Οικονομία + Υγεία

Τριμηνιαία Επιστημονική Επιθεώρηση των Οικονομικών της Υγείας
Υπό την Αιγίδα της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του Αθηναϊκού Ινστιτούτου Εκπαίδευσης και Έρευνας
Τόμος 2ος, Τεύχος 4ο, Οκτώβριος-Νοέμβριος-Δεκέμβριος 2012
Τιμή: 5 ευρώ (ηλεκτρονική μορφή) – 10 ευρώ (έντυπη μορφή)
ISSN: 1792-4480 Ιστοσελίδα Περιοδικού: www.atiner.gr/oy.htm

Από τον Διευθυντή Έκδοσης

Κείμενο Θέσης και Αντίθεσης
Τουρισμός και Υγεία

Επιστημονικό Άρθρο
Ενεργοί Σύνδεσμοι:
Η Σημασία του Συνδυασμού Προοπτικών στις Στρατηγικές των Δήμων με Στόχο την Υγεία των Παιδιών και των Εφήβων
Κάρεν Γουίστοφτ, Πανεπιστήμιο του Άρχους, Χόλγκερ Χοοζλούντ, Πανεπιστήμιο Διοίκησης Επιχειρήσεων της Κοπεγχάγης, Δανία

Επιστημονικό Άρθρο
Εκτίμηση του Οικονομικού Κόστους των βασικών Παραγόντων Κινδύνου για την Υγεία που Οφείλονται στον Τρόπο Ζωής, στην Εσθονία, το 2006
Μάρτζι Ρεϊνάπ, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο του Ταλίν, Εσθονία

Επιστημονικό Άρθρο
Υγεία για Όλους: Από τις Κυρίαρχες Υποσχέσεις στη Νέα Πραγματικότητα
Κ. Γκανγκαντχαράν, Πανεπιστήμιο του Καννούρ, Ινδία

Βιβλιοπαρουσιάσεις
Καλή Υγεία με Χαμηλό Κόστος

Ανακοινώσεις

Οικονομία + Υγεία

Τόμος 2ος, Τεύχος 4ο, Οκτώβριος-Νοέμβριος-Δεκέμβριος 2012

περιεχόμενα

Από τον Διευθυντή Έκδοσης 5

Κείμενο Θέσης και Αντίθεσης 7
Τουρισμός και Υγεία

Επιστημονικό Άρθρο 9
Ενεργοί Σύνδεσμοι:
Η Σημασία του Συνδυασμού Προοπτικών στις Στρατηγικές των Δήμων με Στόχο την Υγεία των Παιδιών και των Εφήβων
Κάρεν Γουίστοφτ, Πανεπιστήμιο του Άρχους, Χόλγκερ Χοοζλούντ, Πανεπιστήμιο Διοίκησης Επιχειρήσεων της Κοπεγχάγης, Δανία

Επιστημονικό Άρθρο 21
Εκτίμηση του Οικονομικού Κόστους των βασικών Παραγόντων Κινδύνου για την Υγεία που Οφείλονται στον Τρόπο Ζωής, στην Εσθονία, το 2006
Μάρτζι Ρεϊνάπ, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο του Ταλίν, Εσθονία

Επιστημονικό Άρθρο 34
Υγεία για Όλους: Από τις Κυρίαρχες Υποσχέσεις στη Νέα Πραγματικότητα
Κ. Γκανγκαντχαράν, Πανεπιστήμιο του Καννούρ, Ινδία

Βιβλιοπαρουσίαση 46
Καλή Υγεία με Χαμηλό Κόστος

Ανακοινώσεις 49

Οικονομία + Υγεία

Υπό την Αιγίδα της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του Αθηναϊκού Ινστιτούτου Εκπαίδευσης και Έρευνας
Τόμος 2ος, Τεύχος 4ο, Οκτώβριος-Νοέμβριος-Δεκέμβριος 2012
ISSN: 1792-4480 Ιστοσελίδα Περιοδικού: www.atiner.gr/oy.htm

Ιδιοκτησία
Ερευνητική Μονάδα Υγείας του Αθηναϊκού Ινστιτούτου Εκπαίδευσης και Έρευνας (ΑΘΙΝΕΕ)

Διευθυντής Έκδοσης και Υπεύθυνος Ύλης
Δρ. Γρηγόρης Θ. Παπανίκος, Πρόεδρος του ΑΘΙΝΕΕ & Επισκέπτης Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Στραθκλάιντ, ΗΒ

Επιστημονική Συνεργάτιδα Έκδοσης
Δρ. Ζωή Μπουτσιώλη, Αναπληρωτής Υπεύθυνη (Deputy Head) της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ

Διευθύντρια Επιστημονικών Περιοδικών Εκδόσεων
Αφροδίτη Γρ. Παπανίκου

Επιμέλεια Δοκιμίων και Μεταφράσεις
Ζωή Μπουτσιώλη, Λίλα Σκουντριδάκη, Βασίλης Χαραλαμπόπουλος & Χρήστος Φραντζεσκάκης

Διανομή – Διαφήμιση
Σταυρούλα Κυρίτση, Σύλια Σακκά, Κατερίνα Μαράκη

Καλλιτεχνική και Τυπογραφική Επιμέλεια
Εταιρεία *Θήτα*, Σολωμού 14, 10683 Αθήνα, τηλ./φαξ 211 7009056

Επιστημονική Επιτροπή Κριτών
Τα επιστημονικά άρθρα δημοσιεύονται στο Ο&Υ κατόπιν κρίσης, από δύο τουλάχιστον κριτές. Η επιστημονική επιτροπή κριτών του περιοδικού αποτελείται από καθηγητές και ερευνητές της Ελλάδος και του εξωτερικού. Την τελική ευθύνη δημοσίευσης των άρθρων έχει ο διευθυντής του περιοδικού.

Υποβολή Επιστημονικών Άρθρων
Τα προς δημοσίευση άρθρα υποβάλλονται μόνο ηλεκτρονικά στο health@atiner.gr. Πληροφορίες για τον τρόπο υποβολής άρθρων στο www.atiner.gr/oy/oy-ia.doc

Συνδρομές
Το Ο&Υ κυκλοφορεί 4 φορές το χρόνο σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή. Η ετήσια συνδρομή της ηλεκτρονικής μορφής για βιβλιοθήκες, οργανισμούς και ιδρύματα είναι 40 ευρώ, για ιδιώτες 20 ευρώ. Η ετήσια συνδρομή της έντυπης μορφής για βιβλιοθήκες, οργανισμούς και ιδρύματα είναι 100 ευρώ, για ιδιώτες 50 ευρώ.

Διαφημίσεις
Πλήρης τιμοκατάλογος των καταχωρήσεων στο περιοδικό είναι διαθέσιμος για κάθε ενδιαφερόμενο.

Συντακτική και Επιστημονική Επιτροπή

1. Δρ. Γρηγόρης Θ. Παπανίκος, Πρόεδρος, Αθηναϊκό Ινστιτούτο Εκπαίδευσης και Έρευνας (ΑΘΙΝΕΕ) & Επισκέπτης Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Στραθκλάιντ, Σκωτία, ΗΒ.
2. Δρ. Χρήστος Σακελλαρίου, Αντιπρόεδρος Οικονομικών Υποθέσεων του ΑΘΙΝΕΕ & Αναπληρωτής Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Νανιάνγκ, Σιγκαπούρη.
3. Δρ. Νίκολας Πάππας, Αντιπρόεδρος Ακαδημαϊκών Υποθέσεων του ΑΘΙΝΕΕ & Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Σαμ Χιούστον, ΗΠΑ.
4. Δρ. Παναγιώτης Πετράτος, Αντιπρόεδρος ICT του ΑΘΙΝΕΕ & Αναπληρωτής Καθηγητής, Πολιτειακό Πανεπιστήμιο Καλιφόρνιας (Στανισλάους), ΗΠΑ.
5. Δρ. Ζωή Μπουτσιώλη, Αναπληρωτής Υπεύθυνη (Deputy Head) της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ.
6. Δρ. Ανδρέας Σ. Στεργάκης, Ακαδημαϊκό Μέλος της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ & Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Ουάσιγκτον, ΗΠΑ.
7. Δρ. Στέφανος Α. Νάστης, Ακαδημαϊκό Μέλος της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ & Λέκτορας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
8. Δρ. Μελίνα Δριτσάκη, Ακαδημαϊκό Μέλος της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ & Ερευνητικός Συνεργάτης (Research Fellow), Πανεπιστήμιο Μπρουνέλ, ΗΒ.
9. Δρ. Δάφνη Χαλκιάς, Ακαδημαϊκό Μέλος της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ & Ερευνητικός Συνεργάτης (Research Associate), Πανεπιστήμιο Λόνγκ Αϊλαντ, ΗΠΑ.
10. Δρ. Μαρία Τσουρουφλή, Ακαδημαϊκό Μέλος της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ & Λέκτορας Ιατρικής Εκπαίδευσης, Πανεπιστήμιο Ανατολικής Αγγλίας, ΗΒ.
11. Απόστολος Τσιαχρίστας, Ακαδημαϊκό Μέλος της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ & Νέος Επιστημονικός Συνεργάτης (Junior Research Fellow), Ινστιτούτο Εκτίμησης Ιατρικής Τεχνολογίας, (Institute for Medical Technology Assessment), Πανεπιστήμιο Έρασμος, Ολλανδία.

Από τον Διευθυντή Έκδοσης

Το Αθηναϊκό Ινστιτούτο Εκπαίδευσης και Έρευνας (ΑΘΙΝΕΕ) ξεκινά μία προσπάθεια μεταφοράς επιστημονικών γνώσεων στα ελληνικά που, κυρίως, πραγματοποιούνται στην αγγλική γλώσσα. Το περιοδικό *Οικονομία & Υγεία* εξυπηρετεί αυτό το σκοπό. Κατά κύριο λόγο θα δημοσιεύονται επιστημονικά άρθρα που παρουσιάζονται στα διεθνή επιστημονικά συνέδρια του ΑΘΙΝΕΕ, συμπεριλαμβανομένου του ετήσιου συνεδρίου οικονομικών, διοίκησης και πολιτικής υγείας. Βέβαια, δεν αποκλείονται και άλλες δημοσιεύσεις. Στο παρόν τεύχος, και τα τρία επιστημονικά άρθρα παρουσιάστηκαν σε προηγούμενα συνέδρια του ΑΘΙΝΕΕ. Στην ενότητα των Βιβλιοπαρουσιάσεων, παρουσιάζεται μια αξιοσημείωτη μελέτη που δημοσιεύτηκε το 2011, υπό την επιμέλεια των Dina Balabanova, Martin McKee και Anne Mills, *Good Health at Low Cost 25 Years On: What Makes a Successful health System?* The London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2011. ISBN 9780902657847.

Το πρώτο Επιστημονικό Άρθρο ασχολείται με μια συγκεκριμένη πτυχή του κράτους πρόνοιας, στη Δανία που τα τελευταία 10 χρόνια έχει προχωρήσει σε μια σειρά σημαντικών μεταρρυθμίσεων, αυτή για τα παιδιά και τους εφήβους. Οι συγγραφείς του άρθρο Κάρεν Γουίστοφτ και Χόλγκερ Χοοζλούντ θέλουν να προσδιορίσουν τα οργανωτικά μέσα με τα οποία η προαγωγή της υγείας έχει ενσωματωθεί σε σχολεία και ιδρύματα ημερήσιας φροντίδας. Η βάση συζητήσεων είναι ένα έργο συλλογικής έρευνας που ονομάζεται «Παιδιά σε Κίνδυνο». Συνεντεύξεις με αντιπροσώπους από όλους τους δήμους και περιπτωσιολογικές μελέτες από επιλεγμένους δήμους πραγματοποιήθηκαν μέσα σε ένα κρίσιμο, ερμηνευτικό πλαίσιο που έχει τη δύναμη να καθιερώσει αξίες - εκφράζοντας τη γνώση για την υγεία βασισμένη στην εμπειρική έρευνα. Η εμπειρική έρευνα έχει διαιρεθεί σε τέσσερις ανεξάρτητες μελέτες, τρεις από τις οποίες χρησιμοποιούν βιβλιογραφικές επισκοπήσεις, ανάλυση πολιτικών υγείας, μεμονωμένες συνεντεύξεις, καθώς και Ομαδικά Εστιασμένες Συνέντευξεις (focus groups), ενώ μία από αυτές έχει βασιστεί μόνο σε μια έρευνα με βάση τη συνέντευξη. Η έρευνά μας επιβεβαίωσε την υπόθεση ότι οι δήμοι οργανώνουν την υγεία μέσω διαφορετικών ειδών δικτύων, καθώς και δικτύων φορέων, ενώ ενσωματώνουν συγχρόνως παραδοσιακά οργανισμούς δημόσιους και ιδιωτικούς, όπως είναι οι παιδικοί σταθμοί, τα σχολεία και οι λέσχες παιδιών και νεολαίας. Οι παραδοσιακοί φορείς διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη συνεργασία με νέους συμμετέχοντες στην υγεία, όπως τα κέντρα υγείας και τα διεπιστημονικά δίκτυα υγειονομικής περίθαλψης.

Το δεύτερο Επιστημονικό Άρθρο της Μάρτζι Ρεϊνάπ του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου του Ταλίν έχει ως σκοπό να να ποσοτικοποιήσει το οικονομικό κόστος, σε νομισματικούς όρους, που επωμίζεται η κοινωνία της Εσθονίας, και το οποίο προκαλείται από ορισμένους βασικούς παράγοντες κινδύνου για την

υγεία, οι οποίοι σχετίζονται με τον τρόπο ζωής, όπως η κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα, η έλλειψη φυσικής άσκησης, η χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών και η παχυσαρκία. Χρησιμοποιώντας εκτιμήσεις για κάθε έναν από τους προαναφερθέντες παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι συνδέονται με μια σειρά ασθενειών, καθώς και για τον βαθμό επικράτησης των επικίνδυνων συμπεριφορών και του τρόπου ζωής των Εσθονών πολιτών, γίνεται εκτίμηση του κόστους θεραπείας αυτών των ασθενειών και της εν δυνάμει απωλεσθείσας παραγωγικότητας που αποδίδεται στους συγκεκριμένους παράγοντες κινδύνους για την υγεία. Η εκτίμηση των οικονομικών συνεπειών που προκαλούνται εξαιτίας των παραγόντων κινδύνων για την υγεία βασίζεται στην εκτίμηση του δείκτη επιπολασμού βάσει της μεθόδου του Κόστους της Ασθνένειας (Cost-of-Illness). Η εκτίμηση του κόστους πραγματοποιείται με βάση την κοινωνική διάσταση της ασθένειας και εκφράζεται με νομισματικούς όρους. Το έτος βάσης για όλους τους υπολογισμούς του κόστους ήταν το 2006. Βρέθηκε ότι ο μη υγιεινός τρόπος ζωής προκαλεί σημαντικές οικονομικές επιπτώσεις στην Εσθονία. Τα ευρήματα της μελέτης επιβεβαιώνουν το σημαντικό κόστος ευκαιρίας του ανθυγιεινού τρόπου ζωής, παρόλο που δεν συνυπολογίζονται όλοι οι παράγοντες του κόστους. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν σημαντικές δυνατότητες εξοικονόμησης, μέσω της βελτίωσης του τρόπου ζωής του πληθυσμού. Οι τρεις κυριότεροι κίνδυνοι για την υγεία στους οποίους θα πρέπει να επικεντρωθούν όλες οι προσπάθειες των διαμορφωτών της πολιτικής για αποκλιμάκωση των επιπτώσεων τόσο στην οικονομία όσο και στην κοινωνία είναι το αλκοόλ, το κάπνισμα και η σωματική άσκηση.

Το τρίτο Επιστημονικό Άρθρο παρουσιάζει τις ανισότητες στον τομέα της υγείας στην Ινδία. Οι ανισότητες περιγράφονται σε τρία διαφορετικά επίπεδα: την κατανομή των πόρων, την πρόσβαση των πολιτών στις υγειονομικές υπηρεσίες και την χρηματοδότηση. Ως συμπέρασμα προκύπτει ότι, στην Ινδία παρατηρούνται ανισότητες λόγω φύλου, οικονομικής και κοινωνικής θέσης, καθώς και ανισότητες στον τρόπο διάθεσης των υγειονομικών πόρων. Επίσης, υπάρχουν διαφορές σε ό,τι αφορά την πρόσβαση των Ινδών πολιτών στις υπηρεσίες υγείας. Οι απλές αναφορές των κυβερνητικών παραγόντων στην ανάγκη εξασφάλισης της ίσης πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας δεν δύναται να εξασφαλίσει τη δίκαιη κατανομή των πόρων. Για να εξαλειφθούν οι κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες, θα πρέπει να ενισχυθεί το σύστημα υγείας στις αγροτικές περιοχές. Σε πολλές περιπτώσεις οι γιατροί δεν επιθυμούν να εργαστούν σε αγροτικές περιοχές παρά τα κίνητρα που δίνονται. Αυτό μπορεί να διορθωθεί μόνο με βελτίωση της οδικής συνδεσιμότητας, της ασφάλειας και των ευκαιριών εργασίας στον αγροτικό τομέα.

Γρηγόρης Θ. Παπανίκος

Τουρισμός και Υγεία

Η Ελλάδα θέλει ντόπιες και ξένες επενδύσεις, ιδιωτικές και δημόσιες, με ή χωρίς συνεργασία. Ένας κλάδος που φαίνεται να έχει ένα διεθνές συγκριτικό (ανταγωνιστικό) πλεονέκτημα είναι ο τουρισμός. Η Ελλάδα αποτελεί πόλο έλξης για πολλούς λόγους, κυρίως όμως λόγω της ιστορίας της και της γεωγραφίας της. Τουρίστες έρχονται, λεφτά δεν αφήνουν. Ή ακριβέστερα αφήνουν όλο και λιγότερο. Η τουριστική πολιτική αναζητά τρόπους μεγιστοποίησης των εσόδων από τον τουρισμό και ένας τρόπος είναι η παροχή υπηρεσιών που απευθύνονται σε συγκεκριμένα τμήματα της διεθνούς αγοράς. Ένα τέτοιο τμήμα αποτελεί ο τουρισμός υγείας ή/και ιατρικός-θεραπευτικός τουρισμός. Κάθε εξειδικευμένη τουριστική υπηρεσία (θρησκευτικό τουρισμό, αθλητικό τουρισμό, συνεδριακό τουρισμό, πολιτιστικό τουρισμό, γευσιγνωστικό τουρισμό, κ.λπ) βοηθά στην άντληση περισσοτέρων εσόδων ανά τουρίστα, καθώς και στην επιμήκυνση της τουριστικής περιόδου σε περιπτώσεις χωρών, όπως η Ελλάδα, που ο τουρισμός τους είναι έντονα εποχικός.

Η έννοια της σχέσης τουρισμού και υγείας είναι διττή. Ή καλύτερα η αγορά αυτή χωρίζεται σε δύο υποκατηγορίες: η τουρισμός υγείας για υγιείς ανθρώπους και ο τουρισμός υγείας για άτομα που χρειάζονται ιατρική και νοσηλευτική παρακολούθηση.

Ο ιατρικός τουρισμός και ο τουρισμός υγείας είναι ο κλάδος που απαιτεί δημόσιες (ξένες και ελληνικές) και ιδιωτικές (ξένες και ελληνικές) επενδύσεις. Οι ελληνικές δημόσιες επενδύσεις χρειάζονται για τα έργα υποδομής που απαιτούνται για την ανάπτυξη όλων των εξειδικευμένων μορφών τουρισμού. Οι ξένες δημόσιες επενδύσεις μπορούν να μεταφέρουν χρήσιμη τεχνογνωσία και μπορούν να γίνουν μόνο με διακρατικές συμφωνίες, π.χ. μεταξύ της Γερμανικής και Ελληνικής κυβέρνησης. Οι ιδιωτικές θα ακολουθήσουν, αλλά να μην έχουμε και μεγάλες ελπίδες στις ιδιωτικές ξένες επενδύσεις διότι δεν θα έλθουν, τουλάχιστον στο βαθμό που μερικοί αναμένουν. Το καλύτερο σενάριο είναι να έρθουν έλληνες του εξωτερικού, όπως οι ελληνοαμερικανικοί που, λόγω και του συναισθηματικού παράγοντα, μπορούν να παρακινήσουν κάποιες ξένες επενδύσεις στην Ελλάδα. Από άλλους να μην περιμένουμε.

Γιατί, όμως, είναι σημαντικές οι ξένες, δημόσιες και ιδιωτικές, επενδύσεις, ακόμη και αυτές που παρελκύονται από συναισθηματικούς λόγους; Ένας λόγος αναφέρθηκε ήδη. Η μεταφορά τεχνογνωσίας είναι πολύ σημαντικός παράγοντας και αυτό δεν αφορά μόνο την έννοια της καινοτομίας ως μιας έκφανσης ανακάλυψης νέων τεχνολογιών. Καινοτομία αποτελεί και η εφαρμογή ενός νέου θεσμικού πλαισίου που θα θέτει τους κανόνες λειτουργίας της αγοράς του τουρισμού υγείας. Το πλαίσιο αυτό υπάρχει, αλλά η μεταφορά και η εφαρμογή του στην Ελλάδα δεν είναι εύκολη υπόθεση. Η δυσκολία έγκειται στην διαφθορά και στην ανικανότητα. Για λόγους που δεν χρειάζεται να εξετάσουμε εδώ, η ευρωπαϊκή πρωτιά της ελληνικής διαφθοράς ανθίζει ιδιαίτερα στον χώρο της υγείας. Αυτό δημιουργεί εντύπωση στα μέσα μαζικής

ενημέρωσης και σωστά, αλλά δεν είναι το πιο σοβαρό πρόβλημα. Το πιο σοβαρό είναι η ανικανότητα και ιδιαιτέρως η απροθυμία δημόσιων λειτουργών να εξυπηρετήσουν και να διευκολύνουν οποιαδήποτε ιδιωτική επένδυση επιχειρηθεί από την Ελλάδα ή από το εξωτερικό. Αυτό το εμπόδιο στην προσέλκυση ξένων επενδύσεων δεν μπορεί να λυθεί εκ των έσω. Απαιτείται μία «επαναστατική» λύση. Απαιτείται η άμεση η αφαίρεση της «εθνικής κυριαρχίας» από τους επίορκους και ανίκανους Έλληνες και η εκχώρησή της σε κάποια άλλη χώρα, π.χ. Γερμανία. Για παράδειγμα, με ένα άρθρο ενός νόμου η βουλή εκχωρεί την «εθνική της κυριαρχία» στον χώρο των επενδύσεων του ιατρικού τουρισμού και του τουρισμού υγείας στην Γερμανία. Θα ισχύει το Γερμανικό δίκαιο και θεσμικό πλαίσιο. Η Γερμανία θα είναι υπεύθυνη για τον έλεγχο της εφαρμογής του νόμου της στην Ελληνική επικράτεια σε ό,τι αφορά τις μονάδες παροχής τουρισμού υγείας και ιατρικού τουρισμού. Η μεγαλύτερη «εθνική» επιτυχία της πρώτης δεκαετίας του παρόντος αιώνα ήταν στον τομέα του αθλητισμού: η κατάκτηση του Ευρωπαϊκού Τροπαίου Εθνικών Ομάδων ποδοσφαίρου. Γερμανός ήταν το αφεντικό. Η ΕΠΟ παραχώρηση εθνική κυριαρχία σε έναν Γερμανό. Κάτι ανάλογο μπορούμε να κάνουμε και στον τομέα του ιατρικού τουρισμού.

Ο δεύτερος λόγος για την εκχώρηση εθνικής κυριαρχίας είναι ότι αυτές οι μονάδες που θα κτίσουν και θα δουλέψουν οι ξένοι στην Ελλάδα θα εξυπηρετήσουν ξένους πελάτες. Η τεχνογνωσία είναι σημαντική, αλλά πιο σημαντική είναι η διασφάλιση της πελατείας. Οι ξένοι επενδυτές, συνήθως, έχουν διασφαλίσει την πελατεία τους είτε δημόσια (π.χ. συνεργασίες με δημόσια ασφαλιστικά ταμεία της αλλοδαπής) είτε ιδιωτική (π.χ. μεμονωμένους πελάτες κυρίως για τον τουρισμό υγείας). Το κόστος πώλησης τέτοιων υπηρεσιών είναι τεράστιο. Γι' αυτό το λόγο ενισχύεται περαιτέρω η άποψη της εκχώρησης εθνικής κυριαρχίας. Είναι ο μόνος τρόπος για να έχουμε μία πολιτική που θα μας κάνει εθνικά υπερήφανους.

Αξίζει να αναφερθεί ένα παράδειγμα. Η ανάπτυξη του τουρισμού «all inclusive», ή αλλιώς τα λεγόμενα «βραχιολάκια» δεν αναπτύχθηκε τυχαίως. Έφερναν τους καλούς τους πελάτες οι μεγάλοι οργανωτές ταξιδιών, όπως η TUI και όταν έβγαιναν έξω από το ξενοδοχείο για φαγητό, διασκέδαση και αγορές οι εθνικά υπερήφανοι έλληνες μικρομαγαζάτορες δεν έκλεβαν μόνο το ΦΠΑ αλλά και τους τουρίστες, με κάθε τρόπο που μπορεί να φανταστεί κανείς. Τώρα διαμαρτύρονται γιατί οι τουρίστες κάθονται μέσα στο ξενοδοχείο αφού είναι όλα δωρεάν και δεν βγαίνουν έξω για να τους κλέψουν αυτοί οι γνήσιοι έλληνες πατριώτες. Αλλοίμονο αν γίνει αυτό στον ιατρικό τουρισμό.

Ο τουριστικός κλάδος της υγείας έχει μεγάλα περιθώρια ανάπτυξης αρκεί να μην αποτελέσει θύμα της παραδοσιακής πλέον ελληνικής φιλοξενίας απατεώνων και μιζαδόρων. Κανείς σοβαρός δεν θα έρθει ως επενδυτής ή ως πελάτης αν δεν λυθεί αυτό το πρόβλημα. Και ο μόνος τρόπος να λυθεί είναι η παραχώρηση «εθνικής κυριαρχίας».

