

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ SPECIAL ARTICLE

Αναπηρία, υγειονομικές ανισότητες και πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας

Στη σημερινή εποχή, τα άτομα με αναπηρία συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν καταπάτηση των δικαιωμάτων τους και κοινωνικές ανισότητες. Σκοπός του παρόντος άρθρου είναι η μελέτη των υγειονομικών ανισοτήτων και της μη ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας των ατόμων με αναπηρία. Το μοντέλο που επικρατεί πλέον στη μελέτη της αναπηρίας είναι το βιοψυχοκοινωνικό, ενώ ως σύστημα ταξινόμησης χρησιμοποιείται η διεθνής ταξινόμηση της λειτουργικότητας, της αναπηρίας και της υγείας (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, στη διαμόρφωση των υγειονομικών ανισοτήτων συμβάλλουν δομικοί παράγοντες της κοινωνίας, κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας, παράγοντες κινδύνου και παράγοντες που σχετίζονται με το σύστημα υγείας. Οι κυριότεροι φραγμοί πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας αφορούν σε εμπόδια κρατικής πολιτικής και νομοθεσίας, φραγμούς χρηματοδότησης, περιβαλλοντικά εμπόδια, φραγμούς επικοινωνίας, ενημέρωσης και συντονισμού, καθώς και εμπόδια ανθρώπινου δυναμικού. Η άρση των φραγμών αυτών πρέπει να αποτελεί κρατική προτεραιότητα και περιλαμβάνει την αλλαγή της νομοθεσίας και του πολιτικού προσανατολισμού, την αύξηση της κρατικής χρηματοδότησης, τα συμπεριληπτικά μοντέλα φροντίδας, τις εύλογες προσαρμογές, την αξιοποίηση του καθολικού σχεδιασμού και, τέλος, την εκπαίδευση και την αύξηση του ανθρώπινου δυναμικού. Ως συμπέρασμα τονίζεται η ανάγκη λήψης περισσότερο εντατικών και στοχευμένων μέτρων για την εξασφάλιση ισότητας στην υγεία των ατόμων με αναπηρία.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αναπηρία αποτελεί μια κατάσταση άμεσα συνυφασμένη με την ανθρώπινη φύση. Ο αριθμός των ατόμων με αναπηρία υπερβαίνει το ένα δισεκατομμύριο παγκοσμίως, συγκροτώντας περίπου το 16% του παγκόσμιου πληθυσμού. Το ποσοστό αυτό αναμένεται να αυξηθεί περαιτέρω στο μέλλον, λόγω δημογραφικών και επιδημιολογικών παραγόντων, όπως είναι η γήρανση του πληθυσμού και η αύξηση των χρόνιων νοσημάτων.¹

Το κύριο χαρακτηριστικό της αναπηρίας είναι ότι δεν συνιστά μια κατάσταση ή ένα πρόβλημα υγείας αλλά, όπως ορίζει και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), «προκύπτει από την αλληλεπίδραση μεταξύ καταστάσεων υγείας ή/και διαταραχών που βιώνει ένα άτομο, όπως είναι η άνοια, η απώλεια όρασης ή η κάκωση νωτιαίου μυελού, και παραγόντων του ευρύτερου πλαισίου, οι οποίοι σχετίζονται με τους διαφορετικούς περιβαλλοντικούς και προσωπικούς παράγοντες, όπως κοινωνικές στάσεις, πρόσβαση στις υποδομές, πολιτικές διακρίσεων, ηλικία ή φύλο». ¹ Με τον ορισμό

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2024, 41(6):826-833
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2024, 41(6):826-833

Χ. Σπαπή,¹
Ι. Αποστολάκης,^{1,2}
Π. Σαράφης^{1,3}

¹Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό
Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα

²Ιατρική Σχολή, Εθνικό και
Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,
Αθήνα

³Γενικό Τμήμα, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας,
Λαμία

Disability, health inequities
and access to health services

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρητήριο

Αναπηρία
Πρόσβαση
Υγειονομικές ανισότητες
Υπηρεσίες υγείας

Υποβλήθηκε 28.7.2023
Εγκρίθηκε 19.8.2023

του ΠΟΥ συμφωνεί και ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ), καθώς μέσω της σύμβασης για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία (Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD) αναφέρει ότι «η αναπηρία προκύπτει από την αλληλεπίδραση των ατόμων με διαταραχές, με συμπεριφορικούς και περιβαλλοντικούς φραγμούς που εμποδίζουν την πλήρη και αποτελεσματική συμμετοχή τους στην κοινωνία, σε ισότιμη βάση με τους υπόλοιπους».²

Όπως αναλύεται στα άρθρα της συγκεκριμένης σύμβασης, είναι αναγκαία παγκοσμίως η επίτευξη του σεβασμού και της προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, των ελευθεριών και της αξιοπρέπειας των ατόμων με αναπηρία. Για τον σκοπό αυτόν χρειάζεται η καταπολέμηση φαινομένων όπως οι διακρίσεις, ο στιγματισμός και η βία εναντίον των εν λόγω ατόμων, ενώ ταυτόχρονα πρέπει να διασφαλιστεί η απρόσκοπτη πρόσβασή τους σε αγαθά και υπηρεσίες, όπως η υγεία, η εργασία, η εκπαίδευση, η κατοικία και η ενεργή και ισότιμη συμμετοχή τους στις δραστηριότητες της κοινωνίας.²

Παρά τις σημαντικές προόδους που έχουν σημειωθεί, σε πολλά κράτη παγκοσμίως, στον σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και στη συμπερίληψη των ατόμων με αναπηρία, εξακολουθούν μέχρι και σήμερα να παρατηρούνται παραβιάσεις των δικαιωμάτων τους, κοινωνικός αποκλεισμός τους και έντονες κοινωνικές ανισότητες.²⁻⁴ Ειδικότερα στον τομέα της υγείας, τα άτομα με αναπηρία εμφανίζουν περισσότερες μη ικανοποιημένες ανάγκες υγείας σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία, γεγονός που οδηγεί σε όξυνση των υγειονομικών ανισοτήτων.¹

