

ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ

Η υγεία και η κατάσταση της υγείας των ατόμων είναι μία πολυσύνθετη έννοια, η οποία τελεί υπό την επίδραση δημογραφικών, κοινωνικών, οικονομικών, συμπεριφορικών, περιβαλλοντικών, αναπτυξιακών και άλλων παραγόντων, καθώς και των επιστημονικών εξελίξεων.

Τον προηγούμενο αιώνα η υγεία ήταν άμεσα συνδεδεμένη με την έλλειψη της ασθένειας, ενώ τον τελευταίο καιρό δεν αποδίδεται μόνο από την ιατρική σκοπιά, αλλά συνδέεται και με άλλους παράγοντες, ενώ ιδιαίτερη σημασία αποκτά η έννοια της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής. Ως ποιότητα ζωής, ορίζεται «η αξία που αποδίδεται στο χρόνο επιβίωσης, όπως αυτή τροποποιείται από τις βλάβες, τις διάφορες καταστάσεις λειτουργικότητας, τις προσδοκίες και τις κοινωνικές ευκαιρίες»¹. Αποτελεί λοιπόν, μία δυναμική έννοια που μεταβάλλεται μαζί με το επίπεδο υγείας, τις σχέσεις, τις εμπειρίες και τους ρόλους του ατόμου.

Επίσης, πολύ σημαντική για την έρευνα των έμφυλων ανισοτήτων στην υγεία είναι η διάκριση μεταξύ βιολογικού φύλου (sex) και κοινωνικού φύλου (gender). Η έννοια του βιολογικού φύλου παραπέμπει στην γενετική και ορμονική κατασκευή των ατόμων και στην ανάπτυξη από αυτήν της βιολογικής-γενετικής βάσης των δευτερευόντων φυσικών χαρακτηριστικών των ατόμων² – για τις γυναίκες τα χρωμοσώματα XX και

¹ Patrick, Erickson, in: Oxford University Press, Health Status and Health Policy. Quality of life in health care evaluation and resource allocation, Oxford, 1993

² Pollard M. Tessa, Hyatt Brin Susan, Sex, Gender and Health, Cambridge (Cambridge University Press), 1999, 2



Πό: Τελικά αποτελέσματα της Έρευνας- Σύνθεση πορισμάτων- Συμπεράσματα και προτάσεις πολιτικής

ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ

για τους άντρες τα χρωμοσώματα XY. Αντίθετα, η έννοια του κοινωνικού φύλου παραπέμπει στην έννοια των κοινωνικών και πολιτισμικών ρόλων,³ των κοινωνικών εμπειριών, προσδοκιών και υποχρεώσεων καθώς και των εμπειριών από την οικογενειακή ζωή, την αγορά εργασίας, από τους επαγγελματικούς χώρους⁴ και την ευρύτερη κοινωνική θέση και υπόσταση η οποία ορίζεται και καθορίζεται συχνά υπό την ηγεμονία μίας πατριαρχικής κοινωνικής οργάνωσης.

Σε αυτό το πλαίσιο, το πλέον καίριο ζήτημα που εμφανίζεται στην σύγχρονη ερευνητική πραγματικότητα είναι η αναζήτηση της αιτιολογίας των έμφυλων υγειονομικών ανισοτήτων όχι μόνο στη βιολογική διαφοροποίηση ή στη κοινωνική διαφοροποίηση και κοινωνική κατασκευή, αλλά στην «διαπλοκή» των δύο παραγόντων. Σε αυτό ακριβώς το θέμα επιδιώκει να δώσει απαντήσεις η παρούσα μελέτη, η οποία δεν αποτυπώνει απλώς τους δείκτες με αριθμητικά δεδομένα αλλά εξετάζει την αλληλοσυσχέτιση τους και την επίπτωση τους τόσο στην υγεία των ατόμων όσο και στο ευρύτερο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον, αναδεικνύοντας παράλληλα και τις αντίστοιχες ανισότητες.

Τους παράγοντες αυτούς εξετάζει το έργο **«Η υγεία των ανδρών και γυναικών στην Ελλάδα: κατάσταση υγείας, χρήση υπηρεσιών υγείας και προσδιοριστικοί παράγοντες»**, της Γενικής Γραμματείας Ισότητας των Φύλων, προκειμένου να αποτυπωθεί η ανθρωπογεωγραφία της υγείας των δύο φύλων στη σημερινή πραγματικότητα, να αναδειχθούν οι διαφοροποιήσεις και οι ιδιαίτερες ανάγκες και εν τέλει να διαμορφωθούν οι απαιτούμενες προτάσεις πολιτικής

Για το σκοπό αυτό, ακολουθώντας το **μεθοδολογικό πλαίσιο** που αναπτύχθηκε για την έρευνα, δημιουργήθηκε ένα πλέγμα δεικτών οι οποίοι αποτελούν ουσιαστικά ένα μηχανισμό παρακολούθησης του επιδημιολογικού προφίλ και των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία, στην Ελλάδα δίνοντας το πλεονέκτημα της συγκριτικής αξιολόγησης των μεγεθών τόσο σε επίπεδο χώρας, όσο και σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης.

³ Annandale Ellen, Hunt Kate, *Gender Inequalities in Health*, Buckingham (Open University Press) 2000, 1 καθώς και Pollard M. Tessa, Hyatt Brin Susan, *Sex, Gender and Health*, Cambridge (Cambridge University Press), 1999, 2.

⁴] Βλέπε Annandale Ellen, Hunt Kate, *Gender Inequalities in Health*, Buckingham (Open University Press) 2000, 3-12.



Π6: Τελικά αποτελέσματα της Έρευνας- Σύνθεση πορισμάτων- Συμπεράσματα και προτάσεις πολιτικής

ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ

Οι δείκτες διαμορφώθηκαν σε έξι ενότητες οι οποίες περιλαμβάνουν στοιχεία:

- Δημογραφικά
- Κοινωνικοοικονομικά
- Επιδημιολογικά
- Παραγόντων κινδύνου
- Ομάδα δεικτών του Πεκίνου και
- Χρήση υπηρεσιών υγείας

Για την διαμόρφωση των δεικτών λήφθηκαν υπόψη, το Πρόγραμμα Δράσης του Πεκίνου, όπως αυτό έχει εξειδικευτεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση και προσδιοριστεί στους στόχους της Λισαβόνας στον τομέα της υγείας, μέσα από τη νέα στρατηγική «Ευρώπη 2020», οι σχετικοί δείκτες που χρησιμοποιούνται από διεθνείς οργανισμούς, όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, το Ευρωπαϊκό Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (European Centre for Disease Prevention and Control - ECDC), η Παγκόσμια Τράπεζα (World Bank), η Eurostat, κλπ., τα δεδομένα και οι δείκτες της ΕΛΣΤΑΤ. Παράλληλα, αξιοποιήθηκαν τα πορίσματα των δεικτών που προέκυψαν από την ποσοτική και ποιοτική έρευνα οι οποίες εκπονήθηκαν στο πλαίσιο του παρόντος έργου.

Τέλος, η μελέτη συμπεριέλαβε την ανάλυση του υφιστάμενου νομικού και θεσμικού πλαισίου της υγείας, αλλά και των διεθνών Καταστατικών Χαρτών και στρατηγικών κατευθύνσεων, όπως επίσης και σχετική διεθνή βιβλιογραφία.

Στην συνέχεια παρατίθεται συνοπτική περιγραφή των αποτελεσμάτων του συνολικού έργου (ειδικότερα του Παραδοτέου «Π6: Τελικά αποτελέσματα της Έρευνας- Σύνθεση πορισμάτων- Συμπεράσματα και προτάσεις πολιτικής»), που παρουσιάζονται σε πέντε ενότητες και συγκεκριμένα:

- I. Η κατάσταση της υγείας ανδρών και γυναικών
- II. Χρήση υπηρεσιών υγείας
- III. Δημογραφικοί, Κοινωνικοί και Οικονομικοί προσδιοριστικοί παράγοντες για την υγεία και την χρήση υπηρεσιών υγείας
- IV. Μέτρα και πολιτικές για την προαγωγή της υγείας
- V. Επισημάνσεις και προτάσεις επί του νομικού και θεσμικού πλαισίου



Η κατάσταση της υγείας.

Παρά τη βελτίωση που υπήρξε για πολλά χρόνια στο μέσο επίπεδο υγείας και στο προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα, εξακολουθούν να υπάρχουν σημαντικές ανισότητες.

Οι γυναίκες και οι πιο ευάλωτες κοινωνικά ομάδες έχουν λιγότερα χρόνια υγιούς ζωής, μεγαλύτερη νοσηρότητα και χειρότερους δείκτες ευεξίας και λειτουργικότητας. Η απόκλιση στο προσδόκιμο ζωής μεταξύ των δύο φύλων παραμένει ακόμη σημαντική (4,6 χρόνια).

Οι δείκτες νοσηρότητας αυξάνουν χρόνο με το χρόνο, ενώ σημαντικές διαφοροποιήσεις παρατηρούνται στο νοσολογικό προφίλ των δύο φύλων.

Οι συνθήκες διαβίωσης που συνεχώς επιδεινώνονται έχουν δημιουργήσει μία έντονα αρνητική ψυχολογική κατάσταση, η οποία μεταφράζεται σε μείζονα κατάθλιψη, άγχος, νευρικότητα, λύπη, ανησυχία και μελαγχολία, σε πόνο και δυσφορία, ενδοοικογενειακή βία, απουσία διάθεσης για έρωτα και τέλος στη σοκαριστική σκέψη του θανάτου.

Οι καθημερινές δυσκολίες, στο να κοιμηθούν, να κάνουν την εργασία τους ή τις δουλειές του σπιτιού, στις καθημερινές μετακινήσεις, στην κοινωνική τους δικτύωση και τις προσωπικές σχέσεις εντείνονται ολοένα και περισσότερο. Το ίδιο και τα προβλήματα μνήμης και συγκέντρωσης.

Οι επιπτώσεις αυτές είναι διαφορετικές στην κοινωνική διαστρωμάτωση του πληθυσμού, με τη μεγαλύτερη επιβάρυνση να παρατηρείται στις γυναίκες, στους χρόνια πάσχοντες, στους ηλικιωμένους και στις ευπαθείς κοινωνικοοικονομικά ομάδες όπως άνεργους και άτομα με χαμηλά εισοδήματα.

Μία μεγάλη μερίδα του Ελληνικού πληθυσμού και κυρίως οι άνδρες, αρνούνται να «θυσιάσουν» κάποιες από τις σύγχρονες «απολαύσεις» όπως το τσιγάρο, το ποτό, το νόστιμο (πλούσιο σε λίπη) φαγητό, την καθιστική ζωή, κλπ, στρέφοντας την πλάτη στην Ιπποκράτειο ρήση **«Ασφάλεια εστί το προνοείν και προλαμβάνειν, το δε προνοείν και προλαμβάνειν κρείττον εστί του θεραπεύειν»**. Παρά τη γνώση που υπάρχει τα τελευταία χρόνια για τους παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι προκαλούν καρκίνο, καρδιαγγειακά και άλλα χρόνια νοσήματα, πρόωρη θνησιμότητα, αναπηρία και υποβάθμιση της ποιότητας ζωής πολύ λίγοι άνθρωποι λαμβάνουν ενεργό ρόλο στην προάσπιση της υγείας τους, προφανώς γιατί η γνώση που λαμβάνουμε δεν «μεταφράζεται» πάντα σε αντίστοιχη συμπεριφορά και στάσεις που προασπίζουν και βελτιώνουν την υγεία.

Οι αποτρέψιμες ασθένειες και θάνατοι που οφείλονται σε κοινωνικοοικονομικούς και συμπεριφορικούς παράγοντες όπως επίσης και σε ανισότητες στον τομέα της υγείας αποτελούν κατασπατάληση του ανθρώπινου κεφαλαίου και πρέπει να μειωθούν. Χαρακτηριστικά είναι τα στοιχεία των δεικτών που παρουσιάζονται στον επόμενο





Π6: Τελικά αποτελέσματα της Έρευνας- Σύνθεση πορισμάτων- Συμπεράσματα και προτάσεις πολιτικής

ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ

πίνακα με τους αντιπροσωπευτικότερους δείκτες που αποτυπώνουν την κατάσταση της υγείας το πληθυσμού της χώρας.

