

Ανισότητες στην υγεία

Ευρωπαϊκά δεδομένα

Ευαγγελία Νένα MD, PhD

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Δημόσιας Υγιεινής- Κοινωνικής Ιατρικής-Ιατρικής Εργασίας

Διευθύντρια Εργαστηρίου Κοινωνικής Ιατρικής

Τμήμα Ιατρικής, ΔΠΘ





Brussels, September 2013
SWD(2013) 328 final

COMMISSION STAFF WORKING DOCUMENT

Report on health inequalities in the European Union

- Οι ανισότητες στην υγεία **οφείλονται σε διαφορές μεταξύ ομάδων των πληθυσμών ως προς τους παράγοντες που αφορούν και επηρεάζουν την υγεία**

- Σε αυτούς τους παράγοντες ανήκουν:

α) συνθήκες διαβίωσης, β) συμπεριφορές σχετιζόμενες με υγεία, γ) επίπεδο εκπαίδευσης, δ) επάγγελμα και εισόδημα, ε) φροντίδα υγείας, στ) υπηρεσίες πρόληψης νόσου και προαγωγής υγείας, ζ) δημόσιες υπηρεσίες

που επηρεάζουν την ποιότητα, ποσότητα και κατανομή των παραγόντων αυτών



- Σε όλες τις χώρες της ΕΕ παρατηρείται συσχέτιση κοινωνικής κατάστασης και υγείας, καθώς άτομα με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική τάξη και χαμηλό εισόδημα παρουσιάζουν την τάση να πεθαίνουν σε μικρότερη ηλικία και να εμφανίζουν συχνότερα διάφορες νόσους
- Τα τελευταία χρόνια το επίπεδο ανισότητας έχει βελτιωθεί σε κάποιους δείκτες, ενώ σε άλλους δεν παρατηρήθηκαν μεταβολές



Προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση

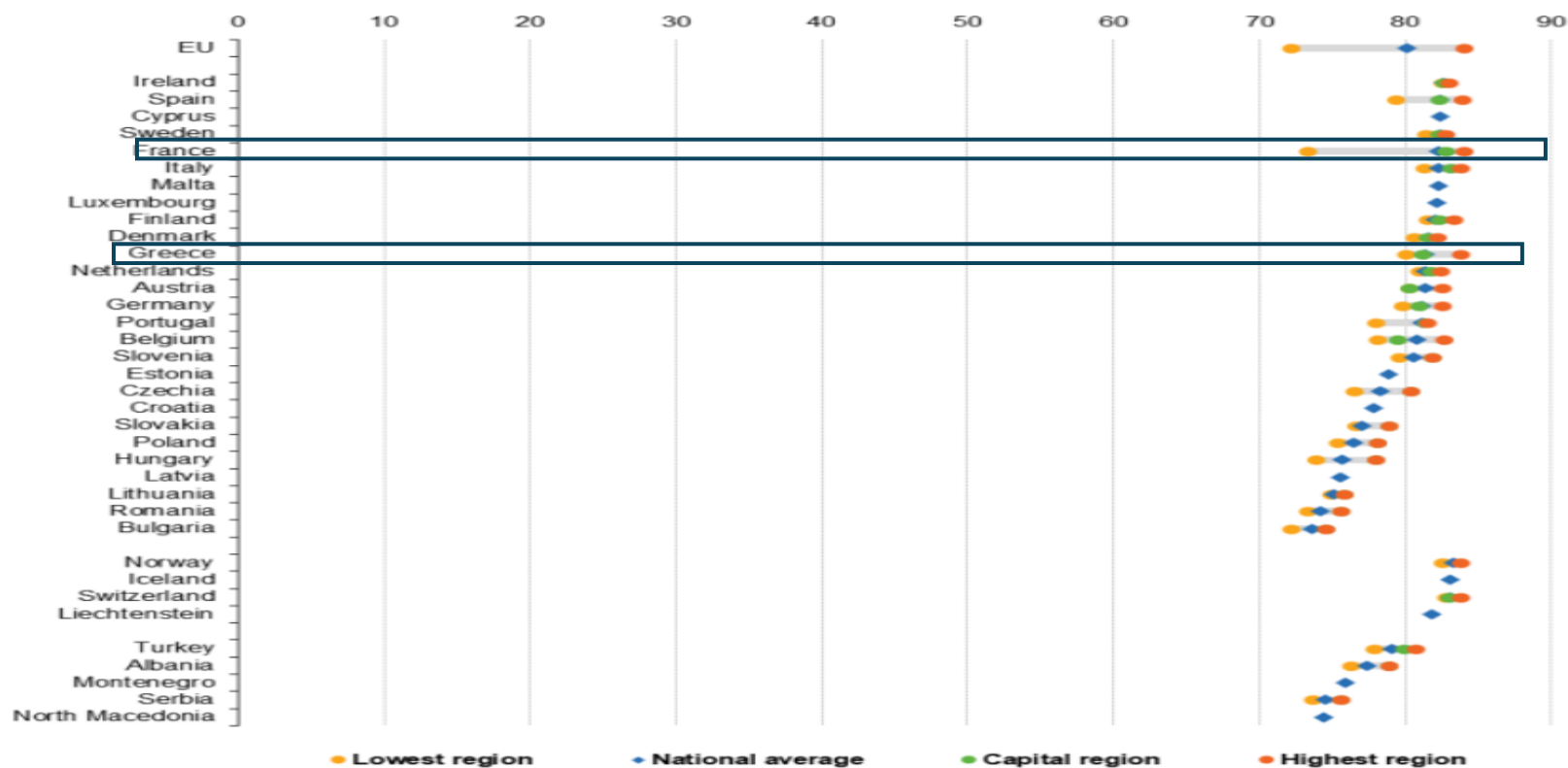


Population statistics at regional level

- Ο μ.ο. των ετών που αναμένεται να ζήσει ένα νεογνό αν παραμείνει κατά τη διάρκεια της ζωής του στις τρέχουσες συνθήκες θνησιμότητας
- Ανοδική τάση τους τελευταίους 2 αιώνες στην Ευρώπη (με εξαίρεση χρονικές περιόδους όπως οι πόλεμοι). Αποδίδεται στις προόδους της τεχνολογίας, της ιατρικής, στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, και γενικά στις αλλαγές στον τρόπο ζωής
- Το έτος 2020, στην Ε.Ε το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση ανήλθε σε 80.1 έτη, μειωμένο κατά 0.3 έτη σε σχέση με το προηγούμενο έτος

Προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση Σύγκριση μεταξύ χωρών και μεταξύ περιφερειών στην ίδια χώρα

Life expectancy at birth, 2020
(years, by NUTS 2 regions)

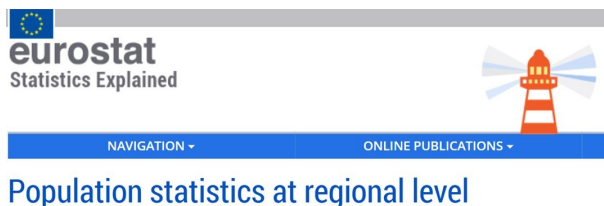




Population statistics at regional level

- Στην ΕΕ υπάρχουν 242 περιφέρειες NUTS2 (θεωρούνται βασικές για την εφαρμογή περιφερικών πολιτικών). Σε 17 από αυτές το προσδόκιμο επιβίωσης >83 έτη. Οι 15/17 βρίσκονται στην Ισπανία, Ιταλία, Γαλλία. Σε αυτές προστίθεται η Ήπειρος (Ελλάδα) και η περιφέρεια Åland (Φιλανδία)
- Η περιφέρεια Severozaraden (ΒΔ Βουλγαρία) έχει το χαμηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης: 72.1 έτη, χαμηλότερο κατά τουλάχιστον 0.7 έτη από τις επόμενες: Severen tsentralen and Yugoiztochen (Βουλγαρία), Mayotte (Γαλλία) και Nord-Est (ΒΑ Ρουμανία).