Γρηγόρης Θ. Παπανίκος

Ενεργοί Σύνδεσμοι: Η Σημασία του Συνδυασμού Προοπτικών στις Στρατηγικές των Δήμων με Στόχο την Υγεία των Παιδιών και των Εφήβων

Κάρεν Γουίστοφτ, Πανεπιστήμιο του Άρχους, Δανία
Χόλγκερ Χοοζλούντ, Πανεπιστήμιο Διοίκησης Επιχειρήσεων της Κοπεγχάγης, Δανία

Εισαγωγή

Το κράτος Πρόνοιας της Δανίας αλλάζει. Τουλάχιστον δώδεκα κυβερνητικές μεταρρυθμίσεις έχουν προωθηθεί και εφαρμοστεί σε χρονικό διάστημα λιγότερο από μια δεκαετία. Η κατάσταση αυτή έχει κάνει τους ερευνητές να μιλούν για επανίδρυση του δημόσιου τομέα στη Δανία (Pedersen et al. 2008). Πολλές από αυτές τις αλλαγές έχουν πραγματοποιηθεί στους δήμους. Η «διαρθρωτική μεταρρύθμιση» αποφασίστηκε το 2004, και σκόπευε στη μείωση του αριθμού των δήμων από 271 σε 98 μεγάλους δήμους (Ministry for Interior and Health 2004). Το 2005, ξεκίνησε η μεταρρύθμιση στην υγεία σύμφωνα με την οποία οι δήμοι έγιναν οι κεντρικές μονάδες στο εθνικό (αν και τοπικά οργανωμένο) πρόγραμμα υγείας το οποίο βασίστηκε στην προαγωγή και την πρόληψη της υγείας (Ministry for Interior and Health 2002, 2005). Οι δήμοι και οι κοινότητες πήραν την ευθύνη για συγκεκριμένα προγράμματα αποκατάστασης και θεραπείας.

Αλλά, ως μέρος της μεταρρύθμισης, έχουν υπαχθεί στους δήμους πιο γενικές δραστηριότητες προώθησης της υγείας απευθυνόμενες προς στους πολίτες, κυρίως δραστηριότητες προαγωγής της υγείας μεταξύ παιδιών, ενηλίκων και ηλικιωμένων. Εξετάζοντας αυτή τη μεταρρύθμιση, είναι πολύ ενδιαφέρον το γεγονός ότι οι προσδοκίες των δήμων διατηρούνται σε αρκετά ασαφής όρους προκειμένου να τους επιτρέψουν να αποφασίζουν από μόνοι τους πώς θα οργανώσουν τις δραστηριότητες. Οι πολιτικές ιδέες της μεταρρύθμισης είναι αρκετές. Μία ιδέα είναι η θέσπιση προαγωγής της υγείας σε τοπικό, δια-πολιτικό επίπεδο, η οποία να στηρίζεται σε δραστηριότητες συγκεκριμένου πλαισίου και σε κοινοτικό επίπεδο. Οι τοπικά διαμορφωμένες στρατηγικές για την υγεία έχουν πάρει διαφορετικές μορφές. Πρόσφατες μελέτες (National Institute for People's Health 2007, National Board of Health 2008) έχουν δείξει ότι σχεδόν όλοι οι δήμοι έχουν διατυπώσει πολιτικές στρατηγικές για την υγεία, όπως προτάθηκε από τις κρατικές υπηρεσίες (National Board of Health 2006) και τον οργανισμό τοπικών συμφερόντων (National Association of Local Authorities 2006). Ο τρόπος με τον οποίο οι δήμοι έχουν εφαρμόσει τις νέες πολιτικές δεν έχει ακόμη μελετηθεί λεπτομερώς.

Στο άρθρο αυτό θα εστιάσουμε σε μια συγκεκριμένη πτυχή τους κράτους πρόνοιας, αυτή για τα παιδιά και τους εφήβους. Θέλουμε να προσδιορίσουμε τα οργανωτικά μέσα με τα οποία η προαγωγή της υγείας έχει ενσωματωθεί σε σχολεία και ιδρύματα ημερήσιας φροντίδας, όπου παραδοσιακά το κεντρικό μέλημά τους είναι άλλα καθήκοντα και υποχρεώσεις. Η βάση συζητήσεων είναι ένα έργο συλλογικής έρευνας που ονομάζεται «Παιδιά σε Κίνδυνο» (Wistoft et al. 2007) και καλύπτει τέσσερις επιμέρους μελέτες. Ο γενικός στόχος των μελετών αυτών ήταν να

αξιολογηθούν και να συγκριθούν οι διοικητικές και παιδαγωγικο-μεσολαβητικές τάσεις στις στρατηγικές προαγωγής της υγείας[1].

Ο συνδυασμός της διοικητικής και υγειονομικο-παιδαγωγικής εστίασης διαφέρει από τις παραδοσιακές προσεγγίσεις στην έρευνα για την προαγωγή της υγείας (Young 2005). Στο πρόγραμμα «Παιδιά σε Κίνδυνο» επικεντρωθήκαμε στην αλληλεπίδραση μεταξύ του πολιτικο-διοικητικού και του εκπαιδευτικο-επαγγελματικού επιπέδου. Ο στόχος ήταν να συγκριθούν οι πολιτικές λύσεις και οι μεσολαβητικές στρατηγικές, εξετάζοντας αν η τοπική οργάνωση πρόληψης και οι προσπάθειες προαγωγής της υγείας είναι α) προσανατολισμένες στους υφιστάμενους κινδύνους (Douglas 1994, Lauritzen & Sachs 2001, Lupton 1999, Petersen 1998), β) βασισμένες στη δικτύωση (Teubner 1994, Torfing & Marcussen 2007, la Cour & Højlund 2008, Højlund 2009) και γ) προσανατολισμένες στην αξία και στη μάθηση (Jensen & Simovska 2005, Kruse & Wistoft 2008).

Μεθοδολογία

Το πρόγραμμα «Παιδιά σε Κίνδυνο» βασίζεται σε μια έρευνα και σε συγκριτικές περιπτωσιολογικές μελέτες (Teddlie & Tashakkori 2003). Συνεντεύξεις με αντιπροσώπους από όλους τους δήμους και περιπτωσιολογικές μελέτες από επιλεγμένους δήμους πραγματοποιήθηκαν μέσα σε ένα κρίσιμο, ερμηνευτικό πλαίσιο που έχει τη δύναμη να καθιερώσει αξίες -εκφράζοντας τη γνώση για την υγεία βασισμένη στην εμπειρική έρευνα (Denzin et al. 2006).

Η εμπειρική έρευνα έχει διαιρεθεί σε τέσσερις ανεξάρτητες μελέτες, τρεις από τις οποίες χρησιμοποιούν βιβλιογραφικές επισκοπήσεις, ανάλυση πολιτικών υγείας, μεμονωμένες συνεντεύξεις, καθώς και Ομαδικά Εστιασμένες Συνέντευξεις (focus groups), ενώ μία από αυτές έχει βασιστεί μόνο σε μια έρευνα με βάση τη συνέντευξη.

Η πρώτη μελέτη συγκρίνει τις στρατηγικές υγείας όσον αφορά τα παιδιά και τους νέους σε τέσσερις επιλεγμένους δήμους βάσει των εργαλείων πολιτικής, των οργανωτικών διαγραμμάτων και των συνεντεύξεων με τους διευθυντές του δημόσιου τομέα. Σε αυτήν την συγκριτική περιπτωσιολογική μελέτη, διερευνώνται τέσσερα διοικητικά πρότυπα. Το εμπειρικό υλικό έχει ληφθεί μέσω των συνεντεύξεων ομάδων εστίασης και μέσω της ανάγνωσης διαφόρων γραπτών πηγών (Højlund & Wistoft 2009).

Μια δεύτερη μελέτη είναι βασισμένη στις τηλεφωνικές συνεντεύξεις με διευθυντές υγείας, διοικητές και τους κύριους συντονιστές προαγωγής υγείας όσον αφορά τα παιδιά και τους εφήβους σε 72 από 98 δήμους, στη Δανία. Τα θέματα των συνεντεύξεων αντλούνται από ένα τυποποιημένο ερωτηματολόγιο με ομάδες ερωτήσεων σχετικά με τα ακόλουθα θέματα:

- Πού τοποθετούνται η προαγωγή της υγείας και η πρόληψη ασθενειών σε ένα δημοτικό οργανισμό;
- Σε τι βαθμό οργανώνονται οι προσπάθειες για τα παιδιά και τους εφήβους ως συνεργασίες και δίκτυα με εξωτερικούς φορείς;
- Τι είδους παιδαγωγικές προσεγγίσεις, όσον αφορά την προαγωγή της υγείας υιοθετούνται από συγκεκριμένα προγράμματα;

---

[1] Το πρόγραμμα «Παιδιά σε Κίνδυνο» χρηματοδοτήθηκε από το Εθνικό Συμβούλιο Έρευνας της Δανίας και πήραν μέρος ερευνητές από τα τμήματα Διοίκησης, Πολιτικών Σπουδών και Φιλοσοφίας του Πανεπιστημίου Διοίκησης Επιχειρήσεων της Κοπεγχάγης και το Τμήμα Παιδαγωγικών Σπουδών, Πανεπιστήμιο του Άρχους, Δανία κατά τη διάρκεια της περιόδου 1/9/2007– 31/12/2009.

Μέσω των συνεντεύξεων, η γνώση έχει παραχθεί σύμφωνα με τις αρχικές προσπάθειες των δήμων να ενσωματωθούν οι στόχοι της πρόληψης και της προαγωγής της υγείας μεταξύ των παιδιών και των εφήβων (Højlund et al. 2009).

Μια τρίτη μελέτη πραγματοποιήθηκε σε συνεργασία με το Ίδρυμα για την Καρδιά, της Δανίας (Wistoft et al. 2008). Η μελέτη διεξήγαγε συνεντεύξεις ομάδων εστίασης με συνολικά 108 μαθητές ηλικίας 13-14, από 18 διαφορετικές σχολικές τάξεις σε ολόκληρη τη χώρα. Οι μαθητές ρωτήθηκαν για τις απόψεις τους σχετικά με την υγεία και τη συμμετοχή τους στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας. Η προοπτική αυτή επανέφερε τόσο την ανθρωπολογική μεθοδολογία που εστιάζει στα παιδιά ως πληροφοριοδότες (Kampmann 1998) όσο και τη θεωρητική προσέγγιση συστημάτων που εστιάζει στη γνώση (Qvotrup 2004). Η μελέτη αποτυπώνει τη γνώση των εφήβων σε σχέση με διάφορα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν (Wistoft 2010).

Μια τέταρτη και τελευταία περιπτωσιολογική μελέτη συγκρίνει τα προγράμματα παρέμβασης και τις μεσολαβητικές στρατηγικές σε πέντε δήμους. Επιλέχθηκαν δήμοι που ποικίλουν σε μέγεθος και σε γεωγραφική θέση με βάση τα κριτήρια επιλογής. Επιπλέον, ένα κριτήριο είναι ότι, αντιπροσωπεύονται διαφορετικές προσεγγίσεις όσον αφορά την εκπαίδευση σε θέματα υγείας. Οι συγκρίσεις βασίζονται σε διάφορα εργαλεία πολιτικής, προγράμματα, σχέδια και σε συνεντεύξεις ομάδων εστίασης επαγγελματιών υγείας και συνολικά 36 πληροφοριοδότες. Ορισμένοι εκ των αντικειμένων συνέντευξης ήταν οι δημοτικοί διευθυντές, οι οποίοι έχουν διαφορετικά επίπεδα ευθύνης για την υγεία των παιδιών και των εφήβων, καθώς και οι επαγγελματίες υγείας ή οι εκπαιδευτικοί υγείας που έχουν την καθημερινή ευθύνη για τις δραστηριότητες πρόληψης και προαγωγής της υγείας που απευθύνονται στα παιδιά και τους εφήβους (Wistoft et al. 2009).

Θεωρητικό Υπόβαθρο

Το πρόγραμμα «Παιδιά σε Κίνδυνο» καθοδηγείται από τρεις διαφορετικές προσεγγίσεις. Πρώτον, από την οπτική γωνία της πολιτικής, η οργάνωση της προαγωγής της υγείας για τα παιδιά και τους εφήβους αποτελεί ένα συγκεκριμένο τύπο δικτύου πολιτικής (Andersen 2008a, Pierre & Peters 2000, Torfing & Marcussen 2007) και έναν ειδικού τύπου σύνθετης οργάνωσης (Højlund 2004, 2009) τα οποία συνδυασμένα με τη «διαχείριση κινδύνου» (Lindbladh & Lyttkens 2003, Power 2004) αποτελούν τη δημόσια διοίκηση.

Δεύτερον εικάζεται ότι συγκεκριμένη σημασιολογία, όπως έννοιες, νοήματα και αξίες (Andersen 2003, 2008b, Luhmann 1995, 1998), υιοθετούνται στο λόγο και στο τρόπο με τον οποίο παιδιά και έφηβοι εκφράζονται για την υγεία.

Τρίτον, το σύνολο των υποθέσεων που προέρχονται από την υπάρχουσα βιβλιογραφία για το ρόλο και τη συμμετοχή είναι καθοριστικής σημασίας διότι εστιάζουν στους ρόλους που δίνονται στα παιδιά και τους εφήβους μέσω των συγκεκριμένων πρωτοβουλιών στο σχολείο, καθώς και κατά τη διάρκεια του ελεύθερου χρόνου (Hart 1997, Jensen 2000, 2004, Jensen & Simovska 2005). Η ένταξη των παιδιών και των εφήβων θεωρείται ότι σχετίζεται με τις συνθήκες και τον τρόπο ζωής τους, καθώς και την ιδέα «της καλής ζωής». Επιπλέον, υιοθετείται, μια κύρια προοπτική αξιών, αφήνοντας τις αναλύσεις ανοικτές στον τύπο της γνώσης, τις αξίες και τους κανόνες που τίθενται στο παιχνίδι μέσω των προσπαθειών των δήμων για βελτίωση της υγείας στα παιδιά και τους εφήβους. Αυτή η προσέγγιση συνδέει τη θεωρητική διάσταση (θεωρία των συστημάτων) (Luhmann & Schoor 2000, Qvortrup 2004) με την εκπαίδευση και με την προσανατολισμένη προς τη συμμετοχή προοπτική (Hart 1997), καθώς επίσης και μια έννοια της υγείας που περιλαμβάνει τις

αξίες από την καθημερινή ζωή των παιδιών (Jensen & Jensen, 2005). Η βασιζόμενη σε αξίες συνεργασία μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών και η αλληλεπίδραση των αντανακλώμενων αξιών μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των παιδιών/εφήβων χρησιμεύει ως ένα επαναλαμβανόμενο σημείο εστίασης (Kruse & Wistoft 2008, Wistoft, 2009b).

Εμπειρικά Συμπεράσματα

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, έρευνες έχουν δείξει ότι οι περισσότεροι δήμοι της Δανίας έχουν μετατρέψει την πρόληψη και προαγωγή της υγείας σε στρατηγικό τομέα ευθυγραμμίζοντας με αυτόν τον τρόπο τις στρατηγικές αυτές με μια σειρά άλλων πολιτικών υγείας. Σε ό,τι αφορά αυτό το αποτέλεσμα πολιτικής, ένα πρώτο σημαντικό συμπέρασμα στη μελέτη μας είναι ότι οι δήμοι έχουν αναπτύξει τις υποστηρικτικές οργανωτικές δια-τμηματικές δομές, όπως τα δίκτυα και τα κέντρα.

Δίκτυα

Κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων διάφοροι δήμοι αναφέρθηκαν σε προγράμματα που σχετίζονται με ένα αποκαλούμενο Δίκτυο Υγείας της Πόλης. Αυτό το δίκτυο έχει δημιουργηθεί μέσω κυβερνητικής χρηματοδότησης, οργανώθηκε σε περιφερειακό πλαίσιο και τα προγράμματά του εφαρμόστηκαν σε τοπικό επίπεδο. Εξετάζοντας το δίκτυο αυτό, τρία επίπεδα πολιτικής είναι ενεργά σε αυτόν τον σχηματισμό, με το τοπικό επίπεδο να είναι το πιο σημαντικό. Ένας διοικητικός διευθυντής για τα προγράμματα υγείας σε έναν δήμο αναφέρει:

> «Στο Δίκτυο Υγείας της Πόλης εμείς οι ίδιοι δημιουργούμε τα προγράμματα που θα εφαρμόσουμε. Αλλά συγχρόνως είμαστε σε στενή επαφή με τους άλλους δήμους στο δίκτυο. Αυτό μας επιτρέπει να συγκρίνουμε τις ιδέες μας με τις ιδές των άλλων» (Wistoft & Højlund 2009).

Ένας υπεύθυνος προγράμματος από έναν άλλο δήμο αναφέρεται στη συνεργασία μεταξύ των συμμετεχόντων στα προγράμματα του Δικτύου Υγείας της Πόλης:

> «Στρεφόμαστε προς την ηγεσία προκειμένου να καταβληθούν όλες οι προσπάθειες. Ξεπερνάμε τους παραδοσιακούς διαχωρισμούς και επωφελούμαστε ο ένας από τον άλλο» (Wistoft & Højlund 2009).

Ένας υπεύθυνος από μια διοικητική μονάδα για τα παιδιά και τους εφήβους δήλωσε (Wistoft & Højlund 2009):

> «Ακόμη και αν η πρωτοβουλία του Δικτύου Υγείας της Πόλης ξεκινούσε από την κορυφή της διοικητικής ιεραρχίας, δεν θα είχαμε καμία δυσκολία να ακολουθούμε τις διαταγές, δεδομένου ότι είμαστε οι άνθρωποι που πραγματοποιούν τις πρωτοβουλίες και καθιστούν ασφαλή την πραγματική συνεργασία».

Οι τρεις παραπάνω δηλώσεις μας πληροφορούν για τους τρόπους που οργανώνονται τα δίκτυα στους δήμους. Από τις εμπειρίες που αποκομίσαμε μέσα από τις συνεντεύξεις, διαπιστώσαμε ότι τα δίκτυα οργανώνονται πάρα πολύ μέσω του προγράμματος και των δραστηριοτήτων που εφαρμόζονται. Η συνεργασία γίνεται ουσιαστικά κατανοητή ως κοινή μεσολάβηση.

Οι δράσεις προώθησης και προαγωγής της υγείας στους δήμους πραγματοποιούνται μέσω των κέντρων υγείας. Σε πολλούς δήμους τα τοπικά κέντρα υγείας αποτελούν τον κορμό για όλες αυτές τις δραστηριότητες, που τελικά στοχεύουν στους πολίτες. Δύο υπάλληλοι σε ένα κέντρο υγείας εξηγούν:

> «Και οι πολίτες δεν χρειάζεται να πάνε στον γενικό ιατρό ή τον κοινωνικό λειτουργό τους. Επιτρέπεται να μας πλησιάσουν με τη θέλησή τους. Είναι εύκολο. Απλά μπείτε στο κτήριο» (Wistoft & Højlund 2009).

Μια περίπτωση από το δεύτερο μεγαλύτερο δήμο στη Δανία μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν παράδειγμα για να διευκρινίσει το παραπάνω. Εδώ έχει ιδρυθεί ένα κέντρο γνώσης για την υγεία των παιδιών. Η λογική είναι διαφορετική από το προαναφερθέν κέντρο δεδομένου ότι το συγκεκριμένο κέντρο δεν είναι οργανωμένο ώστε να υπάρχει άμεση επαφή με τους πολίτες. Το κέντρο αυτό στοχεύει σε μια εσωτερική σύνδεση με τις οργανωτικές υπηρεσίες του δήμου. Στο κέντρο απασχολούνται 14 γενικοί ιατροί ή παιδίατροι, δύο ανθρωπολόγοι, τρεις ψυχολόγοι και τέσσερις παιδαγωγικοί σύμβουλοι, οι οποίοι εργάζονται μαζί ο ένας με τον άλλο. Από διαφορετικές επαγγελματικές θέσεις εργάζονται όλοι μαζί στο σχηματισμό διατμηματικών πρωτοβουλιών και προγραμμάτων. Ο προϊστάμενος και συντονιστής του κέντρου εξηγεί:

> «Μεγάλες διεπιστημονικές και διοικητικές συνέργειες παράγονται όταν δουλεύουμε όλοι μαζί. Γιατί; Επειδή αναπτύσσονται σημαντικές προσωπικές επαφές. Είμαστε πολυποίκιλη ομάδα και αυτό είναι μεγάλο πλεονέκτημα. Και έχουμε επίσης, πολύ πρακτική τεχνογνωσία. Είναι ένα ενδιαφέρον περιβάλλον» (Wistoft & Højlund 2009).

Ένα άλλο εύρημα από τη δημιουργία των δικτύων είναι ότι οι δήμοι οργανώνουν συνήθως όλες τις δραστηριότητές τους σε προγράμματα από το κατώτερο στο ανώτερο επίπεδο, σε επίπεδο δικτύων. Και οι συνεντεύξεις μας, αλλά και οι μελέτες περιπτώσεων από τους δήμους δείχνουν ότι τα προγράμματα προαγωγής υγείας οργανώνονται ως διεπιστημονικά προγράμματα που θεμελιώνονται σε διάφορα ιδρύματα. Αρκετά από αυτά περιλαμβάνουν επίσης συμβαλλόμενα μέρη που δεν εργάζονται για το δήμο (Højlund 2010).

Στρατηγικές Διπλής Όψης

Σε σχέση με τη πρόληψη και την προαγωγή της υγείας που στοχεύει στα παιδιά και τους εφήβους, ένα συμπέρασμα από την παρούσα μελέτη είναι ότι οι στρατηγικές των δήμων αποδεικνύονται να είναι διπλής όψεως. Αφενός οι άνθρωποι που συμμετέχουν στα προγράμματα εκφράζουν μια επιθυμία να εργαστούν λόγω ευρύτερων παιδαγωγικών αρχών, αφετέρου αντιλαμβάνονται και τη σημασία να λειτουργούν σε μια στενότερη βάση επαγγελματιών της υγείας σε σταθερά θεμέλια στρατηγικών στόχων όπως ορίζονται από το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας της Δανίας. Σε αυτό το πλαίσιο, είναι σημαντική η διαπίστωση ότι υπάρχουν προφανείς συνδέσεις μεταξύ των θεμάτων στα οποία δίνουν έμφαση οι δήμοι μέσω των υλοποιούμενων προγραμμάτων τους και των προτάσεων του Εθνικού Συμβούλιου Υγείας της Δανίας (2006). Τα ακόλουθα αποσπάσματα αποδεικνύουν την έμφαση που δίνεται σε θέματα ευημερίας, καθώς και σε συγκεκριμένους παράγοντες τρόπου ζωής: διατροφή, κάπνισμα, αλκοόλ και άσκηση (ή αλλιώς οι προυποθέσεις KRAM, όπως λέγονται στη Δανία):

«Κατά γενική ομολογία καταλαβαίνουμε την υγεία σε ευρύτερους όρους, και υποτίθεται ότι είναι η ποιότητα ζωής, αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι ξεχνάμε το KRAM. Βλέπετε, το KRAM είναι αυτό με το οποίο ανατραφήκαμε» (αναφορά μιας νοσοκόμας, στους Wistoft & Højlund 2009).

«Πρώτα απ' όλα είναι για το καλό τους [των παιδιών] και την αυτοπεποίθησή τους. Το σημείο αναφοράς μας δεν είναι εάν έχασαν 10 κιλά ή όχι. Αντιθέτως, κρίνουμε την επιτυχία από την αίσθηση ότι έρχονται εδώ και ακμάζουν και αυτό φαίνεται όταν στέκονται με τον κορμό τους ίσιο» (αναφορά δασκάλου, στους Wistoft & Højlund 2009).

«Πραγματικά, βλέπεις πως ένα μεγάλο μέρος των επαγγελματιών δίνει έμφαση στα λάθη που μπορεί να συμβούν. Και σκέφτομαι ότι πρέπει να είστε πολύ προσεκτικοί για να μην καταλήξετε ως κάποιου είδους «σωτήρας». Κάθε τρίτο παιδί στην έκτη αισθάνεται απομονωμένο από την τάξη. Αυτό είναι πολύ πιο ανησυχητικό από πολλά άλλα πράγματα. Οπότε μη μας λέτε για 60 λεπτά άσκησης την ημέρα» (αναφορά εκπαιδευτή υγείας, στους Wistoft & Højlund 2009).

Με άλλα λόγια, ο διπλής όψεως προσανατολισμός πολλών προγραμμάτων, εμφανίζεται επειδή οι δήμοι, αφενός ακολουθούν στενά τους προκαθορισμένους παράγοντες των ασθενειών του τρόπου ζωής (διατροφή, κάπνισμα, αλκοόλ και άσκηση) ενώ, αφετέρου οργανώνουν τα προγράμματά τους από μια ευρύτερη διάσταση, π.χ., όταν πρόκειται για τη συμμετοχή των παιδιών και των εφήβων. Οι επαγγελματίες υγείας, λένε σχεδόν σε όλες τις κοινότητες, ότι λαμβάνουν υπόψη τις εθνικές κατευθύνσεις γύρω από αυτά τα θέματα. Συγχρόνως, πολλοί επαγγελματίες υποστηρίζουν ότι τα προγράμματά τους είναι βασισμένα σε μια ευρεία έννοια της υγείας. Προφανώς, οι δήμοι προσπαθούν να δουλέψουν συστηματικά σε συγκεκριμένες περιοχές της υγείας ενός ατόμου, σύμφωνα πάντα με τις εθνικές διαπιστώσεις για τους κινδύνους υγείας. Ταυτόχρονα, η συμμετοχή των δήμων σε αυτά τα προγράμματα φανερώνει την ανάγκη επίτευξης πιο γενικών και εκπαιδευτικών στόχων για την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας.