Πίνακας 1: Δείκτες υγείας

Δείκτης	Έτος	Φύλο			Σχόλια	Πηγή
		Άνδρας	Γυναίκα	Αμφότερα τα φύλα		
Προσδόκιμο ζωής και Έτη Υγιούς Ζωής						
Προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση	2011	78,5	83,1	80,8	↑ Παρατηρείται αύξηση του δείκτη συνολικά και ανά φύλο σε σχέση με το 2001 (σύνολο:78,5 - άνδρες: 75,9 - γυναίκες : 81).	EUROSTAT
Προσδόκιμο ζωής στα 65 έτη	2011	18,5	20,6	19,6	↑ Παρατηρείται αύξηση του δείκτη συνολικά και ανά φύλο σε σχέση με το 2001 (σύνολο:17,7 - άνδρες: 16,5 - γυναίκες : 18,7).	EUROSTAT
Έτη Υγιούς Ζωής κατά τη γέννηση	2011	66,4	66,9		↑ Παρατηρείται αύξηση του δείκτη για τους άνδρες και μείωση για τις γυναίκες σε σχέση με το 2001 (άνδρες: 66,7 - γυναίκες : 68,8).	EUROSTAT
Έτη Υγιούς Ζωής στα 65 χρόνια	2011	9,1	7,8		↓ Παρατηρείται μείωση του δείκτη και στα δύο φύλα σε σχέση με το 2001 (άνδρες: 10,2 - γυναίκες : 10,7).	EUROSTAT
Δείκτες αυτοαναφερόμενης ποιότητας ζωής						
Αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας						
πολύ καλή και καλή	2011	78,9	74		↓ Σε σχέση με το 2004 παρατηρείται μια μετατόπιση των δεικτών από την "πολύ καλή" και καλή υγεία προς τις άλλες κλίμακες για τα δύο φύλα.	EUROSTAT
μέτρια		13,1	16			EUROSTAT
κακή και πολύ κακή		8	10			EUROSTAT
Αυτοαναφερόμενος μακροχρόνιος περιορισμός καθημερινών δραστηριοτήτων						
μικρό πρόβλημα	2011	9,7	13,2	11,5	↓ Σε σχέση με το 2004 εντείνεται η σοβαρότητα των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν και τα δύο φύλα στις καθημερινές δραστηριότητες.	EUROSTAT
σοβαρό πρόβλημα		8	9,2	8,6		EUROSTAT
κανένα πρόβλημα		82,3	77,6	79,9		EUROSTAT
Ψυχική υγεία						



«Η Υγεία των ανδρών και γυναικών στην Ελλάδα: Κατάσταση Υγείας, Χρήση Υπηρεσιών Υγείας και Προσδιοριστικοί Παράγοντες»



Π6: Τελικά αποτελέσματα της Έρευνας- Σύνθεση πορισμάτων- Συμπεράσματα και προτάσεις πολιτικής

ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ

Δείκτης	Έτος	Φύλο			Σχόλια	Πηγή
		Άνδρας	Γυναίκα	Αμφότερα τα φύλα		
Μείζων Κατάθλιψη	2013	9	15,6	12,3	↑ Παρατηρείται έξαρση της μείζονος κατάθλιψης σε σχέση με το 2008 (3,3)	ΕΠΙΨΥ
Καταθλιπτικές διαταραχές	2008	1,3	3,3	2,3		EUROSTAT
Δείκτης ικανοποίησης από την ζωή	2013	5	5,1	5,1		ΟΟΣΑ
Αυτοαναφερόμενη χρόνια νοσηρότητα και χρόνια προβλήματα υγείας						
Αυτοαναφερόμενη χρόνια νοσηρότητα - αυτοαναφερόμενα νοσήματα	2013	27,8	57,8	44,1	↑ Παρατηρείται σημαντική επιδείνωση του δείκτη σε σχέση με στοιχεία της Eurostat το 2011. Αντίστοιχα αποτελέσματα παρουσιάζονται και σε σχετική έρευνα της ΕΣΔΥ	Ημιδομημένη έρευνα
Καρδιολογικό/Κυκλοφορικό	2011	46,9	30,3	37,6		ΕΣΔΥ - Έρευνα Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας (Μάρτιος 2011)
Μεταβολικό / Ενδοκρινολογικό		18,1	31,7	25,8		
Ορθοπεδικό		12,4	28,9	21,7		
Γαστρεντερολογικό		11,7	13,7	12,8		
Πνευμονολογικό / Βρογχικό		10,8	9,1	9,8		
Νεφρολογικό / Ουρολογικό		9,4	2,5	5,5		
Νευρολογικό / Εγκεφαλικό		3,7	4,8	4,3		
Κακοήθη νεοπλασία		2,9	4,7	3,9		
Οφθαλμολογικό		3,4	3,7	3,6		
Ψυχιατρικό		2,3	3,6	3		
Αγγειακό		2,9	2,5	2,7		
Γυναικολογικό		0	2,3	1,4		
Δερματικό		1,1	1,3	1,3		
Ω.Ρ.Λ.		0,8	1,1	0,9		
Άλλο (πχ. Αλλεργίες)	3,8	4,8	4,3			
Παράγοντες Κινδύνου						
Αρτηριακή Υπέρταση (% πληθυσμού με αρτηριακή υπέρταση)	2008	25,1	19,8			WHO
Παχυσαρκία (% πληθυσμού)	2008			17,6		EUROSTAT
Φυσική	2008	52,2	60,8	56,6		EUROSTAT



«Η Υγεία των ανδρών και γυναικών στην Ελλάδα: Κατάσταση Υγείας, Χρήση Υπηρεσιών Υγείας και Προσδιοριστικοί Παράγοντες»



Π6: Τελικά αποτελέσματα της Έρευνας- Σύνθεση πορισμάτων- Συμπεράσματα και προτάσεις πολιτικής

ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ

Δείκτης	Έτος	Φύλο			Σχόλια	Πηγή
		Άνδρας	Γυναίκα	Αμφότερα τα φύλα		
δραστηριότητα						
Κάπνισμα (% πληθυσμού)	2008	37,8	26,2	31,9	Ειδικότερα το 62% των καπνιστών καπνίζουν πάνω από 20 τσιγάρα ημερησίως	EUROSTAT

Η καθολική πρόσβαση σε ασφαλείς, υψηλής ποιότητας και αποτελεσματικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και η καλύτερη συνεργασία μεταξύ των κοινωνικών υπηρεσιών και των υπηρεσιών υγείας, καθώς και η αποτελεσματική δράση για τους παράγοντες κινδύνου μπορούν να συμβάλουν στον τερματισμό του φαύλου κύκλου της κακής υγείας.

Η προτυποποιημένη θνησιμότητα_z σημείωσε γενικά πτώση σε όλα τα νοσήματα το 2010 σε σχέση με το 2001, εκτός των ασθενειών του αναπνευστικού συστήματος, των παθολογικών συμπτωμάτων που δεν μπορούν να ταξινομηθούν αλλού, ορισμένων λοιμωδών και παρασιτικών νοσημάτων, των παθήσεων του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού και των ασθενειών του αίματος και των αιμοποιητικών οργάνων και διαταραχές που αφορούν τον ανοσοποιητικό μηχανισμό.

Αν και τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου και για τα δύο φύλα, ωστόσο στον ανδρικό πληθυσμό αποτελούν το 39,7% των θανάτων, ενώ στο γυναικείο το 48,1%. Οι θάνατοι από κακοήθη νεοπλασμάτα, υπερτερούν σε απόλυτο αριθμό στους άνδρες και αποτελούν το 29,1% των θανάτων, ενώ στις γυναίκες το 20,5%. Οι ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος αποτελούν την τρίτη αιτία θανάτου για τους άνδρες (σε ποσοστό 9,4%), αλλά την τέταρτη στις γυναίκες (9,5%), αφού τρίτη κατά σειρά αιτία θανάτου των γυναικών αποτελούν άλλες αιτίες και κυρίως παθολογικές οι οποίες δεν μπορούν να ταξινομηθούν (σε ποσοστό 11,3% έναντι 7,9% στους άνδρες). Αξίζει να σημειωθεί πως τα ατυχήματα μεταφοράς αποτελούν το 2% των θανάτων των ανδρών, ενώ στις γυναίκες το ποσοστό που καταλαμβάνουν είναι μόλις 0,5%





Π6: Τελικά αποτελέσματα της Έρευνας- Σύνθεση πορισμάτων- Συμπεράσματα και προτάσεις πολιτικής

ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ**Πίνακας 2: Δείκτες Θνησιμότητας**

Δείκτης Πηγή: WHO (excluding S00-T98)	2010		2001		Μεταβολή 2010 vs 2010	
	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες
Συνολική προτυποποιημένη θνησιμότητα ανά 100.000	662,8	464,2	820,4	554,3	↓	↓
Προτυποποιημένη θνησιμότητα - Κατά αιτία θανάτου:						
Νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος (I00-I99)	251,9	206,6	364,7	295,52	↓	↓
Νεοπλάσματα	197,8	108,8	223,81	116,5	↓	↓
Συμπτώματα, σημεία και παθολογικά κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα που δεν ταξινομούνται αλλού (R00-R99)	48,2	48,9	51,58	42,47	↓	↑
Ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος (J00-J99)	57,4	42,2	57,05	35,51	↑	↑
Παθήσεις του πεπτικού συστήματος (K00-K93)	18,3	9,8	21,69	11,41	↓	↓
Ατυχήματα (V01-X59)	36,1	9,3			↑	↑
Παθήσεις του ουροποιογεννητικού συστήματος (N00-N99)	9,9	8,1	11,49	8,48	↓	↓
Παθήσεις του νευρικού συστήματος και των αισθητηρίων οργάνων (G00-H95)	8,4	7,6	9,28	7,75	↓	↓
Ενδοκρινικές, διατροφικές και μεταβολικές παθήσεις (E00-E90)	7,9	6,1	6,76	6,1	↑	↔
Ορισμένα λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα (A00-B99)	6,1	4,8	5,13	3,6	↑	↑
Συγγενείς ανωμαλίες, δυσπλασίες και χρωμοσωμικές ανωμαλίες (Q00-Q99)	3,6	3,5	4,16	3,82	↓	↓
Παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού (M00-M99)	2,8	2,6	2,4	2,22	↑	↑
Ορισμένες καταστάσεις που προέρχονται από την περιγεννητική περίοδο (P00-P96)	2,7	2,5			↑	↑
Ασθένειες του αίματος και των αιμοποιητικών οργάνων και ορισμένες διαταραχές που αφορούν το ανοσοποιητικό μηχανισμό	2,1	1,5	0,9	0,69	↑	↑



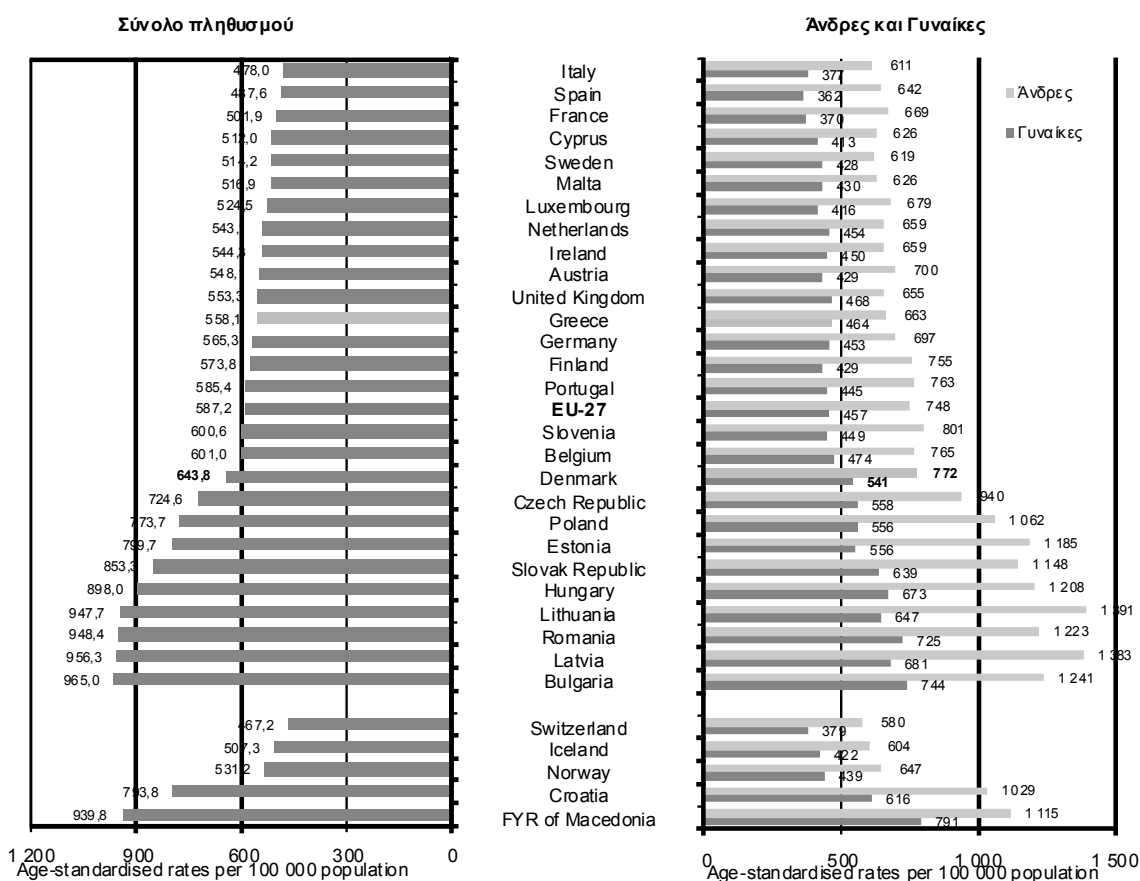
Π6: Τελικά αποτελέσματα της Έρευνας- Σύνθεση πορισμάτων- Συμπεράσματα και προτάσεις πολιτικής

ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ

Ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές (F00-F99)	0,7	0,4	0,81	0,82	↓	↓
Νοσήματα του δέρματος και του υποδόριου ιστού (L00-L99)	0,1	0,3	0,14	0,29	↓	↑
Εγκυμοσύνη, τοκετός και λοχεία (O00-O99)	-	0,1		0,07		↑

Παρά την μείωση που παρατηρήθηκε, η Ελλάδα κατατάσσεται στην 12^η θέση, όσον αφορά στην προτυποποιημένη θνησιμότητα απ' όλες τις αιτίες ανάμεσα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπως φαίνεται και στο επόμενο γράφημα.

