



Τμήμα ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
*«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»*

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

«Η Οικονομική Κρίση και οι Επιπτώσεις της στην Υγεία του Ελληνικού
Πληθυσμού και στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας»

Καρασαββίδου Θάλεια

Επιβλέπων: Κονδύλης Ηλίας

Θεσσαλονίκη Μάιος 2017

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για τη διεκπεραίωση της παρούσας Διπλωματικής Εργασίας, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή κ. Κονδύλη Ηλία για τη συνεργασία και την πολύτιμη συμβολή του στην ολοκλήρωση της. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για τη στήριξη και την υπομονή που έδειξαν σε όλη τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Την τελευταία δεκαετία η οργάνωση των συστημάτων υγείας βρίσκεται στο επίκεντρο του παγκόσμιου ενδιαφέροντος. Τα συστήματα υγείας θα πρέπει να είναι προσιτά και να μπορούν να βελτιώνουν την υγεία των πολιτών, ακόμα και σε περιόδους οικονομικών προκλήσεων. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, ο τομέας της υγείας στην Ελλάδα κλήθηκε να αντιμετωπίσει την οικονομική κρίση που ξεκίνησε το 2007, και επέφερε σημαντικές επιπτώσεις και στον τομέα της υγείας του πληθυσμού καθώς και στη λειτουργία του συστήματος υγείας. Η αύξηση της ανεργίας, η δυσμενής μεταβολή των εργασιακών σχέσεων και η εργασιακή ανασφάλεια που αυτή συνεπάγεται, η μείωση του εισοδήματος που οδηγεί πολλά άτομα στη φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό αποτελούν καταστάσεις που συνδέονται με την οικονομική κρίση και έχουν αρνητική επίδραση στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

Σκοπός: Σκοπός αυτής της διπλωματικής εργασίας είναι να μελετήσει και να αναλύσει τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία του ελληνικού πληθυσμού και στο ελληνικό σύστημα υγείας.

Μέθοδος: Για τη διαπίστωση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην Υγεία του Ελληνικού Πληθυσμού και στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας πραγματοποιήθηκε συλλογή, σύνθεση και ανάλυση δευτερογενών δεδομένων .

Αποτελέσματα: Από την ανάλυση που έγινε προκύπτει μεταξύ άλλων πως η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό αρκετές διαστάσεις του Ελληνικού πληθυσμού καθώς εμφανίζει επιπτώσεις στην Υγεία των πολιτών και στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Αρκετοί δείκτες παρουσιάζουν μεγάλες αποκλίσεις κατά τα έτη της οικονομικής κρίσης και επίσης, αποκλίσεις εντοπίζονται και σε δείκτες μη σχετικούς με την υγεία των πολιτών όπως η ανεργία και το επίπεδο των μισθών. Συγκεκριμένα, τα έτη της οικονομικής κρίσης παρατηρείται μια διαρκής αύξηση του αριθμού των αυτοκτονιών ενώ ταυτόχρονα σημειώθηκε μείωση των τροχαίων ατυχημάτων. Επιπλέον υπάρχει σαφής μείωση της χρηματοδότησης του τομέα της υγείας καθώς και μείωση των δαπανών για τον τομέα της υγείας με το ποσοστό επί του Α.Ε.Π. που αντιστοιχεί στον κλάδο της υγείας να έχει μειωθεί σημαντικά .

Συμπέρασμα: Στην Ελλάδα, μέσα στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης, συντελέστηκε μια σειρά μεταρρυθμίσεων οι οποίες όμως δεν επέφεραν όλες θετικά αποτελέσματα όπως θα αναμένονταν. Η μελέτη των πολιτικών που εφαρμόστηκαν στην Ελλάδα μέσα στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης οδηγεί στο συμπέρασμα ότι παρά το μεγάλο εύρος των μέτρων που λήφθηκαν φαίνεται να έχει παραμεληθεί η προσανατολισμένη στον πολίτη παροχή υπηρεσιών. Οι περικοπές των δαπανών υγείας θα πρέπει να γίνονται μέσα από τον εξορθολογισμό του συστήματος και τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών.

ABSTRACT

Introduction: Over the last decade, the organization of health systems is at the heart of global interest. Health systems should be accessible and able to improve the health of citizens, even in times of economic challenges. Within this framework, the health sector in Greece was called upon to cope with the economic crisis that started in 2007 and has had a significant impact on the health of the population as well as on the functioning of the health system. The increase in unemployment, the unfavorable change in labor relations and the job insecurity that this entails, the reduction in income that leads many people to poverty and social exclusion are situations linked to the economic crisis and have a negative impact on the health level of the population.

Purpose: The purpose of this diploma thesis is to study and analyze the impact of the economic crisis on the health of the Greek population and the Greek health system.

Method: To determine the impact of the economic crisis on the Health of the Greek Population and the Hellenic Health System, a collection, synthesis and analysis of secondary data was carried out.

Results: From the analysis made, among others, comes the conclusion that the economic crisis has greatly affect many dimensions of the Greek population and it has an impact on the health of citizens and the Greek Health System. Several indicators show large variations during the years of economic crisis. Moreover, deviations identified in indicators that are not directly related to the health of citizens such as unemployment and salary. In particular, in the years of the economic crisis, there has been a steady increase in the number of suicides while at the same time there has been a reduction in road accidents. In addition, there is a clear reduction in health financing and a decrease in health expenditure by the percentage on GDP which corresponds to the health sector has dropped significantly.

Conclusion: In Greece, in the context of the economic crisis, a series of reforms have occurred, but they have not produced any positive results as expected. The study of the policies implemented in Greece in the context of the economic crisis leads to the conclusion that, despite the wide range of measures taken, the citizen-oriented service

seems to have been neglected. Health spending cuts should be done by rationalizing the system and improving the efficiency and effectiveness of services.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8 σελ.
Α. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	10 σελ.
Α.1. ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ	10 σελ.
Α2. Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	12 σελ.
Α.2.1.ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ.	12 σελ.
Α2.2.ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΤΡΕΧΟΥΣΑΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ.	14 σελ.
Α.2.3.ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΕΛΛΑΔΑ	16 σελ.
Α.3 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ .	17 σελ.
Α.4.ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ.	19 σελ.
Α.5. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.	23 σελ.
Α.5.1 ΔΙΕΘΝΩΣ.	23 σελ.
Α.5.2 ΕΛΛΑΔΑ.	24 σελ.
Β. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ.	28 σελ.
Γ. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	29 σελ.
Δ. ΕΡΕΥΝΑ	32 σελ.
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ	32 σελ.
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ	33 σελ.
ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	39 σελ.
ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	53 σελ.
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	61 σελ.
Ε.1. ΣΥΝΟΨΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	62 σελ.
Ε.2. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	65 σελ.
ΣΤ. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	68 σελ.
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	72 σελ.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια η παγκόσμια κοινότητα έχει έρθει αντιμέτωπη με μια μεγάλης έντασης οικονομική κρίση. Η κρίση αυτή, που ξεκίνησε το 2007, επέφερε σημαντικές επιπτώσεις και στην υγεία του πληθυσμού καθώς και στη λειτουργία των συστημάτων υγείας. Η αύξηση της ανεργίας, η δυσμενής μεταβολή των εργασιακών σχέσεων και η εργασιακή ανασφάλεια που αυτή συνεπάγεται, η μείωση του εισοδήματος που οδηγεί πολλά άτομα στη φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό αποτελούν καταστάσεις που συνδέονται με την οικονομική κρίση και έχουν αρνητική επίδραση στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

Στην Ελλάδα, μέσα στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης, συντελέστηκε μια σειρά μεταρρυθμίσεων που απέρρεαν από τις δεσμεύσεις που ανέλαβε η Ελλάδα απέναντι στους πιστωτές της. Σημαντικό μερίδιο των μεταρρυθμίσεων που προωθήθηκαν κατέχει ο τομέας της υγείας. Τα μέτρα που εφαρμόστηκαν αφορούν τον έλεγχο των δαπανών, τη χρηματοδότηση, την ένταση καθώς και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Τα παραπάνω μέτρα δεν επέφεραν όλα θετικά αποτελέσματα όπως θα αναμένονταν . σε πολλές περιπτώσεις τα μέτρα επιβάρυναν το πληθυσμό της Ελλάδας και είχαν αρνητική επίδραση στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον δημιούργησαν συνθήκες ανισότητας των πολιτών απέναντι στις υπηρεσίες υγείας αφού σχετιζόνταν με τη δυνατότητα καταβολής άμεσης πληρωμής.

Είναι σαφές λοιπόν πως μέσα στα πλαίσια της οικονομικής κρίσης τα μέτρα και τα προγράμματα για την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας θα πρέπει να είναι στο πρώτο πλάνο οποιασδήποτε στρατηγικής του τομέα υγείας και οι σύγχρονες πολιτικές υγείας θα πρέπει να έχουν την προοπτική τους στον άνθρωπο, πάνω και πέρα από οργανωμένα, συγκρουόμενα ή επενδυμένα συμφέροντα. Σκοπός των συστημάτων υγείας θα πρέπει να είναι η προστασία, η αποκατάσταση και η προαγωγή της υγείας των πολιτών, δίνοντάς τους τις απαραίτητες πληροφορίες, ενδυναμώνοντάς τους να παραμείνουν υγιείς, κάνοντας την καλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Επιπλέον, σκοπός των υπηρεσιών υγείας είναι να χαράζουν τη

στρατηγική (μέτρα πρόληψης, νομοθεσία) που θα πρέπει να ακολουθηθεί, ώστε να εξασφαλιστεί το μέγιστο επίπεδο υγείας του γενικού πληθυσμού.

Την τελευταία δεκαετία η οργάνωση των συστημάτων υγείας βρίσκεται στο επίκεντρο του παγκόσμιου ενδιαφέροντος. Τα συστήματα υγείας θα πρέπει να είναι προσιτά και να μπορούν να βελτιώνουν την υγεία των πολιτών, ακόμα και σε περιόδους οικονομικών προκλήσεων. Είναι αναγκαίο να διαμορφωθούν οι προϋποθέσεις εκείνες που θα επιτρέψουν τη συστηματική συλλογή, την επεξεργασία, την παρακολούθηση και την αντιμετώπιση των υγειονομικών δεδομένων σε παγκόσμιο επίπεδο.

A. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

A.1. ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Η οικονομία της υγείας, ως επιστημονικός κλάδος, θα λέγαμε ότι βρίσκεται κυριολεκτικά στο τρίγωνο των επιστημονικών οριοθετήσεων μεταξύ της οικονομικής επιστήμης γενικά, της επιστήμης της κοινωνικής πολιτικής και της φιλοσοφικο-ιδεολογικής θεώρησης της υγείας. Στα πρώτα στάδια της εξέλιξης της η οικονομία της υγείας ταυτίστηκε με την «ιατρική κατανάλωση», δηλαδή με την παραγωγή και διανομή των ιατρικών φροντίδων για τη κάλυψη των αναγκών υγείας. Η οικονομική της υγείας όμως σήμερα, μέσα στα πλαίσια της τρέχουσας οικονομικής και κοινωνικής εξέλιξης, ορίζεται ως η μελέτη του τρόπου κατανομής σπάνιων πόρων μεταξύ διαφόρων δραστηριοτήτων με σκοπό την ίαση της ασθένειας και την προαγωγή, διατήρηση και βελτίωση της υγείας. Η μελέτη αυτή περιλαμβάνει επίσης, τον τρόπο δράσης των υπηρεσιών που σχετίζονται με την υγεία, το κόστος και τα οφέλη, αλλά και την υγεία την ίδια όσον αφορά τον τρόπο διανομής της μεταξύ ατόμων και ομάδων στα πλαίσια μιας κοινωνίας (Σούλης, 1999).

Στόχος της οικονομίας της υγείας αποτελεί η εξασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού μέσω της παροχής υπηρεσιών και αγαθών υγείας στα πλαίσια του θεμελιώδους οικονομικού προβλήματος και της στενότητας των ανθρώπινων και υλικών πόρων μιας χώρας. Συνεπώς η οικονομική της υγείας, στην προσπάθεια επίτευξης του στόχου που θέτει, βρίσκεται σε μια διαρκή αναζήτηση και μελέτη εκείνων των μεθοδολογικών οργανωτικο- διοικητικών και οικονομικο- διαχειριστικών εργαλείων που θα δώσουν τη δυνατότητα στο σύστημα υγείας να ξεπεράσει τα προβλήματα και να βελτιώσει τις παροχές του (Σούλης, 1999).

Η σχέση της οικονομίας με την υγεία είναι πολλές φορές τεκμηριωμένη. Σε παγκόσμιο επίπεδο, υπάρχει σαφής αντιστοιχία ανάμεσα στην οικονομία κάθε χώρας και στην υγεία του πληθυσμού της, με την αύξηση του εισοδήματος να βελτιώνει την υγεία. Μέχρι και τα 2/3 των διαφορών που παρουσιάζουν οι δείκτες υγείας μεταξύ των πληθυσμών οφείλονται σε οικονομικούς λόγους. Η επίδραση του εισοδήματος στην υγεία είναι πιο εμφανής στη βρεφική και παιδική θνησιμότητα και λιγότερο στο προσδόκιμο ζωής (Στάκλερ, Σάντζει, 2014).

Η αύξηση του εισοδήματος οδηγεί σε βελτίωση της υγείας, εφόσον παρέχει τη δυνατότητα για καλύτερη κατοικία, πιο ασφαλές και υγιεινό περιβάλλον, επαρκή διατροφή, καθώς και για πολλούς άλλους κοινωνικούς και υλικούς παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία. Υψηλότερο εισόδημα σημαίνει επίσης περισσότερους πόρους για πρόληψη, περίθαλψη και άλλες κοινωνικές υπηρεσίες. Από την άλλη πλευρά και η υγεία επηρεάζει το εισόδημα. Η επένδυση στην υγεία αποτελεί μοχλό οικονομικής ανάπτυξης. Ένα έτος αύξησης του προσδόκιμου ζωής επιφέρει έως και 4% αύξηση του ΑΕΠ (Φυντανίδου , 2015). Ένας υγιής πληθυσμός είναι και πιο παραγωγικός. Στις ΗΠΑ υπολογίστηκε ότι το 8,3% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ) είναι πλούτος που παράγεται εξαιτίας της μείωσης της θνησιμότητας από το 1940 και μετά (Pritchett , Summers).

Είναι ενδεικτικό ότι στη Μ. Βρετανία το κύριο επιχείρημα για τη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας και την παροχή δωρεάν περίθαλψης, πριν από 60 χρόνια περίπου, ήταν ότι ένας πιο υγιής πληθυσμός θα είναι πιο παραγωγικός και θα συμβάλει στην ανάπτυξη της οικονομίας.

Η σχέση όμως μεταξύ υγείας και οικονομίας δεν είναι μονοσήμαντη. Το κυρίαρχο οικονομικό επιχείρημα ότι μπορούμε να είμαστε υγιείς μόνο σε μια υγιή και πλούσια οικονομία, δεν αποδίδει πλήρως το πραγματικό περιεχόμενο της σχέσης. Ούτε η συνεχής οικονομική ανάπτυξη αποτελεί από μόνη της εγγύηση για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας. Η υγεία βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με τον πλούτο μιας χώρας όσο η χώρα αυτή δεν έχει υπερβεί ένα ορισμένο επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης, που οι οικονομολόγοι της υγείας το υπολογίζουν γύρω στα 5.000 δολάρια κατά κεφαλήν ΑΕΠ (Marmot G, Bell R. , 2009) .

Το όριο των 5.000 δολαρίων κατά κεφαλήν χαρακτηρίζεται συνήθως από την επιδημιολογική μετάβαση από τη νοσηρότητα των λοιμωδών νοσημάτων στη «νοσηρότητα της αφθονίας», όπως αποκαλείται, που περιλαμβάνει καρδιαγγειακά προβλήματα, κακοήθη νεοπλάσματα και άλλα χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα.

Η πραγματική επίδραση της οικονομίας στη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού μπορεί να εκτιμηθεί σωστά μόνο μέσα από το πρίσμα δύο καθοριστικών δομών μιας κοινωνίας: του τρόπου οργάνωσης της οικονομίας και της μορφής κοινωνικής διαστρωμάτωσης σε σχέση με την παραγωγή. Για τις πιο πλούσιες χώρες, οι οποίες έχουν εξασφαλίσει τους απαραίτητους υλικούς πόρους, η περαιτέρω βελτίωση της

υγείας σχετίζεται και με τη δίκαιη κατανομή του πλούτου και την ύπαρξη κοινωνικής συνοχής (Stuckler , 2010) .

Σύμφωνα λοιπόν με τα παραπάνω , κρίνεται απαραίτητη η σωστή κατανομή του πλούτου και η ύπαρξη κοινωνικών θεσμών και υπηρεσιών που να καταπολεμούν τις κοινωνικές ανισότητες και να προστατεύουν τα πιο φτωχά και ευάλωτα στρώματα ώστε να επιτευχθεί η προστασία και προαγωγή της υγείας ενός πληθυσμού.

A2. Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

A.2.1.ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ.

Ως κρίση μπορεί να οριστεί η χρονική περίοδος κατά την οποία διαταράσσεται η ομαλή λειτουργία ενός συστήματος και αλλοιώνονται οι αρχικές του ιδιότητες. Αυτή η αλλαγή είναι δυνατόν να εκδηλωθεί με τρόπο απότομο και απρόσμενο, που μεταβάλλει τη συνήθη εξέλιξη του συστήματος. Σύμφωνα με τον ορισμό αυτό , η κρίση μπορεί να περιγράψει πολλές κατηγορίες καταστάσεων και γεγονότων στην ανθρώπινη ιστορία, όπως οι φυσικές καταστροφές, η εξάπλωση επιδημιών, η κατάρρευση καθεστώτων, η οικονομική κατάρρευση κ.α. Έτσι, πολλές φορές γίνεται λόγος για πολιτική κρίση, οικονομική κρίση, κοινωνική κρίση, οικολογική κρίση κλπ.

Οικονομική κρίση είναι το φαινόμενο κατά το οποίο μια οικονομία χαρακτηρίζεται από μια συνεχόμενη και αισθητή μείωση της οικονομικής της δραστηριότητας. Στις οικονομικές δραστηριότητες περιλαμβάνονται όλα τα μακροοικονομικά μεγέθη της οικονομίας, όπως η απασχόληση, το εθνικό προϊόν, οι τιμές, οι επενδύσεις κ.α. Η οικονομική ζωή, ως ένα περίπλοκο σύνολο σχέσεων, φορέων, κανόνων και συμφερόντων, είναι ιδιαίτερα ευάλωτη σε κρίσεις. Οι οικονομικές κρίσεις έχουν ιδιαίτερα δυσμενείς επιπτώσεις για τους πληθυσμούς και συνιστούν συχνά παράγοντα κοινωνικής οπισθοδρόμησης ενώ θέτουν σε δοκιμασία θεσμούς, δομές και ισορροπίες συμφερόντων, αλλάζοντας το τοπίο και αναδεικνύοντας νέους παίκτες και νέους συσχετισμούς δυνάμεων. Ωστόσο, οι κρίσεις θα μπορούσαν να θεωρηθούν και

σαν μια βίαιη και αναπόφευκτη αντίδραση του συστήματος σε στρεβλώσεις που προ-υπάρχουν και αποτελούν τα πραγματικά αίτια του προβλήματος. Αυτό λοιπόν που εμφανίζεται ως ξέσπασμα της κρίσης ίσως είναι η ορατή εκδήλωση και κατάληξη μιας κρίσης που υπέβασκε. Ένα τέτοιο παράδειγμα που μπορεί να αντληθεί από το χώρο της οικονομίας είναι το σκάσιμο μιας φούσκας που εκλαμβάνεται ως κρίση ενώ πρόκειται ουσιαστικά για την αναπόφευκτη διόρθωση μιας προ υπάρχουσας παράλογης κατάστασης, μιας παράλογης αύξησης των τιμών, που κάποια στιγμή θα προσαρμοστεί απότομα στην οικονομική πραγματικότητα (Κότιος, Παυλίδης, 2012).

Η έννοια της οικονομικής κρίσης αναφέρεται στην κατάσταση της οικονομίας ενός κράτους η οποία παρουσιάζει μία συνεχόμενη πτώση της οικονομικής της δραστηριότητας. Σύμφωνα με τους Claessens και Kose, (2013) η οικονομική κρίση ορίζεται ως «μία σοβαρή απειλή κατά της υφιστάμενης δομής, των θεμελιωδών αρχών και κανόνων του κοινωνικού συστήματος, η οποία επιβάλλει τη λήψη κρίσιμων αποφάσεων εντός περιορισμένου χρόνου και υπό συνθήκες αβεβαιότητας» (Claessens, Kose, 2013).

Επίσης, ο Sharpe (1963) αναφέρει ότι οικονομική κρίση είναι «η χρονική περίοδος κατά την οποία υπάρχει μεγάλη πτωτική κίνηση στην αγορά», ενώ οι Erol et al (2011) ορίζουν ότι «η οικονομική κρίση είναι επακόλουθο της διατάραξης της οικονομικής ισορροπίας και της συρρίκνωσης του συνόλου των οικονομικών παραγόντων, η οποία αποδίδεται σε ξαφνικά και αναπάντεχα γεγονότα τα οποία εμφανίζονται λόγω τοπικών ή παγκόσμιων αιτιών όπως τα οικονομικά και διοικητικά προβλήματα, η διαφθορά, η διατάραξη του φορολογικού συστήματος, τα προβλήματα πληρωμής του εξωτερικού χρέους, η αδυναμία εισαγωγής αρκετού εξωτερικού κεφαλαίου, προβλήματα ανεργίας ή ακόμα και φυσικές καταστροφές» (Honohan, Laeven, 2007).

Κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης η οικονομική δραστηριότητα παρουσιάζει συνεχώς πτώση. Επίσης, αισθητή μείωση παρουσιάζουν τα μακροοικονομικά μεγέθη όπως: το εθνικό προϊόν, η απασχόληση, η βιομηχανική δραστηριότητα, το εμπόριο και οι επενδύσεις. Γενικά διαπιστώνεται ότι υπάρχουν αρκετά κοινά χαρακτηριστικά γνωρίσματα σε όλες τις κρίσεις όπως: η αίσθηση ανασφάλειας και stress στα άτομα που την βιώνουν και ένταση η οποία κλιμακώνεται σταδιακά. Συνήθως, η ραγδαία αύξηση της έντασης και της ανασφάλειας των πολιτών

οδηγεί στην διατάραξη της ροής των γεγονότων στην χώρα που πραγματοποιούνται με αποτέλεσμα την άσχημη προβολή της χώρας στην διεθνή κοινότητα. Εάν η διατάραξη της οικονομικής ισορροπίας είναι μεγάλη, επεμβαίνουν συνήθως διεθνείς φορείς για την αποκατάσταση της ομαλής ισορροπίας. Η δυσχέρεια στις συναλλαγές της χώρας και η πιθανή προσπάθεια ανάκαμψης, δυσχεραίνει ακόμα περισσότερο λόγω της συνεχούς προβολής από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης φαινομένων κρίσης (Kannan et al, 2013).