Για την αντιμετώπιση αυτής της κατάστασης απαιτείται πιο εντατική και συντονισμένη λήψη μέτρων σε διεθνές, εθνικό και τοπικό επίπεδο.^{1,2} Εστιάζοντας στο εθνικό επίπεδο, ο σχεδιασμός και η εφαρμογή των κατάλληλων δράσεων συνιστούν κρατική αρμοδιότητα, δεδομένου ότι το κράτος πρόνοιας εμφανίζει διευρυμένη κοινωνική λειτουργία, προάγει την κοινωνική δικαιοσύνη και στοχεύει στην άμβλυνση των κοινωνικών ανισοτήτων.^{1,5-7} Αρωγοί και οδηγοί στην προσπάθειά του αυτή μπορούν να σταθούν παγκόσμιοι οργανισμοί, όπως ο ΠΟΥ και ο ΟΗΕ, μέσω κατευθυντήριων γραμμών και στοχευμένων δράσεων που προτείνουν για την άρση των ανισοτήτων.^{1,2,8,9} Ειδικά για τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σημαντική είναι η πρακτική καθοδήγηση και η συμπλήρωση των εθνικών δράσεων, με δράσεις και οδηγίες που εντάσσονται στην «Ένωση ισότητας: στρατηγική για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία 2021–2030» της Ευρωπαϊκής Επιτροπής.¹⁰

2. ΜΟΝΤΕΛΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Για την καλύτερη μελέτη και κατανόηση της αναπηρίας έχουν χρησιμοποιηθεί ανά καιρούς διάφορα μοντέλα αναπηρίας. Τα συγκεκριμένα μοντέλα παρέχουν το εννοιολογικό και αιτιολογικό πλαίσιο της αναπηρίας, συνδράμουν στον αυτοπροσδιορισμό των ατόμων αυτών, ενώ αποτελούν και πολύτιμο βοηθητικό εργαλείο για τον σχεδιασμό και τη χάραξη κατάλληλων πολιτικών. Ταυτόχρονα, βέβαια, ενδέχεται να οδηγήσουν στην εμφάνιση φαινομένων προκατάληψης και διακρίσεων.

Το παλαιότερο εμφανιζόμενο μοντέλο αναπηρίας είναι το θρησκευτικό/ηθικό, όπου η αναπηρία θεωρείται θεόσταλη τιμωρία, λόγω μη συμμόρφωσης του συγκεκριμένου ατόμου, ή της οικογένειάς του, στις επικρατούσες θρησκευτικές και κοινωνικές ηθικές αξίες. Ενίοτε, μπορεί να λάβει τη μορφή θεόσταλης δοκιμασίας, που είτε δοκιμάζει την αντοχή της πίστης είτε αποτελεί ευκαιρία για ηθική ανύψωση των ατόμων με αναπηρία. Το μοντέλο αυτό πλέον δεν χρησιμοποιείται, εκτός από συγκεκριμένες κοινωνίες, όπου η κουλτούρα τους εξακολουθεί να κυριαρχείται από θρησκευτικές δοξασίες.¹¹

Το επόμενο μοντέλο που επικράτησε, ιδίως τον 19ο και τον 20ό αιώνα, είναι το ιατρικό μοντέλο.¹² Στο ιατρικό μοντέλο, η αναπηρία αφορά μόνο στο ενδιαφερόμενο άτομο, το οποίο εμφανίζει καταστάσεις υγείας που χαρακτηρίζονται ως παθολογικές και αποκλίνουσες από το φυσιολογικό. Βασικοί στόχοι εδώ είναι η θεραπεία, η αποκατάσταση και γενικότερα η βελτίωση της κατάστασης του ατόμου από τους επαγγελματίες υγείας.^{13,14}

Το συγκεκριμένο μοντέλο εμφανίζει το πλεονέκτημα ότι μέσω της ιατρικής έρευνας και της συνεχούς εξέλιξης της επιστήμης μπορεί να φανεί ιδιαίτερα αποτελεσματικό σε διαταραχές και καταστάσεις υγείας που έχουν τη δυνατότητα να προληφθούν ή να θεραπευτούν/αποκατασταθούν. Επίσης, διευκολύνει και απλοποιεί τη διεπιστημονική επικοινωνία και συνεργασία, ιδίως μεταξύ επιστημόνων διαφορετικών χωρών και πολιτισμών, ενώ συνιστά και χρήσιμο εργαλείο πολιτικής δράσης για την εφαρμογή μέτρων κοινωνικής προστασίας, όπως είναι για παράδειγμα η οικονομική ενίσχυση.^{11,15}

Παρ' όλα αυτά, ως μοντέλο έχει αμφισβητηθεί αρκετά. Κατ' αρχάς, η προσέγγισή του στα προβλήματα υγείας και στις αναπηρίες είναι ελλιπής, καθώς ασχολείται μόνο με τα χαρακτηριστικά του ατόμου και της αναπηρίας του, χωρίς να λαμβάνει υπ' όψιν την επίδραση του περιβάλλοντος. Επίσης, η επίμονη εστίαση στη θεώρηση ως παθολογικού και άρρωστου οτιδήποτε αποκλίνει του φυσιολογικού, στοχοποιεί και στιγματίζει τα άτομα με αναπηρία ως «προβληματικά». Η αναπηρία τους θεωρείται «προσωπική τραγωδία», ενώ εμφυσάται στην κοινωνία ένα κλίμα φόβου ή και λύπησης απέναντί τους, που οδηγεί στην περιθωριοποίηση και στην απομόνωσή τους.¹¹⁻¹³

Στον αντίποδα βρίσκεται το κοινωνικό μοντέλο, το οποίο θεωρεί την αναπηρία κοινωνικό πρόβλημα, που απαιτεί κοινωνική αλλαγή.¹⁴ Η ανάπτυξη του συγκεκριμένου μοντέλου επηρεάστηκε από τους αγώνες των αναπηρικών κινημάτων υπέρ της προάσπισης των δικαιωμάτων των ατόμων με αναπηρία τις δεκαετίες του 1960 και 1970.¹¹ Εδώ, δεν οδηγούν σε αναπηρία οι αποκλίνουσες από το φυσιολογικό καταστάσεις υγείας και η μειωμένη λειτουργικότητα των ατόμων, αλλά το περιβάλλον, το οποίο δημιουργεί εμπόδια στην κοινωνική ένταξη των εν λόγω ατόμων, μη λαμβάνοντας υπ' όψιν τις ιδιαίτερες ανάγκες τους. Στόχος στο μοντέλο αυτό, σε αντίθεση με το ιατρικό, είναι η αντιμετώπιση του προβλήματος μέσω της συλλογικής δράσης, με τη λήψη μέτρων για την άρση των εμποδίων που περιθωριοποιούν και αφήνουν εκτός κοινωνικού ιστού τα εν λόγω άτομα. Στο κοινωνικό μοντέλο η αναπηρία είναι μείζον πολιτικό ζήτημα, εθνικό αλλά και διεθνές, άρρηκτα συνδεδεμένο με την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και τον αγώνα για την επίτευξη ισότητας.^{11,13,14}