Η ερώτηση είναι: Είναι η στενή και αρνητική έννοια της υγείας σε τροχιά σύγκρουσης με την ευρεία και θετική έννοια της;

Συμμετοχή

Σε σχέση με τη συμμετοχή των παιδιών και των εφήβων, τα συμπεράσματά μας δείχνουν ότι υπάρχει μια επιθυμία από τους δήμους να κινητοποιήσουν τα παιδιά και τους εφήβους ως ειδικευμένους συμμετέχοντες στα προγράμματα (Wistoft et al. 2009). Ένας διευθυντής υγείας, ιατρός στο επάγγελμα, αναφέρει ότι:

«Η ελπίδα μας για την ανάμειξη των παιδιών σε δραστηριότητες προαγωγής της υγείας εξαρτάται από τη συνεργασία μας με τα σχολεία. Οι δάσκαλοι ξέρουν πολύ περισσότερα για το πώς τα παιδιά σχετίζονται με την υγεία και τί σημαίνουν οι ρόλοι και οι συνήθειες των παιδιών στην κατανόηση της συμπεριφοράς τους» (Wistoft & Højlund 2009).

Όπως φαίνεται στο απόσπασμα, οι δήμοι καταβάλλουν προσπάθεια για συμμετοχή. Εντούτοις από τις συνεντεύξεις προκύπτει ότι η συμμετοχή των παιδιών

συχνά φαίνεται μόνο μέσα από τη συμμετοχή τους στις σχετικές με την υγεία δραστηριότητες και όχι από τη συμμετοχή τους στις αποφάσεις, στον στρατηγικό προγραμματισμό ή στην αξιολόγηση. Στις συνεντεύξεις με τους δήμους συναντήσαμε αρκετά συχνά έναν σταθερό τρόπο οργάνωσης των δραστηριοτήτων ακόμα κι αν οι δήμοι λειτουργούσαν υπό την ευρεία και θετική έννοια της υγείας. Η ευρεία αυτή έννοια/διάσταση της υγείας συμπληρώνονταν με πληροφορίες για τους κινδύνους της υγείας και τις ασθένειες, καθώς και με προκαθορισμένες πληροφορίες για τους στόχους των δραστηριοτήτων (Højlund et al. 2009, Wistoft et al. 2009).

Πολιτικές Προσδοκίες

Ένα κύριο συμπέρασμα που προκύπτει από τις περιπτωσιολογικές μελέτες και αναλύσεις είναι ότι οι προσπάθειες προαγωγής της υγείας που απευθύνονται στα παιδιά και τους εφήβους αποτελούν αντικείμενο πολλών πολιτικών προσδοκιών (Wistoft et al. 2009). Γενικά, οι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν ότι οι πολιτικές αποφάσεις και προτεραιότητες αποτελούν ένα σημαντικό μέρος των συνθηκών εργασίας τους. Εντούτοις, όταν αναδυκνείονται υψηλές προσδοκίες ως προς τα αναμενόμενα αποτελέσματα επηρεάζεται η ισορροπία μεταξύ των μακροχρόνιων και βραχυπρόθεσμων στρατηγικών για την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας. Τα βραχυπρόθεσμα προγράμματα και οι πρωτοβουλίες ικανοποιούν συχνά τις άμεσες προσδοκίες, που τίθενται συνήθως από τους πολιτικούς, για αποδοτικότητα και μετρησιμότητα, δίνοντας έτσι στις μακροπρόθεσμες στρατηγικές χαμηλότερη προτεραιότητα. Με το βραχυπρόθεσμο προγραμματισμό εγκυμονεί ο κίνδυνος η συνολική προσπάθεια να γίνεται τεμαχισμένη και ασυνάρτητη, προκαλώντας προβλήματα συμμετοχής, συνοχής και μελλοντικού προγραμματισμού. Γι αυτό προτείνουμε περισσότερο μακροπρόθεσμο προγραμματισμό με εστίαση στη συνέπεια παρά στα άμεσα μετρήσιμα αποτελέσματα. Ένα πρόσθετο πρόβλημα είναι ότι το γενικό πρόγραμμα δραστηριοτήτων ενός δήμου μπορεί να εμφανιστεί ως προσπάθεια κάλυψης όλων των πολιτικών αναγκών και προτεραιοτήτων, παρά ως μια στοχοθετημένη προσπάθεια με σκοπό να εξεταστούν τα πραγματικά προβλήματα και οι ομάδες κινδύνου (Wistoft et al. 2009).

Συνεργασία μεταξύ των Επαγγελματιών Υγείας και των Σχολείων

Στη διάρκεια υλοποίησης των παρεμβάσεων, ένα βασικό ζήτημα σχετίζεται με τη συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας των δήμων και των σχολείων. Η κύρια ασχολία των σχολείων είναι η εκπαίδευση, ενώ οι προσπάθειες υγείας επικεντρώνονται συχνά στις επικίνδυνες συμπεριφορές των παιδιών και των εφήβων. Η συνεργασία αποτελεί μια σημαντική πρόκληση και για τα δύο συμβαλλόμενα μέρη (Wistoft et al. 2009). Τα σχολεία δεν αναμένεται να προσαρμοστούν στους γενικούς στόχους, τις απαιτήσεις και τις ιδέες των δήμων όσον αφορά την πρόληψη και την προώθηση της υγείας. Υπάρχει ευρεία κατανόηση για το γεγονός ότι τα σχολεία βρίσκονται υπό πίεση από τις κύριες υπηρεσίες τους και επομένως δεν αναμένεται να είναι διαθέσιμα για εξωτερικές συνεργασίες.

Η τεκμηριωμένη δράση αποτελεί βασική πρόκληση, γιατί όπως και προηγουμένως, επηρεάζεται από το στοιχείο της πίεσης των πολιτικών προσδοκιών (Wistoft et al. 2009). Η τεκμηρίωση γίνεται κατανοητή με δύο διαφορετικούς τρόπους στους δήμους και έτσι δίνονται δύο διαφορετικές εξηγήσεις: ως κάτι που πρέπει να εργαστείς ώστε να το γνωρίσεις πως δουλεύει για να είσαι σε θέση να τεκμηριώσεις ποιό είναι καλύτερο, αλλά και ως απόδειξη γνώσης που παράγεται από τον ίδιο το δήμο. Πολλοί δήμοι βρίσκουν απογοητευτικό το γεγονός ότι χάνουν συχνά τη γνώση που έχουν παραγάγει, επειδή δεν υπάρχουν τυποποιημένοι τρόποι για να συλλεχθεί και να εφαρμοστεί στην

πράξη, για δράσεις πρόληψης και προαγωγής της υγείας. Δουλεύοντας με τεκμηρίωση προδιαθέτει συγκεκριμένες δεξιότητες που δεν είναι πάντα διαθέσιμες στους δήμους. Κατά συνέπεια, πολλοί δήμοι χρειάζεται να αποκτήσουν τέτοιες ικανότητες ώστε να μπορέσουν από τη μια να παράγουν τις εμπειρικές αποδείξεις και από την άλλη να εργαστούν στη πράξη με τρόπο τεκμηριωμένο.

Συζήτηση

Τα παραπάνω συμπεράσματα σχετικά με τα δίκτυα, τις στρατηγικές διπλής όψεως, τη συμμετοχή, τις πολιτικές πιέσεις και τις προσδοκίες, καθώς και τη συνεργασία μεταξύ των σχολείων και των επαγγελματιών υγείας παρέχουν σημαντική πληροφόρηση για τους μηχανισμούς κατανόησης από πλευράς των δήμων σχετικά με την προαγωγή και πρόληψη της υγείας.

Ο σύνδεσμος μεταξύ της υγείας και της παιδαγωγικής είναι ένα από τα κύρια σημεία. Χαρακτηριστικά, οι δήμοι ανησυχούν για τις εκπαιδευτικές συνέπειες των προγραμμάτων, αλλά δεν εστιάζουν με την ίδια έκταση στην ανάπτυξη των προγραμμάτων με σαφής εκπαιδευτικούς στόχους, αιτιολογήσεις και περιεχόμενο. Η παιδαγωγική είναι συχνά ένα θέμα αναδρομικού εξορθολογισμού παρά η αφετηρία του σχεδιασμού. Η προσανατολισμένη προς τη συμπεριφορά υγείας/κινδύνου προσέγγιση, αγνοεί την εκπαιδευτική προσέγγιση υγείας.

Η γενική εντύπωση είναι ότι οι δήμοι δίνουν προτεραιότητα στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας που απευθύνεται προς την ομάδα-στόχο, όμως αντιμετωπίζουν διάφορες προκλήσεις στα επίπεδα διαχείρισης, συνεργασίας και γνώσης. Οι ενεργοί σύνδεσμοι μεταξύ της εκπαίδευσης, του επαγγελματισμού στην υγεία και των διοικητικών στρατηγικών θέτουν τη σημαντικότερη πρόκληση.

Σε διοικητικό επίπεδο υπάρχουν δύο σημαντικές διαφορές μεταξύ: α) επαγγελματισμού στην υγεία και εκπαιδευτικής διοίκησης και β) στρατηγικής και επαγγελματικής διοίκησης. Το επίπεδο ιεράρχησης του επαγγελματισμού σε θέματα υγείας και της επάρκειας σε θέματα εκπαίδευσης ποικίλλει από δήμο σε δήμο. Επιπλέον, η στρατηγική και ο επαγγελματισμός σε θέματα παιδαγωγικής της υγείας έχουν διαφορετική προτεραιότητα, η οποία επηρεάζει στη συνέχεια την ολοκλήρωση των διοικητικών δεξιοτήτων. Η πρόκληση είναι να εξασφαλιστεί ότι η συνολική στρατηγική διαδικασία δεν γίνεται πολύ γραφειοκρατική, επιβραδύνοντας έτσι ή περιπλέκοντας τις συγκεκριμένες πρωτοβουλίες υγείας. Συγκεκριμένα, οι μεγάλοι δήμοι έχουν ένα σημαντικό έργο, το να συνδέουν δηλαδή το στρατηγικό ενδιαφέρον με τις επαγγελματικές και εκπαιδευτικές προσεγγίσεις όσον αφορά την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, εάν θέλουν να πετύχουν μια συνεκτική προσπάθεια για την υγεία του παιδιού και του εφήβου.

Στο εκτελεστικό επίπεδο, η ελλειπής αντίδραση από μέρους παιδαγωγικής της υγείας γίνεται συχνά προφανής όταν η εκπαίδευση και η ευημερία ερμηνεύονται ως αντανακλαστικά μέρη του συνολικού προγράμματος υγείας για το παιδί και τον έφηβο. Αυτό σημαίνει ότι οι παιδαγωγικές εκτιμήσεις και αποφάσεις αποτελούν μια φυσική συνέχεια της προσπάθειας στον τομέα της υγείας. Το αντίθετο συμβαίνει όταν η υγεία εξετάζεται από μια στενή οπτική γωνία που συνδέεται με την εικαζόμενη ή πραγματική συμπεριφορά κινδύνου των παιδιών. Σε αυτή την περίπτωση, η αντίδραση, από παιδαγωγικής σκοπιάς, στην ανάπτυξη εκπαίδευσης και ικανότητας των παιδιών και των εφήβων χάνεται. Ο προσανατολισμός προς την εκμάθηση και την εκπαίδευση οδηγεί στο να δίνεται έμφαση στην ευημερία και την ανάπτυξη των παιδιών, των παιδαγωγικών δεξιοτήτων και της ηγεσίας. Ο προσανατολισμός προς την ασθένεια έχει ως αποτέλεσμα τη συγκέντρωση του ενδιαφέροντος στην

κατάλληλη πρόληψη στον τομέα της παιδικής και εφηβικής υγείας, γενικά, και στην υγεία των ευάλωτων και περιθωριοποιημένων ομάδων, ειδικά.

Συμπεράσματα

Το θέμα της μελέτης μας είναι οι τρόποι με τους οποίους οι δήμοι οργανώνουν τις προσπάθειες πρόληψης και προαγωγής υγείας για τα παιδιά και τους εφήβους. Η έρευνά μας επιβεβαίωσε την υπόθεση ότι οι δήμοι οργανώνουν την υγεία μέσω διαφορετικών ειδών δικτύων, καθώς και δικτύων φορέων, ενώ ενσωματώνουν συγχρόνως παραδοσιακά οργανισμούς δημόσιους και ιδιωτικούς, όπως είναι οι παιδικοί σταθμοί, τα σχολεία και οι λέσχες παιδιών και νεολαίας. Οι παραδοσιακοί φορείς διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη συνεργασία με νέους συμμετέχοντες στην υγεία, όπως τα κέντρα υγείας και τα διεπιστημονικά δίκτυα υγειονομικής περίθαλψης.

Επιπλέον η έρευνά μας επιβεβαιώνει την ευρεία χρήση προγραμμάτων. Οι δραστηριότητες υγείας περιέχονται σε αυτά τα προγράμματα τα οποία συχνά διατυπώνονται με προκαθορισμένους σκοπούς και στόχους, αλλά και συγχρόνως βασίζονται σε ανοικτές μορφές συμμετοχής. Μπορούμε να συμπεράνουμε πως υπάρχει ένας ενεργός σύνδεσμος μεταξύ ενός αρκετά σταθερού διοικητικού λεξιλογίου προαγωγής της υγείας, μιας ανοιχτής επαγγελματικής κουλτούρας, καθώς και ενός τρόπου κατανόησης που βασίζεται στη δράση σε ό,τι αφορά τις δραστηριότητες του προγράμματος. Προκειμένου να ενισχυθεί ο ενεργός σύνδεσμος μεταξύ της διοίκησης και της λειτουργίας θα προτείναμε ένα σύνδεσμο μεταξύ της υγείας και της εκπαίδευσης που εμφανίζεται να επηρεάζεται από το εάν η εν λόγω έννοια της υγείας προσδιορίζεται λεπτομερώς η ευρέως. Αυτό στη συνέχεια καθορίζει εάν οι δήμοι επιλέγουν ή όχι να αναπτύξουν ή να αναβαθμίσουν τα εκπαιδευτικά προσόντα του προσωπικού τους. Είναι σημαντικό για τον κάθε υπάλληλο να αισθάνεται παιδαγωγικά καταρτισμένος. Προτείνουμε να δοθεί προτεραιότητα στην ανάπτυξη των παιδαγωγικών δεξιοτήτων μεταξύ του προσωπικού που εργάζεται για την πρόληψη και την προαγωγή υγείας και στοχεύουν στα παιδιά και στους εφήβους.

Η εξασφάλιση συνοχής στις δημοτικές προσπάθειες υγείας απαιτεί επίσης την κατανόηση της τεκμηριωμένης εργασίας. Αυτό θα έκανε την καθημερινή εργασία που σχετίζεται με την υγεία των παιδιών και των εφήβων αποτελεσματικότερη και θα εξασφάλιζε μια σαφέστερη εικόνα των μακροπρόθεσμων συνεπειών. Πρέπει, επίσης, να διευκρινιστεί ποιές δεξιότητες απαιτούνται για την τεκμηριωμένη εργασία. Επιπλέον, τα εμπλεκόμενα μέρη πρέπει να καταβάλουν προσπάθεια να προσδιορίσουν τα αποδεικτικά στοιχεία για τις πρακτικές τους λαμβάνοντας υπόψη την ήδη υπάρχουσα γνώση για τις καλύτερες πρακτικές. Πρέπει επίσης να συμβάλουν με νέα στοιχεία στο θέμα. Αυτό μπορεί να απαιτεί εξωτερικούς συνεργάτες, π.χ. ερευνητές, οι οποίοι έχουν τις απαιτούμενες δεξιότητες για να διεξάγουν και να τεκμηριώσουν την πρόληψη και προαγωγή της υγείας

Το συμπέρασμα είναι ότι οι ειδικοί στη διοίκηση, στην επαγγελματική υγεία και στην εκπαίδευση της υγείας πρέπει να συνδεθούν ενεργά, προκειμένου να επιτευχθεί αμοιβαία ανταλλαγή γνώσης, εννοιών και ερμηνειών. Ο ενεργός σύνδεσμος λειτουργεί έτσι, ώστε να επιτρέπει οι εσωτερικές επικοινωνιακές διαδικασίες να επηρεαστούν από άλλους. Εντούτοις, οι αποφάσεις που εμφανίζονται ως συνέπεια αυτού του ενεργού συνδέσμου, προφανώς, εξαρτώνται και από τη δυνατότητα του ίδιου του ειδικού να περιγράψει τη λειτουργία του ατόμου (παιδιού ή εφήβου), καθώς και την εσωτερική επικοινωνία με τους άλλους ειδικούς του συνδέσμου. Αρχικά αυτό σημαίνει ότι πρέπει μια πλήρης προσέγγιση στην πρόληψη και προαγωγή υγείας να ληφθεί σοβαρά υπόψη και στα τρία επίπεδα: στο διοικητικό επίπεδο, μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και μεταξύ του παιδαγωγικού προσωπικού (δάσκαλοι και

παιδαγωγοί). Δεύτερον, σημαίνει πως πρέπει να καθιερωθεί μια συγκεκριμένη διεπιστημονική και εξωτερικά κατευθυνόμενη συνεργασία μεταξύ των συμβαλλόμενων μερών στον τομέα υγειονομικής περίθαλψης και στον παιδαγωγικό τομέα, που να παίρνει ως αφετηρία της, τη φιλοδοξία να υποστηριχθούν τα παιδιά και οι έφηβοι στη λήψη των αποφάσεων και στις ενέργειες τους σε καταστάσεις που έχουν επιπτώσεις για την υγεία τους. Τέλος, χρειάζεται η προαγωγή και η πρόληψη υγείας να αντιμετωπίζονται και να οργανώνονται σαν διαδικασίες εκμάθησης, οι οποίες υποδεικνύουν την ανάπτυξη και την ικανότητα των παιδιών και εφήβων να αντιμετωπίζουν συνειδητά τις νέες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν.

Μέσα από την παρούσα έρευνα επιδιώκεται να αναδειχθεί η ανάγκη χάραξης κοινών αξιών και στόχων που θα πρέπει να πληρούν τα διαφορετικά μέρη τα οποία συμμετέχουν στους ενεργούς συνδέσμους επικοινωνίας των δήμων, τα οποία έχουν διαφορετικά ενδιαφέροντα και αντιμετωπίζουν διαφορετικές προκλήσεις. Είναι αναγκαίο να καθιερωθούν τα επίπεδα συνεργασίας τα οποία διευκολύνουν μια δημιουργική και καινοτόμα προσπάθεια στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, η οποία στοχεύει στα παιδιά και τους εφήβους – πέρα από τα παραδοσιακά επαγγελματικά όρια. Ειδικότερα, μπορεί να γίνει προσπάθεια που να διευρύνει τον ορίζοντα, περιλαμβάνοντας εναλλακτικούς συμμετέχοντες στην εργασία των δημών για προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας.

Βιβλιογραφία

Andersen, N. Å. (2003) *Discursive analytical strategies – Understanding Foucault, Koselleck, Laclau, Luhmann*, Bristol: Policy Press.

Andersen, N.Å. (2008a). *Partnerships: Machines of Possibility*, Bristol: Policy Press

Andersen, N. Å. (2008b). 'The World as Will and Adaptation: the inter-discursive coupling of citizens' contracts', *Critical Discourse Studies,* Vol. 5, no. 1, pp. 75-89

la Cour, A & H. Højlund (2008): *Third order political actors - Encounters between J. March and N. Luhmann*, Scancor 20th. Anniversary Conference Sessions the 21-23 of November, Stanford University.

Denzin, N. K., Lincoln, Y. S., Giardina, M. D. (2006). Disciplining qualitative research. *International Journal of Qualitative Studies in Education.* Vol. 19(6). 769-782.

Douglas, M. (1994). *Risk and blame: Essays in cultural theory*. London: Routledge.

Hart, R. (1997). *Children participation, the theory and practice of involving young citizens in community development and environmental care*. London: Earthscan Publications Ltd.

Højlund, H. (2004): The Policial Rationality of Markets – A study of welfare management from 1990-2003. *Copenhagen:* Forlaget Samfundslitteratur. [In Danish].

Højlund, H. (2009): "Hybrid Inclusion – The New Consumerism of Danish Welfare Services", *Journal of European Social Policy*, Vol 19(5): 421-431.

Højlund, H. (2010): "Coordination through project-organisation", *Politica*, Aarhus University. [In Danish]

Højlund, H. & Wistoft, K. (2009): Four local strategies for health – A pilot study. Working paper. Copenhagen Business School.

Højlund, H. & Wistoft, K. (2010): "The role as involved" in Pedersen, A & P. Kjær (ed.), Patiens in the Centre. Copenhagen (forthcoming). [In Danish].

Højlund, H., Wistoft, K., Hansson, L. (2009). *Prevention and health promotion aimed at children and adolescents – strategies of the Danish municipalities.* Copenhagen: Lundtofte Press. [In Danish].

Højlund, H., Wistoft, K., Jensen, B. B. & Andersen N. Å. (2007) *Children at risk*. Copenhagen: Research Programme for Environmental and Health Education, the Danish School of Education, AU and Department of Management, Politics and Philosophy, Copenhagen Business School. [In Danish].

Jensen, B. B. (2000). Health knowledge and health education in relation to a democratic health promoting school. *Health Education, 100*(4), 146-153.

Jensen, B. B. (2004). Environmental and health education viewed from an action perspective - a case from Denmark. *American Journal of Curriculum Studies, 36*(4), 405-425.

Jensen, B.B. & Jensen, B. (2005). Inequality, health and action for health - do children and young people in Denmark have an opinion? In: Clift, S. and Jensen, B.B. (Eds.) *The Health Promoting School: International Advances in Theory, Evaluation and Practice*, Danish University of Education Press, 2005, pp. 193-214.

Jensen, B. B. & Simovska V. (2005).'Involving students in learning and health promotion processes - clarifying why? What? And how?' *Promotion & Education, XII* (3-4), 150-156.

Kampmann, J. (1998). Children's perspective and children as informants. Copenhagen: National Children's Council [In Danish].

Kruse, S. & Wistoft, K. (2008) Values clarification in health education. *Cybernetics and Human Knowing, 15* (1), 29-44.

Lauritzen, S. O., & Sachs, L. (2001). Normality, risk and the future: Implicit communication of treath in health surveillance. *Sociology of Helath and Illness, 23*(4), 497-516.

Lindbladh, E., & Lyttkens, C. H. (2003). Polarization in the reaction to health-risk information: A question of social position? *Risk Analysis, 23*(4), 841-855.

Luhmann, N. (1995). *Social systems* (J. Bednarz & D. Baecker, Trans.) California: Standford University Press.

Luhmann, N. (1998). *Observations on modernity*. California: Stanford University Press.

Luhmann, N. & Schorr, K. E. (2000). *Problems of reflection in the system of education*. Münster: Waxmann..

Lupton, D. (1999). Risk and the ontologi of pregnant embodiment. In D. Lupton (Ed.), *Risk and sociaocultural theory: New directions and perspective* (pp. 59-85). Cambridge: Cambridge University Press.

Ministry for Interior and for Health (2002). *Healthy the whole life – national strategies for public health in Denmark 2002-10*. Copenhagen: Ministry of Health. [In Danish].

Ministry for Interieor and for Health (2004). *Status for the Accomplishment of the Municipal Reform. Copenhagen*.

Ministry for Interior and for Health (2005). Law of Health (Vol. Lov nr. 546, 24.th of June 2005, pp. 1-45): Copenhagen: Ministry of Health. [In Danish].

National Association of Local Authorities (2006), Local Health Policies – instructions concerning content and contributions. Copenhagen March the 15. [In Danish]

National Institute for Peoples Health (2007), The local Health Policies in Denmark – a mapping. Copenhagen, October. [In Danish]

National Board of Health (2006), Citizens-oriented prevention in the municipalities – advices from the National Board. Copenhagen, Mach. [In Danish]

National Board of Health (2008), Mapping of the health promotion and prevention in the municipalities. Copenhagen, Mai the 14. [In Danish]

Pedersen, D, C. Greve & Højlund, H (2008), *Reinvention of the Public Sector. Managerial challenges in the sign of reforms*. Copenhagen: Børsens Forlag. [In Danish]

Petersen, A. (1998). Risk, governance and the new public health. In A. Petersen & R. Bunton (Eds.), *Foucault, health and medicine* (pp. 189-206). London: Routledge.

Pierre, J., & Peters, G. B. (2000). *Governance, politics and the state*. London: MacMillan Press.

Power, M. (2004). *Risk management of everything. Rethinking the politics of uncertainty*. London: Demos.

Qvortrup, L. (2004). The mystery of knowledge. *Cybernetics and Human Knowing, 11* (3), 9-29.

Reid, A., Jensen, B. B., Nikel, J., Simovska, V. (eds) (2008) *Participation and Learning. Perspectives on Education and the Environment, Health and Sustainability.* London: Springer.

Stichweh, R. (2005): *Inclusion und Exclusion. Studien zur Gesellschaftsteorie*. Bielefeld: Transcript Verlag. [In Greman].

Teddlie, C. & Tashakkori, A. (2003). Major issues and controversies in the use of mixed methods in the social and behavioral sciences, in: A. Tashakkori & C. Teddlie (Eds)

Handbook of mixed-methods in social and behavioral research. Thousand Oaks: Sage Publications.

Teubner, G. (1994). The many-headed hydra: Network as higher-order collective actors. In J. MaCahery, S. Picciotto & C. Scott (Eds.), (pp. 41-60). Oxford: Clarendon Press.

Torfing, J., & Martin Marcussen (2007). *Democratic Network Governance in Europe*. New York: Palgrave MacMillan.

World Health Organization (2005a). *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World* (Charter). Bangkok: WHO.

World Health Organization (2005b). *The European Health Report - Public health action for healthier children and populations*.

Wistoft, K. (2009a). Pedagogical competences and value clarification among health educators. *Global Health Promotion* 1757-9759; Vol. 16(3): 24-34.

Wistoft, K (2009b) *Health Pedagogy – knowledge and values.* Copenhagen: Hans Reitzel Publishers. [In Danish].

Wistoft, K. (2010). Health strategies and reservoirs of knowledge among adolescents in Denmark. *Global Health Promotion* 1757-9759; Vol.17(2): 01–09.

Wistoft, K., Grabowski, D., Højlund, H. (2008) *Young Hearts-an investigation into young people's knowledge and skills in the field of health and cardiovascular disease*. Copenhagen: Research Programme for Environmental and Health Education, the Danish School of Education, AU and the Danish Heart Foundation. [In Danish].

