the people's health: theory and context*, New York, Oxford University Press.
- Krieger, N. 2014. Discrimination and Health Inequities. Στο: Berkman, L. F., Kawachi, I. & Glymour, M. M. (επιμ.) *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Krieger, N., Chen, J. T., Waterman, P. D., Soobader, M.-J., Subramanian, S. & Carson, R. 2002. Geocoding and monitoring of US socioeconomic inequalities in mortality and cancer incidence: does the choice of area-based measure and geographic level matter? the Public Health Disparities Geocoding Project. *American journal of epidemiology*, 156(5), 471-482.
- Krieger, N., Williams, D. R. & Moss, N. E. 1997. Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines. *Annual review of public health*, 18(1), 341-378.
- Kristjánsson, K. 2003. Justice, Desert, and Virtue Revisited. *Social Theory and Practice*, 29(1), 39-63.
- Kubzansky, L. D., Seeman, T. E. & Glymour, M. M. 2014. Biological Pathways Linking Social Conditions and Health - Plausible Mechanisms and Emerging Puzzles. Στο: Berkman, L. F., Kawachi, I. & Glymour, M. M. (επιμ.) *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Kumanyika, S. K., Obarzanek, E., Stettler, N., Bell, R., Field, A. E., Fortmann, S. P., Franklin, B. A., Gillman, M. W., Lewis, C. E. & Poston, W. C. 2008. Population-based prevention of obesity the need for comprehensive promotion of healthful eating, physical activity, and energy balance: A scientific statement from american heart association council on epidemiology and prevention, interdisciplinary committee for prevention (formerly the expert panel on population and prevention science). *Circulation*, 118(4), 428-464.
- Kumar, S., Grefenstette, J. J., Galloway, D., Albert, S. M. & Burke, D. S. 2013. Policies to reduce influenza in the workplace: impact assessments using an agent-based model. *Am J Public Health*, 103(8), 1406-11.
- Kunst, A. E., Geurts, J. J. & van den Berg, J. 1995. International variation in socioeconomic inequalities in self reported health. *Journal of epidemiology and community health*, 49(2), 117-123.
- Kuzawa, C. W. & Sweet, E. 2009. Epigenetics and the embodiment of race: developmental origins of US racial disparities in cardiovascular health. *American Journal of Human Biology*, 21(1), 2-15.
- Lahelma, E. 2009. Health and Social Stratification. *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*. Wiley-Blackwell.
- Laliotis, I. & Stavropoulou, C. 2018. Crises and mortality: Does the level of unemployment matter? *Social Science & Medicine*, 214, 99-109.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Lalonde, M. 1974. A new perspective on the health of Canadians Office of the Canadian Minister of National health and Welfare. *Ministerio de Sanidad, Ottawa*.
- Lamont, J. 1994. Pareto Efficiency, Egalitarianism, and Difference Principles. *Social Theory and Practice*, 20(3), 311-325.
- Lamont, J. 1997. Incentive Income, Deserved Income and Economic Rents. *Journal of Political Philosophy*, 5(1), 26-46.
- Lamont, J. & Favor, C. 2017. Distributive justice. Στο: Zalta, E. (επιμ.) *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Winter 2017 ed.: Metaphysics Research Lab, Stanford University.
- Langlois, J. H., Kalakanis, L., Rubenstein, A. J., Larson, A., Hallam, M. & Smoot, M. 2000. Maxims or myths of beauty? A meta-analytic and theoretical review. *Psychol Bull*, 126(3), 390-423.
- Lantz, P. M., Lichtenstein, R. L. & Pollack, H. A. 2007. Health Policy Approaches To Population Health: The Limits Of Medicalization. *Health Affairs*, 26(5), 1253-1257.
- Laspa, C. 2013. Do the economic factors affect criminality? Evidence from Greece, 1991–2010. *European Journal of Law and Economics*, 39(1), 107-118.
- Latif, E. 2014. The impact of macroeconomic conditions on obesity in Canada. *Health Econ*, 23(6), 751-9.
- Latsou, D. & Geitona, M. 2018a. The Effects of Unemployment and Economic Distress on Depression Symptoms. *Materia socio-medica*, 30(3), 180-184.
- Latsou, D. & Geitona, M. 2018b. Unemployment effects on health status and risk behaviors in times of economic crisis: The European and Greek evidence. Στο: Saridi, M. & Souliotis, K. (επιμ.) *The Impact and Implications of Crisis: A Comprehensive Approach Combining Elements of Health and Society*. New York: Nova Science Pub Inc.
- LaVeist, T. A., Gaskin, D. & Richard, P. 2011. Estimating the economic burden of racial health inequalities in the United States. *International Journal of Health Services*, 41(2), 231-238.
- Lawlor, D. A., Frankel, S., Shaw, M., Ebrahim, S. & Smith, G. D. 2003. Smoking and ill health: does lay epidemiology explain the failure of smoking cessation programs among deprived populations? *American journal of public health*, 93(2), 266-270.
- Layte, R. 2011. The association between income inequality and mental health: testing status anxiety, social capital, and neo-materialist explanations. *European Sociological Review*, jcr012.
- Lazams, R. & Folkman, S. 1984. Stress, appraisal, and coping. *New York: Springer*, 1, 984.
- Le Grand, J. 1982. *The strategy of equality: redistribution and the social services*, Allen & Unwin.
- Le Grand, J. 1987. Equity, health, and health care. *Social justice research*, 1(3), 257-274.
- Le Grand, J. 1991. *Equity and choice: an essay in economics and applied philosophy*, London, Harper Collins Academic.
- Le Grand, J. 2002. *Equity and choice: an essay in economics and applied philosophy*, London, Routledge.
- Leclerc, A., Lert, F. & FABIEN, C. 1990. Differential mortality: some comparisons between England and Wales, Finland and France, based on inequality measures. *International journal of epidemiology*, 19(4), 1001-1010.
- Lee, J. H., Röbbel, N., Dora, C. & World Health Organization 2013. *Cross-country analysis of the institutionalization of health impact assessment*, Geneva, World Health Organization.
- Lee, L. M. 2012. Public health ethics theory: review and path to convergence. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 40(1), 85-98.
- Leigh, J. P. 1985. The effects of unemployment and the business cycle on absenteeism. *Journal of Economics and Business*, 37(2), 159-170.
- Leist, A. K., Hessel, P. & Avendano, M. 2014. Do economic recessions during early and mid-adulthood influence cognitive function in older age? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 68(2), 151.
- Lekakis, J. N. & Kousis, M. 2013. Economic Crisis, Troika and the Environment in Greece. *South European Society and Politics*, 18(3), 305-331.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Levesque, J.-F., Harris, M. F. & Russell, G. 2013. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International journal for equity in health*, 12, 18-18.
- Levitt, S. D. 2004. Understanding Why Crime Fell in the 1990s: Four Factors that Explain the Decline and Six that Do Not. *Journal of Economic Perspectives*, 18(1), 163-190.
- Levy, J. I., Chemerynski, S. M. & Tuchmann, J. L. 2006. Incorporating concepts of inequality and inequity into health benefits analysis. *International journal for equity in health*, 5(1), 2.
- Lewis, O. 1971. The culture of poverty. *Poor Americans: How the white poor live*, 20-26.
- Liaropoulos, L. 2012. Greek economic crisis: Not a tragedy for health. *BMJ (Online)*, 345(7885).
- Liaropoulos, L., Siskou, O., Kaitelidou, D., Theodorou, M. & Katostarar, T. 2008. Informal payments in public hospitals in Greece. *Health Policy*, 87(1), 72-81.
- Liberatos, P., Link, B. G. & Kelsey, J. L. 1988. The measurement of social class in epidemiology. *Epidemiologic reviews*, 10(1), 87-121.
- Liebersohn, S. 1985. *Making it count: The improvement of social research and theory*, Berkeley, California, Univ of California Press.
- Lin, N. 2002. *Social capital: A theory of social structure and action*, Cambridge, Cambridge university press.
- Linares-Pérez, N. & López-Arellano, O. 2008. Health equity: conceptual models, essential aspects and the perspective of collective health. *Social Medicine*, 3(3), 194-206.
- Lindeboom, M. & van Doorslaer, E. 2004. Cut-point shift and index shift in self-reported health. *J Health Econ*, 23(6), 1083-99.
- Lindemann Nelson, H. & Lindemann Nelson, J. 1996. Justice in the Allocation of Health Care Resources:: A Feminist Account. Στο: Wolf, S. M. (επιμ.) *Feminism and bioethics: beyond reproduction*. Oxford: Oxford University Press.
- Lindström, M. & Giordano, G. N. 2016. The 2008 financial crisis: Changes in social capital and its association with psychological wellbeing in the United Kingdom - A panel study. *Social Science and Medicine*, 153, 71-80.
- Link, B. G. 2008. Epidemiological sociology and the social shaping of population health. *Journal of Health and Social Behavior*, 49(4), 367-384.
- Link, B. G. & Phelan, J. 1995. Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of health and social behavior*, 80-94.
- Link, B. G. & Phelan, J. C. 1996. Understanding sociodemographic differences in health--the role of fundamental social causes. *American journal of public health*, 86(4), 471-473.
- Lippert-Rasmussen, K. 2001. Egalitarianism, Option Luck, and Responsibility. *Ethics*, 111(3), 548-579.
- Lippert-Rasmussen, K. 2007. The insignificance of the distinction between telic and deontic egalitarianism. Στο: Holtug, N. & Lippert-Rasmussen, K. (επιμ.) *Egalitarianism: New Essays on the Nature and Value of Equality*. Oxford: Oxford University Press.
- Lippert-Rasmussen, K. 2016. *Luck egalitarianism*, London, Bloomsbury Publishing.
- Litchfield, J. A. 1999. Inequality: Methods and tools. *World Bank*, 4.
- Logan, W. P. D. 1954. Social class variations in mortality. *British journal of preventive & social medicine*, 8(3), 128-137.
- Lomasky, L. E. 1981. Medical progress and national health care. *Philosophy & public affairs*, 65-88.
- Lorenc, T., Clayton, S., Neary, D., Whitehead, M., Petticrew, M., Thomson, H., Cummins, S., Sowden, A. & Renton, A. 2012. Crime, fear of crime, environment, and mental health and wellbeing: mapping review of theories and causal pathways. *Health Place*, 18(4), 757-65.
- Lundberg, O. 2010. Politics, public health and pessimism: Should we take studies on welfare states and public health further? A commentary on Tapia Granados. *Social Science & Medicine*, 71(5), 851-852.
- Lutfey, K. & Freese, J. 2005. Toward Some Fundamentals of Fundamental Causality: Socioeconomic Status and Health in the Routine Clinic Visit for Diabetes1. *American Journal of Sociology*, 110(5), 1326-1372.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Lyberaki, A. & Tinios, P. 2014. The informal welfare state and the family: Invisible actors in the Greek drama. *Political Studies Review*, 12(2), 193-208.
- Lynch, J. 2000. Income inequality and health: expanding the debate. *Soc Sci Med*, 51(7), 1001-5; discussion 1009-10.
- Lynch, J. & Kaplan, G. 2000. Socioeconomic position. Στο: Berkman, L. & Kawachi, I. (επιμ.) *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Lynch, J. & Smith, G. D. 2002. Commentary: Income inequality and health: The end of the story? *International Journal of Epidemiology*, 31(3), 549-551.
- Lynch, J., Smith, G. D., Harper, S. A., Hillemeier, M., Ross, N., Kaplan, G. A. & Wolfson, M. 2004. Is income inequality a determinant of population health? Part 1. A systematic review. *Milbank Quarterly*, 82(1), 5-99.
- Lynch, J. W., Smith, G. D., Kaplan, G. A. & House, J. S. 2000. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ*, 320(7243), 1200-1204.
- MacDonald, M., Keeling, M. & Bellefleur, O. 2015a. *Introduction to public health ethics 2: Philosophical and theoretical foundations*, National Collaborating Centre for Healthy Public Policy.
- MacDonald, M., Keeling, M. & Bellefleur, O. 2015b. *Introduction to public health ethics 3: Frameworks for public health ethics*, National Collaborating Centre for Healthy Public Policy.
- Macinko, J. A., Shi, L. & Starfield, B. 2004. Wage inequality, the health system, and infant mortality in wealthy industrialized countries, 1970-1996. *Social science and Medicine*, 58(2), 279-292.
- Macinko, J. A., Shi, L., Starfield, B. & Wulu, J. T., Jr. 2003. Income inequality and health: a critical review of the literature. *Med Care Res Rev*, 60(4), 407-52.
- MacIntyre, A. C. 1988. *Whose justice? Which rationality?*, Notre Dame, University of Notre Dame Press.
- MacIntyre, S. 1994. Socioeconomic variations in Scotland's health: a review. *Health Bulletin*, 52, 456-471.
- Macintyre, S. 1997a. The black report and beyond what are the issues? *Social science & medicine*, 44(6), 723-745.
- Macintyre, S. 1997b. What are spatial effects and how can we measure them?
- Macintyre, S., Ellaway, A. & Cummins, S. 2002. Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Social science & medicine*, 55(1), 125-139.
- Macintyre, S., Maciver, S. & Sooman, A. 1993. Area, class and health: should we be focusing on places or people? *Journal of social policy*, 22(02), 213-234.
- Macintyre, S. & West, P. 1991. Lack of class variation in health in adolescence: An artefact of an occupational measure of social class? *Soc Sci Med*, 32(4), 395 - 402.
- Mackenbach, J. P. 1994. Socioeconomic inequalities in health in the Netherlands: impact of a five year research programme. *Bmj*, 309(6967), 1487-1491.
- Mackenbach, J. P. 2010. New trends in health inequalities research: now it's personal. *The Lancet*, 376(9744), 854-855.
- Mackenbach, J. P. 2012. The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. *Social science & medicine*, 75(4), 761-769.
- Mackenbach, J. P., Bos, V., Andersen, O., Cardano, M., Costa, G., Harding, S., Reid, A., Hemström, Ö., Valkonen, T. & Kunst, A. E. 2003. Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *International journal of epidemiology*, 32(5), 830-837.
- Mackenbach, J. P. & Kunst, A. E. 1997. Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Social science & medicine*, 44(6), 757-771.
- MacLachlan, G. & Maynard, A. 1982. The public/private mix in health care: The emerging lessons. *The public/private mix in health care: The relevance and effects of change*.
- Maclean, J. C. 2013. The health effects of leaving school in a bad economy. *J Health Econ*, 32(5), 951-64.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Macleod, J., Smith, G. D., Metcalfe, C. & Hart, C. 2005. Is subjective social status a more important determinant of health than objective social status? Evidence from a prospective observational study of Scottish men. *Social science & medicine*, 61(9), 1916-1929.
- MacNaughton, G. 2009. Untangling equality and non-discrimination to promote the right to health care for all. *health and human rights*, 47-63.
- Macy, J. T., Chassin, L. & Presson, C. C. 2013. Predictors of health behaviors after the economic downturn: A longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 89, 8-15.
- Madianos, M., Economou, M., Alexiou, T. & Stefanis, C. 2011. Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 46(10), 943-52.
- Madianos, M. G., Alexiou, T., Patelakis, A. & Economou, M. 2014. Suicide, unemployment and other socioeconomic factors: Evidence from the economic crisis in Greece. *European Journal of Psychiatry*, 28(1), 39-49.
- Maguire, K. & Sheriff, G. 2011. Comparing distributions of environmental outcomes for regulatory environmental justice analysis. *International journal of environmental research and public health*, 8(5), 1707-1726.
- Major, B. & Schmader, T. 2001. Legitimacy and the construal of social disadvantage. *The psychology of legitimacy: Emerging perspectives on ideology, justice, and intergroup relations*, 176-204.
- Makdissi, P. & Yazbeck, M. 2016. Avoiding blindness to health status in health achievement and health inequality measurement. *Social Science & Medicine*, 171, 39-47.
- Manolio, T. A., Collins, F. S., Cox, N. J., Goldstein, D. B., Hindorff, L. A., Hunter, D. J., McCarthy, M. I., Ramos, E. M., Cardon, L. R. & Chakravarti, A. 2009. Finding the missing heritability of complex diseases. *Nature*, 461(7265), 747-753.
- Manor, O., Matthews, S. & Power, C. 2003. Health selection: the role of inter-and intra-generational mobility on social inequalities in health. *Social science & medicine*, 57(11), 2217-2227.