Προτυποποιημένη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες, συνολικά και κατά φύλο, στην Ελλάδα και στις χώρες της Ε.Ε. (2010)



Source: Eurostat Statistics Database. Data are age-standardised to the WHO European standard population.



Π6: Τελικά αποτελέσματα της Έρευνας- Σύνθεση πορισμάτων- Συμπεράσματα και προτάσεις πολιτικής

ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ

Οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερους κινδύνους φτώχειας σε σύγκριση με τους άνδρες εξαιτίας πολλών παραγόντων και κυρίως της έμφυλης λειτουργίας της αγοράς εργασίας (μικρότερες αμοιβές, δυσκολίες στην ανέλιξη, έλλειψη κοινωνικών δομών, διατήρηση των παραδοσιακών προτύπων ως υπεύθυνης για τη φροντίδα των παιδιών, κλπ.). Η φτωχοποίηση αυτή εντείνεται ακόμη περισσότερο στα μονοπρόσωπα νοικοκυριά με μέλος θήλυ, αυξάνοντας το ενδεχόμενο ενός μακροχρόνιου κοινωνικού αποκλεισμού. Οι κοινωνικές πολιτικές δεν κατάφεραν να υιοθετήσουν ένα αποτελεσματικό πλαίσιο στήριξης των νοικοκυριών με αρχηγό γυναίκα ώστε να αποφευχθεί η παγίδα, της οικονομικής και κοινωνικής επισφάλειας και του κινδύνου διολίσθησης στη φτώχεια.

Η οικονομική επισφάλεια έχει επιδράσει σημαντικά στην υπογεννητικότητα συμβάλλοντας έτσι στη δημογραφική γήρανση και την πολλαπλή εξάρτηση των ηλικιωμένων ατόμων. Παράλληλα, η πολιτεία δεν έχει καταφέρει να διαμορφώσει τις συνθήκες εξισορρόπησης οικογενειακής και επαγγελματικής ζωής των γυναικών, με αποτελέσματα οι εργαζόμενες γυναίκες να γεννάνε λιγότερα παιδιά.

Στοιχεία που επιδρούν και επηρεάζουν τη μητρική και αναπαραγωγική υγεία των γυναικών, όπως ο αριθμός των αμβλώσεων, η χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων, το ποσοστό εγκύων με αναιμία δεν συλλέγονται συστηματικά, αλλά και όπου υπάρχουν δεν αποτυπώνουν την πραγματικότητα, αποτρέποντας έτσι κάθε πιθανότητα υιοθέτησης ορθών πολιτικών που προάγουν τη γυναικεία υγεία και συμβάλλουν στην εφαρμογή μέτρων για την προώθηση της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας. Το γεγονός αυτό, έχει σα συνέπεια και την αύξηση της επίπτωσης της λοίμωξης από ιό HIV, καθώς και του επιπολασμού του AIDS στο γυναικείο πληθυσμό.

Παρά τις έμφυλες όμως ανισότητες που εντοπίζονται σε θέματα υγείας, το κράτος δεν έχει ενσωματώσει τη διάσταση του φύλου στον προγραμματισμό της εκπαίδευσης του πληθυσμού σε θέματα υγείας. Η ίδια τακτική εκ μέρους της πολιτείας ακολουθείται και σε ότι αφορά στην ιατρική έρευνα, η οποία αφενός συνεχίζει να μειώνει τις σχετικές δαπάνες και αφετέρου δεν δίνει σαφείς τουλάχιστον κατευθύνσεις για την ενσωμάτωση της διάστασης του φύλου στο ερευνητικό έργο που επιτελείται.

Η Ελλάδα, συνεπής στα διεθνή ραντεβού της, έχει υπογράψει διάφορες συνθήκες για την καταπολέμηση της βίας, όμως τα φαινόμενα της κακοποίησης και της άσκησης βίας κατά γυναικών εξακολουθούν να παρατηρούνται, με έξαρση των περιστατικών σεξουαλικής βίας, πορνείας και παράνομης διακίνησης ανθρώπων, ενώ το πραγματικό μέγεθος της ενδοοικογενειακής βίας, μόνο έμμεσα μπορεί να εκτιμηθεί, αφού δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία.

Τα θύματα βίας στην Ελλάδα, όπως και σε όλο τον κόσμο συμμετέχουν στο παιχνίδι της σιωπής και το πρόβλημα σπανίως φτάνει στην επιφάνεια φοβούμενα προφανώς, τον κοινωνικό στιγματισμό. Επιστημονικές μελέτες επισημαίνουν ότι, οι γυναίκες που κακοποιούνται αντιμετωπίζουν σοβαρά ψυχικά προβλήματα, όπως είναι η κατάθλιψη και το



Π6: Τελικά αποτελέσματα της Έρευνας- Σύνθεση πορισμάτων- Συμπεράσματα και προτάσεις πολιτικής

ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ

άγχος, προβλήματα που τις απομονώνουν από την υπόλοιπη οικογένεια και τον φιλικό περίγυρο ενώ παράλληλα δυσκολεύονται να διατηρήσουν τη θέση εργασίας τους και να παραμείνουν λειτουργικές στην καθημερινότητά τους, όπως επίσης επηρεάζεται ο ρόλος τους ως μητέρων.

Η βία κατά των γυναικών, έχει επίσης σημαντικές κοινωνικές επιπτώσεις και μείζον οικονομικό κόστος, το οποίο προστίθεται στο κόστος από την πολιτική και κοινωνική αστάθεια που προκύπτει από τη μεταβίβαση της βίας από γενιά σε γενιά. Συμβάλλει στο να γίνονται φτωχότερες οι γυναίκες, καθώς και οι οικογένειες, οι κοινότητες, οι κοινωνίες και οι χώρες και ως εκ τούτου αποτελεί εμπόδιο στην ανάπτυξη.

Πίνακας 3: Δείκτες Πεκίνου




Δείκτης	Έτος	Φύλο			Σχόλια	Πηγή
		Άνδρας	Γυναίκα	Αμφότερα τα φύλα		
Δείκτης των φτωχών γυναικών που ασχολούνται με το νοικοκυριό						
(%) πριν τις κοινωνικές μεταβιβάσεις	2011	-	37,3	-	↓ Ο δείκτης μειώθηκε σε σχέση με το 2001 (40,6) αλλά είναι υψηλότερος από τον μέσο όρο της ΕΕ (36,6)	EUROSTAT
(%) μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις	2011	-	25,8	-	↓ Ο δείκτης μειώθηκε σε σχέση με το 2001 (30,2) και είναι χαμηλότερος από τον μέσο όρο της ΕΕ (26,4)	
Δείκτης των πολιτικών και των προγραμμάτων ενίσχυσης για τις γυναίκες νοικοκυρές με χαμηλό εισόδημα.	2013	-	ΟΧΙ	-	Στην Ελλάδα, δεν υφίσταται ειδικό καθεστώς δημοσίων πολιτικών προγραμμάτων ενίσχυσης και επιδότησης εισοδήματος ειδικά για τις γυναίκες νοικοκυρές με χαμηλό εισόδημα.	
Δείκτης του συνολικού ποσοστού γονιμότητας	2011	-	1,42		↑ Ο δείκτης αυξήθηκε σε σχέση με το 2001 (1,25) αλλά παραμένει χαμηλότερος από τον μέσο όρο της ΕΕ (1,57)	EUROSTAT
εργαζόμενες	2011	-	1,52	-	Παρατηρείται αντιστροφή του δείκτη σε σχέση με το εργασιακό καθεστώς των γυναικών	EUROSTAT
άνεργες	2011	-	1,32	-		





Π6: Τελικά αποτελέσματα της Έρευνας- Σύνθεση πορισμάτων- Συμπεράσματα και προτάσεις πολιτικής

ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ

Δείκτης	Έτος	Φύλο			Σχόλια	Πηγή
		Άνδρας	Γυναίκα	Αμφότερα τα φύλα		
Δείκτης του ποσοστού των αμβλώσεων		-		-		
αριθμός αμβλώσεων ανά 1.000 γεννήσεις	2008	-	138,22	-	 Ο δείκτης μειώθηκε σε σχέση με το 2001 (217,27) και είναι χαμηλότερος από τον μέσο όρο της ΕΕ (307,28) το 2008. Σημειώνεται ότι στην Ελλάδα αλλά και στις περισσότερες χώρες τα στοιχεία δεν απεικονίζουν την πραγματικότητα δεδομένου ότι αφορούν κυρίως αξίωση αποζημίωσης από τους ΦΚΑ είτε από ειδικές εμπειρικές έρευνες στο γυναικείο πληθυσμό, ο οποίος όμως δεν λέει πάντα την αλήθεια.	WHO
Δείκτης ποσοστού αντισύλληψης						
Χρήση αντισυλληπτικών μεταξύ των παντρεμένων γυναικών ηλικίας 15-49 ετών (%), οποιαδήποτε μέθοδος αντισύλληψης	2001	-	76,2	-		WHO
Δείκτης εγκύων γυναικών με αναιμία (% γυναικών)	2005	-	18,606209	-		The World Bank
Δείκτης μητρικής θνησιμότητας (μητρική θνησιμότητα ανά 100.000 γεννήσεις ζώντων)	2010	-	3	-	 Ο δείκτης μειώθηκε σε σχέση με το 2000 (5) και είναι χαμηλότερος από τον μέσο όρο της ΕΕ (9) το 2010.	The World Bank
Δείκτης Ενδεικτικής Ημερήσιας Πρόσληψης Θερμίδων	2009	-		3661	 Ο δείκτης παραμένει στα επίπεδα του 2001 (3463,8kcal) και είναι υψηλότερος από τον μέσο όρο της ΕΕ (3463,8kcal) το 2009.	WHO





Π6: Τελικά αποτελέσματα της Έρευνας- Σύνθεση πορισμάτων- Συμπεράσματα και προτάσεις πολιτικής

ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ

Δείκτης	Έτος	Φύλο			Σχόλια	Πηγή
		Άνδρας	Γυναίκα	Αμφότερα τα φύλα		
Δείκτης για ποσοστό επιπολασμού του HIV / AIDS						
Επίπτωση HIV κατά έτος δήλωσης	2012	17,9	3,1	10,5	↑ Παρατηρείται αύξηση του δείκτη συνολικά και ανά φύλο σε σχέση με το 2001 (σύνολο:3,7 - άνδρες: 5,6 - γυναίκες : 1,8).	ΚΕΕΛΠΝΟ
Επίπτωση AIDS κατά έτος διάγνωσης	2012	1,5	0,4	0,95	↑ Παρατηρείται αύξηση του δείκτη συνολικά και στους άνδρες σε σχέση με το 2001 (σύνολο: 0,85 - άνδρες: 3,6 - γυναίκες : 0,4).	ΚΕΕΛΠΝΟ
Δείκτης για τις πολιτικές της διάστασης του φύλου και των προγραμμάτων πρόληψης του HIV/AIDS	2013	-	ΟΧΙ			
Δείκτης για την εκπαίδευση σε θέματα υγείας για τις γυναίκες	2013	-	ΟΧΙ			
Δείκτης για τη χρηματοδότηση ιατρικής έρευνας για θέματα υγείας των γυναικών	2013	-	ΟΧΙ			
Δείκτης περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας	2013	5,6	7,9	6,75	Κανένας άνδρας δεν το κατήγγειλε ενώ το 20% των γυναικών θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας προχωράει σε καταγγελία	Ημιδομημένη έρευνα
Δείκτης περιστατικών σεξουαλικής βίας κατά των γυναικών		-				
(αριθμός αναφερόμενων περιπτώσεων σεξουαλικής επίθεσης και βιασμού ανά 100.000 πληθυσμού σε ένα έτος)	2012	-	2,18		↑ Παρατηρείται αύξηση του δείκτη σε σχέση με το 2001 (1,91 περιστατικά ανά 100.000 πληθυσμού)	Υπολογισμοί με βάση στοιχεία ΕΛ.ΑΣ




«Η Υγεία των ανδρών και γυναικών στην Ελλάδα: Κατάσταση Υγείας, Χρήση Υπηρεσιών Υγείας και Προσδιοριστικοί Παράγοντες»



Π6: Τελικά αποτελέσματα της Έρευνας- Σύνθεση πορισμάτων- Συμπεράσματα και προτάσεις πολιτικής

ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ

Δείκτης	Έτος	Φύλο			Σχόλια	Πηγή
		Άνδρας	Γυναίκα	Αμφότερα τα φύλα		
Δείκτης επίπτωσης της πορνείας και της διακίνησης						
(αριθμός των περιστατικών πορνείας και παράνομης διακίνησης ανθρώπων)	2012	-	600		 Ο μέσος όρος εξιχνίασης των αδικημάτων αυτής της κατηγορίας για την 22ετία 1991-2012 είναι 89,9%. Το 2012 το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 82,7% Παρατηρείται επίσης αύξηση του δείκτη σε σχέση με το 2001 (453 περιστατικά)	ΕΛ.ΑΣ
Δείκτης της επικύρωσης των διεθνών συμβάσεων για την εμπορία και την υποδούλωση των ανθρώπων	2013	-	ΝΑΙ			
Δείκτης της νομοθεσίας για την καταπολέμηση του σεξουαλικού τουρισμού και της εμπορίας των γυναικών	2013	-	ΝΑΙ			
Δείκτης των υπηρεσιών για τις γυναίκες θύματα εκμετάλλευσης από την πορνεία και την εμπορία	2013	-	ΝΑΙ			

Είναι προφανές λοιπόν ότι στην Ελλάδα του 21^{ου} αιώνα και υπό την τρέχουσα οικονομική συγκυρία, οι γυναίκες γίνονται όλο και πιο αδύναμες και λιγότερο υγιείς. Όλα τα προαναφερόμενα θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη για τη λήψη μέτρων και πολιτικών που αφενός θα αναστρέψουν αυτή την κατάσταση και αφετέρου θα λαμβάνουν υπόψη τις ιδιαίτερες ανάγκες των γυναικών.