Τόπος κατοικίας και προσδόκιμο επιβίωσης



Τόπος κατοικίας (πρωτεύουσα)

Ουγγαρία/ Τσεχία: Προσδόκιμο επιβίωσης σε Βουδαπέστη/ Πράγα μεγαλύτερο κατά 2 έτη τουλάχιστον σε σχέση με τον εθνικό μέσο όρο

Αντίθετα: Βέλγιο/ Αυστρία, το προσδόκιμο επιβίωσης ήταν χαμηλότερο κατά 1.4 και 1.1 έτη, αντίστοιχα, σε σχέση με τον εθνικό μέσο όρο

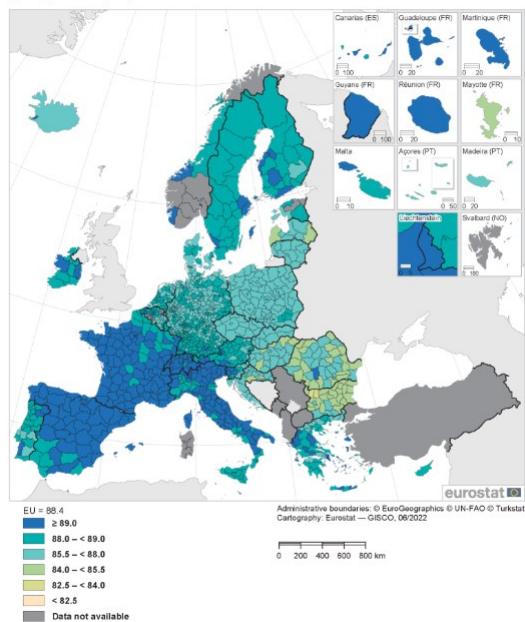
Φύλο και προσδόκιμο επιβίωσης

ΓΥΝΑΙΚΕΣ		ΑΝΔΡΕΣ	
1. Κορσική (Γαλλία)	87	1. Ήπειρος (Ελλάδα)	81,4
2. Γαλικία (Ισπανία)	86,7	2. Βαlearίδες Νήσοι (Ισπανία)	81,4
3. Ήπειρος (Ελλάδα)	86,4	3. Umbria	81,4
4. Pays de la Loire (Γαλλία)	86,4		
5. Midi-Pyrénées (Γαλλία)	86,4		
6. Åland (Φινλανδία)	86,4		

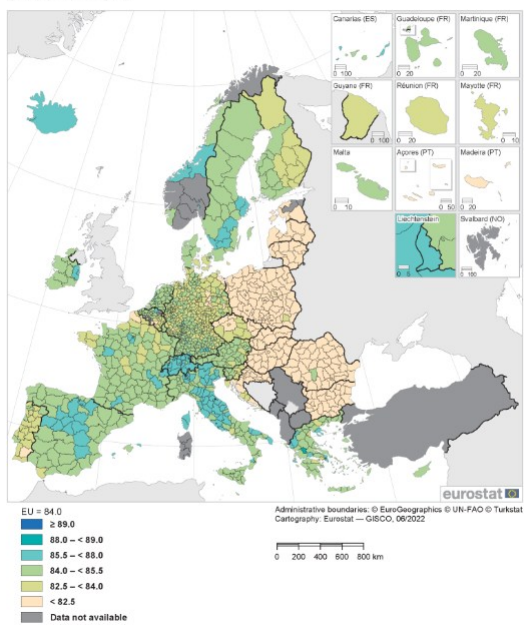
Χάσμα μεταξύ φύλων στα 5,7 έτη
Μεγαλύτερο στις χώρες της Βαλτικής και στην Πολωνία (Vidurio ir vakarų Lietuvos regionas στη Λιθουανία 10,1 έτη)
Γενικά μικρό το χάσμα σε χώρες όπως η Ολλανδία και Σουηδία, το μικρότερο στην περιφέρεια Mayotte (Γαλλία): 1,5 έτος

Προβολές για το μέλλον

Projected life expectancy at birth for females, 2050
(years, by NUTS 3 regions)



Projected life expectancy at birth for males, 2050
(years, by NUTS 3 regions)



Μείωση βρεφικής θνησιμότητας 2001-2011

- Σημειώθηκε μείωση 32% στις χώρες της ΕΕ
- Εξακολουθεί όμως να υπάρχει διαφορά μεταξύ της χώρας με το χαμηλότερο και το υψηλότερο ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας (4πλάσια η διαφορά)
- Αντίστοιχα μεγάλες διαφορές στη θνησιμότητα της **ηλικιακής ομάδας 14-25 ετών** μεταξύ των κρατών – μελών της ΕΕ