- Mansbridge, J., Hartz-Karp, J., Amengual, M. & Gastil, J. 2006. Norms of deliberation: An inductive study. *Journal of Public Deliberation*, 2(1), 1-47.
- Marchman Andersen, M., Oksbjerg Dalton, S., Lynch, J., Johansen, C. & Holtug, N. 2013. Social inequality in health, responsibility and egalitarian justice. *J Public Health (Oxf)*, 35(1), 4-8.
- Marcum, J. A. 2008. *An introductory philosophy of medicine: Humanizing modern medicine*, Springer Science & Business Media.
- Margerison-Zilko, C., Goldman-Mellor, S., Falconi, A. & Downing, J. 2016. Health Impacts of the Great Recession: a Critical Review. *Current Epidemiology Reports*, 3(1), 81-91.
- Margerison-Zilko, C. E., Catalano, R., Hubbard, A. & Ahern, J. 2011. Maternal exposure to unexpected economic contraction and birth weight for gestational age. *Epidemiology (Cambridge, Mass.)*, 22(6), 855-858.
- Marmot, M. 2004. *The status syndrome: how your social standing affects your health and life expectancy*, London:, Bloomsbury Publishing.
- Marmot, M. & Bell, R. 2018. The Sustainable Development Goals and Health Equity. *Epidemiology*, 29(1), 5-7.
- Marmot, M., Bloomer, E. & Goldblatt, P. 2013. The Role of Social Determinants in Tackling Health Objectives in a Context of Economic Crisis. *Public Health Reviews*, 35(1), 9.
- Marmot, M. & Brunner, E. 2005. Cohort profile: the Whitehall II study. *International journal of epidemiology*, 34(2), 251-256.
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A. & Taylor, S. 2008. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*, 372(9650), 1661-9.
- Marmot, M., Smith, G., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Brunner, E. & Feeney, A. 1991. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet*, 337, 1387 - 1393.
- Marmot, M. & Theorell, T. 1988. Social class and cardiovascular disease: the contribution of work. *International Journal of Health Services*, 18(4), 659-674.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Marmot, M. G., Bosma, H., Hemingway, H., Brunner, E. & Stansfeld, S. 1997. Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *The Lancet*, 350(9073), 235-239.
- Marmot, M. G. & McDowall, M. E. 1986. Mortality decline and widening social inequalities. *The Lancet*, 328(8501), 274-276.
- Marmot, M. G., Rose, G., Shipley, M. & Hamilton, P. J. 1978. Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of epidemiology and community health*, 32(4), 244-249.
- Marmot, M. G., Shipley, M. J. & Rose, G. 1984. Inequalities in death—specific explanations of a general pattern? *The Lancet*, 323(8384), 1003-1006.
- Maroukis, T. 2016. Temporary agency work, migration and the crisis in Greece: labour market segmentation intensified. *Transfer*, 22(2), 179-192.
- Marsh, A., Gordon, D., Heslop, P. & Pantazis, C. 2000. Housing Deprivation and Health: A Longitudinal Analysis. *Housing Studies*, 15(3), 411-428.
- Martikainen, P. T. & Valkonen, T. 1996. Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment. *Lancet*, 348(9032), 909-12.
- Martin Bassols, N. & Vall Castelló, J. 2016. Effects of the great recession on drugs consumption in Spain. *Economics & Human Biology*, 22, 103-116.
- Martin, M. A. 2008. The intergenerational correlation in weight: how genetic resemblance reveals the social role of families. *AJS; American journal of sociology*, 114(Suppl), S67.
- Matsaganis, M. 2012. Social policy in hard times: The case of Greece. *Critical Social Policy*, 32(3), 406-421.
- Matsaganis, M. 2013. The Greek crisis: social impact and policy responses. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung, Department of Western Europe/North America.
- Matsaganis, M. & Leventi, C. 2014a. The Distributional Impact of Austerity and the Recession in Southern Europe. *South European Society and Politics*, 19(3), 393-412.
- Matsaganis, M. & Leventi, C. 2014b. Poverty and Inequality during the Great Recession in Greece. *Political Studies Review*, 12(2), 209-223.
- Mavridis, S. 2018. Greece's Economic and Social Transformation 2008–2017. *Social Sciences*, 7(1), 9.
- Mayer, S. E. 2001. How the growth in income inequality increased economic segregation. Northwestern University/University of Chicago Joint Center for Poverty Research.
- Mayer, S. E. & Sarin, A. 2005. Some mechanisms linking economic inequality and infant mortality. *Social science and Medicine* 60, 439-455.
- McCarron, P. G., Smith, G. D. & Womersley, J. J. 1994. Deprivation and mortality in Glasgow: changes from 1980 to 1992. *BMJ*, 309(6967), 1481-1482.
- McCartney, G., Collins, C. & Mackenzie, M. 2013. What (or who) causes health inequalities: Theories, evidence and implications? *Health Policy*, 113(3), 221-227.
- McDonough, P., Duncan, G. J., Williams, D. & House, J. 1997. Income dynamics and adult mortality in the United States, 1972 through 1989. *American journal of public health*, 87(9), 1476-1483.
- McEwen, B. S. 1998. Protective and damaging effects of stress mediators. *N Engl J Med*, 338(3), 171-9.
- McEwen, B. S. & Seeman, T. 1999. Protective and damaging effects of mediators of stress: elaborating and testing the concepts of allostasis and allostatic load. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896(1), 30-47.
- McGinnis, J. M., Williams-Russo, P. & Knickman, J. R. 2002. The case for more active policy attention to health promotion. *Health Affairs*, 21(2), 78-93.
- McKenzie, K. & Harpham, T. 2006. Meanings and uses of social capital in the mental health field. *Social capital and mental health*, 11-23.
- McKerlie, D. 2007. Egalitarianism and the difference between interpersonal and intrapersonal judgments. Στο: Holtug, N. & Lippert-Rasmussen, K. (επιμ.) *Egalitarianism: New Essays on the Nature and Value of Equality*. Oxford: Oxford University Press.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- McLaren, L. 2014. Social and Economic Determinants of Obesity. Στο: Bray, G. A. & Bouchard, C. (επιμ.) *Handbook of Obesity: Epidemiology, Etiology, and Physiopathology*. Boca Raton: Taylor & Francis Group.
- McLeod, J. D. 2013. Social stratification and inequality. *Handbook of the sociology of mental health*. Springer.
- McLoone, P. & Boddy, F. A. 1994. Deprivation and mortality in Scotland, 1981 and 1991. *Bmj*, 309(6967), 1465-1470.
- McNamara, C. 2015. Trade liberalization, social policies and health: an empirical case study. *Global Health*, 11, 42.
- Meltzer, H., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M. & Jenkins, R. 2013. The relationship between personal debt and specific common mental disorders. *Eur J Public Health*, 23(1), 108-13.
- Michas, G., Karvelas, G. & Trikas, A. 2018. Cardiovascular disease in Greece; the latest evidence on risk factors. *Hellenic Journal of Cardiology*.
- Miles, R. & Phizacklea, A. 1984. *White man's country: racism in British politics*, Longwood Pr Ltd.
- Miller, D. 1976. *Social justice*, Oxford, Oxford University Press.
- Miller, D. 1999. *Principles of social justice*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Miller, D. L., Page, M. E., Stevens, A. H. & Filipski, M. 2009. Why are recessions good for your health? *Am Econ Rev*, 99.
- Minnotte, K. L. & Yucel, D. 2018. Work–Family Conflict, Job Insecurity, and Health Outcomes Among US Workers. *Social Indicators Research*, 139(2), 517-540.
- Modrek, S. & Cullen, M. R. 2013. Health consequences of the 'Great Recession' on the employed: evidence from an industrial cohort in aluminum manufacturing. *Soc Sei Med*, 92.
- Modrek, S., Stuckler, D., McKee, M., Cullen, M. R. & Basu, S. 2013. A Review of Health Consequences of Recessions Internationally and a Synthesis of the US Response during the Great Recession. *Public Health Reviews*, 35(1), 10.
- Montez, J. K. & Zajacova, A. 2013. Trends in mortality risk by education level and cause of death among US White women from 1986 to 2006. *Am J Public Health*, 103(3), 473-9.
- Moriarty, J. 2003. Against the Asymmetry of Desert. *Nouç*, 37(3), 518-536.
- Morland, K., Wing, S., Roux, A. D. & Poole, C. 2002. Neighborhood characteristics associated with the location of food stores and food service places. *American journal of preventive medicine*, 22(1), 23-29.
- Morris, J., Marzano, M., Dandy, N. & O'Brien, L. 2012. Theories and models of behaviour and behaviour change. *Forest Research, Tech. Rep*.
- Morris, J. K. & Cook, D. G. 1991. A critical review of the effect of factory closures on health. *British journal of industrial medicine*, 48(1), 1-8.
- Mosquera, I., González-Rábago, Y., Bacigalupe, A. & Suhrcke, M. 2017. The Impact of Fiscal Policies on the Socioeconomic Determinants of Health:A Structured Review. *International Journal of Health Services*, 47(2), 189-206.
- Mountain, J. L. & Risch, N. 2004. Assessing genetic contributions to phenotypic differences among racial and ethnic groups. *Nature Genetics*, 36, S48-S53.
- Moutos, T. 2015. *Labour market measures in Greece 2008–13: The crisis and beyond*, Geneva, International Labour Office Publications.
- Mpogas, K., Kopelias, P., Mitropoulos, L. & Kepaptsoglou, K. Road Safety in urban areas in Greece during economy downturn. A before - After comparison. *Transportation Research Procedia*, 2017. 228-234.
- Mucci, N., Giorgi, G., Roncaioli, M., Fiz Perez, J. & Arcangeli, G. 2016. The correlation between stress and economic crisis: a systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 12, 983-93.
- Munro, S., Lewin, S., Swart, T. & Volmink, J. 2007. A review of health behaviour theories: how useful are these for developing interventions to promote long-term medication adherence for TB and HIV/AIDS? *BMC public health*, 7(1), 104.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Muntaner, C., Borrell, C. & Chung, H. 2007. Class Relations, Economic Inequality and Mental Health: Why Social Class Matters to the Sociology of Mental Health. Στο: Avison, W., McLeod, J. & Pescosolido, B. (επιμ.) *Mental Health, Social Mirror*. Springer US.
- Muntaner, C., Borrell, C., Ng, E., Chung, H., Espelt, A., Rodriguez-Sanz, M., Benach, J. & O'Campo, P. 2011a. Politics, welfare regimes, and population health: controversies and evidence. *Sociol Health Illn*, 33(6), 946-64.
- Muntaner, C., Borrell, C., Ng, E., Chung, H., Espelt, A., Rodriguez-Sanz, M., Benach, J. & O'Campo, P. 2011b. Politics, welfare regimes, and population health: controversies and evidence. *Sociology of health & illness*, 33(6), 946-964.
- Muntaner, C., Eaton, W., Diala, C., Kessler, R. & Sorlie, P. 1998. Social class, assets, organizational control and the prevalence of common groups of psychiatric disorders. *Social science & medicine*, 47(12), 2043-2053.
- Muntaner, C., Lynch, J. & Smith, G. D. 2000. Social capital and the third way in public health. *Critical Public Health*, 10(2), 119-124.
- Muntaner, C., Ng, E., Chung, H. & Prins, S. J. 2015. Two decades of Neo-Marxist class analysis and health inequalities: A critical reconstruction. *Social Theory and Health*, 13(3-4), 267-287.
- Muntaner, C., Ng, E., Vanroelen, C., Christ, S. & Eaton, W. W. 2013. Social stratification, social closure, and social class as determinants of mental health disparities. Στο: Aneshensel, C. S., Phelan, J. C. & Bierman, A. (επιμ.) *Handbook of the sociology of mental health*. New York: Springer.
- Murphy, S. & Egger, M. 2002. Studies of the social causes of tuberculosis in Germany before the First World War: extracts from Mosse and Tugendreich's landmark book. *International journal of epidemiology*, 31(4), 742-749.
- Murray, C. J. L. 1996. Rethinking DALYs. Στο: Murray, C. J. L. & Lopez, A. D. (επιμ.) *The Global Burden of Disease*. Cambridge: Harvard University Press.
- Musgrave, R. A. 1959. *Theory of public finance; a study in public economy*, New York, McGraw-Hill.
- Musgrave, R. A. 1969. Provision for social goods. Στο: Margolis, J. & Guitton, H. (επιμ.) *Public economics: an analysis of public production and consumption and their relations to the private sectors*. London: Macmillan.
- Mylona, K., Tsiantou, V., Zavras, D., Pavi, E. & Kyriopoulos, J. 2014. Determinants of self-reported frequency of depressive symptoms in Greece during economic crisis. *Public Health*, 128(8), 752-754.
- Nagel, T. 1991. *Equality and partiality*, Oxford, Oxford University Press.
- Nagel, T. 1997. Justice and nature. *Oxford J. Legal Stud.*, 17, 303.
- Navarro, V. 2002. A critique of social capital. *International Journal of Health Services*, 32(3), 423-432.
- Navarro, V., Muntaner, C., Borrell, C., Benach, J., Quiroga, A., Rodriguez-Sanz, M., Verges, N. & Pasarin, M. I. 2006. Politics and health outcomes. *Lancet*, 368(9540), 1033-7.
- Nelson, K. & Tøge, A. G. 2017. Health trends in the wake of the financial crisis - Increasing inequalities? *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(18_suppl), 22-29.
- Nesson, E. & Robinson, J. J. 2017a. The Measurement of Health and the Connection between Health Inequality and Income. SSRN [Online]. [Accessed June 27, 2017].
- Nesson, E. T. & Robinson, J. J. 2017b. The Measurement of Multidimensional Inequality in Health. *ASSA Annual Meeting*. Chicago, IL.
- New, B. & Le Grand, J. 1996. *Rationing in the NHS: Principles and Pragmatism*, King's Fund Publishing.
- Nielsen, L. & Axelsen, D. V. 2017. Capabilitarian Sufficiency: Capabilities and Social Justice. *Journal of Human Development and Capabilities*, 18(1), 46-59.
- Nielsen, M. E. J. & Andersen, M. M. 2014. Should We Hold the Obese Responsible?: Some Key Issues. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 23(4), 443-451.
- Nikolaou, A. & Nikolaou, D. 2009. Health inequalities related to income in Greece. *International Journal of Applied Business and Economic Research*, 7(1), 45-57.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Nord, E., Pinto, J. L., Richardson, J., Menzel, P. & Ubel, P. 1999. Incorporating societal concerns for fairness in numerical valuations of health programmes. *Health economics*, 8(1), 25-39.
- Nord, E., Richardson, J., Street, A., Kuhse, H. & Singer, P. 1995. Maximizing health benefits vs egalitarianism: an Australian survey of health issues. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1429-1437.
- Nordin, M. & Almén, D. 2017. Long-term unemployment and violent crime. *Empirical Economics*, 52(1), 1-29.
- Norheim, O. F. & Asada, Y. 2009. The ideal of equal health revisited: Definitions and measures of inequity in health should be better integrated with theories of distributive justice. *International Journal for Equity in Health*, 8.
- Norman, R. 1999. Equality, priority and social justice. *Ratio*, 12(2), 178-194.
- Nozick, R. 1974. *Anarchy, State and Utopia*, New York, Basic Books.
- Nuffield Council on Bioethics 2007. *Public health: ethical issues*, London, Nuffield Council on Bioethics.
- Nussbaum, M. 2003. Capabilities as fundamental entitlements: Sen and social justice. *Feminist economics*, 9(2-3), 33-59.
- Nussbaum, M. 2007. *Frontiers of justice. Disability, nationality, species membership*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Nussbaum, M. C. 2011. *Creating Capabilities: The Human Development Approach*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Nyqvist, F., Pape, B., Pellfolk, T., Forsman, A. K. & Wahlbeck, K. 2014. Structural and cognitive aspects of social capital and all-cause mortality: a meta-analysis of cohort studies. *Social indicators research*, 116(2), 545-566.
- O'Campo, P., Xue, X., Wang, M.-C. & Caughy, M. 1997. Neighborhood risk factors for low birthweight in Baltimore: a multilevel analysis. *American journal of public health*, 87(7), 1113-1118.
- O'Donnell, O. 2009. Measuring health inequalities in Europe: Methodological issues in the analysis of survey data. *Eurohealth*, 15(3), 10-14.
- O'Donnell, O., Doorslaer, E. v., Wagstaff, A. & Lindelow, M. 2008. *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and Their Implementation*, Washington, DC, The World Bank.
- O'Donnell, O., O'Neill, S., Van Ourti, T. & Walsh, B. 2016. conindex: Estimation of concentration indices. *The Stata journal*, 16(1), 112.
- O'Donnell, P., O'Donovan, D. & Elmusharaf, K. 2018. Measuring social exclusion in healthcare settings: A scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 17(1).