Χρήση υπηρεσιών υγείας.

Η πτώση των δαπανών υγείας και η αύξηση του άμεσα καταβλητέου κόστους από τους ασθενείς, οι προωθούμενες διαρθρωτικές αλλαγές στο χώρο της υγείας ελλείπει επαρκών στοιχείων που να ταυτοποιούν τις ανάγκες με τις υγειονομικές προτεραιότητες και η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού αναμένεται να πλήξουν σημαντικά την πρόσβαση στην περίθαλψη στην Ελλάδα.

Τα προβλήματα πρόσβασης στο υγειονομικό σύστημα της χώρας είναι ήδη εμφανή αφού αφενός, καταγράφεται αύξηση του ποσοστού των ατόμων που στερήθηκαν ιατρικών υπηρεσιών και αφετέρου, μεγάλο ποσοστό δυσαρέσκειας στη χρήση υπηρεσιών υγείας, όπως επίσης και αναγκαστική στροφή στον ιδιωτικό τομέα επειδή δεν μπορούν να εξυπηρετηθούν από το δημόσιο σύστημα υγείας.

Όπως τονίζεται από τον ΟΟΣΑ, οι ευπαθείς κοινωνικά ομάδες αντιμετωπίζουν τον σοβαρότερο κίνδυνο να αποκτήσουν χρόνια προβλήματα υγείας λόγω της μειωμένης πρόσβασης σε φάρμακα και σε ιατρικές εξετάσεις, ενώ τα βραχυπρόθεσμα δημοσιονομικά οφέλη από τη μείωση των δαπανών υγείας πιθανόν να είναι πολύ μικρότερα από τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις για την υγεία και τις δαπάνες για την υγεία.

Από την άλλη μεριά η Ελλάδα δεν κατάφερε να ενσωματώσει στην υγειονομική της πολιτική τον προσυμπτωματικό έλεγχο, παρά τη σύσταση του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου του 2003. Τα ποσοστά ελέγχου στις βασικότερες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας του πληθυσμού παραμένουν σε πολύ χαμηλά επίπεδα, γεγονός που θα έπρεπε να εγείρει ανησυχίες για το βαθμό προστασίας της υγείας του πληθυσμού.

Τα παραπάνω καθιστούν ακόμη πιο επιτακτική την ανάγκη διαμόρφωσης ενός υγειονομικού συστήματος στη χώρα μας που θα διασφαλίζει μεγαλύτερη παραγωγικότητα, αποτελεσματικότητα και ελεύθερη πρόσβαση ειδικά για τα ασθενέστερα στρώματα του πληθυσμού.

Τέλος, η Ελλάδα δεν κατάφερε να ξεπεράσει ακόμη στερεότυπα, διακρίσεις και ανισότητες του παρελθόντος, δεικνύοντας την κατάτμηση της γυναικείας απασχόλησης στην αγορά εργασίας του χώρου της υγείας με κριτήριο το φύλο.





Π6: Τελικά αποτελέσματα της Έρευνας- Σύνθεση πορισμάτων- Συμπεράσματα και προτάσεις πολιτικής

ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ

Πίνακας 4: Δείκτες χρήσης υπηρεσιών υγείας

Δείκτης	Έτος	Φύλο			Σχόλια	Πηγή
		Άνδρας	Γυναίκα	Αμφότερα τα φύλα		
Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ	2011			9,1	↓ Από το 2009 (10,2%) παρατηρείται συνεχής μείωση των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, προσεγγίζοντας την τιμή του δείκτη του 2001 (8,9%)	OECD
Ποσοστό συμμετοχής στις δαπάνες υγείας, ανά πηγή χρηματοδότησης						
<i>Γενική Κυβέρνηση</i>	2011			23,1		OECD
<i>Κοινωνική Ασφάλεια</i>	2011			41,9		
<i>Άμεσες δαπάνες νοικοκυριών</i>	2011			30,5	↑ Το 2011 οι άμεσες δαπάνες των νοικοκυριών για την υγεία ανήλθαν στο 30,51% του συνόλου των δαπανών για την υγεία, έναντι 28% που ήταν το 2009. Το ποσοστό αυτό ήταν ένα από τα υψηλότερα ανάμεσα στις 34 χώρες του ΟΟΣΑ (19,8%).	
<i>Ιδιωτική ασφάλεια</i>	2011			2,8		
<i>Άλλες πηγές</i>	2011			1,6		
Κλίνες Δημόσιων Νοσοκομείων	2013			34.477	↓ Οι κλίνες μειώνονται στο πλαίσιο της πολιτικής αναδιάρθρωσης του χώρου της υγείας (τιμή 2001=36.186)	ESY.net
Διαθέσιμες κλίνες ανά 100.000 κατοίκους, συνολικά και στα δημόσια νοσοκομεία						
<i>Συνολικά</i>	2009			484,8		Eurostat
<i>Στα δημόσια νοσοκομεία</i>	2009			338,5		





Π6: Τελικά αποτελέσματα της Έρευνας- Σύνθεση πορισμάτων- Συμπεράσματα και προτάσεις πολιτικής

ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ

Δείκτης	Έτος	Φύλο			Σχόλια	Πηγή
		Άνδρας	Γυναίκα	Αμφότερα τα φύλα		
Επαγγελματίες υγείας ανά 100.000 κατοίκους						
<i>Ιατρικό προσωπικό</i>	2010			69.265	Την τελευταία 10ετία παρατηρείται συνεχής αύξηση των επαγγελματιών υγείας με την μεγαλύτερη αύξηση να καταγράφεται στο ιατρικό προσωπικό (47.944 το 2001)	Eurostat
<i>Οδοντίατροι</i>	2010			14.661		
<i>Φυσιοθεραπευτές</i>	2010			5.118		
<i>Νοσηλευτικό προσωπικό</i>	2009			39.932		
<i>Φαρμακοποιοί</i>	2009			10.788		
Δείκτης κατανομής ανθρώπινου δυναμικού στα δημόσια νοσοκομεία						
<i>Ιατρικό Προσωπικό</i>	2012	59,81%	40,19%		Υγειονομικός Χάρτης	
<i>Μη ιατρικό Προσωπικό (εκτός του νοσηλευτικού)</i>		37,52%	62,46%			
<i>Νοσηλευτικό Προσωπικό</i>		17,87%	82,13%			
Δείκτης κατανομής ανθρώπινου δυναμικού στα κέντρα υγείας						
<i>Ιατρικό Προσωπικό</i>	2012	55,40%	44,60%		Υγειονομικός Χάρτης	
<i>Μη ιατρικό Προσωπικό (εκτός του νοσηλευτικού)</i>		45,21%	54,79%			
<i>Νοσηλευτικό Προσωπικό</i>		11,95%	88,05%			
Εξωνοσοκομειακές επισκέψεις						
<i>Εξωνοσοκομειακές επισκέψεις ανά άτομο</i>	2006			3,95	WHO	
<i>Εξωτερικοί Ασθενείς σε νοσοκομεία και κέντρα υγείας</i>	2012			11.794.499	ESY.net	
Χρήση υπηρεσιών υγείας, ανά πάροχο						
<i>Ιδιώτες Ειδικούς γιατρούς</i>	2013	55,60%	64,10%	60,20%	Ημιδομημένη έρευνα	
<i>Ιδιώτες Οδοντιάτρους</i>		61,10%	54,70%	57,60%		
<i>Ιδιωτικό διαγνωστικό κέντρο για εξετάσεις</i>		40,70%	57,80%	50,00%		
<i>Εξωτερικά ιατρεία δημόσιων νοσοκομείων / Κέντρων Υγείας</i>		37,00%	40,60%	39,00%		
<i>Ιατρεία του ΕΟΠΥΥ</i>		18,50%	42,20%	31,40%		
<i>Ιδιώτες Γενικούς γιατρούς</i>		13,00%	28,10%	21,20%		
<i>Εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών</i>		13,00%	25,00%	19,50%		



«Η Υγεία των ανδρών και γυναικών στην Ελλάδα: Κατάσταση Υγείας, Χρήση Υπηρεσιών Υγείας και Προσδιοριστικοί Παράγοντες»



Π6: Τελικά αποτελέσματα της Έρευνας- Σύνθεση πορισμάτων- Συμπεράσματα και προτάσεις πολιτικής

ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ

Δείκτης	Έτος	Φύλο			Σχόλια	Πηγή
		Άνδρας	Γυναίκα	Αμφότερα τα φύλα		
διαγνωστικών κέντρων, κλπ.						
Φυσιοθεραπευτές		16,70%	15,60%	16,10%		
Κατ' οίκον επίσκεψη γιατρού, νοσηλεύτη/τριας ή άλλου επαγγελματία υγείας		11,10%	9,40%	10,20%		
Ιδιωτική κλινική για εισαγωγή και νοσηλεία		7,40%	7,80%	7,60%		
Χειροπράκτες / Ομοιοπαθητικούς/ Βελονιστές /Εναλλακτικούς θεραπευτές		3,70%	4,70%	4,20%		
Δημοτικά Ιατρεία		3,70%	4,70%	4,20%		
Προβλήματα στη χρήση υπηρεσιών υγείας	2013			34,60%		Ημιδομημένη έρευνα
Στέρηση υπηρεσιών υγείας						
Αυτοαναφερόμενη στέρηση ιατρικών εξετάσεων, ανά φύλο, λόγω πολύ ακριβών υπηρεσιών ή μεγάλης λίστας αναμονής ή είναι πολύ μακριά	2011	6,9	9,1	8	↑ Ο δείκτης αυξάνεται τόσο συνολικά όσο και ανά φύλο από το 2004 (σύνολο: 4 - άνδρες: 3,4 - γυναίκες : 4,6) ενώ είναι υψηλότερος από τον μέσο όρο της ΕΕ (σύνολο: 3,4 - άνδρες: 2,8 - γυναίκες : 3,9).	Eurostat
Αυτοαναφερόμενη στέρηση ιατρικών εξετάσεων, ανά φύλο, λόγω άλλων αιτιών	2011	3,3	3,3	3,3	↑ Ο δείκτης αυξάνεται τόσο συνολικά όσο και ανά φύλο από το 2004 (σύνολο: 1,3 - άνδρες: 1,2 - γυναίκες :1,4) και είναι στα ίδια επίπεδα τον μέσο όρο της ΕΕ	Eurostat
Προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο του μαστού-Ποσοστό γυναικών ηλικίας 50-69 που έχουν ελεγχθεί	2009		49,5		↓ Παρατηρείται μείωση του δείκτη σε σχέση με το 2006 (53,8)	OECD
Προσυμπτωματικός έλεγχος του τραχήλου της μήτρας, γυναικών ηλικίας 20-69 ετών / Ποσοστό των γυναικών	2009		69,7		↓ Ο δείκτης είναι μικρότερος από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο (EU25: 62,1)	OECD





Π6: Τελικά αποτελέσματα της Έρευνας- Σύνθεση πορισμάτων- Συμπεράσματα και προτάσεις πολιτικής

ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ

Δείκτης	Έτος	Φύλο			Σχόλια	Πηγή
		Άνδρας	Γυναίκα	Αμφότερα τα φύλα		
Ποσοστό του πληθυσμού, ηλικίας 50-74 ετών που έχει κάνει προσυμπτωματικό έλεγχο για καρκίνο του παχέος εντέρου	2009			3,8	↓ Ο δείκτης είναι σημαντικά μικρότερος σε σχέση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο (EU15: 12,7)	OECD

Δημογραφικοί, Κοινωνικοί και Οικονομικοί προσδιοριστικοί παράγοντες για την υγεία και την χρήση υπηρεσιών υγείας.