Η διεθνής οικονομική πραγματικότητα των τελευταίων τεσσάρων δεκαετιών, φανερώνει ότι οι οικονομικές κρίσεις εκδηλώνονται με όλο και μεγαλύτερη συχνότητα και ένταση, με όλο και πιο καταστρεπτικές συνέπειες για τις οικονομίες και τις κοινωνίες που τις υφίστανται (Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2011).

A2.2.ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΤΡΕΧΟΥΣΑΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ.

Η Αμερική από τις αρχές του 2007 έδειχνε σημάδια οικονομικής κάμψης. Η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα λόγω των πιέσεων που αντιμετώπιζε από την Ευρώπη, για να ανταπεξέλθει στις πληθωριστικές πιέσεις, αύξησε το επιτόκιο. Η επιβάρυνση στους δανειολήπτες ήταν μεγάλη, ενώ οι τράπεζες είχαν εντολή να δίνουν στους πολίτες με προσοχή δάνεια. Πολλά από τα εργοστάσια άρχισαν να αντιμετωπίζουν προβλήματα και μείωναν τις εξαγωγές, ενώ η ανεργία αυξάνονταν ραγδαία.

Η οικονομική κρίση στην Αμερική έφτασε στο απόγειό της τον Αύγουστο του 2007, αφού οι δανειολήπτες δεν μπορούσαν να πληρώσουν τις δόσεις των δανείων τους. Πολλοί καταθέτες άρχισαν να αποσύρουν τα χρήματά τους από τις τράπεζες, οι οποίες λόγω αυτής της ενέργειας έμειναν χωρίς ρευστό, ενώ οι πλειστηριασμοί σπιτιών πραγματοποιούνταν σε μεγάλο βαθμό καθημερινά (Μαλλιαρόπουλος, 2010).

Η χρηματοπιστωτική κρίση, η οποία εκδηλώθηκε αρχικά στις ΗΠΑ τον Αύγουστο του 2007, επιδεινώθηκε ραγδαία το φθινόπωρο του 2008 με την κατάρρευση της επενδυτικής τράπεζας Lehman Brothers και μετεξελίχθηκε σε παγκόσμια οικονομική κρίση, στο περιβάλλον των στενά διασυνδεδεμένων οικονομιών, προκαλώντας τη μεγαλύτερη οικονομική ύφεση από τη δεκαετία του 1930 και σοβαρή δημοσιονομική επιδείνωση στις περισσότερες χώρες. Οι επιπτώσεις ήταν ιδιαίτερα δυσμενείς για όλες

τις οικονομίες του πλανήτη. Το 2009, για πρώτη φορά στη μεταπολεμική περίοδο, η παγκόσμια οικονομία κατέγραψε αρνητικό ρυθμό ανάπτυξης καθώς οι περισσότερες προηγμένες οικονομίες εισήλθαν σε βαθιά ύφεση και ο ρυθμός ανόδου του ΑΕΠ στις αναδύμενες οικονομίες σημείωσε σημαντική επιβράδυνση (Η Τράπεζα της Ελλάδος, 2013). Όλες οι χώρες της ευρωζώνης κατέγραψαν αρνητικούς ρυθμούς μεταβολής του ΑΕΠ, ενώ τη μεγαλύτερη ύφεση παρουσίασαν οι περισσότερο ανοικτές οικονομίες, οι οποίες επλήγησαν ιδιαίτερα από τη ραγδαία πτώση του παγκόσμιου εμπορίου (κατά 10,7%) για το έτος 2009. Όπως ήταν φυσικό, οι περισσότερο ανοικτές οικονομίες ήταν και οι πρώτες που ευνοήθηκαν από την ανάκαμψη της παγκόσμιας οικονομίας και του διεθνούς εμπορίου, η οποία ξεκίνησε το 2010. Αντίθετα, οι χώρες με σοβαρές εξωτερικές και εσωτερικές μακροοικονομικές ανισορροπίες και διαρθρωτικές αδυναμίες δεν διέθεταν αντοχή και ευελιξία ώστε αντιμετωπίσουν αυτοδύναμα τις επιπτώσεις της χρηματοπιστωτικής και οικονομικής κρίσης και να επωφεληθούν από την ανάκαμψη της παγκόσμιας οικονομίας και του διεθνούς εμπορίου, που ακολούθησε μετά τη μεγάλη ύφεση του 2009 (Η Τράπεζα της Ελλάδος, 2013). Έτσι, οι χώρες με υγιή βασικά οικονομικά δεδομένα κατόρθωσαν σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα να βρεθούν σε τροχιά ανάπτυξης ενώ οι χώρες που είχαν μεγάλες μακροοικονομικές ανισορροπίες και διαρθρωτικές αδυναμίες αντιμετώπισαν σημαντικές δυσκολίες και σε ορισμένες περιπτώσεις χρειάστηκε να ζητήσουν εξωτερική οικονομική βοήθεια. Ανάλογες ήταν και οι διαφορές στον τομέα της απασχόλησης. Οι οικονομίες με υγιή βασικά δεδομένα και ικανοποιητικό βαθμό ευελιξίας κατόρθωσαν να διατηρήσουν χαμηλά ποσοστά ανεργίας, ενώ σε οικονομίες με σοβαρές διαρθρωτικές αδυναμίες η ανεργία αυξήθηκε ραγδαία. Σημαντική υπήρξε και η επιδείνωση των δημοσιονομικών μεγεθών λόγω της κρίσης, εξαιτίας των μέτρων τα οποία λήφθηκαν από τις κυβερνήσεις για την ενίσχυση της οικονομικής δραστηριότητας και της λειτουργίας των αυτόματων δημοσιονομικών σταθεροποιητών. Στις προηγμένες οικονομίες, το δημοσιονομικό έλλειμμα ως ποσοστό του ΑΕΠ αυξήθηκε από 3,5% το 2008 σε 8,8% το 2009, υποχωρώντας σε 5,9% το 2012 (στις ΗΠΑ από 6,5% το 2008 αυξήθηκε σε 12,9% το 2009, αλλά μετά μειώθηκε σε 8,3% το 2012, ενώ στη ζώνη του ευρώ από 2,1% το 2008 αυξήθηκε σε 6,4% το 2009 και μετά μειώθηκε σε 3,7% το 2012). Ανάλογη πορεία ακολούθησε και το δημόσιο χρέος ως ποσοστό του ΑΕΠ, στις μεν ΗΠΑ από 73,3% το 2008 σε 86,3% το 2009 και 102,7% το

2012, στη δε ζώνη του ευρώ από 70,3% το 2008 σε 80,1% το 2009 και 93,0% το 2012 (Η Τράπεζα της Ελλάδος, 2013).

A.2.3.ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΕΛΛΑΔΑ

Το 2009, η Ελλάδα είχε την δεύτερη χαμηλότερη κατάταξη στην ΕΕ σύμφωνα με τον Δείκτη Οικονομικής Ελευθερίας (μετά την Πολωνία), ενώ κατατάσσονταν 81η παγκοσμίως. Η χώρα υπέφερε από υψηλά επίπεδα πολιτικής και οικονομικής διαφθοράς και χαμηλής ανταγωνιστικότητας συγκριτικά με τους Ευρωπαίους εταίρους της. Εξαιτίας της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, ο ρυθμός μεγέθυνσης της οικονομίας γύρισε σε αρνητικό πρόσημο το 2009, για πρώτη φορά μετά το 1993. Μέχρι το τέλος του 2009, ως αποτέλεσμα του συνδυασμού της διεθνούς οικονομικής κρίσης και άλλων εσωτερικών παραγόντων (π.χ ανεξέλεγκτης σπατάλης), η ελληνική οικονομία αντιμετώπισε την πιο σοβαρή της κρίση από το 1993, με το υψηλότερο δημόσιο έλλειμμα καθώς και το δεύτερο υψηλότερο χρέος ως ποσοστό του ΑΕΠ στην ΕΕ. Το δημόσιο έλλειμμα του 2009 έφτασε στο 15,4% του ΑΕΠ. Αυτό, και τα αυξανόμενα επίπεδα χρέους (στο 127,1% του ΑΕΠ το 2009), σε συνδυασμό με τις αποκαλύψεις ότι το δημοσιονομικό έλλειμμα της Ελλάδας έκλεισε για το 2009 σε επίπεδα πολύ πάνω από αυτά που θα καθιστούσαν το δημόσιο χρέος βιώσιμο, οδήγησαν στα μέσα του 2010 στη βοήθεια του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας, που συγκρότησαν από κοινού μηχανισμό βοήθειας για την Ελλάδα σε υψηλό κόστος δανεισμού, που προκάλεσε μια σοβαρή οικονομική κρίση.

Αιτίες οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα θεωρούνται τα χρόνια διαρθρωτικά προβλήματα και οι πολιτικές που εφαρμόστηκαν σε συνδυασμό με την χρηματοπιστωτική κρίση που ξέσπασε η οποία βοήθησε σημαντικά στην επιδείνωση των προβλημάτων. Το ΑΕΠ υποχώρησε στο 8% , παράγοντας που δείχνει τα μειωμένα εισοδήματα των πολιτών και την μείωση των επενδύσεων του ιδιωτικού τομέα εξαιτίας της οικονομικής κρίσης. Επίσης, επειδή τα ανεπτυγμένα κράτη επέλεξαν την διάσωση του τραπεζικού συστήματος διογκώθηκε το δημοσιονομικό έλλειμμα και το δημόσιο χρέος. Στην Ελλάδα η διάσωση των χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων ανήλθε στα 29 εκατομμύρια ευρώ (Ματσαγγάνης, 2011).

A.3 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Ο όρος σύστημα υγείας ή υγειονομικό σύστημα αναφέρεται στο σύνολο των δομών και υποδομών που παράγουν υπηρεσίες υγείας και πρόληψης με βάση τους κανόνες οργάνωσης και λειτουργίας που έχουν θεσμοθετηθεί από την πολιτεία. Σκοπό ενός υγειονομικού συστήματος αποτελεί η διατήρηση και προαγωγή της δημόσιας υγείας και κατ' επέκταση της υγείας των πολιτών στους οποίους απευθύνεται. Συνεπώς ένα σύστημα υγείας περιλαμβάνει δομές και υποδομές, δημόσιες και ιδιωτικές, που προσφέρουν στους πολίτες υπηρεσίες υγείας με σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία της νόσου και την αποκατάσταση της υγείας (Θεοδώρου, 1999).

Κατά τις περιόδους της οικονομικής κρίσης τα συστήματα υγείας αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα λόγω μη ικανοποιητικής κρατικής χρηματοδότησης της υγείας, καθώς οι επιχορηγήσεις από τις πλουσιότερες χώρες περιορίζονται σημαντικά με αποτέλεσμα την περικοπή δαπανών της υγείας. Η ανεργία και ο περιορισμός στον δημόσιο τομέα δημιουργούν προβλήματα στις επιχειρήσεις ιδιωτικού χαρακτήρα καθώς περιορίζεται η ρευστότητά τους και ο τρόπος δανειοδότησης, όπως και στα ασφαλιστικά δικαιώματα των πολιτών (Appleby, 2008).

Σύμφωνα με έκθεση που πραγματοποιήθηκε από το WHO η οποία αναφερόταν στην οικονομική κρίση και την υγεία, με την ονομασία «The Financial Crisis and Global Health», αυξάνεται η ζήτηση στις δημόσιες υπηρεσίες όταν το οικογενειακό εισόδημα και οι δημόσιοι προϋπολογισμοί μειώνονται. Η εξέλιξη της ιστορίας έχει δείξει ότι κατά τις περιόδους οικονομικής κρίσης, μειώνονται οι δαπάνες στον ιδιωτικό τομέα, καθώς οι ασθενείς στρέφονται προς το δημόσιο όπου παρέχεται δωρεάν ή με μικρό κόστος φροντίδα, ή δεν φροντίζουν τον εαυτό τους όπως επιβάλλεται. Εάν η δημόσια περίθαλψη δεν ενισχυθεί με επαρκή οικονομική στήριξη, τότε πιθανόν να επιδεινωθεί η ποιότητα των υπηρεσιών. Η έκθεση αναφέρει, ακόμα, πως κατά τις περιόδους οικονομικής κρίσης, μεγάλη έμφαση πρέπει να δίνεται στην ψυχική υγεία των πολιτών, η οποία επιδεινώνεται σημαντικά (WHO, 2009).

Οι πιέσεις της οικονομικής κρίσης στις κυβερνήσεις και στους καταναλωτές-ασθενείς που απειλούνται με απώλεια του εισοδήματός τους και πιθανή απώλεια της ασφαλιστικής τους κάλυψης είναι ασφυκτικές. Το γεγονός αυτό αποτελεί απειλή για την

ομαλή και αποδοτική λειτουργία του υγειονομικού τομέα που εξαρτάται άμεσα από τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής προστασίας.

Δεδομένου ότι οι κυβερνήσεις δεσμεύουν εκατοντάδες δισεκατομμύρια για να υποστηρίξουν τα τραπεζικά συστήματα και να προσφέρουν εγγύηση στους καταθέτες και επιπλέον δανείζονται τεράστια ποσά αυξάνοντας τα δημόσια ελλείμματα, είναι εξαιρετικά δύσκολο να μην ασκηθούν ασφυκτικές πιέσεις στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης και να μην προκύψει επίπτωση (περιορισμός δαπανών) στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας ακόμη και των ανεπτυγμένων χωρών (Appleby, 2008).

Η αύξηση των αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία σε συνδυασμό με τη μερική ή και ολική απώλεια του εισοδήματος στρέφει τους καταναλωτές – ασθενείς σε δημόσιους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα την αύξηση των δαπανών στο τομέα αυτό και την ανάγκη αύξησης της χρηματοδότησης από τους ήδη στραγγαλισμένους κρατικούς προϋπολογισμούς (Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2009). Οι υπηρεσίες υγείας καλούνται λοιπόν να λειτουργήσουν το ίδιο αποτελεσματικά παρά τις περικοπές των δαπανών, γεγονός που μπορεί να μην είναι εφικτό και συνεπώς να περιοριστεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και η ικανοποίηση των χρηστών (Erman, 2009).

Η στροφή στις δημόσιες υπηρεσίες οδηγεί στη μείωση της ζήτησης στον ιδιωτικό τομέα και αυτό συνεπάγεται τη μείωση της αποδοτικότητας και της ρευστότητάς του και απαιτεί τον περιορισμό διοικητικών δαπανών, την επανεξέταση ή την αναβολή των επενδύσεων, τη μείωση του προσωπικού, τη μείωση των υπηρεσιών, την εκποίηση περιουσιακών στοιχείων, τη πιθανή συγχώνευση και τέλος τη συρρίκνωσή του (American Hospital Association, 2008).

Σύμφωνα με την αμερικανική ένωση νοσηλευτικών ιδρυμάτων (2008), πολλά νοσοκομεία βλέπουν τις επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης στον αριθμό και το μείγμα των ασθενών που αναζητούν φροντίδα. Λόγω της μη ασφάλισης τα άτομα βάζουν σε αναμονή τα προβλήματα υγείας ή αναβάλλουν τις προγραμματισμένες διαδικασίες με αποτέλεσμα να υπάρχουν λιγότερες τακτικές εισαγωγές και διαδικασίες σε αντίθεση με τις επείγουσες επισκέψεις. Έτσι η πλειοψηφία των νοσοκομείων βλέπει αύξηση του ποσοστού των ασθενών που αδυνατεί να πληρώσει και την ανάγκη για επιδοτούμενη φροντίδα να αυξάνεται αντιστρόφως ανάλογα.

Σε δυσκολότερη θέση βρίσκονται τα συστήματα υγείας των αναπτυσσόμενων χωρών που θα αντιμετωπίσουν προβλήματα χρηματοδότησης αφενός εξαιτίας της

μείωσης των δαπανών και αφετέρου λόγω τη διακοπής της εξωτερικής οικονομικής βοήθειας από τις πλουσιότερες χώρες, οι οποίες καλύπτουν ένα μεγάλο τμήμα της χρηματοδότησης για την υγεία, και οι οποίες θα επιχειρήσουν να περικόψουν τις δαπάνες τους (WHO,2009).

A.4.ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Η ανάλυση του όρου υγεία παρουσιάζει δυσκολία, καθώς οι παράγοντες από τους οποίους εξαρτάται η αντίληψη του καθενός για την ασθένεια και την υγεία είναι πάρα πολλοί. Οι κυριότεροι από αυτούς είναι: το κοινωνικό περιβάλλον, το πολιτισμικό περιβάλλον και το πολιτικό περιβάλλον (Millstein, Irwin, 1987). Όπως αναφέρει ο ΠΟΥ, η υγεία δεν εξαρτάται μόνο από την απουσία της ασθένειας αλλά αναφέρεται στην καθολική πνευματική, σωματική και κοινωνική ευεξία. Ο συγκεκριμένος ορισμός θεωρήθηκε καινοτόμος κατά την εποχή της διατύπωσής του, καθώς αναφέρθηκε στην πολυδιάστατη πλευρά της υγείας, αντιμετωπίζοντας τον άνθρωπο σαν όλον, ενώ συνταύτισε την υγεία με την δημιουργία και την παραγωγικότητα δίνοντάς της μία θετική διάσταση (Sissela, 2004).

Ο ορισμός της προαγωγής της υγείας σύμφωνα με τον ΠΟΥ, αναφέρει ότι οι πολίτες πρέπει να έχουν την ικανότητα με την βοήθεια της ενδυνάμωσης να αυξήσουν και να αποκτήσουν τον έλεγχο της υγείας τους. Σύμφωνα με τον συγκεκριμένο ορισμό ο έλεγχος της υγείας και η υγεία αποτελεί δικαίωμα όλων των ανθρώπων, και επομένως η προαγωγή της υγείας θα πρέπει παροτρύνει τον πληθυσμό να το απαιτεί (WHO, 1998).

Τα περισσότερα κράτη, την περίοδο της οικονομικής κρίσης επικεντρώνονται στην ανάπτυξη πολιτικών εσόδων, και στον τρόπο επιχορήγησης σε βιώσιμη βάση του τομέα υγείας. Παρόλα αυτά σήμερα, παρατηρείται μία αρνητική επίπτωση στην υγεία καθώς αυξάνεται η ανεργία, μειώνονται οι θέσεις εργασίας, απολύονται εργαζόμενοι και οι κερδοσκοπικοί οργανισμοί και οι καταναλωτές βρίσκονται σε πίεση με αποτέλεσμα την μείωση της ασφαλιστικής κάλυψης (Κυριόπουλος, 2013).

Κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης οι νοσηλευτικοί οργανισμοί αντιμετωπίζουν προβλήματα στην χρηματοδότηση καθώς μειώνονται οι επιχορηγήσεις για την υγεία, οι οποίες μάλιστα είναι οι μεγαλύτερες που δίνονται ως προς την υγεία.

Στα κράτη με χαμηλή ανάπτυξη αυτό σημαίνει απειλή για βασικές παροχές όπως είναι οι εμβολιασμοί ή η έλλειψη των οποίων μπορεί να οδηγήσει πολλά βρέφη στον θάνατο. Εκτιμήσεις της παγκόσμιας τράπεζας το 2009 ανέφεραν ότι πιθανόν λόγω οικονομικής κρίσης, να συμβούν 400.000 περισσότεροι θάνατοι κατά έτος, εξαιτίας των λιγότερων εμβολιασμών (Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2009).

Οι δείκτες υγείας, η θνησιμότητα, το προσδόκιμο επιβίωσης, και η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, επηρεάζονται από την εκάστοτε οικονομική κατάσταση των πολιτών. Μελέτες πολλών ερευνητών έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι το επίπεδο της υγείας των ατόμων σχετίζεται σημαντικά με την οικονομική κατάστασή του (Mackenbach, 2005). Οι διαιτητικές συνήθειες, κυρίως στα δυτικά κράτη, κατά την περίοδο οικονομικής κρίσης, επιδεινώνονται καθώς οι πολίτες επιλέγουν ανθυγιεινή διατροφή. Ωστόσο υπάρχουν και έρευνες που αναφέρουν ότι κατά τις περιόδους ύφεσης τα άτομα τείνουν να τρέφονται λιγότερο ανθυγιεινά αφού μαγειρεύουν περισσότερο μέσα στο σπίτι και τρέφονται λιγότερο σε εστιατόρια (Ruhm, 2000).

Οι ανισότητες στην υγεία επιδεινώνονται σημαντικά κατά τις περιόδους της οικονομικής ύφεσης (Sissela, 2004). Η ισότητα στην υγεία αναφέρεται στις ίσες ευκαιρίες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Έχει αποδειχτεί ότι οι κοινωνικοί δείκτες όπως η ανεργία και η κοινωνική τάξη συνδέονται με τις υγειονομικές ανισότητες, φαινόμενο που αποδεικνύει ότι υπάρχει άμεση σχέση ανάμεσα στην υγεία και την οικονομική κατάσταση των πολιτών. Το μειωμένο ωράριο, η ανεργία, η εργασιακή ανασφάλεια, η έλλειψη στέγης κ.α. , οδηγούν πολλά άτομα στην εμφάνιση ψυχικών διαταραχών (κατάθλιψη και άγχος), και στον κοινωνικό αποκλεισμό (Stuckler et al., 2009). Η ψυχική υγεία των ανθρώπων κατά μεγάλο ποσοστό επηρεάζεται από την αδυναμία κάλυψης των σωματικών αναγκών. (Ρέγερ, 2011).

Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές εμφανίζουν μεγαλύτερη συχνότητα κινδύνου πρόωρου θανάτου. Επίσης, μακροχρόνια οικονομικά προβλήματα, κατά ένα ποσοστό, μπορεί να οδηγήσουν σε αυτοκτονία και αυτοτραυματισμό (Independent Inquiry into Inequalities in Health Report, 1999). Έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους McKee et al. αναφέρει ότι οι αυτοκτονίες αυξήθηκαν κατά 0,79% κατά την περίοδο που η ανεργία είχε αύξηση 1%. Άλλη έρευνα των Οικονόμου και συν (2007) αναφέρει ότι ο δείκτης θνησιμότητας αυξάνεται κατά 2,18% όταν αυξάνεται η ανεργία κατά 1%. Τα οικονομικά προβλήματα μπορεί να οδηγήσουν ακόμα στην κατανάλωση μεγάλης ποσότητας

οινοπνευματωδών ποτών, με μακροπρόθεσμες συνέπειες για την υγεία. Έρευνα του Τούντα (2004) η οποία αναφέρεται στις επιπτώσεις στην υγεία των ατόμων που έχουν υποστεί μείωση μισθού και απώλεια θέσεων εργασίας, αναφέρει ότι αιτιολογικοί παράγοντες του φαινομένου αυτού αποτελούν το στρες που οδηγεί τα άτομα που το βιώνουν στην κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών (Τούντας, 2004). Ο ίδιος ερευνητής αναφέρει πως η απώλεια της εργασίας, επιφέρει τα μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης και ψυχολογικών διαταραχών καθώς καταλαμβάνει την 8η θέση ανάμεσα στους 42 πιο δημοφιλείς στρεσογόνους παράγοντες. Τα ίδια αποτελέσματα προκύπτουν και από έρευνα της Jahonda (1982) η οποία προσθέτει ότι η απώλεια εργασίας οδηγεί το άτομο στην απώλεια της αυτοεκτίμησης και του σεβασμού από τους συμπολίτες (Jahonda,1982).