- O'Donnell, O., van Doorslaer, E. & Wagstaff, A. 2012. Decomposition of inequalities in health and health care. Στο: Jones, A. M. (επιμ.) *The Elgar Companion to Health Economics*. 2nd ed. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing Limited.
- Oakes, J. M. & Rossi, P. H. 2003. The measurement of SES in health research: current practice and steps toward a new approach. *Social science & medicine*, 56(4), 769-784.
- Obert, P., Theocharis, Y. & van Deth, J. W. 2019. Threats, chances and opportunities: social capital in Europe in times of social and economic hardship. *Policy Studies*, 40(1), 21-39.
- OECD 2011. *Greece: Review of the Central Administration*, Paris, OECD Publishing,.
- OECD 2013. *Greece: Reform of Social Welfare Programmes*, OECD Publishing.
- OECD 2016. *OECD Economic Surveys: Greece 2016*, Paris, OECD Publishing.
- OECD 2018a. OECD Health Statistics.
- OECD 2018b. *Revenue Statistics 2018*.
- Ogbonnaya, C., Gahan, P. & Eib, C. 2018. Recessionary changes at work and employee well-being : the protective roles of national- and workplace-level institutions. *European journal of industrial relations*.
- Ogden, C. L., Carroll, M. D., McDowell, M. A. & Flegal, K. M. 2007. Obesity among adults in the United States--no statistically significant change since 2003-2004. *NCHS data brief*, (1), 1-8.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Olsaretti, S. 2002. Unmasking Equality? Kagan on Equality and Desert. *Utilitas*, 14(3), 387.
- Olsen, J. A. 1997. Theories of justice and their implications for priority setting in health care. *Journal of health economics*, 16(6), 625-639.
- Olshansky, S. J. 2005. Projecting the future of U.S. health and longevity. *Health affairs (Project Hope)*, 24, 24 Suppl 2.
- Olshansky, S. J., Antonucci, T., Berkman, L., Binstock, R. H., Boersch-Supan, A., Cacioppo, J. T., Carnes, B. A., Carstensen, L. L., Fried, L. P. & Goldman, D. P. 2012a. Differences in life expectancy due to race and educational differences are widening, and many may not catch up. *Health Affairs*, 31(8), 1803-1813.
- Olshansky, S. J., Antonucci, T., Berkman, L., Binstock, R. H., Boersch-Supan, A., Cacioppo, J. T., Carnes, B. A., Carstensen, L. L., Fried, L. P., Goldman, D. P., Jackson, J., Kohli, M., Rother, J., Zheng, Y. & Rowe, J. 2012b. Differences in life expectancy due to race and educational differences are widening, and many may not catch up. *Health Aff (Millwood)*, 31(8), 1803-13.
- Ontario Agency for Health Protection and Promotion 2013. *Summary Measures of Socioeconomic Inequalities in Health* Toronto, Queen's Printer for Ontario.
- Operario, D., Adler, N. E. & Williams, D. R. 2004. Subjective social status: Reliability and predictive utility for global health. *Psychology & Health*, 19(2), 237-246.
- Osorno-del Rosal, M. d. P. & Rodríguez-Rodríguez, O. M. 2018. Underemployment and employment among young workers and the business cycle in Spain: the importance of education level and specialisation AU - Acosta-Ballesteros, Juan. *Journal of Education and Work*, 31(1), 28-46.
- Ostrove, J. M., Adler, N. E., Kuppermann, M. & Washington, A. E. 2000. Objective and subjective assessments of socioeconomic status and their relationship to self-rated health in an ethnically diverse sample of pregnant women. *Health Psychology*, 19(6), 613.
- Otterbach, S. 2010. Mismatches Between Actual and Preferred Work Time: Empirical Evidence of Hours Constraints in 21 Countries. *Journal of Consumer Policy*, 33(2), 143-161.
- Oude Groeniger, J., Kamphuis, C. B. M., Mackenbach, J. P., Beenackers, M. A. & van Lenthe, F. J. 2019. Are socio-economic inequalities in diet and physical activity a matter of social distinction? A cross-sectional study. *International journal of public health*, 64(7), 1037-1047.
- Oyesanya, M., Lopez-Morinigo, J. & Dutta, R. 2015. Systematic review of suicide in economic recession. *World journal of psychiatry*, 5(2), 243-254.
- Palaskas, T., Psycharis, Y., Rovolis, A. & Stoforos, C. 2015. The asymmetrical impact of the economic crisis on unemployment and welfare in Greek urban economies. *Journal of Economic Geography*, 15(5), 973-1007.
- Pamuk, E. R. 1985. Social class inequality in mortality from 1921 to 1972 in England and Wales. *Population studies*, 39(1), 17-31.
- Papadopoulos, T. & Roumpakis, A. 2013. Familistic welfare capitalism in crisis: Social reproduction and anti-social policy in Greece. *Journal of International and Comparative Social Policy*, 29(3), 204-224.
- Pappas, G., Queen, S., Hadden, W. & Fisher, G. 1993. The increasing disparity in mortality between socioeconomic groups in the United States, 1960 and 1986. *New England Journal of Medicine*, 329(2), 103-109.
- Paraschakis, A., Michopoulos, I., Efstathiou, V., Christodoulou, C., Boyokas, I. & Douzenis, A. 2018. A comparative analysis of suicides in Greece's main port city area of Piraeus before (2006–2010) and during (2011–2015) the country's severe economic crisis. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 56, 5-8.
- Parcel, T. L. & Dufur, M. J. 2001. Capital at home and at school: Effects on student achievement. *Social Forces*, 79(3), 881-911.
- Parfit, D. 1984. *Reasons and Persons*, New York, Oxford University Press.
- Parfit, D. 1997. Equality and priority. *Ratio*, 10(3), 202-221.
- Parfitt, D. 2000. Equality or Priority? Στο: Clayton, M. & Williams, A. (επιμ.) *The Idea of Equality*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Parkin, F. 1979. *Marxism and class theory: A bourgeois critique*, Tavistock London.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Parmar, D., Stavropoulou, C. & Ioannidis, J. P. A. 2016. Health outcomes during the 2008 financial crisis in Europe: systematic literature review. *BMJ*, 354, i4588.
- Parsons, T. 1975. The sick role and the role of the physician reconsidered. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 257-278.
- Pascual, M., Cantarero, D. & Lanza, P. 2018. Health polarization and inequalities across Europe: an empirical approach. *European Journal of Health Economics*, 19(8), 1039-1051.
- Paul, K. I. & Moser, K. 2009. Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 264-282.
- Pearcy, J. N. & Keppel, K. G. 2002. A summary measure of health disparity. *Public Health Rep*, 117(3), 273-80.
- Pearlin, L. I. 1999. The Stress Process Revisited. Στο: Aneshensel, C. S. & Phelan, J. C. (επιμ.) *Handbook of the Sociology of Mental Health*. Boston, MA: Springer US.
- Pearlin, L. I., Schieman, S., Fazio, E. M. & Meersman, S. C. 2005. Stress, health, and the life course: some conceptual perspectives. *J Health Soc Behav*, 46(2), 205-19.
- Pega, F., Kawachi, I., Rasanathan, K. & Lundberg, O. 2013. Politics, policies and population health: A commentary on. *Social Science & Medicine*, 30, 1e4.
- Pen, J. 1971. *Income distribution: facts, theories, policies* New York, Praeger.
- Penman-Aguilar, A., Talih, M., Huang, D., Moonesinghe, R., Bouye, K. & Beckles, G. 2016. Measurement of Health Disparities, Health Inequities, and Social Determinants of Health to Support the Advancement of Health Equity. *J Public Health Manag Pract*, 22 Suppl 1, S33-42.
- Pereira, J. A. 1998. Inequality in Infant Mortality in Portugal, 1971–1991. Στο: Zweifel, P. (επιμ.) *Health, the Medical Profession, and Regulation*. Boston, MA: Springer US.
- Peretti-Watel, P. & Constance, J. 2009. "It's all we got left". Why poor smokers are less sensitive to cigarette price increases. *International journal of environmental research and public health*, 6(2), 608-621.
- Perez, S. A. & Matsaganis, M. 2018. The Political Economy of Austerity in Southern Europe. *New Political Economy*, 23(2), 192-207.
- Persad, G., Wertheimer, A. & Emanuel, E. J. 2009. Principles for allocation of scarce medical interventions. *The Lancet*, 373(9661), 423-431.
- Persson, I. 2007. A defence of extreme egalitarianism. Στο: Holtug, N. & Lippert-Rasmussen, K. (επιμ.) *Egalitarianism: New Essays on the Nature and Value of Equality*. Oxford: Oxford University Press.
- Peter, F. & Evans, T. 2001. Ethical dimensions of health equity. Στο: Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A. & Wirth, M. (επιμ.) *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York: Oxford University Press, Inc.
- Petmesidou, M. 2013. Is social protection in Greece at a crossroads? *European Societies*, 15(4), 597-616.
- Petmesidou, M., Guillén, A. M. & Pavolini, E. 2020. Health care in post-crisis South Europe: Inequalities in access and reform trajectories. *Social Policy & Administration*, 54(5), 666-683.
- Pettit, P. 2001. *A Theory of Freedom: From the Psychology to the Politics of Agency*, Oxford, Oxford University Press.
- Pfeffer, F. T., Danziger, S. & Schoeni, R. F. 2013. Wealth Disparities before and after the Great Recession. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 650(1), 98-123.
- Phelan, J. & Link, B. 2013. Fundamental Cause Theory. Στο: Cockerham, W. C. (επιμ.) *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory*. Dordrecht, Heidelberg, New York, London: Springer.
- Phelan, J. C. & Link, B. G. 2005. Controlling disease and creating disparities: a fundamental cause perspective. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(Special Issue 2), S27-S33.
- Phelan, J. C., Link, B. G., Diez-Roux, A., Kawachi, I. & Levin, B. 2004. "Fundamental causes" of social inequalities in mortality: A test of the theory. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(3), 265-285.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Phelan, J. C., Link, B. G. & Tehranifar, P. 2010. Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. *Journal of health and social behavior*, 51 Suppl, S28-40.
- Phillimore, P., Beattie, A. & Townsend, P. 1994. Widening inequality of health in northern England, 1981-91. *Bmj*, 308(6937), 1125-1128.
- Phillips, C. J. 2008. *Health economics: an introduction for health professionals*, Malden, MA, John Wiley & Sons.
- Phillips, J. & Land, K. C. 2012. The link between unemployment and crime rate fluctuations: An analysis at the county, state, and national levels. *Social Science Research*, 41(3), 681-694.
- Pickett, K. E. & Pearl, M. 2001. Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. *Journal of epidemiology and community health*, 55(2), 111-122.
- Pogge, T. 2002. *World Poverty and Human Rights: Cosmopolitan Responsibilities and Reforms* (Cambridge, Cambridge, Polity Press).
- Pogge, T. 2004. Relational conceptions of justice: Responsibilities for health outcomes. Στο: Anand, S., Peter, F. & Sen, A. (επιμ.). New York: Oxford University Press.
- Pogge, T. 2010. A critique of the capability approach. Στο: Brighouse, H. & Robeyns, I. (επιμ.) *Measuring justice: Primary goods and capabilities*. Cambridge:: Cambridge University Press.
- Pojman, L. P. & McLeod, O. 1998. *What Do We Deserve?: A Reader on Justice and Desert*, Oxford, Oxford University Press.
- Pollack, C. E., Chideya, S., Cubbin, C., Williams, B., Dekker, M. & Braveman, P. 2007. Should health studies measure wealth? A systematic review. *Am J Prev Med*, 33(3), 250-64.
- Pomini, V., Mellos, L., Paparrigopoulos, T. & Liappas, J. 2014. Alcohol misuse in Greece: a 15-year experience from a specialized outpatient service. *Psychiatriki*, 25(3), 208-216.
- Popper, K. 2014. *The logic of scientific discovery*, New York, Routledge.
- Porta, M., Borrell, C. & Copete, J. L. 2002. Commentary: Theory in the fabric of evidence on the health effects of inequalities in income distribution. *International Journal of Epidemiology*, 31(3), 543-546.
- Portes, A. 2000. Social capital: Its origins and applications in modern sociology. LESSER, Eric L. *Knowledge and Social Capital*. Boston: Butterworth-Heinemann, 43-67.
- Portes, A. 2014. Downsides of social capital. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(52), 18407-18408.
- Povall, S. L., Haigh, F. A., Abrahams, D. & Scott-Samuel, A. 2013. Health equity impact assessment. *Health Promotion International*, 29(4), 621-633.
- Powell, L. M., Slater, S., Mirtcheva, D., Bao, Y. & Chaloupka, F. J. 2007. Food store availability and neighborhood characteristics in the United States. *Preventive medicine*, 44(3), 189-195.
- Powers, M. & Faden, R. 2006. *Social Justice: The Moral Foundations of Public Health and Health Policy*, New York, Oxford University Press.
- Powers, M. & Faden, R. R. 2000. Inequalities in health, inequalities in health care: four generations of discussion about justice and cost-effectiveness analysis. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 10(2), 109-127.
- Prandy, K. 1999. Class, stratification and inequalities in health: a comparison of the Registrar-General's Social Classes and the Cambridge Scale. *Sociology of Health & Illness*, 21(4), 466-484.
- Preda, A. & Voigt, K. 2015. The social determinants of health: why should we care? *Am J Bioeth*, 15(3), 25-36.
- Pressman, S. & Summerfield, G. 2000. The economic contributions of Amartya Sen. *Review of Political Economy*, 12(1), 89-113.
- Preston, S. H. 1975. The Changing Relation between Mortality and the Level of Economic Development. *Population Studies*, 29(2), 239-248.
- Prins, R. G., van Empelen, P., te Velde, S. J., Timperio, A., van Lenthe, F. J., Tak, N. I., Crawford, D., Brug, J. & Oenema, A. 2010. Availability of sports facilities as moderator of the intention-sports participation relationship among adolescents. *Health education research*, 25(3), 489-497.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Pritchett, L. & Summers, L. H. 1996. Wealthier is healthier. *Journal of Human Resources*, 841-868.
- Profillidis, V., Botzoris, G. & Galanis, A. 2019. Traffic noise reduction and sustainable transportation: A case survey in the cities of Athens and Thessaloniki, Greece. Στο: Nathanail, E. G. & Karakikes, I. D. (επιμ.) *Data Analytics: Paving the Way to Sustainable Urban Mobility*. Cham, Switzerland: Springer International Publishing.
- Puhl, R. M., Andreyeva, T. & Brownell, K. D. 2008. Perceptions of weight discrimination: prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. *International journal of obesity*, 32(6), 992-1000.
- Puig-Barrachina, V., Vanroelen, C., Vives, A., Martinez, J. M., Muntaner, C., Levecque, K., Benach, J. & Louckx, F. 2014. Measuring employment precariousness in the European Working Conditions Survey: the social distribution in Europe. *Work*, 49(1), 143-61.
- Purdy, L. M. 1996. A Feminist View of Health. Στο: Wolf, S. M. (επιμ.) *Feminism and bioethics: beyond reproduction*. Oxford: Oxford University Press.
- Putnam, R. D. 2001. *Bowling alone: The collapse and revival of American community*, New York, Simon and Schuster.
- Putnam, R. D., Leonardi, R. & Nanetti, R. Y. 1994. *Making democracy work: Civic traditions in modern Italy*, Princeton, Princeton University Press.
- Quinlan, M. & Bohle, P. 2004. Contingent Work and Occupational Safety. Στο: Barling, J. & Frone, M. R. (επιμ.) *The Psychology of Workplace Safety*. Washington DC: American Psychological Association.
- Rachels, J. 2009. Ethical Theory and Bioethics. Στο: Kuhse, H. & Singer, E. (επιμ.) *A Companion to Bioethics*. 2nd ed. New Jersey, USA: Blackwell Publishing Ltd.
- Rachiotis, G., Stuckler, D., McKee, M. & Hadjichristodoulou, C. 2015. What has happened to suicides during the Greek economic crisis? Findings from an ecological study of suicides and their determinants (2003-2012). *BMJ Open*, 5(3).
- Rahkonen, O. & Lahelma, E. 1992. Gender, social class and illness among young people. *Social Science & Medicine*, 34(6), 649-656.
- Rai, A. K. 1996. Rationing Through Choice: A New Approach to Cost-Effectiveness Analysis in Health Care. *Ind. LJ*, 72, 1015.
- Rakowski, E. 1991. *EqualJustice* New York, Oxford University Press.
- Rallis, G., Igoumenakis, D., Krasadakis, C. & Stathopoulos, P. 2015. Impact of the economic recession on the etiology of maxillofacial fractures in Greece. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 119(1), 32-34.
- Ram-Tiktin, E. 2011. A Decent Minimum for Everyone as a Sufficiency of Basic Human Functional Capabilities. *The American Journal of Bioethics*, 11(7), 24-25.
- Ram-Tiktin, E. 2012. The Right to Health Care as a Right to Basic Human Functional Capabilities. *Ethical Theory and Moral Practice*, 15(3), 337-351.