Η διεθνής οικονομική ύφεση που πλήττει κυρίως τη χώρα μας, έχει ως αποτέλεσμα την μείωση του ΑΕΠ το 2013 κατά 25,9%, σε σχέση με το 2008. Οι δαπάνες (δημόσιες και ιδιωτικές) για την υγεία, από 10,2% του ΑΕΠ το 2009 μειώθηκαν στο 9,1% το 2011. Η πτώση που σημειώθηκε ήταν της τάξης του 10,5%, έναντι 3,7% του μέσου όρου των 34 χωρών του ΟΟΣΑ

Ταυτόχρονα, μειώθηκε το μέσο καθαρό προσαρμοσμένο διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών στην Ελλάδα, όπως και ο καθαρός χρηματοοικονομικός πλούτος των νοικοκυριών, ο οποίος βρίσκεται σε πολύ χαμηλότερα επίπεδα από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ (13.428 δολάρια ανά νοικοκυριό στην Ελλάδα, έναντι 40.516 δολαρίων του ΟΟΣΑ) και παρατηρείται πτώση της αγοραστικής δύναμης των νοικοκυριών αλλά και άλλων μηχανισμών κοινωνικής προστασίας, που μπορεί επίσης να οδηγήσει σε μείωση της χρήσης υγειονομικής περίθαλψης.

Παράλληλα με τα παραπάνω, στην Ελλάδα, καταγράφεται ένα σημαντικό χάσμα μεταξύ των πλουσιότερων και των φτωχότερων - το πλουσιότερο 20% του πληθυσμού κερδίζει έξι φορές όσο το κατώτατο 20 % (δείκτης S80/S20), υποδηλώνοντας την άνιση κατανομή του εισοδήματος. Για τις γυναίκες ο δείκτης είναι 5,9, ενώ στον ανδρικό πληθυσμό, οι ανισότητες του εισοδήματος φαίνεται να είναι μεγαλύτερες, με τον δείκτη να διαμορφώνεται στο 6,1. Ο συντελεστής Gini κυμάνθηκε το 2011 σε 33,5%. Αυτό σημαίνει ότι αν πάρουμε 2 τυχαία άτομα του πληθυσμού, τότε αναμένουμε ότι το εισόδημά τους θα διαφέρει κατά 33,5% του μέσου όρου. Άρα, έχουμε μεταβολή της συνολικής ανισότητας κατά 3,9 ποσοστιαίες μονάδες σε σχέση με το 1994.

Όσον αφορά στην απασχόληση, το 56 % των ατόμων ηλικίας 15 έως 64 ετών στην Ελλάδα έχουν μια αμειβόμενη εργασία, ποσοστό που είναι κάτω από τον μέσο όρο (66%) του ΟΟΣΑ και αποκλίνει πολύ από το στόχο για την «Ευρώπη 2020» που είναι 75. Το 59,5 % των ανδρών είναι σε αμειβόμενη εργασία, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τις



«Η Υγεία των ανδρών και γυναικών στην Ελλάδα: Κατάσταση Υγείας, Χρήση Υπηρεσιών Υγείας και Προσδιοριστικοί Παράγοντες»

xix

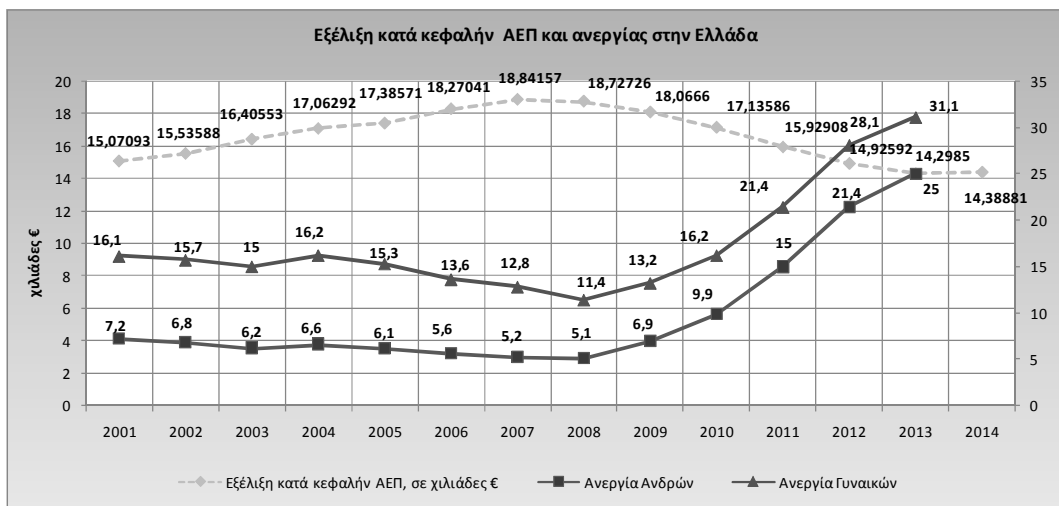
Π6: Τελικά αποτελέσματα της Έρευνας- Σύνθεση πορισμάτων- Συμπεράσματα και προτάσεις πολιτικής

ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ

γυναίκες είναι 40,5%, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι γυναίκες αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην εξισορρόπηση μεταξύ οικογένειας και καριέρας. Παρότι όμως τα ποσοστά απασχόλησης είναι πολύ μικρότερα τόσο από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ, όσο και από της ΕΕ-27 και παρά το γεγονός ότι οι Έλληνες δουλεύουν περισσότερο (2.032 ώρες ετησίως έναντι 1.776 ωρών του μέσο όρου του ΟΟΣΑ), νοιώθουν μεγαλύτερη επισφάλεια, όσον αφορά στη διατήρηση της θέσης εργασίας τους (4 στους 10 ανησυχούν και νοιώθουν ότι κινδυνεύουν να χάσουν τη δουλειά τους). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ένταση του εργασιακού άγχους και την απομείωση του αποθέματος υγείας του εργατικού δυναμικού της χώρας.

Πέρα από το εργασιακό άγχος οι Ελληνίδες, έχουν να αντιμετωπίσουν και τις μισθολογικές ανισότητες. Αντίθετα με ότι συμβαίνει στην Ε.Ε. των 27 κρατών μελών, το χάσμα αμοιβών μεταξύ ανδρών και γυναικών στην Ελλάδα αυξάνεται. Οι γυναίκες στην Ελλάδα το 2008, αμειβόταν κατά 22% λιγότερο από τους άνδρες για κάθε ώρα εργασίας.

Μία άλλη απόρροια της οικονομικής ύφεσης είναι η αύξηση του ποσοστού ανεργίας στην Ελλάδα, με τις γυναίκες να πλήττονται περισσότερο (31,1%, έναντι 25% των ανδρών) ενώ το ποσοστό εκτοξεύεται στις ηλικίες κάτω των 25 ετών (55,3%). Επιπρόσθετα, οι γυναίκες, πλήττονται περισσότερο από τους άνδρες από τη μακροχρόνια ανεργία, αφού το 17,4% του ενεργού πληθυσμού των γυναικών είναι μακροχρόνια άνεργες, ποσοστό που αντιπροσωπεύει το 62% των ανέργων γυναικών. Αντίθετα, τα αντίστοιχα ποσοστά για τους άνδρες είναι 12,1% και 56,6%.



Το ποσοστό των Ελλήνων που βρίσκονται σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού σημειώνει συνεχή αύξηση (31% το 2011, έναντι 24,2% του μέσου όρου της Ε.Ε.). με τον γυναικείο πληθυσμό να απειλείται περισσότερο. Συγκεκριμένα, ο γυναικείος πληθυσμός, αντιμετωπίζει αυξημένο κίνδυνο φτώχειας (32,3%), έναντι του ανδρικού πληθυσμού (29,6%). Η γυναικεία φτώχεια επιτείνεται στα μονοπρόσωπα



«Η Υγεία των ανδρών και γυναικών στην Ελλάδα: Κατάσταση Υγείας, Χρήση Υπηρεσιών Υγείας και Προσδιοριστικοί Παράγοντες»

XX

Π6: Τελικά αποτελέσματα της Έρευνας- Σύνθεση πορισμάτων- Συμπεράσματα και προτάσεις πολιτικής

ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ

νοικοκυριά με μέλος θήλυ, με τα ποσοστά να κυμαίνονται στο 37,3% πριν τις κοινωνικές μεταβιβάσεις και στο 25,8% μετά, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά στο γενικό πληθυσμό της χώρας είναι 27,9% και 21,3% αντίστοιχα. Η φτώχεια είναι γένους θηλυκού, ως απόρροια πολλών παραγόντων όπως τα χαμηλότερα ποσοστά απασχόλησης, το συνεχιζόμενο χάσμα αμοιβών μεταξύ ανδρών και γυναικών, ο έμφυλος διαχωρισμός στην εργασία, η εστίαση της απασχόλησης των γυναικών σε χαμηλά αμειβόμενα επαγγέλματα, η μικρότερη επαγγελματική πείρα των γυναικών, τα μεγαλύτερα ποσοστά γυναικών στην μερική απασχόληση, καθώς και, τα ψηλότερα ποσοστά γυναικών ανέργων και οικονομικά αδρανών. Αυτό, μεταφράζεται σε χαμηλότερες συντάξεις και μεγαλύτερη εξάρτηση των γυναικών στις κοινωνικές συντάξεις και τα δημόσια βοηθήματα.

Παρ' ότι όμως εντοπίζονται φαινόμενα βαθύτερης φτώχειας στο γυναικείο πληθυσμό, οι δημόσιες πολιτικές των προγραμμάτων ενίσχυσης και επιδότησης εισοδήματος που εφαρμόζονται στην Ελλάδα είναι ενιαίες ανεξαρτήτως του φύλου

Η κατάταξη της Ελλάδας αναφορικά με το δείκτη της ικανοποίησης από τη ζωή, παρουσιάζει επιδείνωση κατά την περίοδο 2006 – 2012, με το δείκτη να κινείται στο 5,1 για άνδρες και γυναίκες σε μια κλίμακα από το 1-10, έναντι 6,6 του μ.ο. του ΟΟΣΑ.

Η οικονομική επισφάλεια έχει επιδράσει σημαντικά στην υπογεννητικότητα συμβάλλοντας έτσι στη δημογραφική γήρανση και την πολλαπλή εξάρτηση των ηλικιωμένων ατόμων.

Ο δείκτης γεννητικότητας περιορίζεται στο 9,43 επί πληθυσμού 1.000 κατοίκων, ενώ θα έπρεπε να είναι τουλάχιστον διπλάσιος για να διατηρηθεί ο πληθυσμός της χώρας στα σημερινά επίπεδα.

Ο δείκτης γονιμότητας παρουσιάζει πτωτική πορεία από το 2009 και μετά με το συνολικό ποσοστό γονιμότητας το 2011 στην Ελλάδα να ανέρχεται σε 1,42 γεννήσεις ζώντων νεογνών ανά γυναίκα. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει η ανάλυση των στοιχείων γονιμότητας με το εργασιακό καθεστώς των Ελληνίδων μητέρων. Για τις εργαζόμενες Ελληνίδες ο δείκτης γονιμότητας έφτανε το 1,52 το 2011 και στις άνεργες μητέρες το 1,32, σε αντίθεση με τα παρελθόντα έτη που η εικόνα ήταν ανεστραμμένη με τις άνεργες γυναίκες να γενούν περισσότερο. Αποτέλεσμα της μείωσης της γονιμότητας είναι η αρνητική τάση της φυσικής αύξησης του πληθυσμού (το 2006 ήταν 0,4, ενώ το 2012 διαμορφώθηκε στο -0,18).

Επιπρόσθετα, η σύνθεση του πληθυσμού κατά ηλικίες παρουσίασε μια μετακίνηση προς τις μεγαλύτερες ηλικίες, με συνέπεια ο δείκτης γήρανσης να ακολουθήσει από το 1983 και μετά έντονα ανοδική πορεία. Το 1983 αντιστοιχούσαν 60,86 άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω σε 100 άτομα ηλικίας 0-14 ετών, το 1993 αντιστοιχούσαν 78,52, το 2003 119,8 άτομα, ενώ το 2012 137 άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω σε 100 άτομα 0-14 ετών. Παράλληλα, η μέση ηλικία του πληθυσμού της χώρας σημειώνει συνεχώς αυξητικές τάσεις και από τα 38,4 χρόνια που ήταν το 2001 ανήλθε στα 42,6 έτη το 2012.