Wistoft, K. & Højlund, H (2009). Unpublished database. Copenhagen: Research Programme for Environmental and Health Education, the Danish School of Education, AU and Department of Management, Politics and Philosophy, Copenhagen Business School. [In Danish].

Wistoft, K., Højlund, H., Grabowski, D. (2009). *Coherence in the municipal efforts aimed at children and adolescents' health.* Copenhagen: Lundtofte Press. [In Danish].

Young, I. (2005). Health promotion in schools - a historical perspective *IUHPE Promotion & Education XII*(3-4).

Εκτίμηση του Οικονομικού Κόστους των βασικών Παραγόντων Κινδύνου για την Υγεία που Οφείλονται στον Τρόπο Ζωής, στην Εσθονία, το 2006

Μάρτζι Ρεϊνάπ, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο του Ταλίν, Εσθονία

Εισαγωγή

Οι αρνητικές συνέπειες που δημιουργούνται από τους διαφορετικούς κινδύνους υγείας προκαλούν σοβαρή οικονομική επιβάρυνση στην κοινωνία. Είναι ευρέως γνωστό ότι οι κίνδυνοι υγείας που συνδέονται με τον τρόπο ζωής, όπως είναι η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης αρκετών χρόνιων και επικίνδυνων για την υγεία ασθενειών, όπως είναι ο καρκίνος και οι καρδιαγγειακές παθήσεις (English 1995, Rehm et al. 2004), την στιγμή που η φυσική δραστηριότητα και η επαρκής κατανάλωση φρούτων και λαχανικών παρέχουν ασφαλή ασπίδα προστασίας για την υγεία του ανθρώπου και ταυτοχρόνως μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης χρόνιων ασθενειών (Lock 2004, Bull et al. 2004).

Στην Εσθονία, η επικράτηση των διαφόρων παραγόντων κινδύνου για την υγεία είναι σε πολύ υψηλά και ανησυχητικά επίπεδα. Για παράδειγμα, η κατανάλωση αλκοολούχων αναψυκτικών από τους Εσθονούς κατοίκους ήταν 11,4 λίτρα κατά κεφαλή, το 2006 (Hein et al. 2008). Επιπλέον, τα ποσοστά καπνίσματος δεν δείχνουν καμία σημαντική μείωση και ο αριθμός των υπέρβαρων και παχύσαρκων ατόμων αυξάνεται με σταθερό ρυθμό (Veideman & Tekkel 2007). Η κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα, η έλλειψη φυσικής άσκησης, η χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών και η παχυσαρκία συνθέτουν το κυριότερο μείγμα παραγόντων κινδύνου για την υγεία, στην Εσθονία, προκαλώντας σημαντική επιβάρυνση στα επίπεδα νοσηρότητας και θνησιμότητας (Lai et al. 2005).

Οι βασικοί δείκτες μέτρησης της κατάστασης υγείας ενός πληθυσμού, όπως το προσδώκιμο ζωής και το ποσοστό θνησιμότητας διάφορων ασθενειών αποδεικνύουν την «φτωχή» κατάσταση υγείας των Εσθονών πολιτών, σε σχέση με τους κατοίκους των υπόλοιπων αναπτυγμένων χωρών (WHO HFA-DB, 2010). Η δυνατότητα να βελτιωθεί η κατάσταση της υγείας του πληθυσμού της Εσθονίας και μέσω αυτού να υπάρχουν θετικές επιδράσεις στην κοινωνία και την οικονομία ως σύνολο, έγκειται στον περιορισμό των παραγόντων κινδύνων για την υγεία.

Παρά το γεγονός ότι σε άλλες ανεπτυγμένες χώρες υπάρχει ευρεία και συνεχώς αυξανόμενη αποδοχή σχετικά με την ωφελιμότητα της μέτρησης και αξιολόγησης του οικονομικού κόστους της κακής κατάστασης υγείας του πληθυσμού, στην Εσθονία, δεν έχει ακόμα ευρέως εφαρμοστεί. Στο πρόσφατο παρελθόν, έχουν δημοσιευτεί δύο ανεξάρτητες μελέτες για την οικονομική αξιολόγηση του αλκοόλ και του καπνίσματος (Taal et al. 2004, Saar 2009). Σήμερα, υπάρχουν λίγες μελέτες που κάνουν συγκριτική εκτίμηση του οικονομικού κόστους διαφόρων παραγόντων κινδύνου για την υγεία, χρησιμοποιώντας παρόμοια μεθοδολογία (Manning 1991, Sturm 1992, Juel et al. 2007). Η παρούσα μελέτη είναι η πρώτη ερευνητική προσπάθεια υπολογισμού συγκριτικών μεγεθών οικονομικού κόστους των κύριων παραγόντων κινδύνων για την υγεία, που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής, στην Εσθονία.

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να ποσοτικοποιήσει το οικονομικό κόστος, σε νομισματικούς όρους, που επωμίζεται η κοινωνία της Εσθονίας, και το οποίο προκαλείται από ορισμένους βασικούς παράγοντες κινδύνου για την υγεία, οι οποίοι σχετίζονται με τον τρόπο ζωής, όπως η κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα, η

έλλειψη φυσικής άσκησης, η χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών και η παχυσαρκία. Χρησιμοποιώντας εκτιμήσεις για κάθε έναν από τους προαναφερθέντες παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι συνδέονται με μια σειρά ασθενειών, καθώς και για τον βαθμό επικράτησης των επικύνδυνων συμπεριφορών και του τρόπου ζωής των Εσθονών πολιτών, στην παρούσα μελέτη γίνεται εκτίμηση του κόστους θεραπείας αυτών των ασθενειών και της εν δυνάμει απωλεσθείσας παραγωγικότητας που αποδίδεται στους συγκεκριμένους παράγοντες κινδύνους για την υγεία.

Μέθοδος

Η εκτίμηση των οικονομικών συνεπειών που προκαλούνται εξαιτίας των παραγόντων κινδύνων για την υγεία βασίζεται στην εκτίμηση του δείκτη επιπολασμού βάσει της μεθόδου του Κόστους της Ασθνένειας (Cost-of-Illness) (Hodgson & Meiners 1982, Rice et al. 1985, Segel 2006). Η εκτίμηση του κόστους πραγματοποιείται με βάση την κοινωνική διάσταση της ασθένειας και εκφράζεται με νομισματικούς όρους. Το έτος βάσης για όλους τους υπολογισμούς του κόστους ήταν το 2006.

Στην οικονομική θεωρία, όπως και στην μέθοδο του Κόστους της Ασθένειας, το οικονομικό κόστος της ασθένειας ή των παραγόντων κινδύνου για την υγεία περιλαμβάνει τις διαφυγόντες εναλλακτικές επιλογές και υπολογίζεται με όρους έμμεσου και άμεσου κόστους. Υπάρχει άλλη μία κατηγορία κόστους, το «κρυφό» κόστος, το οποίο προκαλείται από τις ψυχολογικές επιδράσεις των ασθενειών. Ο πόνος ή όποια άλλη επίδραση που μειώνει την ποιότητα ζωής του ατόμου είναι πολύ δύσκολο να ποσοτικοποιηθούν και γι' αυτό τον λόγο αποκλείονται από τις μελέτες Κόστους της Ασθένειας.

Στα άμεσα κόστη συμπεριλαμβάνονται οι τιμές των παραγωγικών πόρων που χρησιμοποιούνται τόσο στο στάδιο της διάγνωσης και θεραπείας της ασθένειας όσο και κατά τη διαδικασία αποκατάστασης των ασθενών από το πρόβλημα υγείας (Rice 1982). Στην παρούσα μελέτη, στον υπολογισμό του άμεσου κόστους συμπεριλαμβάνονται οι δαπάνες που πραγματοποιούνται σε σχέση με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, όπως νοσοκομειακή και άλλου είδους ιδρυματική φροντίδα, καθώς και υπηρεσίες περηπατητικής ιατρικής παρεχόμενη τόσο από γενικούς όσο και από ειδικούς γιατρούς, και οι οποίες χρηματοδοτούνται μέσω του Ταμείου Ασφάλισης Υγείας της Εσθονίας (EHIF). Τα άμεσα κόστη υπολογίζονται σύμφωνα με τη βάση δεδομένων του EHIF. Η παρούσα μελέτη δεν συμπεριλαμβάνει τα κόστη που χρηματοδοτούνται από τον κρατικό και τον κοινοτικό προϋπολογισμό, συμπεριλαμβανομένου του κόστους για τα φάρμακα και της επείγουσας ιατρικής φροντίδας. Οι μη θεσμοθετημένες ιδιωτικές πληρωμές και οι πληρωμές των εργοδοτών, επίσης, αποκλείονται από την μελέτη. Ο κύριος λόγους που δεν χρησιμοποιούνται τα εν λόγω στοιχεία είναι η έλλειψη αξιόπιστων μετρήσεων. Γενικά, υπάρχουν δύο τρόποι για την εκτίμηση του κόστους της ασθένειας: οι προσεγγίσεις του δείκτη επίπτωσης και του δείκτη επιπολασμού. Η προσέγγιση με βάση το δείκτη επίπτωσης μιας ασθένειας περιλαμβάνει το κόστος μιας ασθένειας για όλη τη διάρκεια ζωής ενός ατόμου.

Η ανάλυση του κόστους της ασθένειας με βάση το δείκτη επιπολασμού περιλαμβάνει όλα τα κόστη που σχετίζονται με τις επιβαρυντικές επιπτώσεις της ασθένειας για ένα ημερολογιακό έτος, ανεξαρτήτως του χρονικού σημείου που εμφανίστηκε η ασθένεια (Hessel 2008). Στην παρούσα μελέτη, η προσέγγιση με βάση το δείκτη επίπτωσης της ασθένειας χρησιμοποιείται για να υπολογιστούν τα άμεσα κόστη. Προκειμένου να αποφευχθεί το φαινόμενο των διπλών εγγραφών/ υπολογισμών, οι δαπάνες υγείας κατανέμονται με βάση την αρχική διάγνωση.

Τα έμμεσα κόστη προκαλούνται από την απώλεια του παραγόμενου προϊόντος λόγω μειωμένης παραγωγικότητας ως αποτέλεσμα της νοσηρότητας και της πρώιμης θνησιμότητας. Το κόστος της θνησιμότητας είναι η τιμή της χαμένης παραγωγικότητας εξ αιτίας του πρώιμου θανάτου που οφείλεται στην ασθένεια. Το κόστος της νοσηρότητας είναι η τιμή της χαμένης παραγωγικότητας των ατόμων που λόγω της ασθένειάς τους καθίσταται ανίκανα να εκτελέσουν με αρτιότητα την εργασία τους ή να φτάσουν σε επίπεδα πλήρους αποτελεσματικότητας (Rice 1982). Προκειμένου να ληφθούν υπόψη η επίδραση και η διάρκεια των ασθενειών στην μείωση της παραγωγικότητας, χρησιμοποιήθηκαν οι σταθμικοί όροι της ανικανότητας, καθώς και οι μετρήσεις για τη διάρκεια των ασθενειών, σύμφωνα με τη μελέτη της Επίπτωσης των Ασθενειών της Εσθονίας (Lai et al. 2005). Η χαμένη παραγωγικότητα υπολογίζεται με βάση την προσέγγιση του ανθρωπίνου κεφαλαίου, η οποία μετρά την παρούσα προεξοφλητική αξία των χαμένων μελλοντικών εισοδημάτων εξ αιτίας της νοσηρότητας ή του πρώιμου θανάτου (Segel 2006).

Για τους υπολογισμούς του μελλοντικού κόστους χρησιμοποιήθηκε το προεξοφλητικό επιτόκιο του 3%, όπως προτάθηκε από τη Διεθνή Επιτροπή Κόστους-Αποτελεσματικότητας στην Υγεία και στην Ιατρική (Gold et al. 1996). Τα χαμένα, εφ όρου ζωής, εισοδήματα υπολογίστηκαν επί των εθνικών προ-φόρων μισθών, συμπεριλαμβανομένου του φόρου κοινωνικής ασφάλισης και του φόρου για το επίδομα ανεργίας, για διάφορες πληθυσμιακές ομάδες κατά ηλικία (15-74) και φύλο, με βάση τα δεδομένα του Εθνικού Μητρώου Συντάξεων. Παρόλα αυτά, οι υπολογισμοί για τα χαμένα, εφ όρου ζωής, εισοδήματα συμπεριλαμβάνουν μονάχα τα εισοδήματα από εργασία και όχι άλλα έσοδα. Τα εισοδήματα προερχόμενα από την εργασία διορθώθηκαν, λαμβάνοντας υπόψη και το ισχύον ποσοστό εργασίας για κάθε ηλικιακή ομάδα και φύλο.

Προκειμένου να συσχετιστεί ο σχετιζόμενος κινδύνος της κάθε μιας ασθένειας με τα προκληθέντα κόστη υπολογίστηκαν τα Οφειλόμενα Κλάσματα (Ποσοστά) για τον Πληθυσμό (population attributable fractions - PAF) ανά ηλικία και φύλο, ώστε να εκτιμηθεί σε ποιό βαθμό ορισμένες ασθένειες οφείλονταν στην επίδραση του παράγοντα κινδύνου.

Τα Οφειλόμενα Ποσοστά για τον Πληθυσμό ορίζονται ως το ποσοστό της ασθένειας στον γενικό πληθυσμό, το οποίο θα εξέλειπε όταν η επίδραση των παραγόντων κινδύνου θα έπαυε να υπάρχει (Walter 1976). Εάν η κατηγορία αναφοράς είναι η κατηγορία *0*, *Pi* είναι ο επιπολασμός της *i* κατηγορίας και *RRi* είναι ο σχετικός κίνδυνος της αντίστοιχης κατηγορίας σε σχέση με την κατηγορία αναφοράς, τότε το Οφειλόμενο Ποσοστό για τον Πληθυσμό των *n* κατηγοριών και διαφορετικών επιπέδων κινδύνου είναι ως εξής:

$$PAF = \frac{\sum_{i=1}^{n} P_i (RR_i - 1)}{\sum_{i=1}^{n} P_i (RR_i - 1) + 1}$$

όπου: PAF – οφειλόμενο ποσοστό για τον πληθυσμό
RR – σχετικός κίνδυνος ασθενειών

Ο υπολογισμός των οφειλόμενων ποσοστών απαιτεί διάφορα σύνολα δεδομένων. Πρώτον, απαιτείται να προσδιοριστούν οι ασθένειες που προκύπτουν

από διάφορες επιδημιολογικές μελέτες και προκαλούνται από διάφορους παράγοντες κινδύνου. Δεύτερον, θα πρέπει οι σχετικοί κίνδυνοι ταυτόχρονα με τις κατηγορίες κινδύνων που συνδέουν τον παράγοντα κίνδυνου με το ξεκίνημα της ασθένειας να συντάσσονται με βάση την επιστημονική βιβλιογραφία. Τρίτον, απαιτείται ο προσδιορισμός του επιπολασμού των παραγόντων κινδύνου για την υγεία, στη χώρα. Οι πρώτες δύο βάσεις δεδομένων συνήθως πηγάζουν από την επιστημονική βιβλιογραφία, αλλά ο επιπολασμός των παραγόντων κινδύνου προσδιορίζεται σε επίπεδο χώρας.

Αλκοόλ

Η επίδραση της χρήσης του αλκοόλ στην υγεία είναι διπλής κατεύθυνσης - σε μικρές ποσότητες μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών προβλημάτων. Στο άλλο άκρο, η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνων, καρδιαγγειακών και γαστρεντερικών ασθενειών. Επιπλέον, η χρήση του αλκοόλ, παίζει ένα σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση εκούσιων και ακούσιων ατυχημάτων. Ακόμη, η χρήση του αλκοόλ προκαλεί εξάρτηση και εθισμό, αυτοκτονίες και ψυχώσεις. Άνω των 60 διαφορετικών αιτιών θανάτου σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ (Schultz et al. 1991, English et al. 1995, Corrao et al. 1999, Rehm et al. 2003).

Για την ενσωμάτωση των σχετιζομένων με το αλκοόλ ασθενειών στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκαν οι κυριότερες μετα-αναλύσεις, καθώς και μελέτες σχετικές με το κοινωνικό κόστος του αλκοόλ (English et al. 1995, Sjögren et al. 2000, Gutjahr & Gmel 2001a, Ridolfo & Stevenson 2001, Rehm et al. 2003, Lai et al. 2005, Jones et al. 2008, Corrao et al. 2004). Οι σχετιζόμενες με το αλκοόλ ασθένειες ταξινομούνται σε τρεις κατηγορίες: οι εξ ολοκλήρου οφειλόμενες στο αλκοόλ ασθένειες (PAF=1), οι χρόνιες παθήσεις (π.χ. ο δείκτης PAF είναι μικρότερος από 1) και οι οξείες καταστάσεις (Rehm et al. 2003).

Η πρώτη κατηγορία αποτελείται από τις καταστάσεις όπου η χρήση του αλκοόλ είναι βασική αιτία για την πρόκληση των εξ ορισμού οφειλόμενων στο αλκοόλ παθήσεων και επίσης, τα κόστη που δημιουργούνται λόγω αυτών των καταστάσεων συνδέονται με την χρήση του αλκοόλ, σε ποσοστό 100%. Συνολικά, 11 ιατρικές καταστάσεις, σύμφωνα με τη Διεθνή Κατάταξη των Ασθενειών (ICD-10) συμπεριλήφθησαν στην παρούσα μελέτη και παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1 Εξ ολοκλήρου οφειλόμενες στο αλκοόλ ασθένειες

ICD-10 Κατηγορία	Ιατρικές Καταστάσεις που συνδέονται με το Αλκοόλ
F10.0, F10.3-F10.9	Αλκοολικές ψυχώσεις
F10.1	Κατάχρηση αλκοόλ
F10.2	Αλκοολική εξάρτηση
G31.2	Εκφυλισμός του νευρικού συστήματος λόγω του αλκοόλ
G62.1	Αλκοολική πολυνευροπάθεια
I42.6	Αλκοολική μυοκαρδιοπάθεια
K29.2	Αλκοολική γαστρίτιδα
K70	Κίρρωση του ήπατος λόγω του αλκοόλ
K86.0	Χρόνια παγκρεατίτιδα (προκληθείσα λόγω αλκοόλ)
Q86.0	Εμβρυϊκό αλκοολικό σύνδρομο
T51, X45	Υψηλό επίπεδο αλκοόλ στο αίμα

Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει τις σχετικές με το αλκοόλ ιατρικές καταστάσεις, όπου το αλκοόλ αυτό καθ' αυτό αποτελεί δευτερεύουσα αιτία εμφάνισης και για αυτόν τον λόγο το οφειλόμενο στο αλκοόλ ποσοστό των ασθενειών είναι μικρότερο του 100%. Επομένως, προκειμένου να εκτιμήσουμε τα σχετιζόμενα με το αλκοόλ κόστη, θα πρέπει πρώτα να υπολογισθεί η αναλογία των ασθενειών που προκαλούνται από το αλκοόλ (δηλαδή, το οφειλόμενο στο αλκοόλ ποσοστό) και στη συνέχεια να πολλαπλασιαστεί με τον πραγματικό αριθμό θανάτων, τον αριθμό αυτών που νόσησαν και τα σχετικά κόστη. Για τον υπολογισμό των οφειλόμενων ποσοστών θα πρέπει να προσδιοριστούν οι σχετικές με το αλκοόλ ιατρικές καταστάσεις, οι κατηγορίες των επιπέδων κινδύνου, καθώς και να διαπιστωθούν ο επιπολασμός της κατανάλωσης αλκοόλ και οι σχετικοί κίνδυνοι. Οι κατηγορίες των διαφορετικών επιπέδων κατανάλωσης αλκοόλ προσδιορίστηκαν βάσει των προεξεχουσών μετα-αναλύσεων των σχετικών κινδύνων (English et al. 1995, Gutjahr et al. 2001b, Ridolfo & Stevenson 1999) και παρουσιάζονται στον Πίνακα 2. Το σημείο αναφοράς για τον υπολογισμό του οφειλόμενου ποσοστού για τον πληθυσμό είναι η κατηγορία όσων απέχουν από την κατανάλωση αλκοόλ.

Πίνακας 2 Τα όρια της μέσης καθημερινής κατανάλωσης αλκοόλ στις διαφορετικές κατηγορίες, σε γραμμάρια

Κατηγορίες	**Γυναίκες**	**Άνδρες**
I κατηγορία	0-19,99 γρ.	0-39,99 γρ.
II κατηγορία	20-39,99 γρ.	40-59,99 γρ.
III κατηγορία	> 40 γρ.	> 60 γρ.
Απέχοντες (σημείο αναφοράς)	Άτομα που δεν έχουν καταναλώσει αλκοόλ για ένα χρόνο	

Η λίστα με τις οφειλόμενες στο αλκοόλ χρόνιες παθήσεις και με τους αντίστοιχους σχετικούς κινδύνους (συμπεριλαμβανομένων των καταστάσεων, όπου το αλκοόλ έχει προληπτική επίδραση) προέρχεται από το ολοκληρωμένο σχέδιο που εκπόνησε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) - Συγκριτική Ποσοτικοποίηση των Παραγόντων Κινδύνου για την Υγεία (Rehm et al. 2004). Το συγκεκριμένο σχέδιο του ΠΟΥ χρησιμοποίησε, με τη σειρά του, τους σχετικούς κινδύνους που προέρχονταν από τις μετα-αναλύσεις του Gutjahr, οι οποίες διατυπώθηκαν σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες, την ενημερωμένη λίστα με τις σχετιζόμενες με το αλκοόλ ιατρικές παθήσεις και τους σχετικούς κινδύνους (Gutjahr et al. 2001b). Στην περίπτωση του ισχαιμικού καρδιακού επεισοδίου χρησιμοποιείται το οφειλόμενο στο αλκοόλ κλάσμα, σύμφωνα με το πρότυπο της κατανάλωσης αλκοόλ και των ποσοστών εξάρτησης του πληθυσμού από το αλκοόλ (Rehm et al. 2004), ενώ για το αιμοραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο εφαρμόστηκε το οφειλόμενο ποσοστό που χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση της εθνικής επιβάρυνσης της ασθένειας του αλκοόλ στους Εσθονούς (Lai et al. 2005). Ο επιπολασμός της κατανάλωσης αλκοόλ υπολογίζεται από τον συγγραφέα κάνοντας χρήση των δεδομένων της μελέτης για τη συμπεριφορά των Εσθονών σε θέματα υγείας (Tervise Arengu Instituut 2007).

Η τρίτη ομάδα αποτελείται από οξείες καταστάσεις, ήτοι από εκούσιους και ακούσιους τραυματισμούς, όπου το αλκοόλ θεωρείται ο κύριος προδιαθεσικός παράγοντας (English et al. 1995, Single et al. 1996, 1999, Gutjahr et al. 2001b, Ridolfo & Stevenson 2001, Rehm et al. 2003). Συνήθως, οι ακόλουθες παθογόνες καταστάσεις περιλαμβάνονται στις μελέτες που ασχολούνται με την εκτίμηση του κοινωνικού κόστους του αλκοόλ: ατυχήματα με μηχανάκια, πτώσεις, πυρκαγιές,

πνιγμοί, υπερβολικό ψύχος, δηλητηριάσεις, αυτοτραυματισμοί, αυτοκτονίες και άλλα. Γενικά, οι οφειλόμενες στο αλκοόλ οξείες καταστάσεις υγείας ορίζονται με βάση τις πληροφορίες για το μέσο επίπεδο αλκοόλ στο αίμα των τραυματιών τη στιγμή που συμβαίνει το ατύχημα. Ωστόσο, και επειδή στην Εσθονία η πρόσβαση σε τέτοιου είδους στοιχεία είναι αδύνατη, χρησιμοποιήθηκαν τα οφειλόμενα στο αλκοόλ κλάσματα για τις οξείες καταστάσεις, όπως παρουσιάζονται στη μελέτη των Rehm et al. (2004). Τα οφειλόμενα στο αλκοόλ ποσοστά υπολογίζονται με βάση τη μέση κατανάλωση αλκοόλ και το δείκτη θνησιμότητας λόγω ατυχημάτων, όπως προκύπτει από τη Συγκριτική Αξιολόγηση των Κινδύνων της μελέτης του ΠΟΥ για τις Παγκόσμιες Επιπτώσεις της Ασθένειας, όπου η Εσθονία ανήκει στην κατηγορία EUR-C.

Κάπνισμα

Επιδημιολογικές μελέτες έχουν επιβεβαιώσει ότι το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου, καρδιαγγειακών παθήσεων και αναπνευστικών προβλημάτων. Η παρούσα μελέτη εκτιμά το κόστος των σχετιζόμενων με το κάπνισμα ασθενειών, όπου μεταξύ του καπνίσματος και της εμφάνισης της ασθένειας υπάρχει επαρκώς αιτιώδης σχέση που βασίζεται στην μετα-ανάλυση των English et al. (1995). Το κάπνισμα, εκτός από την αρνητική επίδραση που έχει στην υγεία του ίδιου του καπνιστή, επίδρά αρνητικά και στην υγεία των μελών της οικογένειάς του, αποτελώντας μία από τις κύριες αιτίες του συνδρόμου του ξαφνικού βρεφικού θανάτου, καθώς και της εμφάνισης στα παιδιά μέσης ωτίτιδας και αναπνευστικών προβλημάτων (άσθμα). Για τους παθητικούς καπνιστές, χρησιμοποιήθηκαν τα οφειλόμενα στο κάπνισμα ποσοστά, όπως προέκυψαν από τις μελέτες των English et al. (1995) και Mathers et al. (1999). Η αρνητική επίδραση του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, είναι επίσης γνωστή. Μια από τις κυριότερες συνέπειες που σχετίζεται με το κάπνισμα σε εγκυμονούσες ηλικίας 25-34 ετών είναι η γέννηση ελλειποβαρών νεογνών.