- Ram-Tiktin, E. 2016. Basic Human Functional Capabilities as the Currency of Sufficiency Distribution in Health Care. Στο: Carina, F. & Annette, R. (επιμ.) *What is Enough?: Sufficiency, Justice, and Health*. New York: Oxford University Press.
- Ramos, G. & Ziakkas, S. 2007. From psychosocial stress to vascular remodeling and atherosclerosis. *Archives of Hellenic Medicine*, 24(3), 232-242.
- Rantakeisu, U., Starrin, B. & Hagquist, C. 1997. Unemployment: A double burden and a public issue. *Social Justice Research*, 10(2), 153-173.
- Rantakeisu, U., Starrin, B. & Hagquist, C. 1999. Financial Hardship and Shame: A Tentative Model to Understand the Social and Health Effects of Unemployment. *The British Journal of Social Work*, 29(6), 877-901.
- Rawls, J. 1971. *A theory of justice*, Cambridge, Massachusetts, Belknap Press.
- Rawls, J. 1982. Social unity and primary goods. Στο: Sen, A. & Williams, B. (επιμ.) *Utilitarianism and Beyond*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rawls, J. 1999. *A theory of justice*, Cambridge, MA, Belknap Press.
- Rawls, J. 2001. *Justice as fairness: A restatement*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Rawls, J. 2005. *Political liberalism*, New York, Columbia University Press.
- Reeves, A., McKee, M., Gunnell, D., Chang, S. S., Basu, S., Barr, B. & Stuckler, D. 2015. Economic shocks, resilience, and male suicides in the Great Recession: Cross-national analysis of 20 EU countries. *European Journal of Public Health*, 25(3), 404-409.
- Regidor, E. 2004a. Measures of health inequalities: part 1. *Journal of epidemiology and community health*, 58(10), 858.
- Regidor, E. 2004b. Measures of health inequalities: part 2. *Journal of epidemiology and community health*, 58(11), 900.
- Registrar General 1913. 74th Annual Report of the Registrar General for England. London.
- Renahy, E., Alvarado-Llano, B., Koh, M. & Quesnel-Vallée, A. 2012. Income and economic exclusion: do they measure the same concept? *International Journal for Equity in Health*, 11(1), 4.
- Rid, A. 2009. Justice and procedure: how does “accountability for reasonableness” result in fair limit-setting decisions? *Journal of Medical Ethics*, 35(1), 12-16.
- Rid, A. 2016. Sufficiency, Health, and Health Care Justice: The State of the Debate. Στο: Carina, F. & Annette, R. (επιμ.) *What is Enough?: Sufficiency, Justice, and Health*. New York: Oxford University Press.
- Rid, A. & Biller-Andorno, N. 2009. Justice in action? Introduction to the minisymposium on Norman Daniels’ Just health: meeting health needs fairly. *Journal of medical ethics*, 35(1), 1-2.
- Risch, N., Burchard, E., Ziv, E. & Tang, H. 2002. Categorization of humans in biomedical research: genes, race and disease. *Genome Biol*, 3(7), 1-12.
- Rizal, M. F. & van Doorslaer, E. 2019. Explaining the fall of socioeconomic inequality in childhood stunting in Indonesia. *SSM Popul Health*, 9, 100469.
- Robert, S. A. 1998. Community-level socioeconomic status effects on adult health. *Journal of Health and Social Behavior*, 18-37.
- Roberts, M. J. & Reich, M. R. 2002. Ethical analysis in public health. *The Lancet*, 359(9311), 1055-1059.
- Robeyns, I. 2005. The capability approach: a theoretical survey. *Journal of human development*, 6(1), 93-117.
- Robeyns, I. 2015. On G. A. Cohen’s “On the Currency of Egalitarian Justice”. *Ethics*, 125(4), 1132-1135.
- Robeyns, I. 2016. The Capability Approach. Στο: Zalta, E. (επιμ.) *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Winter 2016 ed.: Metaphysics Research Lab, Stanford University.
- Robson, M., Asaria, M., Cookson, R., Tsuchiya, A. & Ali, S. 2017. Eliciting the Level of Health Inequality Aversion in England. *Health economics*, 26(10), 1328-1334.
- Rodgers, G. 1979. Income and Inequality as Determinants of Mortality: An International Cross-Section Analysis. *Population Studies*, 33, 343-351.
- Roelfs, D. J., Shor, E., Davidson, K. W. & Schwartz, J. E. 2011. Losing life and livelihood: a systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. *Soc Sci Med*, 72(6), 840-54.
- Roemer, J. 1995. Equality and responsibility. *Boston Review*, 20(2), 3-7.
- Roemer, J. E. 1982. *A general theory of exploitation and class*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Roemer, J. E. 1998. *Equality of opportunity*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Roemer, J. E. 2002a. Egalitarianism against the Veil of Ignorance. *The Journal of Philosophy*, 99(4), 167-184.
- Roemer, J. E. 2002b. Equality of opportunity: A progress report. *Social Choice and Welfare*, 19(2), 455-471.
- Roemer, J. E. 2003. Defending Equality of Opportunity. *The Monist*, 86(2), 261-282.
- Roemer, J. E. 2009. *Equality of opportunity*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Roemer, J. E. & Trannoy, A. 2016. Equality of Opportunity: Theory and Measurement. *Journal of Economic Literature*, 54(4), 1288-1332.
- Rogers, E. M. 2010. *Diffusion of innovations*, New York, Simon and Schuster.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Rogers, W. 2007. Health inequities and the social determinants of health. *Principles of Health Care Ethics, Second Edition*, 585-591.
- Rogers, W. A. 2006. Feminism and public health ethics. *Journal of Medical Ethics*, 32(6), 351-354.
- Roscigno, V. J., Garcia, L. M. & Bobbitt-Zeher, D. 2007. Social closure and processes of race/sex employment discrimination. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 609(1), 16-48.
- Rose, G. 2001. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol*, 30(3), 427-32; discussion 433-4.
- Rosenberg, N. A., Pritchard, J. K., Weber, J. L., Cann, H. M., Kidd, K. K., Zhivotovsky, L. A. & Feldman, M. W. 2002. Genetic structure of human populations. *science*, 298(5602), 2381-2385.
- Ross, C. E. & Mirowsky, J. 2011. The interaction of personal and parental education on health. *Social Science & Medicine*, 72(4), 591-599.
- Rostila, M. 2013. *Social capital and health inequality in European welfare states*, New York, Palgrave Macmillan.
- Rothstein, M. A. 2002. Rethinking the Meaning of Public Health. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 30(2), 144-149.
- Roux, A. V. D. 2012. Conceptual approaches to the study of health disparities. *Annual review of public health*, 33, 41.
- Rowe, D. C., Jacobson, K. C. & Van den Oord, E. J. 1999. Genetic and environmental influences on vocabulary IQ: Parental education level as moderator. *Child development*, 70(5), 1151-1162.
- Rowntree, B. S. 1901. *Poverty: a study of town life*, New York, Macmillan.
- Ruckert, A. & Labonté, R. 2014. The global financial crisis and health equity: Early experiences from Canada. *Globalization and Health*, 10(1), 2.
- Ruckert, A. & Labonté, R. 2017. Health inequities in the age of austerity: The need for social protection policies. *Social Science and Medicine*, 187, 306-311.
- Ruger, J. P. 2005. Health, capability, and justice: toward a new paradigm of health ethics, policy and law. *Cornell JL & Pub. Pol'y*, 15, 403.
- Ruger, J. P. 2010a. Health and Social Justice. New York: Oxford University Press.
- Ruger, J. P. 2010b. Health capability: conceptualization and operationalization. *Journal Information*, 100(1).
- Ruger, J. P. 2015. Health economics and ethics and the health capability paradigm. *Journal of Human Development and Capabilities*, 16(4), 581-599.
- Ruhm, C. J. 2000a. Are recessions good for your health? *Q J Econ*, 115.
- Ruhm, C. J. 2000b. Parental leave and child health. *Journal of Health Economics*, 19(6), 931-960.
- Ruhm, C. J. 2003. Good times make you sick. *J Health Econ*, 22(4), 637-58.
- Ruhm, C. J. 2005. Healthy living in hard times. *J Health Econ*, 24.
- Ruhm, C. J. 2011. Policies to assist parents with young children. *Future Child*, 21(2), 37-68.
- Ruhm, C. J. 2015. Recessions, healthy no more? *Journal of Health Economics*, 42, 17-28.
- Ruhm, C. J. & Black, W. E. 2002. Does drinking really decrease in bad times? *J Health Econ*, 21(4), 659-78.
- Rutter, M. 1998. Developmental catch-up, and deficit, following adoption after severe global early privation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(04), 465-476.
- Sacker, A., Bartley, M., Firth, D. & Fitzpatrick, R. 2001. Dimensions of social inequality in the health of women in England: occupational, material and behavioural pathways. *Social science & medicine*, 52(5), 763-781.
- Safaei, J. 2015. Deliberative democracy in health care: current challenges and future prospects. *Journal of healthcare leadership*, 7, 123-136.
- Sallis, J. F., King, A. C., Sirard, J. R. & Albright, C. L. 2007. Perceived environmental predictors of physical activity over 6 months in adults: activity counseling trial. *Health Psychology*, 26(6), 701.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Sameem, S. & Sylwester, K. 2018. Crime during the business cycle: urban–rural differences. *Applied Economics*, 50(22), 2500-2508.
- Samuelson, P. A. 1948. *Foundations of economic analysis*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Sarigiannis, D. A., Karakitsios, S. P. & Kermenidou, M. V. 2015. Health impact and monetary cost of exposure to particulate matter emitted from biomass burning in large cities. *Science of the Total Environment*, 524-525, 319-330.
- Savage, M., Devine, F., Cunningham, N., Taylor, M., Li, Y., Hjellbrekke, J., Le Roux, B., Friedman, S. & Miles, A. 2013. A New Model of Social Class? Findings from the BBC's Great British Class Survey Experiment. *Sociology*, 47(2), 219-250.
- Scambler, G. & Scambler, S. 2013. Marx, Critical Realism, and Health Inequalities. Στο: Cockerham, W. C. (επιμ.) *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory*. Dordrecht: Springer Netherlands.
- Scambler, G. & Scambler, S. 2015. Theorizing health inequalities: The untapped potential of dialectical critical realism. *Social Theory and Health*, 13(3-4), 340-354.
- Scanlan, J. 2006. Can we actually measure health disparities? *Chance*, 19(2), 47 - 51.
- Scanlan, J. P. 2000. Race and mortality. *Society*, 37(2), 29-35.
- Scanlon, T. 1998. *What We Owe to Each Other*, Belknap Press of Harvard University Press.
- Scheffler, S. 1997. Relationships and responsibilities. *Philosophy & Public Affairs*, 26(3), 189-209.
- Scheffler, S. 2003. What is egalitarianism? *Philosophy & public affairs*, 31(1), 5-39.
- Scheffler, S. 2010. *Equality and tradition: questions of value in moral and political theory*, New York, Oxford University Press.
- Schemmel, C. 2011. Why relational egalitarians should care about distributions. *Social Theory and Practice*, 37(3), 365-390.
- Schemmel, C. 2012. Distributive and relational equality. *Politics, philosophy & economics*, 11(2), 123-148.
- Scheunemann, L. P. & White, D. B. 2011. The ethics and reality of rationing in medicine. *Chest*, 140(6), 1625-1632.
- Schieman, S. & Reid, S. 2009. Job authority and health: Unraveling the competing suppression and explanatory influences. *Social Science & Medicine*, 69(11), 1616-1624.
- Schmidt, H. 2009. Just health responsibility. *J Med Ethics*, 35(1), 21-6.
- Schmitz, H. 2011. Why are the unemployed in worse health? The causal effect of unemployment on health. *Labour Econ*, 18.
- Schneider, D. 2017. The effects of the Great Recession on American families. *Sociology Compass*, 11(4), e12463.
- Schneider, M. C., Castillo-Salgado, C., Bacallao, J., Loyola, E., Mujica, O. J., Vidaurre, M. & Roca, A. 2005. Methods for measuring health inequalities (Part II). *Epidemiological Bulletin / PAHO*, 26(1), 5-10.
- Schnittker, J. & McLeod, J. D. 2005. The social psychology of health disparities. *Annual Review of Sociology*, 75-103.
- Schokkaert, E., Dormont, B., Fleurbaey, M., Samson, A.-L., Luchini, S., Van de Voorde, C. & Thébaut, C. 2013. Equity in Health and Equivalent Incomes. Στο: Dias, P. R. & O'Donnell, O. (επιμ.) *Health and Inequality*. Bingley, UK: Emerald Group Publishing Limited.
- Schoresaniti, S., Filippidis, F. T., Vardavas, C. I., Dimitrakaki, C., Behrakis, P., Connolly, G. N. & Tountas, Y. 2014. 5-Year trends in the intention to quit smoking amidst the economic crisis and after recently implemented tobacco control measures in Greece. *Addictive Behaviors*, 39(1), 140-145.
- Schrijvers, C. T., van de Mheen, H. D., Stronks, K. & Mackenbach, J. P. 1998. Socioeconomic inequalities in health in the working population: the contribution of working conditions. *International Journal of Epidemiology*, 27(6), 1011-1018.
- Schwalbe, M., Holden, D., Schrock, D., Godwin, S., Thompson, S. & Wolkomir, M. 2000. Generic processes in the reproduction of inequality: An interactionist analysis. *Social Forces*, 79(2), 419-452.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Searle, B. A., Smith, S. J. & Cook, N. 2009. From housing wealth to well-being? *Sociol Health Illn*, 31(1), 112-27.
- Seeman, T. E., Crimmins, E., Huang, M.-H., Singer, B., Bucur, A., Gruenewald, T., Berkman, L. F. & Reuben, D. B. 2004. Cumulative biological risk and socio-economic differences in mortality: MacArthur studies of successful aging. *Social science & medicine*, 58(10), 1985-1997.
- Segall, S. 2010. *Health, Luck, and Justice*, Princeton, New Jersey, Princeton University Press.
- Seixas, B. V. 2017. Welfarism and extra-welfarism: a critical overview. *Cadernos de saude publica*, 33(8).
- Sen, A. 1976. Poverty: An Ordinal Approach to Measurement. *Econometrica*, 44(2), 219-31.
- Sen, A. 1979. *Collective choice and social welfare: Expanded edition*, New York, Elsevier.
- Sen, A. 1980. Equality of What? Στο: McMurrin, S. (επιμ.) *Tanner Lectures on Human Values*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Sen, A. 1982. The right not to be hungry. *La philosophie contemporaine/Contemporary philosophy*. Springer.
- Sen, A. 1987. *On ethics and economics*, Oxford, Blackwell Publishing.
- Sen, A. 1992. *Inequality reexamined*, Oxford, Clarendon Press.
- Sen, A. 1993. Capability and well-being. Στο: Nussbaum, M. & Sen, A. (επιμ.) *The quality of life*. Oxford: Clarendon Press.
- Sen, A. 1997a. *On Economic Inequality*, Oxford, Clarendon Press.
- Sen, A. 1997b. *The Resources, Values, and Development*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Sen, A. 1999a. *Commodities and capabilities*, New Delhi, India, Oxford University Press.
- Sen, A. 1999b. *Development as freedom*, Oxford, Oxford University Press.
- Sen, A. 2004a. Capabilities, lists, and public reason: continuing the conversation. *Feminist economics*, 10(3), 77-80.
- Sen, A. 2004b. Elements of a theory of human rights. *Philosophy & Public Affairs*, 32(4), 315-356.
- Sen, A. 2004c. Why health equity? Στο: Anand, S., Peter, F. & Sen, A. (επιμ.) *Public Health, Ethics, and Equity*. Oxford: Oxford University Press.
- Sen, A. 2005. Human Rights and Capabilities. *Journal of Human Development*, 6(2), 151-166.
- Sen, A. 2006. Why Health Equity? Στο: Anand, S., Peter, F. & Sen, A. (επιμ.) *Public Health, Ethics, and Equity*. Oxford: Oxford University Press.
- Sen, A. 2009. *The idea of justice*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Sen, A., Chen, L., Kleinman, A. & Ware, N. 1994. Objectivity and position: assessment of health and well-being. Στο: Chen, L., Kleinman, A. & Ware, N. (επιμ.) *Health and social change in international perspective*. Boston, Mass: Harvard School of Public Health.
- Sewell Jr, W. H. 1992. A theory of structure: Duality, agency, and transformation. *American journal of sociology*, 1-29.
- Shanahan, M. J. & Hofer, S. M. 2005. Social context in gene–environment interactions: Retrospect and prospect. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(Special Issue 1), 65-76.
- Shaw, P. 1992. Rawls, The Lexical Difference Principle and Equality. *The Philosophical Quarterly (1950-)*, 42(166), 71-77.
- Sheriff, G. & Maguire, K. 2013. Ranking Distributions of Environmental Outcomes Across Population Groups. *National Center for Environmental Economics Working Paper Series (13-04)*.
- Shields, L. 2012. The Prospects for Sufficiencyarianism. *Utilitas*, 24(1), 101-117.
- Shorrocks, A. F. 1980. The Class of Additively Decomposable Inequality Measures. *Econometrica*, 48(3), 613-625.