Με βάση διεπιστημονικές και ολιστικές προσεγγίσεις, παράλληλα με τους βιολογικούς παράγοντες, σημαντική επίδραση στην εξέλιξη της υγείας του γενικού πληθυσμού έχουν οι κοινωνικοοικονομικοί, ψυχολογικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες. **Οι δυσμενείς συνέπειες της οικονομικής κρίσης**, όπως η αύξηση της ανεργίας, η επισφαλής εργασία, η μείωση και η ανισοκατανομή του εισοδήματος, αναμένεται ότι **θα επιδράσουν αρνητικά στους δείκτες υγείας** όπως το **προσδόκιμο επιβίωσης**, τη **νοσηρότητα**, την **ψυχική υγεία**, τη **θνησιμότητα**, τις **αυτοκτονίες**, την **ενδοοικογενειακή βία**, κλπ. Επιπρόσθετα, η **κρίση επιτείνει τις κοινωνικές ανισότητες, τη φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό**, ενώ **προβλήματα δημιουργούνται και στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας**. Η μείωση της ιδιωτικής και δημόσιας δαπάνης επιδρά αρνητικά στην **πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας** και ταυτόχρονα, **επιβαρύνεται η λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης**¹. Επιπρόσθετα, αναμένεται ότι **στο μέλλον θα υπάρχει μεγαλύτερη εξάρτηση των ατόμων από τις κοινωνικές συντάξεις και τα δημόσια βοηθήματα**, ως απόρροια των μεγάλων ποσοστών ανεργίας, **γεγονός που αναμένεται να επιδεινώσει τους δημοσιονομικούς δείκτες της χώρας**.

Τέλος οι δημογραφικές εξελίξεις, προβλέπεται ότι θα οδηγήσουν **σε αύξηση της ζήτησης και χρήσης υπηρεσιών υγείας**, λόγω των αυξημένων αναγκών των ηλικιωμένων, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά σε νοσήματα φθοράς και χρόνια προβλήματα υγείας. Επίσης, θα έχουν αντίκτυπο τόσο σε θέματα **κοινωνικής προστασίας**, όσο και στα **δημόσια οικονομικά της χώρας**. Επιπλέον, ο γερασμένος πληθυσμός συνεπάγεται σχετική **έλλειψη εργατικού δυναμικού, μειωμένους δείκτες παραγωγικότητας και μειωμένες αποδόσεις κεφαλαίων**, τα οποία μειώνουν επίσης τις αξίες του ενεργητικού μιας χώρας.





Πό: Τελικά αποτελέσματα της Έρευνας- Σύνθεση πορισμάτων- Συμπεράσματα και προτάσεις πολιτικής

ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ**Μέτρα και πολιτικές για την προαγωγή της υγείας**

Το μέλλον της ευημερίας μιας χώρας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την αντιμετώπιση των προβλημάτων που επιβαρύνουν την υγεία του πληθυσμού και οδηγούν σε μικρότερη παραγωγικότητα της εργασίας, σε ανικανότητα, χρόνια νοσηρότητα ή πρόωμη θνησιμότητα. Η Ελλάδα πρέπει να εστιάσει στη βελτίωση του επιπέδου υγείας, ως παράγοντα του ανθρωπίνου κεφαλαίου, που μπορεί να επιδράσει στην οικονομική μακροπρόθεσμα ανάπτυξη της χώρας. Επίσης, βέβαιο είναι πως **οι πολιτικές υγείας θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τόσο τις έμφυλες ανισότητες που υπάρχουν**, όπως και αυτές που δημιουργούνται λόγω ταξικών, φυλετικών, πολιτισμικών ή άλλων διαφορών.



Σε αυτό το πλαίσιο, με δεδομένη την οικονομική κρίση, την κατάσταση της υγείας ανδρών και γυναικών, τη χρήση υπηρεσιών υγείας και των κοινωνικοοικονομικών προσδιοριστικών παραγόντων που παρουσιάστηκαν στις προηγούμενες ενότητες, διαμορφώθηκαν μια σειρά από προτάσεις πολιτικής και μέτρα που προτείνεται να υιοθετηθούν. Οι προτάσεις και τα μέτρα αυτά ομαδοποιούνται σε άξονες προτεραιότητας που παρουσιάζονται στην συνέχεια.

ΑΞΟΝΑΣ 1: Αναβάθμιση του συστήματος υγείας - Ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Οι στρατηγικές προτεραιότητες ανάπτυξης της Ελλάδας για τον τομέα της Υγείας προσδιορίζονται από τις αντίστοιχες κατευθύνσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά και τις ιδιαίτερα σοβαρές συνθήκες οικονομικής και κοινωνικής κρίσης που διέρχεται η χώρα. Ιδιαίτερη δε έμφαση θα πρέπει να δοθεί στις προκλήσεις που τίθενται για **ριζική αναβάθμιση της αποτελεσματικότητας του συστήματος και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας**, η οποία θα βασίζεται σε ταυτοποιημένες ανάγκες των χρηστών, μέσα σε ένα περιβάλλον αυξημένων κοινωνικών αναγκών αλλά και δημοσιονομικών περιορισμών. Σε αυτό το πλαίσιο προτείνονται οι παρακάτω παρεμβάσεις:



Π6: Τελικά αποτελέσματα της Έρευνας- Σύνθεση πορισμάτων- Συμπεράσματα και προτάσεις πολιτικής

ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ

1. Η **ανάπτυξη του δικτύου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατόν πλησιέστερα στους ανθρώπους και αποτελεί το πρώτο στοιχείο σε μια συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας (WHO, 1978). Η σχεδιαζόμενη αναδιάρθρωση πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις σύγχρονες επιδημιολογικές συνθήκες, τις ανάγκες των χρηστών, τις ελλείψεις σε υποδομές και ανθρώπινο δυναμικό, την ιδιαίτερη μορφολογία της Ελλάδας και να εξασφαλίζει την μέγιστη σχέση κόστους – αποδοτικότητας.
2. Η ανάληψη δράσεων που θα δίνουν προτεραιότητα, στην πρόσβαση στην πρωτοβάθμια υγεία, σε κοινωνικά ευαίσθητα άτομα, όπως και η διεύρυνση του εισιτηρίου υγείας (health voucher) που θεσμοθετήθηκε πρόσφατα από το Υπ. Υγείας, για τους άνεργους και ανασφάλιστους πολίτες.
3. Η ανάπτυξη ενός **μηχανισμού συνεχούς παρακολούθησης των δεδομένων και των δεικτών υγείας** με τη διάσταση του φύλου (gender mainstreaming).
4. Η καλύτερη **διαχείριση των χρόνιων και μη νοσημάτων, μέσω των δομών της πρωτοβάθμιας υγείας**.
5. Η **λήψη μέτρων για την ανακούφιση των οικογενειακών φροντιστών**, μέσω της υιοθέτησης παρεμβάσεων όπως η ενίσχυση του θεσμού «Βοήθεια στο Σπίτι», εφαρμογή προγραμμάτων ατομικών ψυχοθεραπειών κλπ.
6. Η **ενίσχυση των γυναικών και δημιουργία συνθηκών συμφιλίωσης οικογενειακής ζωής και επαγγελματικών υποχρεώσεων** έτσι ώστε να περιοριστεί η οριζόντια και κάθετη **κατάτμηση της γυναικείας απασχόλησης στην αγορά εργασίας του χώρου της υγείας**
7. Η **συμμετοχή των εκπροσώπων των συλλόγων ασθενών με χρόνια νοσήματα στη λήψη αποφάσεων** σχετικά με την διαμόρφωση πολιτικών υγείας και παρεχόμενων υπηρεσιών από το δημόσιο σύστημα υγείας.
8. **Ενσωμάτωση της διάστασης του φύλου** σε όλα τα ερευνητικά προγράμματα και διακοπή της χρηματοδότησης σε όσες περιπτώσεις δεν εφαρμόζεται.

Τέλος είναι απαραίτητη η ενσωμάτωση της διάστασης του φύλου στις πολιτικές υγείας, ώστε να λαμβάνονται υπόψη όλες οι έμφυλες ανισότητες υγείας, γεγονός που αναμένεται να συμβάλει στην κοινωνική συνοχή και να σπάσει τον φαύλο κύκλο της κακής υγείας των δύο φύλων.



Πό: Τελικά αποτελέσματα της Έρευνας- Σύνθεση πορισμάτων- Συμπεράσματα και προτάσεις πολιτικής

ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ

ΑΞΟΝΑΣ 2: Πρόληψη και προαγωγή της υγείας

Η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού της χώρας, απαιτεί μία πολυτομεακή προσέγγιση με κοινό στόχο την προστασία της κοινωνικής ευεξίας και της υγείας. Προς αυτή την κατεύθυνση προτείνονται μία σειρά μέτρων που περιλαμβάνουν :

1. Την **ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του πληθυσμού**, με στόχο την παροχή γνώσεων, την ιεράρχηση αξιών, την αλλαγή απόψεων, τη λήψη αποφάσεων και τελικά την αλλαγή συμπεριφοράς.
2. Την ένταξη προγραμμάτων αγωγής υγείας στον κύριο κορμό του εκπαιδευτικού προγράμματος των μαθητών σε όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης.
3. Την **διαμόρφωση ειδικών προγραμμάτων καθολικών παρεμβάσεων πρόληψης σε ευρύτερες κοινότητες** (πχ. σώματα ασφαλείας, ένοπλες δυνάμεις, εκπαιδευτικούς, συλλόγους γονέων κλπ)
4. Την **δημιουργία και ενίσχυση δομών που συμβάλλουν στην προαγωγή της υγείας** όπως: ειδικά συμβουλευτικά κέντρα προαγωγής της υγείας, ιατρεία διακοπής καπνίσματος, κέντρα πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας καθώς και η αξιοποίηση όλων των αθλητικών εγκαταστάσεων της χώρας.
5. Την **αυστηροποίηση της νομοθεσίας** σε θέματα όπως η απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, ή η οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ, ή η εφαρμογή των κανόνων ασφαλείας στους χώρους εργασίας και η συνεχής επιτήρηση της εφαρμογής τους

Παράλληλα απαιτείται η **εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης και προσυμπτωματικού ελέγχου** (screening) για τα μείζονα νοσήματα, με έμφαση στο γυναικείο πληθυσμό, ο οποίος αποδεδειγμένα νοσεί περισσότερο (πχ μαστογραφία, κλινική εξέταση και υπερηχογράφημα, Test-Pap, εμβολιασμό κατά του τραχήλου της μήτρας, μέτρησης της οστεοπόρωσης, εκτίμηση κινδύνου εμφάνισης καρδιακής νόσου κλπ).

Προκειμένου να προωθηθεί η **σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία**, προτείνεται:

- Η **ενίσχυση των γεννήσεων**, μέσω της επεξεργασίας και υλοποίησης στοχευμένης δημογραφικής πολιτικής.
- Η **σεξουαλική διαπαιδαγώγηση**, ειδικότερα των νέων για τα οφέλη, τους κινδύνους και την αποτελεσματικότητα όλων των μεθόδων ρύθμισης της γονιμότητας, ώστε όλες οι αποφάσεις να λαμβάνονται με βάση την ολοκληρωμένη, ελεύθερη και πληροφορημένη συγκατάθεση του ατόμου.
- Η δημιουργία ενός εκτεταμένου δικτύου υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού και η διασφάλιση της πρόσβασης σε ευάλωτες ομάδες γυναικών.



Πό: Τελικά αποτελέσματα της Έρευνας- Σύνθεση πορισμάτων- Συμπεράσματα και προτάσεις πολιτικής

ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ

- Η παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης σε θέματα που αφορούν τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία με την λειτουργία 24ωρης τηλεφωνικής γραμμής.
- Η **επιδότηση της διάθεσης ασφαλών και αξιόπιστων μεθόδων αντισύλληψης**, από τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης της χώρας.
- Η **συστηματική συλλογή δεδομένων για τις αμβλώσεις**, συμπεριλαμβανομένου των τυχόν επιπτώσεων στη γυναικεία υγεία από επισφαλείς αμβλώσεις, μέσω της αυστηροποίησης της νομοθεσίας.
- Η κατάρτιση του ιατρικού προσωπικού σχετικά με τον φυσιολογικό τοκετό και τον έλεγχο του αριθμού των καισαρικών τομών.

Σε ότι αφορά τη **μείωση της επίπτωσης και επιπολασμού του HIV/AIDS** χρειάζεται η **διαμόρφωση στοχευμένων προγραμμάτων πρόληψης** ανάλογα με την ιδιαίτερη πληθυσμιακή ομάδα στην οποία απευθύνονται (πχ. μετανάστες, πόρνες, ομοφυλόφιλοι, κλπ), η **βελτίωση της επιδημιολογικής επιτήρησης** με ενθάρρυνση της εξέτασης για HIV και της δήλωσης των φορέων, και η **εκπόνηση επιδημιολογικών ερευνών** συμπεριφοράς και τάσεων, ειδικά για τις ευάλωτες ομάδες όπως οι μετανάστες, οι νέοι κ.α., ώστε να οργανωθούν καλύτερα οι παρεμβάσεις πρόληψης και να μεγιστοποιείται το αποτέλεσμα τους.