Ωστόσο, η στήριξη όλων των ελπίδων στο κοινωνικό μοντέλο δεν είναι ρεαλιστική, καθώς τα άτομα με αναπηρίες δεν παύουν να αντιμετωπίζουν και ιατρικά ζητήματα, τα οποία χρήζουν ιατρικής παρακολούθησης και θεραπείας. Παράλληλα, η μη σαφής αποτύπωση της ιατρικής κατάστασης των εν λόγω ατόμων δυσχεραίνει τη διαμόρφωση κριτηρίων για τις επιδοματικές παροχές.^{11,13}

Όπως γίνεται εμφανές και από τους σύγχρονους ορισμούς που την περιγράφουν, η αναπηρία συνιστά σύνθετη κατάσταση, με κυρίαρχη την αλληλεπίδραση μεταξύ της κατάστασης υγείας και των κοινωνικών/περιβαλλοντικών παραγόντων.^{1,2} Ως εκ τούτου, το ιατρικό και το κοινωνικό μοντέλο μπορούν από κοινού να προσεγγίσουν αποτελεσματικά τα ζητήματα της αναπηρίας, αλληλοσυμπληρώνοντας το ένα το άλλο, μέσω των διαφορετικών παρεμβάσεών τους. Η σύζευξη αυτή των θετικών στοιχείων των δύο μοντέλων οδηγεί στη δημιουργία ενός νέου, βελτιωμένου μοντέλου, που σύμφωνα με τον ΠΟΥ θα μπορούσε να ονομαστεί βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο αναπηρίας.¹⁴

3. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Από τους πρωτοπόρους στην κατηγοριοποίηση της αναπηρίας υπήρξε ο ΠΟΥ. Τη δεκαετία του 1970, προκειμένου να κατηγοριοποιήσει τις αναπηρίες και να συνδράμει στην καλύτερη μελέτη και διαχείρισή τους, ανέπτυξε τη διεθνή ταξινόμηση των δυσλειτουργιών, ανικανοτήτων και αναπηριών (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps, ICIDH).^{15,16} Η συγκεκριμένη ταξινόμηση γνώρισε μεγάλη διεπιστημονική αποδοχή. Ωστόσο, δέχθηκε και έντονη κριτική. Ο κύριος λόγος αμφισβήτησης ήταν η ιατρικοποίηση της ταξινόμησης, λόγω της εστίασης στην ιατρική πλευρά της αναπηρίας και της παράλειψης του ρόλου και της επίδρασης των περιβαλλοντικών παραγόντων.^{15,17}

Για τον λόγο αυτόν, ο ΠΟΥ διαμόρφωσε και δημοσίευσε το 2001 νέα ταξινόμηση, που εστιάζει όχι στην αιτία αλλά στα αποτελέσματα των καταστάσεων υγείας, τη διεθνή ταξινόμηση λειτουργικότητας, αναπηρίας και υγείας (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF). Η ICF συνιστά ταξινόμηση της υγείας και των τομέων των σχετικών με την υγεία, με έμφαση στη λειτουργικότητα και στην υγεία και όχι στην αναπηρία, γι' αυτό και έχει καθολική εφαρμογή σε όλους τους ανθρώπους.¹⁴

Η ανάπτυξη της βασίστηκε στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, γι' αυτό και ο όρος λειτουργικότητα αναφέρεται τόσο στις διάφορες σωματικές λειτουργίες και τις σωματικές δομές, όσο και στις δραστηριότητες και στη συμμετοχή, ενώ ο όρος αναπηρία αποτελεί όρο-ομπρέλα, που περιλαμβάνει

τις διαταραχές, τους περιορισμούς δραστηριότητας και τους περιορισμούς συμμετοχής. Ταυτόχρονα, στην ταξινόμηση περιλαμβάνονται και οι αλληλεπιδρώντες περιβαλλοντικοί παράγοντες, που μπορεί να αποτελούν είτε διευκολυντές είτε εμπόδια.^{14,16}

Τα χαρακτηριστικά της ICF τη διαφοροποιούν σε μεγάλο βαθμό από την ευρέως χρησιμοποιούμενη ταξινόμηση ICD-10 (International Classification of Diseases, 10th revision), η οποία εστιάζει στην αιτιολογία και στη διάγνωση των νόσων, των διαταραχών και των καταστάσεων υγείας. Για τον λόγο αυτόν, ο ΠΟΥ αποκαλεί τις δύο σχετικές ταξινομήσεις συμπληρωματικές και προτείνει την από κοινού χρήση τους για την πληρέστερη αποτύπωση της υγείας των ατόμων και των πληθυσμών.¹⁴

4. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ

Η ισότητα στην υγεία μπορεί να μελετηθεί σε δύο επίπεδα, την ισότητα στο επίπεδο υγείας και την ισότητα στη φροντίδα υγείας. Στην πρώτη περίπτωση, η ισότητα απαιτεί τη μη ύπαρξη συστηματικών διαφορών στο επίπεδο υγείας που παρουσιάζουν οι διαφορετικές γεωγραφικές και κοινωνικές πληθυσμιακές ομάδες. Στη δεύτερη περίπτωση, η ισότητα αφορά στην ίση ενημέρωση και στην ισότητα των επιλογών, στην ίση ποιότητα φροντίδας για όλους, όπως και στην ίση πρόσβαση και ίση χρήση για ίση ανάγκη.¹⁸

Τα άτομα με αναπηρία εμφανίζουν αυξημένες υγειονομικές ανισότητες σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, οι οποίες αντικατοπτρίζονται με σαφήνεια στους δείκτες θνησιμότητας, νοσηρότητας και λειτουργικότητας. Πιο συγκεκριμένα, παρουσιάζουν αυξημένη πρόωγη θνησιμότητα, όπως και μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης μεταδοτικών και μη μεταδοτικών νόσων, ενώ η στοματική τους υγεία, συχνά, είναι ιδιαίτερα επιβαρυνμένη. Τέλος, εμφανίζουν μειωμένη λειτουργικότητα, ιδίως όσον αφορά στις καθημερινές δραστηριότητες και στη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες.^{1,19}

Οι υγειονομικές ανισότητες που βιώνουν τα άτομα με αναπηρία διαμορφώνονται από παράγοντες που μπορούν να καταστούν αντιμετωπίσιμοι μέσω της εφαρμογής κατάλληλων πολιτικών, γεγονός που αποδεικνύει την ιδιαίτερα άδικη φύση τους. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, οι συγκεκριμένοι παράγοντες εντάσσονται σε τέσσερις κύριες κατηγορίες.¹