ΕΕ και ανισότητες στην υγεία

EU-SILC

- Η ΕΕ έχει διαπιστώσει ότι υπάρχει **κοινωνική διαστρωμάτωση στην κατάσταση υγείας σε όλη την ΕΕ**, καθώς τα άτομα με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική τάξη ή χαμηλότερο εισόδημα **εμφανίζουν την τάση να πεθαίνουν σε νεώτερη ηλικία και να έχουν σε μεγαλύτερη συχνότητα προβλήματα υγείας**
- Η έρευνα της ΕΕ (The EU Survey on Income and Living Conditions EU-SILC), η οποία διενεργείται κάθε χρόνο δίνει δεδομένα για τις ανισότητες στην υγεία
- Βασίζεται σε ένα δείγμα 400.000 νοικοκυριών και τα δεδομένα αναλύονται με συγχρονικό (cross-sectional) και προοπτικό (longitudinal) σχεδιασμό,
- Δεν περιλαμβάνονται άτομα που διαμένουν σε ιδρύματα (πχ γηροκομεία, φυλακές)
- Οι ερωτήσεις αναφέρονται στο εισόδημα, στο μορφωτικό επίπεδο, στη στέρηση υλικών αγαθών, στην αυτοπροσδιοριζόμενη αίσθηση υγείας και στους αυτοπροσδιοριζόμενους περιορισμούς στην υγεία

Συνολικά αποτελέσματα

eurostat
Statistics Explained



English

NAVIGATION - ONLINE PUBLICATIONS - TOOLS -

EU statistics on income and living conditions (EU-SILC)
methodology – data collection



- Περίπου το 7,9% στο σύνολο των ενηλίκων, ανέφερε ότι οι όποιες δραστηριότητες τους συνάντησαν εμπόδια τους τελευταίους 6 μήνες
- Στα άτομα με τριτοβάθμια εκπαίδευση το ποσοστό αυτό **ήταν 4%**, ενώ για άτομα με κατώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, το ποσοστό αυτό **ήταν 13,1%** (3 φορές υψηλότερο δηλαδή)

Προσδόκιμο επιβίωσης με βάση το μορφωτικό επίπεδο

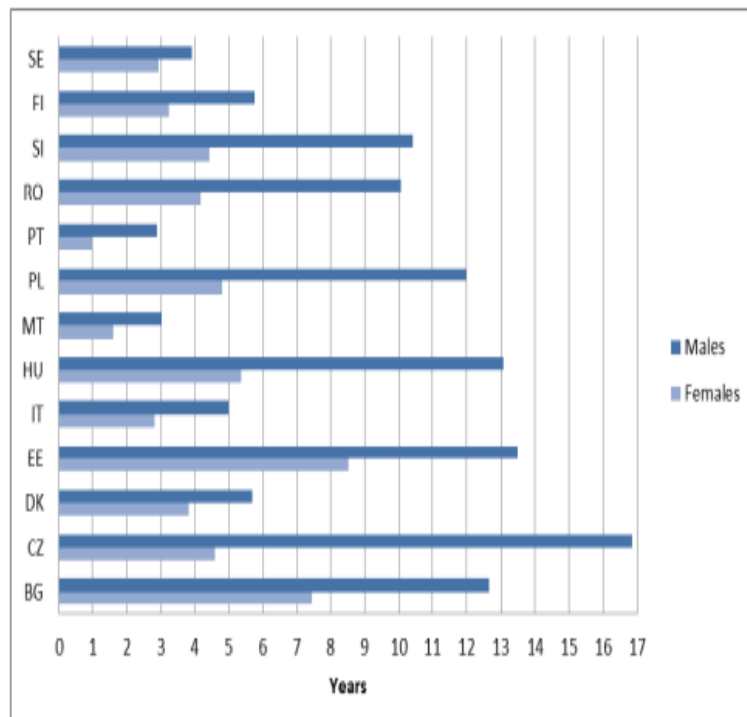


Παρά το ότι:

- Δεν παρέχουν όλες οι χώρες της ΕΕ στοιχεία στη Eurostat, σχετικά με το προσδόκιμο επιβίωσης και το μορφωτικό επίπεδο
- Λόγω της διαφορετικής μεθόδου, τα αποτελέσματα δεν είναι συγκρίσιμα
- **Ωστόσο παρέχουν μία γενική εικόνα των ανισοτήτων**

Διαφορές στο προσδόκιμο επιβίωσης (στην ηλικία των 30) σε 13 χώρες της ΕΕ μεταξύ κατώτερων (ISCED 0-2) και ανώτερων (ISCED 5-6) μορφωτικών επιπέδων

Figure 17: Difference in life expectancy (years) at age 30 between lowest and highest educational levels, males and females, 2010



- **Στους άντρες** η διαφορά κυμάνθηκε μεταξύ 3 (Μάλτα-Πορτογαλία) και 17 έτη (Τσεχία)-
**στις γυναίκες 4,5 έτη*
- **Στις γυναίκες** η διαφορά είναι μεταξύ 1 (Πορτογαλία) και 9 (Εσθονία)

* Παρατηρούμε ότι: ξεχωριστή ανάλυση ανά φύλο

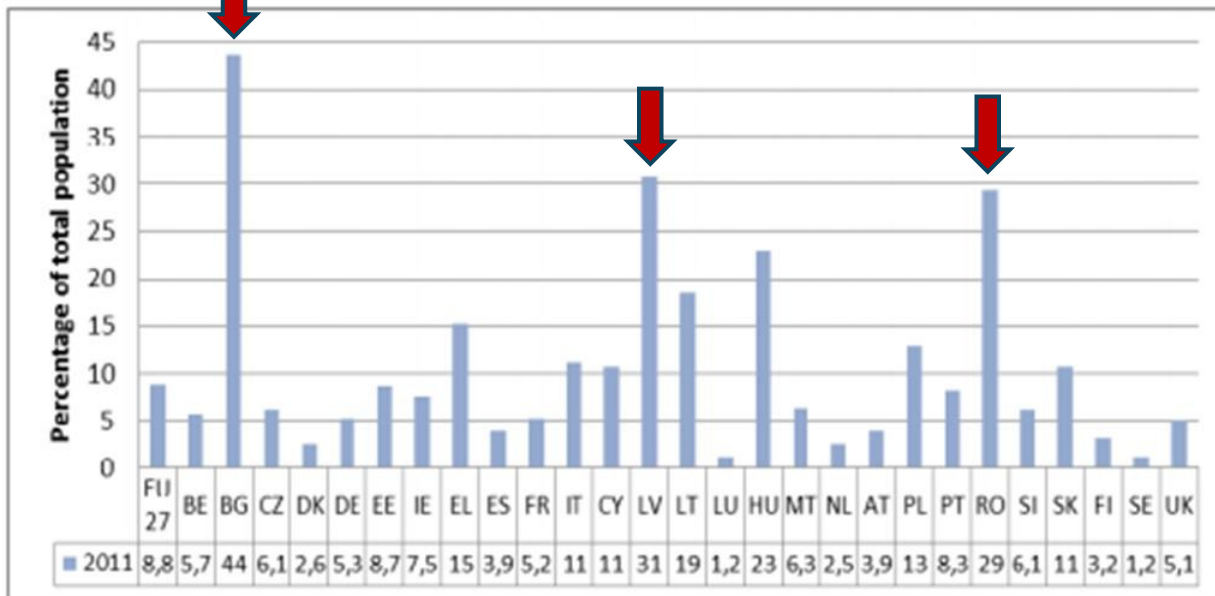
Αίτια ανισοτήτων στην υγεία

Ευρωπαϊκά δεδομένα

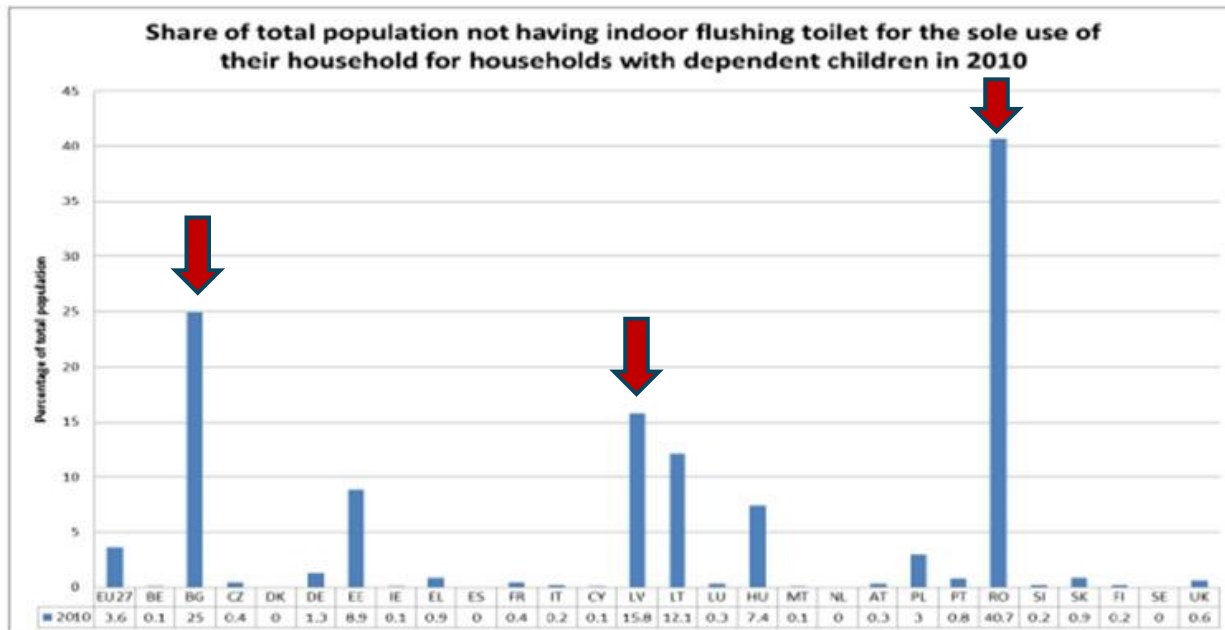
- Οι ανισότητες **ξεκινούν από τη γέννηση** και μπορούν να συνεχιστούν σε όλη τη ζωή του ατόμου
- **Όσο πιο νωρίς ξεκινούν** οι ανισότητες τόσο μεγαλύτερη η επίδραση στην υγεία των ατόμων