ΑΞΟΝΑΣ 3: Υγιής γήρανση – υποστήριξη των ηλικιωμένων

Προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι δημογραφικές προκλήσεις από τη γήρανση του πληθυσμού, στρατηγικός προσανατολισμός της εθνικής πολιτικής θα πρέπει να είναι αφενός η αντιστροφή αυτής της τάσης και των δυσμενών παραμέτρων που την προκαλούν και αφετέρου η προσαρμογή των συστημάτων κοινωνικής προστασίας και υγειονομικής περίθαλψης ώστε να ανταποκρίνονται στις ανάγκες φροντίδας των ατόμων της τρίτης ηλικίας και να διασφαλίζουν την καλή υγεία και την υγιή γήρανση. Προς αυτή την κατεύθυνση, ειδικότεροι στόχοι των μέτρων και εθνικών πολιτικών θα πρέπει να είναι:

1. **Η προαγωγή της υγείας** των ατόμων της τρίτης ηλικίας.
2. **Η ενσωμάτωση και κοινωνική ενδυνάμωση** των ατόμων της τρίτης ηλικίας.
3. **Η ενίσχυση των προγραμμάτων πρόνοιας και κοινωνικής φροντίδας** που απευθύνονται στα άτομα της τρίτης ηλικίας.
4. **Η ενδυνάμωση του σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων** των ατόμων της τρίτης ηλικίας, ιδιαίτερα όσον αφορά τη βία που ασκείται σε αυτούς, η οποία μπορεί να είναι σωματική, ψυχολογική, οικονομική ή παραμέληση της φροντίδας τους.



«Η Υγεία των ανδρών και γυναικών στην Ελλάδα: Κατάσταση Υγείας, Χρήση Υπηρεσιών Υγείας και Προσδιοριστικοί Παράγοντες»

Π6: Τελικά αποτελέσματα της Έρευνας- Σύνθεση πορισμάτων- Συμπεράσματα και προτάσεις πολιτικής

ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ

ΑΞΟΝΑΣ 4: Βία κατά των γυναικών

Πρωταρχικό μέλημα της εθνικής στρατηγικής ενάντια στη βία κατά των γυναικών πρέπει να είναι η **αλλαγή και η εξάλειψη των πατριαρχικών συμπεριφορών και των στερεοτύπων που εισάγουν διακρίσεις κατά των γυναικών**, μέσω της εκπαίδευσης και της ευαισθητοποίησης της κοινωνίας γύρω από τα υπάρχοντα στερεότυπα ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες. Παράλληλα, εθνικές προτεραιότητες πρέπει να αποτελέσουν :

- Η **συλλογή στατιστικών δεδομένων για όλες τις μορφές της βίας** κατά των γυναικών.
- Η **λειτουργία εξειδικευμένων καταφυγίων με βάση το φύλο**, τα οποία να εκπληρώνουν επαρκώς τη σύσταση του Συμβουλίου της Ευρώπης για τη διάθεση μιας κλίνης σε καταφύγιο ανά 10 000 κατοίκους. Ιδιαίτερη δε μέριμνα θα πρέπει να δοθεί στη δημιουργία ξενώνων στις αγροτικές περιοχές της χώρας.
- Η επαρκής **συνεργασία όλων των δημόσιων αρχών με μη κυβερνητικές οργανώσεις** που παρέχουν καταφύγιο.
- Η **ενημέρωση των πολιτών** σχετικά με τις υπηρεσίες υποστήριξης των θυμάτων βίας.
- Η **υιοθέτηση πρωτοκόλλων παρέμβασης και παροχής προστασίας** στα θύματα από εκπαιδευμένα και εξειδικευμένα στελέχη της ΕΛ.ΑΣ.
- Η **ευαισθητοποίηση** της κοινωνίας μέσω των ΜΜΕ και μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων και κυρίως η ευαισθητοποίηση δικαστικών, δημοσιογράφων και εκπαιδευτικών για τις μορφές της βίας κατά των γυναικών και την παροχή επαρκούς στήριξης στα θύματα.
- Η **κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα βίας κατά των γυναικών** προκειμένου να εντοπίζουν και να ικανοποιούν τις ανάγκες των γυναικών θυμάτων βίας καθώς και η θέσπιση **εθνικών υγειονομικών πρωτοκόλλων** για την παροχή υπηρεσιών από επαγγελματίες υγείας.
- Η **ενθάρρυνση των γυναικών να αναφέρουν περιπτώσεις ενδοοικογενειακής και σεξουαλικής βίας** μέσω του από-στιγματισμού των θυμάτων και της ευαισθητοποίησης σχετικά με την ποινική φύση τέτοιων πράξεων
- Η διασφάλιση της **αυστηρής εφαρμογής της εθνικής νομοθεσίας** για τη βία κατά των γυναικών, όπως επίσης και η διασφάλιση της άμεσης πρόσβασης των θυμάτων βίας σε μέσα αποκατάστασης και προστασίας.
- Η **ένταξη - επανένταξη των θυμάτων βίας στην αγορά εργασίας**, μέσω προγραμμάτων εκπαίδευσης και απασχόλησης με παράλληλη παροχή εισοδηματικής στήριξης για ορισμένο χρονικό διάστημα.



Π6: Τελικά αποτελέσματα της Έρευνας- Σύνθεση πορισμάτων- Συμπεράσματα και προτάσεις πολιτικής

ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ

ΑΞΟΝΑΣ 5: Εμπορία γυναικών και εκμετάλλευση της πορνείας

Σε ότι αφορά στην εμπορία γυναικών και εκμετάλλευση της πορνείας, πρέπει να ληφθούν σε εθνικό επίπεδο μέτρα που θα είναι σε άμεση συνάρτηση με τις συστάσεις της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την εξάλειψη των Διακρίσεων κατά των Γυναικών. Σύμφωνα με τις συστάσεις αυτές προτείνονται τα παρακάτω μέτρα:

- Διασφάλιση της αποτελεσματικής εφαρμογής της εθνικής νομοθεσίας για την καταπολέμηση της εμπορίας ανθρώπων.
- Διεθνής, περιφερειακή και διμερής συνεργασία με τις χώρες προέλευσης, μετεπιβίβασης και προορισμού των γυναικών ,
- Αντιμετώπιση της διακίνησης ανθρώπων και της πορνείας χωρίς στιγματισμό.
- Διασφάλιση της επανένταξης και της κοινωνικής ενσωμάτωσης των θυμάτων.
- Προστασία των θυμάτων σεξουαλικής εκμετάλλευσης και τιμωρία των εκμεταλλευτών τους.
- Ενεργοποίηση ενός δικτύου πληροφόρησης του κοινού, για την κατάσταση του φαινομένου της πορνείας, τις διαστάσεις του και την κοινωνική παθογένεια που προκαλεί.
- Θεσμοθέτηση ρυθμίσεων που να στοχεύουν στην εξάλειψη της πορνείας και όχι στη νομιμοποίηση του επαγγέλματος των εκδιδόμενων με αμοιβή ατόμων.

ΑΞΟΝΑΣ 6: Μέτρα άμβλυνσης των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων

- Εκπαίδευση των λειτουργών της ποινικής δικαιοσύνης.

Προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία που προέρχονται από την τρέχουσα οικονομική συγκυρία, ο ΠΟΥ (WHO- b, 2009), ανακοίνωσε βασικές και εξειδικευμένες οδηγίες προς τα κράτη για διαμόρφωση πολιτικών υγείας οι οποίες είναι σε πλήρη εναρμόνιση με τις στρατηγικές της ΕΕ «Υγεία για την Ανάπτυξη 2014-2020»⁵. Οι πολιτικές αυτές πρέπει να ενσωματωθούν άμεσα στην εθνική πολιτική υγείας της χώρας μας,

⁵ Ευρωπαϊκή Επιτροπή, (2011), Θέσπιση του προγράμματος "Υγεία για την Ανάπτυξη", του τρίτου πολυετούς προγράμματος δράσης της ΕΕ στον τομέα της υγείας για την περίοδο 2014-2020, από http://ec.europa.eu/health/programme/docs/prop_prog2014_el.pdf



Πό: Τελικά αποτελέσματα της Έρευνας- Σύνθεση πορισμάτων- Συμπεράσματα και προτάσεις πολιτικής

ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ

Δεδομένου όμως ότι η κάθε πολιτική υγείας που λαμβάνεται απαιτεί ένα μακροπρόθεσμο ορίζοντα προκειμένου να αποδώσει, πρέπει παράλληλα να ληφθούν μια σειρά μέτρων με την οπτική της προστασίας των πιο ευάλωτων και απόρων ομάδων, συμπεριλαμβανομένων των γυναικών και των φτωχών όπως:

- **η ενίσχυση της απασχόλησης** μέσα από την
 - εντατικοποίηση των προγραμμάτων της κοινωνικής επιχειρηματικότητας για την ένταξη των ευπαθών κοινωνικά ατόμων στην αγορά εργασίας
 - η επανεκπαίδευση των ανέργων σε νέες δεξιότητες που θα διασυνδέονται άμεσα με τις ανάγκες του σύγχρονου επιχειρείν και
 - η δημιουργία συμβουλευτικών κέντρων για την ενίσχυση της επιχειρηματικής δράσης, την εμπύχωση – ενδυνάμωση των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού και τη διασύνδεσή τους με τα τοπικά εργασιακά περιβάλλοντα.
- **η αναμόρφωση του φορολογικού νομοσχεδίου** και η υιοθέτηση μιας δίκαιης φορολογικής πολιτικής η οποία θα συνδέεται άμεσα με τη φοροδοτική ικανότητα των ατόμων και τα εισοδήματά τους.
- **η βελτίωση και ενίσχυση των προγραμμάτων πρόνοιας** για όσους χρήζουν βοήθειας και η διασφάλιση ενός ελάχιστου εισοδήματος σε όλους τους πολίτες που θα επιτρέπει μία αξιοπρεπή διαβίωση.
- **η ανάπτυξη προγραμμάτων και δράσεων που συμβάλλουν στη μεγαλύτερη συμμετοχή των γυναικών στην αγορά εργασίας** πχ. δομές φύλαξης παιδιών, εφαρμογή διαδικασιών συμφιλίωσης, που εντάσσουν στο πλαίσιό τους τη διάσταση του φύλου, δημιουργία δομών συμβουλευτικής των γυναικών για την απασχόληση, την επιχειρηματικότητα και τη δικτύωση κλπ
- η λήψη μέτρων **ενίσχυσης των επιχειρήσεων για την καταπολέμηση των διακρίσεων στην απασχόληση**, γυναικών και ατόμων που προερχόμενα από ευάλωτες ομάδες
- **η λήψη μέτρων προαγωγής της διαχείρισης του στρες** στις ομάδες υψηλού κινδύνου (άνεργοι, μακροχρόνια άνεργοι, νεοεισερχόμενοι στην αγορά εργασίας, οι γυναίκες, ο οικονομικά ευάλωτος πληθυσμός, τα άτομα της τρίτης ηλικίας κλπ), με τη δημιουργία νέων και την ενίσχυση υφιστάμενων δομών ψυχολογικής υποστήριξης.



Π6: Τελικά αποτελέσματα της Έρευνας- Σύνθεση πορισμάτων- Συμπεράσματα και προτάσεις πολιτικής

ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ

Συνοψίζοντας, θα λέγαμε ότι απαιτείται η απάντηση στη κρίση να είναι πολυεπίπεδη, δεδομένου ότι τα οφέλη στην υγεία θα προκύψουν μόνο εάν υπάρχουν πολιτικές και επενδύσεις στους κοινωνικούς και οικονομικούς καθοριστικούς παράγοντες της.

Επισημάνσεις και προτάσεις επί του νομικού και θεσμικού πλαισίου

Το δικαίωμα της προστασίας της υγείας των πολιτών, αποτελεί ένα από τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα. Το κράτος πρέπει να εξασφαλίζει το δικαίωμα κάθε ανθρώπου να απολαμβάνει το υψηλότερο εφικτό επίπεδο φυσικής και ψυχικής υγείας, και οι πολιτικές υγείας θα πρέπει να παρέχουν τις συνθήκες που θα επιτρέψουν την άσκηση του δικαιώματος.⁶

Η μέριμνα του κράτους για τη λήψη μέτρων προστασίας της υγείας των πολιτών, περιλήφθηκε ως κοινωνικό δικαίωμα στο άρθρο 21 παρ. 3 του Συντάγματος, το οποίο ορίζει ότι: «το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών...».⁷

Παράλληλα, διεθνείς συμβάσεις και διακηρύξεις, τις οποίες υπέγραψε η χώρα μας, αναφέρονται στο δικαίωμα προστασίας της υγείας.⁸

Σε κάθε περίπτωση, η προστασία της ζωής τίθεται καθολικά ως ύψιστο νομικό αιτούμενο. Σε αυτό μάλιστα το πλαίσιο, οι νόμοι που αναφέρονται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας⁹, υπογραμμίζουν αυτή την υποχρέωση

Ο Νόμος 1397/1983, που έτυχε καθολικής αναγνώρισης, με έμφαση αναφέρει, ότι το ίσο δικαίωμα στην υγεία διασφαλίζεται ανεξάρτητα από την οικονομική και κοινωνική κατάσταση του άνδρα και της γυναίκας, ως περιεχόμενο όμως δεν συμπεριλαμβάνει τις συνιστώσες της υγείας κατά φύλο.