Την πρώτη κατηγορία διαμορφώνουν δομικοί παράγοντες της κοινωνίας, όπως είναι ο πολιτικός προσανατολισμός, η κουλτούρα και οι κοινωνικές αξίες που επικρατούν σε αυτή. Μπορεί να περιλαμβάνουν στάσεις ή συμπεριφορές της κοινωνίας απέναντι στα άτομα με αναπηρία, όπως

είναι ο στιγματισμός και οι διακρίσεις, αλλά και νόμους ή πολιτικές που υιοθετούν τη ρητορική των διακρίσεων. Οι αρνητικές αυτές συμπεριφορές μπορεί να λάβουν ακόμη πιο έντονη μορφή όταν η αναπηρία συνδυάζεται και με άλλους παράγοντες, όπως είναι το γυναικείο φύλο ή ο σεξουαλικός προσανατολισμός. Οι παράγοντες αυτοί, συχνά, επηρεάζουν τις στάσεις και των ίδιων των ατόμων με αναπηρία, τα οποία ενδέχεται να εμφανίσουν αισθήματα ντροπής και απροθυμία χρήσης των υπηρεσιών υγείας. Χαρακτηριστική έκφραση της συγκεκριμένης κουλτούρας είναι, επίσης, η έλλειψη της δυνατότητας ισότιμης συμμετοχής των ατόμων με αναπηρία στα όργανα λήψης αποφάσεων, ιδιαίτερα σε ζητήματα που τους αφορούν.

Τη *δεύτερη κατηγορία* συγκροτούν οι κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας. Κυρίαρχο ρόλο εδώ κατέχει η φτώχεια, δεδομένου ότι τα άτομα με αναπηρία βρίσκονται συχνά σε δυσχερή οικονομική κατάσταση, ενώ επιβαρύνονται επιπρόσθετα με τις δαπάνες που σχετίζονται με την αναπηρία τους. Εξ ίσου σημαντικές είναι οι δυσκολίες πρόσβασης στην εκπαίδευση και στην εύρεση εργασίας. Άλλοι κοινωνικοί προσδιοριστές είναι οι ανεπαρκείς συνθήκες διαβίωσης, οι δυσκολίες χρήσης των μέσων μεταφοράς, ο αυξημένος κίνδυνος για φαινόμενα βίας και παραμέλησης εναντίον τους, οι κίνδυνοι που σχετίζονται με την κλιματική αλλαγή, όπως είναι οι πλημμύρες και οι τυφώνες, αλλά και προσωπικά στοιχεία, όπως η φυλή, η καταγωγή, η ηλικία, το φύλο και ο σεξουαλικός προσανατολισμός, εξεταζόμενα μέσα από το πρίσμα δομικών παραγόντων, όπως είναι οι ισχύοντες νόμοι και οι πολιτικές.

Η *τρίτη κατηγορία* περιλαμβάνει παράγοντες κινδύνου και, πιο συγκεκριμένα, ατομικές συνήθειες και συμπεριφορές βλαβερές για την υγεία, που εμφανίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα στα άτομα με αναπηρία σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, όπως είναι η χρήση καπνού και οινοπνεύματος, η μη σωστή διατροφή, το αυξημένο σωματικό βάρος και η έλλειψη σωματικής άσκησης. Επίσης, εδώ εντάσσονται περιβαλλοντικοί κίνδυνοι, όπως η ατμοσφαιρική ρύπανση, αλλά και η αυξημένη συχνότητα τραυματισμών λόγω τροχαίων και άλλων ατυχημάτων.

Στην *τέταρτη κατηγορία* ταξινομούνται παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με το σύστημα υγείας και αποτελούν ουσιαστικά φραγμούς που εμποδίζουν την πρόσβαση των ατόμων με αναπηρία στις υπηρεσίες υγείας για την κάλυψη των υγειονομικών τους αναγκών.¹ Τόσο οι φραγμοί πρόσβασης όσο και οι τρόποι αντιμετώπισής τους παρουσιάζονται αναλυτικά στην επόμενη ενότητα.

Τέλος, η εμφάνιση της πανδημίας COVID-19 έπληξε σε μεγαλύτερο βαθμό τα άτομα με αναπηρία σε σχέση με την υπόλοιπη κοινωνία και όξυνε περαιτέρω τις υγειονομικές

ανισότητες. Ωστόσο, η οργάνωση που επιτεύχθηκε σε επίπεδο συστημάτων υγείας για την αντιμετώπιση της πανδημίας θα μπορούσε να αξιοποιηθεί δημιουργικά για την επίτευξη ισότητας στο επίπεδο και στη φροντίδα υγείας τους.^{1,20-22}

5. ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

5.1. Φραγμοί πρόσβασης

Σύμφωνα με τη CRPD, βασική προϋπόθεση ώστε τα άτομα με αναπηρία να μπορούν να απολαύσουν τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματά τους είναι η πρόσβαση σε όλα τα αγαθά και τις υπηρεσίες, σε ισότιμη βάση σε σχέση με την υπόλοιπη κοινωνία.² Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας σχετίζεται με την παροχή ίσων ευκαιριών, με την ισότητα στις επιλογές και στην κατανομή των υπηρεσιών, ενώ μπορεί να διαφοροποιείται στο επίπεδο της διαθεσιμότητας, της ποιότητας, του κόστους και των πληροφοριών. Αποτελεί ζήτημα προσφοράς, σε αντίθεση με τη χρήση των υπηρεσιών, που συνιστά ζήτημα προσφοράς και ζήτησης.^{18,23} Η επίτευξη της ίσης πρόσβασης είναι ευθύνη του κράτους, το οποίο οφείλει, αφού ταυτοποιήσει τους φραγμούς πρόσβασης, να προχωρήσει στη λήψη κατάλληλων μέτρων για την άρση τους.^{1,2,19}

Ως φραγμοί ορίζονται «*οι παράγοντες στο περιβάλλον ενός ατόμου, οι οποίοι μέσω της απουσίας ή της παρουσίας τους περιορίζουν τη λειτουργικότητα και δημιουργούν αναπηρία*».²⁴ Οι φραγμοί που συναντούν συνηθέστερα τα άτομα με αναπηρία κατά την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας εντάσσονται στις παρακάτω κατηγορίες:

5.1.1. Εμπόδια λόγω της ισχύουσας κρατικής πολιτικής και νομοθεσίας: Παρουσιάζονται κυρίως σε κράτη τα οποία δεν έχουν αναγάγει σε προτεραιότητα την άρση των υγειονομικών ανισοτήτων και επομένως την ίση πρόσβαση των ατόμων με αναπηρία τόσο στις υπηρεσίες υγείας, όσο και σε άλλες υπηρεσίες και αγαθά που επηρεάζουν έμμεσα την υγεία. Τέτοια αγαθά είναι οι μετακινήσεις, η εργασία, η εκπαίδευση, η εξασφάλιση κατοικίας, αλλά και τομείς της κοινωνικής προστασίας, όπως η κοινωνική ασφάλιση. Σημαντική είναι, επίσης, η μη πρόβλεψη για συμπερίληψη των ατόμων με αναπηρία και των επίσημων αντιπροσώπων τους στα όργανα λήψης αποφάσεων.^{1,19,25}

5.1.2. Εμπόδια χρηματοδότησης: Σχετίζονται με την πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας για την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών των ατόμων με αναπηρία. Αν και παρουσιάζονται μεγάλες διαφορές μεταξύ των χωρών παγκοσμίως, στην πράξη είναι σπάνιο ένα σύστημα υγείας να μπορέσει να εγγυηθεί την καθολική και δωρεάν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.¹⁹ Την ίδια στιγμή, η επι-

βαρυμένη οικονομική κατάσταση των ατόμων με αναπηρία δυσχεραίνει την αποζημίωση των υπηρεσιών είτε μέσω άμεσων πληρωμών είτε μέσω ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Ως αποτέλεσμα, οι υγειονομικές ανάγκες τους παραμένουν σε μεγάλο βαθμό ανικανοποίητες. Συνήθη είναι, επίσης, τα εμπόδια τα οποία αντιμετωπίζουν τα εν λόγω άτομα στην αναζήτηση πληροφοριών και στη διεκδίκηση των προνομίων, των υπηρεσιών υγείας και της αποζημίωσης που δικαιούνται από την εκάστοτε κυβέρνηση και τους δημόσιους ή τους ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς. Τέλος, επιπρόσθετο οικονομικό εμπόδιο αποτελεί το κόστος μετακίνησης προς και από τις υπηρεσίες υγείας.^{1,19,26,27}

5.1.3. Εμπόδια στην παροχή υπηρεσιών: Τα εμπόδια εδώ περιλαμβάνουν φραγμούς στο περιβάλλον, στην επικοινωνία, στην ενημέρωση, στον συντονισμό των υπηρεσιών, αλλά και προβλήματα διαθεσιμότητας των υπηρεσιών υγείας στις απομακρυσμένες και δυσπρόσιτες περιοχές.^{1,19}

Πιο συγκεκριμένα, στα περιβαλλοντικά εμπόδια περιλαμβάνονται αρχιτεκτονικά χαρακτηριστικά των δομών υγείας, που προκαλούν δυσκολία πρόσβασης στα άτομα με αναπηρία. Παραδείγματα αποτελούν οι υψομετρικές διαφορές, η έλλειψη ραμπών και κατάλληλων ανελκυστήρων, οι ανεπαρκείς διαστάσεις διαδρόμων και θυρών, η έλλειψη κατάλληλης σήμανσης για άτομα με προβλήματα αντίληψης και όρασης, οι μη προσβάσιμες περιοχές στάθμευσης, όπως και οι ακατάλληλοι χώροι υγιεινής. Στην ίδια κατηγορία προστίθεται και η συχνή αδυναμία χρήσης του συμβατικού ιατρικού εξοπλισμού από άτομα με αναπηρία, ιδίως από εκείνα που αντιμετωπίζουν κινητικά προβλήματα. Ενδεικτικά παραδείγματα αποτελούν η δυσκολία των ατόμων με κινητικά προβλήματα να ζυγιστούν σε μια συμβατική ζυγαριά, όπως και των γυναικών αυτών να χρησιμοποιήσουν το μηχάνημα μαστογραφίας. Τέλος, ένας ακόμη σημαντικός περιβαλλοντικός φραγμός αφορά στις δυσκολίες μετακίνησης των ατόμων με αναπηρία προς και από τις δομές υγείας. Οι διαθέσιμοι τρόποι και τα μέσα μεταφοράς, εκτός από δαπανηροί, συχνά είναι και περιορισμένοι ή μη προσβάσιμοι, ιδίως σε περιοχές που απέχουν αρκετά από τις δομές υγείας.^{1,19,25-28}

Τα εμπόδια επικοινωνίας και ενημέρωσης προκύπτουν από τη δυσκολία επίτευξης αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ατόμων με αναπηρία, ενώ εμφανίζονται σε όλα τα στάδια της παροχής υπηρεσιών, από το κλείσιμο του ραντεβού και τη λήψη ιατρικού ιστορικού έως και την επεξήγηση της διάγνωσης και της θεραπείας που πρέπει να ακολουθηθεί. Ενδεικτικά παραδείγματα αποτελούν η μη γνώση της νοηματικής γλώσσας από τους υγειονομικούς, όπως και η μη διάθεση αυξημένου χρόνου στα ραντεβού. Επίσης, η δυσκολία επικοινωνίας μπορεί να

οδηγήσει στον αποκλεισμό των ατόμων με αναπηρία από προγράμματα πρόληψης και προαγωγής υγείας.^{1,19,27-29}

Τα εμπόδια συντονισμού των υπηρεσιών υγείας εμφανίζονται κατά τη συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών διαφόρων ειδικοτήτων και διαφορετικών επιπέδων φροντίδας για τη διαχείριση της επιβαρυμένης υγείας των ατόμων με αναπηρία. Ως αποτέλεσμα, τα άτομα με αναπηρία μπορεί να μη λάβουν όλες τις απαραίτητες για τη φροντίδα της υγείας τους υπηρεσίες, ενώ ενδέχεται να αυξηθεί αρκετά το τελικό κόστος τους.^{1,19}

5.1.4. Εμπόδια ανθρώπινου δυναμικού: Σε αυτά συγκαταλέγονται αρνητικές στάσεις και συμπεριφορές του ανθρώπινου δυναμικού των μονάδων υγείας (ηγεσίας, υγειονομικού, διοικητικού και τεχνικού προσωπικού) απέναντι στα άτομα με αναπηρία, που καταπατούν τα ανθρώπινα δικαιώματά τους και μπορεί να λάβουν τις μορφές του στιγματισμού, των διακρίσεων, της απαξίωσης, της προσβολής και της παραμέλησης. Επίσης, οι υγειονομικοί ενδέχεται, λόγω ελλιπούς εκπαίδευσης, να μην έχουν τις κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες για την παροχή της απαιτούμενης εξειδικευμένης φροντίδας. Αναπόφευκτα, λοιπόν, τα άτομα με αναπηρία αναπτύσσουν έλλειψη εμπιστοσύνης προς το σύστημα υγείας και αποθαρρύνονται από την αναζήτηση φροντίδας.^{1,19,30,31}

5.2. Τρόποι αντιμετώπισης των φραγμών

Η λήψη μέτρων για την άρση των εμποδίων πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα του κράτους για την επίτευξη ισότητας στην υγεία και διασφάλισης της κοινωνικής δικαιοσύνης.^{1,5-7,19} Οι δράσεις για την αύξηση της προσβασιμότητας μπορούν να στοχεύσουν στους παρακάτω τομείς.