Η σχετιζόμενη με το κάπνισμα νοσηρότητα και θνησιμότητα εκτιμάται χρησιμοποιώντας διαφορετική μεθοδολογία εξ αιτίας της μεγάλης χρονικής υστέρησης ανάμεσα στην έκθεση στους παράγοντες κινδύνου και στην εκδήλωση συγκεκριμένων ασθενειών, όπως είναι ο καρκίνος και η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθια. Γι αυτό το λόγο, ο υφιστάμενος επιπολασμός του καπνίσματος στον πληθυσμό δεν περιγράφει επαρκώς την επίδραση της μακροχρόνιας συνήθειας του καπνίσματος, προ δεκαετιών, στα σημερινά επίπεδα επιβάρυνσης των ασθενειών. Επομένως, στην περίπτωση των καρκίνων και των άλλων χρόνιων ασθενειών ο επιπολασμός αντικαθίσταται από τον δείκτη επίπτωσης του καπνίσματος (Smoking Impact Ratio) όπως αναπτύχθηκε από τους Peto και Lopez (1992). Για τον υπολογισμό των οφειλόμενων ποσοστών χρησιμοποιήθηκαν, πέραν των στοιχείων επιπολασμού, και οι σχετικοί κίνδυνοι που προκύπτουν από τη μελέτη των English et al. (1995).

Χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών

Στηριζόμενοι στην υπάρχουσα γνώση είναι δύσκολο να γίνουν εκτιμήσεις για το κόστος των ασθενειών που σχετίζονται με την ανθυγιεινή διατροφή. Ο λόγος είναι ότι οι επιλογές μας, σε ό,τι αφορά την ανθυγιεινή διατροφή, όπως η πρόσληψη υψηλών ποσοτήτων αλατιού και λίπους και οι επιπτώσεις τους στην υγεία δεν σχετίζονται άμεσα (Mathers et al. 1999). Επιπλέον, οι πληροφορίες σχετικά με τις συνήθειες διατροφής των κατοίκων της Εσθονίας είναι σπάνιες. Επομένως, στην παρούσα μελέτη μόνο το οικονομικό κόστος που σχετίζεται με την ανεπαρκή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, υπολογίζεται. Η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων φρούτων και λαχανικών είναι μία από τις βασικές παραμέτρους της ισορροπημένης και υγιούς διατροφής που μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης όλων των μορφών καρκίνου και των

ισχαιμικών καρδιαγγειακών επεισοδίων (Law & Morris 1998, Ness & Powles 1997, Lock et al. 2004). Η συνιστώμενη ποσότητα φρούτων και λαχανικών είναι πέντε μερίδες την ημέρα, με την κατά μέσο όρο ποσότητα ανά μερίδα να είναι 80 γραμμάρια (World Cancer Research Fund 1997).

Τα οφειλόμενα ποσοστά των ασθενειών που σχετίζονται με τη χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών υπολογίστηκαν με βάση τους σχετικούς κινδύνους, όπως προκύπτουν από τη μελέτη της Αυστραλίας για την επιβάρυνση των ασθενειών (Mathers et al. 1999). Παρόμοιοι σχετικοί κίνδυνοι χρησιμοποιήθηκαν στην Εθνική Μελέτη της Εσθονίας για την Επιβάρυνση των Ασθενειών (Lai et al. 2005). Ο επιπολασμός της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών κατά ηλικία και φύλο προέκυψε από τη μελέτη της Εσθονίας για τη Συμπεριφορά των Ενήλικων πολιτών σε θέματα Υγείας (Veideman & Tekkel 2006).

Μειωμένη σωματική άσκηση

Η σπουδαιότητα της σωματικής άσκησης είναι ευρέως αποδεκτή. Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι η μέτρια σωματική άσκηση αποτελεί σημαντικό παράγοντα πρόληψης έναντι των καρδιαγγειακών παθήσεων, του διαβήτη και της κατάθλιψης. Η άσκηση μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης μυοσκελετικών προβλημάτων και ορισμένων μορφών καρκίνου (Bull et al. 2004).

Βάσει αναγνωρισμένων επιστημονικών οδηγιών (Physical activity and health: a report of the Surgeon General, 1996), η σωματική άσκηση κατηγοριοποιείται σε τρία επίπεδα: 1) σωματικά ενεργός, 2) ακανόνιστα σωματικά ενεργός και 3) μη σωματικά ενεργός. Επειδή τα πρότυπα συμπεριφοράς των Εσθονών πολιτών, σε σχέση με τη σωματική άσκηση δε ταιριάζουν ακριβώς και τις κατηγοριοποιήσεις όπως ορίστηκαν από τους Garret et al. (2004), τα επίπεδα σωματικής άσκησης, στην παρούσα μελέτη, έχουν ελάχιστα τροποποιηθεί. Τα στοιχεία που αφορούν τους σχετικούς κινδύνους προέρχονται από τους Garret et al. (2004).

Στην παρούσα μελέτη, χρησιμοποιήθηκαν οκτώ διαφορετικές ιατρικές παθήσεις, οι οποίες σχετίζονται με την ανυπαρξία σωματικής άσκησης, οι σχετικοί κίνδυνοι των οποίων προέρχονται από την ανάλυση των Garret et al. (2004). Επίσης, σε ορισμένες μελέτες εκτίμησης των επιπτώσεων των ασθενειών και μελέτες οικονομικής αξιολόγησης λαμβάνεται ως δεδομένο ότι το 50% του πόνου στην πλάτη αποδίδεται στην έλλειψη σωματικής άσκησης (Mathers et al. 1999). Άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι οι σχετικοί κίνδυνοι των καρδιαγγειακών ασθενειών είναι μικρότεροι μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων, γεγονός που σημαίνει ότι η σωματική άσκηση δεν έχει μεγάλη προληπτική επίδραση. Προκειμένου να μην υπερεκτιμηθεί το κόστος των σχετιζομένων με τη σωματική άσκηση ασθενειών, οι σχετικοί κίνδυνοι των καρδιαγγειακών ασθενειών και του διαβήτη μειώθηκαν στο μισό, για τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών (Mathers et al. 1999, Lai et al. 2005).

Υπερβολικό βάρος και Παχυσαρκία

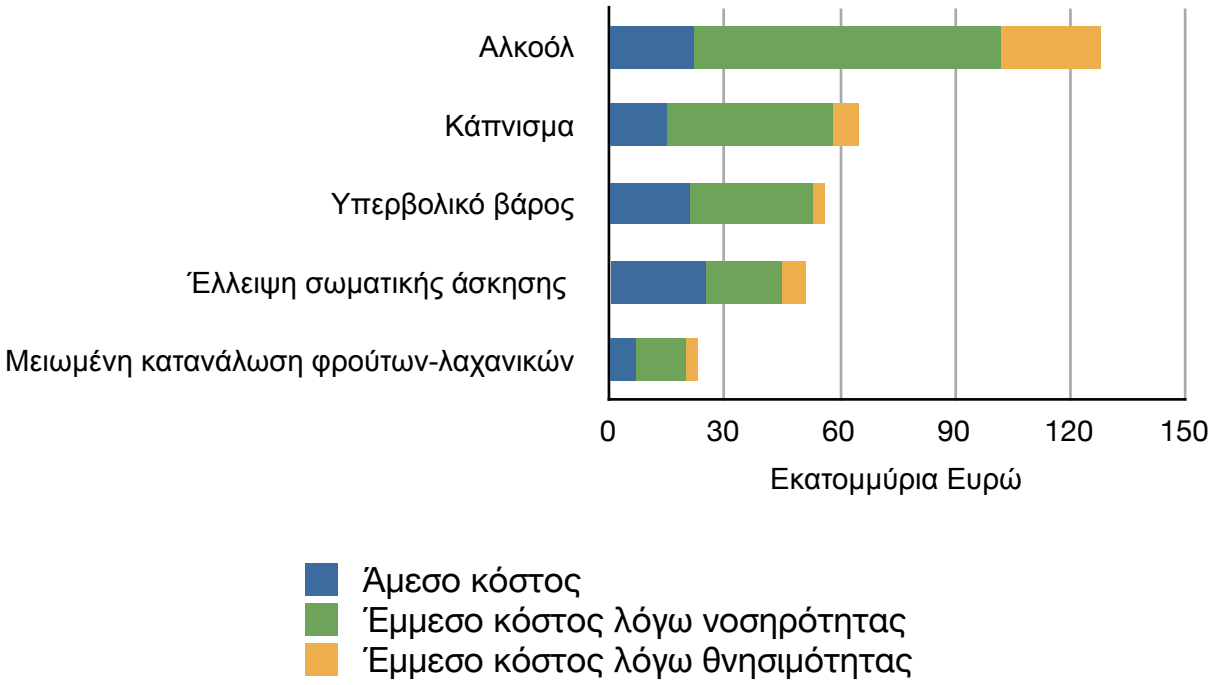
Το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία είναι ευρέως γνωστά ως παράγοντες κινδύνου για πολλές θανατηφόρες ασθένειες, αλλά και για διάφορες χρόνιες ασθένειες, όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ο διαβήτης και το εγκεφαλικό. Το να είναι κάποιος υπέρβαρος ή παχύσαρκος ορίζεται σύμφωνα με τον δείκτη μάζα σώματος (ΔΜΣ). Ο ΠΟΥ έχει ορίσει τα όρια για να είναι κάποιος υπέρβαρος μεταξύ των τιμών 25-29,99 και για την παχυσαρκία, άνω του 30 (BMI Classification, 2009).

Στην παρούσα μελέτη, το υπερβολικό βάρος σχετίζεται με τα κακοήθει νεοπλάσματα, τις καρδιαγγειακές ασθένειες, τον μη εξαρτώμενο από την ινσουλίνη διαβήτη, την οστεοαρθρίτιδα και τις ασθένειες της χοληδόχου κύστεως. Οι σχετικοί

κίνδυνοι προέρχονται από την Αυστραλιανή μελέτη για την επιβάρυνση των ασθενειών (Mathers et al. 1999), διότι η συγκεκριμένη μελέτη λαμβάνει υπόψη την επίδραση του υπερβολικού βάρους στην επιβάρυνση των ασθενειών και δεν επικεντρώνεται μονάχα στο πρόβλημα της παχυσαρκίας. Παρόμοιοι σχετικοί κίνδυνοι έχουν χρησιμοποιηθεί στην Εθνική Μελέτη για την Επιβάρυνση των Ασθενειών στην Εσθονία (Lai et al, 2005). Οι κατηγορίες των παραγόντων κινδύνου ανταποκρίνονται στην μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Εσθονία, με τη χρήση ερωτηματολογίων, για τις Συμπεριφορές Υγείας, από όπου και προέρχονται οι δείκτες επιπολασμού για το υπερβολικό βάρος και την παχυσαρκία του πληθυσμού (Veidenbaum & Tekkel 2006).

Αποτελέσματα

Η ανάλυση της παρούσας μελέτης δείχνει ότι το 2006, ο παράγοντας κινδύνου με την μεγαλύτερη οικονομική επίπτωση στην Εσθονία είναι η κατανάλωση αλκοόλ (Διάγραμμα 1), η επίπτωση του οποίου εκτιμάται στα €128 εκατομμύρια (περίπου 1% του ΑΕΠ της χώρας, το 2006). Μετά την κατανάλωση του αλκοόλ ακολουθεί το κάπνισμα, όπου η οικονομική του επίπτωση εκτιμάται στα €80 εκατομμύρια, το υπερβολικό βάρος με την επίπτωσή του να εκτιμάται στα €55 εκατομμύρια, η απουσία σωματικής άσκησης με την οικονομική επίπτωση να υπολογίζεται στα €50 εκατομμύρια και τέλος, η μη επαρκής κατανάλωση φρούτων και λαχανικών με την οικονομική επίπτωση να εκτιμάται στα €22 εκατομμύρια. Σύμφωνα λοιπόν με την μεθοδολογία, τα οφειλομένα στους διαφορετικούς παράγοντες κινδύνου ποσοστά των ασθενειών εκτιμούνται το κάθε ένα ξεχωριστά, άρα οι οικονομικές επιπτώσείς τους, εκτιμώμενοι σε νομισματικούς όρους, δεν μπορούν να προστεθούν.

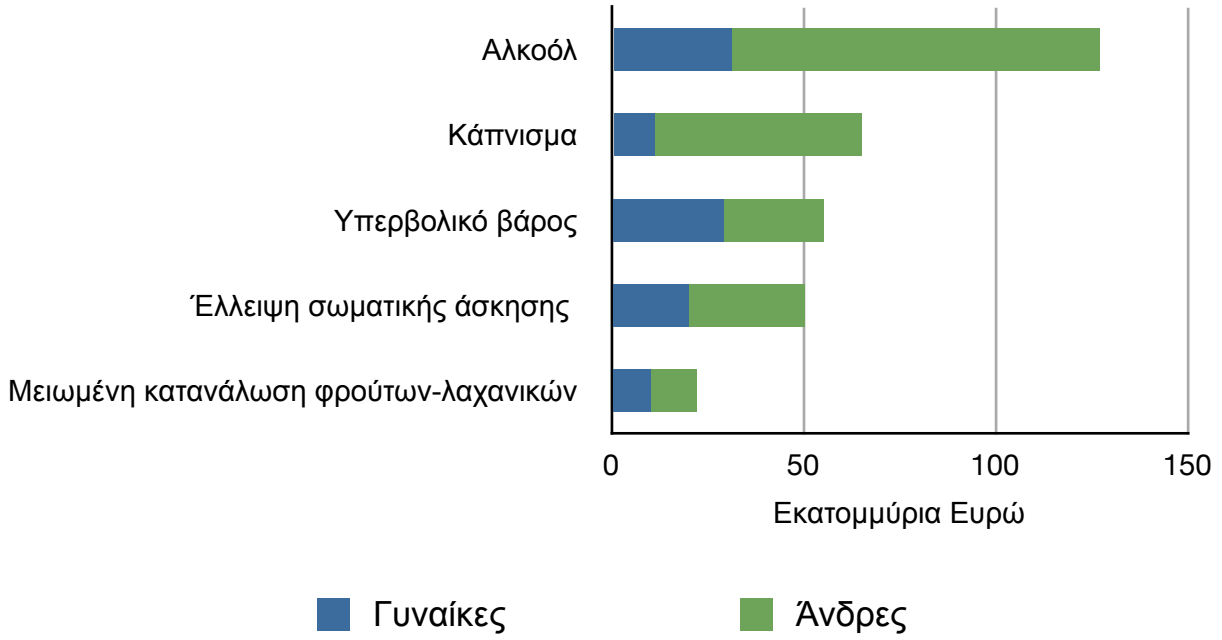


Διάγραμμα 1 Το οικονομικό κόστος των κυριότερων κινδύνων για την υγεία ανά κατηγορία κόστους σε εκατομμύρια Ευρώ, 2006

Η χαμένη παραγωγικότητα λόγω της νοσηρότητας αποτελεί τη μεγαλύτερη οικονομική επίπτωση για την πλειοψηφία των παραγόντων κινδύνου (εξαίρεση αποτελεί ο κίνδυνος της απουσίας σωματικής άσκησης). Η οικονομική επίπτωση αποτελεί το 57-66% του συνολικού κόστους για κάθε έναν από τους παράγοντες κινδύνου για την υγεία. Η κατανάλωση αλκοόλ επιφέρει τη μεγαλύτερη επίπτωση στην παραγωγικότητα. Πιο συγκεκριμένα, αποτελεί τον κυριότερο παράγοντα κινδύνου για εμφάνιση φαινόμενων νοσηρότητας και θνησιμότητας, που προκαλούν υψηλά επίπεδα χαμένης παραγωγικότητας. Χάνονται €26 εκατομμύρια εξαιτίας της θνησιμότητας και €80 εκατομμύρια λόγω της νοσηρότητας. Η θνησιμότητα λόγω κατανάλωσης αλκοόλ αποτελεί το 34% της συνολικής πρώιμης θνησιμότητας που σχετίζεται με την χαμένη παραγωγικότητα, στην Εσθονία. Το κάπνισμα, με €50 εκατομμύρια οικονομική επίπτωση αποτελεί τη δεύτερη σημαντικότερη αιτία δημιουργίας έμμεσου κόστους. Ωστόσο, €43 εκατομμύρια οικονομικής επιβάρυνσης που συνδέονται με την απώλεια παραγωγικότητας οφείλονται στη νοσηρότητα λόγω του καπνίσματος και €15 εκατομμύρια στη θνησιμότητα από το τσιγάρο. Το έμμεσο κόστος που συνδέεται με τη θνησιμότητα είναι η κατηγορία κόστους με τη μικρότερη αναλογία στη συνολική οικονομική επιβάρυνση, για όλους τους παράγοντες κινδύνου, αποτελούμενο μονάχα το 5-13%. Παρόλα αυτά, η οικονομική επίπτωση λόγω της θνησιμότητας που οφείλεται στην κατανάνωση αλκοόλ, τελικά, εκτιμάται περίπου στο 20% του συνολικού κόστους, διότι στο αλκοόλ οφείλεται μεγάλος αριθμός των πρώιμων θανάτων νεαρών ατόμων, προκαλώντας μεγαλύτερες επιπτώσεις στην χαμένη παραγωγικότητα.

Η σωματική αδράνεια αποτελεί τον πιο δαπανηρό παράγοντα κινδύνου για την υγεία - το 2006, δαπανήθηκαν €25 εκατομμύρια για την αντιμετώπιση των σχετιζομένων με τη σωματική αδράνεια προβλημάτων υγείας, ποσοστό που αποτελεί το 7% των συνολικών δαπανών υγείας που χρηματοδοτήθηκαν από το Ταμείο Ασφάλισης Υγείας της Εσθονίας (EHIF). Η κατανάλωση αλκοόλ και το υπερβολικό βάρος έχουν παρόμοια επίπτωση στις δαπάνες υγείας, με €22 και €21 εκατομμύρια, αντίστοιχα.

Η εμφάνιση των τεσσάρων εκ των πέντε παραγόντων κινδύνου στους άνδρες (Διάγραμμα 2) επιφέρει μεγαλύτερη οικονομική επιβάρυνση στο σύστημα υγείας της χώρας της Εσθονίας, απ' ότι η εμφάνιση των ίδιων παραγόντων στις γυναίκες. Εξαίρεση αποτελεί, ο παράγοντας κινδύνου του υπερβολικού βάρους, ο οποίος επιβαρύνει, οικονομικά, περισσότερο το σύστημα υγείας όταν εμφανίζεται στις γυναίκες παρά όταν αφορά τους υπέρβαρους και παχύσαρκους άνδρες. Το γεγονός αυτό θα μπορούσε να εξηγηθεί διότι οι άνδρες έχουν γενικά μια πιο ανθυγιεινή συμπεριφορά σε σχέση με τις γυναίκες. Πιο συγκεκριμένα, τα επίπεδα της κατανάλωσης αλκοόλ και του καπνίσματος είναι υψηλότερα για τους άνδρες. Επίσης, οι επιπτώσεις, σε σχέση με τη χαμένη παραγωγικότητα, είναι μεγαλύτερες στους άνδρες παρά στις γυναίκες, λόγω των υψηλότερων απολαβών και των καλύτερων ποσοστών εργασίας. Πέραν των επιπτώσεων στα επίπεδα παραγωγικότητας, παρατηρείται ότι για τη θεραπεία των παθογόνων καταστάσεων, λόγω των προαναφερθέντων παραγόντων κινδύνου στους άνδρες απαιτούνται υψηλότερες δαπάνες υγείας απ' ότι για τη θεραπεία των ίδιων καταστάσεων στις γυναίκες. Για παράδειγμα, σε ότι αφορά τη θεραπεία των βλαβερών επιπτώσεων του καπνίσματος στους άνδρες, το κόστος είναι κατά 80% υψηλότερο σε σχέση με αυτό των γυναικών. Για τους υπόλοιπους παράγοντες κινδύνου, το επιπλέον κόστος που απαιτεί η θεραπεία των σχετικών με αυτούς ασθενειών, στους άνδρες, κυμαίνεται μεταξύ 48% και 69%.



Διάγραμμα 2. Το οικονομικό κόστος των κυριότερων παραγόντων κινδύνου κατά φύλο σε εκατομμύρια Ευρώ, 2006

Συμπεράσματα

Ο μη υγιεινός τρόπος ζωής προκαλεί σημαντικές οικονομικές επιπτώσεις στην Εσθονία. Τα ευρήματα της μελέτης επιβεβαιώνουν το σημαντικό κόστος ευκαιρίας του ανθυγιεινού τρόπου ζωής, παρόλο που δεν συνυπολογίζονται όλοι οι παράγοντες του κόστους. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν σημαντικές δυνατότητες εξοικονόμησης, μέσω της βελτίωσης του τρόπου ζωής του πληθυσμού. Οι τρεις κυριότεροι κίνδυνοι για την υγεία στους οποίους θα πρέπει να επικεντρωθούν όλες οι προσπάθειες των διαμορφωτών της πολιτικής για αποκλιμάκωση των επιπτώσεων τόσο στην οικονομία όσο και στην κοινωνία είναι το αλκοόλ, το κάπνισμα και η σωματική άσκηση. Αυτή η προσπάθεια είναι ιδιαιτέρως σημαντική διότι οι έως τώρα επενδύσεις στον τομέα της πρόληψης των προαναφερθέντων κινδύνων ελάχιστα συνδέθηκαν με το οικονομικό κόστος και την επιβάρυνσή τους στην κοινωνία. Κατά την διάρκεια του σχεδιασμού και της εφαρμογής των όποιων πολιτικών προς αυτήν την κατεύθυνση, θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη η υψηλότερη οικονομική επιβάρυνση θεραπείας των σχετιζομένων με τους προαναφερθέντες κινδύνους ασθενειών στους άνδρες, σε σχέση με τις γυναίκες.

Για να μπορέσουν να χρησιμοποιηθούν τα αποτελέσματα των μελετών κόστους-ασθένειας στη διαδικασία του σχεδιασμού της πολιτικής και του καθορισμού των στόχων/προτεραιοτήτων θα πρέπει να ληφθούν υπόψη ορισμένοι μεθοδολογικοί περιορισμοί. Επίσης, οι διαμορφωτές της πολιτικής, θα πρέπει να συνεκτιμήσουν ότι η κατηγορία του άμεσου κόστους περιέχει μικρότερο βαθμό αβεβαιότητας από ό,τι η κατηγορία του έμμεσου κόστους, διότι βασίζεται στη χρησιμοποίηση πραγματικών παραγωγικών συντελεστών.

Από την άλλη πλευρά, οι εκτιμήσεις για τα εφ όρου ζωής χαμένα εισοδήματα βασίζονται σε αρκετές υποθέσεις, οι οποίες συνεχώς μεταβάλλονται. Εξ αιτίας του μεγάλου χρονικού διαστήματος που μεσολαβεί ανάμεσα στην έκθεση στον επιβλαβή παράγοντα κινδύνου για την ανθρώπινη υγεία και στην εμφάνιση της ασθένειας, η χρήση του επιπολασμού για μια ορισμένη χρονική στιγμή δεν είναι η πιο κατάλληλη μέθοδος για να εκτιμήσει την επίπτωση μιας ασθένειας, η οποία προκλήθηκε από

έναν παράγοντα κινδύνου που έκανε την εμφάνισή του στο παρελθόν. Το προαναφερθέν πρόβλημα αποφεύγεται μονάχα στην περίπτωση του καπνίσματος.

Άλλα μεθοδολογικά προβλήματα αφορούν το ότι λόγω των πιθανών συν-επιδράσεων των παραγόντων κινδύνου για την υγεία, το οικονομικό κόστος των διαφορετικών παραγόντων κινδύνων δεν μπορεί να αθροιστεί. Συνεπώς, στην περίπτωση ορισμένων ασθενειών, πιθανώς να υπάρχουν αλληλοκαλυπτόμενα κόστη. Στην παρούσα μελέτη, το μεγαλύτερο ίσως πρόβλημα αλληλοκαλυπτόμενου κόστους είναι μεταξύ των καρδιαγγειακών ασθενειών και κάποιων μορφών καρκίνου. Παρόμοια προβλήματα προκύπτουν και σε άλλες μελέτες για τις επιπτώσεις των ασθενειών, όπως αυτή για την Εσθονία (Lai et al. 2005), την Αυστραλία (Mathers et al. 1999) και τη Μελέτη για τις Παγκόσμιες Επιπτώσεις των Ασθενειών (WHO 2002).

Ένα από τα μεθοδολογικά προβλήματα των μελετών μέτρησης του κοινωνικού κόστους είναι ότι δίνουν έμφαση στο τωρινό κόστος και δεν λαμβάνουν υπόψη τα μελλοντικά δυνητικά κόστη τα οποία θα μπορούσαν να προκύψουν και να αναδείξουν την πραγματική εξοικονόμηση χρημάτων η οποία προκύπτει, λόγω της ύπαρξης των παραγόντων κινδύνου. Η έννοια του μελλοντικού κόστους αναφέρεται στα κόστη που θα μπορούσαν να έχουν συμβεί αν δεν υπήρχαν οι παράγοντες κινδύνου. Για παράδειγμα, εάν ένα άτομο πεθάνει εξ αιτίας ενός ατυχήματος το οποίο να σχετίζεται με το αλκοόλ, θα υπήρχε περισσότερο ή λιγότερο κόστος για μια κοινωνία εάν αυτό το άτομο είχε ζήσει μέχρι τα βαθιά γεράματα, πάσχοντας από μια χρόνια ασθένεια που θα ήταν πολύ κοστοβόρα; (Baumberg 2006).

Παρόλα αυτά και ασχέτως των μεθοδολογικών περιορισμών που έχει η παρούσα μελέτη, αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο για τους ασκούντες την πολιτική της υγείας επειδή βοηθά στο να κατανοηθούν στο σύνολό τους οι κοινωνικοί πόροι, που μια κοινωνία ξοδεύει εξ αιτίας των εσφαλμένων συμπεριφορών σε θέματα παραγόντων κινδύνου για την υγεία και οι οποίοι θα μπορούσαν να κατανεμηθούν αλλού, εάν τα άτομα έκαναν άλλες επιλογές, πιο υγιεινές, τρόπου ζωής. Επομένως, οι επενδύσεις για την προώθηση της πρόληψης και της ενθάρρυνσης πιο υγιεινών συμπεριφορών περιέχουν εν δυνάμει οικονομικά οφέλη, όπως μικρότερες δαπάνες υγείας και πιο υγιείς ανθρώπους.

Βιβλιογραφία

Baumberg B (2006). The global economic burden of alcohol: a review and some suggestions. Drug and Alcohol Review 25(6): 537-551.