- **Συνδυασμός φτώχειας με άλλα αίτια ευαλωτότητας** (πχ παιδική ηλικία, μεγάλη ηλικία, αναπηρία, μειονότητα) αυξάνουν περαιτέρω τους κινδύνους για την υγεία
- Υπάρχουν επίσης περιοχές μέσα στην ΕΕ με σημαντικές ελλείψεις σε συνθήκες υγιεινής (πχ ύδρευση- αποχέτευση)
- **Πολιτισμικοί παράγοντες** που επηρεάζουν τον τρόπο ζωής και τις συμπεριφορές υγείας διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των περιοχών στην ΕΕ
- Υπάρχουν επίσης ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας **εξαιτίας διαφορετικών παραγόντων** (πχ έλλειψη ασφάλισης, υψηλό κόστος ιατρικής φροντίδας, έλλειψη πληροφόρησης, διακρίσεις)
- Έχει βρεθεί ότι τα φτωχότερα κοινωνικά στρώματα κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας σε μικρότερο βαθμό σε σχέση με τις ανάγκες τους, συγκριτικά με πιο πλούσιες ομάδες
- Επίσης μετανάστες (ακόμα και προερχόμενοι από χώρες της ΕΕ) αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας

Φτώχεια στις χώρες ΕΕ (Στέρση υλικών αγαθών)

Figure 19: Percentage of the population with severe material deprivation in the EU, 2011