5.2.1. Κρατική πολιτική και νομοθεσία: Η προτεραιοποίηση των ατόμων με αναπηρία αφορά τόσο στην αναθεώρηση της νομοθεσίας, με ενσωμάτωση όλων των αρχών που προάγουν τον σεβασμό στα ανθρώπινα δικαιώματά τους, όπως αυτές ορίζονται στα άρθρα της CRPD,^{2,32} όσο και στη συμπερίληψή τους σε κάθε πρόγραμμα υγείας και στρατηγικό σχεδιασμό σχετικά με ζητήματα που επηρεάζουν άμεσα ή έμμεσα την υγεία, σε εθνικό ή και τοπικό επίπεδο. Απαραίτητη είναι, επίσης, η εστίαση στην ενδυνάμωση των ατόμων αυτών σε συλλογικό αλλά και σε ατομικό επίπεδο: σε συλλογικό επίπεδο, μέσω της ενίσχυσης της συμμετοχής των επίσημων εκπροσώπων τους στη χάραξη πολιτικών υγείας, ενώ σε ατομικό επίπεδο μέσω της προάσπισης της αυτονομίας τους και του δικαιώματός τους για ενημερωμένη συγκατάθεση στα ζητήματα υγείας που τους αφορούν. Ιδιαίτερη βαρύτητα θα πρέπει επίσης να δίνεται, ώστε τα

διαφορετικά χαρακτηριστικά των ατόμων με αναπηρία, όπως το φύλο, ο σεξουαλικός προσανατολισμός, η θρησκεία και η εθνικότητα, να γίνονται σεβαστά και να μην αποτελούν αιτία περαιτέρω διακρίσεων και στιγματισμού. Την ίδια στιγμή, θα πρέπει να διασφαλίζεται η ευρεία κάλυψη των ατόμων με αναπηρία από τα συστήματα κοινωνικής προστασίας, με έμφαση στην κάλυψη των διαφορετικών αναγκών τους.^{1,19}

5.2.2. Χρηματοδότηση της υγείας: Προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι της ισότητας υγείας και της παγκόσμιας κάλυψης της υγείας, τα κράτη θα πρέπει να αναλάβουν την ευθύνη για τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, πρωτίστως για ευάλωτες και περιθωριοποιημένες κοινωνικές ομάδες, όπως είναι τα άτομα με αναπηρία, δεδομένου ότι τα άτομα των εν λόγω ομάδων συχνά αδυνατούν να αντεπεξέλθουν οικονομικά. Στην κρατική χρηματοδότηση θα πρέπει να ενταχθεί και η χρηματοδότηση για την άρση των περιβαλλοντικών εμποδίων, με σκοπό την ανεμπόδιστη πρόσβαση των ατόμων με αναπηρία στις δομές, στον εξοπλισμό και στις υπηρεσίες υγείας.^{1,19}

5.2.3. Παροχή υπηρεσιών υγείας: Τα εφαρμοζόμενα μοντέλα φροντίδας θα πρέπει να στοχεύουν στη συμπερίληψη των ατόμων με αναπηρία και στην εξασφάλιση της πρόσβασής τους σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών που έχουν ανάγκη, καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους, ακολουθώντας ανθρωποκεντρική προσέγγιση.¹ Ιδιαίτερη βαρύτητα πρέπει να δοθεί στην πρόσβασή τους στις δράσεις δημόσιας υγείας και στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας αλλά και αποκατάστασης, καθώς επίσης στην ενίσχυση του συστήματος παραπομπών προς ειδικούς ιατρούς και του συντονισμού μεταξύ των διαφόρων τομέων και επιπέδων φροντίδας υγείας. Ειδική μέριμνα πρέπει να υπάρξει για τη συμπερίληψή τους στους προγραμματισμούς αντιμετώπισης υγειονομικών κρίσεων, ώστε να διασφαλίζεται σε κάθε περίπτωση η απρόσκοπτη παροχή των υπηρεσιών υγείας. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να διασφαλίζεται ότι όλες αυτές οι υπηρεσίες θα είναι όσο πιο κοντά γίνεται σε πληθυσμούς απομακρυσμένων και δυσπρόσιτων περιοχών.^{1,19}

Σημαντική για την άρση αρκετών φραγμών πρόσβασης είναι η πραγματοποίηση εύλογων προσαρμογών στο περιβάλλον και στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών.¹⁹ Οι συγκεκριμένες προσαρμογές μπορεί να αφορούν στις εγκαταστάσεις των δομών υγείας, όπως είναι για παράδειγμα η δημιουργία ειδικών χώρων στάθμευσης, η τοποθέτηση ραμπών και ανυψωτικών συστημάτων, η διευρυνση θυρών, οι εκτυπώσεις με χρήση μεγάλης γραμματοσειράς και έντονης αντίθεσης, οι ειδικές ηχητικές και οπτικές σημάσεις και οι πινακίδες σε γραφή Braille. Σχετικά με τον εξοπλισμό, μπορεί να χρησιμοποιηθούν εξεταστικά κρεβάτια, τραπέ-

ζια και ράντζα τα οποία είναι σε θέση να προσαρμόσουν το ύψος τους, όπως και ιατρικά διαγνωστικά μηχανήματα προσβάσιμα από άτομα με αναπηρικά αμαξίδια, για παράδειγμα ειδικοί μαστογράφοι.^{1,19,25}

Για τη βελτίωση της επικοινωνίας και της ενημέρωσης, οι προσαρμογές μπορεί να περιλαμβάνουν τη χρήση εναλλακτικών μορφών και τρόπων παρουσίασης των πληροφοριών, όπως χρήση της γραφής Braille, της νοηματικής γλώσσας, οπτικοακουστικών μέσων, πιο αργού και αναλυτικού τρόπου επεξήγησης, αξιοποίηση διερμηνέων και ειδικών βοηθών. Άλλες αλλαγές που πιθανόν να διευκολύνουν τα άτομα με αναπηρία αποτελούν η δυνατότητα κλεισίματος ιατρικού ραντεβού γραπτά, με τη χρήση του διαδικτύου ή της κινητής τηλεφωνίας, όπως και κατάλληλος προγραμματισμός για μείωση του χρόνου αναμονής και αύξηση του χρόνου ιατρικής επίσκεψης.^{1,19,29}