Επιπλέον, σημαντικό ρόλο παίζει το εκπαιδευτικό επίπεδο των πολιτών, το οποίο στην περίπτωση που είναι χαμηλό, στερεί την δυνατότητα στους πολίτες της γνώσης των κινδύνων που ελλοχεύει για την υγεία ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής και ο περιορισμός της πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας (Economou et al., 2007). Όπως αναφέρει το Βρετανικό Public Health Association (2005) ο πρόωρος θάνατος και η παρουσία ασθενειών εμφανίζονται συχνότερα σε άτομα που ζουν κοινωνικά αποκλεισμένα (Health Inequalities, 2005). Άλλη μελέτη έδειξε ότι ο κίνδυνος θανάτου ατόμων της υψηλής τάξης είναι δύομιση φορές μικρότερη από εκείνη των ατόμων που ανήκουν σε φτωχότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις (Black et al., 1980).

Σύμφωνα με μελέτες οι πολίτες με χαμηλό εισόδημα κατά τις περιόδους της οικονομικής κρίσης, δεν χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας οι οποίες δεν περιλαμβάνονται στην ασφαλιστική τους κάλυψη, όπως για παράδειγμα την οδοντιατρική περίθαλψη και τα προγράμματα προληπτικής ιατρικής (Health Inequalities, 2005).

Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένοι οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η οικονομική ύφεση είναι δυνατόν να έχει και θετικές επιπτώσεις στην υγεία. Καθώς η οικονομική κρίση βαθαίνει, όλο και λιγότερα άτομα διαθέτουν τους οικονομικούς πόρους για να συνεχίσουν να υιοθετούν ανθυγιεινές συμπεριφορές όπως η κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη βελτίωση της υγείας και τη μειωμένη χρήση υπηρεσιών υγείας. Ακόμα, λόγω του περιορισμού της κυκλοφορίας του μεγάλου αριθμού

αυτοκινήτων, βραχυπρόθεσμα περιορίζεται ο αριθμός των τροχαίων ατυχημάτων και των θανάτων (McKee et al., 2009).

A.5. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ως πολιτική υγείας ορίζεται το σύνολο των μέτρων και των αποφάσεων που λαμβάνει μια κυβέρνηση για την προώθηση και ανάπτυξη του τομέα της υγείας της χώρας της, με γνώμονα τις ανάγκες του πληθυσμού της, τους διαθέσιμους πόρους αλλά και τους εκάστοτε πολιτικούς περιορισμούς.

Παράγοντες που επηρεάζουν την διαμόρφωση πολιτικών υγείας αποτελούν η ανάπτυξη της οικονομίας, ο καταμερισμός εργασίας, οι δαπάνες υγείας, η παραοικονομία αλλά και οι περιορισμοί που πιθανόν να επιβάλλονται από διεθνείς οργανισμούς. Επιπλέον, στους παραπάνω παράγοντες είναι δυνατόν να προστεθούν η γήρανση του πληθυσμού, η μετανάστευση, η κοινωνική διαστρωμάτωση και το φυσικό περιβάλλον.(Αθανασόπουλος, 2016)

A.5.1 ΔΙΕΘΝΩΣ

Η οικονομική κρίση και οι αυξανόμενοι δημοσιονομικοί περιορισμοί έχουν επιτείνει τις πιέσεις στα συστήματα υγείας σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Διάφορες χώρες που έχουν πληγεί σκληρότερα από την κρίση αναγκάστηκαν να λάβουν σειρά μέτρων για να μειώσουν τις δημόσιες δαπάνες υγείας. Ωστόσο είναι σημαντικό να παρακολουθούνται και να αξιολογούνται οι βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις των μέτρων αυτών σε ότι αφορά τους θεμελιώδεις στόχους των συστημάτων υγείας στις διάφορες χώρες για να διασφαλιστούν η κατάλληλη πρόσβαση και η ποιότητα της περίθαλψης. Ο αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης δεν ήταν ο ίδιος για όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ. Οι χώρες βρίσκονταν σε πολύ διαφορετικά σημεία αφετηρίας ως προς την απόδοση των συστημάτων υγείας τους και το κάθε σύστημα επέδειξε διαφορετικό βαθμό αντοχής. Εντούτοις, όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ, σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό, αναγκάστηκαν να περικόψουν τους προϋπολογισμούς υγείας τους, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τη δημοσιονομική στενότητα και εισήγαγαν πολιτικές μεταρρυθμίσεις και παρεμβάσεις για την προστασία της υγείας του πληθυσμού και τη διασφάλιση μακροπρόθεσμα της βιωσιμότητας των συστημάτων υγείας τους. Όλα τα κράτη μέλη, σε μια προσπάθεια να καλύψουν τις βασικές οικονομικές, κοινωνικές και υγειονομικές ανάγκες, εισήγαγαν μεταρρυθμίσεις και πολιτικά μέτρα

εστιάζοντας σε τρεις τομείς πολιτικής: α) τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, β) το βαθμό, τον τύπο και το εύρος της υγειονομικής κάλυψης και γ) το σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας, την αγορά και την προσφορά. Ειδικά μέτρα περιλάμβαναν την ενδυνάμωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, την αναδιάρθρωση του νοσοκομειακού δικτύου, τη βελτίωση του οικονομικού μάνατζμεντ (διοίκησης) και την καλύτερη παρακολούθηση των δαπανών. Επίσης τα μέτρα αφορούσαν τη βελτίωση του συστήματος τιμολόγησης και αποζημίωσης, τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης και την προαγωγή ορθότερης χρήσης των φαρμάκων και την εφαρμογή υπηρεσιών ηλεκτρονικής υγείας (eHealth), συμπεριλαμβανομένης και της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (Άτυπο Συμβούλιο των Υπουργών Υγείας, 2014) .

Μεταξύ 2009 και 2012, οι δαπάνες υγείας μειώθηκαν στις μισές περίπου χώρες της ΕΕ και επιβραδύνθηκαν στις υπόλοιπες. Κατά μέσο όρο, οι δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν κατά 0,6% το χρόνο, σε σύγκριση με την ετήσια αύξηση 4,7% μεταξύ 2000 και 2009. Το 2012 σε αρκετές χώρες όπως η Αυστρία, η Γερμανία και η Πολωνία, οι δαπάνες στο τομέα της υγείας αυξήθηκαν κατά ένα μικρό ποσοστό ενώ στην Ελλάδα, την Ιταλία, την Πορτογαλία και την Ισπανία συνέχισαν να μειώνονται (ΟΟΣΑ, 2014).

Ωστόσο, δεν υπάρχουν ακόμα αδιαμφισβήτητα στοιχεία ως προς την αποτελεσματικότητα των μέτρων που θεσπίστηκαν στις διάφορες χώρες για την αύξηση της αποδοτικότητας του συστήματος φροντίδας υγείας, είτε λόγω έλλειψης ενημερωμένων στοιχείων είτε επειδή αρκετές από τις πολιτικές που εφαρμόστηκαν έχουν μακροπρόθεσμα αποτελέσματα. Αναμφισβήτητα όμως τα κράτη μέλη της ΕΕ που επηρεάστηκαν περισσότερο από την οικονομική ύφεση ήταν και αυτά που κλήθηκαν να λάβουν τα πιο επώδυνα μέτρα σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα.

A.5.2ΕΛΛΑΔΑ

Σύμφωνα με την ταξινόμηση των συστημάτων υγείας που έχει προταθεί από τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα μείγμα που συνδυάζει χαρακτηριστικά των ολοκληρωμένων εθνικών συστημάτων

υγείας, των συμβολοιακών ασφαλιστικών συστημάτων και των ασφαλιστικών συστημάτων αποζημίωσης, ενσωματώνοντας αρχές διαφορετικών οργανωτικών προτύπων. Η ύπαρξη διαφορετικών υποσυστημάτων και οργανωτικών μοντέλων, σε συνδυασμό με την απουσία μηχανισμών συντονισμού, συντελεί σε κατάτμηση και αλληλοεπικαλύψεις της φροντίδας υγείας και δημιουργεί σημαντικές δυσκολίες στη διαχείριση του συστήματος, καθώς και στο σχεδιασμό και στην εφαρμογή μιας εθνικής πολιτικής υγείας.

Το 2010 η ελληνική οικονομία εισήλθε σε μια βαθιά δομική και πολύπλευρη κρίση, με κύρια χαρακτηριστικά το μεγάλο δημοσιονομικό έλλειμμα, το τεράστιο δημόσιο χρέος, τη συρρίκνωση του ΑΕΠ, την αυξανόμενη ανεργία και τη συνεχή διάβρωση της ανταγωνιστικής θέσης της χώρας. Συνέπεια αυτών ήταν, τον Μάιο του 2010, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο να ανακοινώσουν τη σύναψη συμφωνίας με την Ελλάδα για ένα τριετές πρόγραμμα αναδιάρθρωσης των οικονομικών και δημοσιονομικών πολιτικών της. Μέσα σε αυτό το περιβάλλον, ο τομέας της υγείας βρέθηκε στο επίκεντρο των επιχειρούμενων αναδιρθρωτικών προσαρμογών καθώς, παρά τον μεγάλο αριθμό των θεσμικών παρεμβάσεων που έγιναν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) κατά τη διάρκεια των προηγούμενων δύο δεκαετιών, αυτό εξακολούθησε να αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα αποδοτικότητας, αποτελεσματικότητας, ισότητας και ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Οικονόμου, 2012).

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τα Μνημόνια Συνεννόησης, μέχρι το 2012 η δημόσια δαπάνη για την υγεία δεν θα έπρεπε να ξεπερνά το 6% του ΑΕΠ και η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη δεν θα έπρεπε να ξεπερνά το 1% του ΑΕΠ. Κατά τη διετία 2011-12 ήταν απαραίτητο να επιτευχθεί μείωση των δημόσιων φαρμακευτικών δαπανών κατά 2 δισ. ευρώ σε σχέση με τα επίπεδα του 2010, εκ των οποίων, το 1 δισ. θα είχε εξοικονομηθεί μέχρι το τέλος του 2011, ενώ η εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη δεν θα έπρεπε να υπερβεί τα 2.88 δισ. ευρώ το 2012. Από την αγορά ιατρικών υπηρεσιών και υλικών προβλέπονταν η μείωση των δαπανών κατά τουλάχιστον 25% στο τέλος του 2011 σε σύγκριση με το 2010. Ένας ακόμα στόχος ήταν να μειωθεί το κόστος των νοσοκομείων τουλάχιστον κατά 10% το 2011 και κατά 5% το 2012 περισσότερο του προηγούμενου έτους (Κυριόπουλος κ.α., 2011).

Προς τη κατεύθυνση επίτευξης των παραπάνω στόχων θεσμοθετήθηκε μια δέσμη μέτρων που αφορούν τη μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας, την

αύξηση των εσόδων μέσω της φορολογικής πολιτικής, την αύξηση των ασφαλιστικών εισφορών καθώς και της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος χρήσης των υπηρεσιών.

Πρώτιστο μέλημα των παρεμβάσεων που επιχειρήθηκαν ήταν ο περιορισμός των δημόσιων δαπανών υγείας. Η μεσοπρόθεσμη δημοσιονομική στρατηγική μέχρι το 2015 περιλάμβανε περικοπές στη φαρμακευτική δαπάνη και τις δαπάνες υγείας κατά 310 εκατομμύρια ευρώ το 2011, κατά 697 εκατομμύρια ευρώ το 2012, 349 εκατομμύρια ευρώ το 2013, 303 εκατομμύρια ευρώ το 2014 και 463 εκατομμύρια ευρώ το 2015. Οι περικοπές αυτές θα επιτυγχάνονταν με συμπίεση μισθών στον υγειονομικό τομέα, έλεγχο δαπανών για υγειονομικό και λοιπό υλικό και μείωση της νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης.

Σε ότι αφορά τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας κρίθηκε αναγκαία η αύξηση των φόρων «υπέρ υγείας». Αυτό είχε σαν συνέπεια την αύξηση του φόρου στην κατανάλωση αλκοόλ και καπνού. Επιπλέον αυξήθηκαν οι ασφαλιστικές εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών ενώ ιδιαίτερη φορολογική επιβάρυνση σημειώθηκε σε βάρος των μισθωτών. Παράλληλα καθιερώθηκε η λειτουργία απογευματινών εξωτερικών ιατρείων του ΕΣΥ με καταβολή ποσού από τον πολίτη το οποίο κυμαίνεται από 45 έως 90 ευρώ. Ακόμα προσδιορίστηκαν υψηλότερες συμμετοχές για τις ενδονοσοκομειακές νοσηλείες (25 ευρώ) και για κάθε συνταγή (1 ευρώ).

Σημαντικό μέτρο αναφορικά με τον έλεγχο των τιμών αποτέλεσε η ψήφιση του Ν3918/2011, σύμφωνα με τον οποίο οι προμήθειες υγείας προγραμματίζονται σε περιφερειακό επίπεδο, μέσα από Περιφερειακά Προγράμματα Προμηθειών και Υπηρεσιών (ΠΠΠΥ). Μέτρο επίσης θα πρέπει να θεωρηθεί η σύσταση Επιτροπής Προδιαγραφών και του Παρατηρητηρίου Τιμών των οποίων έργο αποτελεί ο καθορισμός των ενιαίων προδιαγραφών και προτύπων ανά ιατροτεχνολογικό προϊόν και η παρακολούθηση των τιμών για τον προσδιορισμό αποδεκτής τιμής μονάδας (Οικονόμου, 2013).

Επίσης δεν θα πρέπει να παραλειφθεί η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας) το 2011 στον οποίο εντάχθηκαν οι κλάδοι υγείας των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών ταμείων (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ, ΟΑΕΕ). Βασική επιδίωξη ήταν να συγκεντρωθούν στον ΕΟΠΥΥ όλοι οι πόροι υγείας, να λειτουργήσει ως μονοψώνιο και να έχει αυξημένη διαπραγματευτική δύναμη απέναντι στους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας.

. Μέσα στο πλαίσιο αυτό, η αναδιοργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα με την ίδρυση του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) φαίνεται πως αποτέλεσε ένα σημαντικό βήμα προς την επίτευξη της καθολικής πρόσβασης όλων των πολιτών στο σύστημα υγείας χωρίς να απαιτηθούν επιπλέον δαπάνες για την λειτουργία του. Στο ΠΕΔΥ εντάχθηκαν όλα τα κέντρα υγείας της χώρας και οι μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας του ΙΚΑ, αξιοποιώντας το ήδη υπάρχον προσωπικό και τις ήδη υπάρχουσες κτιριακές υποδομές. Ο νόμος για το ΠΕΔΥ προέβλεπε πρόσβαση στις μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης όλων των πολιτών, ανεξάρτητα από την ασφαλιστική τους κατάσταση, ενώ ταυτόχρονα παρέχεται η δυνατότητα για δωρεάν εξετάσεις σε όλους τους πολίτες χωρίς οικονομική συμμετοχή στα εργαστήρια των μονάδων.

Τα μέτρα που υλοποιήθηκαν έως σήμερα είχαν, ως επί το πλείστο, βραχυπρόθεσμο, ταμειακό χαρακτήρα και έδιναν έμφαση σε μειώσεις μισθών και τιμών καθώς και σε χρηματικές επιστροφές.

B. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Σκοπός αυτής της διπλωματικής εργασίας είναι να μελετήσει και να αναλύσει τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία του ελληνικού πληθυσμού και στο ελληνικό σύστημα υγείας. Η παρούσα εργασία αναδεικνύει τα προβλήματα και τις αλλαγές που επέφερε η οικονομική κρίση στο σύστημα υγείας της Ελλάδας και στην υγεία των Ελλήνων πολιτών και συστήνει μέτρα και προτάσεις που μπορούν να υλοποιηθούν με σκοπό την επίλυση των προβλημάτων. Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα τα οποία πραγματεύεται είναι:

- πως η οικονομική κρίση επηρέασε την υγεία του ελληνικού πληθυσμού
- πως επηρέασε η οικονομική κρίση τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας και τη χρήση από τους πολίτες
- πως επηρεάστηκε η προσφορά των υπηρεσιών υγείας εξαιτίας της οικονομικής κρίσης
- πως επηρέασε η οικονομική κρίση την χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας
- πως επηρέασε η οικονομική κρίση την ισότητα (χρηματοδοτική ισότητα, ισότητα πρόσβασης)
- Τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν (προτάσεις- συστάσεις)

Γ . ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η κατάλληλη ερευνητική μέθοδος επιλέχθηκε με βάση την βιβλιογραφική ανασκόπηση καθώς επίσης και για την εξυπηρέτηση των στόχων της έρευνας. Η παρούσα έρευνα δευτερογενών στοιχείων χαρακτηρίζεται ως ποσοτική και η διεξαγωγή της γίνεται με την χρήση έτοιμων βάσεων δεδομένων (Kothari, 2004).

Γενικός στόχος της έρευνας είναι η διερεύνηση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην Υγεία του Ελληνικού Πληθυσμού και στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας.

Η ανάλυση χωρίζεται σε πέντε (5) διαφορετικές ενότητες οι οποίες περιγράφουν την πορεία συγκεκριμένων δεικτών και τις επιδράσεις της οικονομικής κρίσης σε αυτούς. Οι δείκτες που έχουν χρησιμοποιηθεί είναι:

Δείκτες	
Δημογραφικοί δείκτες	→ γεννήσεις, πληθυσμός Ελλάδας
Κοινωνικοοικονομικοί δείκτες	→ ΑΕΠ, ανεργία, μακροχρόνια ανεργία, κίνδυνος φτώχειας, εισόδημα
Δείκτες υγείας	→ Προσδόκιμο Επιβίωσης, Θνησιμότητα (θνησιμότητα συνολική ανά φύλο και ηλικιακή ομάδα, θνησιμότητα από αυτοκτονίες, καρδιαγγειακά, τροχαία ατυχήματα, βρεφική θνησιμότητα,), Νοσηρότητα (αυτοαξιολογούμενο

	επίπεδο υγείας πληθυσμού, σωματική νοσηρότητα, ψυχική νοσηρότητα), Συμπεριφορές υγείας (χρήση αλκοόλ, κάπνισμα,)
Δείκτες υπηρεσιών υγείας	➔ Νοσοκομειακές κλίνες ανά 1,000 κατοίκους, ιατροί ανά 1,000 κατοίκους, νοσηλευτές ανά 1,000 κατοίκους, χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας, προσβασιμότητα.
Αξιολόγηση συστήματος υγείας	➔ Αξιολόγηση- Σύγκριση συστημάτων υγείας 35 Ευρωπαϊκών χωρών

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία επιλέχθηκαν οι δύο βασικές πηγές που αναφέρονται παρακάτω και από τις οποίες έγινε εξαγωγή στοιχείων και στατιστικών:

-Η Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) που είναι η εθνική στατιστική υπηρεσία της Ελλάδας η οποία έχει σκοπό τη συστηματική παραγωγή επίσημων στατιστικών και τη διενέργεια στατιστικών ερευνών οι οποίες:

-αφορούν όλους τους τομείς δραστηριότητας του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα,

-υποστηρίζουν τη διαδικασία λήψης αποφάσεων, χάραξης και αξιολόγησης πολιτικών της Κυβέρνησης και των φορέων του Δημοσίου (δείκτες αξιολόγησης),

-υποβάλλονται σε διεθνείς φορείς σύμφωνα με τις υποχρεώσεις της χώρας

-αφορούν στο γενικό κοινό ή κατηγορίες χρηστών στατιστικών στοιχείων στο εσωτερικό ή στο εξωτερικό.

Σύμφωνα με τον ιδρυτικό της νόμο, είναι Ανεξάρτητη Διοικητική Αρχή με νομική προσωπικότητα και δεν υπόκειται σε έλεγχο από κυβερνητικά όργανα ή οποιαδήποτε άλλη διοικητική αρχή. Η λειτουργία της υπάγεται στον έλεγχο της Βουλής των Ελλήνων.

Η ΕΛΣΤΑΤ συλλέγει στατιστικά στοιχεία που αφορούν τον πληθυσμό (καθώς είναι υπεύθυνη για την διεξαγωγή της απογραφής πληθυσμού κάθε 10 χρόνια), την υγεία και την κοινωνική ασφάλιση, την απασχόληση και την ανεργία, την εκπαίδευση κ.α. Χρήση των στατιστικών στοιχείων των οποίων συλλέγει έχουν τη δυνατότητα να κάνουν τόσο το ελληνικό κράτος, όσο και διεθνείς οργανισμοί, όπως η UNESCO, ο Ο.Η.Ε., ο Ο.Ο.Σ.Α., αλλά και επιχειρήσεις, επιστήμονες και απλοί πολίτες(Βικιπαίδεια, 2016).

-Η Health For All (HFL) η οποία αποτελεί μια από τις παλαιότερες και πολύτιμες βάσεις δεδομένων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO). Οι δείκτες που χρησιμοποιεί καλύπτουν βασικά δημογραφικά στοιχεία, την κατάσταση της υγείας πληθυσμών, τους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας και τους παράγοντες κινδύνου, καθώς και τους πόρους υγειονομικής περίθαλψης, τις δαπάνες και πολλά άλλα. Τα δεδομένα της HFA συγκεντρώνονται από διάφορες πηγές, μεταξύ των οποίων ένα δίκτυο εμπειρογνομόνων από διάφορες χώρες, τεχνικά προγράμματα του WHO / Ευρώπης και οργανισμούς εταίρους, όπως η στατιστική υπηρεσία της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Eurostat), ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, καθώς και ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών . Τα δεδομένα ενημερώνονται σε ετήσια βάση.

Δ . ΕΡΕΥΝΑ

A. Δημογραφικοί Δείκτες

- Μεταβολή πληθυσμού

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 1, ο πληθυσμός της χώρας ακολουθούσε ανοδική πορεία αν και η μεταβολή του δεν ήταν μεγάλη μεταξύ των ετών 2008 και 2010, δηλαδή τα πρώτα έτη της οικονομικής κρίσης. Παρά ταύτα, με την οικονομική κρίση να γίνεται εντονότερη μεταξύ των ετών 2011 και 2015 υπάρχει σαφής πτώση στον πληθυσμό της χώρας είτε λόγω της αύξησης της μετανάστευσης, είτε της μείωσης των γεννήσεων.