- Shorrocks, A. F. 1983. Ranking Income Distributions. *Economica*, 50(197), 3-17.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Shostak, S., Conrad, P. & Horwitz, A. V. 2008. Sequencing and Its Consequences: Path Dependence and the Relationships between Genetics and Medicalization1. *American Journal of Sociology*, 114(S1), S287-S316.
- Siegrist, J. 1996. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of occupational health psychology*, 1(1), 27.
- Simon, H. A. 1962. Models of Man, Social and Rational: Mathematical Essays on Rational Human Behavior in a Social Setting. *Journal of Philosophy*, 59(7), 177-182.
- Simou, E. & Koutsogeorgou, E. 2014. Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. *Health policy*, 115(2), 111-119.
- Singer, E. 1981. Reference groups and social evaluations. *Social psychology: Sociological perspectives*, 66-93.
- Singh-Manoux, A., Marmot, M. G. & Adler, N. E. 2005. Does subjective social status predict health and change in health status better than objective status? *Psychosomatic medicine*, 67(6), 855-861.
- Singh-Manoux, A., Martikainen, P., Ferrie, J., Zins, M., Marmot, M. & Goldberg, M. 2006. What does self rated health measure? Results from the British Whitehall II and French Gazel cohort studies. *Journal of epidemiology and community health*, 60(4), 364-372.
- Singh, G. K. & Siahpush, M. 2014. Widening rural–urban disparities in life expectancy, US, 1969–2009. *American journal of preventive medicine*, 46(2), e19-e29.
- Sintonen, H. 2001. The 15D instrument of health-related quality of life: properties and applications. *Ann Med*, 33(5), 328-36.
- Skalicka, V., van Lenthe, F., Bambra, C., Krokstad, S. & Mackenbach, J. 2009. Material, psychosocial, behavioural and biomedical factors in the explanation of relative socio-economic inequalities in mortality: evidence from the HUNT study. *Int J Epidemiol*, 38(5), 1272-84.
- Slettebø, Å., Kirkevold, M., Andersen, B., Pedersen, R., Halvorsen, K., Nordhaug, M. & Nortvedt, P. 2010. Clinical prioritizations and contextual constraints in nursing homes—a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 533-540.
- Sloggett, A. & Joshi, H. 1998. Deprivation indicators as predictors of life events 1981-1992 based on the UK ONS Longitudinal Study. *Journal of epidemiology and community health*, 52(4), 228-233.
- Smilansky, S. 1996. Responsibility and Desert: Defending the Connection. *Mind*, 105(417), 157-163.
- Smilansky, S. 2006. Control, Desert and the Difference between Distributive and Retributive Justice. *Philosophical Studies: An International Journal for Philosophy in the Analytic Tradition*, 131(3), 511-524.
- Smith, G. D., Blane, D. & Bartley, M. 1994. Explanations for socio-economic differentials in mortality evidence from Britain and elsewhere. *The European Journal of Public Health*, 4(2), 131-144.
- Smith, G. D., Hart, C., Hole, D., MacKinnon, P., Gillis, C., Watt, G., Blane, D. & Hawthorne, V. 1998. Education and occupational social class: which is the more important indicator of mortality risk? *Journal of epidemiology and community health*, 52(3), 153-160.
- Smith, J. P. 1999. Healthy bodies and thick wallets: the dual relation between health and economic status. *The journal of economic perspectives: a journal of the American Economic Association*, 13(2), 144.
- Smith, J. P. 2004. Unraveling the SES: health connection. *Population and Development Review*, 108-132.
- Solantaus, T., Leinonen, J. & Punamaki, R. L. 2004. Children's mental health in times of economic recession: replication and extension of the family economic stress model in Finland. *Dev Psychol*, 40(3), 412-29.
- Solar, O. & Irwin, A. 2010. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*, Geneva, WHO.
- Song, Y.-M. & Byeon, J. J. 2000. Excess mortality from avoidable and non-avoidable causes in men of low socioeconomic status: a prospective study in Korea. *Journal of epidemiology and community health*, 54(3), 166-172.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Sotiriou, M., Gavanas, N. & Pitsiava-Latinopoulou, M. 2015. External costs due to congestion, accidents, energy consumption and emissions before and into the economic crisis: Pilot study along selected roadways of Thessaloniki, Greece. *Spatium*, 1(33), 33-40.
- Sotiropoulou, P., Gourgoulisanis, K., Konstantinou, K., Petinaki, E. & Roupa, Z. 2015. Retrospective study of measuring tuberculosis therapy compliance: Greece as a host country for vulnerable populations before and during the financial crisis. *Materia socio-medica*, 27(5), 328-332.
- Souliotis, K., Golna, C., Tountas, Y., Siskou, O., Kaitelidou, D. & Liaropoulos, L. 2016. Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last. *Eur J Health Econ*, 17(2), 159-70.
- Sperlich, S. & Geyer, S. 2015. The mediating effect of effort-reward imbalance in household and family work on the relationship between education and women's health. *Soc Sci Med*, 131, 58-65.
- Speybroeck, N., Van Malderen, C., Harper, S., Müller, B. & Devleeschauwer, B. 2013. Simulation models for socioeconomic inequalities in health: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 10(11), 5750-5780.
- Spinakis, A., Anastasiou, G., Panousis, V., Spiliopoulos, K., Palaiologou, S. & Yfantopoulos, J. 2011. Expert review and proposals for measurement of health inequalities in the European Union - Full Report. Luxembourg: European Commission Directorate General for Health and Consumer.
- Sreenivasan, G. 2014. Justice, inequality, and health. Στο: Zalta, E. (επιμ.) *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Fall 2014 ed.: Metaphysics Research Lab, Stanford University.
- Starfield, B. 2001. Improving equity in health: a research agenda. *International Journal of Health Services*, 31(3), 545-566.
- Steiber, N. & Haas, B. 2018. Too much or too little work? Couples' actual and preferred employment patterns and work hours mismatches in Europe. *Zeitschrift für Familienforschung*, 30(3), 269-292.
- Stemplowska, Z. 2011. Responsibility and respect: Reconciling two egalitarian visions. Στο: Knight, C. & Stemplowska, Z. (επιμ.) *Responsibility and distributive justice*. Oxford: Oxford University Press.
- Stephoe, A. & Feldman, P. J. 2001. Neighborhood problems as sources of chronic stress: development of a measure of neighborhood problems, and associations with socioeconomic status and health. *Annals of Behavioral Medicine*, 23(3), 177-185.
- Sterling, P. & Eyer, J. 1988. Allostasis: A new paradigm to explain arousal pathology. *Handbook of life stress, cognition and health*. Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Stern, L. 1983. Opportunity and health care: criticisms and suggestions. *Journal of Medicine and Philosophy*, 8(4), 339-361.
- Stets, J. E. 2003. Justice, emotion, and identity theory. *Advances in identity theory and research*. Springer.
- Stevens, A. H., Miller, D. L., Page, M. E. & Filipski, M. 2015. The Best of Times, the Worst of Times: Understanding Pro-cyclical Mortality. *American Economic Journal: Economic Policy*, 7(4), 279-311.
- Stevenson, T. 1928. The vital statistics of wealth and poverty. *Journal of the Royal Statistical Society*, 207-230.
- Strack, F. & Deutsch, R. 2004. Reflective and impulsive determinants of social behavior. *Pers Soc Psychol Rev*, 8(3), 220-47.
- Strand, B. H., Grøholt, E.-K., Steingrimsdóttir, Ó. A., Blakely, T., Graff-Iversen, S. & Næss, Ø. 2010. Educational inequalities in mortality over four decades in Norway: prospective study of middle aged men and women followed for cause specific mortality, 1960-2000. *Bmj*, 340.
- Stronks, K., van de Mheen, H., van den Bos, J. & Mackenbach, J. P. 1997. The interrelationship between income, health and employment status. *Int J Epidemiol*, 26(3), 592-600.
- Strully, K. W. 2009. Job loss and health in the U.S. labor market. *Demography*, 46(2), 221-246.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A. & McKee, M. 2009. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*, 374.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Stuckler, D., Reeves, A., Karanikolos, M. & McKee, M. 2015. The health effects of the global financial crisis: can we reconcile the differing views? A network analysis of literature across disciplines. *Health Econ Policy Law*, 10(1), 83-99.
- Stuckler, D., Reeves, A., Loopstra, R., Karanikolos, M. & McKee, M. 2017. Austerity and health: the impact in the UK and Europe. *European Journal of Public Health*, 27(suppl_4), 18-21.
- Subramanian, S. 2002. An Elementary Interpretation of the Gini Inequality Index. *Theory and Decision*, 52(4), 375-379.
- Subramanian, S., Chen, J. T., Rehkopf, D. H., Waterman, P. D. & Krieger, N. 2005. Racial disparities in context: a multilevel analysis of neighborhood variations in poverty and excess mortality among black populations in Massachusetts. *American Journal of Public Health*, 95(2), 260.
- Subramanian, S. V. & Kawachi, I. 2006. Being well and doing well: on the importance of income for health. *International Journal of Social Welfare*, 15(s1), S13-S22.
- Suhrcke, M., Stuckler, D., Suk, J. E., Desai, M. & Senek, M. 2011a. The impact of economic crises on communicable disease transmission and control: a systematic review of the evidence. *PLoS One*, 6.
- Suhrcke, M., Stuckler, D., Suk, J. E., Desai, M., Senek, M., McKee, M., Tsoлова, S., Basu, S., Abubakar, I., Hunter, P., Rechel, B. & Semenza, J. C. 2011b. The impact of economic crises on communicable disease transmission and control: a systematic review of the evidence. *PLoS One*, 6(6), e20724.
- Sumanen, H., Lahelma, E., Lahti, J., Pietiläinen, O. & Rahkonen, O. 2016. Educational differences in sickness absence trends among young employees from 2002 to 2013 in Helsinki, Finland. *BMJ Open*, 6(5), e008550.
- Sutton, S. 2001. Health behavior: Psychosocial theories. *International encyclopedia of the social and behavioral sciences*, 6499-6506.
- Swendsen, J., Conway, K. P., Degenhardt, L., Glantz, M., Jin, R., Merikangas, K. R., Sampson, N. & Kessler, R. C. 2010. Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addiction*, 105(6), 1117-28.
- Szinovacz, M. E., Davey, A. & Martin, L. 2015. Did the Great Recession Influence Retirement Plans? *Research on Aging*, 37(3), 275-305.
- Szreter, S. & Woolcock, M. 2004. Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *International Journal of Epidemiology*, 33(4), 650-667.
- Tan, K.-C. 2012. *Justice, institutions, and luck: the site, ground, and scope of equality*, Oxford, Oxford University Press.
- Tannahill, A. 2008. Beyond evidence—to ethics: a decision-making framework for health promotion, public health and health improvement. *Health Promotion International*, 23(4), 380-390.
- Tapia Granados, J. A. & Ionides, E. L. 2017. Population health and the economy: Mortality and the Great Recession in Europe. *Health Economics*, 26(12), e219-e235.
- Tattarini, G., Grotti, R. & Scherer, S. 2018. The buffering role of the family in the relationship between job loss and self-perceived health: Longitudinal results from Europe, 2004–2011. *Health & Place*, 52, 55-61.
- Taylor, S. E. & Broffman, J. I. 2011. Psychosocial Resources: Functions, Origins, and Links to Mental and Physical Health. Στο: Olson, J. M. & Zanna, M. P. (επιμ.) *Advances in Experimental Social Psychology*. Academic Press.
- Temkin, L. 2000. Equality, Priority, and the Levelling-Down Objection. Στο: Clayton, M. & Williams, A. (επιμ.) *The Ideal of Equality*. Macmillan.
- Temkin, L. 2017. Equality as Comparative Fairness. *Journal of Applied Philosophy*, 34(1), 43-60.
- Temkin, L. S. 1993. *Inequality*, New York, Oxford University Press.
- Temkin, L. S. 2003. Equality, priority or what? *Economics & Philosophy*, 19(1), 61-87.
- Tenbensel, T. 2010. Virtual special issue introduction: Public participation in health policy in high income countries – A review of why, who, what, which, and where? *Social Science & Medicine*, 71(9), 1537-1540.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- The Whoqol Group 1998. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social science & medicine*, 46(12), 1569-1585.
- Theil, H. 1967. *Economics and Information Theory*, Amsterdam., North-Holland.
- Theodoropoulou, S. 2015. National social and labour market policy reforms in the shadow of EU bail-out conditionality: The cases of Greece and Portugal. *Comparative European Politics*, 13(1), 29-55.
- Thomaidis, N. S., Gago-Ferrero, P., Ort, C., Maragou, N. C., Alygizakis, N. A., Borova, V. L. & Dasenaki, M. E. 2016. Reflection of Socioeconomic Changes in Wastewater: Licit and Illicit Drug Use Patterns. *Environmental Science and Technology*, 50(18), 10065-10072.
- Thompson, A. G. 2007. The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: a taxonomy. *Soc Sci Med*, 64(6), 1297-310.
- Thomson, H., Thomas, S., Sellstrom, E. & Petticrew, M. 2013. Housing improvements for health and associated socio-economic outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, (2), Cd008657.
- Thomson, S., Figueras, J., Evetovits, T., Jowett, M., Mladovsky, P., Maresso, A. & Kluge, H. 2015. The impact of the crisis on health systems and health: lessons for policy. Στο: Thomson, S., Figueras, J., Evetovits, T., Jowett, M., Mladovsky, P., Maresso, A., Cylus, J., Karanikolos, M. & Kluge, H. (επιμ.) *Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy*. New York: Open University Press.
- Tilly, C. 1999. *Durable inequality*, Berkeley, Univ of California Press.
- Tinghög, G. 2011. *The Art of Saying "No": The Economics and Ethics of Healthcare Rationing*, Linköping, Sweden, LiU-Tryck.
- Tinghog, G., Carlsson, P. & Lyttkens, C. H. 2010. Individual responsibility for what? - a conceptual framework for exploring the suitability of private financing in a publicly funded health-care system. *Health Econ Policy Law*, 5(2), 201-23.
- Titmuss, R. M. 1944. Birth, poverty and wealth. *The Eugenics review*, 36(1), 42.
- Tobin, J. 1970. On limiting the domain of inequality. *The Journal of Law and Economics*, 13(2), 263-277.
- Tompa, E., Scott-Marshall, H., Dolinschi, R., Trevithick, S. & Bhattacharyya, S. 2007. Precarious employment experiences and their health consequences: towards a theoretical framework. *Work*, 28(3), 209-24.
- Townsend, P. 1979. *Poverty in the United Kingdom*, Harmondsworth, Penguin Books.
- Townsend, P. 1985. A Sociological Approach to the Measurement of Poverty – A Rejoinder to Professor Amartya Sen. *Oxford Economic Papers*, 37(4), 659-668.
- Townsend, P. 2014. *The international analysis of poverty*, London and New York, Routledge.
- Tsai, A. C. 2015. Home foreclosure, health, and mental health: A systematic review of individual, aggregate, and contextual associations. *PLoS ONE*, 10(4).
- Tsouvelas, G., Konstantakopoulos, G., Vakirtzis, A., Giotakos, O., Papaslanis, T. & Kontaxakis, V. 2018. Criminality in Greece during the years of financial crisis: 2008-2014. *Psychiatrike = Psychiatriki*, 29(1), 19-24.
- Twenge, J. M. & Campbell, W. K. 2002. Self-esteem and socioeconomic status: A meta-analytic review. *Personality and social psychology review*, 6(1), 59-71.
- Twisk, J. & Rijmen, F. 2009. Longitudinal tobit regression: A new approach to analyze outcome variables with floor or ceiling effects. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62(9), 953-958.
- Tyler, C. 2007. Liberalism and Communitarianism. Στο: Ashcroft, R. E., Dawson, A., Draper, H. & McMillan, J. R. (επιμ.) *Principles of Health Care Ethics*. Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Tyrovolas, S., Kassebaum, N. J., Stergachis, A., Abraha, H. N., Alla, F., Androudi, S., Car, M., Chrepa, V., Fullman, N., Fürst, T., Haro, J. M., Hay, S. I., Jakovljevic, M. B., Jonas, J. B., Khalil, I. A., Kopec, J. A., Manguerra, H., Martopullo, I., Mokdad, A., Monasta, L., Nichols, E., Olsen, H. E., Rawaf, S., Reiner, R., Renzaho, A. M. N., Ronfani, L., Sanchez-Niño, M. D., Sartorius, B., Silveira, D. G. A., Stathopoulou, V., Stein Vollset, E., Stroumpoulis, K., Sawhney, M., Topor-Madry, R., Topouzis, F., Tortajada-Girbés, M., Tsilimbaris, M., Tsilimparis, N., Valsamidis, D., van Boven, J. F. M., Violante, F. S., Werdecker, A., Westerman, R., Whiteford, H. A., Wolfe, C. D. A., Younis, M. Z. & Kotsakis, G. A. 2018. The burden of disease in Greece, health loss, risk