Bull FC, TP Armstrong, T Dixon, S Ham, A Neiman & M Pratt. (2004). Physical inactivity. In: Ezzati M, Lopez A. D, Rodgers A, Murray C. (eds) Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors. 728-881. Geneva: WHO.

Corrao G, V Bagnardi A Zambon & C La Vecchia (2004). A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. Preventive Medicine 38:613–619.

Corrao G, V Bagnardi, A Zambon & S Arico. (1999). Exploring the dose response relationship between alcohol consumption and the risk of several alcohol-related conditions: a meta-analysis. Addiction 94(10):1551-1573.

English DR, CDJ Holman & E Milne (1995). The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia. Canberra: Commonwealth Dep of Human Services and Health.

Garrett N, M Brasure, K Schmitz, M Schultz & M Huber (2004). Physical inactivity: Direct cost to a health plan. American Journal of Preventive Medicine 27(4):304-309.

Gold MR, JE Siegal & LG Russell (1996). Cost Effectiveness in Health and Medicine. Oxford: Oxford University Press.

Gutjahr E & Gmel G (2001a). Defining alcohol-related fatal medical conditions for social-cost studies in Western societies: an update of the epidemiological evidence. Journal of Substance Abuse 13:239–264.

Gutjahr E, G Gmel & J Rehm (2001b). Relation between average alcohol consumption and disease: An overview. European Addiction Research, 7: 117–127.

Hein P, E Ahermaa, K Martens, I Saar, M Josing & P Liivaauk. (2008). Alkohol: turg, tarbimine ja kahjud Eestis. Tallinn: Eesti Konjunktuuriinstituut.

Hessel F (2008). Cost of illness – Costing. Encyclopedia of Public Health. S.l: Springer-Verlag, 172-176.

Hodgson TA & MR Meiners (1982) Cost-of-illness methodology: a guide to current practices and procedures. Milbank Memorial Fund Q Health Soc 60:429–462.

Jones L, MA Bellis, D Dedman, H Sumnall & K Tocque (2008). Alcohol-attributable fractions in England: alcohol-attributable mortality and hospital admissions. Liverpool: John Moores University North West Public Health Observatory.

Juel K, H Størensen & H Brønnum-Hansen (2007). Risk factors and public health in Denmark. Summary report. Copenhagen: National Institute of Public Health, University of Southern Denmark.

Lai T, K Vals & R Kiivet (2005). Burden of Disease in Estonia: burden of disease and health risks. Tallinn: Ministry of Social Affairs. Tallinn: Sotsiaalministeerium. Avalable at http://213.184.49.171/www/gpweb_est_gr.nsf/HtmlPages/RiskiKoormus2004/$file/RiskiKoormus2004.pdf [20.01.2009] [In Estonian].

Law M & J Morris (1998). By how much does fruit and vegetable consumption reduce the risk of ischaemic heart disease? European Journal of Clinical Nutrition 52:549–556.

Lock K, J Pomerleau, L Causer & M McKee (2006). Low fruit and vegetable consumption. In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray C. (eds) Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors. 597-728. Geneva: WHO.

Magnus A & M Bensberg (2000). Southern Metropolitan Burden of Disease Study: Mortality and Morbidity. Melbourne: Department of Human Services and Southern Health Care Network.

Manning W, E Keeler, J Newhouse, E Sloss & J Wasserman (1991). The Costs of Poor Health Habits. Cambridge, London: Harvard University Press.

Mathers C, T Vos & C Stevenson (1999). The Burden of disease and injury in Australia. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.

Ness AR & JW Powles (1997). Fruit and vegetables, and cardiovascular disease: a review. International Journal of Epidemiology 26:1–13.

Peto R, AD Lopez, J Boreham, M Thun & C Jr Heath (1992). Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. Lancet, 339:1268–78.

Physical activity and health: a report of the Surgeon General (1996). Atlanta: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.

Rehm J, R Room, K Graham, M Monteiro, G Gmel & CT Sempros (2003). The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. Addiction 98:1209-1228.

Rehm J, R Room, M Monteiro, G Gmel & K Graham (2004). Alcohol use. In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray C (eds) Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors. 959-1108. Geneva: WHO.

Rice DP, TA Hodgson & A Kopstein (1985). Economic cost of illness: replication and update. Healthcare Financing Review 7:61-80.

Ridolfo B & C Stevenson (2001). The Quantification of Drugcaused Mortality and Morbidity in Australia 1998. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.

Saar I (2009). The Social Costs of Alcohol Misuse in Estonia. European Addiction Research 15(1):56-62.

Segel J (2006). Cost-of-Illness Studies—A Primer. RTI International, RTI-UNC Center of Excellence in Health Promotion Economics. Available at http://www.rti.org/pubs/coi_primer.pdf [25.01.2009]

Shultz JM, DP Rice, DL Parker, RA Goodman, G Stroh & N Chalmers (1991). Quantifying the disease impact of alcohol with ARDI software. Public Health Reports 106:443–450.

Single E, L Robson X Xie & J Rehm (1996). The costs of substance abuse in Canada. Ottawa, Ontario: Canadian Centre on Substance Abuse.

Single E, L Robson, J Rehm & X Xie (1999). Morbidity and mortality attributable to alcohol, tobacco,and illicit drug use in Canada. American Journal of Public Health 89:385–390.

Sjögren H, A Eriksson, G Brostrom & K Ahkm (2000) Quantification of alcohol-related mortality in Sweden. Alcohol and Alcoholism 35:601–611.

Sturm R (2002). The effects of obesity, smoking, and drinking on medical problems and costs. Health Affairs. 21:245–253.

Taal A, R Kiivet & T-W Hu (2004). The economics of tobacco in Estonia. Health, Nutrition and Population. (HNP) Discussion Paper no 19. Washington: Worldbank.

Walter SD (1976). The estimation and interpretation of attributable risk in health research. Biometrics 32:829–849.

Veideman T & M Tekkel (2007). Health Behavior among Estonian Adult Population, 2006: weighted results. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.

WHO (2002). The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO.

WHO (2010) European health for all database (HFA-DB) Available at http://data.euro.who.int/hfadb/ [23.02.2010]

World Cancer Research Fund (1997). Food, nutrition and the prevention of cancer: a global perspective. Washington: American Institute for Cancer Research.

World Health Organisation (2009). BMI classification. Available at http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html [7.04.2009]

Υγεία για Όλους:
Από τις Κυρίαρχες Υποσχέσεις στη Νέα Πραγματικότητα

Κ. Γκανγκαντχαράν, Πανεπιστήμιο του Καννούρ, Ινδία

Εισαγωγή

Κατά τα τελευταία 25 χρόνια, οι ερευνητές του κλάδου δημόσιας υγείας, καθώς και οι γιατροί σε όλο τον κόσμο εξοικειώθηκαν με τον όρο *ανισοτήτες στον τομέα της υγείας*. Οι ανισότητες στην υγεία γίνονται γενικά κατανοητές ως οι διαφορές στην κατάσταση υγείας μεταξύ ομάδων ανθρώπων με διαφορετικά κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά. Τέτοια χαρακτηριστικά είναι η επαγγελματική κατάσταση, το επίπεδο εισοδήματος, δαπανών, πλούτου ή εκπαίδευσης, ή ακόμα τα οικονομικά χαρακτηριστικά του τόπου όπου οι άνθρωποι ζουν. Οι ανισότητες στον τομέα υγείας είναι, σύμφωνα με τον Braveman (2006), ένας ιδιαίτερος τύπος διαφοροποίησης ατόμων ή ομάδων ως προς την υγεία, που θα μπορούσε δυνητικά να διαμορφωθεί από πολιτικές επιλογές. Πρόκειται για μια διαφοροποίηση, χαρακτηριστικό της οποίας είναι ότι οι μειονεκτούσες κοινωνικές ομάδες έχουν συστηματικά χειρότερη υγεία ή αντιμετωπίζουν μεγαλύτερους κινδύνους για την υγεία τους από ό,τι η πιο ευνοούμενη κοινωνική ομάδα. Στην παρούσα εργασία, η ανισότητα αντιμετωπίζεται όχι μόνο βάσει της διαίρεσης της κοινωνίας σε κοινωνικές ομάδες, αλλά επίσης βάσει της περιοχής διαμονής και του φύλου του ατόμου. Στοιχεία από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) (WHO 2004) αποκαλύπτουν ότι μια γυναίκα στον Παναμά είναι 80 φορές πιθανότερο να πεθάνει από αίτια που σχετίζονται με τον τοκετό, απ' ότι μια γυναίκα στη Σουηδία. Ο Bellamy (2004) περιγράφει ότι ένα μωρό που γεννιέται στο Πακιστάν είναι 27 φορές πιθανότερο να πεθάνει κατά τη βρεφική ηλικία απ' ότι ένα μωρό που γεννιέται στη Σιγκαπούρη. Στοιχεία από την ORC Macro (2003) δείχνουν ότι στην Ινδονησία τα παιδιά που ανήκουν στο φτωχότερο 1/5 του πληθυσμού είναι 3,5 φορές πιο πιθανό να πεθάνουν πριν την ηλικία των πέντε ετών, απ' ότι τα παιδιά που ανήκουν στο πλουσιότερο 1/5 του πληθυσμού. Στη Βολιβία και την Αίγυπτο ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας (infant mortality rate, IMR) είναι τρεις φορές υψηλότερος στα βρέφη που γεννήθηκαν από μητέρες του φτωχότερου 1/5 του πληθυσμού, απ' ότι στα βρέφη που γεννιούνται από μητέρες από το πλουσιότερο 1/5 του πληθυσμού. Επίσης, στις ΗΠΑ, τα μωρά που γεννιούνται από μητέρες Αφρο-αμερικανικής καταγωγής έχουν διπλάσιες πιθανότητες να πεθάνουν πριν τα πρώτα τους γενέθλια απ' ότι τα μωρά που γεννιούνται από μητέρες Ευρω-αμερικανικής καταγωγής.

Τα παγκόσμια στοιχεία σχετικά με την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και την κατάσταση της υγείας υποδεικνύουν ότι παραμονεύουν ορισμένοι σοβαροί κινδύνοι τα επόμενα χρόνια. Το Πρόγραμμα των Ηνωμένων Εθνών για τον ιό HIV/AIDS (UN AIDS 2007) εκτιμά ότι υπάρχουν περίπου 32,8 εκατομμύρια άνθρωποι που ζουν με τον ιό HIV. Υπάρχουν 8,8 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις φυματίωσης (TB) και διαπιστώνονται 1,75 εκατομμύρια θάνατοι από φυματίωση. Κάθε χρόνο 1,6 εκατομμύρια άνθρωποι εξακολουθούν να πεθαίνουν από ασθένειες που σχετίζονται με τον πνευμονιόκοκκο[2], καθιστώντας τον τη

[2] Ο πνευμονιόκοκκος είναι ένα βακτήριο που προκαλεί σοβαρές λοιμώξεις όπως η μηνιγγίτιδα, η πνευμονία και η σηψαιμία. Στις αναπτυσσόμενες χώρες, ακόμη και τα μισά από τα παιδιά που λαμβάνουν ιατρική θεραπεία πεθαίνουν. Κάθε δεύτερο παιδί που επιζεί έχει κάποιο είδος αναπηρίας.

νούμερο ένα αιτία θανάτου που είναι αποτρέψιμη με εμβόλιο, παγκοσμίως (http://www.global issues). Περισσότερα από τα μισά θύματα είναι παιδιά. Η ελονοσία προκαλεί περισσότερες από 300 εκατομμύρια οξείες ασθένειες και τουλάχιστον ένα εκατομμύριο θανάτους, ετησίως. Περισσότεροι από μισό εκατομμύριο άνθρωποι, κυρίως παιδιά, πέθαναν από ιλαρά το 2003, παρόλο που ο αποτελεσματικός εμβολιασμός κοστίζει μόλις 0,30 δολάρια ανά άτομο, και το εμβόλιο είναι διαθέσιμο για περισσότερο από 40 χρόνια.

Η κοινωνική και οικονομική ανισότητα είναι επιβλαβής για την κατάσταση της υγείας κάθε κοινωνίας, ειδικότερα όταν η κοινωνία χαρακτηρίζεται από διαφορετικότητα, πολυπολιτισμικότητα, υπερπληθυσμό και υποβάλλεται σε ταχεία αλλά άνιση οικονομική ανάπτυξη. Τα δημόσια κέντρα υγείας στην Ινδία βρίσκονται σε κατάσταση που προκαλούν δυσαρέσκεια, δυσφορία και ενόχληση, ενώ αντί για την προώθηση της υγείας επιτυγχάνεται η προώθηση της αναπηρίας, της ασθένειας και του θανάτου. Η εργασία αυτή είναι μια προσπάθεια ανάδειξης των ανισοτήτων στην υγειονομική περίθαλψη που επικρατούν στην Ινδία και συνηγορεί υπέρ της ανάγκης για υγειονομική περίθαλψη χωρίς αποκλεισμούς.

Θεωρητικό Υπόβαθρο

Υπάρχει μια αδιαμφισβήτητη σχέση μεταξύ της κοινωνικής ισότητας, της κοινωνικής ένταξης και της υγείας. Η επίδραση της κοινωνικής ένταξης στην υγεία έχει τεκμηριωθεί από τον Cassel (1976) στη θεωρία της «κοινωνικής υποστήριξης» (theory of social support). Η επίδραση της κοινωνικής και οικονομικής ανισότητας στην υγεία είναι επίσης πολύ σημαντική. Η φτώχεια, η οποία είναι αποτέλεσμα της κοινωνικής και οικονομικής ανισότητας σε μια κοινωνία, είναι επιζήμια για την υγεία του πληθυσμού. Σύμφωνα με τον Wilkinson (1992) δεν είναι η απόλυτη στέρηση του εισοδήματος που έχει σημασία, αλλά η σχετική κατανομή του εισοδήματος.

Πολλές διεθνείς μελέτες έχουν τεκμηριώσει μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της ανισότητας στο εισόδημα και της θνησιμότητας (Shymo et al.1996, Pamuk et al. 1996). Σε μια μελέτη τους, οι Kennedy et al. (1996) αποκαλύπτουν ότι η ανισότητα φαίνεται να επηρεάζει άμεσα τη συνολική θνησιμότητα σε έναν δεδομένο πληθυσμό [$p < 0,05$]. Η ίδια μελέτη εκτιμά την ανισότητα του εισοδήματος με το Δείκτη Robin Hood, που είναι το τμήμα του εισοδήματος που πρέπει να ανακατανεμηθεί από τους πλούσιους στους φτωχούς για να επιτευχθεί οικονομική ισότητα. Αναφέρεται ότι 1% αύξηση του δείκτη οδήγησε σε 21,7 περισσότερους θανάτους ανά 100.000 πληθυσμό. Από την κατανομή των πόρων παγκοσμίως φαίνεται ότι το 90% του πληθυσμού συντηρείται με το 10% των πόρων της κοινωνίας, ενώ το 10% του πληθυσμού καταναλώνει το 90% των πόρων. Αυτό ονομάζεται επίσης σύνδρομο του «10 προς 90».

Ανισότητα στην Κατανομή των Πόρων για την Υγειονομική Περίθαλψη

Η ανισότητα στην υγειονομική περίθαλψη εξαιτίας της κοινωνικής τάξης, του φύλου και της γεωγραφικής περιοχής αποτελεί ένα παγκόσμιο πρόβλημα. Ωστόσο, η σοβαρότητά του είναι εντονότερη στις αναπτυσσόμενες χώρες (Πίνακας 1), όπου η δημόσια υγειονομική περίθαλψη χαρακτηρίζεται από δυσαρέσκεια, δυσφορία, αναπηρία, νοσηρότητα και θάνατο.

Η Ινδία είναι μια μεγάλη χώρα με πολυπολιτισμική κοινωνία, όπου το 72% του πληθυσμού είναι επικεντρωμένο στις αγροτικές περιοχές. Στις περιοχές αυτές η οδική σύνδεση, η διαθεσιμότητα πόσιμου νερού, η ηλεκτρική ενέργεια και άλλες βασικές παροχές είναι λιγοστές. Σύμφωνα με το Σύνταγμα της Ινδίας, η παροχή

ιατρο-φαρμακευτικής περίθαλψης από το δημόσιο τομέα αποτελεί κοινή ευθύνη μεταξύ της Κεντρικής Κυβέρνησης και των επιμέρους πολιτειών. Το δημόσιο σύστημα υγείας στην Ινδία διαχωρίζεται σε τρία επίπεδα: την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τη νοσοκομειακή περίθαλψη και την τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η διοικητική οργάνωση έχει ως εξής:

α) Μικρής Εμβέλειας Κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
β) Κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
γ) Κοινοτικά Κέντρα Υγείας.
δ) Επαρχιακά Νοσοκομεία.
ε) Νοσοκομεία Τριτοβάθμιας Περίθαλψης και Ειδικά Κέντρα Θεραπείας.

Πίνακας 1. Ανισότητες στην Υγεία στην Νότια Ασία

Χώρα	**Δείκτης Βρεφικής Θνησιμότητας**	**Προσδόκιμο Ζωής Α/Θ έτη**	**Ποσοστό Μητρικής Θνησιμότητας ανά 100.000 γεννήσεις ζώντων νεογνών**	**Συνολικό Ποσοστό Γονιμότητας**
Ινδία	58	63,9/66,9	301	2,9
Κίνα	32	70,6/74,2	56	1,72
Ιαπωνία	3	78,9/86,1	10	1,35
Δημοκρατία της Κορέας	3	74,2/81,5	20	1,19
Ινδονησία	36	66,2/69,9	230	2,25
Μαλαισία	9	71,6/76,2	41	2,71
Βιετνάμ	27	69,5/73,5	130	2,19
Μπανγκλαντες	52	63,3/65,1	380	3,04
Νεπάλ	58	62,4/63,4	740	3,40
Πακιστάν	73	64,0/64,3	500	3,87
Σρι Λάνκα	15	72,2/77,5	92	1,89

Πηγή: Government of India (2007), Health information of India, CBHI. State of World Population 2006.

Η Ινδία έχει 1.370.000 μικρής εμβέλειας Κέντρα Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, 28.000 εξωτερικά ιατρεία, 23.000 κέντρα πρωτοβάθμιας υγείας, 3.000 κοινοτικά κέντρα υγείας και περίπου 12.000 νοσοκομεία δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης. Το σύνολο των μονάδων μπορεί να φαίνεται μεγάλο ωστόσο οι περισσότερες από τις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης είναι σε δεινή κατάσταση με την έλλειψη προσωπικού να είναι εντονότερη στις αγροτικές περιοχές. Το 15% του πληθυσμού της χώρας δεν έχει πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη λόγω μη διαθεσιμότητας ή οικονομικών δυσχερειών. Δημόσια κέντρα υγειονομικής περίθαλψης εξαφανίζονται μέρα με τη μέρα λόγω της ραγδαίας αύξησης ιδιωτικών νοσοκομείων. Στοιχεία από την Εθνική Έρευνα Οικογενειακής Υγείας - III (NFHS 2005-06) αποκαλύπτουν τη συσχέτιση μεταξύ κοινωνικής κατάστασης και κατάστασης της υγείας. Η έρευνα αποκαλύπτει χαμηλά επίπεδα αντισύλληψης μεταξύ των κατώτερων κοινωνικών ομάδων και φυλών SCs και STs (Σ.τ.Μ. των επονομαζόμενων από το Σύνταγμα της Ινδίας Scheduled Castes, SCs και Scheduled Tribes, STs, τα μέλη των οποίων έχουν ιστορικά υποστεί διακρίσεις) σε σύγκριση τις ευνοημένες κοινωνικές ομάδες. Η περιορισμένη πρόσβαση σε μαιευτική και παιδιατρική φροντίδα υγείας γίνεται εμφανής από τα μειωμένα επίπεδα προγεννητικής φροντίδας και παροχής δημόσιων υπηρεσιών, καθώς και από την έλλειψη πλήρους κάλυψης με εμβολιασμό των κατώτερων κοινωνικών ομάδων. Ο νανισμός, η έλλειψη βάρους και η αναιμία σε παιδιά, καθώς και η αναιμία σε ενήλικες

συναντώνται σε μεγαλύτερο βαθμό στις κατώτερες κοινωνικές ομάδες. Ομοίως, τα στατιστικά στοιχεία δείχνουν σαφώς υψηλότερη νεογνική, μεταγεννητική, βρεφική, παιδική και κάτω των πέντε ετών θνησιμότητα για τις κατώτερες κοινωνικές ομάδες των SCs και STs. Τα προβλήματα προσβασιμότητας στην υγειονομική περίθαλψη ήταν υψηλότερα μεταξύ των κατώτερων κοινωνικών ομάδων. Η Εθνική Έρευνα για την Οικογενειακή Υγεία - ΙΙ (NFHS 1998-99) κατέγραψε επίσης μια παρόμοια εικόνα που αποδείκνυε χαμηλότερη προσβασιμότητα και χειρότερες στατιστικές για την κατάσταση υγείας των κατώτερων κοινωνικών ομάδων.

Οι πόροι υγειονομικής περίθαλψης στην Ινδία, ωστόσο, δεν είναι απλά επαρκείς, αλλά άφθονοι. Την τελευταία δεκαετία υπήρξε μια σαφής αύξηση των συνολικών πόρων υγειονομικής περίθαλψης καθώς και του εργατικού δυναμικού του κλάδου υγείας. Ο αριθμός των νοσοκομείων αυξήθηκε από 11.174 νοσοκομεία το 1991 (57% ιδιωτικά) σε 19.128 (78% ιδιωτικά) το 2005 (Government of India 2006). Στην αρχή του 11ου Στρατηγικού Σχεδίου, η χώρα είχε 1,25 εκατομμύρια γιατρούς και 0,8 εκατομμύρια νοσηλευτές, που μεταφράζεται σε έναν γιατρό ανά 1.800 άτομα. Αν ληφθούν υπόψη και άλλα παράλληλα συστήματα υγείας που λειτουργούν στη χώρα, όπως το Σύστημα Υγειας των Ιθαγενών (Indigenous System of Medicine - ISM) και η ομοιοπαθητική ιατρική, αναλογεί ένας γιατρός ανά 800 άτομα. Στην περίπτωση αυτή, ο στόχος της κυβέρνησης για έναν γιατρό ανά 1.500 άτομα (Government of India, 2002) όχι μόνο επιτυγχάνεται αλλά βελτιώνεται. Σε έναν απλό παρατηρητή αυτό το ποσοστό ίσως μοιάζει με ένα καλό ποσοστό, ωστόσο, μετά από περαιτέρω μελέτη, η άνιση κατανομή των πόρων γίνεται προφανής. Στις αγροτικές περιοχές, η αναλογία νοσοκομειακών κλινών ως προς τον πληθυσμό είναι 15 φορές χαμηλότερη από εκείνη στις αστικές περιοχές. Αντίστοιχα, η αναλογία των γιατρών ως προς τον πληθυσμό στις αγροτικές περιοχές είναι σχεδόν έξι φορές χαμηλότερη απ' ότι στις αστικές περιοχές (Government of India 2006). Επιπλεόν, η κατά κεφαλή δαπάνη υγείας είναι επτά φορές μικρότερη στις αγροτικές περιοχές, σε σύγκριση με τις αντίστοιχες δαπάνες της κυβέρνησης στις αστικές περιοχές. Αν και οι δαπάνες για υγειονομική περίθαλψη ανέρχονται στο 6% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ), η κρατική δαπάνη αποτελεί μόνο το 0,9% των συνολικών δαπανών. Οι πολίτες χρησιμοποιούν ίδιους πόρους για να καλύψουν το υπόλοιπο. Συνεπώς, μόνο το 17% επί του συνόλου δαπανών για την υγεία στη χώρα καλύπτεται από το κράτος, ενώ το 82% το καλύπτουν οι πολίτες από την τσέπη τους. Το συμπέρασμα είναι ότι το Ινδικό δημόσιο σύστημα υγείας είναι ανεπαρκέστατο και υποχρηματοδοτείται. Η μείωση των δημοσίων δαπαπών για την υγεία και οι αυξανόμενες ανισότητες στον τομέα της υγείας και της φροντίδας υγείας σημαίνουν το καμπανάκι του κινδύνου για τις περιθωριοποιημένες και κοινωνικά μειονεκτούσες ομάδες του πληθυσμού. Το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας στο φτωχότερο 20% του πληθυσμού είναι 2,5 φορές υψηλότερο από ότι στο πλουσιότερο 20% του πληθυσμού. Με άλλα λόγια, ένα βρέφος που γεννιέται σε μια φτωχή οικογένεια είναι δυόμιση φορές πιθανότερο να πεθάνει κατά τη βρεφική ηλικία, σε σχέση με ένα βρέφος που γεννιέται σε οικογένεια με καλύτερη οικονομική κατάσταση. Τα παιδιά που γεννήθηκαν σε φυλές είναι μιάμιση φορά πιθανότερο να πεθάνουν πριν από τα πέμπτα τους γενέθλια σε σύγκριση με τα παιδιά που γεννιούνται στις άλλες κοινωνικές ομάδες. Ακόμη, τα κορίτσια είναι μιάμιση φορά πιθανότερο να πεθάνουν πριν από τα πέμπτα τους γενέθλια, σε σύγκριση με τα αγόρια (NFHS III). Σύμφωνα με την Κυβέρνηση της Ινδίας (2001), παρατηρήθηκε σημαντική μεταβολή στην αναλογία κοριτσιών-αγοριών, έτσι από 945 κορίτσια ανά 1000 αγόρια το 1991, αυξήθηκαν σε 927 κορίτσια ανά 1000 αγόρια το 2001. Τα παιδιά ηλικίας κάτω των τριών ετών, στις μειονεκτούσες φυλές και κοινωνικές ομάδες των STs και SCs, έχουν διπλάσιες πιθανότητες

υποσιτισμού απ' ό,τι τα παιδιά σε άλλες κοινωνικές ομάδες. Ένα άτομο από τα φτωχότερα στρώματα του πληθυσμού (1/5 πιο φτωχό τμήμα), παρά τα περισσότερα προβλήματα υγείας, έχει έξι φορές λιγότερες πιθανότητες πρόσβασης σε νοσοκομείο από ένα άτομο από τα πλουσιότερα κοινωνικά στρώματα του πληθυσμού. Αυτό σημαίνει ότι οι φτωχοί δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν οικονομικά και να εξασφαλίσουν νοσηλεία στο νοσοκομείο για πολύ μεγάλο ποσοστό ιατρικών περιστατικών, ακόμα και όταν απαιτείται. Μια μητέρα που ανήκει σε φυλή έχει περισσότερο από 12 φορές μικρότερη πιθανότητα να γεννήσει με τη βοήθεια άτομου που έχει λάβει ιατρική εκπαίδευση (NFHS III). Παράλληλα, τα πρόσφατα μεταρρυθμιστικά μέτρα που έλαβε η χώρα στο πλαίσιο των πολιτικών του φιλελευθερισμού επιδείνωσαν την κατάσταση. Από την ανεξαρτησία της, η ινδική κυβέρνηση προσπάθησε να καθιερώσει ένα σύστημα υγείας κατά τις συστάσεις της επιτροπής Bhore, το 1946. Ο Banarji (1985) αποκαλύπτει ότι μια από τις βασικές κατευθυντήριες Αρχές της επιτροπής ήταν ότι κανένα άτομο δεν θα πρέπει να στερηθεί τη δέουσα ιατρική φροντίδα εξαιτίας της αδυναμίας του να πληρώσει για αυτήν. Η ταχεία διάλυση του δημόσιου συστήματος υγείας από τη μία πλευρά και η επέκταση του ιδιωτικού τομέα που πασχίζει μόνο για το κέρδος από την άλλη, ειδικότερα ως μέρος των πιέσεων από την Παγκόσμια Τράπεζα, προκαλεί όλο και μεγαλύτερη οικονομική επιβάρυνση σε τμήματα του πληθυσμού εξαιτίας της αύξησης των δαπανών υγείας των νοικοκυριών (Chandrasekher Ghosh & 2006). Αυτή η κατάσταση οδήγησε τελικά στην αδικία και την ανισότητα όσον αφορά την προσβασιμότητα και την προσιτότητα των υγειονομικών υπηρεσιών από τους κατοίκους αυτής της χώρας, καθώς και σε ότι αφορά την υπευθυνότητα των παρόχων της υγειονομικής περίθαλψης στην Ινδία.