Μια άλλη επίσης γενικής φύσης αποτίμηση του νομικού και διοικητικού πλαισίου σε ό,τι αφορά στην εξασφάλιση υγείας του πληθυσμού, είναι η υστέρηση τήρησης

⁶Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Δημόσια Υγεία 2008-2012, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

⁷Σύνταγμα της Ελλάδος, Άρθρο 21, 2001 (ΦΕΚ Α' 85/18-4-2001).

⁸Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων 1948, Ν.Υ., ΟΗΕ.

⁹Νόμος 1397/1983.



Π6: Τελικά αποτελέσματα της Έρευνας- Σύνθεση πορισμάτων- Συμπεράσματα και προτάσεις πολιτικής

ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ

αξιόπιστων στοιχείων σχετικά με την αποτύπωση της νοσολογικής πραγματικότητας και του συστήματος αναφοράς της. Σήμερα, η τήρηση ονοματολογίας (ταξινομία) των στοιχείων, δεν είναι ακριβής. Επίσης δεν περιλαμβάνει οντότητες που συναρτώνται με το βιολογικό φύλο των γυναικών, παράγοντα που επιδρά στην υγεία. Ενδεικτικά αναφερόμαστε στην μη ορθή τήρηση π.χ. του διενεργούμενου αριθμού των εκτρώσεων, της νοσηλείας περιπτώσεων βίας του φυσικού τοκετού, κλπ.

Ένας άλλος λόγος μη τήρησης αξιόπιστων στοιχείων στην Ελλάδα, είναι η έλλειψη επίσημων υγειονομικών πρωτοκόλλων, με σαφή διατήρηση αρχιτεκτονικής κατά φύλο, τα οποία θα μπορούσαν να συμβάλλουν στη σωστή εκτίμηση νέων φαινομένων στην υγεία, κυρίως της γυναίκας, όπως συμβαίνει να είναι η βία, ορισμένες διαταραχές ψυχικής υγείας και διαταραχές στη διατροφή.

Τόσο τα κενά από την μη επαρκή καταγραφή του αριθμού των εκτρώσεων, όσο και η μη θεσμοθέτηση αυστηρών ποινών για κρούσματα οικιακής βίας, η μεγάλη καθυστέρηση εναρμόνισης στα ευρωπαϊκά και παγκόσμια επιστημονικά δεδομένα και κατευθύνσεις, συγκροτούν ανασταλτικούς παράγοντες στην τήρηση της ισότητας στην υγεία. Ειδικά, η καθιέρωση υγειονομικών πρωτοκόλλων βίας και διαταραχών διατροφής μπορούν να συμβάλλουν στην αποτροπή υποκειμένων αιτιών νοσολογικών καταστάσεων, αφού κατά την εφαρμογή τους θα αναγνωρίζονταν τα λανθάνοντα προβλήματα καθώς η σχέση αιτιολόγησής τους είναι αποδεκτή επιστημονικά. Ένα τέτοιο παράδειγμα αποτελεί η γυναικεία κατάθλιψη που συχνά ως υποκείμενη αιτία έχει την ενδοοικογενειακή βία και την μακροχρόνια φροντίδα μελών της οικογένειας.

Επιπρόσθετα από τις ανωτέρω διαπιστώσεις, παρουσιάζονται στην συνέχεια περισσότερο εξειδικευμένες προτάσεις παρέμβασης σε επιμέρους πεδία τις υγείας,

Δικαιώματα ασθενή: προτείνεται άρση των στερεοτυπικών διατυπώσεων του Ν2071/1992 που θεωρεί ότι περιθάλπονται στο νοσοκομείο αποκλειστικά ασθενείς και όχι υγιείς, όπως συμβαίνει στην περίπτωση των γυναικών που προσέρχονται για φυσιολογικό τοκετό. Επίσης πρέπει να προβλεφθεί η υψηλή διαβάθμιση των προσωπικών δεδομένων των γυναικών σε περίπτωση τοκετού, ιδιότητας εκτός γάμου και να αντιμετωπιστεί το νομικό και ιατρικό κενό για τις περιπτώσεις τοκετού στο σπίτι.

Αναπαραγωγική και σεξουαλική υγεία: Η αντικατάσταση του όρου «Οικογενειακός Προγραμματισμός» από αυτό της προστασίας της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας υπαγορεύεται από την ανάγκη προσαρμογής της Ελλάδας σε διεθνείς συνθήκες και πρακτικές.



Πό: Τελικά αποτελέσματα της Έρευνας- Σύνθεση πορισμάτων- Συμπεράσματα και προτάσεις πολιτικής

ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ

Αντισύλληψη: δεδομένου ότι η αντίφαση στις προθέσεις του νομοθέτη να καλύπτει τα έξοδα της έκτρωσης και όχι της προληπτικής συστηματικής χρήσης ορμονικής αντισύλληψης, ως επιλογή, συνιστά στερεοτυπική πολιτική αντίληψη, πρέπει να υπάρξει πρόβλεψη για κοινωνικοασφαλιστική κάλυψη ασφαλών μεθόδων γυναικείας αντισύλληψης,. Με το ισχύον καθεστώς οι γυναίκες και οι άνδρες δεν έχουν αυτόβουλες αναπαραγωγικές επιλογές, ιατρικώς ορθές

Ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή: Η νομοθεσία που ισχύει σήμερα, για τη υποβοηθούμενη αναπαραγωγή είναι οι (Ν.3089/2002 και Ν.3305/2005 καθώς και άρθρα του αστικού κώδικα (1458ΑΚ, 1464 παρ. 1 ΑΚ)), πέρα από το σύνταγμα που προβλέπει την εκπλήρωση του δικαιώματος απόκτησης απογόνου, ακολουθεί τις νέες επιτεύξεις του τομέα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Προτείνονται όμως τα παρακάτω σημεία βελτίωσης του Ν.3305/2005:

- Εισαγωγή πρόβλεψης στο άρθρο (παρ.2) του Ν.3305/2005 ότι: «...η ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή πρέπει να λαμβάνει υπόψη και το συμφέρον της γυναίκας, η οποία είναι το πρόσωπο που ολοκληρώνει το συμφέρον του παιδιού που θα γεννηθεί..... ».
- Απαιτήση για επικαιροποιημένες προδιαγραφές των ανάλογων κέντρων και επίσης υψηλά κριτήρια κατάρτισης του επιστημονικού προσωπικού, καθώς και πρόβλεψη για απασχόληση, έστω μερικώς, Ψυχιάτρου, Ψυχολόγου ή ειδικού στην Συμβουλευτική.

Επιθυμητή τεχνητή διακοπή εγκυμοσύνης: Επικαιροποίηση του νομοθετικού πλαισίου αναπαραγωγικής και σεξουαλικής υγείας στην μετά "ΠΕΚΙΝΟ 95" εποχή, χωρίς να διαταραχθεί η νομοθεσία περί επιθυμητής διακοπής εγκυμοσύνης (Ν1609/86). Ο ισχύον νόμος δεν προβλέπει περιπτώσεις προσφυγής σ' αυτή, σε περίπτωση βιασμού ανήλικης, αιμομιξίας, ενώ είναι επιβεβλημένη η ανάγκη να παραπέμπονται με την άδεια της γυναίκας για περαιτέρω νομική και ψυχολογική αντιμετώπιση σε εξειδικευμένες υπηρεσίες. Η εισαγωγή κωδικών σήμανσης στο φύλο νοσηλείας θα βοηθούσε την τήρηση του απορρήτου.Επίσης, πρέπει να αποστέλλονται τα ακριβή στοιχεία των μονάδων υγείας που διενεργούνται οι εκτρώσεις και σε περίπτωση παράλειψης να επιβάλλονται σοβαρές κυρώσεις σε όσες υπηρεσίες και γιατρούς δεν δηλώνουν τον αριθμό επακριβώς.

Μητρότητα: Οι κοινωνικο-ασφαλιστικές προβλέψεις για την προστασία της μητρότητας συναρτώνται μόνο με την ιδιότητα της εργασίας της μητέρας. Έμμεσα, η μητρότητα από πλευράς κράτους δεν έχει κοινωνική αξία, παρά μονομερώς μέσα από την εργασία! Η θέση του κράτους απέναντι στην επιταγή του Συντάγματος είναι πέρα



Πό: Τελικά αποτελέσματα της Έρευνας- Σύνθεση πορισμάτων- Συμπεράσματα και προτάσεις πολιτικής

ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ

από κάθε εκλογίκευση και εξορθολογισμό. Μια αναθεώρηση του καθεστώτος προστασίας της μητρότητας με σαφή πρόθεση βελτιώσεων, οφείλει να λάβει υπόψη τις επιπτώσεις στην κοινωνική συνοχή και ιδιαίτερος την επιβάρυνση του ιδιωτικού κόστους, καθώς οι εθνικές δομές έχουν περαιτέρω συρρικνωθεί

Βία – Σεξουαλική παρενόχληση: Με βάση τις εκθέσεις και έρευνες σε σχέση με την αρτιότητα της νομοθεσίας της χώρας μας, το Ευρωπαϊκό Ινστιτούτο για την Ισότητα των Φύλων (υπηρεσία της ΕΕ), υπογραμμίζει ότι η Ελλάδα παρουσιάζει υστέρηση σε όλα τα πεδία. Συγκεκριμένα, οι νομοθετικές και πολιτικές εξελίξεις στον τομέα της καταπολέμησης της βίας, κυρίως της ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών, εξακολουθούν να εμφανίζουν υστέρηση. Μη παρέχοντας επαρκείς και ολοκληρωμένες υπηρεσίες, οι κυβερνήσεις και συγκεκριμένα οι υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής προστασίας, θέτουν σε κίνδυνο τις ζωές γυναικών και όχι μόνο (παιδιά, άνδρες, ηλικιωμένους). Ένας λόγος είναι ότι το σύστημα υγείας στη χώρα μας δεν έχει δώσει το ανάλογο βάρος, όπως επίσης το γεγονός ότι η περιορισμένη αντιμετώπιση του φαινομένου από δομές της ΓΠ δεν μπορούν να έχουν διοικητική ευθύνη προστασίας της υγείας και αποτροπής βλαπτικών επιπτώσεων στην υγεία των γυναικών. Το μετα-τραύμα, άλλωστε, ως νοσολογική οντότητα αποτελεί διαδικασία αντιμετώπισης κυρίως των κλάδων Ψ.Υ. και ιδιαίτερος των ψυχιάτρων.

Κατά συνέπεια, πρέπει να αναπτυχθεί μία εξειδικευμένη συστηματική και συντονισμένη προσέγγιση οριζόντιας σύνδεσης των φορέων που εμπλέκονται στην αντιμετώπιση, καθώς και η καθιέρωση και ένταξη του φαινομένου στις στατιστικές υγείας και εγκλημάτων, με επίκεντρο την σωματική βία. Επιπρόσθετα, οι συστάσεις της ΕΕ προς την Ελλάδα είναι ότι πρέπει να θεσπιστούν υγειονομικά πρωτόκολλα για την παροχή υπηρεσιών από συγκεκριμένες κατηγορίες επαγγελματιών υγείας, ιδίως τους γενικούς γιατρούς, ψυχιάτρους, ψυχολόγους, επισκέπτες υγείας, μαιευτές.

Εν κατακλείδι, η κατάσταση της υγείας μέσα από την ισότητα, είναι μια εγγενής ανάγκη και παράλληλα αρχή ανώτερης ηθικής τάξης. Η νομοθεσία για ισότητα ανδρών-γυναικών διέπεται από διατάξεις οι οποίες ανταποκρίνονται στην έννοια και το περιεχόμενό της. Δεν υπαινίσσονται διακρίσεις σε βάρος των γυναικών, υπαινίσσονται όμως στερεοτυπικές καταβολές. Σε αυτό το πλαίσιο, **μια πολιτική προς την κατεύθυνση της ουσιαστικής ισότητας πρέπει να αφορά την ενσωμάτωση της διάστασης του φύλου στις πολιτικές υγείας.**

Σήμερα που έχει μπει στη συζήτηση της Δημοκρατίας η ουσιαστική ισότητα φύλων είναι καιρός να αναγνωριστεί η προσθήκη του φύλου στο εννοιολογικό και χρηστικό ορισμό της ισότητας στην υγεία, πέρα από αυτή της φυλής και της θρησκείας που τυγχάνουν καθολικής αναφοράς στο διεθνές νομικό περί υγείας οπλοστάσιο. Η αναφορά στο "κάθε πολίτης", ενέχει έμμεσες διακρίσεις. Η προσθήκη του φύλου θα διευρύνει την ποιότητα των κειμένων και θα ενσωματώσει την σύγχρονη αντίληψη του mainstreaming.

ΦΟΡΕΑΣ ΑΝΑΘΕΣΗΣ:

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ  ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ
ΙΣΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΦΥΛΩΝ

ΕΚΠΟΝΗΣΗ:

 προοπτική
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Π6: Τελικά αποτελέσματα της Έρευνας- Σύνθεση πορισμάτων- Συμπεράσματα και προτάσεις πολιτικής

ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ



«Η Υγεία των ανδρών και γυναικών στην Ελλάδα: Κατάσταση Υγείας, Χρήση Υπηρεσιών Υγείας και Προσδιοριστικοί Παράγοντες»

xxxiv