Επίσης, οι προσαρμογές στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας μπορεί να περιλαμβάνουν την κατ' οίκον παροχή υπηρεσιών, αλλά και την αξιοποίηση των ψηφιακών τεχνολογιών υγείας, όπως είναι ο ηλεκτρονικός φάκελος υγείας, οι εφαρμογές κινητής υγείας και η χρήση της Τηλεϊατρικής, ιδίως για την εξυπηρέτηση των ατόμων που δυσκολεύονται να μετακινηθούν ή που βρίσκονται σε απομακρυσμένες περιοχές.^{1,19,21}

Τόσο στην περίπτωση της αρχικής διαμόρφωσης όσο και στην περίπτωση των τροποποιήσεων του περιβάλλοντος και των υπηρεσιών υγείας, η υιοθέτηση των αρχών του καθολικού σχεδιασμού μπορεί να εγγυηθεί την ανεμπόδιστη πρόσβαση των ατόμων με αναπηρία.^{1,25} Σύμφωνα με τη CRPD, ο καθολικός σχεδιασμός αφορά στον «*σχεδιασμό προϊόντων, περιβάλλοντος, προγραμμάτων και υπηρεσιών, ώστε να είναι χρησιμοποιήσιμα από όλους τους ανθρώπους, στον μέγιστο δυνατό βαθμό, χωρίς την ανάγκη για προσαρμογή ή εξειδικευμένο σχεδιασμό*».²

5.2.4. Ανθρώπινο δυναμικό: Για την αντιμετώπιση των φραγμών που το αφορούν, οι δράσεις οι οποίες προτείνονται στοχεύουν στην εκπαίδευση όλου του ανθρώπινου δυναμικού των μονάδων υγείας (ηγεσίας, υγειονομικών, διοικητικού και τεχνικού προσωπικού), ώστε να εξαλειφθούν οι αρνητικές στάσεις και συμπεριφορές απέναντι στα άτομα με αναπηρία και να αυξηθούν οι γνώσεις και οι δεξιότητές τους για την αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας. Η εκπαίδευση, ιδίως για τους επαγγελματίες υγείας, μπορεί να αρχίζει ήδη από το προπτυχιακό επίπεδο σπουδών, με σκοπό την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση των φοιτητών για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία, τις ανάγκες και τους τρόπους επικοινωνίας μαζί τους, ενώ θα πρέπει να συνεχίζεται διά βίου, μέσω προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, για την περαιτέρω εμπάθυνση στην

αποτελεσματική κάλυψη των αναγκών υγείας τους.^{1,19,30,31} Τέλος, απαραίτητη είναι η επάνδρωση των μονάδων υγείας με επαρκή αριθμό εκπαιδευμένων υγειονομικών, στον οποίο θα συμπεριλαμβάνονται και άτομα με αναπηρία. Η εν λόγω ενέργεια όχι μόνο συνιστά έμπρακτο σεβασμό του δικαιώματός τους στην εργασία, με την παροχή ίσων επαγγελματικών ευκαιριών, αλλά ταυτόχρονα συνδράμει και στην καλύτερη προσέγγιση, επικοινωνία και φροντίδα των ασθενών με αναπηρία.¹

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αναπηρία αποτελεί μια κατάσταση στην οποία μπορεί να περιέλθει, μόνιμα ή προσωρινά, ο κάθε άνθρωπος, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι χάνει τα δικαιώματά του και την ικανότητα να συμμετέχει ενεργά στην κοινωνία και να απο-

λαμβάνει ισότιμα όλες τις υπηρεσίες και τα αγαθά. Παρ' ότι μέχρι σήμερα έχουν γίνει σημαντικά βήματα για τη συμπερίληψη των ατόμων με αναπηρία στην κοινωνία, ο δρόμος είναι ακόμη μακρύς μέχρι την επίτευξη της ισότητας. Στον τομέα της υγείας, το γεγονός ότι τα εμπόδια πρόσβασης στις υπηρεσίες μπορούν –μέσω των κατάλληλων δράσεων– να αποφευχθούν και τα μειονεκτήματα που σχετίζονται με την αναπηρία να ξεπεραστούν, υποδηλώνει ότι η άρση των υγειονομικών ανισοτήτων δεν είναι ανέφικτη. Για να γίνει όμως αυτό πρέπει η προστασία του δικαιώματος στην υγεία των ατόμων με αναπηρία να αποτελέσει ουσιαστική προτεραιότητα, τόσο σε παγκόσμιο όσο και σε εθνικό επίπεδο, ενώ οι δράσεις αντιμετώπισης των παραγόντων που διαμορφώνουν τις ανισότητες πρέπει να αποκτήσουν περισσότερο εντατικό και στοχευμένο χαρακτήρα, προσαρμοσμένο στις ιδιαιτερότητες του κάθε κράτους.

ABSTRACT

Disability, health inequities and access to health services

C. SPAPI,¹ I. APOSTOLAKIS,^{1,2} P. SARAFIS^{1,3}

¹School of Social Sciences, Hellenic Open University, Patras, ²School of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, ³General Department, University of Thessaly, Lamia, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2024, 41(6):826–833

Nowadays, people with disability are still confronted with violation of their rights and social inequities. The purpose of the present article is to study health inequities and the unequal access to health services for people with disability. The most prevalent model in the study of disability is the biopsychosocial model, while the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) is the selected classification system. According to the World Health Organization (WHO), the contributing factors to the emergence of health inequities are structural factors in society, social determinants of health, risk factors and factors relating to the health system. The most significant barriers to accessing health services concern those ascribed to state policy and legislation, funding barriers, physical barriers, obstacles concerning communication, information and coordination and also, human resource barriers. Overcoming all these barriers has to become a state priority and includes a reform in legislation and political orientation, an increase in state funding, inclusive models of care, reasonable accommodations, employment of the universal design and lastly, educating and increasing the health and care workforce. As a conclusion, the need to take more intensive and targeted measures is highly emphasised, in order to ensure equity for the health of people with disability.