Ανισότητα στην πρόσβαση σε Υπηρεσίες Φροντίδας Υγείας

Η καθολική πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη αποτελεί τον κανόνα για τις περισσότερες από τις ανεπτυγμένες χώρες και ορισμένες από τις αναπτυσσόμενες (Κούβα, Ταϊλάνδη και άλλες). Στοιχεία από την 52η διάσκεψη του Εθνικού Οργανισμού Δειγματοληπτικών Ερευνών της Ινδίας (NSSO) δείχνουν ότι το 33% των κατοίκων των αγροτικών περιοχών και το 10,4% των κατοίκων των αστικών περιοχών δεν λαμβάνουν καμία ιατρική φροντίδα στο τελικό στάδιο της ζωής τους. Από αυτούς για τους οποίους αναφέρθηκε ότι έχουν λάβει ιατρική βοήθεια, τουλάχιστον το 1/4 έλαβε βοήθεια από μη ειδικευμένους γιατρούς και επαγγελματίες άλλων συστημάτων ιατρικής. Αναλύοντας αυτά τα δεδομένα οι Gupta και Shankar (2007) καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι σε ένα περιστατικό θανάτου σε αγροτική περιοχή υπάρχει σχεδόν 11% μικρότερη πιθανότητα να παρασχεθεί ιατρική φροντίδα από ό,τι σε μια αστική περιοχή, ενώ άτομα που ανήκουν σε χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις έχουν 6% μικρότερη πιθανότητα να λάβουν ιατρική φροντίδα πριν το θάνατο. Η έκθεση της Εθνικής Επιτροπής για την Μακροοικονομική Πολιτική και την Υγεία - NCMH (2005), με τίτλο «Ισότιμη Ανάπτυξη και Υγιές Μέλλον» αναφέρει ότι «η πιθανότητα των φτωχών να ασθενήσουν είναι 2,3 φορές μεγαλύτερη από αυτή των πλουσίων, ενώ η διαφορά στο προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση αγγίζει τα 18 έτη: στην Κεράλα ανέρχεται στα 72 έτη, ενώ στην Μάντυα Πράντες στα 58. Αυτό αποκαλύπτει την έκταση των περιφερειακών ανισοτήτων που παρατηρούνται στην Ινδία λόγω της διαρκούς «αποσύνθεσης» του συστήματος υγείας.

Η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, στην Ινδία, προσδιορίζεται είτε από τις διαφοποιοίησεις στις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες μεταξύ των αστικών και αγροτικών περιοχών είτε από τις παρατηρούμενες ελλείψεις στις απαραίτητες δομές και ανθρώπινο δυναμικό, με τη δεύτερη αιτία να αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στο

πρόβλημα της προσβασιμότηατς στις υπηρεσίες υγείας. Για τους φτωχούς, η κυβέρνηση υποχρεούται να παρέχει «δωρεάν» ένα «ελάχιστο πακέτο κλινικών υπηρεσιών» κατά τις οδηγίες της Παγκόσμιας Τράπεζας (1993). Σύμφωνα με τον ΟΗΕ (2001), η μητρική θνησιμότητα είναι σαφώς υψηλότερη στις αγροτικές περιοχές εφόσον εκπαιδευμένο ιατρικό ή παραϊατρικό προσωπικό είναι παρόν σε λιγότερες γέννες, καθώς επίσης και επειδή η μεταφορά της γυναίκας, στην περίπτωση επιπλοκών είναι δύσκολη. Η δυσκολία στην πρόσβαση σε μονάδες υγειονομικής περίθαλψης λόγω γεωγραφικής περιοχής, μαζί με τις διακρίσεις λόγω φύλου, αποτελεί συνεπώς ένα σημαντικό παράγοντα που συμβάλλει στην αύξηση της μητρικής θνησιμότητας των γυναικών που ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές και ειδικότερα των γυναικών που ανήκουν σε διάφορες φυλές στην Ινδία.

Μια διαφορετική πτυχή του προβλήματος της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας παρατηρείται στην περίπτωση των «φτωχών των πόλεων». Στοιχεία από αστικές παραγκουπόλεις δείχνουν ότι τα ποσοστά βρεφικής και κάτω των πέντε ετών παιδικής θνησιμότητας για το φτωχότερο 40% του αστικού πληθυσμού είναι τόσο υψηλά όσο στις αγροτικές περιοχές. Οι κάτοικοι των πόλεων είναι εξαιρετικά ευάλωτοι σε μακρο-οικονομικές διαταραχές, καθώς οι τελευταίες υπονομεύουν τις ευκαιρίες βιοπορισμού και τους οδηγούν σε υποκατάσταση των βασικών τροφίμων με άλλα που είναι λιγότερο θρεπτικά και πιο φθηνά. Οι άνθρωποι στις αστικές παραγκουπόλεις πλήττονται ιδιαίτερα εξαιτίας της έλλειψης κατάλληλης στέγασης, επαρκούς υγιεινής και σωστής εκπαίδευσης. Ο Gangadharan (2005, 2008) περιγράφει επίσης ότι οι αστικές παραγκουπόλεις είναι χώρος προσέλκυσης ενός ευρέος φάσματος μολυσματικών ασθενειών που μπορούν εύκολα να εξαπλωθούν σε περιοχές με υψηλή συγκέντρωση πληθυσμού, όπου οι υπηρεσίες ύδρευσης και αποχέτευσης είναι ανύπαρκτες. Οι κακές συνθήκες στέγασης, η έκθεση σε υπερβολική ζέστη ή κρύο, οι ασθένειες, η μόλυνση του αέρα, του εδάφους και των υδάτων σε συνδυασμό με τους επαγγελματικούς κινδύνους επιδεινώνουν τους ήδη υψηλούς περιβαλλοντικούς κινδύνους για την υγεία των φτωχών αστών. Η έλλειψη ενός πλέγματος ασφαλείας και συστημάτων κοινωνικής προστασίας, όπως η ασφάλιση υγείας, καθώς και η έλλειψη δικαιωμάτων ιδιοκτησίας και κατοχής γης, συμβάλλουν περαιτέρω στην ευπάθεια της υγείας των φτωχών αστών. Αν και οι μονάδες υγειονομικής περίθαλψης συγκεντρώνονται σε υπερβολικό βαθμό στις αστικές περιοχές, η «κοινωνικο-οικονομική διάσταση» εμποδίζει την πρόσβαση των φτωχών των πόλεων σε αυτές.

Μια άλλη σημαντική δυσκολία ως προς την προσβασιμότητα στην υγεία σχετίζεται με τη διάκριση των φύλων. Λέγεται ότι η υγεία μιας κοινωνίας αντικατοπτρίζεται από την υγεία του γυναικείου πληθυσμού της. Αυτός ο παράγοντας έχει αγνοηθεί σε πολλές από τις νότιο-ασιατικές χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Ινδίας. Η διάκριση λόγω φύλου κάνει τις γυναίκες πιο ευάλωτες σε διάφορες ασθένειες και συνδέεται με τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα. Οι κοινωνικο-πολιτιστικές και οικονομικές προοπτικές των γυναικών στην Ινδία ειναι υποδεέστερες από αυτές των ανδρών. Οι γυναίκες στην Ινδία έχουν πολύ χαμηλές πιθανότητες να κερδίζουν κάποιο εισόδημα κάτι που μαρτυρούν και τα χαμηλά ποσοστά συμμετοχής τους στο εργατικό δυναμικό. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με την έλλειψη μηχανισμών ποστασίας συμβάλλουν στην κακή ποιότητα ζωής.

Πίνακας 2. Πρόσβαση σε Ιατρική Περίθαλψη σε Σημαντικές Πολιτείες της Ινδίας

Πολιτεία	ΔΒΘ*	Εξυπηρετούμενος πληθυσμός/ γιατρό	Εξυπηρετούμενος πληθυσμός/ κλίνη	Κατα κεφαλή δαπάνη υγείας			
				Δ**	Ι**	Σ**	ΔΔΥ (% ΣΔΥ)
Madhya Pradesh	76	Μ/Δ	3409	132	733	864	15,2
Orissa	75	7656	2874	134	449	582	23,0
Bihar	61	-	28959	92	687	779	11,8
Haryana	60	13284	3185	163	1408	1570	10,4
Gujarat	54	19332	1544	147	670	816	18,0
Jharkhand	50	23005	20133	146	Μ/Δ	Μ/Δ	Μ/Δ
Himachal Pradesh	49	Μ/Δ	845	493	812	1305	37,8
Tamil Nadu	37	7651	849	202	644	846	23,9
Kerala	14	10308	1172	240	1618	1858	12,9
Σύνολο χώρας	**58**	**Μ/Δ**	**2257**	**207**	**790**	**997**	**20,8**

Σημείωση: * Δείκτης Βρεφικής Θνησιμότητας
** Δ-Δημόσια, Ι-Ιδιωτική, Σ-Συνολική

Πηγή: CBHI (2006b), GOI 2006 (108,114,128).

Πίνακας 3. Δείκτες Υγείας σε Μεγάλες Πολιτείες της Ινδίας

Πολιτεία	1	2	3	4	5	6	7	8
Andhra Pradesh	19,1	7,3	4,04	57	204	63,5	648	0,87
Assam	25,0	8,7	-	68	484	57,9	582	-
Bihar	30,4	8,1	4,27	61	436	60,8	670	1,53
Gujarat	23,7	7,1	3,22	54	137	63,4	643	0,67
Haryana	24,4	6,7	2,94	60	159	65,2	700	0,55
Karnataka	20,6	7,1	4,22	50	247	64,5	657	0,88
Kerala	15,0	6,4	5,01	14	136	73,5	805	1,03
Madhya Pradesh	29,4	9,0	3,85	76	411	56,9	560	0,92
Maharashtra	19,0	6,7	3,51	36	161	66,2	722	0,60
Orissa	22,3	9,5	3,82	75	377	58,5	582	1,08
Punjab	18,1	6,7	3,70	44	214	68,5	765	0,87
Rajasthan	28,6	7,0	4,67	68	484	61,1	625	1,10
Tamil Nadu	16,5	7,4	4,51	37	144	65,2	723	0,86
Uttar Pradesh	30,4	8,7	3,81	73	553	59,1	647	0,89
West Bengal	18,8	6,4	4,83	38	238	63,9	712	0,89

Σημείωση: 1 Ακαθάριστος Συντελεστής Γεννήσεων (Crude Birth Rate)
2 Ακαθάριστος Συσντελεστής Θανάτων (Crude Death Rate)
3 Δαπάνες Υγείας/Συνολικές Δαπάνες
4 Βρεφική Θνησιμότητα
5 Μητρική Θνησιμότητα
6 Προσδόκιμο Ζωής
7 Εκτιμώμενος Δείκτης Υγείας
8 Αναλογία των Συνολικών Δαπανών Υγείας στο ΑΕΠ

Πηγή: Registrar General SRS Bulletin, διάφορα τεύχη.

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται ορισμένοι δείκτες για την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στην Ινδία και στον Πίνακα 3 παρουσιάζεται το ποσοστό δαπανών για την υγεία επί των συνολικών δαπανών του κράτους, καθώς και το ποσοστό δαπανών επί του ΑΕΠ. Εμφανίζεται, επίσης, η διαφορά στο Δείκτη για την Κατάσταση της Υγείας μεταξύ των πολιτειών της Ινδίας. Με αυτά τα στοιχεία γίνεται ολοφάνερη η αμέλεια των Ινδικών πολιτειών, για την υγειονομική περίθαλψη των κατοίκων. Ο Πίνακας 4 δείχνει στοιχεία για την πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και κατά τη διάρκεια της περιόδου μετά τον τοκετό, σε εννέα πολιτείες. Είναι φανερό ότι οι τοκετοί σε νοσοκομείο, καθώς και οι τοκετοί που πραγματοποιούνται με τη βοήθεια ιατρικού προσωπικού είναι εξαιρετικά λιγοστοί στις περισσότερες πολιτείες σε σύγκριση με αυτούς που συμβαίνουν στις βόρειες πολιτείες. Ομοίως, σε ό,τι αφορά την αγορά και κατανάλωση δισκίων IFA (Iron Folic Acid tablets) και τη λήψη προγεννητικής και μεταγεννητικής φροντίδας παρατηρούνται μεγάλες ανισότητες μεταξύ των κρατιδίων της Ινδίας. Οι διαφορές μεταξύ αγροτικών και αστικών περιοχών και οι γεωγραφικές διαφορές που παρατηρούνται στους δείκτες υγείας παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.

Πίνακας 4. Διαθέσιμη Περίθαλψη κατά την Εγκυμοσύνη και Μετά τον Τοκετό

Πολιτεία	1	2	3	4	5	6
Madhya pradesh	76	37,1	29,7	40,2	11,8	27,9
Orissa	75	46,4	38,7	60,9	32,8	38,3
Bihar	61	30,9	22	16,9	9,7	15,3
Haryana	60	54,2	39,4	58,8	28,3	40,6
Gujarat	54	64,7	54,6	64,9	35,7	54,0
Jharkhand	50	28,7	19,2	36,1	14,6	17,0
Himachal pradesh	49	50,2	45,3	62,6	38,6	40,8
Tamlnadu	37	93,2	90,4	96,5	43,2	89,6
Kerala	14	99,7	99,5	93,9	77,3	87,07
Σύνολο χώρας	**58**	**48,2**	**40,7**	**50,7**	**22,3**	**36,4**

Σημείωση:
1 Δείκτης Βρεφικής Θνησιμότητας
2 Γεννήσεις που πραγματοποιούνται με τη βοήθεια ιατρικού προσωπικού (%)
3 Άμεσες γεννήσεις (%)
4 Μητέρες που δέχτηκαν προγεννητική φροντίδα τουλάχιστον 3 φορές, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους (%)
5 Μητέρες που κατανάλωσαν συμπλήρωμα σιδήρου και φολλικού οξέος (IFA tablets) για τουλάχιστον 90 ημέρες κατά το τελευταίο διάστημα της εγκυμοσύνης τους (%)
6 Μητέρες που έλαβαν μετα-γεννητική φροντίδα υγείας από ιατρικό προσωπικό, μέσα σε δύο ημέρες μετά τον τοκετό (%)

Πηγή: CBHI (2006a, 88,89)

Ανισότητα στη Χρηματοδότηση των Δαπανών για την Υγεία

Η συνολική δαπάνη για τις υπηρεσίες υγείας στη χώρα, εκτιμάται περίπου στο 5% του ΑΕΠ, ενώ οι δημόσιες δαπάνες για υπηρεσίες υγείας ανέρχονται μόλις στο 0,9% του ΑΕΠ. Από το 5% του ΑΕΠ για την υγεία, το 21% αυτού καλύπτεται από την κεντρική κυβέρνηση, το 70% από τα νοικοκυριά, ενώ το υπόλοιπο 9% καλύπτεται από άλλους φορείς, συμπεριλαμβανομένων των τοπικών κυβερνήσεων, των μονάδων του δημόσιου τομέα, των ιδιωτικών επιχειρήσεων και της εξωτερικής χρηματοδότησης. Η κατα κεφαλή δημόσια δαπάνη έχει μειωθεί σε 230 Ινδικές ρουπίες, ενώ από το τμήμα δαπανών που αφορά την οικογενειακή ευημερία η κυβέρνηση δαπανά μόνο 17 Ινδικές ρουπίες ανά γυναίκα ηλικίας 15-49 ετών. Αυτό σημαίνει ότι πάνω από το 70% των δαπανών υγείας καλύπτεται από τον ιδιωτικό τομέα και τα νοικοκυριά, όταν την ίδια στιγμή δεν υπάρχει καμία σημαντική συμβολή από την ασφάλιση υγείας. Με την έναρξη των οικονομικών

μεταρρυθμίσεων, υπήρξαν περικοπές στις δημοσίες δαπάνες για κοινωνικές υπηρεσίες γενικότερα και στις δαπάνες για την υγεία ειδικότερα.

Πίνακας 5. Αστικές-Αγροτικές Διαφορές σε Δείκτες Υγείας 2005-06

Δείκτες	Αγροτικές Περιοχές	Αστικές Περιοχές
Συνολικό Ποσοστό Γονιμότητας	3,0	2,1
Τοκετοί σε νοσοκομεία (%)	31,1	69,4
Τοκετοί υποβοηθούμενοι από ιατρικό προσωπικό (%)	39,1	75,2
Μητέρες που έκαναν τουλάχιστον 3 επισκέψεις προγεννητικής φροντίδας πριν τον τελευταίο τοκετό (%)	42,8	73,8
Γυναίκες με Δείκτη Μάζας Σώματος χαμηλότερο του φυσιολογικού (%)	38,8	19,8
Αναιμικές γυναίκες που έχουν παντρευτεί (%)	58,2	51,5
Παιδιά ηλικίας 12-23 μηνών πλήρως εμβολιασμένα, με το αντιφυματικό εμβόλιο BCG (Bacillary Calmette-Guerin), το εμβόλιο για την ιλαρά και με τις 3 δόσεις του τριπλού εμβολίου DPT διφθερίτιδας, κοκκύτη και τετάνου) (%)	38,6	57,5
Παιδιά ηλικίας 12-23 μηνών που έχουν λάβει 3 δόσεις του τριπλού εμβολίου DPT διφθερίτιδας, κοκκύτη και τετάνου) (%)	50,4	69,1
Παιδιά ηλικίας 12-23 μηνών που έχουν λάβει 3 δόσεις του εμβολίου για την πολιομυελίτιδα (%)	76,5	83,1
Παιδιά με πρόβλημα διάρροιας που τις 2 τελευταίες εβδομάδες επισκέφθηκαν κάποια μονάδα υγείας (%)	55,6	65,3
Παιδιά με οξεία λοίμωξη του αναπνευστικού ή πυρετό που τις 2 τελευταίες εβδομάδες επισκέφθηκαν κάποια μονάδα υγείας (%)	59,9	78,1
Παιδιά ηλικίας 6-35 μηνών που έχουν πρόβλημα αμαινίας (%)	81,2	72,7
Ελλιποβαρή παιδιά ηλικίας κάτω των 3 ετών (%)	49,0	36,4
Θάνατοι βρεφών (ανά 1000 γεννήσεις ζώντων βρεφών)	62	51
Θνησιμότητα στα παιδιά ηλικίας κάτω των 5 ετών	103,5	63,1
Ακαθάριστος Συντελεστής Θανάτων	10,4	7,4

Πηγή: Συλλέχθηκαν από αναφορές της Εθνικής Έρευνας για την Υγεία της Οικογένειας.

Αν και η κάθε πολιτεία απορροφά το 14% των συνολικών δαπανών υγείας της Κυβέρνησης, η διάθεσή τους ποικίλει από πολιτεία σε πολιτεία κάτι που αντικατοπτρίζεται στην κατάσταση υγείας των ανθρώπων. Από μια συγκριτική ανάλυση των διαφόρων πολιτειών, προκύπτουν ενθαρρυντικά αποτελέσματα για ορισμένες από τις πολιτείες μεσαίου εισοδήματος. Αντίθετα, μερικές από τις πολιτείες BIMARU[3] έχουν πολύ δρόμο μπροστά τους μέχρι να συγκλίνουν οι επιδόσεις τους στο επίπεδο των πολιτειών που εμφανίζουν τις καλύτερες επιδόσεις (π.χ. ο εκτιμώμενος δείκτης υγείας). Αυτό μπορεί να οφείλεται σε διαφορές στις δαπάνες για την υγεία μεταξύ των διαφόρων πολιτειών, όπως φαίνεται στον Πίνακα 3. Στοιχεία από την Εθνική Έρευνα για την Οικογενειακή Υγεία (NFHS 2005-06) αποκαλύπτουν ότι η κοινωνική ομάδα σχετίζεται με την κατάσταση υγείας. Η έρευνα τεκμηριώνει χαμηλά επίπεδα στη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων από τα μέλη των μειονεκτούντων κοινωνικών ομάδων STs και SCs σε σύγκριση με τα μέλη των υψηλότερων κοινωνικών στρωμάτων. Η περιορισμένη πρόσβαση σε μαιευτικές και παιδιατρικές υπηρεσίες γίνεται εμφανής από τα μειωμένα επίπεδα προγεννητικής φροντίδας, τοκετών σε ιδρύματα και από την ανεπαρκή κάλυψη με εμβολιασμό των κατώτερων κοινωνικών ομάδων.

[3] Bihar, Madhya Pradesh Rajasthan και Uttar Pradesh.

Η περιορισμένη πρόσβαση των μελών των χαμηλότερων κοινωνικών ομάδων σε καθαρό νερό, εγκαταστάσεις υγιεινής διατροφής, στέγαση, εκπαίδευση, υπηρεσίες υγείας και απασχόληση οφείλεται σε ένα συνδυασμό κακών πολιτικών και προγραμμάτων, καθώς και αθέμιτων οικονομικών ρυθμίσεων και κακής πολιτικής. Τα διαθέσιμα στοιχεία που αφορούν τη διατροφή και την υγεία των παιδιών (Πίνακας 6, 7 και 8) αποκαλύπτουν τις επισφαλείς συνθήκες στις οποίες ζουν οι περιθωριοποιημένες ομάδες. Αυτές αφορούν την κατάσταση της υγείας στην περίπτωση της διατροφικής ανάπτυξης καθώς και του ποσοστού νεογνικής, προγεννητικής και παιδικής θνησιμότητας, τόσο στις αστικές όσο και τις αγροτικές περιοχές της χώρας.

Πίνακας 6. Διατροφική κατάσταση παιδιών διαφόρων κοινωνικών ομάδων, σύμφωνα με 3 ανθρωπομετρικούς κανόνες (ποσοστό χαμηλότερο των 2 Τυπ. Αποκλ.)

Κοινωνική Ομάδα	Βάρος	Ύψος	Βάρος προς Ύψος
SC	47,9	53,9	21
ST	54,5	53,9	27,6
Λοιπές Μειονεκτούσες Ομάδες	43,2	48,8	20,2
Άλλες Ομάδες	33,7	40,7	16,3

Πηγή: NFHS III 2005-06.

Πίνακας 7. Διαφορές στην Κατάσταση της Υγείας Μεταξύ Κοινωνικών Ομάδων

Δείκτης/Ομάδα	ΒΘ/1000	Θνησιμότητα σε παιδιά ηλικίας <5 ετών	% παιδιών που είναι ελλιποβαρή
SC	83	119,3	53,5
ST	84,2	126,6	55,9
Λοιπές Μειονεκτούσες Ομάδες	76	103,1	47,3
Άλλες Ομάδες	61,8	82,6	41
Σύνολο χώρας	70	94,9	47

Πηγή: NFHS III και NCMH 2005.

Πίνακας 8. Ποσοστά Βρεφικής και Παιδικής Θνησιμότητας στην Ινδία μεταξύ Διαφορετικών Κοινωνικών Ομάδων κατά Περιοχή

Κοινωνικές Ομάδες	Νεογνική Θνησιμότητα	Μεταγεννητική Θνησιμότητα	Βρεφική Θνησιμότητα	Ακαθάριστος Συντελεστής Θνησιμότητας	Θνησιμότητα σε παιδιά ηλικίας <5 ετών
Αστική Περιοχή					
SC	40,1	20,2	60,4	25,2	84
ST	35,6	22,1	57,6	234	7
Λοιπές Μειονεκτούσες Ομάδες	35,3	15,8	51,2	16,3	66,6
Άλλες Ομάδες	29,3	13,7	43,5	14,1	57
Αγροτική Περιοχή					
SC	56,2	31,9	88,1	430	127,3
ST	55,1	31,8	86,9	48,8	131,4
Λοιπές Μειονεκτούσες Ομάδες	54,7	27,6	82,9	32,7	112,2
Άλλες Ομάδες	45,1	24,2	69,3	25,6	93,1

Source: NFHS III, 2005-06.