Έλλειψη τουαλέτας



Η ελληνική πραγματικότητα



- Δεν υπάρχει οργανωμένη προσπάθεια καταγραφής των ανισοτήτων στην υγεία και των κοινωνικών καθοριστών της
- Με βάση τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, το έτος 2020 ο πληθυσμός που βρισκόταν **σε κίνδυνο φτώχειας ή σε κοινωνικό αποκλεισμό υπολογίστηκε στο 28,9% του συνολικού πληθυσμού.**
- Αξίζει να σημειωθεί, ωστόσο, πως συχνά οι ομάδες του πληθυσμού που είναι φτωχές, **υπο-αντιπροσωπεύονται στις έρευνες και άρα αντίστοιχα το ποσοστό των ατόμων που βρίσκονται σε κίνδυνο φτώχειας τείνει να υποεκτιμάται .**
- **Το ποσοστό των ατόμων που στερούνταν βασικών αγαθών και υπηρεσιών το 2020 ανήλθε στο 16,6%.**

Η ελληνική πραγματικότητα



- Τόσο στις ηλικίες 18-64 ετών όσο και στις 65 ετών και άνω, **οι γυναίκες ανέφεραν υλική στέρση σε μεγαλύτερο ποσοστό** σε σύγκριση με τους άνδρες, με τη μεγαλύτερη διαφορά να σημειώνεται στα άτομα ≥ 65 ετών.
- Το **6,1%** του πληθυσμού, το 2020, δήλωσε ότι αντιμετώπισε **μέτρια και σοβαρή ανεπάρκεια τροφής**, ενώ το **1,6%** του πληθυσμού δήλωσε ότι αντιμετώπισε μόνο **σοβαρή ανεπάρκεια τροφής**.

Η ελληνική πραγματικότητα

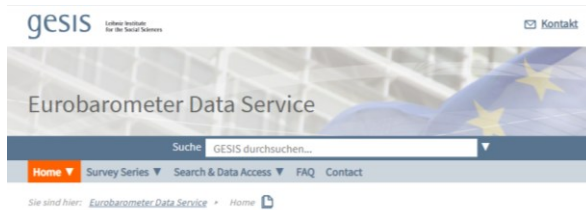


- Ως προς την οικονομική ανισότητα, με βάση τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, το 2020 **το μερίδιο του εισοδήματος του πλουσιότερου 20% του πληθυσμού ήταν 5,2 φορές μεγαλύτερο από εκείνο του φτωχότερου 20%**, σύμφωνα με τον δείκτη S80/S20.
- Έρευνα του ΟΟΣΑ του 2018 έδειξε ότι τουλάχιστον **8% του πληθυσμού είχε ανικανοποίητες ανάγκες θεραπείας**, ενώ στο χαμηλότερο εισοδηματικά πεμπτημόριο αυτό αναφέρθηκε από σχεδόν 1 στους 5.

Συμπεριφορές σχετιζόμενες με υγεία

Κάπνισμα

- Στις περισσότερες χώρες της ΕΕ υπάρχουν διαφορές στα ποσοστά καπνιστών σε κάθε κοινωνική ομάδα- γεγονός που αντανάκλαται και στις ανισότητες στην υγεία σε κάθε κοινωνική ομάδα
- Με εξαίρεση τις παρακάτω χώρες: [ΕΛΛΑΔΑ](#), [ΚΥΠΡΟΣ](#), [ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ](#), [ΡΟΥΜΑΝΙΑ](#) (υψηλά ποσοστά, ανεξάρτητα από το μορφωτικό επίπεδο) τα ποσοστά καπνιστών μεταξύ των ατόμων με πανεπιστημιακή εκπαίδευση είναι σημαντικά χαμηλότερα από τα άτομα με υποχρεωτική ή δευτεροβάθμια εκπαίδευση



The European Commission's Eurobarometer Surveys

Σε μελέτη του Eurobarometer φάνηκε ότι **το μεγαλύτερο ποσοστό καπνιστών είναι μεταξύ αυτών που αυτοπροσδιορίζονται χαμηλά σε κοινωνική θέση και αναφέρουν δυσκολία στο να πληρώσουν τους λογαριασμούς τους**