Key words: Access, Disability, Health inequities, Health services

Βιβλιογραφία

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global report on health equity for persons with disabilities. WHO, Geneva, 2022
2. UNITED NATIONS – GENERAL ASSEMBLY. A/RES/61/106 – Convention on the rights of persons with disabilities. UN, New York, 2007
3. UNITED NATIONS. 2021 Programme year: Disability inclusion in the United Nations system. Report of the Secretary-General. UN, New York, 2021
4. UNITED NATIONS. The sustainable development goals report 2022. UN, New York, 2022
5. ΝΙΚΟΛΕΝΤΖΟΣ Α. Εισαγωγή στην κοινωνική προστασία και στο κράτος πρόνοιας. Στο: Σαράφης Π, Μπαμίδης Π (Επιμ.) *Υπηρεσίες υγείας. Συστήματα και πολιτικές*. Εκδόσεις Broken Hill Publishers, Λευκωσία, 2020:225–242

6. PATSALI M, APOSTOLAKIS I, SARAFIS P. Welfare state, unmet health care needs and social policy to eliminate health inequalities. *Perioperative Nursing (GORNA)* 2021, 10:175–185
7. GOV.GR-AMEA. Εθνικό σχέδιο δράσης για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία. Amea.gov, 2021. Διαθέσιμο στο: <https://www.amea.gov.gr/action#4>
8. UNITED NATIONS. A/RES/70/1 – Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development. UN, 2015. Available at: <https://sdgs.un.org/2030agenda>
9. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Disability: Factsheet on Sustainable Development Goals (SDGs): Health targets. WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 2019. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340894>
10. ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ. Ανακοίνωση της Επιτροπής προς το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, το Συμβούλιο, την Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και την Επιτροπή των Περιφερειών. Ένωση ισότητας: Στρατηγική για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία 2021–2030. Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Βρυξέλλες, 2021. Διαθέσιμο στο: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=CELEX:52021DC0101>
11. RETIEF M, LETŠOSA R. Models of disability: A brief overview. *HTS Teol Stud/Theol* 2018, 74:4738
12. FISHER P, GOODLEY D. The linear medical model of disability: Mothers of disabled babies resist with counter-narratives. *Social Health Illn* 2007, 29:66–81
13. GOERING S. Rethinking disability: The social model of disability and chronic disease. *Curr Rev Musculoskelet Med* 2015, 8:134–138
14. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO/EIP/GPE/CAS/01.3: Towards a common language for functioning, disability and health: ICF. WHO, Geneva, 2002
15. WORLD HEALTH ORGANIZATION. International classification of impairments, disabilities, and handicaps. WHO, Geneva, 1980
16. ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ, ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ. ICD-10: Διεθνής στατιστική ταξινόμηση νόσων και συναφών προβλημάτων υγείας. Δέκατη αναθεώρηση, Έκδοση 2008 – Τόμος 2: Εγχειρίδιο οδηγιών. ΠΟΥ, Γενεύη, ΥΥΚΑ, Αθήνα, ΕΣΔΥ, Αθήνα, 2009
17. PFEIFFER D. The ICDH and the need for its revision. *Disabil Soc* 1998, 13:503–523
18. ΠΑΠΠΑ Ε. Ανισότητες στην υγεία. Εννοιολογική διερεύνηση, προσδιοριστικοί παράγοντες και σύγχρονες προκλήσεις. Στο: Σαράφης Π, Μπαμίδης Π (Επιμ.) *Υπηρεσίες υγείας. Συστήματα και πολιτικές*. Εκδόσεις Broken Hill Publishers Ltd, Λευκωσία, 2020:119–132
19. WORLD HEALTH ORGANIZATION, WORLD BANK. World report on disability. WHO, Geneva, 2011
20. GOOD GA, ORAKANI SN, OFFICERTN, ROGUSKI M, McBRIDE-HENRY K. Access to health and disability services for New Zealanders with impaired vision during the COVID-19 pandemic 2020–2022. *J Vis Impair Blind* 2022, 116:830–836
21. IVANCIC L, BOND DM, NASSAR N. Impact of the COVID-19 pandemic on access and use of health services by middle-aged and older Australians. *Aust Health Rev* 2023, 47:100–109
22. AGBELIE CM. Health system access challenges of people with disabilities increased during COVID-19 pandemic. *Disabil Health J* 2023, 16:101446
23. ΛΑΧΑΝΑ Ε. Υγεία-ασθένεια, περίθαλψη και φροντίδα υγείας. Στο: Σαράφης Π, Μπαμίδης Π (Επιμ.) *Υπηρεσίες υγείας. Συστήματα και πολιτικές*. Εκδόσεις Broken Hill Publishers Ltd, Λευκωσία, 2020:21–36
24. WORLD HEALTH ORGANIZATION. International classification of functioning, disability and health (ICF). WHO, Geneva, 2001
25. ΧΡΙΣΤΟΦΗ Μ. *Προσβασιμότητα και αναπηρία*. Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία (ΕΣΑμεΑ), Αθήνα, 2013
26. FLORES-FLORES O, BELL R, REYNOLDS R, BERNABÉ-ORTIZ A. Older adults with disability in extreme poverty in Peru: How is their access to health care? *PLoS One* 2018, 13:e0208441
27. MAGNUSSON L, KEBBIE I, JERWANSKA V. Access to health and rehabilitation services for persons with disabilities in Sierra Leone – focus group discussions with stakeholders. *BMC Health Serv Res* 2022, 22:1003
28. ROTOLI JM, BACKSTER A, POFFENBERGER C, COATES WC. Promoting access and equity: A historical perspective of healthcare access for people with disabilities. *Cureus* 2022, 14:e31594
29. JAMES TG, ARGENYI MS, GUARDINO DL, McKEE MM, WILSON JAB, SULLIVAN MK ET AL. Communication access in mental health and substance use treatment facilities for deaf American Sign Language users. *Health Aff (Millwood)* 2022, 41:1413–1422
30. GEORGACA E, PLATANITI P, VARDOULAKI A, PAMPOUCHIDOU M, NOMIDOU A, CHONDROS P. Assessing quality of care and observance of human rights in residential mental health facilities in Greece through the WHO QualityRights tool kit. *Int J Psychol* 2023, 58:59–68
31. KRITSOTAKIS G, GALANIS P, PAPASTEFANAKIS E, MEIDANI F, PHILALITHIS AE, KALOKAIRINOY A ET AL. Attitudes towards people with physical or intellectual disabilities among nursing, social work and medical students. *J Clin Nurs* 2017, 26:4951–4963
32. ΑΛΕΞΙΑΔΟΥ ΕΑ. Αναπηρία και ανισότητες στην υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα υπό την οπτική των ανθρώπινων δικαιωμάτων. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2020, 37:98–105

Corresponding author:

C. Spapi, 1 Parodos Ikonou street, 402 00 Ellassona, Greece
e-mail: chrysoula.spapi@gmail.com