Πίνακας 1

Χρονολογία	Πληθυσμός
2008	11.237.068
2009	11.282.751
2010	11.307.557
2011	11.300.025
2012	11.092.783
2013	10.965.241
2014	11.000.777
2015	10.954.617

Πηγή : Ελληνική Στατιστική Αρχή 2015

- Γεννήσεις

Οι γεννήσεις στην Ελλάδα κατά το έτος 2014 έφτασαν τις 92.148, παρουσιάζοντας μείωση 2,1% συγκριτικά με το 2013, ενώ οι θάνατοι αυξήθηκαν κατά 1,17% και ανήλθαν στους 113.740 από 111.794 το 2013. Η μεταβολή δηλαδή του πληθυσμού η οποία οφείλεται στη διαφορά γεννήσεων – θανάτων παρουσίασε αρνητική εξέλιξη με μείωση του πληθυσμού κατά 21.592 άτομα.

Πίνακας 2: Γεννήσεις ζώντων - Θάνατοι 1990 – 2014

Έτος	Γεννήσεις	Θάνατοι	Φυσική μεταβολή
1990	102.229	94.152	8.077
2000	103.274	105.170	-1.896
2010	114.766	109.084	5.682
2011	106.428	111.099	-4.671
2012	100.371	116.668	-16.297
2013	94.134	111.794	-17.660
2014	92.148	113.740	-21.592

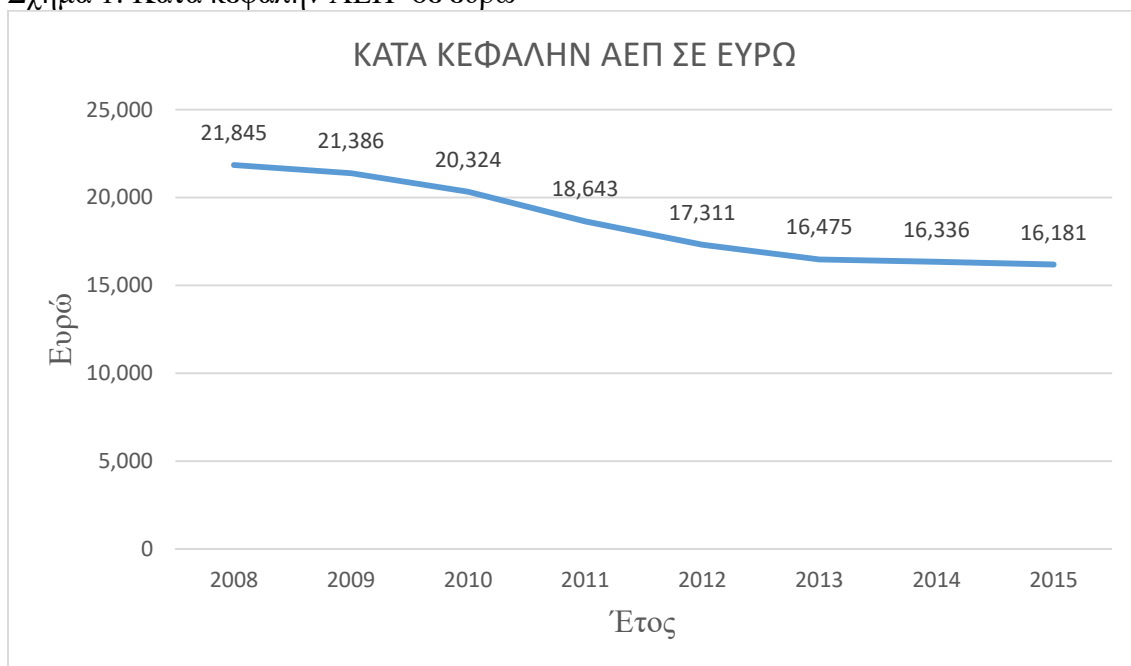
Πηγή : Ελληνική Στατιστική Αρχή 2015

B. Κοινωνικοοικονομικοί δείκτες

- ΑΕΠ

Σύμφωνα με στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, το κατά κεφαλήν ΑΕΠ του έτους 2015 έφτασε στο επίπεδο των 16.181 ευρώ, από 16.336 ευρώ το 2014, 16.475 ευρώ το 2013, 17.311 ευρώ το 2012, 18.643 ευρώ το 2011, 20.324 ευρώ το 2010, 21.386 ευρώ το 2009 και 21.845 ευρώ το έτος 2008, το οποίο ήταν και το υψηλότερο κατά κεφαλήν ΑΕΠ που καταγράφηκε διαχρονικά (Σχήμα 1).

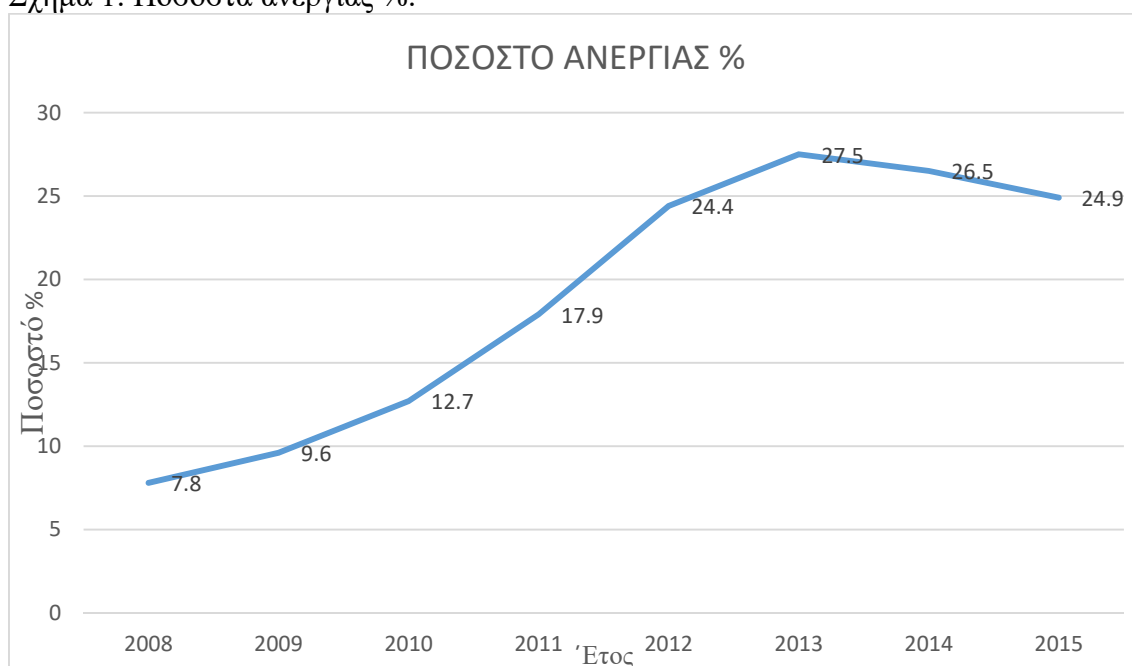
Σχήμα 1: Κατά κεφαλήν ΑΕΠ σε ευρώ



Πηγή : Ελληνική Στατιστική Αρχή 2015

- **Ανεργία**
Κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης σημειώθηκε πρωτοφανής αύξηση της ανεργίας (Σχήμα 1,). Ωστόσο, με τη βελτίωση των οικονομικών δεικτών το 2014 υπήρξε και μια μικρή κάμψη της ανεργίας.

Σχήμα 1: Ποσοστά ανεργίας %.



Πηγή : Ελληνική Στατιστική Αρχή 2015

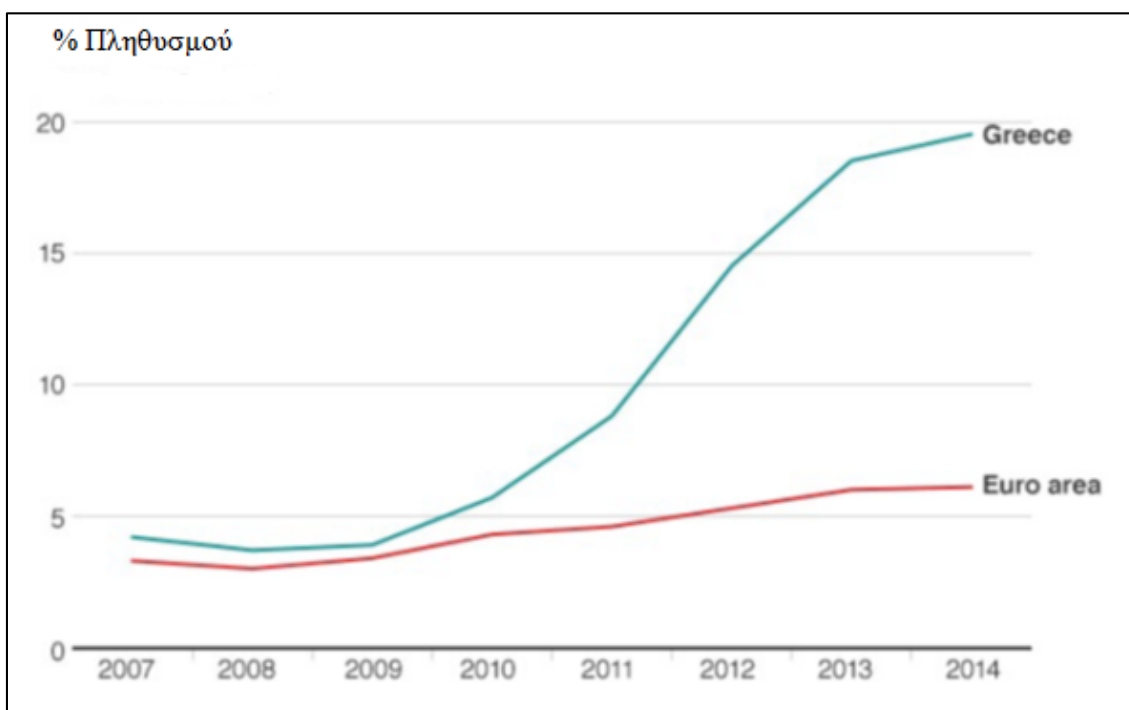
Ιδιαίτερη αύξηση έχει σημειωθεί και στο ποσοστό των μακροχρόνια ανέργων το οποίο δεν μειώθηκε ούτε το 2014 με την βελτίωση των οικονομικών δεικτών. Η κατηγορία αυτή ανέργων έχει αυξηθεί σημαντικά μετά το 2010 συγκριτικά με τις άλλες χώρες της ευρωζώνης (Πίνακας 1, Σχήμα 2).

Πίνακας 1 Μακροχρόνια άνεργοι ανά φύλο

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Άνδρες	60.209	69.006	111.148	190.345	335.798	441.986	462.412
Γυναίκες	122.447	126.663	174.039	244.706	370.384	450.750	474.420
% Άνδρες	2,0	2,4	3,8	6,8	12,2	16,2	17,2
%Γυναίκες	5,9	6,0	8,1	11,5	17,4	21,4	22,4

Πηγή : Ελληνική Στατιστική Αρχή 2015

Σχήμα 2 Μακροχρόνια Ανεργία



Πηγή : Ελληνική Στατιστική Αρχή 2015

- Κίνδυνος φτώχειας

Με βάση τα στοιχεία της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών 2015, ο πληθυσμός ο οποίος βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας ή σε κοινωνικό αποκλεισμό ανέρχεται στο 35,7% του πληθυσμού της Ελλάδας, παρουσιάζοντας μία μικρή μείωση σε σχέση με το προηγούμενο έτος. Ωστόσο υπάρχει μια σαφής ανοδική τάση του δείκτη από το 2010 και μετά (Σχήμα 1).

Ο κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού είναι πιο υψηλός στην περίπτωση των ατόμων ηλικίας 18-64 ετών (39,4%) (Πίνακας 1).

Σχήμα 1: Ποσοστό % πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας ή σε κοινωνικό αποκλεισμό.



Πηγή : Ελληνική στατιστική Αρχή 2015

Πίνακας 1. Ποσοστό % πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικό αποκλεισμό, κατά ομάδες ηλικιών και φύλο για το 2015.

Ομάδες ηλικιών	Σύνολο πληθυσμού	Γυναίκες	Άνδρες
Σύνολο	35,7	36,6	34,8
0-17	37,8	-	-
18-64	39,4	40,7	38,2
65+	22,8	24,7	20,4

Όπως αναφέρεται σε έκθεση του ΟΟΣΑ του Μαΐου του 2015, ο Παγκόσμιος Οργανισμός διαπιστώνει ότι η ψαλίδα ανάμεσα στα υψηλά και χαμηλά εισοδήματα ανοίγει διαρκώς. Η ανισότητα στα εισοδήματα στο δυτικό κόσμο είναι στο υψηλότερο σημείο των τελευταίων 30 ετών. Ειδικότερα, η Ελλάδα κατέχει την χειρότερη θέση μεταξύ των χωρών της Ευρωζώνης και τη δεύτερη χειρότερη στην Ε.Ε. Από τις 34 χώρες-μέλη του ΟΟΣΑ η Ελλάδα βρίσκεται στην έβδομη χειρότερη πίσω από τη Μ. Βρετανία

, Ισραήλ, ΗΠΑ, Τουρκία, Μεξικό, Χιλή. Τα ελληνικά νοικοκυριά έχαναν κάθε έτος της κρίσης το 8% του καθαρού εισοδήματός τους (OECD,2015).

- Μεταβολή μισθών

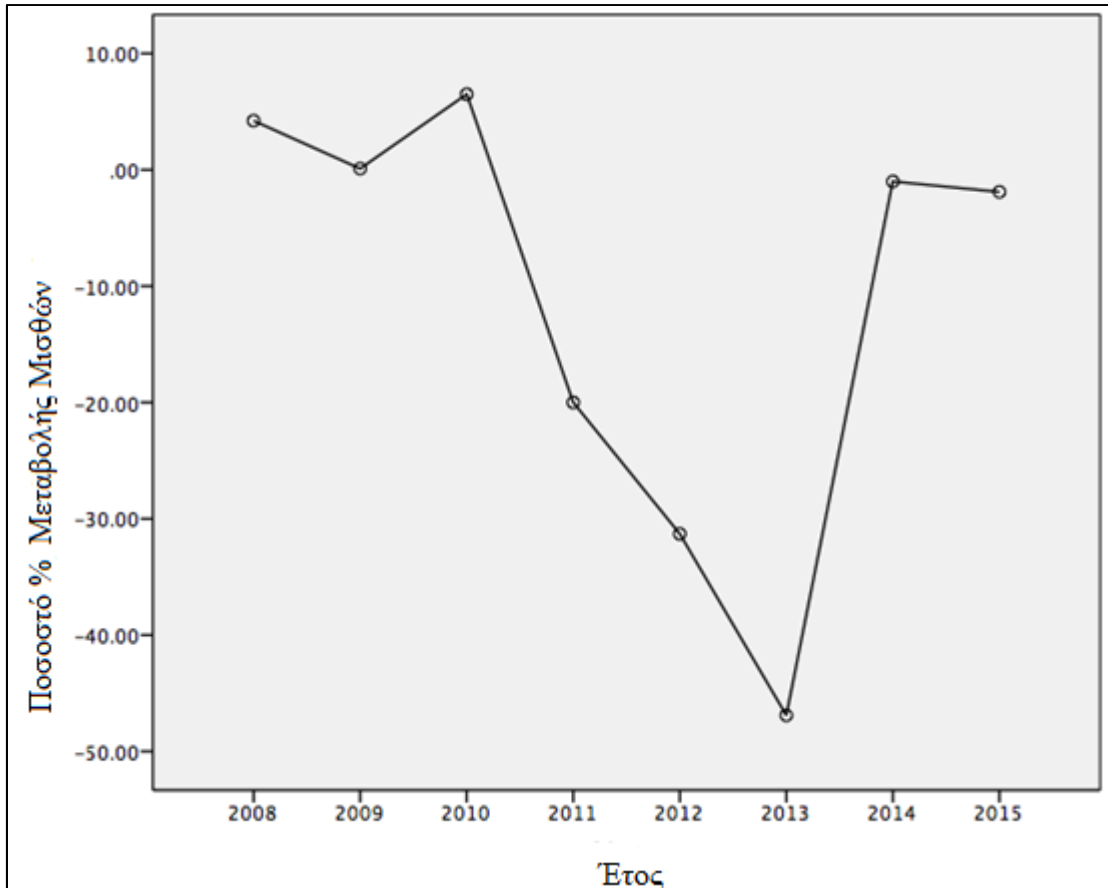
Ο πίνακας 1 και το Σχήμα 1 παρουσιάζουν τη μεταβολή των μισθών ανεξαρτήτου επαγγέλματος και με ενσωματωμένη της εποχικότητα κάποιων επαγγελμάτων. Όπως είναι φανερό, παρά τις θετικές τιμές τα έτη 2008 με 2010, από το 2011 και έπειτα παρατηρείται διαρκής μείωση, με αποκορύφωμα τα έτη 2011, 2012 και 2013 όπου η μείωση είναι πολύ μεγάλη. Τέλος, μία σχετική σταθερότητα διακρίνεται τα δύο τελευταία έτη με τους μισθούς να κυμαίνονται στα ίδια σχεδόν επίπεδα αλλά να μην ανακάμπτουν μετά τις μεγάλες μειώσεις των προηγούμενων ετών.

Πίνακας 1

Χρονολογία	Μεταβολή μισθών (%) σε σχέση με το προηγούμενο έτος
2008	4.22
2009	.10
2010	6.50
2011	-20.00
2012	-31.30
2013	-46.90
2014	-1.00
2015	-1.90

Πηγή: WHO European health for all database (HFA-DB)

Σχήμα 1. Μεταβολή μισθών



Πηγή: WHO European health for all database (HFA-DB)

Γ. Δείκτες υγείας

- Προσδόκιμο επιβίωσης

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 1 και στο Σχήμα 1, το προσδόκιμο ζωής των πολιτών παρά την διαρκή και έντονη οικονομική κρίση που μαστίζει τη χώρα, αυξάνεται. Αυτό σε έναν βαθμό θα μπορούσε να οφείλεται στην διαρκή βελτίωση της ποιότητας ζωής των κατοίκων, γεγονός που έρχεται σε αντιπαράθεση με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης σε μισθούς και ανεργία αλλά και με την αύξηση των θανάτων που θα αναλυθεί παρακάτω. Ωστόσο θα πρέπει να σημειωθεί ότι δεν αυξάνεται με τους ίδιους ρυθμούς σε

σχέση με την προ κρίσης περίοδο. Έτσι, το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση το 2011, ήταν 80,91 έτη, ενώ στην Ευρώπη ο μέσος όρος ζωής ήταν 80,33 έτη. Το 2012 σημειώθηκε, ωστόσο, μικρή μείωση καθώς διαμορφώθηκε στα 80,82 έτη.

Τα δεδομένα για το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα για το 2012, δεν διαφέρουν πολύ από το 2011, αφού ήταν 83 χρόνια για τις γυναίκες και 77,9 χρόνια για τους άντρες, παρουσιάζοντας πολύ μικρή πτώση από το 2011. Το 2013, όμως, το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση σημείωσε μικρή αύξηση και για τα δυο φύλα, πλησιάζοντας τα επίπεδα του 2011 (78,3 έτη για τους άνδρες και 83,4 έτη για τις γυναίκες), ενώ το 2014 παρέμεινε στάσιμο σχεδόν στα ίδια επίπεδα (78,45 έτη για τους άνδρες και 83,51 έτη για τις γυναίκες).

Η μικρή μείωση του προσδόκιμου ζωής το 2012 θα μπορούσε να αποδοθεί στην οικονομική κρίση, αν και παρόμοιες μικρές μειώσεις έχουν σημειωθεί και προ κρίσης (π.χ. 2006-2007). Συνολικά πάντως, το προσδόκιμο ζωής δεν έχει επηρεαστεί από την οικονομική κρίση της περιόδου 2009-2012. Ωστόσο θα πρέπει να σημειωθεί ότι δεν αυξάνεται με τους ίδιους ρυθμούς σε σχέση με την προ κρίσης περίοδο.

Σχήμα 1 :Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην Ελλάδα σε έτη (2003-2012)



Πηγή: WHO European health for all database (HFA-DB)

Πίνακας 1:Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση ανά φύλο (2003 – 2014)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
άνδρες	76,5	76,6	76,8	77,1	77	77,5	77,7	78,1	78,3	77,9	78,3	78,5
γυναίκες	81,3	81,5	81,7	82	82	82,5	82,8	82,8	83,1	83	83,4	83,5

Πηγή : Ελληνική στατιστική Αρχή 2015

- Θνησιμότητα

Κατά το έτος 2015 οι θάνατοι στην Ελλάδα έφτασαν τους 121.212, οι περισσότεροι που έχουν καταγραφεί σε ένα έτος από τις ελληνικές υπηρεσίες από το

1932, εξαιρουμένης βεβαίως της περιόδου 1941-1949. Ακόμα και το 1940, που το τελευταίο δίμηνο του έτους εκείνου η Ελλάδα βρισκόταν σε πόλεμο με τη φασιστική Ιταλία, οι θάνατοι ήταν 93.830.

Το 2011 οι θάνατοι έφτασαν τους 111.099. Είναι φανερό λοιπόν πως οι πιθανότητες θανάτου άρχισαν να αυξάνονται και παράλληλα, αυξάνεται η νοσηρότητα, που μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη θνησιμότητα. Οι εξελίξεις αυτές δημιουργούν ένα αρνητικό ισοζύγιο μεταξύ γεννήσεων και θανάτων το οποίο ανοίγει συνέχεια υπέρ των θανάτων καθώς όπως προαναφέρθηκε οι γεννήσεις μειώνονται κάθε χρόνο αισθητά.