Βιβλιογραφικές αναφορές

- factors, and health financing, 2000–16: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Public Health*, 3(8), e395-e406.
- Tzima, K., Analitis, A., Katsouyanni, K. & Samoli, E. 2018. Has the risk of mortality related to short-term exposure to particles changed over the past years in Athens, Greece? *Environment International*, 113, 306-312.
- Ucieklak-Jeż, P. & Bem, A. 2020. Does "Rural" Always Mean the Same? Macrosocial Determinants of Rural Populations' Health in Poland. *Int J Environ Res Public Health*, 17(2).
- UN Committee on Economic, S. a. C. R. 2000. General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12) *E/C.12/2000/4*. New York.
- UN Committee on Economic, S. a. C. R. C., , 2009. General comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights (art. 2, para. 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). *E/C.12/GC/20*. New York.
- UN General Assembly 1946. *Preamble to the Constitution of the World Health Organization*, New York.
- UN General Assembly 1948. Universal Declaration of Human Rights. *Resolution 217A (III)*. Paris.
- UN General Assembly 1965. International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination. *Resolution 2106 (XX)*. New York.
- UN General Assembly 1966a. International Covenant on Civil and Political Rights. *Resolution 2200A (XXI)*. New York.
- UN General Assembly 1966b. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. *Resolution 2200A (XXI)*. New York.
- UN General Assembly 1979. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women. *Resolution 34/180*. New York.
- UN General Assembly 1989. Convention on the Rights of the Child. *Resolution 44/25*. New York.
- UN General Assembly 2007. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Resolution 61/106*. New York.
- Underhill, E. & Quinlan, M. 2011. How Precarious Employment Affects Health and Safety at Work: The Case of Temporary Agency Workers. *Relations industrielles*, 66(3), 397-421.
- UNDP Regional Bureau for Europe and the Commonwealth of Independent States 2014. *Addressing Social, Economic, and Environmental Determinants of Health*, United Nations Development Programme.
- Uphoff, E., Pickett, K., Cabieses, B., Small, N. & Wright, J. 2013. A systematic review of the relationships between social capital and socioeconomic inequalities in health: a contribution to understanding the psychosocial pathway of health inequalities. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 54.
- Uthman, O. A. 2009. Using extended concentration and achievement indices to study socioeconomic inequality in chronic childhood malnutrition: the case of Nigeria. *International Journal for Equity in Health*, 8(1), 22.
- Valkonen, T. 1989. Adult mortality and level of education: a comparison of six countries. *Health inequalities in European countries*, 142-162.
- Valkonen, T. 1993. Problems in the measurement and international comparison of socio-economic differences in mortality. *Social science & medicine*, 36(4), 409-418.
- Valkonen, T., Martikainen, P., Jalovaara, M., Koskinen, S., Martelin, T. & Mäkelä, P. 2000. Changes in socioeconomic inequalities in mortality during an economic boom and recession among middle-aged men and women in Finland. *The European Journal of Public Health*, 10(4), 274-280.
- Vallentyne, P. 2002. Brute luck, option luck, and equality of initial opportunities. *Ethics*, 112(3), 529-557.
- Vallentyne, P. 2007. *Of Mice and Men: Equality and Animals*. Στο: Holtug, N. & Lippert-Rasmussen, K. (επιμ.) *Egalitarianism: New Essays on the Nature and Value of Equality*. Oxford: Oxford University Press.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Van Bergen, A. P. L., Hoff, S. J. M., Van Ameijden, E. J. C. & Van Hemert, A. M. 2014. Measuring social exclusion in routine public health surveys: Construction of a multidimensional instrument. *PLoS ONE*, 9(5).
- van Bergen, A. P. L., Wolf, J. R. L. M., Badou, M., de Wilde-Schutten, K., IJzelenberg, W., Schreurs, H., Carlier, B., Hoff, S. J. M. & van Hemert, A. M. 2018. The association between social exclusion or inclusion and health in EU and OECD countries: a systematic review. *European Journal of Public Health*, 29(3), 575-582.
- van den Berg, G. J., Doblhammer, G. & Christensen, K. 2009. Exogenous determinants of early-life conditions, and mortality later in life. *Social Science and Medicine*, 68(9), 1591-1598.
- Van der Gaag, M. & Webber, M. 2008. *Measurement of individual social capital*, New York, Springer.
- van der Wel, K. A., Saltkjel, T., Chen, W. H., Dahl, E. & Halvorsen, K. 2018. European health inequality through the 'Great Recession': social policy matters. *Sociology of Health and Illness*, 40(4), 750-768.
- Van Doorslaer, E. & Jones, A. M. 2003. Inequalities in self-reported health: validation of a new approach to measurement. *Journal of health economics*, 22(1), 61-87.
- van Doorslaer, E., Koolman, X. & Jones, A. 2004. Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe. *Health Econ*, 13(7), 629 - 647.
- Van Doorslaer, E., O'Donnell, O., Rannan-Eliya, R. P., Somanathan, A., Adhikari, S. R., Garg, C. C., Harbianto, D., Herrin, A. N., Huq, M. N., Ibragimova, S., Karan, A., Lee, T. J., Leung, G. M., Lu, J. F. R., Ng, C. W., Pande, B. R., Racelis, R., Tao, S., Tin, K., Tisayaticom, K., Trisnantoro, L., Vasavid, C. & Zhao, Y. 2007. Catastrophic payments for health care in Asia. *Health Economics*, 16(11), 1159-1184.
- van Gool, K. & Pearson, M. 2014. Health, Austerity and Economic Crisis: Assessing the Short-term Impact in OECD countries. *OECD Health Working Papers*, 76.
- Van Ourti, T., Erreygers, G. & Clarke, P. 2014. Measuring Equality and Equity in Health and Health Care. Στο: Culyer, A. J. (επιμ.) *Encyclopedia of Health Economics*. San Diego: Elsevier.
- Van Parijs, P. 1995. *Real freedom for all*, Oxford, Clarendon Press.
- Van Parijs, P. 2002. Difference Principles. Στο: Freeman, S. (επιμ.) *The Cambridge Companion to Rawls*. Cambridge: Cambridge University Press.
- van Vegchel, N., de Jonge, J., Bosma, H. & Schaufeli, W. 2005. Reviewing the effort-reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies. *Soc Sci Med*, 60(5), 1117-31.
- Vandoros, S., Hessel, P., Leone, T. & Avendano, M. 2013. Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? A quasi-experimental approach. *European Journal of Public Health*, 23(5), 727-731.
- Vanroelen, C., Levecque, K., Moors, G. & Louckx, F. 2010. Linking credentialed skills, social class, working conditions and self-reported health: a focus on health inequality-generating mechanisms. *Sociology of health & illness*, 32(6), 948-964.
- Varian, H. R. 1974. Equity, envy, and efficiency. *Journal of economic theory*, 9(1), 63-91.
- Veatch, R. M. 1991. Justice and the right to health care: an egalitarian account. *rights to health care*. Springer.
- Veenstra, G. 2005. Social Status and Health: Absolute deprivation or relative comparison, or both? *Health Sociology Review*, 14(2), 121-134.
- Venkatapuram, S. 2011. *Health Justice: An Argument from the Capabilities Approach*, Cambridge, UK, Polity.
- Venkatapuram, S. & Marmot, M. 2015. Social determinants of health and health inequalities Στο: Arras, J. D., Fenton, E. & Kukla, a. R. (επιμ.) *The Routledge Companion to Bioethics*. New York: Taylor & Francis.
- Verhaeghe, P.-P. & Tampubolon, G. 2012. Individual social capital, neighbourhood deprivation, and self-rated health in England. *Social Science & Medicine*, 75(2), 349-357.
- Villar, A. 2017. *Lectures on Inequality, Poverty and Welfare*, Cham, Switzerland, Springer International Publishing.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Vistnes, J. P. & Hamilton, V. 1995. The time and monetary costs of outpatient care for children. *Am Econ Rev*, 85(2), 117-21.
- Vives, A., Vanroelen, C., Amable, M., Ferrer, M., Moncada, S., Llorens, C., Muntaner, C., Benavides, F. G. & Benach, J. 2011. Employment precariousness in Spain: prevalence, social distribution, and population-attributable risk percent of poor mental health. *Int J Health Serv*, 41(4), 625-46.
- Vlahov, D., Freudenberg, N., Proietti, F., Ompad, D., Quinn, A., Nandi, V. & Galea, S. 2007. Urban as a determinant of health. *Journal of urban health : bulletin of the New York Academy of Medicine*, 84(3 Suppl), i16-i26.
- Voigt, K. 2013. Appeals to individual responsibility for health--reconsidering the luck egalitarian perspective. *Camb Q Healthc Ethics*, 22(2), 146-58.
- Voigt, K. & Wester, G. 2015. Relational equality and health. *Social Philosophy and Policy*, 31(2), 204-229.
- Vrekoussis, M., Richter, A., Hilboll, A., Burrows, J. P., Gerasopoulos, E., Lelieveld, J., Barrie, L., Zerefos, C. & Mihalopoulos, N. 2013. Economic crisis detected from space: Air quality observations over Athens/Greece. *Geophysical Research Letters*, 40(2), 458-463.
- Wadsworth, M. 1997. Health inequalities in the life course perspective. *Social Science & Medicine*, 44(6), 859-869.
- Wagstaff, A. 2002. Inequality aversion, health inequalities and health achievement. *Journal of health economics*, 21(4), 627-641.
- Wagstaff, A. 2005. The bounds of the concentration index when the variable of interest is binary, with an application to immunization inequality. *Health Econ*, 14(4), 429 - 32.
- Wagstaff, A. 2008. Measuring financial protection in health. *World bank policy research working paper*, (4554).
- Wagstaff, A. 2009. Correcting the concentration index: A comment. *Journal of Health Economics*, 28(2), 516-520.
- Wagstaff, A., Paci, P. & van Doorslaer, E. 1991. On the measurement of inequalities in health. *Soc Sci Med*, 33(5), 545 - 557.
- Wagstaff, A. & Van Doorslaer, E. 1994. Measuring inequalities in health in the presence of multiple-category morbidity indicators. *Health economics*, 3(4), 281-289.
- Wagstaff, A., Van Doorslaer, E. & Watanabe, N. 2003. On decomposing the causes of health sector inequalities with an application to malnutrition inequalities in Vietnam. *Journal of econometrics*, 112(1), 207-223.
- Wahlbeck, K. & McDaid, D. 2012. Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 11(3), 139-145.
- Waitzman, N. J. & Smith, K. R. 1998a. Phantom of the area: poverty-area residence and mortality in the United States. *American Journal of Public Health*, 88(6), 973-976.
- Waitzman, N. J. & Smith, K. R. 1998b. Separate but lethal: the effects of economic segregation on mortality in metropolitan America. *Milbank Quarterly*, 76(3), 341-373.
- Walker, R., Rivkin-Fish, M. & Buchbinder, M. 2016. Introduction. Στο: Buchbinder, M., Rivkin-Fish, M. & Walker, R. (επιμ.) *Understanding Health Inequalities and Justice: New Conversations Across the Disciplines*. Chapel Hill, North Carolina: The University of North Carolina Press.
- Walzer, M. 1983. *Spheres of justice: A defense of pluralism and equality*, Oxford, Blackwell Publishing.
- Walzer, M. 1994. *Thick and Thin, Moral Argument at Home and Abroad*, Notre Dame, University of Notre Dame Press.
- Ware, J. E. 1986. The assessment of health status. *Applications of social science to clinical medicine and health policy*, 204-228.
- Warr, P. 1987. *Work, unemployment, and mental health*, New York, NY, US, Oxford University Press.
- Weber, M. 2009. *From Max Weber: essays in sociology*, London & New York, Routledge.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Weiss, G. L. & Lonnquist, L. E. 2015. *The sociology of health, healing, and illness*, New Jersey, U.S., Pearson Education, Inc.
- West, P. 1991. Rethinking the health selection explanation for health inequalities. *Social science & medicine*, 32(4), 373-384.
- West, P. 1997. Health inequalities in the early years: Is there equalisation in youth? *Soc Sci Med*, 44(6), 833 - 858.
- West, P., Macintyre, S., Annandale, E. & Hunt, K. 1990. Social class and health in youth: Findings from the west of Scotland twenty-07 study. *Soc Sci Med*, 30(6), 665 - 673.
- White, K. 2008. *An Introduction to the Sociology of Health & Illness*, London, SAGE Publications Ltd.
- Whitehead, M. 1989. The health divide. Στο: Townsend, P., Davidson, N. & Whitehead, M. (επιμ.) *Inequalities in Health*. London: Penguin Books.
- Whitehead, M. 1992. The concepts and principles of equity and health. *International journal of health services*, 22(3), 429-445.
- Whitehead, S. J. & Ali, S. 2010. Health outcomes in economic evaluation: the QALY and utilities. *British medical bulletin*, 96(1), 5-21.
- WHO. 2005. Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure. *Technical Briefs for Policy-Makers* [Online]. Available: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70005/1/WHO_EIP_HSF_PB_05.02_eng.pdf [Accessed 08/08/2016].
- Wiemers, E. E. 2014. The effect of unemployment on household composition and doubling up. *Demography*, 51(6), 2155-2178.
- Wikler, D. 2006. Personal and Social Responsibility for Health. Στο: Anand, S., Peter, F. & Sen, A. (επιμ.) *Public Health, Ethics, and Equity*. Oxford: Oxford University Press.
- Wilkinson, R. 2002. Commentary: Liberty, fraternity, equality. *International Journal of Epidemiology*, 31(3), 538-543.
- Wilkinson, R. & Pickett, K. 2009. *The spirit level: Why greater equality makes societies stronger*, Bloomsbury Publishing USA.
- Wilkinson, R. G. 1992. Income distribution and life expectancy. *BMJ: British Medical Journal*, 304(6820), 165.
- Wilkinson, R. G. 1996. *Unhealthy societies: The afflictions of inequality*, London and New York, Routledge.
- Wilkinson, R. G. & Marmot, M. 2003. *Social determinants of health: the solid facts*, Geneva, World Health Organization.
- Wilkinson, R. G. & Pickett, K. E. 2006. Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Social science & medicine*, 62(7), 1768-1784.
- Williams, A. & Cookson, R. 2000. Equity in health. *Handbook of health economics*, 1, 1863-1910.
- Williams, D. & Williams-Morris, R. 2000. Racism and mental health: the African American experience. *Ethnicity and health*, 5(3-4), 243-268.
- Williams, D. R. 1997. Race and health: basic questions, emerging directions. *Annals of epidemiology*, 7(5), 322-333.
- Williams, D. R., Yu, Y., Jackson, J. S. & Anderson, N. B. 1997. Racial differences in physical and mental health socio-economic status, stress and discrimination. *Journal of health psychology*, 2(3), 335-351.
- Wilson, J. 2009. Not so special after all? Daniels and the social determinants of health. *Journal of Medical Ethics*, 35(1), 3-6.
- Wilson, J. 2011. Health inequities. Στο: Dawson, A. (επιμ.) *Public Health Ethics: Key Concepts and Issues in Policy and Practice*. New York: Cambridge University Press.
- Wilson, W. J. 2012. *The truly disadvantaged: The inner city, the underclass, and public policy*, Chicago, University of Chicago Press.
- Winkleby, M., Cubbin, C. & Ahn, D. 2006. Effect of cross-level interaction between individual and neighborhood socioeconomic status on adult mortality rates. *American Journal of Public Health*, 96(12), 2145.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Wise, P. H., Kotelchuck, M., Wilson, M. L. & Mills, M. 1985. Racial and socioeconomic disparities in childhood mortality in Boston. *The New England journal of medicine*, 313(6), 360-366.
- Wolff, L. S., Subramanian, S., Acevedo-Garcia, D., Weber, D. & Kawachi, I. 2010. Compared to whom? Subjective social status, self-rated health, and referent group sensitivity in a diverse US sample. *Social Science & Medicine*, 70(12), 2019-2028.
- Wolinsky, F. D. 1988. *The Sociology of Health—Principles, Practitioners, and Issues*, Belmont, Calif, Wadsworth Pub. Co.
- Woodward, A. & Kawachi, I. 2000. Why reduce health inequalities? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 54(12), 923-929.
- World Bank 2005. *World Development Report 2006 : Equity and Development*, Washington, DC, World Bank.
- World Bank 2016. Greece Social Welfare Review – Weathering the Crisis: Reducing the Gaps in Social Protection in Greece. Social Protection and Labor Global Practice.
- World Health Organization 1948. *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.*
- World Health Organization 1985. *Targets for health for all: targets in support of the European regional strategy for health for all*, World Health Organization. Regional Office for Europe.
- World Health Organization 2013a. *The economics of the social determinants of health and health inequalities: a resource book*, Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization 2013b. *Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low-and middle-income countries*, Geneva, World Health Organization.
- Wright, E. O. 1997. *Class counts: comparative studies in class analysis*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Wright, E. O. 2005. Introduction. Στο: Wright, E. O. (επιμ.) *Approaches to Class Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Xenakis, S. & Cheliotis, L. K. 2013. Crime and economic downturn. *British Journal of Criminology*, 53(5), 719-745.
- Xu, K., Evans, D. B., Kadama, P., Nabyonga, J., Ogwal, P. O., Nabukhonzo, P. & Aguilar, A. M. 2006. Understanding the impact of eliminating user fees: Utilization and catastrophic health expenditures in Uganda. *Social Science and Medicine*, 62(4), 866-876.
- Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J. & Murray, C. J. L. 2003. Household catastrophic health expenditure: A multicountry analysis. *Lancet*, 362(9378), 111-117.
- Yamin, A. E. 2008. Will we take suffering seriously? Reflections on what applying a human rights framework to health means and why we should care. *Health and human rights*, 45-63.
- Yamin, A. E. 2009. Shades of dignity: exploring the demands of equality in applying human rights frameworks to health. *Health and human rights*, 1-18.
- Yannis, G., Papadimitriou, E. & Folla, K. 2014. Effect of GDP changes on road traffic fatalities. *Safety Science*, 63, 42-49.
- Yfantopoulos, I., Chantzaras, A. & Yfantopoulos, P. 2016a. Determinants of The Impact of The Economic Crisis on General and Oral Health in Greater Athens Area Greece. *Value in Health*, 19(7), A632.
- Yfantopoulos, I., Chantzaras, A. & Yfantopoulos, P. 2016b. Oral And General Health Related Quality of Life In Times of Crisis In Greece. *Value in Health*, 7(19), A622.
- Yfantopoulos, J. 2001a. The Greek version of the EuroQol (EQ-5D) instrument. *Archives of Hellenic Medicine*, 18(2), 180-191.
- Yfantopoulos, J. 2001b. Quality of life and QALYs in the measurement of health. *Archives of Hellenic medicine*, 18(2), 114-130.
- Yfantopoulos, J. 2001c. Validation and measurement of quality of life in Greece using EQ-15D. *Archives of Hellenic Medicine*, 18, 279-287.
- Yfantopoulos, J. 2008. Pharmaceutical pricing and reimbursement reforms in Greece. *European Journal of Health Economics*, 9(1), 87-97.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Yfantopoulos, J., Chantzaras, A. & Ollandezos, M. 2017a. Changes In Private Financing Of The Greek Health System During The Economic Crisis. *Value in Health*, 20(9), A769.
- Yfantopoulos, J., Chantzaras, A. & Ollandezos, M. 2017b. Unmet Pharmaceutical Needs During The Economic Crisis In Greece. *Value in Health*, 20(9), A510.
- Yfantopoulos, J. N. & Chantzaras, A. 2018. Drug Policy in Greece. *Value in Health Regional Issues*, 16, 66-73.
- Yfantopoulos, J. N. & Chantzaras, A. E. 2016. Validation and comparison of the psychometric properties of the EQ-5D-3L and EQ-5D-5L instruments in Greece. *The European Journal of Health Economics*, 1-13.
- Yitzhaki, S. 1983. On an Extension of the Gini Inequality Index. *International Economic Review*, 24(3), 617-628.
- Young, I. M. 1990. *Justice and the politics of difference*, New Jersey, Princeton University Press.
- Yu, M., Liu, B., Li, Y., Zou, Z. J. & Breen, N. 2019. Statistical inferences of extended concentration indices for directly standardized rates. *Statistics in Medicine*, 38(1), 62-73.
- Zambarloukou, S. 2015. Greece After the Crisis: Still a south European welfare model? *European Societies*, 17(5), 653-673.
- Zautra, A. & Goodhart, D. 1979. Quality of life indicators: A review of the literature. *Community Mental Health Reveiw*, 4(1), 1-14.
- Zavras, D., Tsiantou, V., Pavi, E., Mylona, K. & Kyriopoulos, J. 2013. Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. *European Journal of Public Health*, 23(2), 206-210.
- Zhang, Q. & Wang, Y. 2004. Trends in the association between obesity and socioeconomic status in US adults: 1971 to 2000. *Obesity Research*, 12(10), 1622-1632.
- Zheng, B. 2011. A new approach to measure socioeconomic inequality in health. *The Journal of Economic Inequality*, 9(4), 555-577.
- Αναγνωστόπουλος, Δ. & Σουμάκη, Ε. 2012. Οι επιπτώσεις της κοινωνικοοικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία παιδιών και εφήβων. *Ψυχιατρική*, 23(1), 13-16.
- Βενιέρης, Δ. 2015. *Κοινωνική Πολιτική: Εννοιες & Σχέσεις*, Αθήνα, Τόπος.
- Δενδρινός, Ι. 2014. Η απασχόληση των νέων πριν και κατά τη διάρκεια της κρίσης: επανεξετάζοντας θεσμούς και αντιλήψεις στην ελληνική αγορά εργασίας. *Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη*, 9(2), 117-132.
- ΕΛΣΤΑΤ 2018. ΕΛΣΤΑΤ διαδικτυακή ψηφιακή βιβλιοθήκη.
- Εμμανουήλ, Δ. 2016. Κοινωνικοοικονομική τάξη, στρώμα status και κοινωνική καταγωγή στην Αθήνα του 2013 - Ένα δομικό σχήμα για την ανάλυση της αστικής κατανάλωσης. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 146, 39-76.
- Κουραχάνης, Ν. 2016. Το Μίγμα Ευημερίας στις Πολιτικές Αντιμετώπισης της Έλλειψης Στέγης στην Ελλάδα και οι Ευρύτερες Συνδηλώσεις του. *Social Policy*, 5, 64-79.
- Μαδιανός, Μ. 2013. Οικονομική κρίση, ψυχική υγεία και ψυχιατρική περίθαλψη: Τι απέγινε η «Μεταρρύθμιση» στην Ελλάδα;. *Ψυχιατρική*, 24(1), 13-16.
- Μακρυδημήτρης, Α. 2008. Η καλή νομοθέτηση ως προϋπόθεση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας της διακυβέρνησης. Στο: Κοντιάδης, Ξ. & Ανθόπουλος, Χ. (επιμ.) *Κρίση του ελληνικού πολιτικού συστήματος*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Μακρυδημήτρης, Α. 2015. Στοιχεία για μια Θεωρία των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων. *Δικαιώματα του Ανθρώπου*, (64), 257-309.
- Μοσχονάς, Α. 1998. *Τάξεις και Στρώματα στις Σύγχρονες Κοινωνίες – Τόμος Πρώτος: Ερμηνευτικές Προσεγγίσεις*, Αθήνα, Εκδόσεις Οδυσσέας.
- Μπελετσιώτη, Χ., Παπαδόπουλος, Α. & Νιάκας, Δ. 2018. Η επίδραση της κρίσης στην υγεία και στη φροντίδα υγείας των κατοίκων της Ελλάδας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 35(5), 686-697.
- Νάκου, Σ. 2001. η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας. *Εφαρμογές στην παιδιατρική. Αρχεία ελληνικής ιατρικής*, 18(3), 254-266.
- Οικονόμου, Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε. & Χριστοδούλου, Γ. 2001. Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση *Αρχεία ελληνικής ιατρικής*, 18(3), 239-253.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Οικονόμου, Μ., Πέππου, Λ. Ε., Λουκή, Ε., Κομπορόζος, Α., Μέλλου, Α. & Στεφανής, Κ. 2012. Γραμμή βοήθειας για την κατάθλιψη: Αναζήτηση βοήθειας σε περίοδο οικονομικής κρίσης. *Ψυχιατρική*, 23(1), 17-28.
- Οικονόμου, Χ. 2013. Ανισοτιμίες στην υγεία. Θεωρητικές προσεγγίσεις και η κατάσταση στην Ελλάδα. Στο: Οικονόμου, Χ. (επιμ.) *Υγεία, κοινωνία και οικονομία. Ανισοτιμες σχέσεις - Χάσματα ευζωίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Αλεξάνδρεια.
- Παπαδης, Δ. 2002. *Η Πολιτική Φιλοσοφία του Αριστοτέλη*, Αθήνα, Εκδόσεις Καρδαμίτσα.
- Παπαδοπούλου, Θ. 2015. Ειδικά θέματα βιοηθικής. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.
- Παπαδοπούλου, Λ. 2004. Ισότητα εναντίον ισότητας: μοντέλα διανεμητικής δικαιοσύνης. *Επιστήμη και Κοινωνία*, (13), 167-199.
- Παπαϊωάννου, Α. & Μπεργιαννάκη, Ι. Δ. 2016. Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 33(6), 739-750.
- Παπαρηγοπούλου-Πεχλιβάνη, Π. 2013. Κοινωνικές ανισότητες και δικαίωμα στην προστασία της υγείας στην Ελλάδα. Στο: Οικονόμου, Χ. (επιμ.) *Υγεία, κοινωνία και οικονομία. Ανισοτιμες σχέσεις - Χάσματα ευζωίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Αλεξάνδρεια.
- Σούλης, Σ., Μάρκος, Σ. & Θεοδώρου, Μ. 2001. *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση.
- Σταυριανάκος, Κ., Κονταξάκης, Β., Μουσσάς, Γ., Παπλός, Κ., Παπασλάνης, Θ., Χαβάκη-Κονταξάκη, Μ. & Παπαδημητρίου, Γ. Ν. 2014. Απόπειρες αυτοκτονίας στη διάρκεια της οικονομικής κρίσης στην Αθήνα. *Ψυχιατρική*, 25(2), 104-110.
- Υφαντόπουλος, Γ. 2007. Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(Συμπλ. 1), 6-18.
- Υφαντόπουλος, Γ., Σαρρής, Μ. & Σούλης, Σ. 2001. Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18, 158-163.
- Υφαντόπουλος, Ι. 1990. Στατιστικά μέτρα για την οικονομική ανισότητα. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 73(73), 33-78.
- Υφαντόπουλος, Ι. & Νικολαΐδου, Κ. 2008. *Η στατιστική στην κοινωνική έρευνα*, Αθήνα, Εκδόσεις Gutenberg.
- Υφαντόπουλος, Ι. & Σαρρής, Μ. 2001. Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3), 218-229.
- Υφαντόπουλος, Ι., Χαντζάρας, Α. & Κωνσταντόπουλος, Α. 2019. *Οι ιδιωτικές δαπάνες για φάρμακο κατά τη διάρκεια της κρίσης: επιπτώσεις στη φαρμακευτική περίθαλψη και την ευημερία των νοικοκυριών*, Αθήνα, Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοβιομηχανίας (υπό έκδοση).
- Χαντζάρας, Α. & Υφαντόπουλος, Ι. 2013. Η «περί δυνατοτήτων» προσέγγιση της υγείας και η δημοκρατία. *Επιθεώρηση Διοικητικής Επιστήμης*, (19), 21-54.
- Χατζής, Α. 2004. Ο Ωφελμιστής πίσω από το Πέπλο: Σκέψεις πάνω στο Κριτήριο Maximin και στην Αρχή της Διαφοράς στη Θεωρία Δικαιοσύνης του John Rawls. *Δικαιώματα του Ανθρώπου*, 2, 163-188.