Συμπεράσματα

Στην Ινδία παρατηρούνται ανισότητες λόγω φύλου, οικονομικής και κοινωνικής θέσης, καθώς και ανισότητες στον τρόπο διάθεσης των υγειονομικών πόρων. Επίσης, υπάρχουν διαφορές σε ό,τι αφορά την πρόσβαση των Ινδών πολιτών στις υπηρεσίες υγείας. Οι απλές αναφορές των κυβερνητικών παραγόντων στην ανάγκη εξασφάλισης της ίσης πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας δεν δύναται να εξασφαλίσει τη δίκαιη κατανομή των πόρων. Για να εξαλειφθούν οι κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες, θα πρέπει να ενισχυθεί το σύστημα υγείας στις αγροτικές περιοχές. Σε πολλές περιπτώσεις οι γιατροί δεν επιθυμούν να εργαστούν σε αγροτικές περιοχές παρά τα κίνητρα που δίνονται. Αυτό μπορεί να διορθωθεί μόνο με βελτίωση της οδικής συνδεσιμότητας, της ασφάλειας και των ευκαιριών εργασίας στον αγροτικό τομέα.

Ομοίως, θα πρέπει να δοθεί προτεραιότητα στην εξάλειψη προκαταλήψεων λόγω φύλου και στην ιατρική φροντίδα των γυναικών. Τόσο η κεντρική κυβέρνηση όσο και οι κυβερνήσεις των κρατιδίων θα πρέπει να αναλάβουν πρωτοβουλία για τη βελτίωση της διαθεσιμότητας και της προσβασιμότητας των κατώτερων κοινωνικών στρωμάτων σε υγειονομική περίθαλψη. Μπορεί επίσης να ληφθεί πρωτοβουλία για ολοκληρωμένη κοινωνική ασφάλιση υγείας σε χαμηλό κόστος, με αμεροληψία και ποιότητα. Πρέπει επίσης να γίνουν προσπάθειες για να διασφαλιστεί η ποιότητα της δημόσιας υγείας, εξασφαλίζοντας από τη μια, επάρκεια παρόχων υγείας, εξοπλισμού και καλής οργάνωσης και από την άλλη, βελτίωση της φερεγγυότητας των φορέων δημόσιας υγείας. Εφόσον η κεντρική κυβέρνηση υπολείπεται κεφαλαίων πρέπει να προσκληθούν ΜΚΟ και άλλες επιχειρήσεις με μη κερδοσκοπικό χαρακτήρα, συμπεριλαμβανόμενων των φιλανθρωπικών ιδρυμάτων, ώστε να προσφερθεί υγειονομική περίθαλψη υψηλής ποιότητας με χαμηλό κόστος, λαμβάνοντας υπόψη τα άμεσα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι πολίτες της Ινδίας. Επίσης, είναι θεμιτό να προωθηθούν συνεργασίες δημόσιου και ιδιωτικού τομέα σε όσο το δυνατόν περισσότερους τομείς ώστε να ληφθεί μέριμνα για μέτρα πρόληψης, φροντίδας και θεραπείας, καθώς και να διατηρηθούν υποστηρικτικές υπηρεσίες, όπως κινητές μονάδες αίματος.

Ασφαλιστικά ταμεία υγείας θα πρέπει να τίθενται στη διάθεση του αστικού και αγροτικού πληθυσμού σε ισότιμη βάση. Ακόμη και οι πόροι της κοινωνίας θα πρέπει να δαπανηθούν κατά τρόπο δίκαιο μεταξύ των πλουσίων και των φτωχών ώστε να ξεπεραστεί το σύνδρομο του «10-90». Υπάρχει μεγάλο χάσμα στις πολιτικές σε μακροοικονομικό επίπεδο και στην εφαρμογή σε μικροοικονομικό επίπεδο στην Ινδία. Οι δυνατότητες που δημιουργούνται από τη βελτιωμένη παραγωγικότητα σε μακρο-επίπεδο, δεν χρησιμοποιούνται κατάλληλα σε μικρο-επίπεδο. Για την επίλυση αυτού του προβλήματος θα πρέπει να υπάρξει αυξημένη συμμετοχή της κοινότητας, η οποία θα πρέπει να έχει ως στόχο την εις βάθος κατανόηση των προβλημάτων και να στοχεύει στην άμεση αντιμετώπισή τους. Τέλος, προκύπτει το συμπέρασμα, ότι εφόσον εκατομμύρια ανθρώπων πεθαίνουν πρόωρα εξαιτίας της μη διαθεσιμότητας ιατρικής φροντίδας ή λόγω του υψηλού κόστους αυτής ή εξαιτίας και των δύο, στο επίκεντρο της ανάπτυξης θα πρέπει να είναι θέματα που σχετίζονται με την παροχή καθολικής πρόσβασης όλων των πολιτών σε υπηρεσίες υγείας, καθώς και με τους προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας, όπως το νερό, η υγιεινή, η διατροφή, η πρωτοβάθμια εκπαίδευση, η απασχόληση και οι επικοινωνίες.

Βιβλιογραφία

Bellamy (2004). *The state of world's children 2005: Childhood under threat*. Report of UNICEF, United Nations: New York.

Banerji, D. (1985). *Health and Family Planning services in India*, New Delhi: Lok Prakash.

Braveman, P. (2006). Health Disparities and Health equity: Concepts and measurements. *Annual Review of Public Health* 27: 67-194.

Cassel, J.(1976). The contribution of the social environment to host resistance: the Fourth Wade Hampton Frost Lecture. *American Journal of Epidemiology* 104,107

Chandrasekhar, C.P. & Jayanti G. (2006). "Health Expenditure in India" *BusinessLane* Sepetember.10

Central Bureau of Health Intelligence, Govt of India (2006). *Estimates of Mortality Indicators* http://www.searo.who.in thinkfiles2007, mortality-stations India pdf.p.bi.

CBHI, Government of India. (2006a). *National Family Health Profile*. http:/ cbhigghs.nic.in/wrileverddata/mainlinmfile/file975.pdf.

Gangadharan, K. (2005). *Utilization of health Services in Urban Kerala A socio economic study,* New Delhi: Serials publications,

Gangadharan, K. (2008). *Living environment and Health in Urban Slum*. New Delhi: Manglam Publications.

Government of India. (2001). *Census of India 2001*, Provisional Population totals, New Delhi: Registrar General and Census commissioner.

Government of India (2002). *Tenth Five-Year Plan 2002-2007.* Volume II, New Delhi: Planning Commission.

Government of India (2006). *Health Information of India*, Director General of Health Services, Central Bureau of Health Intelligence, New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare.

Rao, Sujatha K, S. Selvaraju, Somilnagpal and S. Sakithivel.(2005). Financing of Health in India, in Financing and Delivery of Healthcare services in India Background papers, New Delhi: NCMH, Govt of India.

Sathyamala, C & Kurian, N J. (2008). Health Sector Issues and Challenges in India, Social Development Report 2008. New Delhi: Council for Social Development, Oxford.

Kennedy, B.P, Kawachi I, Prothrow-Stith, D. (1996). Income distribution and mortality: Cross sectional ecological study of Robin Hood Index in the United States. *British Medical Journal,* 312, 1004-100

National Commission of Macro Economics and Health (NCMH 2005) *Report of the National Commission on Macro Economics and Health*, New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare, Government of India.

National Family Health Survey II (1999). International Institute of Population Science, Mumbai

National Family Health Survey III (2006). International Institute of Population Science, Mumbai

Kaplan, G Pamuk, E Lynch, J W & Cohen, R D (1996). Inequality in income and mortality in the United States: Analysis of mortality and potential pathways. British Medical Journal, 312, 996-1103.

United Nations (2001). *World Population Monitoring: Population, Environment and Development* (ESA/P/WP.164). Draft: New York: Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations.

Ben Sholmo Y., White I R, Marmot, M. (1996). Does the variation of socio-economic characteristics of an area affect mortality? *British Medical Journal,* 312, 1013-4

Gupta I. and Deepa S. (2007). *Medical Attention at Death* Evidence from India http:/ iegindia.org/dis_ind_45.idf.

WHO (2004) .*Maternal mortality in 2000*, Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA, Report of the WHO, Geneva: WHO

Wilkinson R, G (1992). Income distribution and life expectancy. *British Medical Journal* 304, 165

World Bank (1993) Investigating in health, World Bank indicators in world development Report New Delhi Oxford University press

World Health Organization (1996) .The World Health Report, Geneva: WHO

World Health Organization (2003). The World Health Report Geneva: WHO http:// www.global issues.org/issue 587/health- issues

Καλή Υγεία με Χαμηλό Κόστος

Πριν από τρεις δεκαετίες το ίδρυμα Ροκφέλερ, εκπόνησε μία έρευνα τεσσάρων χωρών (Κίνα, Σρι Λάνκα, Κόστα Ρίκα και Ινδία) με σκοπό να διαπιστώσει εάν καλή υγεία μπορεί να επιτευχθεί σε χώρες που διαθέτουν λιγότερα χρήματα. Καλή υγεία σήμαινε η επίτευξη δεικτών ανάλογων των πλουσίων χωρών. Η μελέτη εκείνη έδειξε ότι η καλύτερη υγεία μπορεί να επιτευχθεί όταν (α) υπάρχει πολιτική και ιστορική δέσμευση για την επίτευξη καλύτερης υγείας, (β) η δικαιοσύνη και η ισότητα θα πρέπει να αποτελούν ισχυρή κοινωνική αξία, που θα συνοδεύεται από πολιτική και κοινωνική συμμετοχή, (γ) υψηλές σχετικά επενδύσεις στις βασικές υπηρεσίες υγείας και σε άλλες κοινωνικές υπηρεσίες, (δ) βασική εκπαίδευση, ιδιαιτέρως των γυναικών και (ε) διακλαδικές επιδράσεις με τον κλάδο της υγείας.

Πρόσφατα το ίδιο ίδρυμα επανήλθε, αναθέτοντας στη Σχολή Υγιεινής και Τροπικής Ιατρικής του Πανεπιστημίου του Λονδίνου να ξαναδεί το θέμα. Το ερώτημα στη δεύτερη αυτή μελέτη ήταν το εξής: τί χαρακτηρίζει ένα πετυχημένο σύστημα υγείας; Εξετάστηκαν πέντε νέες περιπτώσεις χωρών. Το αποτέλεσμα ήταν μία αξιοσημείωτη μελέτη που δημοσιεύτηκε το 2011 (βλέπε Dina Balabanova, Martin McKee, Anne Mills, eds. *Good Health at Low Cost 25 Years On: What Makes a Successful health System?* The London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2011. ISBN 9780902657847).

Οι συγγραφείς της μελέτης υιοθετούν τον ορισμό του ΠΟΥ για το τι είναι ένα σύστημα υγείας. Σύμφωνα με αυτόν «το σύστημα υγείας αποτελείται από όλους τους οργανισμούς, άτομα και ενέργειες με πρωταρχική πρόθεση να προωθήσει, να αποκαταστήσει ή διατηρήσει την υγεία». Ο ορισμός αυτός δεν είναι στατικός. Νέοι οργανισμοί ή και νέες ενέργειες μπορεί να περιλαμβάνονται στο σύστημα υγείας ενώ άλλοι να εξαιρούνται. Επίσης, τα συστήματα υγείας διαφοροποιούνται ανάλογα με τη χώρα και την χρονική περίοδο στην οποία αναφέρονται.

Το βιβλίο οργανώνεται σε 11 κεφάλαια και ένα παράρτημα που εξετάζεται η μεθοδολογία της μελέτης. Στο πρώτο εισαγωγικό κεφάλαιο παρουσιάζεται μία περίληψη των βασικών ευρημάτων της πρώτης μελέτης. Το δεύτερο κεφάλαιο αναλύει την προσέγγιση της μελέτης. Τα κεφάλαια 3-7 εξετάζουν τις πέντε νέες περιπτώσεις συστημάτων υγείας (Μπαγκλαντές, Αιθιοπία, Κιργιστάν, Ταϋλάνδη, και το Κρατίδιο Ταμίλ Ναντού της Ινδίας). Το 8ο κεφάλαιο επανεξετάζει τις τέσσερις περιπτώσεις της αρχικής μελέτης. Το 9ο κεφάλαιο απαντά στο ερώτημα της μελέτης σε ό,τι αφορά τη συνεισφορά του συστήματος υγείας στην καλή υγεία. Το 10ο κεφάλαιο εξετάζει την επίδραση των πολιτικών, οικονομικών και κοινωνικών παραγόντων στην υγεία των γυναικών και των παιδιών. Το 11ο κεφάλαιο δίνει τα συμπεράσματα.

Στην παρούσα μελέτη, ο όρος «καλή υγεία με χαμηλό κόστος» ερμηνεύτηκε ως η επίτευξη καλής υγείας σε χώρες με σχετικά χαμηλό εισόδημα. Οι πέντε χώρες επιλέχθηκαν διότι πέτυχαν καλή υγεία με λίγα χρήματα. Και το ερώτημα που θέτουν οι ερευνητές είναι: πώς το πέτυχαν αυτό; Η απάντηση κωδικοποιείται σε τέσσερις λέξεις κλειδιά που όλες αρχίζουν από το αγγλικό γράμμα «C» (capacity, continuity, catalysts, context): δυνατότητα, συνέχεια, καταλύτης και πλαίσιο. Συνεπώς, ένα πετυχημένο σύστημα υγείας έχει τα μέσα (ανθρώπινα και θεσμικά) για να σχεδιάσει και να εφαρμόσει μεταρρυθμίσεις, έχει συνέχεια και θεσμική μνήμη έτσι ώστε να μην επαναλαμβάνει λάθη του παρελθόντος, δρα καταλυτικά με το να εκμεταλλεύεται κάθε

ευκαιρία που του δίνεται και δρα μέσα σε ένα πλαίσιο κανόνων και αρχών όταν σχεδιάζει πολιτικές που αφορούν συγκεκριμένες περιστάσεις.

Τα τέσσερα βασικά αυτά θέματα που αναδείχτηκαν από την μελέτη αποτελούν και την πιο σημαντική συνεισφορά του βιβλίου που απαιτεί όμως περαιτέρω έρευνες και για άλλες χώρες. Ίσως να συγκριθούν και με μη πετυχημένα συστήματα υγείας. Αξίζει, συνεπώς, να τα δούμε αυτά τα τέσσερα θέματα λίγο πιο αναλυτικά διότι αποτελούν την καρδιά του ζητήματος της καλής υγείας με λιγότερο κόστος. Το πρώτο θέμα αφορά τα άτομα. Για τους συγγραφείς ένα καλό σύστημα υγείας οφείλει την ύπαρξη του σε άτομα-ηγέτες που θέτουν ως προτεραιότητα το καλό σύστημα υγείας. Αναφέρουν τους ηγέτες της Αιθιοπίας και του Κιργιστάν που πέτυχαν καλύτερη υγεία συνδέοντάς τη με την ανάπτυξη άλλων κλάδων όπως της εκπαίδευσης, των μεταφορών, της παροχής καθαρού πόσιμου νερού και άλλων παροχών που βελτιώνουν την πρόσβαση των απλών ανθρώπων στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας και πρόνοιας. Τα άτομα δεν φθάνουν. Απαιτούνται θεσμοί. Αυτόνομοι θεσμοί που μαθαίνουν από τα λάθη τους είναι το κλειδί της επιτυχίας. Άτομα και θεσμοί θα πρέπει να παρακολουθούν τις μεταρρυθμίσεις και να παρεμβαίνουν άμεσα για διόρθωση των αποκλίσεων.

Οι ηγέτες άτομα και οι θεσμοί είναι απαραίτητοι αλλά θα πρέπει να διασφαλίζεται η συνέχεια. Ένας τρόπος να διασφαλιστεί η συνέχεια είναι μέσω της δημιουργίας μίας σταθερής και επαγγελματικής διοίκησης (γραφειοκρατίας). Η συνέχεια δεν διασφαλίζεται μόνο με την δημιουργία κρατικών (κυβερνητικών) δομών αλλά και με την παρουσία ιδιωτικών και μη κυβερνητικών φορέων.

Μία περίοδος κρίσης δημιουργεί προϋποθέσεις καταλυτικών αλλαγών που ευνοούν τον σχεδιασμό ενός αποτελεσματικού και αποδοτικού συστήματος υγείας. Όχι μόνο έναν σύστημα υγείας μπορεί να γίνει καλό αλλά να προσφέρει ότι δύναται να προσφέρει στο λιγότερο δυνατό κόστος. Κλασικό παράδειγμα κρίσης είναι μία οικονομική καταστροφή, αλλά και φυσικές καταστροφές μπορεί να έχουν τα ίδια θετικά αποτελέσματα για το σύστημα υγείας μιας χώρας.

Τέλος, το πλαίσιο λειτουργίας ενός συστήματος υγείας είναι βασική προϋπόθεση για την καλή υγεία μιας χώρας με το χαμηλότερο δυνατό κόστος. Τα συστήματα υγείας αποτελούν μέρος ενός γενικότερου συστήματος, εθνικού και διεθνούς. Φυσικά το οικονομικό πλαίσιο είναι πολύ σημαντικό. Οικονομική μεγέθυνση και ανάπτυξη δίνει τους απαραίτητους πόρους για την ανάπτυξη κλάδων που διαμορφώνουν καλύτερες συνθήκες όπως της εκπαίδευσης, της μεταφοράς, τηλεπικοινωνιών και άλλων υποδομών. Οι συγγραφείς βρήκαν και άλλες μεταβλητές διαμόρφωσης του πλαισίου ανάπτυξης ενός καλού συστήματος υγείας. Η κουλτούρα και η εθνική ταυτότητα αποτελούν μέρος αυτού του πλαισίου. Για παράδειγμα ενδο-εθνοτικές και γλωσσικές διαφοροποιήσεις δυσχεραίνουν την επίτευξη στόχων υγείας που αφορούν τα παιδιά της χώρας. Στο πλαίσιο εμφανίζεται και η γεωγραφία της χώρας όπως προσδιορίζεται από το μέγεθος του αγροτικού και αστικού χώρου. Κοινωνικο-οικονομικές, περιφερειακές και εθνικές ανισότητες πρέπει να ληφθούν υπόψη στην ανάπτυξη ενός καλού συστήματος υγείας.

Οι τέσσερις παραπάνω παράγοντες χρησιμοποιούνται από τους ερευνητές της μελέτης για την διαμόρφωση ενός οδικού χάρτη (τον αποκαλούν μονοπάτι) βελτίωσης της υγείας και πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Φυσικά όπως συμβαίνει με όλες τις μελέτες περιπτώσεων, η γενίκευση της ανάλυσης που παρέχουν οι ερευνητές είναι προβληματική. Αποτυχημένα συστήματα θα πρέπει να εξεταστούν και να συγκριθούν. Αλλά αυτό αφήνεται για μία άλλη μελέτη.

Έντυπες και Ηλεκτρονικές Εκδόσεις της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ

α/α	Τίτλος	Επιμέλεια έκδοσης	Έτος δημοσίευσης	ISBN	Αριθμός σελίδων
1	Health Studies: Economics, Management and Policy	Angus Douglas & Zoe Boutsioli	2011	978-960-9549-25-7	312
2	Unexpected Demand and its Impact on Hospital Cost: The Case of Greece	Zoe Boutsioli *(Συγγραφέας)*	2010	978-960-6672-59-0	180
3	Themes on Health Care: Challenges and Future Actions	Zoe Boutsioli	2009	978-960-6672-54-5	442
4	Health Care Issues: An International Perspective	John N. Yfantopoulos, Gregory T. Papanikos & Zoe Boutsioli	2006	978-960-6672-15-6	500
5	Health Economics, Management and Policy	John N. Yfantopoulos & Gregory T. Papanikos	2005	960-88672-6-6	432
6	The Economics of Health Reforms	John N. Yfantopoulos	2004	960-88672-0-7	875
7	Issues of Health Economics and Health Management	Stephen Birch, John F.P. Bridges and Gregory T. Papanikos (assisted by Zoe Boutsioli)	2003	960-87822-1-X	200
8	Health Economics and Health Management	Sotiris Soulis	2002	960-02-1728-9	248

Για περισσότερες πληροφορίες για τις εκδόσεις της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ, επισκεφτείτε την ιστοσελίδα: www.atiner.gr/docs/HEALTH_PUBLICATIONS.htm.

12th Annual International Conference on Health Economics, Management & Policy

The Health Research Unit of the Athens Institute for Education and Research (ATINER) will hold its 12th Annual International Conference on Health Economics, Management & Policy 24-27 June 2013, Athens, Greece. For further details, please go to the conference website: http://www.atiner.gr/health.htm. The registration fee is €300 (euro), covering access to all sessions, two lunches, coffee breaks and conference material. Special arrangements will be made with a local luxury hotel for a limited number of rooms at a special conference rate. In addition, a number of special events will be organized: A Greek night of entertainment with dinner, a special one-day cruise in the Greek islands, an archaeological tour of Athens and a one-day visit to Delphi.

The aim of the conference is to bring together scholars, researchers and students from all areas of health economics, management and policy. Areas of interest include (**but are not confined to**): Equity and Poverty in Health, Pharmaceutical Economics, Quality of Life, Economic Evaluation, Health Care Reforms, Social Security, School Health Programs, Health Law and Health Related Business. Selected papers will be published in a Special Volume of the Conference Proceedings or Edited Books as part of ATINER's education book series. For Books and Proceedings of previous conferences you may visit http://www.atiner.gr/docs/HEALTH_PUBLICATIONS.htm for table of contents and order forms.

Please submit a 300-word abstract by email, atiner@atiner.gr, by **25 February 2013** to: Dr. Paul Contoyannis (C.V.), Head, Health Research Unit, ATINER & Associate Professor, McMaster University, Canada, 8 Valaoritou Street, Kolonaki, 10671Athens, Greece. Tel.: + 30 210 363-4210 Fax: + 30 210 3634209. Please include: Title of Paper, Full Name (s), Current Position, Institutional Affiliation, an email address and at least 3 keywords that best describe the subject of your submission. Please use the abstract submitting form available at http://www.atiner.gr/2013/FORM-HEA.doc. Decisions are reached within 4 weeks.

If you want to participate without presenting a paper, i.e. organize a mini conference or a panel (session), chair a session, review papers to be included in the conference proceedings or books, contribute to the editing of a book, or any other contribution, please send an email to Dr. Gregory T. Papanikos, (gtp@atiner.gr), President, ATINER.

1st Annual International Conference on Health and Medical Sciences

The **The Health Research Unit** of the Athens Institute for Education and Research (ATINER) will hold its 1st Annual International Conference on Health & Medical Sciences, 6-9 May 2013, Athens, Greece. For further details, please go to the conference website: http://www.atiner.gr/healthsciences.htm. The aim of the conference is to bring together scholars, researchers and students from all areas of health sciences, medical sciences and related disciplines.

The registration fee is €300 (euro), covering access to all sessions, two lunches, coffee breaks and conference material. Special arrangements will be made with a local luxury hotel for a limited number of rooms at a special conference rate. In addition, a number of special events will be organized: A Greek night of entertainment with dinner, a special one-day cruise in the Greek islands, an archaeological tour of Athens and a one-day visit to Delphi.

Please submit a 300-word abstract by email, health@atiner.gr, by **28 February 2013** to: Dr. Paul Contoyannis (C.V.), Head, Health Research Unit, ATINER & Associate Professor, McMaster University, Canada., 8 Valaoritou Street, Kolonaki, 10671Athens, Greece. Tel.: + 30 210 363-4210 Fax: + 30 210 3634209. Please include: Title of Paper, Full Name (s), Current Position, Institutional Affiliation, an email address and at least 3 keywords that best describe the subject of your submission. Please use the abstract submitting form available athttp://www.atiner.gr/2013/FORM-HSC.doc. Decisions are reached within 4 weeks. If you want to participate without presenting a paper, i.e. organize a mini conference or a panel (session), chair a session, review papers to be included in the conference proceedings or books, contribute to the editing of a book, or any other contribution, please send an email to Dr. Gregory T. Papanikos, (gtp@atiner.gr), President, ATINER.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΑΡΘΡΩΝ

1. Τα άρθρα για δημοσίευση θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένα σε Windows Microsoft Word σε διπλό διάστημα και γραμματοσειρά Arial μέγεθος 12 και θα πρέπει να αποστέλλονται μόνο ηλεκτρονικά στην διεύθυνση: health@atiner.gr
2. Τα άρθρα θα πρέπει να συνοδεύονται από μια περίληψη, το ανώτερο μέχρι 150 λέξεις.
3. Οι πίνακες και τα διαγράμματα θα πρέπει να υποβάλλονται στο τέλος του κειμένου.
4. Τα άρθρα δεν θα πρέπει να ξεπερνούν τις 5.000 λέξεις, συμπεριλαμβανομένων των κειμένων, των πινάκων, των διαγραμμάτων και της βιβλιογραφίας.
5. Τα άρθρα πρέπει να έχουν την εξής σειρά: περίληψη, κείμενο, παραπομπές, βιβλιογραφία και πίνακες-διαγράμματα.
6. Τα άρθρα που έχουν αποσταλεί προς δημοσίευση δεν θα υποβάλλονται σε άλλα περιοδικά, όσο αυτά είναι υπό εξέταση στο Οικονομία & Υγεία.
7. Θα πρέπει να επιβεβαιώνεται στην συνημμένη επιστολή και στην πρώτη σελίδα αν τα άρθρα εκφράζουν τη θέση του συγγραφέα πάνω στο εκάστοτε θέμα ή αν προέρχονται από διδακτορική διατριβή.
8. Σε περίπτωση άρθρων που χρησιμοποιούν βάσεις δεδομένων θα πρέπει να αναφέρεται με κάθε λεπτομέρεια η πηγή και να υποβάλλεται μαζί με το άρθρο για να μπορούν να γίνουν οι στατιστικές επαληθεύσεις από τους κριτές.
9. Όλα τα άρθρα που αποστέλλονται στο περιοδικό, εξετάζονται από δύο (2) κριτές. Το όνομα του συγγραφέα δε θα πρέπει να εμφανίζεται στο κείμενο, εκτός αν πρόκειται για παραπομπή.
10. Οι συγγραφείς των άρθρων που πρόκειται να δημοσιευτούν απαιτείται να μεταφέρουν τα πνευματικά δικαιώματα στο Οικονομία και Υγεία.

Βαλαωρίτου 8, 106 71 Αθήνα