Πίνακας 1: Θάνατοι στην Ελλάδα 1995-2015

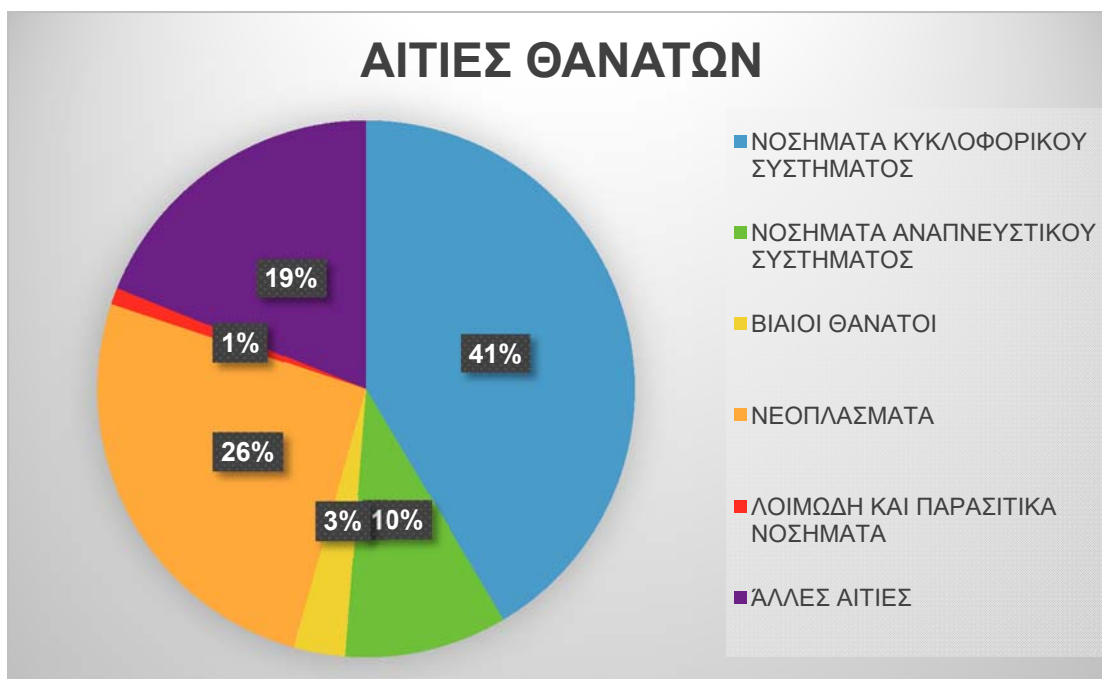
Έτος	Θάνατοι		Θάνατοι κάτω του 1 έτους	
	Απόλυτοι αριθμοί	Επί 1.000 κατοίκων	Απόλυτοι αριθμοί	Επί 1.000 γεννηθέντων ζώντων
1995	100.158	9,42	827	8,15
1996	100.740	9,41	730	7,25
1997	99.738	9,26	657	6,44
1998	102.668	9,48	674	6,68
1999	103.304	9,49	619	6,15
2000	105.170	9,63	561	5,43
2001	102.559	9,37	522	5,10
2002	103.915	9,46	530	5,12
2003	105.529	9,57	420	4,02
2004	104.942	9,49	429	4,06
2005	105.091	9,46	409	3,80
2006	105.476	9,46	415	3,70
2007	109.895	9,82	397	3,55
2008	107.979	9,61	314	2,65
2009	108.316	9,60	371	3,15
2010	109.084	9,65	436	3,80
2011	111.099	9,99	357	3,35
2012	116.668	10,52	293	2,92
2013	111.794	10,20	346	3,67
2014	113.740	10,41	346	3,75
2015	121.212	11,16	364	3,96

Πηγή : Ελληνική στατιστική Αρχή 2015

Κύριες αιτίες θανάτων στην Ελλάδα είναι, με φθίνουσα σειρά, τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, τα κακοήθη νεοπλάσματα, οι παθήσεις του αναπνευστικού και οι εξωτερικές αιτίες από τραύματα και δηλητηριάσεις. Την βασική αιτία θανάτου στην Ελλάδα αποτελούν, για το έτος 2013, τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος

με ποσοστό 41,5% και ακολουθούν τα νεοπλάσματα με 25,8% και οι παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος με 9,8% (Σχήμα1). Αξίζει να αναφερθεί πως το 2004 το ποσοστό των θανάτων από παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος ήταν 48% ενώ από κακοήγη νεοπλάσματα 25%.

Σχήμα 1: Αιτίες θανάτων στην Ελλάδα 2013



Πηγή : Ελληνική στατιστική Αρχή 2015

- Βρεφική θνησιμότητα

Ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας στην Ελλάδα σημείωσε αύξηση το 2013 σε σύγκριση με το 2012 ενώ το 2014 παρέμεινε στα ίδια επίπεδα(Πίνακας 2).

Πίνακας 2: Βρεφική θνησιμότητα στην Ελλάδα 2003- 2014

Δείκτης βρεφικής θνησιμότητας											
2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
4,0	4,1	3,8	3,7	3,6	2,7	3,1	3,8	3,4	2,9	3,7	3,7

Πηγή : Ελληνική στατιστική Αρχή 2015

- Αυτοκτονίες

Ο πίνακας 3 και το σχήμα 2 παρουσιάζουν τη μεταβολή του αριθμού των αυτοκτονιών ανά 100.000 πολίτες από το 2008 έως το 2012. Τα έτη της οικονομικής κρίσης παρατηρείται μία διαρκής αύξηση του αριθμού των αυτοκτονιών. Η οικονομική κρίση είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση των χρεών των νοικοκυριών, καθώς και την αύξηση των ανέργων και τη μείωση των μισθών τους. Σε κάποιες περιπτώσεις, οι παράγοντες αυτοί ήταν ιδιαίτερα στρεσογόνοι για κάποιους πολίτες, οι οποίοι μέσα στην απόγνωση τους έβρισκαν διέξοδο στην αυτοκτονία και τον τερματισμό της ζωής τους.

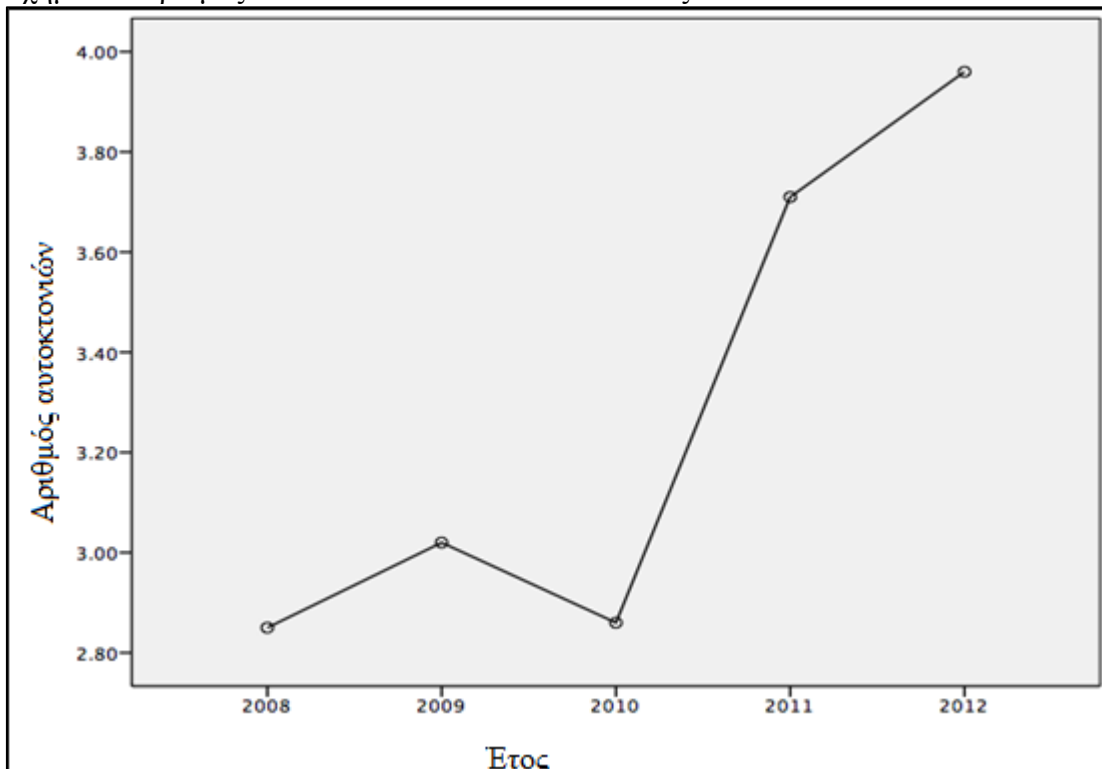
Ανάμεσα στα δύο φύλα, χειρότερη αποδείχτηκε η κρίση για τους άνδρες, στους οποίους ο δείκτης θανάτων από αυτοκτονίες ανέβηκε από 5,75 ανά 100.000 κατοίκους (2003-2010) στο 7,43 την περίοδο 2011-2012. Στις γυναίκες υπήρξε επίσης αύξηση αυτοκτονιών, αλλά μικρότερη αναλογικά, από 1,17 πριν την κρίση, σε 1,55 έπειτα.

Πίνακας 3

Χρονολογία	Αριθμός αυτοκτονιών ανά 100.000 πολίτες
2008	2.85
2009	3.02
2010	2.86
2011	3.71
2012	3.96

Πηγή : Ελληνική στατιστική Αρχή 2015

Σχήμα 2 : Αριθμός αυτοκτονιών ανά 100.000 πολίτες



Πηγή : Ελληνική στατιστική Αρχή 2015

- Τροχαία ατυχήματα

Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, την περίοδο Ιανουάριος – Οκτώβριος 2013, 2014, 2015 σημειώνεται μείωση των τροχαίων ατυχημάτων στην Ελλάδα(Πίνακας 4). Γενικότερα στην Ε.Ε καταγράφεται μείωση των τροχαίων από το 2001 και προβλέπεται η μείωση να γίνει ακόμα μεγαλύτερη έως το 2020.

Πίνακας 4: Τροχαία ατυχήματα, θάνατοι και τραυματισμοί στην Ελλάδα 2013, 2014, 2015

ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ	ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ - ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ			ΠΟΣΟΣΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ		
	2013	2014	2015	2014/2013	2015/2014	2015/2013
Ατυχήματα	10.170	9.945	9.426	-2.2%	-5.2%	-7.3%
Νεκροί	739	661	672	-10.6%	1,7%	-9.1%
Βαριά Τραυματίες	1134	935	932	-17.5%	-0.3%	-17.8%
Ελαφρά Τραυματίες	11.435	11.350	10510	-0.7%	-7.4%	-8.1%
Σύνολο Τραυματιών	12.569	12.285	11.442	-2.3%	-6.9%	-9%

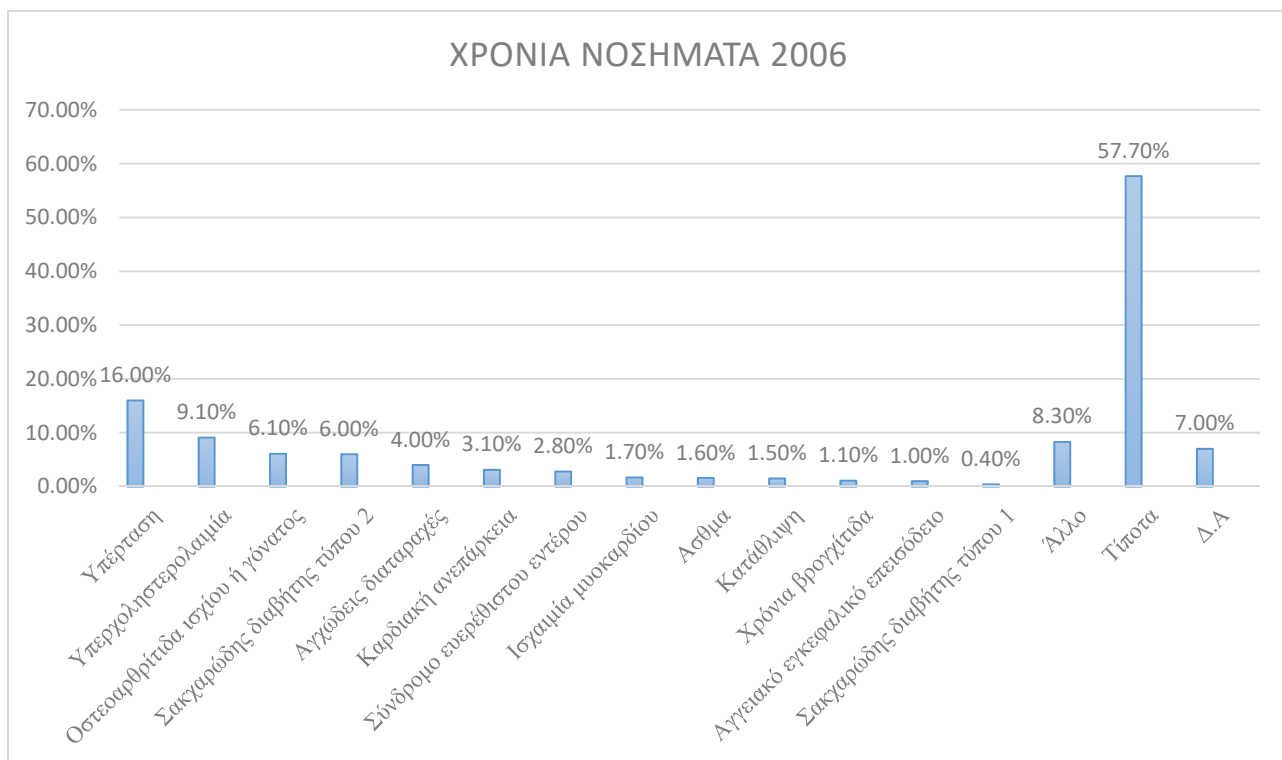
Πηγή : Ελληνική στατιστική Αρχή 2015

- Αυτοαναφερόμενη νοσηρότητα

Την περίοδο 2006- 2015 το Ινστιτούτο κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών και το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας πραγματοποίησαν έρευνα σχετικά με την αυτοαναφερόμενη νοσηρότητα. Από την σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ 2006 και 2010 προκύπτουν πολύ μικρές διαφοροποιήσεις στις πρώτες θέσεις, καθώς πάλι πρώτη σε συχνότητα ήταν η αρτηριακή υπέρταση, δεύτερη η υπερχοληστερολαιμία (με 13% έναντι του 9,1%) και ακολουθούν η οστεοαρθρίτιδα ισχίου ή γόνατος (με 9% έναντι του 6,1%) και ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (7%). Οι αγχώδεις διαταραχές εξακολουθούσαν να είναι το πέμπτο σε συχνότητα χρόνια νόσημα, παρουσιάζοντας όμως μικρή αύξηση (από 4% σε 5%), ενώ η κατάθλιψη διπλασιάστηκε σε ποσοστό από 1,5% το 2006 στο 3% το 2010. Από καρδιακή ανεπάρκεια δήλωσε ότι έπασχε το 4% του πληθυσμού. Από τη σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ 2010 και 2013 παρατηρούνται αρκετές διαφοροποιήσεις. Το 2013, το ποσοστό του Ελλήνων που δήλωνε ότι έπασχε από κάποιο χρόνια νόσημα

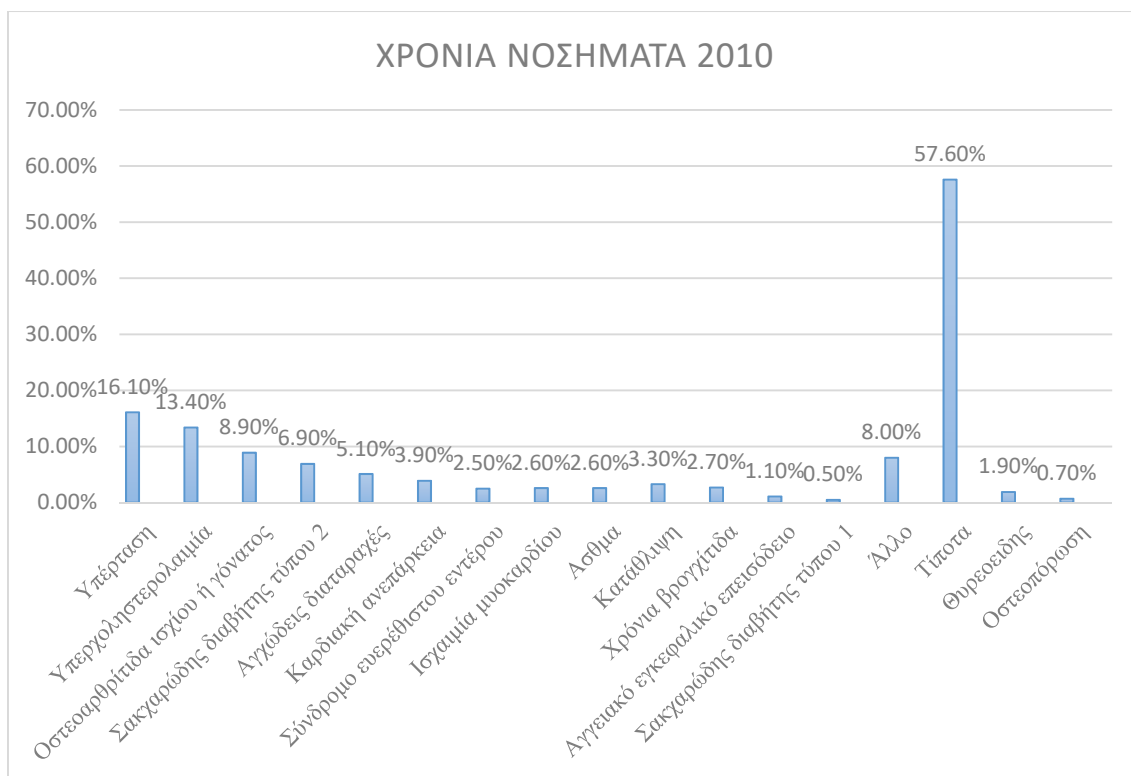
ανέρχονταν στο 55.5%, δηλαδή πολύ αυξημένο σε σχέση με τα προηγούμενα έτη. Επιπλέον, το ποσοστό της κατάθλιψης αυξήθηκε σημαντικά και από 3% το 2010 έφτασε το 9,4% το 2013, καταλαμβάνοντας την 4η θέση, ενώ ακολουθεί η οστεοαρθρίτιδα ισχίου ή γόνατος (8,2% έναντι 9%) και ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (4,9% έναντι 7%). Τέλος συγκρίνοντας τα αποτελέσματα του 2013 με το 2015 η αρτηριακή υπέρταση και υπερχοληστερολαιμία κατέχουν και πάλι τις πρώτες θέσεις, όπως και παλαιότερα. Οι αγγώδεις διαταραχές και η κατάθλιψη, που κατείχαν το 2013 την 3η και 4η θέση, υποχώρησαν το 2015 στην 5η και 7^η θέση αντίστοιχα. Συγκεκριμένα, τα ποσοστά των νόσων αυτών παρουσίασαν, αρχικά, μία μικρή αυξητική τάση, όμως το 2015 παρουσίασαν και πάλι ποσοστά 5% και 2% αντίστοιχα, όπως αυτά του 2006. Το ποσοστό του σακχαρώδους διαβήτη δείχνει να σταθεροποιείται περίπου στο 6% το 2015, αφού ήταν 6% και το 2006, 7% το 2010 και 4,9% το 2013, όπως και η οστεοαρθρίτιδα ισχίου ή γόνατος που δείχνει να κινείται κοντά στο 8%. Επίσης, το ποσοστό χρόνιας βρογχίτιδας, ενώ είχε παρουσιάσει αύξηση κατά 3,9% το 2013, υποχώρησε στο 1% το 2015. Η καρδιακή ανεπάρκεια εμφανίζεται το 2015 αυξημένη περίπου κατά 2% σε σχέση με το 2013 (Σχήματα 1, 2, 3, 4).

Σχήμα 1: Συχνότητα χρόνιων νοσημάτων στην Ελλάδα 2006



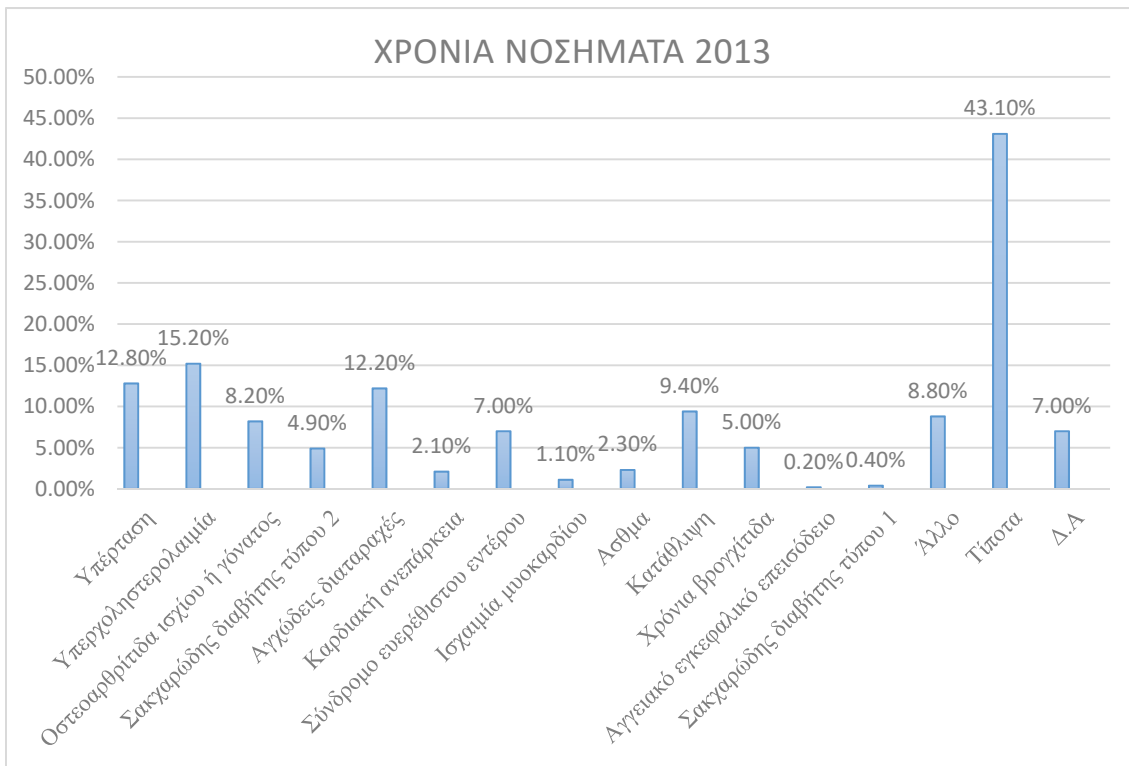
Πηγή : ΙΚΠΙ 2006

Σχήμα 2: Συχνότητα χρόνιων νοσημάτων στην Ελλάδα 2010



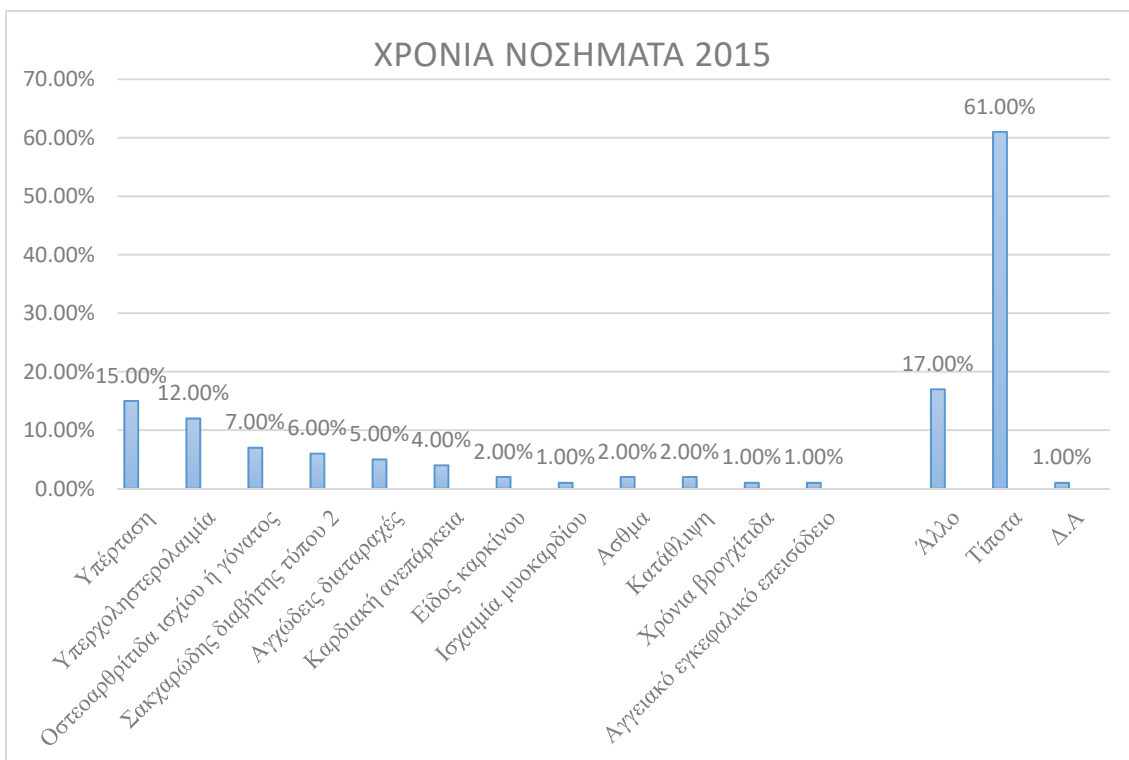
Πηγή : ΙΚΠΙ 2010

Σχήμα 3: Συχνότητα χρόνιων νοσημάτων στην Ελλάδα 2013



Πηγή : ΙΚΠΙ 2013

Σχήμα 4: Συχνότητα χρόνιων νοσημάτων στην Ελλάδα 2015



Πηγή : ΙΚΠΙ 2015

- Σωματική νοσηρότητα

Είναι γνωστό πως σε περιόδους οικονομικής κρίσης στον τομέα της σωματικής νοσηρότητας, παρουσιάζουν έξαρση τα λοιμώδη νοσήματα όπως η φυματίωση, η γρίπη και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, εξαιτίας της επιδείνωσης των συνθηκών διαβίωσης και διατροφής καθώς και λόγω της δυσκολίας πρόσβασης στην απαραίτητη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Στην Ελλάδα της κρίσης αυξήθηκαν, σύμφωνα με στοιχεία του ΚΕ.Ε.ΛΠΝΟ του 2010, τα κρούσματα φυματίωσης και θανάτων από γρίπη καθώς και τα κρούσματα του ιού του Δυτικού Νείλου. Επιπλέον, αυξήθηκε περισσότερο από 1000% η μόλυνση από τον ιό HIV σε χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών λόγω της διακοπής του προγράμματος διανομής δωρεάν συρίγγων.