Παράρτημα

Αποτελέσματα δειγματοληψίας έρευνας πεδίου ΕΚΠΑ, 2014-15

Πίνακας Α-1 Δείγμα ανά Καλλικρατικό Δήμο Περιφέρειας Αττικής

Καλλικρατικός Δήμος	Απόλυτη συχνότητα	Σχετική συχνότητα (%)
Δ, ΑΓΙΑΣ ΒΑΡΒΑΡΑΣ	16	0,6
Δ, ΑΓΙΑΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ	64	2,2
Δ, ΑΓΙΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ	54	1,9
Δ, ΑΓΙΩΝ ΑΝΑΡΓΥΡΩΝ - ΚΑΜΑΤΕΡΟΥ	54	1,9
Δ, ΑΘΗΝΑΙΩΝ	568	19,9
Δ, ΑΙΓΑΛΕΩ	55	1,9
Δ, ΑΛΙΜΟΥ	36	1,3
Δ, ΑΜΑΡΟΥΣΙΟΥ	69	2,4
Δ, ΑΣΠΡΟΠΥΡΓΟΥ	21	0,7
Δ, ΑΧΑΡΝΩΝ	79	2,8
Δ, ΒΑΡΗΣ - ΒΟΥΛΑΣ - ΒΟΥΛΙΑΓΜΕΝΗΣ	34	1,2
Δ, ΒΡΙΛΗΣΣΙΩΝ	19	0,7
Δ, ΒΥΡΩΝΟΣ	70	2,5
Δ, ΓΑΛΑΤΣΙΟΥ	45	1,6
Δ, ΓΛΥΦΑΔΑΣ	52	1,8
Δ, ΔΑΦΝΗΣ - ΥΜΗΤΤΟΥ	35	1,2
Δ, ΔΙΟΝΥΣΟΥ	6	0,2
Δ, ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ	38	1,3
Δ, ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ - ΑΡΓΥΡΟΥΠΟΛΗΣ	52	1,8
Δ, ΖΩΓΡΑΦΟΥ	64	2,2
Δ, ΗΛΙΟΥΠΟΛΕΩΣ	52	1,8
Δ, ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	38	1,3
Δ, ΙΛΙΟΥ	32	1,1
Δ, ΚΑΙΣΑΡΙΑΝΗΣ	31	1,1
Δ, ΚΑΛΛΙΘΕΑΣ	64	2,2
Δ, ΚΕΡΑΤΣΙΝΙΟΥ - ΔΡΑΠΕΤΣΩΝΑΣ	73	2,6
Δ, ΚΗΦΙΣΙΑΣ	65	2,3
Δ, ΚΟΡΥΔΑΛΛΟΥ	49	1,7
Δ, ΚΡΩΠΙΑΣ	11	0,4
Δ, ΛΑΥΡΕΩΤΙΚΗΣ	2	0,1
Δ, ΛΥΚΟΒΡΥΣΗΣ - ΠΕΥΚΗΣ	15	0,5
Δ, ΜΑΡΑΘΩΝΟΣ	29	1,0
Δ, ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΥ ΜΕΣΟΓΑΙΑΣ	8	0,3
Δ, ΜΕΤΑΜΟΡΦΩΣΕΩΣ	24	0,8
Δ, ΜΟΣΧΑΤΟΥ - ΤΑΥΡΟΥ	27	0,9
Δ, ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ	51	1,8
Δ, ΝΕΑΣ ΣΜΥΡΝΗΣ	43	1,5

Παράρτημα

Δ, ΝΙΚΑΙΑΣ - ΑΓΙΟΥ ΙΩΑΝΝΗ ΡΕΝΤΗ	87	3,1
Δ, ΠΑΙΑΝΙΑΣ	21	0,7
Δ, ΠΑΛΑΙΟΥ ΦΑΛΗΡΟΥ	50	1,8
Δ, ΠΑΛΛΗΝΗΣ	44	1,5
Δ, ΠΑΠΑΓΟΥ - ΧΟΛΑΡΓΟΥ	58	2,0
Δ, ΠΕΙΡΑΙΩΣ	140	4,9
Δ, ΠΕΝΤΕΛΗΣ	30	1,1
Δ, ΠΕΡΑΜΑΤΟΣ	23	0,8
Δ, ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ	76	2,7
Δ, ΠΕΤΡΟΥΠΟΛΕΩΣ	35	1,2
Δ, ΡΑΦΗΝΑΣ - ΠΙΚΕΡΜΙΟΥ	19	0,7
Δ, ΣΑΛΑΜΙΝΟΣ	29	1,0
Δ, ΣΠΑΤΩΝ - ΑΡΤΕΜΙΔΟΣ	27	0,9
Δ, ΦΙΛΑΔΕΛΦΕΙΑΣ - ΧΑΛΚΗΔΟΝΟΣ	24	0,8
Δ, ΦΙΛΟΘΕΗΣ - ΨΥΧΙΚΟΥ	27	0,9
Δ, ΦΥΛΗΣ	16	0,6
Δ, ΧΑΪΔΑΡΙΟΥ	32	1,1
Δ, ΧΑΛΑΝΔΡΙΟΥ	65	2,3
Δ, ΩΡΩΠΟΥ	3	0,1
Σύνολο	2851	100,0

Παράρτημα

Πίνακας Α-2 Ποσοστιαίες διαφορές του δείγματος σε σχέση με την πραγματική κατανομή του πληθυσμού ως προς το φύλο και την ηλικιακή ομάδα

ΔΗΜΟΣ	Σύνολο Δήμου	Άρρενες															
		Σύνολο	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	0,11%	0,04%	0,07%	0,07%	0,04%	0,04%	-0,04%	-0,07%	-0,07%	-0,07%	-0,04%	-0,04%	0,00%	0,07%	0,00%	0,07%	0,00%
Δ, ΑΓΙΑΣ ΒΑΡΒΑΡΑΣ	-0,21%	-0,11%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΑΓΙΑΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ	0,70%	0,25%	0,00%	0,04%	0,07%	0,00%	0,04%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΑΓΙΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ	-0,07%	-0,14%	0,00%	-0,04%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΑΓΙΩΝ ΑΝΑΡΓΥΡΩΝ - ΚΑΜΑΤΕΡΟΥ	0,42%	0,35%	0,07%	0,04%	0,00%	0,07%	0,07%	0,04%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΑΓΚΙΣΤΡΙΟΥ	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΑΘΗΝΑΙΩΝ	1,79%	1,19%	0,11%	0,11%	0,14%	0,14%	0,18%	0,11%	0,14%	0,07%	0,11%	0,04%	0,07%	0,04%	0,00%	0,00%	-0,04%
Δ, ΑΙΓΑΛΕΩ	0,14%	0,07%	0,04%	0,07%	0,04%	0,04%	0,00%	-0,04%	0,04%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,04%	-0,04%	0,00%
Δ, ΑΙΓΙΝΑΣ	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΑΛΙΜΟΥ	0,14%	0,14%	0,07%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΑΜΑΡΟΥΣΙΟΥ	0,60%	0,28%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	0,04%	0,04%	0,07%	0,00%	0,04%	0,04%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΑΣΠΡΟΠΥΡΓΟΥ	0,04%	0,07%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΑΧΑΡΝΩΝ	0,04%	-0,11%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	0,04%	-0,04%	-0,04%	0,00%
Δ, ΒΑΡΗΣ - ΒΟΥΛΑΣ - ΒΟΥΛΙΑΓΜΕΝΗΣ	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΒΡΗΛΗΣΣΙΩΝ	-0,14%	-0,07%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΒΥΡΩΝΟΣ	0,84%	0,39%	0,00%	0,00%	0,04%	0,04%	0,04%	0,07%	0,11%	0,00%	0,00%	0,04%	0,04%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΓΑΛΑΤΣΙΟΥ	0,04%	0,07%	0,00%	0,00%	0,04%	0,04%	0,00%	0,04%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΓΛΥΦΑΔΑΣ	-0,46%	-0,25%	-0,04%	-0,04%	0,00%	-0,04%	-0,07%	-0,04%	-0,04%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΔΑΦΝΗΣ - ΨΗΤΤΟΥ	0,28%	0,07%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,04%	0,04%	0,00%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,04%	0,00%
Δ, ΔΙΟΝΥΣΟΥ	-0,70%	-0,39%	-0,04%	-0,04%	0,00%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ	0,63%	0,25%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,04%	0,04%	0,04%	0,04%	0,04%	0,04%	0,00%
Δ, ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ - ΑΡΓΥΡΟΥΠΟΛΗΣ	0,49%	0,11%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,04%	-0,04%	0,00%	-0,04%	0,04%	0,07%	0,07%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΖΩΓΡΑΦΟΥ	0,25%	0,04%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Παράρτημα