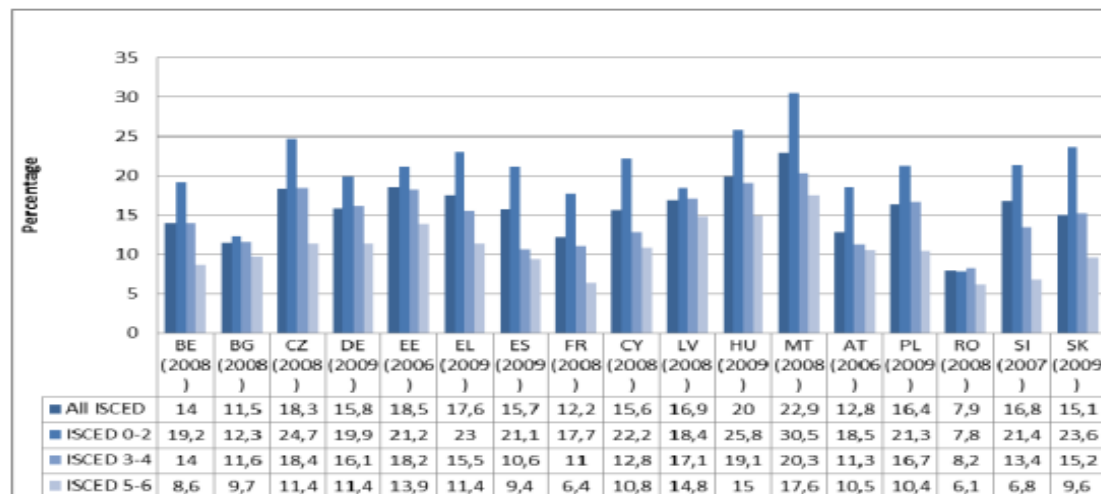
Η πιο συχνή επαγγελματική κατηγορία ήταν χειρωνακτες

Συμπεριφορές σχετιζόμενες με υγεία

Παχυσαρκία

- Οι διαφορές στη διατροφή συμβάλουν στις ανισότητες στην υγεία σε ατομικό επίπεδο όπως και σε επίπεδο πληθυσμού σε διάφορα κράτη της ΕΕ
- Έχει βρεθεί για παράδειγμα ότι υψηλά ποσοστά παχυσαρκίας παρατηρούνται σε άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο

Figure 22: Obesity by educational level in selected Member States



Συμπεριφορές σχετιζόμενες με υγεία

Χρήση αλκοόλ

- Η σχέση μεταξύ κατανάλωσης αλκοόλ και κοινωνικής ομάδας δεν είναι ξεκάθαρη. Σε πολλές χώρες τα οικονομικά εύρωστα στρώματα αναφέρουν μεγαλύτερη κατανάλωση, ενώ σε άλλες είναι συχνή μεταξύ χαμηλότερων κοινωνικά στρωμάτων
- Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ σε μικρό χρονικό διάστημα (Binge drinking), η οποία είναι πιο επικίνδυνη για την υγεία από σταθερή κατανάλωση (ακόμα και μεγαλύτερης ποσότητας αλκοόλ) δεν είναι πολύ συνηθισμένη στα υψηλότερα κοινωνικά στρώματα (**αποτελεί μία παράμετρο κοινωνικής διαφοροποίησης**)

Προσβασιμότητα και ποιότητα υπηρεσιών υγείας

- Συχνά εμπόδια στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αποτελούν: **το κόστος, η απόσταση, οι χρόνοι αναμονής, οι διακρίσεις**
- Η γλώσσα (**μη γνώση γλώσσας**) αποτελεί εμπόδιο σε μη γηγενείς πληθυσμούς όπως επίσης **η μη κατανόηση / περιορισμένη γνώση των δικαιωμάτων** τους και των κανόνων λειτουργίας του συστήματος υγείας
- **Η πληρωμή των υπηρεσιών (άμεσα)** κατά την ώρα παροχής υπηρεσιών μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, ιδιαίτερα σε ευάλωτους πληθυσμούς. Εδώ περιλαμβάνονται: ποσοστά συμμετοχής, ανεπίσημες/ παράνομες πληρωμές πχ «φακελάκια»
- **Στην ΕΕ υπολογίζεται ότι ένα ποσοστό ~3-4% δεν αναζητά ιατρική βοήθεια λόγω κόστους, απόστασης, χρόνου αναμονής**
- Τα ποσοστά είναι υψηλότερα μεταξύ των γυναικών και διαφέρουν μεταξύ των κρατών μελών