- Ψυχική νοσηρότητα

Το έτος 2010, συγκριτικά με το 2000 σημειώθηκε αύξηση του αριθμού των εξελθόντων ασθενών με ψυχικές διαταραχές. Συγκεκριμένα το ποσοστό γεροντικών και προγεροντικών οργανικών ψυχωτικών καταστάσεων αυξήθηκε κατά 77%, των συναισθηματικών ψυχώσεων κατά 34%, του συνδρόμου αλκοολικής εξάρτησης κατά 51% και της φαρμακευτικής εξάρτησης κατά 33%. Βέβαια ταυτόχρονα είχε σημειωθεί αύξηση στο σύνολο των εξιτηρίων από όλες τις παθήσεις γεγονός που δείχνει ότι η αύξηση των ασθενών με ψυχικές διαταραχές ήταν συνέπεια της συνολικής αύξησης των εξιτηρίων. Το 2012 όμως παρατηρήθηκε αύξηση των εξελθόντων ασθενών με ψυχικές διαταραχές ενώ ταυτόχρονα σημειώθηκε μείωση του αριθμού των συνολικών εξιτηρίων από 2.219.835 το 2010 σε 2.169.864 το 2012. Το γεγονός αυτό δείχνει μια αύξηση 6% του ποσοστού των ασθενών με ψυχικές διαταραχές από το 2010 μέχρι το 2012 (Πίνακας 1).

Πίνακας 1: Αριθμός εξελθόντων ασθενών με ψυχικές διαταραχές των ετών 2000, 2010 και 2012

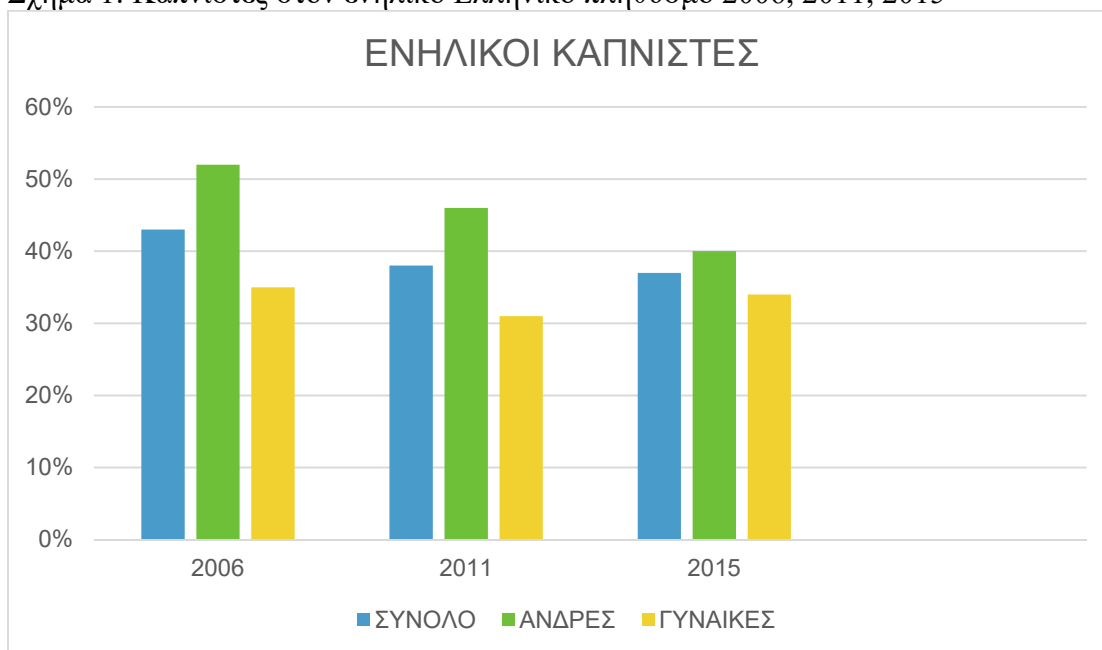
ΝΟΣΗΜΑ	ΕΤΟΣ		
	2000	2010	2012
ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΕΛΘΟΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ	1.755.137	2.219.835	2.169.864
ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΕΛΘΟΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	35789	39113	40649
Γεροντικές και προγεροντικές οργανικές ψυχωτικές καταστάσεις	1778	3140	4.241
Σχιζοφρενικές ψυχώσεις	1796	1729	10.073
Συναισθηματικές ψυχώσεις	6338	8455	8.934
Άλλες ψυχώσεις	14143	14101	6.869
Νευρώσεις και διαταραχές προσωπικότητας	2680	2445	3.369
Σύνδρομο αλκοολικής εξάρτησης	1509	2283	1.263
Φαρμακευτική εξάρτηση	1716	2293	1.776
Διαταραχές φυσιολογικών λειτουργιών που προκύπτουν από ψυχικούς παράγοντες	155	114	119
Πνευματική καθυστέρηση	645	419	779
Λοιπές ψυχικές διαταραχές	5029	4154	3.226

Πηγή : Ελληνική στατιστική Αρχή 2015

- Κάπνισμα

Το έτος 2015 το 37% του Ελληνικού πληθυσμού δήλωσαν ότι είναι καπνιστές. Ωστόσο, συγκριτικά με τις μετρήσεις του 2011 παρατηρείται μείωση του ποσοστού των ανδρών καπνιστών (46% από 40%)ενώ παράλληλα αυξήθηκε το ποσοστό των γυναικών καπνιστών (31% από 34%)(Σχήμα 1).

Σχήμα 1: Καπνιστές στον ενήλικο Ελληνικό πληθυσμό 2006, 2011, 2015



Πηγή: WHO European health for all database (HFA-DB)

- Κατανάλωση αλκοόλ

Ο πίνακας 1 παρουσιάζει τη μεταβολή στην κατανάλωση μονάδων (λίτρων) αλκοόλ ανά άτομο από το 2008 έως το 2014. Τα έτη της οικονομικής κρίσης, όπως ειπώθηκε έφεραν μεγάλες μειώσεις στους μισθούς των πολιτών γεγονός που ανάγκασε τους πολίτες να μειώσουν τις δαπάνες που δεν θεωρούσαν απαραίτητες για τη διαβίωση τους. Το αλκοόλ αποτελεί μία όχι και τόσο απαραίτητη κατηγορία δαπανών, επομένως λογικά παρατηρείται μία συνεχής μείωση στην κατανάλωση μονάδων (λίτρων) αλκοόλ ανά άτομο ετησίως.

Πίνακας 1: Κατανάλωση μονάδων αλκοόλ

Χρονολογία	Κατανάλωση Μονάδων (λίτρων) Αλκοόλ ανά άτομο ανά έτος
2008	9.5100
2009	9.0800
2010	9.0000
2011	8.0200
2012	8.2000
2013	7.4600
2014	7.5300

Πηγή: WHO European health for all database (HFA-DB)

Δ. Δείκτες υπηρεσιών υγείας

Η συγχώνευση πολλών νοσοκομείων κατά την περίοδο 2010-2012 προκάλεσε μείωση στις παρεχόμενες κλίνες στα δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας. Σύμφωνα με τον Υγειονομικό Χάρτη του Υπουργείου Υγείας, από 33.853 κλίνες το 2010 μειώθηκαν σε 30.886 το 2012, μείωση περίπου 8%. Στο σύνολο ιδιωτικών και δημόσιων νοσοκομείων ο αριθμός των κλινών μειώθηκε από 54.012 κλίνες το 2010 σε 53.773 το 2012. Στον Πίνακα 1 φαίνεται η μείωση του αριθμού των θεραπευτηρίων και των κλινών ανά 100.000 κατοίκους από το 2009 έως το 2014. Οι δυνατότητες της πολιτείας, προφανώς, ελαχιστοποιήθηκαν μετά το 2009, στα πλαίσια της γενικότερης πολιτικής περιορισμού του δημοσιονομικού ελλείμματος. Ταυτόχρονα παρατηρείται αύξηση του αριθμού των φαρμακείων και των Κέντρων Υγείας.

Σε ότι αφορά τον αριθμό των ιατρών, η Ελλάδα το έτος 2013 κατείχε τον υψηλότερο αριθμό, 6,3 κατά κεφαλήν, σχεδόν διπλάσιο από τα μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης που ήταν 3,3. Παρόλα αυτά δεν παρουσιάζει τα ίδια χαρακτηριστικά και ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού. Η Ελλάδα κατείχε το 2012 μία από τις μικρότερες αναλογίες νοσηλευτικού προσωπικού/ πληθυσμού που αντιστοιχούσε σε 3,6 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού ανά 100.000 κατοίκους ενώ πρώτη ήταν η Ελβετία με αναλογία 16,6 (OECD, 2015).

Το έτος 2009, το 73,5% του πληθυσμού που έκανε χρήση υπηρεσιών υγείας επέλεξε δημόσιο νοσοκομείο. Το ποσοστό αυτό έφτασε το 2010 το 94,1%. Επιπλέον μειώθηκε η μέση διάρκεια νοσηλείας περισσότερο από μισή ημέρα μέσα σε τρία χρόνια όταν το μέσο συνολικό κόστος, συμπεριλαμβανομένου και του μισθολογικού, μειώθηκε από 3.179 ευρώ σε 2.255 ευρώ (μείωση 24%). Αναφορικά με τα δημόσια νοσοκομεία το μέσο πλήθος εξετάσεων ανά ασθενή αυξήθηκε κατά 5% και τα χειρουργεία κατά 10%. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι τα άτομα επιλέγουν να κάνουν χρήση των δημόσιων νοσοκομείων και για σοβαρότερες καταστάσεις για τις οποίες παλαιότερα επέλεγε τις ιδιωτικές κλινικές (Πίνακας 2).

Πίνακας 1: Θεραπευτήρια, κλίνες, κέντρα υγείας και φαρμακεία ανά 100,000 κατοίκους, 2005 - 2014

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Θεραπευτήρια (Δημόσια και Ιδιωτικά)	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,7	2,6	2,6
Κλίνες	472,0	480,7	480,6	476,5	483,9	448,0	447,5	444,5	424,2	423,8
Κέντρα υγείας	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,8	1,9	1,9
Φαρμακεία	83,8	86,0	84,5	91,2	92,5	91,4	91,2	95,0	97,4	99,2

Πηγή : Ελληνική στατιστική Αρχή 2014

Πίνακας 2: Στοιχεία χρήσης Ιδιωτικών και Δημόσιων νοσοκομείων

ΕΤΟΣ	ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ ΕΣΥ		ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ ΑΠΟ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ		ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΕΣΥ	ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΕΣΥ	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ ΕΣΥ	ΜΕΣΟ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
	ΠΛΗΘΟΣ	%	ΠΛΗΘΟΣ	%				
2009	1684673	73,5%	607415	26,5%	4,84	145639726	417843	3179
2010	2088199	94,1%	131636	5,9%	4,25	129584563	436405	2584
2011	2218465				4,13	153154593	461677	2255

Πηγή : Ελληνική στατιστική Αρχή 2012

- Χρηματοδότηση και δαπάνες υγείας

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας χρηματοδοτείται με πόρους που προέρχονται από τον κρατικό προϋπολογισμό, τους Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης (ΟΚΑ) και από τον ιδιωτικό τομέα μέσω ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών και πληρωμές ιδιωτών. Η εξέλιξη της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας στην Ελλάδα για την περίοδο 2009-2013 παρουσιάζεται στα παρακάτω σχήματα (Πίνακας 1, Σχήμα 1). Είναι φανερό πως υπάρχει μείωση της χρηματοδότησης αρχικά για την περίοδο 2010-2011 η οποία προκύπτει από τη μείωση των δαπανών της Κυβέρνησης ενώ αργότερα προκύπτει κυρίως από την υποχώρηση της συμμετοχής των ΟΚΑ. Επίσης φαίνεται πως το ποσοστό των ιδιωτικών πληρωμών έχει αυξηθεί σημαντικά.

Πίνακας 1 : Χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας ανά χρηματοδοτικό φορέα (2009-2013)

	2009	2010	2011	2012	2013
Συνολική χρηματοδότηση δαπάνης υγείας	23.176,9	22.269,3	19.598,7	17.105,9	15.776,5
Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) % της συνολικής	26,4	29,1	21,4	29,5	29,2
ΟΚΑ % της συνολικής	43,1	40,9	45,9	37,2	34,3
Συνολική Δημόσια χρηματοδότηση δαπάνης % της συνολικής	69,5	70	67,3	66,7	63,5
Συνολική Ιδιωτική χρηματοδότηση δαπάνης % της συνολικής	30,3	29,7	32,4	33	35,6
Ιδιωτική ασφάλιση % της συνολικής	1,9	2,4	2,7	3,1	3,1
Ιδιωτικές πληρωμές % της συνολικής	28,4	27,3	29,7	29,9	32,5

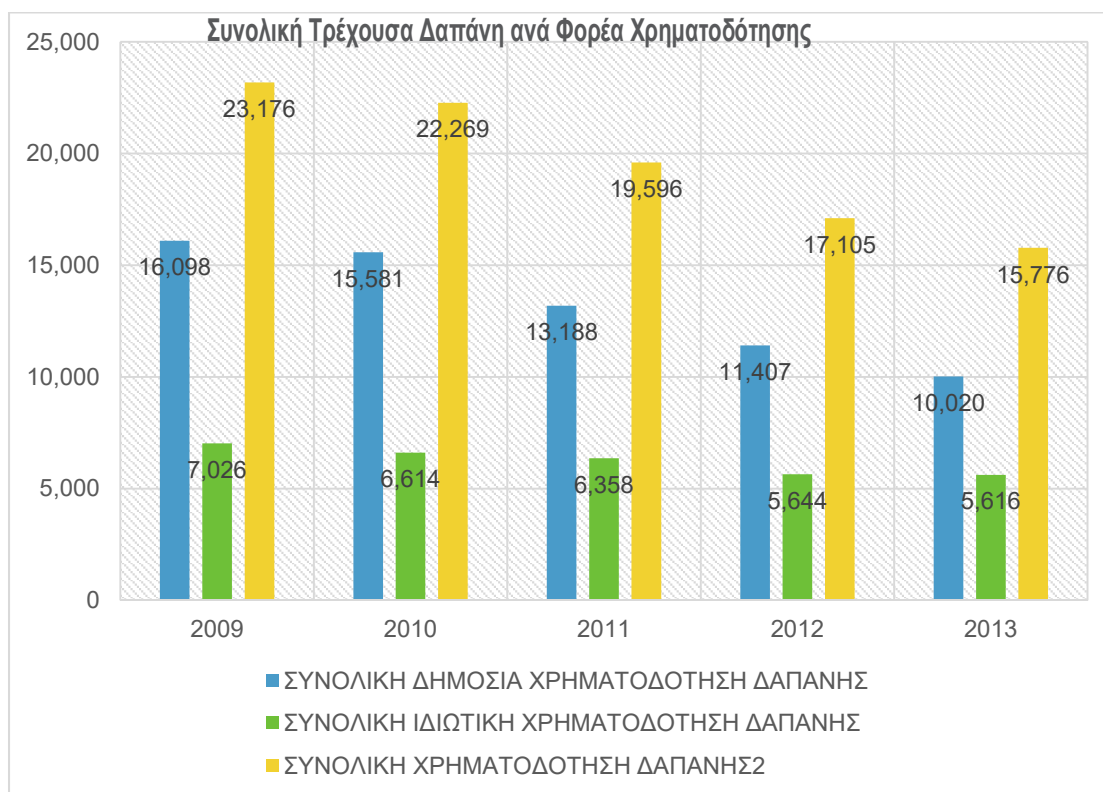
Πηγή : Ελληνική Στατιστική Αρχή 2013

Σχήμα 1: Σύνολο Χρηματοδότησης Υγείας (%) (εκατ. Ευρώ) (2009-2013)



Πηγή : Ελληνική στατιστική Αρχή 2015

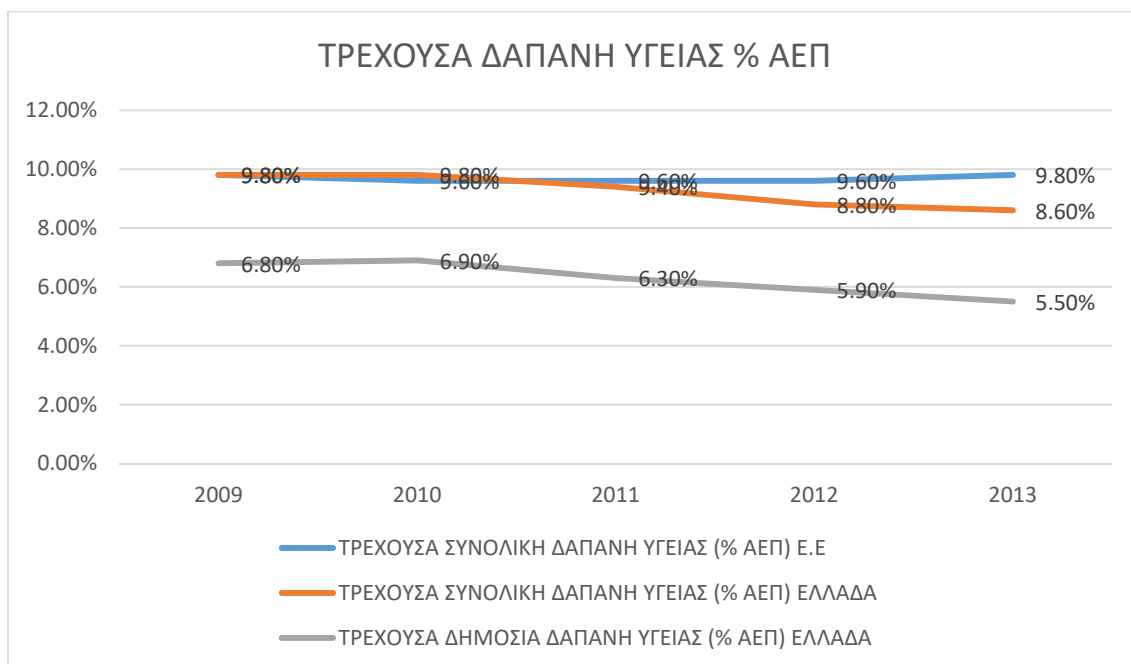
Σχήμα 2 : Συνολική τρέχουσα δαπάνη ανά φορέα χρηματοδότησης 2009-2013 σε εκατ. ευρώ



Πηγή : Ελληνική στατιστική Αρχή 2015

Στο διάστημα 2005-2009 το ΑΕΠ αυξήθηκε κατά 19,7%, ενώ η συνολική δαπάνη υγείας κατά 45% και η δημόσια δαπάνη υγείας κατά 73% για να φτάσει το 2009 στο 9,8% του ΑΕΠ. Αργότερα όμως ξεκινά μια πτωτική πορεία, με το ΑΕΠ να μειώνεται το 2011 κατά 22,6 δις ευρώ ή 9,8% και τη συνολική δαπάνη υγείας κατά 4,4 δις ευρώ ή 18,9%. Το 2012 η μείωση των δαπανών υγείας ήταν περισσότερο από 2 δις ευρώ (1% του ΑΕΠ), ενώ το 2013 το ποσοστό των δαπανών υγείας υπολογίζεται στο 8,65% του ΑΕΠ, ποσοστό πολύ χαμηλότερο από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (9,8%). Το ίδιο έτος η δημόσια δαπάνη υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ έφτασε το 5,5%, έναντι 7,8% στην Ε.Ε. και 8,0% στην Ευρωζώνη (Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, 2015)

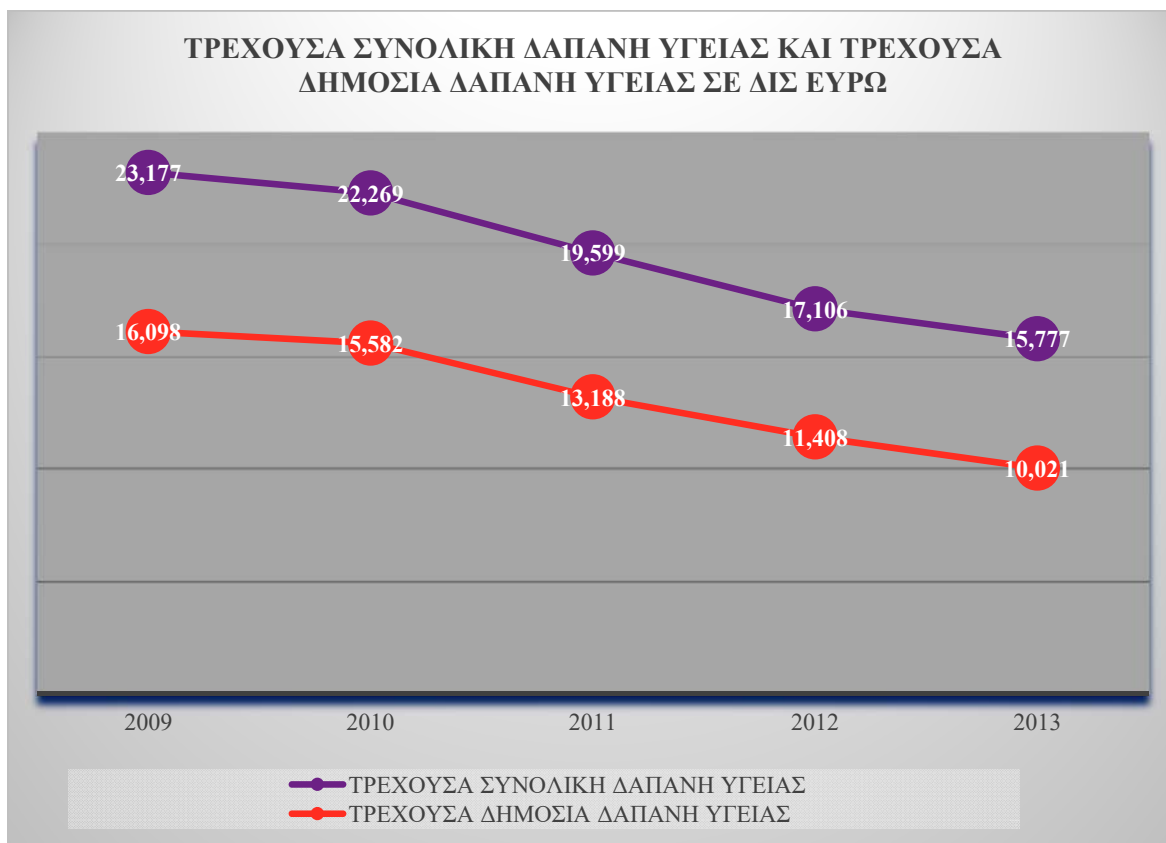
Σχήμα 3 : Τρέχουσα Συνολική Δαπάνη Υγείας και Τρέχουσα Δημόσια Δαπάνη Υγείας ως % ΑΕΠ για Ελλάδα και Ε.Ε (2009-2013)



Πηγή : Ελληνική στατιστική Αρχή 2015

Η συνολική δαπάνη υγείας και η δημόσια δαπάνη υγείας, σε απόλυτους αριθμούς, καταγράφεται στο Σχήμα 4.