Δ, ΗΛΙΟΥΠΟΛΕΩΣ	-0,35%	-0,21%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	-0,04%
Δ, ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	-0,04%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%
Δ, ΙΛΙΟΥ	-1,02%	-0,46%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,07%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%
Δ, ΚΑΙΣΑΡΙΑΝΗΣ	0,28%	0,07%	0,00%	-0,04%	0,04%	0,04%	0,04%	0,04%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,04%	0,00%	0,00%
Δ, ΚΑΛΛΙΘΕΑΣ	-0,46%	-0,25%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	-0,04%	-0,04%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΚΕΡΑΤΣΙΝΙΟΥ - ΔΡΑΠΕΤΣΩΝΑΣ	0,32%	0,14%	0,04%	0,00%	-0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,07%	0,04%	0,04%	0,00%	0,04%	0,00%	0,04%
Δ, ΚΗΦΙΣΙΑΣ	0,49%	0,32%	0,04%	0,04%	0,00%	0,04%	0,07%	0,00%	0,04%	0,04%	0,00%	0,00%	0,04%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΚΟΡΥΔΑΛΛΟΥ	0,00%	0,00%	0,04%	0,04%	-0,04%	-0,07%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΚΡΩΠΙΑΣ	-0,46%	-0,25%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	-0,04%	0,00%	-0,04%	-0,04%	0,00%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΚΥΘΗΡΩΝ	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΛΑΥΡΕΩΤΙΚΗΣ	-0,70%	-0,42%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΛΥΚΟΒΡΥΣΗΣ - ΠΕΥΚΗΣ	-0,32%	-0,14%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,04%	-0,04%	0,00%	-0,04%	0,00%	-0,04%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΜΑΝΔΡΑΣ - ΕΙΔΥΛΛΙΑΣ	-0,35%	-0,18%	0,00%	0,00%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΜΑΡΑΘΩΝΟΣ	0,04%	-0,07%	-0,04%	-0,04%	0,00%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	0,04%	0,00%	0,04%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΥ ΜΕΣΟΓΑΙΑΣ	-0,18%	-0,07%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΜΕΓΑΡΕΩΝ	-0,91%	-0,46%	-0,04%	-0,07%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΜΕΤΑΜΟΡΦΩΣΕΩΣ	0,11%	0,04%	0,04%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	0,04%	-0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΜΟΣΧΑΤΟΥ - ΤΑΥΡΟΥ	-0,11%	-0,07%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%
Δ, ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ	0,11%	0,07%	0,00%	0,04%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,04%	0,00%	0,04%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%
Δ, ΝΕΑΣ ΣΜΥΡΝΗΣ	-0,42%	-0,18%	0,04%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	0,00%	-0,04%	-0,04%	-0,04%
Δ, ΝΙΚΑΙΑΣ - ΑΓΙΟΥ ΙΩΑΝΝΗ ΡΕΝΤΗ	0,28%	0,21%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,04%	0,04%	0,04%	0,07%	0,00%
Δ, ΠΑΙΑΝΙΑΣ	0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	-0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	-0,04%	-0,04%	0,04%	0,00%	0,00%	0,04%	0,04%	0,00%	0,00%
Δ, ΠΑΛΑΙΟΥ ΦΑΛΗΡΟΥ	0,07%	0,07%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	0,07%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	-0,04%
Δ, ΠΑΛΛΗΝΗΣ	0,25%	0,25%	0,04%	0,00%	0,04%	0,04%	0,00%	0,04%	-0,04%	0,00%	0,04%	0,00%	0,00%	0,04%	0,04%	0,00%	0,04%
Δ, ΠΑΠΑΓΟΥ - ΧΟΛΑΡΓΟΥ	0,84%	0,42%	0,07%	0,00%	0,04%	0,04%	0,07%	0,04%	0,04%	0,04%	0,04%	0,04%	0,00%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΠΕΙΡΑΙΩΣ	0,49%	0,39%	0,00%	0,07%	0,04%	0,04%	-0,04%	0,04%	0,07%	0,00%	0,04%	0,04%	0,04%	0,04%	0,04%	0,00%	0,00%

Παράρτημα

Δ, ΠΕΝΤΕΛΗΣ	0,21%	0,14%	0,04%	-0,04%	-0,04%	0,07%	0,00%	0,11%	0,04%	-0,04%	0,00%	0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΠΕΡΑΜΑΤΟΣ	0,11%	0,07%	0,04%	0,04%	0,00%	0,00%	0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ	-1,02%	-0,56%	-0,04%	0,00%	-0,07%	-0,11%	-0,11%	-0,04%	-0,07%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%
Δ, ΠΕΤΡΟΥΠΟΛΕΩΣ	-0,14%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΠΟΡΟΥ	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΡΑΦΗΝΑΣ - ΠΙΚΕΡΜΙΟΥ	0,14%	-0,07%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	-0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΣΑΛΑΜΙΝΟΣ	0,04%	-0,07%	-0,04%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,07%
Δ, ΣΑΡΩΝΙΚΟΥ	-0,84%	-0,42%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΣΠΑΤΩΝ - ΑΡΤΕΜΙΔΟΣ	0,04%	0,07%	0,00%	0,04%	0,04%	0,04%	0,00%	0,00%	0,04%	-0,04%	0,04%	0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%
Δ, ΣΠΕΤΣΩΝ	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΤΡΟΙΖΗΝΙΑΣ	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΥΔΡΑΣ	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΦΙΛΑΔΕΛΦΕΙΑΣ - ΧΑΛΚΗΔΟΝΟΣ	-0,07%	-0,07%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΦΙΛΟΘΕΗΣ - ΨΥΧΙΚΟΥ	0,07%	-0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΦΥΛΗΣ	-0,60%	-0,28%	-0,04%	0,00%	-0,04%	-0,07%	-0,07%	-0,04%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%
Δ, ΧΑΪΔΑΡΙΟΥ	-0,14%	-0,14%	0,00%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%
Δ, ΧΑΛΑΝΔΡΙΟΥ	0,35%	0,39%	-0,04%	0,07%	0,11%	0,07%	0,00%	0,04%	0,04%	0,07%	0,00%	0,00%	0,04%	0,04%	0,00%	0,00%	-0,04%
Δ, ΩΡΩΠΟΥ	-0,84%	-0,39%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%
	Θήλειες																
ΔΗΜΟΣ	Σύνολο	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	0,07%	0,07%	0,11%	0,07%	0,11%	0,11%	0,07%	0,00%	-0,07%	-0,04%	-0,07%	-0,07%	-0,07%	-0,07%	-0,04%	-0,04%	
Δ, ΑΓΙΑΣ ΒΑΡΒΑΡΑΣ	-0,11%	0,00%	0,00%	-0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
Δ, ΑΓΙΑΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ	0,46%	0,00%	0,00%	0,04%	0,04%	0,04%	0,04%	0,04%	0,04%	0,04%	0,04%	0,07%	0,07%	0,00%	0,04%	0,00%	
Δ, ΑΓΙΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ	0,07%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	
Δ, ΑΓΙΩΝ ΑΝΑΡΓΥΡΩΝ - ΚΑΜΑΤΕΡΟΥ	0,07%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	0,04%	0,00%	-0,04%	0,00%	-0,04%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	

Παράρτημα

Δ, ΑΓΚΙΣΤΡΙΟΥ	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΑΘΗΝΑΙΩΝ	0,60%	0,07%	0,04%	0,00%	0,07%	0,11%	0,07%	0,14%	0,07%	0,07%	0,04%	0,04%	0,00%	0,00%	-0,04%	-0,07%
Δ, ΑΙΓΑΛΕΩ	0,07%	0,00%	0,07%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%
Δ, ΑΙΓΙΝΑΣ	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΑΛΙΜΟΥ	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	-0,04%
Δ, ΑΜΑΡΟΥΣΙΟΥ	0,32%	0,04%	0,04%	0,07%	0,00%	0,04%	0,04%	0,04%	0,07%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΑΣΠΡΟΠΥΡΓΟΥ	-0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΑΧΑΡΝΩΝ	0,14%	0,07%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,04%	0,00%	0,04%	0,07%	0,00%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,04%	-0,04%
Δ, ΒΑΡΗΣ - ΒΟΥΛΑΣ - ΒΟΥΛΙΑΓΜΕΝΗΣ	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	-0,04%	0,00%	-0,04%	0,04%	0,04%	0,04%	0,04%
Δ, ΒΡΙΛΗΣΙΩΝ	-0,07%	-0,04%	0,04%	0,00%	0,04%	-0,04%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΒΥΡΩΝΟΣ	0,46%	0,00%	0,04%	0,00%	0,07%	0,07%	0,11%	0,04%	0,04%	0,00%	0,00%	0,04%	0,04%	0,04%	0,00%	0,00%
Δ, ΓΑΛΑΤΣΙΟΥ	-0,04%	0,00%	-0,04%	0,04%	0,04%	0,04%	-0,04%	0,07%	0,00%	-0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,04%	-0,04%
Δ, ΓΛΥΦΑΔΑΣ	-0,21%	0,00%	0,00%	0,04%	0,04%	-0,07%	-0,07%	-0,04%	0,00%	-0,04%	0,00%	-0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΔΑΦΝΗΣ - ΥΜΗΤΤΟΥ	0,21%	-0,04%	0,00%	0,04%	0,04%	0,04%	0,04%	0,04%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΔΙΟΝΥΣΟΥ	-0,32%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,07%	0,00%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ	0,39%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	0,00%	0,04%	0,04%	0,00%	0,07%	0,11%	0,00%	0,07%	0,04%	0,00%
Δ, ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ - ΑΡΓΥΡΟΥΠΟΛΗΣ	0,39%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,07%	0,07%	0,04%	0,04%	0,07%	-0,04%	0,11%	-0,04%	0,00%	0,04%
Δ, ΖΩΓΡΑΦΟΥ	0,21%	0,00%	0,00%	-0,04%	-0,04%	0,14%	0,04%	0,04%	0,07%	0,04%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΗΛΙΟΥΠΟΛΕΩΣ	-0,14%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,07%	0,00%	-0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%
Δ, ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	-0,04%	0,00%	0,00%	-0,04%	-0,04%	0,04%	0,00%	0,07%	0,00%	0,04%	0,00%	-0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	-0,04%
Δ, ΙΛΙΟΥ	-0,56%	-0,04%	-0,04%	-0,07%	-0,07%	-0,07%	-0,04%	-0,07%	-0,07%	0,00%	-0,04%	0,00%	-0,04%	0,00%	-0,04%	0,00%
Δ, ΚΑΙΣΑΡΙΑΝΗΣ	0,21%	0,00%	0,00%	0,07%	0,07%	0,04%	0,04%	-0,04%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΚΑΛΛΙΘΕΑΣ	-0,21%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	-0,07%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	-0,07%	-0,04%	-0,04%
Δ, ΚΕΡΑΤΣΙΝΙΟΥ - ΔΡΑΠΕΤΣΩΝΑΣ	0,18%	0,00%	0,04%	-0,04%	0,00%	0,07%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	0,04%
Δ, ΚΗΦΙΣΙΑΣ	0,18%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	0,00%	0,04%	0,04%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%
Δ, ΚΟΡΥΔΑΛΛΟΥ	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%

Παράρτημα

Δ, ΚΡΩΠΙΑΣ	-0,21%	-0,04%	0,04%	0,00%	-0,04%	0,00%	-0,04%	0,00%	-0,04%	0,00%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	
Δ, ΚΥΘΗΡΩΝ	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
Δ, ΛΑΥΡΕΩΤΙΚΗΣ	-0,28%	0,00%	0,04%	0,00%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	
Δ, ΛΥΚΟΒΡΥΣΗΣ - ΠΕΥΚΗΣ	-0,18%	-0,04%	-0,04%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	
Δ, ΜΑΝΔΡΑΣ - ΕΙΔΥΛΛΙΑΣ	-0,18%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
Δ, ΜΑΡΑΘΩΝΟΣ	0,11%	0,00%	-0,04%	0,04%	0,04%	0,04%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,04%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	
Δ, ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΥ ΜΕΣΟΓΑΙΑΣ	-0,11%	0,00%	0,04%	0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
Δ, ΜΕΓΑΡΕΩΝ	-0,46%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	
Δ, ΜΕΤΑΜΟΡΦΩΣΕΩΣ	0,07%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,04%	0,00%	-0,04%	0,04%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	0,00%	
Δ, ΜΟΣΧΑΤΟΥ - ΤΑΥΡΟΥ	-0,04%	0,04%	0,00%	0,00%	-0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
Δ, ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ	0,04%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	0,00%	0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	
Δ, ΝΕΑΣ ΣΜΥΡΝΗΣ	-0,25%	0,04%	0,00%	0,07%	0,00%	-0,04%	-0,07%	-0,07%	-0,07%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	-0,04%	-0,04%	
Δ, ΝΙΚΑΙΑΣ - ΑΓΙΟΥ ΙΩΑΝΝΗ ΡΕΝΤΗ	0,07%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	
Δ, ΠΑΙΑΝΙΑΣ	0,07%	0,04%	0,00%	-0,04%	0,00%	-0,04%	0,04%	0,00%	-0,04%	-0,04%	0,04%	0,04%	0,00%	0,04%	0,00%	0,04%	
Δ, ΠΑΛΑΙΟΥ ΦΑΛΗΡΟΥ	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	
Δ, ΠΑΛΛΗΝΗΣ	0,00%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	-0,07%	0,04%	0,04%	-0,04%	0,00%	-0,04%	0,04%	0,00%	0,00%	0,04%	0,04%	
Δ, ΠΑΠΑΓΟΥ - ΧΟΛΑΡΓΟΥ	0,42%	0,00%	0,04%	0,07%	0,04%	0,07%	0,04%	0,00%	0,04%	0,00%	-0,04%	0,07%	0,04%	0,04%	0,04%	0,00%	
Δ, ΠΕΙΡΑΙΩΣ	0,11%	-0,04%	-0,04%	0,00%	0,04%	0,11%	0,04%	-0,04%	0,00%	0,04%	0,00%	0,00%	0,07%	-0,04%	0,00%	-0,04%	
Δ, ΠΕΝΤΕΛΗΣ	0,07%	0,04%	0,00%	0,04%	0,04%	-0,04%	0,04%	0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
Δ, ΠΕΡΑΜΑΤΟΣ	0,04%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
Δ, ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ	-0,46%	-0,04%	0,00%	-0,04%	0,00%	-0,07%	-0,04%	0,00%	-0,07%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,07%	-0,04%	0,00%	0,00%	
Δ, ΠΕΤΡΟΥΠΟΛΕΩΣ	-0,14%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	
Δ, ΠΟΡΟΥ	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
Δ, ΡΑΦΗΝΑΣ - ΠΙΚΕΡΜΙΟΥ	0,21%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,07%	0,04%	0,11%	0,00%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
Δ, ΣΑΛΑΜΙΝΟΣ	0,11%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,04%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	
Δ, ΣΑΡΩΝΙΚΟΥ	-0,42%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%

Παράρτημα

Δ, ΣΠΑΤΩΝ - ΑΡΤΕΜΙΔΟΣ	-0,04%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	-0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%
Δ, ΣΠΕΤΣΩΝ	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΤΡΟΙΖΗΝΙΑΣ	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΥΔΡΑΣ	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΦΙΛΑΔΕΛΦΕΙΑΣ - ΧΑΛΚΗΔΟΝΟΣ	0,00%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%
Δ, ΦΙΛΟΘΕΗΣ - ΨΥΧΙΚΟΥ	0,11%	0,00%	0,04%	0,00%	0,04%	0,04%	0,04%	0,00%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,04%	-0,04%
Δ, ΦΥΛΗΣ	-0,32%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,07%	-0,04%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,04%
Δ, ΧΑΪΔΑΡΙΟΥ	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,04%	0,00%	0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	0,00%
Δ, ΧΑΛΑΝΔΡΙΟΥ	-0,04%	0,11%	0,00%	0,00%	0,00%	-0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	-0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%	-0,04%
Δ, ΩΡΩΠΟΥ	-0,46%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	-0,04%	0,00%	0,00%