Σχήμα 4: Τρέχουσα Συνολική Δαπάνη Υγείας και Τρέχουσα Δημόσια Δαπάνη Υγείας σε εκ. ευρώ (2009-2013)



Πηγή : Ελληνική στατιστική Αρχή 2015

Ο πίνακας 2 παρουσιάζει τη μεταβολή στο ποσοστό χρηματοδότησης για δαπάνες υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π. κατά τα έτη 2010 έως 2015. Τα οικονομικά μέτρα, και οι μειώσεις των συνολικών δαπανών του κράτους οδήγησε όπως ήταν φυσικό και στη μείωση των δαπανών για τον τομέα της υγείας, με το ποσοστό επί του Α.Ε.Π. που αντιστοιχεί στον κλάδο της υγείας να μειώνεται συνεχώς με αποκορύφωμα το 2014.

Πίνακας 2: Συνολική χρηματοδότηση για Δαπάνες Υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π

Χρονολογία	Συνολική χρηματοδότηση για Δαπάνες Υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π.
2010	9,56%
2011	9,10%
2012	8,78%
2013	8,34%
2014	7,94%
2015	8,38%

Πηγή : Ελληνική στατιστική Αρχή 2015

- Προσβασιμότητα

Οι δυσκολίες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα ήταν πάντα δύσκολη κυρίως λόγω της καθυστέρησης στην παροχή των υπηρεσιών. Από το 2010 και μετά η δυσκολία έχει αυξηθεί περισσότερο εξαιτίας των οικονομικών προβλημάτων. Το 2010 σημειώθηκε μείωση στη χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας ιδίως στα ιδιωτικά μαιευτήρια, την οδοντιατρική περίθαλψη και τις χειρουργικές επεμβάσεις στα ιδιωτικά νοσοκομεία.

Σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας το 59% του Ελληνικού πληθυσμού αναγκάστηκε να μειώσει τη χρήση υπηρεσιών υγείας είτε λόγω οικονομικών δυσχερειών είτε λόγω δυσκολιών στην πρόσβαση των υπηρεσιών. Επίσης 4 στους 10 Έλληνες δήλωσαν ότι με τις νέες υγειονομικές δομές, έχει καταστεί δυσκολότερη η πρόσβασή τους σε φάρμακα και εξετάσεις (Κυριόπουλος, Σκρουμπέλης, 2012).

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα ποσοστά ατόμων με ανάγκες για ιατρικές εξετάσεις ή θεραπείες που δεν ικανοποιήθηκαν ανά πεντημόριο ισοδύναμου εισοδήματος. Το 1^ο είναι το χαμηλότερο εισόδημα και το 5^ο το υψηλότερο. Οι διαφοροί λόγοι μπορεί να σχετίζονται με την οικονομική δυνατότητα, τις λίστες αναμονής, την έλλειψη χρόνου, τη μεγάλη απόσταση, τον φόβο για τους γιατρούς, τα νοσοκομεία κλπ.

Όπως προκύπτει από τον πίνακα κατά τα έτη της οικονομικής κρίσης υπάρχει αύξηση των ανικανοποίητων ιατρικών αναγκών και στα χαμηλότερα και στα υψηλότερα εισοδήματα.

Πίνακας 1:Ποσοστό ατόμων με ανάγκες για ιατρικές εξετάσεις ή θεραπείες που δεν ικανοποιήθηκαν για διάφορους λόγους, κατά πεντημόριο ισοδύναμου εισοδήματος, 2007-2015

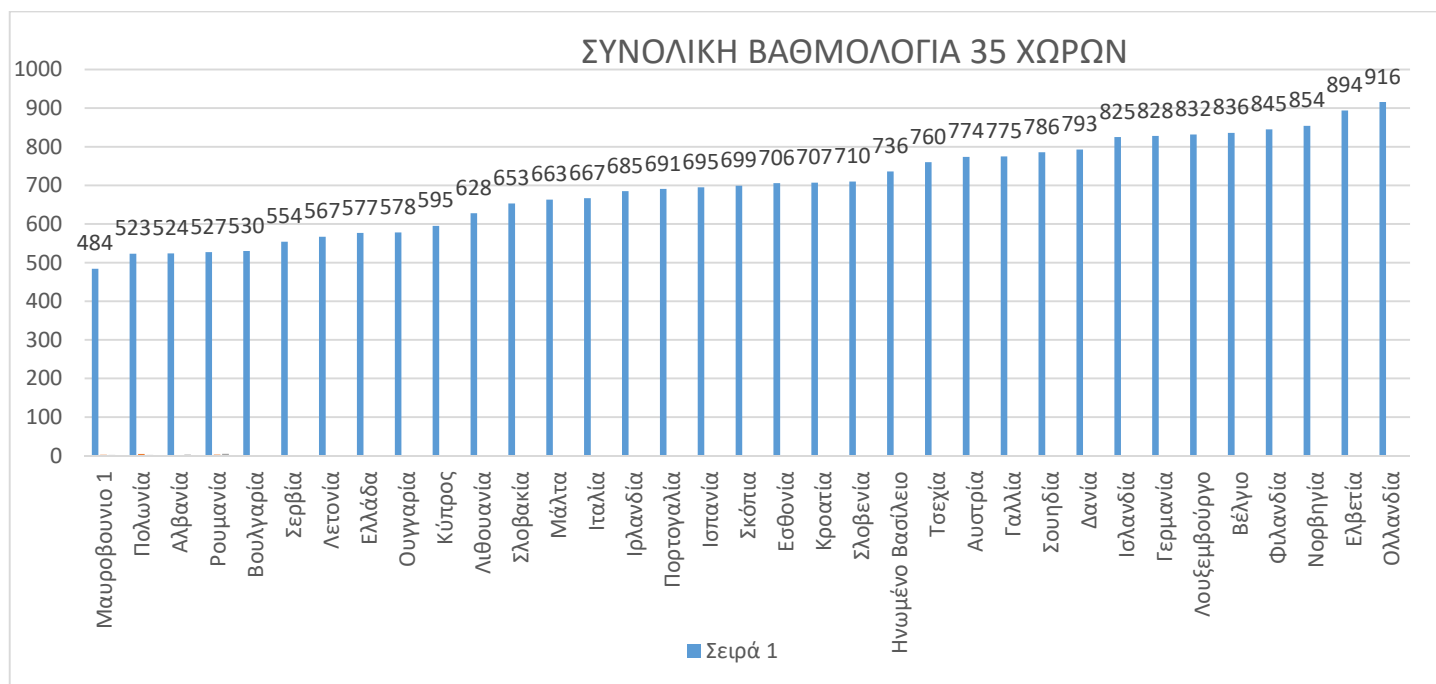
Πεντημόρια ισοδύναμου εισοδήματος	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1ο	9.2	7.2	8.5	8.1	10.2	13.4	16.2	18.3	19.7
2ο	5.5	6.2	6.2	5.6	8.2	9.3	13.4	18.3	18.0
3ο	5.1	5.1	3.4	4.6	6.0	9.3	11.3	15.1	15.1
4ο	3.0	2.0	1.9	2.2	3.7	7.6	9.9	8.4	12.1
5ο	0.8	0.9	0.6	0.8	3.2	5.7	5.2	3.2	6.7
Μέσος όρος	4.7	4.3	4.1	4.2	6.3	9.9	11.2	12.7	14.2

Πηγή : Ελληνική στατιστική Αρχή 2015

Ε. Αξιολόγηση συστήματος υγείας

Σύμφωνα με μια ετήσια μελέτη της EURO HEALTH CONSUMER INDEX (ECHI), η οποία αξιολογεί τα συστήματα υγείας από 35 Ευρωπαϊκές χώρες βάσει 48 δεικτών, η Ελλάδα το 2015 κατείχε την 28^η θέση ενώ το 2012 κατείχε την 22^η (Σχήμα 1).

Σχήμα 1: Αξιολόγηση συστημάτων υγείας 35 Ευρωπαϊκών χωρών 2015



Πηγή: WHO European health for all database (HFA-DB)

Ε. 1. ΣΥΝΟΨΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Συμπερασματικά, όπως καταγράφηκε και στην βιβλιογραφική ανασκόπηση, η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό αρκετές διαστάσεις του Ελληνικού πληθυσμού καθώς εμφανίζει επιπτώσεις στην Υγεία των πολιτών και στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Το συμπέρασμα αυτό επιβεβαιώνεται και από την στατιστική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε με αρκετούς δείκτες να παρουσιάζουν μεγάλες αποκλίσεις κατά τα έτη της οικονομικής κρίσης. Επίσης, αποκλίσεις εντοπίζονται και σε δείκτες μη σχετικούς με την υγεία των πολιτών όπως η ανεργία και το επίπεδο των μισθών.

Συγκεκριμένα βρέθηκε ότι:

- υπάρχει σαφής πτώση στον πληθυσμό της χώρας είτε λόγω της αύξησης της μετανάστευσης, είτε της μείωσης των γεννήσεων. Συγκεκριμένα, είναι φανερή η διαρκής πτώση του αριθμού των γεννήσεων από τις 114.766 γεννήσεις το 2010 στις 92.148 το 2014. Το γεγονός αυτό συνδέεται άμεσα με τη μείωση στους μισθούς και στο συνολικό εισόδημα των πολιτών λόγω της οικονομικής κρίσης καθώς οι πολίτες αισθάνονται αβεβαιότητα για το μέλλον τους και δυσκολεύονται να πάρουν την απόφαση δημιουργίας οικογένειας ή επέκτασης της.
- αύξηση παρατηρείται στο αριθμό των θανάτων, γεγονός που ίσως να συνδέεται με την οικονομική κρίση και την αύξηση της πίεσης και του άγχους των πολιτών.
- η οικονομική κρίση επέφερε διστακτικότητα στην πρόσληψη νέου προσωπικού από τις επιχειρήσεις αλλά από το δημόσιο τομέα καθώς και αύξηση των απολύσεων. Τα γεγονότα αυτά συνέβαλαν ξεκάθαρα στην διαρκή και μεγάλη άνοδο του ποσοστού ανεργίας από το 7.8% το 2008 στο 27.5% το 2013.
- Ιδιαίτερη αύξηση έχει σημειωθεί και στο ποσοστό των μακροχρόνια ανέργων το οποίο δεν μειώθηκε ούτε το 2014 με την βελτίωση των οικονομικών δεικτών
- το προσδόκιμο ζωής των πολιτών παρά την διαρκή και έντονη οικονομική κρίση που μαστίζει τη χώρα, αυξάνεται. Αυτό σε έναν βαθμό θα μπορούσε να οφείλεται στην διαρκή βελτίωση της ποιότητας ζωής των κατοίκων, γεγονός που έρχεται σε αντιπαράθεση με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης σε μισθούς και ανεργία αλλά και με την αύξηση των θανάτων. Ωστόσο θα πρέπει να σημειωθεί ότι δεν αυξάνεται με τους ίδιους ρυθμούς σε σχέση με την προ κρίσης περίοδο.

- Κατά τα έτη της οικονομικής κρίσης παρατηρήθηκε μείωση του ποσοστού του ενήλικου πληθυσμού που δηλώνουν καπνιστές και ανάλογη μείωση σημειώθηκε και στο ποσοστό των μονάδων αλκοόλ που καταναλώθηκε από τον ελληνικό πληθυσμό.
- το ποσοστό του πληθυσμού που βρίσκεται στα όρια της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού παρουσιάζει αύξηση από το 2008 και έπειτα. Από 28,1% που ήταν ο δείκτης το 2008 έφτασε το 35,7 % το 2015.
- τα έτη της οικονομικής κρίσης παρατηρείται μία διαρκής αύξηση του αριθμού των αυτοκτονιών. Η οικονομική κρίση είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση των χρεών των νοικοκυριών, καθώς και την αύξηση των ανέργων και τη μείωση των μισθών τους. Σε κάποιες περιπτώσεις, οι παράγοντες αυτοί ήταν ιδιαίτερα στρεσογόνοι για κάποιους πολίτες, οι οποίοι μέσα στην απόγνωση τους μη έβρισκαν διέξοδο στην αυτοκτονία και τον τερματισμό της ζωής τους.
- Κατά τα έτη 2013, 2014, 2015 σημειώνεται μείωση των τροχαίων ατυχημάτων στην Ελλάδα.
- Το έτος 2010, συγκριτικά με το 2000 σημειώθηκε αύξηση του αριθμού των εξελθόντων ασθενών με ψυχικές διαταραχές.
- Σε ότι αφορά την αυτοαναφερόμενη νοσηρότητα, από τη σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ 2010 και 2013 παρατηρούνται αρκετές διαφοροποιήσεις. Το 2013, το ποσοστό του Ελλήνων που δήλωνε ότι έπασχε από κάποιο χρόνιο νόσημα ανέρχονταν στο 55.5%, δηλαδή πολύ αυξημένο σε σχέση με τα προηγούμενα έτη. Επιπλέον, το ποσοστό της κατάθλιψης αυξήθηκε σημαντικά και από 3% το 2010 έφτασε το 9,4% το 2013.
- Κατά τα έτη της οικονομικής κρίσης επήλθε μεγάλη μείωση στους μισθούς που άγγιξε σχεδόν το -47% το 2013.
- Από το 2008, όπου το κατά κεφαλήν ΑΕΠ έφτανε τις 21.845 ευρώ, μειώθηκε μέχρι το 2015 και έφτασε στο επίπεδο των 16.181 ευρώ.
- Τα έτη της οικονομικής κρίσης ανάγκασαν τις εκάστοτε κυβερνήσεις να λάβουν διαρθρωτικά μέτρα, ειδικότερα κατά τα έτη 2013 και 2014 με αποτέλεσμα να μειωθούν οι δαπάνες υγείας και να πραγματοποιηθούν συγχωνεύσεις νοσοκομείων. Επομένως, αναμενόμενη ήταν και η μείωση στον αριθμό των νοσοκομειακών κλινών που αντιστοιχούν σε 100.000 πολίτες.

- υπάρχει σαφής μείωση της χρηματοδότησης του τομέα της υγείας αρχικά για την περίοδο 2010-2011 η οποία προκύπτει από τη μείωση των δαπανών της Κυβέρνησης ενώ αργότερα προκύπτει κυρίως από την υποχώρηση της συμμετοχής των ΟΚΑ. Επίσης φαίνεται πως το ποσοστό των ιδιωτικών πληρωμών έχει αυξηθεί σημαντικά.
- Τα οικονομικά μέτρα, και οι μείωση των συνολικών δαπανών του κράτους οδήγησε όπως ήταν φυσικό και στη μείωση των δαπανών για τον τομέα της υγείας, με το ποσοστό επί του Α.Ε.Π. που αντιστοιχεί στον κλάδο της υγείας να μειωθεί σημαντικά με αποκορύφωμα το 2014.
- Από το 2010 και μετά το 59% του Ελληνικού πληθυσμού αναγκάστηκε να μειώσει τη χρήση υπηρεσιών υγείας είτε λόγω οικονομικών δυσχερειών είτε λόγω δυσκολιών στην πρόσβαση των υπηρεσιών.
- κατά τα έτη της οικονομικής κρίσης υπάρχει αύξηση των ανικανοποίητων ιατρικών αναγκών και στα χαμηλότερα και στα υψηλότερα εισοδήματα.

Ε. 2. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Έρευνες της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας (ΕΛΣΤΑΤ) που πραγματοποιούνται με δειγματοληπτικούς ελέγχους Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών, αναφέρουν στατιστικά στοιχεία για τον κοινωνικό αποκλεισμό και την μείωση του εισοδήματος.

Σύμφωνα με μελέτη της ανωτέρω Υπηρεσίας για το έτος 2013, η φτώχεια παρουσιάζει αύξηση περίπου στα 5.023 ευρώ κάθε χρόνο ατομικά, και 10.547 ευρώ για κάθε οικογένεια που περιλαμβάνει δύο γονείς και δύο παιδιά μικρότερα από την ηλικία των 14 ετών. Σύμφωνα με την μελέτη το 23,1% του πληθυσμού της Ελλάδας βρίσκεται κοντά στα όρια της φτώχειας το οποίο εντοπίζεται στο 60% του μέσου συνολικού εισοδήματος των οικογενειών. Οι οικογένειες που πλησιάζουν το όριο της φτώχειας είναι σχεδόν 892,763, ενώ τα μέλη που τις απαρτίζουν είναι 2.529.005. Ακόμα το μέσο ετήσιο ατομικό εισόδημα ανέρχεται στα 9.000 ευρώ και το μέσο ετήσιο οικογενειακό εισόδημα στα 16.000 ευρώ (ΕΛΣΤΑΤ, 2013).

Η παιδική φτώχεια ανέρχεται σε ποσοστό 28,8% για τα παιδιά ηλικίας 0-17 χρόνων παρουσιάζοντας μία αύξουσα διαφορά 5,7 ποσοστιαίων μονάδων σε σχέση με τον συνολικό πληθυσμό. Το ποσοστό φτώχειας των ηλικιωμένων ατόμων ηλικίας μεγαλύτερης από 65 χρόνων ανέρχεται στο 15,1% παρουσιάζοντας μείωση σε σχέση με το 2012. Οι οικογένειες που δεν έχουν κάποιο εργαζόμενο μέλος ή εργάζονται εποχιακά για διάστημα μικρότερο των τριών μηνών ανέρχονται κατ' έτος στο 1.200.800 άτομα ή στο ποσοστό 19,6% των ατόμων ηλικίας 18-59 ετών (ΕΛΣΤΑΤ, 2013).

Το φαινόμενο της φτώχειας αναμένεται να επηρεάσει περισσότερο τις ακόλουθες κατηγορίες πολιτών:

1. Άνεργα Άτομα ανδρικού φύλου (50,7%)
2. Οικογένειες με έναν γονέα και το λιγότερο ένα εξαρτώμενο τέκνο (37,2%)
3. Υπόλοιπα μη οικονομικά ενεργά άτομα (εκτός συνταξιούχων (30,3%)
4. Παιδιά ηλικίας κάτω των 17 χρονών (28,8%)
5. Οικογένειες οι οποίες έχουν ένα ενήλικο άτομο μικρότερο των 65 χρονών (24,4%)

6. Μονοπρόσωπα νοικοκυριά με μέλος θήλυ (22,9%)
7. Άτομα τα οποία βρίσκονται σε απειλή φτώχειας ή κοινωνικό αποκλεισμό και φτάνουν τα 3.903.800 άτομα ή σε 35,7% του αθροίσματος του πληθυσμού.

Η οικονομική κρίση προκάλεσε σημαντικό πρόβλημα στην παροχή υπηρεσιών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τις πανεπιστημιακές μονάδες των νοσοκομείων (Falagas et al., 2012). Παρατηρήθηκε τα τελευταία χρόνια ότι πολλοί οργανισμοί υγείας αναγκάστηκαν να κλείσουν καθώς μεγάλο μέρος του ελληνικού πληθυσμού αποφεύγει την επίσκεψη στον γιατρό ή την οδοντιατρική εξέταση ακόμα και στην περίπτωση που θεωρείται αρκετά αναγκαίο (Kentikelenis et al., 2011; Stuckler, McKee, 2012), λόγω του μεγάλου χρόνου αναμονής, της απόστασης των ιατρείων κα. Οι ενέργειες αυτές είναι κατανοητό ότι συμβαίνουν λόγω περιορισμών του οικογενειακού προϋπολογισμού λόγω της κρίσης (Vandoros et al., 2013). Επίσης, οι χειρουργικές κλινικές ανησυχούν για τις σημαντικές μειώσεις των δαπανών για την υγεία με αποτέλεσμα τον περιορισμό του κατάλληλου εξοπλισμού για την πραγματοποίηση των χειρουργικών επεμβάσεων με αποτέλεσμα τον φόβο της επιδείνωσης της υγείας των ασθενών που χρειάζονται επέμβαση (Karidis et al., 2011).

Οι αλλαγές στην υγεία λόγω οικονομικής κρίσης οδήγησαν τους ασθενείς στην δημόσια υγεία και στην μείωση του ιδιωτικού ιατρικού τομέα. Αυτό αποδεικνύεται από την αύξηση του αριθμού των επισκέψεων στα δημόσια νοσοκομεία κατά 24% κατά την περίοδο 2009-2010, η οποία αυξήθηκε κατά 8% το πρώτο εξάμηνο του 2011, ενώ κατά την περίοδο 2009-2010 παρατηρήθηκε μείωση των επισκέψεων στα ιδιωτικά νοσοκομεία κατά 25-30% (Kalafati, 2012).

Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία που προέρχονται από την Ευρωπαϊκή Ένωση και αναφέρονται στον τρόπο διαβίωσης και το ετήσιο ατομικό εισόδημα, οι Έλληνες πολίτες το 2009 σε σύγκριση με το 2007 (πριν την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης) παρουσιάζουν 15% μείωση στις πιθανότητες επίσκεψης για συμβουλή από γιατρό. Αυτό συμβαίνει γιατί με την δυνατότητα αναζήτησης συμβουλευτικής θεραπείας από γιατρούς των εξωτερικών γιατρών με σχετικά μικρό κόστος (5 ευρώ ανά επίσκεψη), η πρόσβαση στην δημόσια υγεία παρουσιάζει αύξηση. Επίσης, η έρευνα αναφέρει ότι προβλήματα όπως μειωμένο προσωπικό, μη επάρκεια ιατρικών παροχών, μείωση του

προϋπολογισμού των νοσηλευτικών οργανισμών κ.α, εξακολουθούν έως και σήμερα να υπάρχουν (Euro Health Net, 2011).

Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην υγεία προκαλεί ανησυχία, καθώς παρατηρείται αύξηση των τιμών της ψυχικής υγείας, των αυτοκτονιών και των επιδημιών λόγω της ανεργίας και των δύσκολων οικονομικών συνθηκών. Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην υγειονομική περίθαλψη είναι σημαντικές καθώς περιλαμβάνουν περικοπές στις δημόσιες δαπάνες για την υγεία με μείωση του αριθμού των εργαζομένων υγειονομικής περίθαλψης και των μισθών τους, περικοπές στις συντάξεις, περικοπές στην προμήθεια ιατρικών προϊόντων, ταχείες μεταρρυθμίσεις στους φαρμακευτικούς και κοινωνικούς τομείς ασφάλισης και συγχώνευση μονάδων υγειονομικής περίθαλψης. Σύμφωνα με στοιχεία που προέρχονται από το Υπουργείο Υγείας, συγκεντρωτικά το χρονικό διάστημα μεταξύ του 2009 και του 2011 οι δημόσιες δαπάνες μειώθηκαν συνολικά κατά έτος 19,5% (Vandoros, Stargardt, 2013). Ταυτόχρονα υπήρξε και μία αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών στα δημόσια νοσοκομεία σε αντίθεση με τις ιδιωτικές κλινικές (Emmanouilidou, Burke, 2013).

Για πολλά χρόνια το Ελληνικό Σύστημα Υγείας βρισκόταν σε μια κατάσταση συνεχούς κρίσης με προβλήματα στην αποδοτικότητα την αποτελεσματικότητα, την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, την οργάνωση, τη δομή, το διοικητικό προσωπικό, την έλλειψη αξιολογήσεων σκοπιμότητας, καθώς και τα ανεπαρκή νοσοκομεία και το ανεπαρκές εργατικό δυναμικό (Notara et al., 2010). Πολλές έρευνες έχουν ασχοληθεί με την ανάγκη μεταρρύθμισης του οργανωτικού και διοικητικού συστήματος υγείας για την ενδυνάμωση της αποτελεσματικότητάς του (McKee et al., 2012). Τα προβλήματα στην διαχείριση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, ήταν εμφανή πριν από την κρίση καθώς γίνονταν σημαντικές περικοπές στις δαπάνες υγείας. Το πραγματικό όμως πρόβλημα δεν είναι το ποσό των χρημάτων που δαπανώνται για την υγειονομική περίθαλψη, αλλά ο τρόπος και πού δαπανώνται και για ποιες αιτίες (Liaporoulos, 2012). Σύμφωνα με στοιχεία που προέρχονται από το Υπουργείο Υγείας, συγκεντρωτικά το χρονικό διάστημα μεταξύ του 2009 και του 2011 οι δημόσιες δαπάνες μειώθηκαν συνολικά κατά έτος 19,5% (Vandoros, Stargardt, 2013).

Κάθε οικονομική κρίση προκαλεί μείωση του ΑΕΠ, πτώση του οικογενειακού και ατομικού εισοδήματος της πλειοψηφίας των πολιτών, αυξάνει το επίπεδο ανεργίας και τον κίνδυνο απώλειας της εργασίας και χειροτερεύει τις συνθήκες διαβίωσης. Επίσης περιορίζει τις κοινωνικές παροχές και την ασφαλιστική κάλυψη, προκαλεί

δυσλειτουργία στις υπηρεσίες υγείας και δυσχεραίνει την πρόσβαση των πολιτών σε αυτές. Επίσης πρέπει να αναφερθεί πως σε ότι αφορά στις συμπεριφορές που αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την υγεία, ενώ στον γενικό πληθυσμό παρατηρείται μείωση του καπνίσματος και της κατανάλωσης αλκοόλ καθώς και των τροχαίων ατυχημάτων, οι ομάδες πληθυσμού που πλήττονται πιο πολύ από την οικονομική κρίση υιοθετούν περισσότερο ανθυγιεινές συνήθειες. Η πιο ευάλωτη ομάδα είναι αυτή των ανέργων η οποία αυξάνεται σε αριθμό όλο και περισσότερο. Η αύξηση των αστέγων αποτελεί επίσης απειλή για τη δημόσια υγεία. Στην Ελλάδα, από το 2009 έως το 2011 ο αριθμός των αστέγων αυξήθηκε κατά 25% (Στάκλερ κ.α, 2014).

ΣΤ. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η Ελλάδα από το 2009 βυθίστηκε στην πιο σημαντική οικονομική κρίση στην περίοδο της μεταπολίτευσης. Μέσα σε 4 μόλις χρόνια έχασε το 25% του ΑΕΠ της, η ανεργία έφτασε το 27,3% για το έτος 2013, ο αριθμός των ανασφάλιστων ατόμων ανήλθε στα 2 εκατομμύρια (Υπουργείο Εργασίας, 2014), ενώ το ποσοστό του πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού, το 2012 υπερέβη το 34,5% του πληθυσμού. Συνεπώς, η κρίση δεν άφησε ανεπηρέαστο και τον υγειονομικό τομέα, αφού κατά το χρονικό διάστημα 2009–2012 οι συνολικές δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν κατά 5,4 δις € (23,7%). Μέσα σε αυτό το πλαίσιο κρίθηκε απαραίτητο να ληφθούν μέτρα για την αύξηση της αποδοτικότητας στη χρήση των πόρων και την εισαγωγή διαρθρωτικών αλλαγών που ουσιαστικά ήταν αναγκαία και πολύ πριν από την οικονομική κρίση. Τα μέτρα περιλάμβαναν τον εξορθολογισμό των προμηθειών των νοσοκομείων, τον έλεγχο της συνταγογράφησης, την καλύτερη οργάνωση και το συντονισμό της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας καθώς και την καταγραφή, την ανάλυση και τη μελέτη των οικονομικών μεγεθών της υγείας μέσω του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας. Ωστόσο όμως ελήφθησαν και μέτρα οριζόντιων περικοπών, τα οποία απέρρεαν κυρίως από τις δεσμεύσεις που ανέλαβε η χώρα μέσω των δανειακών συμβάσεων, τις οποίες υπέγραψε. Μέσα στην περίοδο της κρίσης, η Ελλάδα μείωσε συνολικά τη δημόσια δαπάνη υγείας περισσότερο από 25%, τη στιγμή που οι δημόσιες δαπάνες υγείας της Ελλάδας ήταν από τις χαμηλότερες στην Ευρώπη. Την ίδια στιγμή, οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης

υγείας κατά 5% για την περίοδο 2009–2012. Συνεπώς προκλήθηκαν δυσχέρειες στην προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας, κυρίως από τις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού. Αναφορικά με την επίπτωση της οικονομικής κρίσης στους δείκτες υγείας του ελληνικού πληθυσμού, παρότι είναι πολύ νωρίς ακόμη για την ασφαλή διεξαγωγή συμπερασμάτων, φαίνεται ότι αρκετοί από αυτούς επιδεινώθηκαν. Πρέπει να σημειωθεί, για παράδειγμα, ότι παρατηρείται αύξηση στην επίπτωση διαφόρων λοιμωδών νοσημάτων όπως της φυματίωσης, της μηνιγγίτιδας και της Ηπατίτιδας Α, σύμφωνα με το ΚΕΕΛΠΝΟ κατά το χρονικό διάστημα 2011–2013. Σημαντική αύξηση καταγράφηκε και στα διαγνωσμένα περιστατικά λοίμωξης HIV, κυρίως μεταξύ των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών που αυξήθηκε περισσότερο από 11 φορές (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2013). Τέλος, αύξηση έχει σημειωθεί και στους δείκτες θνησιμότητας, όπως για παράδειγμα στους θανάτους από λοιμώδη, από υπερτασική νόσο, καθώς και από συγγενείς ανωμαλίες ενώ σημαντική αύξηση παρουσιάζουν και οι θάνατοι από επιπλοκές κατά την ιατρική περίθαλψη κατά 58%. Είναι λοιπόν σαφές πως για να διασφαλίσει το σύστημα υγείας τη βιωσιμότητά του, χρειάζεται μέτρα που απευθύνονται τόσο στην προσφορά όσο και στη ζήτηση. Στρατηγικές για την καλύτερη αξιοποίηση πόρων και αύξηση της αποδοτικότητας θα πρέπει να υιοθετηθούν και να ενισχυθούν (Καϊτελίδου, 2014).

Η μελέτη των πολιτικών που εφαρμόστηκαν στην Ελλάδα μέσα στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης οδηγεί στο συμπέρασμα ότι παρά το μεγάλο εύρος των μέτρων που λήφθηκαν φαίνεται να έχει παραμεληθεί η προσανατολισμένη στον πολίτη παροχή υπηρεσιών. Οι περικοπές των δαπανών υγείας θα πρέπει να γίνονται μέσα από τον εξορθολογισμό του συστήματος και τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών. Έτσι επιτυγχάνεται η εξοικονόμηση πόρων οι οποίοι μπορούν να διοχετευθούν στη συνέχεια για τη βελτίωση της κάλυψης του πληθυσμού (Οικονόμου, 2013).

Με βάση την εμπειρία των πρόσφατων μεταρρυθμίσεων, έχει εντοπιστεί ένας αριθμός σημαντικών παραγόντων που μπορούν να συμβάλλουν στη δημιουργία συστημάτων υγείας πιο αποτελεσματικών, προσβάσιμων και ανθεκτικών. Οι παράγοντες αυτοί περιλαμβάνουν:

- τη σταθερή χρηματοδότηση για τη διασφάλιση του σχεδιασμού και της συνέχειας στην παροχή υπηρεσιών

- ένα σταθερό σύστημα προσαρμογής κινδύνου και καταμερισμού κινδύνου για να διασφαλιστεί ότι οι πόροι δαπανώνται σύμφωνα με τις ανάγκες
- Την Αξιολόγηση Τεχνολογιών Υγείας για την υποβοήθηση του καθορισμού των προτεραιοτήτων
- την αποδοτική από άποψη κόστους-αποτελέσματος χρήση φαρμάκων σε συνδυασμό με μέτρα προαγωγής ενός ορθολογικού συστήματος συνταγογράφησης και διανομής
- την ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και την διασύνδεσή της με τη δευτεροβάθμια
- τη δίκαιη κατανομή του προσωπικού υγείας
- την υιοθέτηση διαλειτουργικών συστημάτων και υπηρεσιών ηλεκτρονικής υγείας
- τη μείωση του διοικητικού κόστους, διατηρώντας παράλληλα την ικανότητα διαχείρισης του συστήματος υγείας
- τη λήψη μέτρων για τους οικονομικά ασθενέστερους και τους τακτικούς χρήστες υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (Άτυπο Συμβούλιο των Υπουργών Υγείας, 2014).
- την εκπαίδευση και την ενημέρωση των πολιτών, με στόχο την ανάληψη και από μέρους τους, ενός περισσότερο ενεργητικού ρόλου για τη διατήρηση του επιπέδου της υγείας τους

Συγκεκριμένα η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας οδηγεί σε καλύτερη υγεία, μειώνει τις ανισότητες πρόσβασης μεταξύ των πολιτών και περιορίζει τις δαπάνες υγείας, καθώς συνδέεται με λιγότερες περιττές ενδονοσοκομειακές νοσηλείες. Μέσα στο πλαίσιο αυτό, η αναδιοργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα με την ίδρυση του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) φαίνεται πως αποτελεί ένα σημαντικό βήμα προς την επίτευξη της καθολικής πρόσβασης όλων των πολιτών στο σύστημα υγείας χωρίς να απαιτηθούν επιπλέον δαπάνες για την λειτουργία του. Στο ΠΕΔΥ εντάχθηκαν όλα τα κέντρα υγείας της

χώρας και οι μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας του ΙΚΑ, αξιοποιώντας το ήδη υπάρχον προσωπικό και τις ήδη υπάρχουσες κτιριακές υποδομές. Ο νόμος για το ΠΕΔΥ προβλέπει πρόσβαση στις μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης όλων των πολιτών, ανεξάρτητα από την ασφαλιστική τους κατάσταση, ενώ ταυτόχρονα παρέχεται η δυνατότητα για δωρεάν εξετάσεις σε όλους τους πολίτες χωρίς οικονομική συμμετοχή στα εργαστήρια των μονάδων. Βέβαια η πλειοψηφία των μεταρρυθμιστικών πρωτοβουλιών για το ΠΕΔΥ βρίσκονται ακόμα σε εξέλιξη όμως η λειτουργία του αποτελεί κομβικής σημασίας εγχείρημα για την οργάνωση ενός αποτελεσματικού, αποδοτικού και οικονομικά βιώσιμου συστήματος υγείας για την Ελλάδα.

Επίσης θετικό παράδειγμα σε ότι αφορά την προσπάθεια για μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας αποτελεί η υπογραφή της κοινής υπουργικής απόφασης για την κάλυψη των ανασφάλιστων στην Ελλάδα (ΦΕΚ Β/1465/5 Ιουνίου 2014), αρκεί το μέτρο να εφαρμοστεί ανεμπόδιστα.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Appleby, J. (2008), The credit crisis and health care. *Br Med J*.
- Black, D., Morris, J., Snith, C. & Townsend, P. (1980). The Black Report. Department of Health and Social Security. London, HMSO.
- Claessens S., Kose A., (2013), Financial Crises: Explanations, Types, and Implications, IMF Working Paper WP/13/28.
- Economou, A., Nikolaou, A. & Theodossiou, I. (2007). Are recessions harmful to health after all. Evidence from the European Union. Centre for European Labour Market Research. University of Aberdeen, UK, Business School Working Paper Series.
- Erol, M., Apak, S., Atmaca, M. & Öztürk, S. (2011), Management measures to be taken for the enterprises in difficulty during times of global crisis: An empirical study. Published by *Elsevier, Procedia Social and Behavioral Sciences 24*, pp.16–32.
- European Commission. (2003), The Social Situation in the European Union. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Health Inequalities. (2005). UK Public Health Association.
- Honohan, P. and L. Laeven (eds.), (2007), Systemic Financial Crises, Cambridge Books, Cambridge University Press.
- Independent Inquiry into Inequalities in Health Report. (1999). The Stationery Office, London.
- Jahoda M. (1982), Employment and unemployment: a social-psychological analysis, Cambridge University Press, 1st ed., 88-96.
- Kannan, P., A. Scott, and M. E. Terrones, (2013), “From Recession to Recovery: How Soon and How Strong,” in S. Claessens, M. A. Kose, L. Laeven, and F. Valencia, eds., Financial Crises, Consequences, and Policy Responses, forthcoming.
- Kothari, C. R. (2004). *Research methodology: Methods and techniques*. New Age International.
- McKee, M., Suhrcke, M., Nolte, E., Lessof, S., Figueras, J., Duran, A. & Menabde, N. (2009). *Health systems, health and wealth: a European perspective*. Lancet.

- Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J. & Kutzin, J. (2002). *Funding health care: options for Europe*. Open University Press, Philadelphia.
- Musgrove, P. (1987). The economic crisis and its impact on health and health care in Latin America and the Caribbean. *International Journal of Health Services*.
- Mackenbach, J.P. (2005), Health Inequalities: Europe in profile. Expert report, UK Presidency of the EU.
- OECD. (2015), Health at a glance 2015, OECD Indicators. OECD
- Ruhm, C. (2000). Are recessions good for your health? *Q J Econ*.
- Sharpe, W. E. (1963), A Simplified Model for Portfolio Analysis, *Management Science*, Vol. 9, No. 2 (Jan., 1963), pp. 277-293.
- Sissela, B. (2004). Rethinking the WHO Definition of Health. Working Paper Series. Harvard Center For Population and Development Studies.
- WHO (2009). *The financial crisis and global health*. Geneva: WHO.
- <https://el.wikipedia.org/wiki> : τελευταία επίσκεψη: 10/4/2017

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αθανασόπουλος Γ., « Οι σύγχρονες πολιτικές υγείας μπροστά σε νέες προκλήσεις», <http://socialpolicy.gr/2016/11> , τελευταία επίσκεψη : 4/4/2017
- Άτυπο Συμβούλιο των Υπουργών Υγείας, (2014). Οικονομική κρίση και υγειονομική περιθαλψη . Έγγραφο συζήτησης . Αθήνα, <http://gr2014.eu/sites/default/files/%CE%9F%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CE%AE%20%CE%BA%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B7.pdf> τελευταία επίσκεψη 5/4/2017
- Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, (2011), Οικονομικές κρίσεις και διεθνές σύστημα, Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Δημόσιας Διοίκησης, <http://www.pspa.uoa.gr/proptyxiakes-spoydes/programma-spoydon/eley8erh-epilogi/ma8imata-xeimerinoy-e3aminoy/42947-oikonomikes-kriseis-kai-die8nes-systhma.html> τελευταία επίσκεψη: 6/6/2017

Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (ΕΛΣΤΑΤ), Διαθέσιμο από <http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE> τελευταία επίσκεψη: 6/6/2017

Η Τράπεζα της Ελλάδος, (2008-2013) .Το χρονικό της μεγάλης κρίσης. Κέντρο Πολιτισμού, Έρευνας και Τεκμηρίωσης, 2008-2013

Θεοδώρου Μ., (1999), Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Σχολή κοινωνικών επιστημών ΕΑΠ, Ομάδα εκτέλεσης έργου ΕΑΠ, Πάτρα

ΙΚΠΠ. Hellas Health (2006), Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού, Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

ΙΚΠΠ. Hellas Health (2010), Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού, Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

ΙΚΠΠ. Hellas Health (2013), Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού, Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

ΙΚΠΠ. Hellas Health (2015), Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού, Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Καϊτελίδου Δ. (2014), Οικονομική κρίση και βιωσιμότητα του Ελληνικού Συστήματος Υγείας. Νοσηλευτική 2014, 53(2): 129–132 • HELLENIC JOURNAL OF NURSING 2014, 53(2): 129–132

Κοντορουχά, Ε. (2011), Οικονομική Κρίση 21ου αιώνα: Επιπτώσεις στην Πρόσληψη Τροφής των Ελλήνων. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Διατροφής - Διαιτολογίας, Σητεία.

Κότιος Α., Παυλίδης Γ.(2012), Διεθνείς Οικονομικές Κρίσεις „Rosili,

Κυριόπουλος, Γ. (2010), Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη, 16ο Πανελλήνιο Συνέδριο εσωτερικής Παθολογίας, Αθήνα.

- Κυριόπουλος Ι. Σκρουμπέλης Α. (2012). Η υπέρβαση της κρίσης στον ΕΟΠΥΥ: ένα σχέδιο ανασυγκρότησης της ασφάλισης και της περίθαλψης. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.
- Λιαρόπουλος, Λ. (2010). *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας. Διεθνή Συστήματα Υγείας*. Β τόμος. Βήτα medical arts, Αθήνα, 2010.
- Λυγούρα, Δ. (2013). Οικονομική Κρίση και Καταναλωτικές Συνέπειες. Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Οικιακής Οικονομίας και Οικολογίας.
- Μαλλιαρόπουλος, Δ. (2010). Η Κρίση των Subprimes. Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Τμήμα Χρηματοοικονομικής & Τραπεζικής Διοικητικής, ΜΠΣ Χρηματοοικονομική Ανάλυση για Στελέχη Επιχειρήσεων.
- Μαλλιαρού Μ., Σαράφης Π, (2012), Οικονομική κρίση. Τρόπος Επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας, Τριμηνιαίο επιστημονικό, ηλεκτρονικό περιοδικό του τμήματος Νοσηλευτικής Α, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθηνών.
- Ματσαγγάνης, Μ. (2011), Η Κοινωνική Πολιτική σε Δύσκολους Καιρούς. Οικονομική Κρίση, Δημοσιονομική Λιτότητα και Κοινωνική Προστασία, Αθήνα: Κριτική.
- Οικονόμου Χ. (2013), Η λιτότητα βλάπτει σοβαρά την υγεία , Δοκίμια
- Οικονόμου Χ.,(2012), Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα, ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας , Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων
- ΟΟΣΑ, (2014), «Υγεία με μια ματιά: Ευρώπη 2014» http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2014_exs_el.pdf , τελευταία επίσκεψη 5/4/2017
- Πατελάρου Α., Μανιδάκη Α., Μπαλολάκης Α., Ορφανού Ε., Πατελάρου Ε. (2012), Οι επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης στην υγεία, Προτάσεις για Παρέμβαση, Διαθέσιμο από http://magazine.enne.gr/wp-content/uploads/2012/01/oi_epiptoseis_tis_oikonomikis_krisis_stin_igeia.pdf τελευταία επίσκεψη 5/4/2017
- Σούλης Σ. (1999), Οικονομική της υγείας, Β΄ Έκδοση, Αθήνα.
- Στάκλερ Ν, Σάντζει Μ. (2014), Πολιτικές ζωής και θανάτου. Πως η κρίση επηρεάζει την ανθρώπινη υγεία, Αθήνα: Εκδόσεις Ψυχογιός

Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος,(2015). Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα 2014. Γεγονότα και Στοιχεία. Παρατηρητήριο Οικονομικών Υγείας, IOBE. Νοέμβριος 2015.

Φουντανίδου Ε, (2015),Ωρα μηδέν για ΕΟΠΥΥ και νοσοκομεία, Το Βήμα.

Χαραλάμπους, Α. & Τσίτση, Θ. (2010), Οι επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης στον τομέα της υγείας και η ανάπτυξη ενός υπερεθνικού ρυθμιστικού πλαισίου, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής.