



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο ελληνικό
σύστημα υγείας σε σχέση και με άλλες ευρωπαϊκές χώρες**

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ

ΑΘΑΝΑΣΙΑ ΛΙΑΚΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΟΛΓΑ ΣΙΣΚΟΥ

ΑΘΗΝΑ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2018

**Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο ελληνικό
σύστημα υγείας σε σχέση και με άλλες ευρωπαϊκές χώρες**

Περίληψη

Σκοπός: Η οικονομική κρίση που διέρχεται η χώρα, έχει διαταράξει τις οικονομικές, κοινωνικές, πολιτικές και πολιτιστικές ισορροπίες, τουλάχιστον όπως ήταν γνωστές από την εποχή της μεταπολίτευσης ως το 2009. Το υπερδιογκωμένο δημοσιονομικό χρέος της χώρας και η άμεση εμπλοκή των δανειστών στις εσωτερικές υποθέσεις με την υπογραφή τριών μνημονίων οδήγησαν σε πολιτικές λιτότητας. Στην παρούσα εργασία εξετάζονται οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας της Ελλάδας σε σχέση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες, οι οποίες βρέθηκαν στη δίνη της οικονομικής ύφεσης το διάστημα 2007-2009.

Μέθοδοι: Η μελέτη εστιάζει κυρίως στις διαφορετικές πολιτικές υγείας που υιοθετήθηκαν από τα ευρωπαϊκά κράτη. Για τη διερεύνηση του ερευνητικού ερωτήματος επιλέχθηκε η μέθοδος της βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Συγκεκριμένα, επιλέχθηκαν μελέτες, έρευνες, άρθρα και πηγές, που σχετίζονται με το ζήτημα της επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην ποιότητα και στην αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας. Από τις συνολικά 167 μελέτες που εντοπίστηκαν και σχετίζονταν με τις θεματικές που προσεγγίζονται στο παρόν πόνημα, συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση οι 54 μετά την εφαρμογή των κριτηρίων αποκλεισμού και συμπερίληψης που τέθηκαν εκ των προτέρων. Βασικός περιορισμός για την επιλογή ενός βιβλιογραφικού τεκμηρίου αποτέλεσε η χρονική διάρκεια συγγραφής, η οποία αφορά το διάστημα μετά το 2007 ως και σήμερα.

Αποτελέσματα: Από την ερευνητική μελέτη προκύπτει η θετική συσχέτιση της οικονομικής κρίσης και της μείωσης των δαπανών υγείας με το προσδιοριζόμενο χαμηλό επίπεδο του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Την ίδια στιγμή που αυξάνεται το οικονομικό κόστος των υγειονομικών παροχών, το οποίο καλείται να καλύψει ο ίδιος ο πολίτης, μειώνεται η ποιότητά τους. Από τη διαμορφούμενη κατάσταση έχουν επηρεαστεί κατά κύριο λόγο τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα. Οι δυσμενείς συνέπειες τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική υγεία πληθαίνουν και οι κρατικοί φορείς αδυνατούν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που ανακύπτουν, λόγω οικονομικής στενότητας.

Συμπεράσματα: Η έρευνα οδηγεί στο συμπέρασμα ότι το ελληνικό σύστημα υγείας θα μπορούσε να βελτιώσει τους δείκτες αποδοτικότητας και ποιότητας αν ακολουθούσε το παράδειγμα των προηγμένων, κυρίως, ευρωπαϊκών κρατών, όπου το βάρος των μεταρρυθμίσεων μετατοπίστηκε στον εκσυγχρονισμό των συστημάτων υγείας, μέσω της ενίσχυσης των εξωνοσοκομειακών δομών, του εξορθολογισμού της φαρμακευτικής περίθαλψης και της αποφυγής της άσκοπης χρήσης της δευτεροβάθμιας φροντίδας.

Λέξεις κλειδιά:

Οικονομική Κρίση

Σύστημα Υγείας

Δημόσιες και Ιδιωτικές Δομές Υγείας

Υγειονομικές Μεταρρυθμίσεις

Επιπτώσεις στην Υγεία

Ψυχική Υγεία

Σωματική Υγεία

Abstract

Purpose: The economic crisis that is going through the country, has deranged economic, social, political and cultural balances, at least as they were known from the post-Junta period to 2009. The overcrowded fiscal debt of the country and the direct involvement of lenders in domestic affairs with the signing of three memoranda led to austerity policies. This study examines the impact of the economic crisis on the healthcare system of Greece in relation to the other European countries, which were found in the spiral of the economic recession in 2007-2009.

Methods: The study focuses mainly on the different health policies adopted by European states. The bibliographic review method was chosen to identify the research question. Specifically, studies, surveys, articles and other sources were selected that relate to the issue of the impact of the economic crisis on the quality and effectiveness of the healthcare system. Out of a total of 167 studies identified and related to the themes approached in this thesis, 54 were included in the review after applying the exclusion and inclusion criteria set out in advance. The main limitation for the selection of a bibliographic presumption was the period of writing, which concerns the post-2007 period to date.

Results: This study shows the positive correlation of the economic crisis and the reduction of health expenditures with the low level of the healthcare system in Greece. At the same time that the financial cost of health benefits covered by out of pocket payments increases, their quality decreases. The emerging situation has mainly affected the lower social strata. The adverse effects on both physical and mental health are increasing and state bodies are unable to cope with the problems that arise, due to financial constraints.

Conclusions: The present research suggests that the Greek healthcare system could improve efficiency and quality indicators by following the example of the advanced European countries in particular, where the burden of reforms has shifted to the modernization of healthcare systems through the strengthening of out-of-hospital structures, the efficient use of the pharmaceutical sector and the avoidance of unnecessary use of the system.

Key words:

Economic Crisis

Healthcare System

National and Private Healthcare Structures

Sanitary Reforms

Health Consequences

Mental Health

Physical Health

Ευχαριστίες

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε κατά το ακαδημαϊκό έτος 2016-2017 στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας», του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου. Επιβλέπουσα ήταν η κα Όλγα Σίσκου και η επιτροπή απαρτίστηκε από τους κο Θεοδώρου και κο Γαλάνη.

Επιθυμώ να εκφράσω ιδιαιτέρως τις ευχαριστίες και την εκτίμησή μου στην καθηγήτριά μου, κα Όλγα Σίσκου, για την εμπιστοσύνη που επέδειξε προς το πρόσωπό μου και για τη συμπαράσταση και την καθοδήγηση που μου παρείχε κατά την εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας, αλλά και κατά την διάρκεια των μεταπτυχιακών σπουδών μου. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τους καθηγητές μου στα μαθήματα του μεταπτυχιακού κύκλου σπουδών για τις ποικίλες γνώσεις που μου πρόσφεραν, αλλά και που επιβεβαίωσαν με τον καλύτερο τρόπο την ορθότητα της επιλογής μου να έρθω σ' επαφή με το γεμάτο ενδιαφέρον και εκπλήξεις κόσμο της πολιτικής της υγείας.

Περιεχόμενα

Εισαγωγή	Σελ. 16
Κεφάλαιο 1^ο: Οικονομική κρίση και Σύστημα Υγείας	20
1.1 Ορισμός της οικονομικής κρίσης	20
1.2 Ιστορική αναδρομή της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα	24
1.3 Αποτύπωση της ελληνικής οικονομικής κρίσης	29
1.3.1 ΑΕΠ	32
1.3.2 Πληθωρισμός	33
1.3.3 Δημόσιο έλλειμμα	33
1.3.4 Δημόσιο χρέος	34
1.3.5 Απασχόληση	35
1.3.6 Ανεργία	35
1.3.7 Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός	38
Κεφάλαιο 2^ο: Ελληνικό Σύστημα Υγείας	40
2.1 Ορισμός Συστήματος Υγείας	40
2.2 Οργάνωση του ελληνικού συστήματος υγείας	42
2.3 Σύγχρονοι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες που επηρεάζουν το σύστημα υγείας και το επίπεδο υγείας στην Ελλάδα	47
2.4 Προβλεπόμενα μέτρα από το ΔΝΤ και τους Ευρωπαϊκούς θεσμούς στον τομέα υγείας	50
Κεφάλαιο 3^ο: Μεθοδολογία	52
3.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα	52
3.2 Κριτήρια για τη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας	53

3.3	Στρατηγική αναζήτησης για την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας	53
3.4	Ανάλυση των κριτηρίων αξιολόγησης των υπό ένταξη μελετών	54
3.5	Αποτελέσματα βιβλιογραφικής έρευνας και διάγραμμα ροής	55
	Κεφάλαιο 4^ο: Αποτελέσματα	58
4.1	Αποτέλεσμα οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας στην Ευρώπη και στην Ελλάδα	58
4.1.1	Εξέλιξη δαπανών/ επάρκεια πόρων	58
4.1.2	Αντίδραση των συστημάτων υγείας-επιπτώσεις στην υγεία	62
4.1.3	Προσβασιμότητα	66
4.1.4	Αποτελεσματικότητα/ ποιότητα υπηρεσιών	70
4.2	Κρίση και ψυχική υγεία	74
4.2.1	Κατάθλιψη	80
4.2.2	Άγχος	81
4.2.3	Καταχρήσεις	83
4.2.3.1	Κατανάλωση αλκοολούχων ποτών	83
4.2.3.2	Κάπνισμα	85
4.2.3.3	Ναρκοτικές ουσίες και παράνομα φάρμακα	86
4.2.4	Αυτοκτονίες	87
4.3	Κρίση και σωματική υγεία	88
4.3.1	Διατροφή και φυσική άσκηση	89
4.3.2	Χρήση δομών υγείας	91
4.3.3	Πρόληψη	95

4.3.4	Θεραπεία	97
4.4	Θνησιμότητα	100
4.4.1	Θνησιμότητα και ανεργία	102
4.4.2	Θνησιμότητα και νοσήματα	103
4.4.3	Θνησιμότητα και χρήση υπηρεσιών υγείας	104
	Συμπεράσματα	106
	Βιβλιογραφία ελληνόγλωσση	111
	Βιβλιογραφία ξενόγλωσση	117
	Διαδικτυακές πηγές	124
	Παράρτημα	125

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 4.1 : Μελέτες που πραγματοποιούνται την αντίδραση των ευρωπαϊκών συστημάτων στη κρίση.....	65
Πίνακας 4α, 4β,4γ, 4δ : Μελέτες που πραγματοποιούνται τα αποτελέσματα της κρίσης στην ψυχική υγεία.....	76
Πίνακας 4.3: Ειδικά ποσοστά και απόλυτος αριθμός αυτοκτονιών ανά φύλο στην Ελλάδα.....	87
Πίνακας 4. 4: Μελέτες εμβολιαστικής κάλυψης σε πανελλαδικό επίπεδο.....	96

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1.1: Εξέλιξη των συνολικών δαπανών και των συνολικών εσόδων, 2005–15 (% του ΑΕΠ).....	32
Εικόνα 1.2: Η διαμόρφωση των ποσοστών ανεργίας στην Ελλάδα ανά ηλικιακή ομάδα για τον Οκτώβριο 2017.....	37
Εικόνα 1.3: Η διαμόρφωση των ποσοστών ανεργίας στην Ελλάδα ανά μορφωτικό επίπεδο για το έτος 2016.....	37
Εικόνα 1.4: Ποσοστό πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας ή σε κοινωνικό αποκλεισμό 2005, 2008-2016.....	39
Εικόνα 4.5: Εξέλιξη Συνολικών και Δημόσιων δαπανών για την Υγεία στην Ελλάδα και την Ευρωζώνη.....	58
Εικόνα 4.6: Συνολική Τρέχουσα Δαπάνη Υγείας για τα Έτη 2010-2015 (σε εκατ. ευρώ).....	59
Εικόνα 4.7: Συνολική Τρέχουσα Δαπάνη Ανά Φορέα Χρηματοδότησης για τα έτη 2011-2015 (εκατ. ευρώ).....	59
Εικόνα 4.8: Ετήσιος ρυθμός αύξησης της συνολικής δαπάνης υγείας στις χώρες της Ευρωζώνης, του ΟΟΣΑ και στην Ελλάδα (2000-2012).....	60

Εικόνα 4.9: Εξέλιξη της Δαπάνης Υγείας στην Ελλάδα (2003-2015)	62
Εικόνα 4.10: Δυσκολία σε υπηρεσίες υγείας λόγω κόστους, απόστασης και καθυστέρησης.....	67
Εικόνα 4.11: Αδυναμία κάλυψης ανάγκης για ιατρική εξέταση λόγω περιορισμών στην πρόσβαση ανά φύλο, σύμφωνα με αυτά που αναφέρουν οι ίδιοι οι πολίτες.	68
Εικόνα 4.12: Ποσοστό γυναικών ηλικίας άνω των 15 ετών, που έχουν κάνει μαστογραφία και εξέταση κυτταρολογικού ελέγχου (τεστ παπ), 2009, 2014	92
Εικόνα 4.13: Πωλήσεις κατά κεφαλήν για το 2012 στις χώρες της Ευρωζώνης.	98
Εικόνα 4.14: Κατανάλωση αντιβιοτικών για το 2014 στις χώρες της Ευρωζώνης....	99
Εικόνα 4.15: Δείκτης βρεφικής θνησιμότητας ανά έτος.....	101
Εικόνα 4.16: Κύριες αιτίες θανάτων στην Ελλάδα (2013).....	102

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ

ΑΕΠ:	Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν
ΔΑΠΥ:	Δηλώσεις Αναλυτικών Παραστατικών Υγείας
ΔΝΤ:	Διεθνές Νομισματικό Ταμείο
ΔΤΚ:	Δείκτης Τιμών Καταναλωτή
ΓΕΣΕΒΕΕ:	Γενική Συνομοσπονδία Επαγγελματιών Εμπόρων Ελλάδας
ΓΣΕΕ:	Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδος
ΕΕ:	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΕΘΕΨΥ:	Ελληνική Εταιρία Θετικής Ψυχολογίας
ΕΚΑΒ:	Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
ΕΚΤ:	Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα
ΕΚΤΕΠΝ:	Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για Ναρκωτικά
ΕΛΣΤΑΤ:	Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία
ΕΟΠΥΥ:	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΠΨΥ:	Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής
ΕΣΔΥ:	Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
ΕΣΕΕ:	Ελληνική Συνομοσπονδία Εμπορίου & Επιχειρηματικότητας
ΕΣΥ:	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΕΦΚΑ:	Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης
ΗΠΑ:	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
ΙΚΑ:	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
ΙΚΠ:	Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής
ΙΝΕ:	Ινστιτούτο Εργασίας
ΙΝ.ΕΜ.Υ.	Ινστιτούτο Εμπορίου και Υπηρεσιών
ΙΟΒΕ:	Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών
ΙΕ:	Ινστιτούτο Εργασίας
ΚΕΕΛΠΝΟ:	Κέντρο Ελέγχου & Πρόληψης Νοσημάτων

ΟΑΕΕ:	Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών
ΟΓΑ:	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
ΟΟΣΑ:	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας & Ανάπτυξης
ΟΠΑΔ:	Οργανισμός Παροχής Ασφάλειας Δημοσίου
ΤΠΕ:	Τεχνολογίες Πληροφορίας και Επικοινωνίας
ΥΠΕ:	Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΕΣ

EFSF:	European Financial Stability Facility
ESM:	European Stability Mechanism
HIV:	Human Immunodeficiency Virus
OECD:	Organisation for Economic Co-operation and Development

Εισαγωγή

Όταν ξέσπασε η παγκόσμια οικονομική κρίση του 2007, κανένας πολίτης της Ελλάδας δεν φανταζόταν, ότι το 2009 θα αποτελούσε την απαρχή μιας δυσάρεστης μακράς, όπως εξελίσσεται, περιόδου. Οι περίοδοι οικονομικής ανέχειας επιφέρουν σοβαρές επιπτώσεις τόσο στην υγεία του πληθυσμού όσο και στο ίδιο το σύστημα υγείας (Karanikolos et al., 2013), το οποίο υφίσταται αυστηρούς ελέγχους προκειμένου να συγκρατηθεί το κόστος των παροχών. Την ίδια στιγμή αποτελεί πρόκληση για τους κυβερνώντες να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τις ολοένα αυξανόμενες ανάγκες των πολιτών (Greer et al., 2016). Ο ΠΟΥ προειδοποιεί ότι οι αρνητικές συνέπειες της κρίσης θα είναι πολύ μεγαλύτερες για κράτη που έχουν χαμηλά χρηματοδοτικά αποθέματα, αδύναμους κοινωνικούς θεσμούς και κατεστραμμένες δομές, για αναπτυσσόμενα κράτη που θα περιοριστεί η οικονομική τους στήριξη, για ανεπτυγμένα κράτη που έχουν ζητήσει επείγουσα βοήθεια από το ΔΝΤ αλλά και για ευαίσθητες πληθυσμιακές ομάδες στο εσωτερικό των εύρωστων οικονομικά χωρών.

Η ελληνική οικονομική κρίση δεν μοιάζει να αποτελεί συνέπεια της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής ύφεσης, αλλά μάλλον απόρροια της μακροχρόνιας κακής κρατικής οικονομικής διαχείρισης. Ο δημόσιος τομέας υγείας στην Ελλάδα, για πολλά χρόνια, πριν από το ξέσπασμα της κρίσης, παρουσίαζε πολλές ιδιαιτερότητες. Τη στιγμή που οι κρατικές δαπάνες υγείας ολοένα και αυξάνονταν με αποτέλεσμα να υπερβούν το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας παρέμενε χαμηλή, όπως αντίστοιχα και η ικανοποίηση των ασθενών. Το δημόσιο σύστημα υγείας της Ελλάδας υιοθέτησε πολλά από τα γραφειοκρατικά χαρακτηριστικά του ευρύτερου δημόσιου τομέα, με αποτέλεσμα να γίνει αναποτελεσματικό, πελατειακό και μη ποιοτικό (Economou et al, 2015).

Στις περιόδους οικονομικής κρίσης απαιτείται ορθολογικός στρατηγικός σχεδιασμός προκειμένου να επιτευχθεί ταυτόχρονα η οικονομική εξυγίανση των δημοσιονομικών του κράτους αλλά και να διασφαλιστεί η υψηλή ποιότητα κατά την παροχή της φροντίδας υγείας των πληθυσμών. Στα πλαίσια αυτής της λογικής, οι κεντρικές διοικήσεις των κρατών καλούνται να προασπίσουν την υγεία ως δημόσιο αγαθό και να την παράσχουν στους ανθρώπους ισάξια και επαρκώς. Συνεπώς, η πολιτική ηγεσία

καλείται να αναπτύξει δράσεις που να θωρακίζουν το σύστημα υγείας, προκειμένου να μετριαστούν οι επιπτώσεις των περικοπών, της λιτότητας και της μείωσης των δαπανών (Quaglio et al., 2013).

Σήμερα, η Ελλάδα υπόκειται σε στενό δημοσιονομικό έλεγχο από φορείς της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Κεντρική Ευρωπαϊκή Τράπεζα) και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, και σε ένα αυστηρό πλαίσιο μεταρρυθμίσεων και διαρθρωτικών αλλαγών, οι οποίες προβλέπονται από τις δανειακές συμβάσεις και τα μνημόνια που υπογράφονται ως όροι για την περαιτέρω δανειοδότηση. Το πρόγραμμα αυτό της εκ νέου παροχής και λήψης δανείων ονομάστηκε Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής, και ως σήμερα δεν μοιάζει να αποφέρει τα αναμενόμενα αποτελέσματα (Economou et al, 2015). Μια από τις ιδιαίτερα έντονες και αποφασιστικές προτεραιότητες των δανειστών, υπήρξαν οι προσπάθειες αναδιάρθρωσης του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Ωστόσο, οι μεταρρυθμίσεις που επιχειρήθηκαν, στόχευαν αποκλειστικά στην περικοπή των δαπανών των υγειονομικών υπηρεσιών και της φαρμακευτικής περίθαλψης, γεγονός που επιδείνωσε ακόμα περισσότερο την ήδη προβληματική εικόνα του συστήματος.

Τον τελευταίο καιρό έχουν αυξηθεί σημαντικά οι μελέτες που αφορούν τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας της Ελλάδας, αλλά και άλλων χωρών της ΕΕ. Ταυτόχρονα εντείνονται και οι απόψεις πολιτικών, αλλά και επιστημόνων, που θεωρούν ότι η πηγή όλων των αρνητικών αποτελεσμάτων στο χώρο της υγείας είναι η ψήφιση και η εφαρμογή των μνημονιακών νόμων. Ωστόσο, το ελληνικό σύστημα υγείας παρουσίαζε σημαντικά δημοσιονομικά και διαρθρωτικά προβλήματα πολύ πριν την οικονομική κρίση και την επιβολή των μνημονίων.

Ο καθοριστικός ρόλος που έπαιξαν οι πολιτικές υγείας προ κρίσης γίνεται φανερός στο παράδειγμα των χωρών της βόρειας Ευρώπης όπου χώρες, όπως το Βέλγιο, η Γαλλία και η Ολλανδία κατάφεραν να βγουν σχεδόν αλώβητες από την οικονομική κρίση. Στην Ελλάδα, η ανάγκη ορθής κατανομής των περιορισμένων οικονομικών πόρων με γνώμονα τις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης και της αλληλεγγύης γίνεται σήμερα ακόμη πιο επιτακτική

Η παρούσα εργασία σκοπό έχει να εξετάσει το πώς αντιμετώπισαν την κρίση, τα συστήματα υγείας της Ευρωζώνης και πώς αντέδρασαν οι ελληνικές κυβερνήσεις, ιδίως υπό την πίεση των δανειστών. Παράλληλα, να καταγραφούν οι επιπτώσεις των υγειονομικών πολιτικών, οι οποίες προέκυψαν ως μέτρα αντιμετώπισης των έντονων οικονομικών προβλημάτων, και να αξιολογηθούν αν και κατά πόσο επηρέασαν την κοινωνική και προσωπική ζωή των Ελλήνων.

Η εργασία αποτελείται από τέσσερα κεφάλαια, που καλύπτουν τη θεωρία, τη μεθοδολογία και την έρευνα της προβληματικής. Στο πρώτο ορίζεται εννοιολογικά η οικονομική κρίση, γίνεται ιστορική αναδρομή της στην Ελλάδα και αποτυπώνονται τα χαρακτηριστικά της, όπως αυτά εμφανίζονται στην ελληνική πραγματικότητα. Καταγράφονται τα οικονομικά στοιχεία της περιόδου της οικονομική ύφεσης, που σχετίζονται με το ΑΕΠ, το δημόσιο έλλειμμα, το δημόσιο χρέος, καθώς επίσης αποτυπώνεται η υφιστάμενη κατάσταση στον τομέα της απασχόλησης, της ανεργίας, της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, εξετάζεται το ελληνικό σύστημα υγείας. Ορίζεται εννοιολογικά, περιγράφεται η οργάνωση και η δομή του, καταγράφονται οι κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες που το επηρεάζουν, αποδίδεται η εικόνα του επιπέδου της υγείας των Ελλήνων και γίνεται αναφορά των προτεινόμενων μέτρων των δανειστών, τα οποία σχετίζονται με τον τομέα της υγείας.

Στο τρίτο κεφάλαιο, περιγράφεται η μεθοδολογική προσέγγιση κατά την ανάπτυξη του θέματος, όπου αρχικά αναλύεται ο σκοπός και τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα. Καταγράφονται τα κριτήρια που ελήφθησαν υπόψη για τη διεκπεραίωση της συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης, περιγράφεται η στρατηγική που ακολουθήθηκε και παρατίθενται τα αποτελέσματά της, σε συνδυασμό με το διάγραμμα ροής.

Στο τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο, καταγράφονται τα αποτελέσματα της ερευνητικής προσπάθειας, τα οποία αφορούν στις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας των κρατών, και γίνεται ανάλυση των δαπανών, της προσβασιμότητας, της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα, αναλύονται τα δεδομένα που προέκυψαν από τη βιβλιογραφική

επισκόπηση, τα οποία σχετίζονται με την οικονομική κρίση και τις επιπτώσεις στην ψυχική αλλά και στη σωματική υγεία. Τέλος, καταγράφονται τα δεδομένα που αφορούν στη θνησιμότητα και στη συσχέτισή της με την ανεργία, τη νοσηρότητα και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Η εργασία ολοκληρώνεται με την παράθεση των συμπερασμάτων και με τη λίστα των βιβλιογραφικών παραπομπών.

Κεφάλαιο 1^ο: Οικονομική κρίση και Σύστημα Υγείας

1.1 Ορισμός της οικονομικής κρίσης

Η οικονομική κρίση είναι συνυφασμένη με τη μείωση της οικονομικής δραστηριότητας σε επίπεδο κράτους και συντελείται σταδιακά. Οι επιπτώσεις της κρίσης είναι έντονες και αφορούν σε εθνικό, κοινωνικό και ατομικό επίπεδο. Συνήθως μια χώρα που βρίσκεται στη δίνη της οικονομικής κρίσης βρίσκεται σε μια γενικότερη φθίνουσα πορεία στο σύνολο σχεδόν των τομέων, κοινωνικού, εκπαιδευτικού, υγειονομικού, πολιτισμικού και ανθρωπιστικού. Όταν γίνεται λόγος για οικονομική δραστηριότητα, εννοούνται όλες οι οργανωμένες ή μη στρατηγικές που σχετίζονται με τις επενδύσεις, με τις τιμές των προϊόντων, με το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν, με την απασχόληση κα (Κουφάρης, 2010).

Ενδεικτικό στοιχείο μιας οικονομικής κρίσης είναι η καθοδική πορεία των δεικτών των μακροοικονομικών μεγεθών της οικονομίας, και κυρίως ο περιορισμός των επενδυτικών πρωτοβουλιών και δράσεων. Σε ένα αρνητικό, επισφαλές και επαπειλούμενο οικονομικό περιβάλλον, οι επενδύσεις δεν εμφανίζουν σταθερό πρόσημο και δημιουργούν ένα αίσθημα ανασφάλειας, που επηρεάζει τη γενικότερη οικονομική ζωή του κράτους (Κουφάρης, 2010). Σύμφωνα με την Κομισιόν της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) (2009) η οικονομική κρίση αποτελεί τη καθοδική φάση των οικονομικών διακυμάνσεων, η οποία συνεπάγεται τη διαρκή συρρίκνωση της οικονομικής δραστηριότητας. Η θετική φάση είναι η περίοδος της οικονομικής ευημερίας, όπου οι επενδυτικοί δείκτες καταγράφουν συνεχή άνοδο. Οι δύο αυτές φάσεις, εναλλάσσονται κατά μέσο όρο ανά 7-11 χρόνια και η πορεία τους είναι κυκλική (Ο' Sullivan & Sheffrin, 2003).

Την ύπαρξη των οικονομικών κύκλων και των κυκλικών διακυμάνσεων της εθνικής οικονομίας όρισε στις αρχές του 20^{ου} αιώνα ο Kondratiev, οι οποίες επικράτησαν στη διεθνή βιβλιογραφία με τον όρο long waves, και ελληνιστί «μακρά κύματα». Ο Ρώσος οικονομολόγος διαπίστωσε ερευνητικά ότι σε διεθνές επίπεδο, οι τιμές και η ζήτηση των βασικών εθνικών προϊόντων αυξάνονται και μειώνονται ανά μακρές χρονικές περιόδους, τις οποίες υπολόγισε γύρω στα 45 με 55 χρόνια κατά μέσο όρο. Υποστήριξε ότι οι περίοδοι αυτές ήταν της οικονομικής ανόδου και της οικονομικής

καθόδου, οι οποίες εναλλάσσονται κυκλικά, δίνοντας η μια τη θέση της στην άλλη σε μια συνεχόμενη και σταθερή πορεία (Τσουλφίδης, 2005). Στο ίδιο θεωρητικό πλαίσιο, οι Kindleberger και Aliber (2005) υποστήριξαν ότι η οικονομική κρίση αποτελεί το κατώτατο σημείο της καμπύλης της ανακύκλωσης της οικονομίας, από το οποίο στη συνέχεια εκκινεί και το σημείο της ανάκαμψής της.

Σύμφωνα με τον Σφακιανάκη (1998) η οικονομική ανακύκλωση αποτελείται από τέσσερα στάδια: α) το ανοδικό, όπου η οικονομία ανθεί, β) της κρίσης, το οποίο έπεται της ανόδου, γ) της ύφεσης, δηλαδή της πτώσης των οικονομικών δεικτών, και δ) της ανάκαμψης, δηλαδή της οικονομικής αναζωογόνησης. Σε ισάριθμα στάδια υποστηρίζει ότι εξελίσσεται και η οικονομική κρίση, η οποία α) διαμορφώνεται, β) εκδηλώνεται, γ) εμφανίζονται οι επιπτώσεις, δ) ομαλοποιείται. Τα αίτια της κρίσης, ανιχνεύονται και εντοπίζονται κατά την περίοδο της οικονομικής ανάπτυξης, όπου η υπεραισιοδοξία οδηγεί σε ακατάλληλες δράσεις, επισφαλείς πρωτοβουλίες και έλλειψη ψυχραιμίας. Σε αυτό το κλίμα η οικονομία γίνεται ευάλωτη κι όταν πιέζεται, εύκολα καταρρέει. Ο Γεωργακόπουλος και οι συνεργάτες (1995) εστιάζουν το πρόβλημα της κρίσης στα φαινόμενα της υπερεπένδυσης, της υποκατανάλωσης, του πολλαπλασιαστική-επιταχυντή και της ψυχολογίας του όχλου.

Αν και έχουν καταγραφεί στην ξενόγλωσση και εγχώρια βιβλιογραφία πολλές προσπάθειες να ερμηνευτεί και να προσδιοριστεί ο όρος «οικονομική κρίση», οι περισσότεροι ορισμοί συγκλίνουν στο γεγονός της μείωσης της οικονομικής δραστηριότητας και των επενδύσεων. Σύμφωνα με τον Sharpe (1963), η κρίση της οικονομίας ταυτίζεται με τη στασιμότητα της αγοράς, με τη διατάραξη των ισορροπιών στις συναλλαγές, με δυσμενείς επιδράσεις στις επενδυτικές δυνάμεις, και σχετίζεται με αστάθμητους ή σταθμισμένους παράγοντες, που προκύπτουν σε διεθνές ή εθνικό επίπεδο. Αυτοί, μπορεί να είναι είτε οικονομικοί είτε διοικητικοί, σχετίζονται σχεδόν πάντα με τη κακοδιαχείριση, τη κακοδιοίκηση και τη διαφθορά σε επίπεδο πολιτικής ηγεσίας. Τα βασικά χαρακτηριστικά της κρίσης είναι η μείωση των επενδύσεων, η έλλειψη ρευστότητας, η αδυναμία πληρωμής εξωτερικού χρέους ή οικονομικών υποχρεώσεων, η χαμηλή κατανάλωση, η υψηλή ανεργία, ο εκφυλισμός του φορολογικού συστήματος, η αύξηση των ψυχολογικών προβλημάτων του

πληθυσμού. Ένας αστάθμητος παράγοντας που μπορεί να οδηγήσει σε οικονομική κρίση είναι οι φυσικές καταστροφές (Erol et al., 2011).

Ο Rosenthal και οι συνεργάτες του (1989) διατύπωσαν ότι η οικονομική κρίση, εκτός από τις σοβαρές επιπτώσεις που έχει σε μακροοικονομικό επίπεδο, απειλεί σε μεγάλο βαθμό την κοινωνική συνοχή, τη δομή και την ευρυθμία της κοινωνίας, τη λειτουργία και τη βιωσιμότητα των οργανισμών πρόνοιας και κοινωνικής μέριμνας. «Δοκιμάζει» τις αντοχές του κρατικού μηχανισμού και των πολιτών, καθώς ο πρώτος καλείται να λαμβάνει άμεσες και ταχείες αποφάσεις υπό κοινωνική, οικονομική και διεθνή πίεση, και οι δεύτεροι επιφορτίζονται με το μεγαλύτερο βάρος, που μεταφράζεται σε συρρίκνωση των εισοδημάτων τους, σε φορολογική επιβάρυνση, σε περιορισμό των κοινωνικών παροχών, σε ανεργία.

Σύμφωνα με τον de Grauwe (2010), η οικονομική κρίση μεταφράζεται με την αδυναμία των χρηματοπιστωτικών αγορών να διαθέσουν μεγάλα κεφάλαια σε αναπτυξιακές επενδύσεις, σε υποσχόμενους τομείς παραγωγής, λόγω αναποτελεσματικού στρατηγικού οικονομικού σχεδιασμού, λανθασμένης εκτίμησης των καταστάσεων, αδυναμίας πρόβλεψης των αρνητικών παραγόντων ή υπερεκτίμησης των δυνατοτήτων τους. Ο de Haan και οι συνεργάτες του (2012) σύνδεσαν την οικονομική κρίση με τη μειωμένη αγοραστική ισχύ του πληθυσμού, η οποία δεν δύναται να ανταποκριθεί στην υπερπληθώρα των παραγόμενων προϊόντων. Αυτό έχει σαν συνέπεια να μένουν αδιάθετα τα προϊόντα, να ζημιώνονται και να μην έχουν τα αναμενόμενα έσοδα οι επιχειρήσεις, να περιορίζουν το εργατικό τους δυναμικό καταφεύγοντας στη λύση των απολύσεων, να μειώνονται τα έσοδα του κράτους από τους φόρους κατανάλωσης, με αποτέλεσμα να αυξάνει την άνιση και άδικη φορολογία σε συγκεκριμένους επαγγελματικούς κλάδους και κοινωνικές τάξεις.

Ο Παπαστάμου (2011) και ο Mavroudeas (2013) συμφωνούν ότι η μείωση της οικονομικής δραστηριότητας, που συνοδεύεται με ανεργία, έλλειψη ρευστότητας, περιορισμό δυνατοτήτων πίστωσης, εκμηδένιση των παραγωγικών επενδύσεων, πτώση της αξίας και της αξιοπιστίας των τραπεζών, χρεοκοπία επιχειρήσεων, μείωση των πωλήσεων, εξασθένιση της καταναλωτικής ισχύος των πολιτών, ατομική και

συλλογική ανασφάλεια, συνεπάγεται την οικονομική κρίση, που μπορεί να είναι παγκόσμια, εθνική, συλλογική.

Η ομαλή λειτουργία της οικονομίας σχετίζεται με τη σταθερότητα στον ρυθμό κατανάλωσης των προϊόντων. Οποιαδήποτε διαταραχή παρατηρηθεί στη δεύτερη επηρεάζεται άμεσα η πρώτη. Όταν η υπερπαραγωγή δεν μπορεί να απορροφηθεί από τους καταναλωτές, η κατάσταση μετριάζεται τεχνηέντως μέσω της χρηματιστηριακής κερδοσκοπίας. Αυτή, καλύπτει την οικονομική δυσκαμψία, με ενεργοποίηση δράσεων που απορροφούν, επιφανειακά κι όχι κατ' ουσίαν, μέρος της μεγάλης ρευστότητας, η οποία προκύπτει από την αύξηση του παραγόμενου εισοδήματος που προορίζεται για το κεφάλαιο και όχι για την εργασία (Kaminsky, 2003). Οι μαρξιστές οικονομολόγοι χαρακτηρίζουν το παραπάνω φαινόμενο ως παθογένεια του καπιταλιστικού οικονομικού συστήματος, η οποία αποδομεί την κοινωνία και φθείρει ανεπανόρθωτα τις παραγωγικές δυνάμεις ενός κράτους (Lapanitsas, 2008).

Κοινή παραδοχή των οικονομολόγων και των οικονομικών αναλυτών είναι ότι η οικονομική κρίση δημιουργεί κάτι παραπάνω από πανικό των τραπεζών και του χρηματοπιστωτικού κλάδου. Θέτει σε κίνδυνο το κοινωνικό και ανθρωπιστικό οικοδόμημα στο σύνολό του, τις πνευματικές και υλικές κατακτήσεις του ανθρώπου, τις ελευθερίες του ατόμου, την ανάπτυξη σε κάθε της έκφανση (Maniatis & Passas, 2013). Αν και οι κρίσεις μπορεί να οφείλονται σε ποικίλα αίτια και να εμφανίζουν διαφορές ως προς την ένταση, το χρονικό διάστημα και τη μορφή τους, καλλιεργούν ένα αρνητικό κλίμα αβεβαιότητας, ρευστότητας, ανασφάλειας, αμφιβολίας, αμφισβήτησης, απειλής, φόβου. Αυτό επηρεάζει βαθιά τον κοινωνικό ιστό και αλλάζει τη φυσιολογία της κοινωνίας. Παράλληλα, θέτει στο επίκεντρο του διεθνούς ενδιαφέροντος το οικονομικά πληγέν κράτος, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται στερεοτυπίες, προκαταλήψεις και αρνητισμός, επιφέροντας περισσότερα οικονομικά προβλήματα που μπορεί να σχετίζονται με τη μείωση της τουριστικής κίνησης ή του επενδυτικού ενδιαφέροντος (Erol et al, 2011).

1.2 Ιστορική αναδρομή της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα

Η οικονομική κρίση που ξέσπασε στην Ελλάδα το 2009, αποτέλεσε μέρος της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής κρίσης του 2007 και προκάλεσε την «έκπληξη» των πολιτών, οι οποίοι ζούσαν σε μια επίπλαστη οικονομική ευημερία, με αποκορύφωμα την εποχή της διοργάνωσης των Ολυμπιακών Αγώνων του 2004. Η χώρα, μετά από ένα χρονικό διάστημα πέντε ετών, βρέθηκε και πάλι στο επίκεντρο του διεθνούς ενδιαφέροντος, αλλά αυτή τη φορά από τη θέση του «θύματος» της βαθιάς οικονομικής κρίσης (Παπαστάμου, 2011). Πριν εξεταστεί η πορεία της κρίσης στην Ελλάδα από το 2009 ως σήμερα, κρίνεται απαραίτητο να αναλυθεί επιγραμματικά η παγκόσμια κρίση του 2007, ως προς τα αίτια, τη μορφή, την έκτασή της, της επιπτώσεις της και τους τρόπους που αντιμετωπίστηκε.

Η απαρχή της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής κρίσης εντοπίζεται στις ΗΠΑ, την περίοδο 2004-2006, με την αγορά υψηλής επισφάλειας στεγαστικών δανείων. Μεγάλα πιστωτικά ιδρύματα χορηγούσαν υψηλά δάνεια σε δανειολήπτες, οι οποίοι δεν πληρούσαν τις απαραίτητες προϋποθέσεις για να εξασφαλίσουν την αποπληρωμή τους. Οι κατασχέσεις κατοικιών ξεκίνησαν κατά χιλιάδες το 2007 και πάνω από ένα εκατομμύριο εργαζόμενοι απολύθηκαν (Maniatis & Passas, 2013). Παράλληλα, τεράστια οικονομική ζημία προκάλεσε η κατάρρευση της μεγάλης επενδυτικής τράπεζας Lehman Brothers, αλλά κι άλλων εταιριών, που χορηγούσαν επισφαλής ομόλογα τα οποία βαθμολογούνταν θετικά από τους οίκους αξιολόγησης, αφού λάμβαναν μεγάλα χρηματικά ποσά ως ανταμοιβή των υπηρεσιών τους (Τραυλός, 2010).

Στον ευρωπαϊκό χώρο η κρίση έκανε την εμφάνισή της με την ανάδειξη του μεγάλου δημοσιονομικού ελλείμματος της Ιρλανδίας και της Ουγγαρίας, οι οποίες στράφηκαν για οικονομική βοήθεια και ενίσχυση στο Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ) (Maniatis & Passas, 2013). Εν τω μεταξύ στις ΗΠΑ, η λύση δόθηκε με το «τύπωμα» δολαρίων, δηλαδή με την έκδοση χρήματος, που είναι μια νομισματική στρατηγική, η οποία, από τη μια κρατά σε χαμηλά επίπεδα το δολάριο, το καθιστά ελκυστικό και ανταγωνιστικό για την προώθηση των εγχώριων προϊόντων στο εξωτερικό, αλλά από την άλλη εκθέτει την εθνική οικονομία στον κίνδυνο του χαμηλού ρυθμού αύξησης του πληθωρισμού (Giprin, 2010). Παράλληλα αποφασίστηκε η ενίσχυση των

χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων, μια τακτική που ακολούθησε και η ΕΕ (Κότιος & Παυλίδης, 2012).

Η κρίση του 2007, ήρθε ως αποτέλεσμα της παγκοσμιοποίησης της οικονομίας και νομισματικής χαλάρωσης του 2001 (Κότιος & Παυλίδης, 2012). Ξέσπασε λόγω των λανθασμένων επενδύσεων των κεφαλαίων που είχαν στη διάθεσή τους τα τραπεζικά, πιστωτικά και χρηματιστηριακά ιδρύματα και οι ασφαλιστικές εταιρίες, οι οποίες οδήγησαν σε μια επίπλαστη κατάσταση ευημερίας, δημιούργησαν την ψευδαίσθηση μιας οικονομικής εξίσωσης των πολιτών, οι οποίοι πίστεψαν ότι μπορούν να έχουν πρόσβαση σε όλα τα προϊόντα της αρεσκείας τους, ανεξάρτητα από το οικονομικό τους υπόβαθρο. Ο κλάδος της οικονομίας γέμισε με επενδυτές, που απέβλεπαν στο γρήγορο και άμεσο κέρδος, χωρίς να λαμβάνουν υπόψη τους κινδύνους, το κράτος ενίσχυσε τις προσδοκίες των πολιτών, περιόρισε τους οικονομικούς ελέγχους και έδωσε περιθώρια δράσης σε κάθε κερδοσκόπο (Σαρτζετάκης, 2010).

Συνέπειες του παραπάνω οικονομικού και επενδυτικού κλίματος ήταν η καταγραφή ζημιών στα έσοδα των τραπεζών λόγω της μη είσπραξης των χορηγούμενων δανείων, ο περιορισμός της παροχής ρευστότητας στην αγορά για την κάλυψη των τιτλοποιήσεων των τραπεζών (Κότιος & Παυλίδης, 2012), η πτώση της αγορά ακινήτων, η συρρίκνωση της οικοδομικής δραστηριότητας, η κρίση στην αγορά ομολόγων και κατ' επέκταση της πιστοληπτικής ικανότητας των τραπεζών σε παγκόσμιο επίπεδο (Κουφάρης, 2010). Σύμφωνα με τον Παπαστάμου (2011) η οικονομική κρίση προκλήθηκε από ανθρώπινα λάθη, και συγκεκριμένα από την κακή αξιολόγηση, ηθελημένη ή μη, και από την κακή ενημέρωση των επενδυτών, από τη μεγαλομανία των δανειοληπτών και τις ανυπόστατες προσδοκίες των ιδιωτών, και την επικράτηση των κερδοσκόπων που ενίσχυαν την παγκοσμιοποιημένη οικονομία σε σαθρά θεμέλια. Αποτέλεσμα αυτών των «λαθών» υπήρξε κυρίως η στέρηση κεφαλαίων από την πραγματική οικονομία και η ζημία των εθνικών οικονομιών για την κάλυψη των ελλειμμάτων των χρηματοπιστωτικών προϊόντων.

Στον ευρωπαϊκό χώρο, μετά την Ιρλανδία και την Ουγγαρία, που όπως προαναφέρθηκε ήταν οι πρώτες χώρες που βίωσαν τις συνέπειες της χρηματοπιστωτικής κρίσης, περίπου 10 τράπεζες της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης κατέφυγαν στην αναζήτηση οικονομικής ενίσχυσης. Οι ευρωπαϊκές χώρες

που παρουσίασαν μεγαλύτερο δημοσιονομικό έλλειμμα και πρόβλημα ρευστότητας, όπως για παράδειγμα η Ελλάδα, προσέφυγαν για περαιτέρω βοήθεια στο ΔΝΤ και στην Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα (ΕΚΤ). Η ΕΕ, για να αντιμετωπίσει αποτελεσματικότερα την οικονομική κρίση, έλαβε την απόφαση να χορηγήσει μεγάλα δάνεια στις χώρες με τα μεγαλύτερα προβλήματα, ώστε να αναζωογονηθεί η εγχώρια αγορά και να ανταπεξέρχονται στις οικονομικές τους υποχρεώσεις. Παράλληλα, δημιούργησε τη λεγόμενη «τρίκα», από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την ΕΚΤ και το ΔΝΤ (Μπακατσιάκος, 2010).

Κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης, διαφάνηκε ίσως για πρώτη φορά με έντονο τρόπο, η ιδιαιτερότητα του ευρωπαϊκού οικοδομήματος και η ματαιότητα της εφαρμογής μιας ενιαίας λύσης στο οικονομικό πρόβλημα του κάθε κράτους-μέλους, εφόσον, σύμφωνα με τον Krugman (2009) τα προβλήματα εξαρτώνται από τις κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές συνθήκες της εποχής και της κάθε χώρας, συνεπώς δεν μπορεί να έχουν κοινό σημείο εκκίνησης. Η Ελλάδα, η Ιρλανδία, η Πορτογαλία, η Ιταλία, η Ισπανία και το Βέλγιο που ήταν οι πλέον οικονομικά πληγείσες χώρες της ΕΕ, ενώ ήταν υπερχρεωμένες και δεν μπορούσαν να ανταποκριθούν στις υποχρεώσεις και να αποπληρώσουν το χρέος τους, δεν είχαν τη δυνατότητα να υποτιμήσουν το νόμισμά τους. Αντιθέτως, εντάχθηκαν σε ένα ευρωπαϊκό πρόγραμμα ενίσχυσης του ιδιωτικού τομέα, το οποίο ενεργούσε εις βάρος της πραγματικής οικονομίας και ουσιαστικά οδήγησε στη κρίση χρέους (ΙΝΕ, ΓΣΕΕ, 2011). Προτεραιότητα της ΕΕ ήταν η διατήρηση της νομισματικής σταθερότητας και της δημοσιονομικής πειθαρχίας (European Commission, 2009), ανεξαρτήτως από τις διαφορετικές περιρρέουσες συνθήκες και τις εκάστοτε ιδιαιτερότητες της κάθε μεμονωμένης κατάστασης.

Στην Ελλάδα, αν και η κρίση αντιμετωπίστηκε ως αναπάντεχη και απρόοπτη εξέλιξη, στην πραγματικότητα δεν ήταν αιφνίδια αλλά αναμενόμενη, ιδίως αν λαμβάνονταν υπόψη τα οικονομικά δεδομένα της τελευταίας τουλάχιστον τριακονταετίας. Σήμερα, η κρίση στη χώρα βρίσκεται το τρίτο στάδιο που αναγνωρίζει ο Mavroudeas (2013), όπου οι επιπτώσεις της είναι καθημερινές, έντονες και μοιάζουν ανυπέρβλητες, ενώ γίνονται ταυτόχρονα θεωρητικές προσπάθειες για την αντιμετώπισή της. Τα προηγούμενα χρόνια, προηγήθηκε το στάδιο όπου υπήρχαν ενδείξεις αλλά όχι ακόμα

απτές αποδείξεις για το επερχόμενο δημοσιονομικό έλλειμμα (Ξαφά, 2011), και το στάδιο όπου οι ζημίες και τα οξεία προβλήματα έκαναν την εμφάνισή τους. Το τέταρτο στάδιο, είναι εκείνο της επίλυσης των προβλημάτων, του τερματισμού της κρίσης και της ομαλοποίησης της κοινωνικής, οικονομικής και πολιτικής ζωής της χώρας.

Σύμφωνα με τον Παπαστάμο (2011), η κρίση του δημόσιου χρέους της Ελλάδας προέκυψε από την ένταξη στην ΕΕ των φτωχότερων περιφερειακών ευρωπαϊκών χωρών, όπως της Λετονίας, της Λιθουανίας, της Ουγγαρίας, της Σλοβακίας, της Σλοβενίας, της Τσεχίας το 2004 και της Βουλγαρίας και της Ρουμανίας το 2007. Παράλληλα, ο Λαπαβίτσας (2010) διείδε ότι η χώρα βρέθηκε στη δεινή οικονομική θέση λόγω της ανισότητας που επικρατεί μεταξύ των χωρών στην ΕΕ, της ασύμφορης ενσωμάτωσής της στην Νομισματική Ένωση, της διάκρισης μεταξύ των ισχυρών ευρωπαϊκών κρατών που δημιουργούν πλεονάσματα έναντι των φτωχών κρατών-μελών, αλλά και της παθογένειας του πελατειακού κράτους που κυριαρχεί στην ελληνική πολιτική σκηνή διαχρονικά. Σε αυτό το πολιτικό και οικονομικό κλίμα, η Ελλάδα βρέθηκε εν μέσω μεγάλης ύφεσης, οι παραγωγικές δυνάμεις έχασαν την ισχύ τους, τα έσοδα κατέρρευσαν, δημιουργήθηκε ένα άδικο φορολογικό σύστημα με σαφή εύνοια προς τους έχοντες και τους ισχυρούς, και κατέρρευσαν οι μηχανισμοί πρόνοιας και κοινωνικών παροχών προς τους πολίτες (Σαρτζετάκης, 2010).

Πολλοί οικονομολόγοι, και μεταξύ τους ο Paul Krugman (2009), υποστηρίζουν ότι η κρίση της Ελλάδας είναι απόρροια των ιδιαιτεροτήτων του κοινού νομίσματος, της προσπάθειας σύνδεσης των επιμέρους ανομοιομορφων οικονομιών των κρατών-μελών και του αποτυχημένου σχεδιασμού μιας κοινής οικονομικής πολιτικής σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Με το ξέσπασμα της χρηματοπιστωτικής κρίσης του 2007 ήταν αναμενόμενο να διαταραχθούν οι ισορροπίες εντός της ΕΕ και ακόμα πιο λογικό ήταν να επηρεαστούν τα κράτη-μέλη που σημειώνουν παραδοσιακά χαμηλότερα ποσοστά ανάπτυξης και κερδοφορίας (Κότιος & Παυλίδης, 2012). Ο Krugman (2009) υποστηρίζει ότι η κρίση της Ελλάδας θέτει θέμα εμπιστοσύνης στο ευρώ και στην ευρωζώνη, και γι' αυτό η χώρα δέχεται αφόρητες πιέσεις μείωσης του δημοσιονομικού της ελλείμματος. Παράλληλα, η Ελλάδα, ως κράτος-μέλος που ανήκει στο πυρήνα της ΕΕ, δεν επωφελήθηκε κατά την κρίσιμη περίοδο από τις

επενδυτικές πρωτοβουλίες που εστιάστηκαν κυρίως στις νεοενταχθείσες χώρες της περιφέρειας, προκειμένου να αναπτυχθεί και να μειώσει το κόστος του δανεισμού μέσω των ξένων κεφαλαίων, των χρηματοπιστωτικών και τραπεζικών συναλλαγών (Παπαστάμος, 2011).

Μετά από περίπου οκτώ χρόνια οικονομικής κρίσης, η Ελλάδα εξακολουθεί να βρίσκεται σε δεινή θέση και να απειλείται όχι μόνο με οικονομική χρεοκοπία, αλλά με κατάληξη σε κοινωνικό, πολιτισμικό και ανθρωπιστικό τέλμα. Η χώρα, μετά το Μνημόνιο Οικονομικής και Χρηματοπιστωτικής Πολιτικής του 2010, το Μνημόνιο Συνεννόησης στις συγκεκριμένες Προϋποθέσεις Οικονομικής Πολιτικής του 2012, βρίσκεται ήδη στο τρίτο μνημόνιο και συγκεκριμένα στο Σχέδιο Σύμβασης Οικονομικής Ενίσχυσης από τον Ευρωπαϊκό Μηχανισμό Σταθερότητας και υλοποίησης της Συμφωνίας Χρηματοδότησης του 2015, και προσπαθεί να εξέλθει της κρίσης ακολουθώντας την τακτική αποπληρωμής του χρέους με μείωση του ελλείμματος και με διατήρηση του πρωτογενούς ελλείμματος σε μηδενικά επίπεδα (Κότιος & Παυλίδης, 2012).

Ο Ευρωπαϊκός οικονομικός στόχος για την Ελλάδα είναι η κάλυψη των χρεών των δανειακών συμβάσεων και της οικονομικής ενίσχυσης που λαμβάνει η χώρα από τους διάφορους μηχανισμούς στήριξης, από το πρωτογενές πλεόνασμα. Όταν αυτό εμφανίσει αρνητικό πρόσημο τότε θα αρχίσει να μειώνεται και το χρέος. Σε κάθε άλλη περίπτωση το χρέος παραμένει σταθερό ή αυξάνει (Krugman, 2012). Η λύση στο πρόβλημα της χώρας θα προκύψει μέσω της ανάπτυξης, είτε αυτή μεταφράζεται μέσω των αποδοτικών επενδύσεων είτε μέσω της αύξησης των εξαγωγών (Κουφάρης, 2010; Cabral, 2010). Σήμερα η Ελλάδα, εξακολουθεί να εισάγει περισσότερα από όσα εξάγει, και βρίσκεται σε μια ανησυχητική σταθερότητα αναφορικά με τις επενδύσεις, είτε αυτές προέρχονται από τους εγχώριους επενδυτές είτε από εκείνους του εξωτερικού. Υπό αυτές τις συνθήκες, είναι σχεδόν ακατόρθωτο να ξεπεραστεί η κρίση χρέους και να τεθεί η χώρα σε μια τροχιά οικονομικής, κι όχι μόνο, προόδου. Όσο η Ελλάδα παραμένει χρεωμένη και μη ανταγωνιστική θα εξακολουθεί να δανείζεται για να αποπληρώνει τα χρέη της και να καλύπτει τις ανάγκες της, με δυσμενείς όρους και με πολύ υψηλά επιτόκια (Krugman, 2012).

1.3 Αποτύπωση της ελληνικής οικονομικής κρίσης

Η οικονομική κρίση πλήττει μια χώρα στο σύνολό της και έχει σοβαρές επιπτώσεις σε όλους τους τομείς παραγωγής, παροχής υπηρεσιών, απασχόλησης και επιχειρηματικής δράσης. Ο αντίκτυπός της, εκτός από αυστηρά οικονομικός, είναι ανθρωπιστικός, κοινωνικός, πολιτιστικός και πολιτικός. Οι αρνητικές της συνέπειες εξαπλώνονται και στις υπόλοιπες χώρες και σε μικρό χρονικό διάστημα το φαινόμενο λαμβάνει μεγάλες διαστάσεις.

Η ελληνική οικονομία, η οποία στηριζόταν στην εγχώρια ζήτηση και στην παροχή μη ανταγωνιστικών και εμπορεύσιμων υπηρεσιών, ήρθε αντιμέτωπη με τεράστια δημοσιονομικά ελλείμματα, τα οποία διογκώθηκαν μέσα στο δυσμενές παγκόσμιο οικονομικό σκηνικό. Οι εξελίξεις υπήρξαν άμεσες και ραγδαίες, και εκδηλώθηκαν αρχικά με την απώλεια της εμπιστοσύνης των χρηματοπιστωτικών αγορών, με τον οικονομικό αποκλεισμό της χώρας και με την καλλιέργεια της πεποίθησης ότι η Ελλάδα δεν θα καταφέρει σε καμία περίπτωση να αποπληρώσει το χρέος της. Αν και με την οικονομική βοήθεια που δόθηκε στη χώρα δημιουργήθηκαν οι προσδοκίες για την υλοποίηση διαρθρωτικών αλλαγών, για την βελτίωση της δημοσιονομικής εικόνας και την αύξηση της ανταγωνιστικότητας, μετά την υπογραφή τριών μνημονίων η ελληνική οικονομία κυμαίνεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα δραστηριότητας και αποδοτικότητας (Παπαπέτρου, 2017; IN.EM.Y.-ΕΣΣΕ, 2016).

Στα δύο πρώτα τρίμηνα του 2017, καταγράφεται στην ελληνική οικονομία μια σχετική σταθεροποίηση, η οποία οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στη γενικότερη στασιμότητα και στην πολιτική λιτότητας. Η τελευταία, βρίσκεται στο επίκεντρο της οικονομικής στρατηγικής που σχεδιάζεται από την ελληνική πολιτική και οικονομική ηγεσία προκειμένου να επιτευχθεί η εξυγίανση του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα της χώρας. Ωστόσο, οι αποτυχίες της ίδιας στρατηγικής τα προηγούμενα χρόνια, δεν δείχνουν να αλλάζουν τον προσανατολισμό των ιθυνόντων, οι οποίοι εν τέλει ακολουθούν την ίδια αμφίβολης αποτελεσματικότητας πολιτική (ΙΜΕ ΓΣΕΒΕΕ, 2017; ΙΟΒΕ, 2017).

Ταυτόχρονα με τα μέτρα λιτότητας, οι επενδύσεις και οι πρωτοβουλίες ισχυρών οικονομικών παραγόντων, που θα συνέβαλλαν στη δημιουργία ενός ευνοϊκού

μακροοικονομικού περιβάλλοντος, έχουν μειωθεί σημαντικά, (σε πολλές περιπτώσεις φαίνεται να έχουν εκλείψει εντελώς), καθώς παρατηρούνται καθυστερήσεις, λόγω του γραφειοκρατικού συστήματος του ελληνικού κράτους, οι οποίες λειτουργούν αποτρεπτικά (ΙΜΕ ΓΣΕΒΕΕ, 2017; ΙΟΒΕ, 2017).

Τα μέτρα ύφεσης που λαμβάνονται από την κυβέρνηση, τα οποία τίθενται ως προϋποθέσεις για τη συνέχιση της χρηματοδότησης από τους πιστωτές της χώρας, όπως είναι η αύξηση του ΦΠΑ στα νησιά, η αύξηση των ειδικών φόρων κατανάλωσης, η αύξηση του φορολογικού συντελεστή κερδών, οι μειώσεις των συντάξεων και των μισθών, ο περιορισμός των παροχών κα., επιδρούν καταλυτικά στην επιδείνωση της εικόνας των πολιτών, των επαγγελματιών και των επιχειρήσεων, και ανασταλτικά για οποιαδήποτε αναπτυξιακή προοπτική. Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ η ελληνική οικονομία κατά το 4^ο τρίμηνο του 2016 μεγεθύνθηκε κατά -1,4% σε σχέση με την αντίστοιχη περίοδο του προηγούμενου έτους. Για το 2017, δεν υπάρχουν αισιόδοξες προβλέψεις, καθώς δεν προβλέπεται αύξηση του ΑΕΠ πάνω από 2,5% (ΙΜΕ ΓΣΕΒΕΕ, 2017; ΙΟΒΕ, 2017).

Ο ελληνικός επιχειρηματικός κλάδος προσαρμόζεται στις συνθήκες λιτότητας και η στοχοθέτηση των περισσότερων επιχειρήσεων σχετίζεται με την επιβίωση και όχι με την περαιτέρω ανάπτυξη, καθώς σε ένα μεγάλο ποσοστό είναι εκτεθειμένες σε πιστωτικά χρέη και σε κινδύνους συρρίκνωσης. Οι «ελαφρύνσεις» προς τους επιχειρηματίες που προβλέπονται από το κράτος, αφορούν στην εδραίωση νέων και ευέλικτων μορφών εργασίας, άτυπων μορφών απασχόλησης και εναλλακτικών μορφών επαγγελματικής δραστηριότητας. Οι συγκεκριμένες αυτές πολιτικές ωστόσο, στρέφονται εναντίον του έμψυχου δυναμικού (ΙΜΕ ΓΣΕΒΕΕ, 2017).

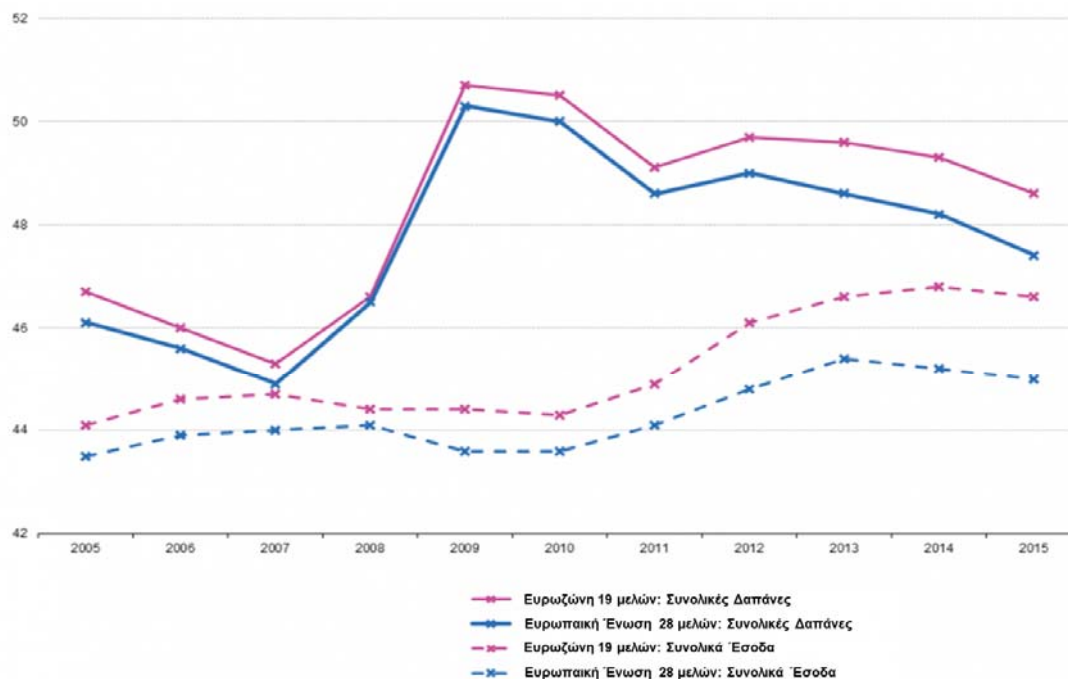
Η μειωμένη ρευστότητα, η έλλειψη επενδυτικού ενδιαφέροντος, η μειωμένη χρηματοδοτική ικανότητα των ελληνικών πιστωτικών ιδρυμάτων καθιστούν στάσιμη οποιαδήποτε παραγωγική δραστηριότητα, με αποτέλεσμα την αύξηση των ληξιπρόθεσμων οφειλών προς την εφορία και τα ασφαλιστικά ταμεία, τον περιορισμό των κρατικών εσόδων και τη δημιουργία οικονομικών κενών (ΙΜΕ ΓΣΕΒΕΕ, 2017; ΙΟΒΕ, 2017).

Επιγραμματικά, η τρέχουσα κατάσταση της οικονομίας, της απασχόλησης και της αγοράς εργασίας στην Ελλάδα του 2017 έχει ως εξής:

- Οι κοινωνικές δαπάνες έχουν μειωθεί επικίνδυνα.
- Η υπερφορολόγηση οδηγεί στην ύφεση.
- Η πολιτική της λιτότητας υπονομεύει τις δημοσιονομικές λειτουργίες του κράτους, τη φερεγγυότητα του δημόσιου τομέα και τις προσπάθειες για τη βιωσιμότητα του χρέους.
- Τα πρωτογενή πλεονάσματα που προκύπτουν από την υπερφορολόγηση δεν είναι βιώσιμα.
- Έχει μειωθεί σημαντικά η φοροδοτική ικανότητα των πολιτών.
- Έχει μειωθεί σημαντικά η δυνατότητα κάλυψης των δανειακών υποχρεώσεων των πολιτών, των επαγγελματιών και των επιχειρήσεων.
- Η φερεγγυότητα των ελληνικών πιστωτικών ιδρυμάτων έχει μειωθεί.
- Οι ενδείξεις ανάκαμψης της οικονομίας είναι συγκυριακές και δεν καταδεικνύουν ουσιαστικό παραγωγικό μετασχηματισμό.
- Τα εισοδήματα και οι συντάξεις έχουν μειωθεί σημαντικά.
- Οι αποταμιεύσεις παρουσιάζουν αρνητικό πρόσημο.
- Δεν παρατηρείται σταθερότητα στην συμπεριφορά των καταναλωτών.
- Το τραπεζικό σύστημα της χώρας αδυνατεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες πληρωμών και χρηματοδοτήσεων.
- Οι καθαρές επενδύσεις είναι αρνητικές και περιορίζουν επιπλέον το κεφαλαιακό απόθεμα της οικονομίας.
- Ο εξαγωγικός τομέας παρουσιάζει κάμψη, η οποία το 2015 έφτασε στο 12%.
- Τα ποσοστά ανεργίας εμφανίζουν τάση οριακής βελτίωσης.
- Στην απασχόληση κυριαρχεί η χαμηλή εισοδηματική ποιότητα, η εργασιακή επισφάλεια και η αυξανόμενη ένταση στην εργασία.
- Στην απασχόληση παρατηρούνται μεγάλα νομικά κενά προστασίας.
- Ο δείκτης της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού αυξήθηκε

σημαντικά.

- Παρατηρείται αύξηση των κοινωνικών και οικονομικών ανισοτήτων (ΙΕ ΓΣΕΕ, 2017; Γώγος 2017; ΙΝΕ ΓΣΕΕ, 2017; ΙΟΒΕ, 2017).



Πηγή: Eurostat 21.04.2016

Εικόνα 1.1: Εξέλιξη των συνολικών δαπανών και των συνολικών εσόδων, 2005–15 ⁽¹⁾ (% του ΑΕΠ)

Πηγή: Eurostat, 2017

1.3.1 ΑΕΠ

Στα δύο πρώτα τρίμηνα του 2016 ο ρυθμός μεταβολής του ΑΕΠ ήταν αρνητικός, με -0,85 και -0,5% αντίστοιχα. Το 3^ο τρίμηνο εμφάνισε αύξηση 1,5%, γεγονός που καλλιέργησε ένα κλίμα συγκρατημένης αισιοδοξίας για το ενδεχόμενο σταθεροποίησης της πραγματικής οικονομίας (ΙΕ ΓΣΕΕ, 2017). Σύμφωνα με τον τριμηνιαίο εθνικό λογαριασμό της ΕΛΣΤΑΤ για το 4^ο τρίμηνο του 2016, η ετήσια μεταβολή του πραγματικού ΑΕΠ διαμορφώθηκε στο 0,3% έναντι του 2,2% του 3^{ου}. Ο βαθμός μεγέθυνσης της ελληνικής οικονομίας για το έτος 2016 συνολικά υπολογίζεται στο 0,3% και μεταφράζεται σε αύξηση της αξίας των παραγόμενων

αγαθών και των υπηρεσιών περίπου κατά 547 εκατομμύρια ευρώ σε σύγκριση με το προηγούμενο έτος (Γώγος, 2017). Το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ), κατά το 3ο τρίμηνο 2017, παρουσίασε αύξηση κατά 0,3%, σε σχέση με το 2ο τρίμηνο του 2017, ενώ σε σύγκριση με το 3ο τρίμηνο 2016 παρουσίασε αύξηση κατά 1,3% (ΕΛΣΤΑΤ, 2017).

Η συρρίκνωση του πραγματικού ΑΕΠ κατά το 4^ο τρίμηνο του 2016, το οποίο ήταν ένα χρονικό διάστημα με σαφώς ευνοϊκότερο κλίμα, επιβεβαιώνει τις δυσμενείς προσδοκίες για πτώση του δείκτη οικονομικού κλίματος λόγω καθυστέρησης της 2^{ης} αξιολόγησης του τρίτου μνημονίου και της κακής απόδοσης της εγχώριας οικονομικής δραστηριότητας κατά το 1^ο τρίμηνο του 2017 (Γώγος, 2017).

1.3.2 Πληθωρισμός

Ο πληθωρισμός, βάσει του εθνικού δείκτη τιμών του καταναλωτή (ΔΤΚ) διαμορφώθηκε στο +1,2% τον πρώτο μήνα του 2017. Από τη σύγκριση του Γενικού ΔΤΚ του μηνός Δεκεμβρίου 2017 με τον αντίστοιχο Δείκτη του Δεκεμβρίου 2016, προέκυψε αύξηση 0,7% έναντι μηδενικής μεταβολής που σημειώθηκε κατά την αντίστοιχη σύγκριση του έτους 2016 με το 2015. Η ενίσχυση του πληθωρισμού οφείλεται στην άνοδο της τιμής του πετρελαίου και στην αύξηση της έμμεσης φορολογίας (Γώγος, 2017).

1.3.3 Δημόσιο έλλειμμα

Σύμφωνα με στοιχεία που δημοσιοποίησε η Eurostat (2016) στις 21/04/2016, τα οποία αφορούσαν τα κράτη-μέλη της ΕΕ και της Ευρωζώνης, το έλλειμμα της Ελλάδας υπολογίστηκε στο 7,2%. Παράλληλα, η Ελληνική Στατιστική Αρχή (21/04/2016) δημοσίευσε στοιχεία που υπολογίζουν ότι το έλλειμμα της Γενικής Κυβέρνησης ανήλθε στα 12,8 δισ. Ευρώ, δηλαδή 7,2% επί του ΑΕΠ. Ταυτόχρονα, στο τέλος του 2015 το ακαθάριστο ενοποιημένο χρέος της Γενικής Κυβέρνησης σε ονομαστικές τιμές έφτασε στα 311,5 δισ. ευρώ, δηλαδή στο 176,9% επί του ΑΕΠ,

σύμφωνα με τα δημοσιονομικά στοιχεία της περιόδου 2012-2015 που έδωσε στη δημοσιότητα η ΕΛΣΤΑΤ (2016).

Εκτός από την Ελλάδα, η οποία έχει το μεγαλύτερο έλλειμμα στην Ευρώπη, η Ισπανία (5,1%), η Πορτογαλία (4,4%), η Μεγάλη Βρετανία (4,4%), η Γαλλία (3,5%), η Κροατία (3,2%) και η Σλοβακία (3%) εμφανίζουν κατά την ίδια περίοδο σημαντικό έλλειμμα (Eurostat, 2016).

Σύμφωνα με τα ίδια στοιχεία, το έλλειμμα των χωρών της Ευρωζώνης εμφανίζεται μειωμένο συγκριτικά με το προηγούμενο έτος 2014 από 3,0% σε 2,4% (Eurostat, 2016).

1.3.4 Δημόσιο χρέος

Το πρώτο τρίμηνο του 2016 στο 179,2% του ΑΕΠ έφτασε το δημόσιο χρέος της Ελλάδας, έναντι του 176,1% του ΑΕΠ που καταγράφηκε το δεύτερο τρίμηνο, σύμφωνα με τα στοιχεία που δημοσιοποίησε η Eurostat (2016) (24/10/2016). Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, κατά την ίδια περίοδο, παρατηρήθηκε μείωση του δημόσιου χρέους, από 92,1% σε 91,2%, ενώ σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) καταγράφηκε μείωση στο 84,3% του ΑΕΠ από το 87,5% του πρώτου τριμήνου. Η Ελλάδα κατέγραψε το υψηλότερο χρέος της ΕΕ, με δεύτερη την Ιταλία (135,5%) και τρίτη την Πορτογαλία (131,7%). Το χαμηλότερο χρέος της ΕΕ καταγράφηκε στην Εσθονία (9,7%), στο Λουξεμβούργο (22%) και στη Βουλγαρία (29,4%). Παράλληλα με το υψηλότερο χρέος, η Ελλάδα κατέγραψε τη μεγαλύτερη αύξηση δημόσιου χρέους με +3,1 ποσοστιαίες μονάδες.

Το 2016 έκλεισε με αύξηση του δημόσιου χρέους, που διαμορφώθηκε στο 179,9% του ΑΕΠ έναντι του 177,4% το 2015. Το παράδοξο της ελληνικής οικονομίας είναι ότι το δημόσιο χρέος αυξήθηκε κατά 33,5 ποσοστιαίες μονάδες από την έναρξη της εφαρμογής των μνημονίων το 2010, παρότι μεσολάβησε και η σημαντική ελάφρυνση του χρέους το 2012 ως αποτέλεσμα του PSI (ΙΕ ΓΣΕΕ, 2017).

Σύμφωνα με τα δελτία τύπου που εξέδωσε η ΕΛΣΤΑΤ (2017) για τους χρηματοοικονομικούς λογαριασμούς τριμήνου της Γενικής Κυβέρνησης, το 3^ο

τρίμηνο του 2016 το δημόσιο χρέος ήταν διαμορφωμένο στα 311,16 δισεκατομμύρια ευρώ, σημειώνοντας αύξηση 7,97 δισ. Ευρώ σε σχέση με την αντίστοιχη περίοδο του 2015.

1.3.5 Απασχόληση

Κατά το 3^ο τρίμηνο του 2016 ο βαθμός απασχόλησης του εργατικού δυναμικού ανήλθε στο 53%, με μείωση από το 60,8% που είχε καταγραφεί το 2008. Ο βαθμός συμμετοχής των ανδρών στον συνολικό ποσοστό απασχολούμενων μειώθηκε από το 74% του 2008, στο 62% του 3^{ου} τριμήνου του 2016. Αντίστοιχα, παρόμοια τάση παρατηρείται και με τον βαθμό των γυναικών απασχολούμενων, ο οποίος μειώθηκε από το 47,7 του 2008 στο 44,2% το 3^ο τρίμηνο του 2016. Τον Οκτώβριο του 2017 οι απασχολούμενοι αυξήθηκαν κατά 109.584 άτομα σε σχέση με τον Οκτώβριο του 2016 (αύξηση 3,0%) και μειώθηκαν κατά 1.322 άτομα σε σχέση με τον Σεπτέμβριο του 2017 (αμελητέα μεταβολή).

Ως επίπτωση της κρίσης, εκτός από το πολύ χαμηλό ποσοστό απασχόλησης, θεωρείται η αύξηση της μερικής απασχόλησης, η οποία κυμαίνεται σταθερά σε υψηλά επίπεδα. Το 3^ο τρίμηνο του 2016 υπολογίζεται στο 7,9% της απασχόλησης, σε αντίθεση με το 6% του 2008. Ωστόσο, η μερική απασχόληση δεν αποτελεί επιλογή ελεύθερης βούλησης των εργαζόμενων αλλά μάλλον αναγκαίο «κακό» λόγω της αδυναμίας τους να βρουν μια εργασία πλήρους απασχόλησης, που να ανταποκρίνεται στις επιθυμίες και στις προσδοκίες τους. Στην ελληνική αγορά εργασίας υπάρχει σοβαρό ζήτημα ποιοτικών θέσεων απασχόλησης (ΓΣΕΕ, 2017).

1.3.6 Ανεργία

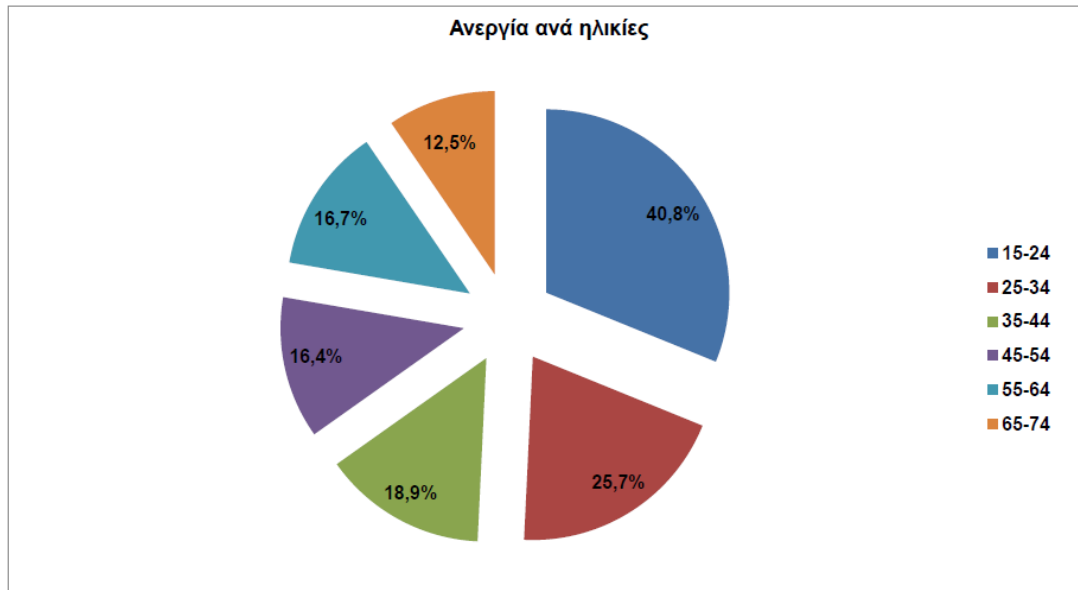
Το ποσοστό της ανεργίας, τον Οκτώβριο του 2017, ανήλθε σε 20,7% έναντι 23,3% τον Οκτώβριο του 2016 και του αναθεωρημένου προς τα άνω 20,8% τον Σεπτέμβριο του 2017. Το σύνολο των απασχολούμενων, κατά τον Οκτώβριο του 2017, εκτιμάται ότι ανήλθε σε 3.783.483 άτομα. Οι άνεργοι φτάνουν τα 990.288 άτομα ενώ ο οικονομικά μη ενεργός πληθυσμός τα 3.228.662 άτομα.

Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Εργασίας της ΓΣΕΕ, εκτός από τους άνεργους και τους εργαζόμενους, πληρέστερη εικόνα για την κατάσταση που επικρατεί στην αγορά εργασίας αποδίδεται με τον υπολογισμό των ακούσια υποασχολούμενων και των αποθαρρημένων ανέργων. Αποτελούν δύο ομάδες του εργατικού δυναμικού, οι οποίες αποτυπώνουν εύγλωττα την πτώση της ποιότητας της εργασίας, ως απόρροια των επιπτώσεων της κρίσης. Επίσης, στον υπολογισμό της ανεργίας, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη και οι νέοι που αποφάσισαν να αναζητήσουν ποιοτικότερη εργασία στο εξωτερικό.

Μεγάλη αύξηση καταγράφεται στο ποσοστό των μακροχρόνια ανέργων, το οποίο ξεπερνά το 70%, και δημιουργεί σοβαρά κοινωνικά προβλήματα. Οι μακροχρόνια άνεργοι, εκτός από το γεγονός ότι δεν έχουν πρόσβαση σε κάποιο εισόδημα, απαξιώνονται οι δεξιότητές τους και τίθενται ολοσχερώς στο περιθώριο της κοινωνίας.

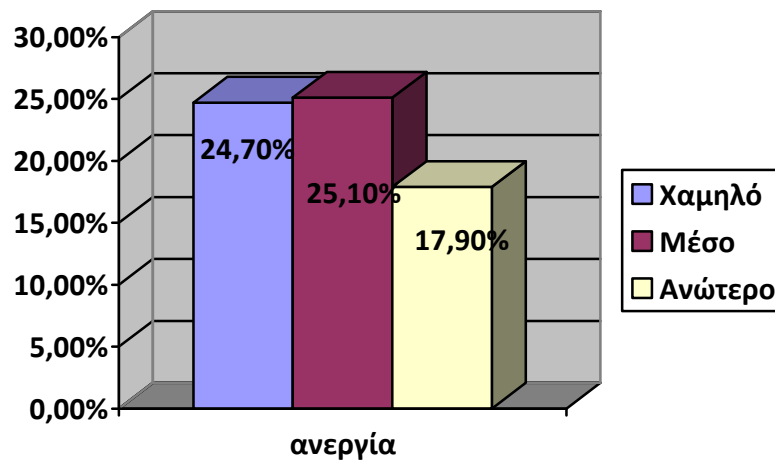
Περαιτέρω στοιχεία που σχετίζονται με την ανεργία είναι:

- ✓ Το ποσοστό ανεργίας για τον Οκτώβριο του 2017 ανέρχεται σε 20,7%, μειωμένο σε σχέση με τον αντίστοιχο μήνα του 2012, όπου το ίδιο ποσοστό ανερχόταν σε 26%.
- ✓ Το ποσοστό ανεργίας είναι υψηλότερο στις νεότερες γυναίκες σε σύγκριση με τις γηραιότερες.
- ✓ Στο τέλος του 2017 οι άνδρες άνεργοι καλύπτουν το 17% του συνόλου, ενώ οι γυναίκες το 25,4%.
- ✓ η μεγαλύτερη ανεργία καταγράφεται στην ηλικιακή ομάδα 15-24 ανερχόμενη σε 40,8%.
- ✓ η μεγαλύτερη ανεργία καταγράφεται σε άτομα μέσου μορφωτικού επιπέδου ανερχόμενη σε 25,1%.
- ✓ Υψηλότερα ποσοστά ανεργίας καταγράφονται στη Δυτική Μακεδονία και τα χαμηλότερα ποσοστά καταγράφονται στα Επτάνησα.



Εικόνα 1.2: Η διαμόρφωση των ποσοστών ανεργίας στην Ελλάδα ανά ηλικιακή ομάδα για τον Οκτώβριο του 2017

Πηγή: ΓΣΕΕ, 2018



Εικόνα 1.3: Η διαμόρφωση των ποσοστών ανεργίας στην Ελλάδα ανά μορφωτικό επίπεδο για το έτος 2016

Πηγή: ΓΣΕΕ, 2017

1.3.7 Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός

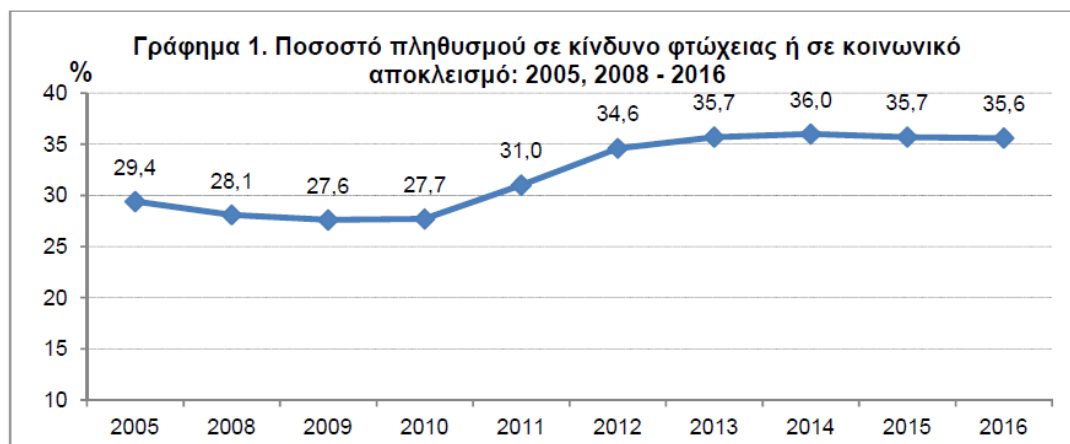
Το φαινόμενο της φτώχειας αναγνωρίζεται σε δύο επίπεδα. Το ένα επίπεδο είναι αυτό της απόλυτης φτώχειας, κατάσταση η οποία συνδέεται με αποστέρηση των ατόμων από τα είδη πρώτης ανάγκης, όπως το πόσιμο νερό, η τροφή, η στέγη, η ένδυση αλλά και η πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Το άλλο επίπεδο είναι αυτό της σχετικής φτώχειας όπου το εισοδηματικό επίπεδο των ατόμων δεν υπερβαίνει το 60% από τα αντίστοιχα μέσα επίπεδα της χώρας που διαμένουν. Επίσης, τα άτομα αντιμετωπίζουν αδυναμία πρόσβασης στον κοινωνικό και πολιτιστικό ιστό του κράτους (Doxiadis, 1990).

Ο όρος κοινωνικός αποκλεισμός χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά στην αρχή της δεκαετίας του '70, προκειμένου να χαρακτηρίσει τα άτομα εκείνα που δεν προστατεύονταν από το κράτος πρόνοιας και θεωρούνταν κοινωνικά παρείσακτα. Τέτοια άτομα ήταν οι εγκληματίες, οι χρήστες ναρκωτικών, οι ηλικιωμένοι και οι αυτοκτονικοί. Ο κοινωνικός αποκλεισμός προκύπτει από εκείνες τις διαδοχικές ανακολουθίες του οικονομικού, πολιτικού και κοινωνικού ιστού, που σταδιακά απομακρύνουν τα άτομα ή τις ομάδες, τοποθετώντας τα σε δυσμενή θέση σε σχέση με τα κέντρα εξουσίας, τους πόρους και τις επικρατούσες αξίες (Mayer et al, 1989). Το Παρατηρητήριο των Ευρωπαϊκών Επιτροπών για τις Εθνικές Πολιτικές επισημαίνει ότι ο κοινωνικός αποκλεισμός ουσιαστικά συνδέεται με τα κοινωνικά δικαιώματα των πολιτών, με την εξασφάλιση ενός βασικού βιοτικού επιπέδου και με την ενεργό συμμετοχή στις σημαντικές κοινωνικές και επαγγελματικές ευκαιρίες.

Στην Ελλάδα της κρίσης η υπερφορολόγηση, η ανεργία, η πτώση της παραγωγικής, εξαγωγικής και καταναλωτικής οικονομικής δραστηριότητας, η έλλειψη επενδύσεων και θέσεων εργασίας συνέβαλλαν και συμβάλλουν στην επιδείνωση των όρων διαβίωσης των Ελλήνων πολιτών. Η φτωχοποίηση αρκετών κοινωνικών και εργασιακών ομάδων και η όξυνση των ανισοτήτων στην ελληνική κοινωνία αποτελούν φαινόμενα ανησυχητικά, καθώς συχνά καταλήγουν σε καταστάσεις κοινωνικού αποκλεισμού (ΓΣΕΕ, 2017).

Με βάση τα στοιχεία της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών 2016, το ποσοστό του πληθυσμού που βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας ή

κοινωνικού αποκλεισμού, φτάνει στο 35,6% του συνολικού πληθυσμού (τουτέστιν 3.789.300 άτομα), με πολλή μικρή μείωση σε σχέση με το 2015, όπου το ποσοστό ανερχόταν στο 35,7% (ΕΛΣΤΑΤ, 2017). Στην εικόνα 3 παρουσιάζεται η ανοδική εξέλιξη του δείκτη για την τελευταία δεκαετία.



*Επισημαίνεται ότι η περίοδος αναφοράς των εισοδημάτων αφορά στο προηγούμενο από το έτος διενέργειας της έρευνας, δηλ. στα αντίστοιχα έτη 2004, 2007 – 2015.

Εικόνα 1.4: Ποσοστό πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας ή σε κοινωνικό αποκλεισμό 2005, 2008-2016

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ 2017

Το μεγαλύτερο ποσοστό της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού εντοπίζεται στην ομάδα των ανέργων, το οποίο σημείωσε αύξηση 8,5% κατά τη χρονική περίοδο 2010-2015 και κυμαίνεται σταθερά στο 70%. Στους μισθωτούς εργαζόμενους, το ποσοστό φτώχειας αυξήθηκε σημαντικά και ανέρχεται το 2015 στο 18%. Σε αντίθεση με το σύνολο των κοινωνικών και εργασιακών ομάδων, στους συνταξιούχους σημειώνεται μείωση 2,2% το διάστημα 2010-2015, οι οποίοι λόγω του αυξημένου αριθμού τους κατάφεραν να συγκρατήσουν τα ποσοστά φτώχειας του συνολικού πληθυσμού (ΕΛΣΤΑΤ, 2017).

Αναφορικά με την καταπολέμηση της φτώχειας στο πλαίσιο της Ευρώπης 2020, έχει τεθεί ως στόχος «να μειωθούν κατά 20 εκατομμύρια τα άτομα που βρίσκονται ή που κινδυνεύουν να βρεθούν σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικό αποκλεισμό» έως το 2020.

Κεφάλαιο 2^ο: Ελληνικό Σύστημα Υγείας

2.1 Ορισμός Συστήματος Υγείας

Το Σύστημα Υγείας είναι βασικό και αναπόσπαστο κομμάτι της κοινωνικής πολιτικής και διαχειρίζεται το θεμελιώδες αγαθό που ορίζεται «υγεία». Αποτελεί ένα σύνολο μεγαλύτερων ή μικρότερων δομών, δηλαδή μονάδων παραγωγής υπηρεσιών υγείας, περίθαλψης και πρόληψης, οι οποίες λειτουργούν ξεχωριστά, αλλά ταυτόχρονα εντάσσονται σε ένα σύνολο υγειονομικών υποδομών που συλλειτουργούν. Διέπεται από νόμους, νόρμες και κανονισμούς που καθορίζονται και θεσμοθετούνται από την κεντρική διοίκηση, αναφορικά με την οργάνωση, τη δομή και τη λειτουργία του. (Levy, 1975).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει ορίσει την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την ισότητα ως τις βασικές αρχές που επιβάλλεται να διέπουν και να χαρακτηρίζουν ένα σύστημα υγείας. Πιο συγκεκριμένα, η αποτελεσματικότητα αναφέρεται στην επίτευξη του κατεξοχόν προσδοκώμενου στόχου των συστημάτων υγείας, που είναι η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών για τη συνεχή βελτίωση της υγείας των πολιτών του εκάστοτε κράτους (Smith et al., 2009). Η αποτελεσματικότητα είναι μετρήσιμη βάσει συγκεκριμένων δεικτών, που είναι α) το προσδόκιμο ζωής, β) η γενική θνησιμότητα και γ) η πρόωγη θνησιμότητα (Nolte et al., 2009). Όσο αφορά την αποδοτικότητα, οι μονάδες υγείας λειτουργούν ως ανοιχτά κοινωνικά συστήματα, με εισροές και εκροές. Αξιολογείται, επομένως, ο βαθμός που οι εισροές, δηλαδή το προσωπικό των ιατρών και των νοσηλευτών, οι υποδομές, ο εξοπλισμός και οι πόροι, καθορίζουν την ποιότητα των εκροών, δηλαδή την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και τη βελτίωση της υγείας των ατόμων. Ένα αποδοτικό σύστημα υγείας, αξιοποιεί στο έπακρο τις εισροές του για να πετύχει τις καλύτερες δυνατές εκροές, κι έχει ως έναν από τους βασικούς στόχους του την ορθή διαχείριση των διαθέσιμων ανθρώπινων, οικονομικών και υλικοτεχνικών πόρων προς όφελος του συνόλου του πληθυσμού. Εξίσου σημαντική κρίνεται και η διαφύλαξη της κοινωνικής ισότητας, με την ελεύθερη πρόσβαση όλων των πολιτών, ανεξαρτήτως κοινωνικής και οικονομικής προέλευσης, στις μονάδες περίθαλψης του συστήματος υγείας (Smith et al., 2009; Nolte et al., 2009).

Σημαντικό ρόλο στο σύστημα υγείας διαδραματίζει και η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), δεδομένου ότι σχετίζεται με τη βελτίωση της έκβασης της υγείας, της νεογνικής θνησιμότητας, αλλά και εν γένει τη θνησιμότητα από διάφορες αιτίες. Η αποτελεσματική λειτουργία της ΠΦΥ στο πλαίσιο ενός συστήματος υγείας, συνεπάγεται τη μείωση των άσκοπων εισαγωγών νοσηλείας στα νοσοκομεία, τον περιορισμό της χρήσης υψηλού κόστους εξειδικευμένων υπηρεσιών, την πρόσβαση όλων των ατόμων, ειδικά εκείνων που ανήκουν στα χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα, στις υπηρεσίες υγείας και εν τέλει τη βελτίωση της σχέσης κόστους – αποτελεσματικότητας (Αδαμακίδου και Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου, 2008)

Η διατήρηση του δημόσιου χαρακτήρα του συστήματος υγείας, μέσω της χρηματοδότησης των μονάδων υγείας από τον κρατικό προϋπολογισμό, είναι ένα πολύ σημαντικό θέμα που σχετίζεται με τα ανθρώπινα δικαιώματα και με την έννοια της ισότητας. Παράλληλα, αποτρέπεται ο κίνδυνος εξαθλίωσής τους καθώς και της πιθανής εκμετάλλευσής τους από ιδιώτες με απώτερο στόχο το ίδιο όφελος και κέρδος. Είναι γεγονός, ότι οι αρχές της καπιταλιστικής κοινωνίας, της παγκοσμιοποίησης και της ελεύθερης αγοράς, θέτουν τις μονάδες υγείας σε έναν αθέμιτο ανταγωνισμό που συχνά οδηγεί στην οικονομική σύμπραξη των κοινωνικά αλληλέγγυων και ενίοτε στον οριστικό ξεπεσμό τους λόγω την πώλησή τους σε μεγάλους επιχειρηματικούς ομίλους (Φιλαλήθης, 2002).

Σε περιόδους κρίσης, οι πολιτικές υγείας που υιοθετούνται, στις περισσότερες περιπτώσεις, σχετίζονται με λιτότητα και περικοπές των δαπανών, οι οποίες συνεπάγονται μείωση των χρονικών διαστημάτων νοσηλείας και περιορισμό του ιατρικού υλικοτεχνικού εξοπλισμού (Φιλαλήθης, 2002). Συνοδές καταστάσεις, όπως η ανεργία και η επαπειλούμενη εργασία σε συνδυασμό με τη μεγάλη μείωση του εισοδήματος συμβάλλουν αρνητικά στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Παράλληλα, το οικονομικό κενό που δημιουργείται από την έλλειψη κρατικής χρηματοδότησης και αύξησης των εξόδων, καλούνται να καλύψουν οι ασθενείς και οι οικείοι τους, με επιπλέον συμμετοχή στο κόστος περίθαλψης. (Ματσαγγάνης, 2002).

Το σύστημα υγείας, πρέπει να προσφέρει ισότιμες υπηρεσίες υψηλής ποιότητας στους πολίτες ανεξαρτήτως των οικονομικών τους δυνατοτήτων, καθώς η υγεία επηρεάζει το άτομο σε όλα τα επίπεδα, συνεπώς επιδρά θετικά ή αρνητικά στην παραγωγική

διαδικασία και εν τέλει καθορίζει την οικονομική πορεία ενός κράτους. Παράλληλα, η κατάσταση της υγείας του ατόμου επηρεάζει τις δημόσιες δαπάνες για τη συντήρηση των μονάδων περίθαλψης, τα όρια συνταξιοδότησης και την κοινωνική ασφάλιση (Τούντας, 2005; McKee et al., 2012). Επομένως, το σύστημα υγείας δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται με αυστηρούς οικονομικούς όρους, αλλά να προσεγγίζεται με αίσθημα προσφοράς για το κοινό καλό και την προαγωγή του δικαιώματος για ποιοτική ζωή (Szucs et al., 2016).

2.2 Οργάνωση του ελληνικού συστήματος υγείας

Στην Ελλάδα το σύστημα υγείας είναι μεικτό και υπάρχει ταυτόχρονη παρουσία τόσο του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού τομέα, ως προς την παροχή των υπηρεσιών υγείας και τη χρηματοδότησή τους. Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, ο Έλληνας έχει το δικαίωμα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας μέσω ενός συνδυαστικού συστήματος, το οποίο χαρακτηρίζεται από ποικίλους τρόπους λειτουργίας και οργάνωσης (Οικονόμου, 2012). Στην Ελλάδα το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία, εξαρτάται από την επαγγελματική και εν γένει οικονομική κατάσταση του ατόμου, τις ασφαλιστικές εισφορές που καταβάλλει στους φορείς του δημοσίου καθώς και την εθνική καταγωγή.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) δημιουργήθηκε και θεσμοθετήθηκε το 1983 με τον νόμο 1397/1983. Βασικός του στόχος υπήρξε η πλήρης κάλυψη των υγειονομικών αναγκών των πολιτών και η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας. Το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελείται από το ΕΣΥ, στο οποίο περιλαμβάνονται τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας και το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) και από τα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία κατά τα πρώτα χρόνια της κρίσης είχαν υπολογιστεί περίπου στα 30, και παρέχουν οικονομική κάλυψη στους ασφαλισμένους αναλόγως με την ευχέρεια πληρωμής των ασφαλιστρών. Έντονη δραστηριότητα παρουσιάζει και ο ιδιωτικός τομέας παροχής υγειονομικής φροντίδας, ο οποίος χρηματοδοτείται από τα δημόσια ταμεία κοινωνικής ασφάλισης (πλέον ΕΟΠΥΥ) και περιλαμβάνει νοσοκομεία, διαγνωστικά κέντρα και εξωτερικά ιατρεία κερδοσκοπικού χαρακτήρα (Σίσκου και συν., 2008).

Στο ελληνικό σύστημα υγείας η περίθαλψη διακρίνεται σε πρωτοβάθμια, η οποία αφορά στις υπηρεσίες πρόληψης και διάγνωσης που δεν απαιτούν νοσηλεία (ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, πολυιατρεία, εξωτερικά ιατρεία κ.ά.), δευτεροβάθμια, που περιλαμβάνει τις υπηρεσίες υγείας και νοσηλείας, οι οποίες παρέχονται από δημόσια ή ιδιωτικά νοσοκομεία και τριτοβάθμια, δηλαδή υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από μεγάλης δυναμικότητας νοσοκομεία (Γενικά, πανεπιστημιακά κ.ά.). Βάσει της νομοθεσίας του 1983, η δημόσια νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη είναι κατεξοχήν αρμοδιότητα του κράτους, χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και η ελεύθερη πρόσβαση σε αυτή είναι κοινωνικό δικαίωμα κάθε πολίτη, χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η κοινωνική του θέση, το οικονομικό του υπόβαθρο και η ασφαλιστική του δυνατότητα (Γεωργακόπουλος, 2014).

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα καθορίζεται, οργανώνεται και προσδιορίζεται από την κεντρική διοίκηση και κατεξοχήν υπεύθυνο για τον σχεδιασμό της εθνικής υγειονομικής πολιτικής είναι το Υπουργείο Υγείας και ο αρμόδιος Υπουργός (Χλέτσος, 2016). Αυτό συνεπάγεται τον έντονα συγκεντρωτικό του χαρακτήρα, όπως αποτυπώνεται από την κρατική χρηματοδότηση μέσω των φορολογικών εισφορών και των αποζημιώσεων των δημόσιων ασφαλιστικών ταμείων, καθώς επίσης και από την έντονα παρεμβατική πολιτική των εκάστοτε κυβερνήσεων (Κυριόπουλος και συν., 2003). Αν και ορισμένες αρμοδιότητες του Υπουργείου αναφορικά με ζητήματα υγείας μεταβιβάστηκαν στους μεταρρυθμισμένους περιφερειακούς και τοπικούς οργανισμούς αυτοδιοίκησης, και συγκεκριμένα στις Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ), τον κύριο λόγο εξακολουθεί να έχει το Υπουργείο μέσω του δικαιώματος να νομοθετεί και να εισηγείται θεσμικές αλλαγές (Πολύζος, 2014).

Οι προσπάθειες για την αποκέντρωση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα υπήρξαν εναρμονισμένες με την υγειονομική πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) και εκείνη των επιμέρους κρατών-μελών, και εντάχθηκαν στα πλαίσια του εκσυγχρονιστικού πλάνου της ΕΕ. Ωστόσο, τα αποτελέσματα που προέκυψαν ήταν πενιχρά καθώς ο πελατειακός και έντονα συγκεντρωτικός κρατικός μηχανισμός δεν επιτρέπει ούτε και ευνοεί γενναίες μεταρρυθμίσεις και καινοτομίες. Έτσι, οι ΥΠΕ διατηρούν έναν περισσότερο διεκπεραιωτικό ρόλο. Δε διαθέτουν τη βασική αρμοδιότητα καθορισμού των στόχων της υγειονομικής πολιτικής, οι οποίοι θα

ικανοποιούν τις τοπικές ανάγκες και απαιτήσεις, αλλά ούτε και την ευχέρεια να προβαίνουν σε διορθωτικές δράσεις, στις περιπτώσεις απόκλισης από τους κεντρικούς εθνικούς στόχους υγείας (Αντωνοπούλου, 2008).

Το δημόσιου χαρακτήρα ασφαλιστικό σύστημα της Ελλάδας, τουλάχιστο μέχρι το 2010 ήταν κατακερματισμένο σε έναν πολύ μεγάλο αριθμό επιμέρους ταμείων. Αν και όλα υπάγονταν στη δικαιοδοσία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, διέπονταν από διαφορετικές στρατηγικές πολιτικές, διαφορετικούς κανονισμούς και νόρμες, διαφορετική δομή και οργάνωση. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να εμφανίζονται αποκλίσεις ως προς την οικονομική κάλυψη των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, τις προϋποθέσεις συμμετοχής των ασφαλισμένων στις υπηρεσίες, στο ποσοστό των οικονομικών εισφορών και εν τέλει στην ισότιμη πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες, είτε αυτές αφορούσαν την περίθαλψη, είτε τη διάγνωση, είτε την πρόληψη (Οικονόμου, 2012).

Το σύγχρονο σύστημα υγείας μιας χώρας οικοδομείται με την κρατική χρηματοδότηση και με τις αποζημιώσεις που αποδίδονται από τα δημόσια ασφαλιστικά ταμεία. Ωστόσο, δεν μπορεί να αμφισβητηθεί το γεγονός ότι μέσω της ατομικής οικονομικής συνεισφοράς (out of pocket money) εξασφαλίζεται ένας επιπλέον και πολύ σημαντικός πόρος για τη δημόσια υγεία. Μάλιστα, αποδεικνύεται εξαιρετικά ζωογόνος για το σύστημα υγείας, όταν οι εισφορές των εργαζόμενων και των εργοδοτών μειώνονται λόγω των γενικότερων οικονομικών και πολιτικών συνθηκών, και όταν οι κρατικές επιδοτήσεις περιορίζονται λόγω γενικότερης οικονομικής στενότητας. Οι οικονομικές αυτές ισορροπίες δεν ελέγχονται επαρκώς από την κεντρική διοίκηση με αποτέλεσμα να δημιουργούνται ανισότητες και εν τέλει διόγκωση των ιδιωτικών εξόδων και δαπανών (Παπαθεοδώρου και συν., 2011).

Παράλληλα με τους δημόσιους ασφαλιστικούς φορείς, λειτουργούν και οι ιδιωτικοί φορείς, οι οποίοι προβαίνουν σε σύναψη συμβάσεων και συμφωνιών με ιδιωτικά νοσοκομεία, διαγνωστικά κέντρα και εξωτερικά ιατρεία, με σκοπό την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας μέσω της καταβολής μηνιαίων, εξαμηνιαίων ή ετήσιων οικονομικών αντιτίμων από τους ασφαλισμένους. Η σύναψη της συμφωνίας μεταξύ της ιδιωτικής ασφαλιστικής εταιρίας με τους πολίτες/ πελάτες γίνεται με την υπογραφή συμβολαίου, το οποίο περιλαμβάνει όρους και προϋποθέσεις, που

δεσμεύουν και τις δύο πλευρές. Στις περιπτώσεις που ο πολίτης δεν διαθέτει ιδιωτική ασφάλιση, καλείται να καταβάλει ένα σημαντικό χρηματικό ποσό για να καλύψει τις ανάγκες πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας περίθαλψης σε ιδιωτικά νοσοκομεία, εργαστήρια, πολυιατρεία, διαγνωστικά κέντρα και εξωτερικά ιατρεία. Συνήθως, τα δημόσια ασφαλιστικά ταμεία καταβάλλουν ένα πολύ μικρό μέρος από τις συνολικές ιδιωτικές δαπάνες (Οικονόμου, 2012).

Την περασμένη δεκαετία οι συνολικές δαπάνες για την υγεία ήταν διαρκώς αυξανόμενες. Τα κύρια αίτια για την αυξητική πορεία των δαπανών, σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ (OECD, 2009) αποτέλεσαν τα αυξημένα ποσοστά γήρανσης του πληθυσμού και η αύξηση του προσδόκιμου ζωής, η πρόοδος της τεχνολογίας, η αύξηση των επιστημονικών επιτευγμάτων που σχετίζονται με την υγεία, η ανάπτυξη της φαρμακοβιομηχανίας και οι μεγάλες επενδύσεις για ερευνητικούς σκοπούς. Καθοριστικό ρόλο έπαιξε και η διόγκωση της κατανάλωσης φαρμάκων, η οποία το 2007 έφτασε σε ποσοστό 21,6% της δημόσιας δαπάνης για την υγεία, από το οποίο το 87% αφορούσε στην κρατική χρηματοδότηση και το υπόλοιπο στην ιδιωτική.

Με την ψήφιση του Ν.3918/2011 αποφασίστηκε η συνένωση των μεγάλων δημόσιων ασφαλιστικών φορέων, όπως του ΙΚΑ, του ΟΠΑΔ, του ΟΓΑ και του ΟΑΕΕ, σε έναν ενιαίο Νομικό Πρόσωπο Δημόσιου Δικαίου, με την επωνυμία Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) με βασική αρμοδιότητα τη διαπραγμάτευση για τις συμβάσεις συνεργασίας και τις ανταμοιβές με ιδιώτες γιατρούς, με ιδιωτικά νοσοκομεία και ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα (Ξένος και συν., 2014). Το 2014 με το νέο νόμο για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας καθιερώθηκε ο νέος φορέας με την ονομασία ΠΕΔΥ (Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας), ο οποίος έχει μαζί του τις Μονάδες Υγείας του ΕΟΠΥΥ και τα Κέντρα Υγείας. Στις αρχές του 2017 (05/01/2017) άρχισε να λειτουργεί ο Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ), ως νέο μοντέλο οργάνωσης για την έμπρακτη εφαρμογή των ρυθμίσεων του ασφαλιστικού νόμου και του ασφαλιστικού συστήματος, όπως ισχύει σήμερα. Σύμφωνα με την εναρκτήρια διακήρυξή του, η πρωταρχική του αποστολή και ο βασικός ρόλος του είναι να προάγει τα δικαιώματα, τις ανάγκες και τα συμφέροντα των πολιτών, που εργάζονται, παράγουν και δημιουργούν, με αξιοποίηση των νέων

Τεχνολογιών της Πληροφορίας και της Επικοινωνίας (ΤΠΕ) για τη βελτίωση της εξυπηρέτησής τους (ΕΦΚΑ, 2017).

Το ύψος της φαρμακευτικής δαπάνης στη χώρα κρίνεται αδικαιολόγητα υψηλό, σύμφωνα με Έκθεση του Ελληνικού Κοινοβουλίου, αφού π.χ. στη Δανία, που έχει το μισό πληθυσμό σε σχέση με την Ελλάδα, εκτελούνται 15 εκατομμύρια συνταγές κάθε χρόνο, ενώ στην Ελλάδα περίπου 100 εκατομμύρια (Ελληνικό Κοινοβούλιο, 2010). Για το λόγο αυτό, έγινε μία συστηματική προσπάθεια εκσυγχρονισμού του συστήματος φαρμακευτικής περίθαλψης και ανακούφισης των ασφαλιστικών φορέων από περιττά έξοδα, με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Με τις οδηγίες του νόμου 3892/2010 (ΦΕΚ 189 Α΄) η ηλεκτρονική συνταγογράφηση ερμηνεύεται ως η παραγωγή, η διακίνηση και ο έλεγχος των παραπεμπτικών για ιατρικές πράξεις και ιατρικές συνταγές, μέσω της χρήσης των ηλεκτρονικών υπολογιστών και επικοινωνιών, προκειμένου να εξασφαλίζεται η ασφάλεια και η διαφάνεια στις πληροφορίες που διακινούνται. Διέπει όλα τα συστήματα που εμπλέκονται: τακτικά ιατρεία νοσοκομείων, κέντρα υγείας, κλινικές, φαρμακεία, διαγνωστικά κέντρα, ιδιωτικά ιατρεία και ασφαλιστικά ταμεία (Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 2013).

Τα οφέλη των ασθενών από την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, που αναφέρονται στην ανωτέρω Έκθεση, αφορούν την προστασία των προσωπικών δεδομένων, τη μείωση των λαθών, τη συνταγογράφηση μόνο από ιατρούς της σχετικής ειδικότητας καθώς και τον εντοπισμό φαινομένων προκλητής ζήτησης από ιατρούς ή φαρμακοποιούς. Παράλληλα, βελτιώνεται η ποιότητα, η ακεραιότητα και η ασφάλεια των δεδομένων (Ελληνικό Κοινοβούλιο, 2010).

Παρόλο που η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης συμπίπτει με την έναρξη της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (ΙΟΒΕ, 2012), ωστόσο δεν είναι αποδεδειγμένο κατά πόσο αποτελεί το μοναδικό λόγο αυτής της μείωσης. Και αυτό, διότι παράλληλα με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση εφαρμόστηκαν και άλλες πολιτικές, όπως οι πολιτικές rebate, η αλλαγή στις τιμές και τα είδη των χορηγούμενων φαρμάκων σύμφωνα με τη λίστα, η έκπτωση από τις εταιρίες στα φαρμακεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ κτλ. Ωστόσο, σύμφωνα με στοιχεία της πιλοτικής εφαρμογής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στον Οργανισμό Ασφάλισης Ελεύθερων

Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), από τις 18/10/2010 έως τις 17/1/2011, η μηνιαία εξέλιξη του κόστους της δαπάνης τη συγκεκριμένη περίοδο μειώθηκε σε σχέση με την αντίστοιχη του προηγούμενου έτους (Βουδούρης, 2011).

Παράλληλα, στα πλαίσια ενίσχυσης της ΠΦΥ, από τον Αύγουστο του 2017 αναρτήθηκε στη ΔΙΑΥΓΕΙΑ η προκήρυξη για την πρόσληψη συνολικά 2.868 ατόμων που θα στελεχώσουν τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤοΜΥ). Βασικός στόχος του νομοσχεδίου είναι να ενεργοποιηθεί περαιτέρω η ΠΦΥ, με την αρωγή και του ιδιωτικού τομέα, με απώτερο σκοπό την αποσυμφόρηση τόσο των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων όσο και των τμημάτων επειγόντων περιστατικών. Οι πόροι έχουν εξασφαλιστεί από την Ε.Ε αλλά θα υπάρξει σταδιακή ενίσχυση και από τον κρατικό προϋπολογισμό. Κύρια φιλοδοξία από την πλήρη ανάπτυξη του προγράμματος είναι μες την επόμενη τριετία να λειτουργούν 239 μονάδες σε 65 αστικά κέντρα και να μειωθούν κατά 5,5 εκατ. ευρώ οι επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Οι ιατρικές ειδικότητες που θα συμπεριληφθούν αφορούν παθολόγους, γενικούς γιατρούς και παιδίατρος.

Η ΠΦΥ θα παρέχεται σε δύο επίπεδα. Στο πρώτο θα παρέχονται υπηρεσίες από τις ΤοΜΥ, τα περιφερειακά πολυδύναμα και μη ιατρεία και τα τοπικά ιατρεία. Σε αυτό το επίπεδο θα συμπεριλαμβάνονται και οι υπηρεσίες των συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ ιδιωτών γιατρών, όπου δεν υπάρχει μονάδα. Στο δεύτερο επίπεδο θα παρέχονται υπηρεσίες από τα Κέντρα Υγείας, καθώς και από τις Μονάδες Υγείας του ΠΕΔΥ, επωνυμία η οποία πλέον καταργείται και μετονομάζονται όλα σε Κέντρα Υγείας. Οι ΤοΜΥ κατά βάση θα λειτουργούν ως μονάδες οικογενειακής ιατρικής με συγκεκριμένο πληθυσμό ευθύνης (opengov.gr).

2.3 Σύγχρονοι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες που επηρεάζουν το σύστημα υγείας και το επίπεδο υγείας στην Ελλάδα

Από το 2009 κι έπειτα, η Ελλάδα βρίσκεται σε κατάσταση οικονομικής κρίσης, η οποία ορίστηκε αρχικά ως χρηματοοικονομική και σταδιακά μετασχηματίστηκε σε κοινωνική. Η μεγαλύτερη κοινωνικοοικονομική συνέπειά της ήταν η αύξηση της ανεργίας και η συνεχιζόμενη πτωτική τάση στην απασχόληση και στην αγορά εργασίας. Παράλληλα, οι πολιτικές λιτότητας που έχουν υιοθετήσει οι εκάστοτε

κυβερνήσεις, οι οποίες έχουν επιφέρει τη δραματική μείωση των δημοσιονομικών δαπανών, αποτελούν τις δύο βασικές αιτίες για την αρνητική εικόνα που εμφανίζει το σύστημα και το επίπεδο της υγείας στην χώρα. Με τη μείωση του αριθμού των εργαζομένων, μειώθηκαν οι εισφορές στα ασφαλιστικά ταμεία και τα έσοδά τους, με αποτέλεσμα να περιοριστεί η οικονομική δυναμική της δεύτερης μεγαλύτερης πηγής χρηματοδότησης της υγείας στην Ελλάδα (Λιαρόπουλος, 2010).

Η απώλεια ή η αδυναμία ανεύρεσης εργασίας, η ανασφάλεια της πιθανής απόλυσης, το χαμηλό εισόδημα, η στάση πληρωμών έχουν καταστήσει δύσκολη την αξιοπρεπή, και σε πολλές περιπτώσεις, τη στοιχειώδη διαβίωση. Αυτό συνεπάγεται φτωχοποίηση, κοινωνική περιθωριοποίηση και δυσκολία πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Συνεπώς, τα άτομα και οι οικογένειες που ταλανίζονται από φτώχεια διατρέχουν περισσότερους κινδύνους πρόωρου θανάτου, λόγω της αυξημένης νοσηρότητας, η οποία οφείλεται στην έλλειψη των απαραίτητων οικονομικών πόρων για την εξασφάλιση περίθαλψης, διατροφής, στέγασης, εκπαίδευσης κα (Κυριόπουλος κ.ά., 2010). Εξάλλου είναι αποδεδειγμένο ότι η κακή υγεία και ο πρόωρος θάνατος δεν κατανέμονται τυχαία, αλλά οφείλονται στις συνθήκες που διαβιούν οι άνθρωποι (Navarro, 2009; Wilkinson & Marmot, 2003).

Η ανεργία συσχετίζεται με πολλές αρνητικές συνέπειες στην υγεία του πληθυσμού και με τις κυριότερες δυσλειτουργίες του συστήματος υγείας. Στην ανεργία αποδίδεται πρωτίστως η φτώχεια, η κρίση ταυτότητας, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η απώλεια της αυτοπεποίθησης, η κοινωνική απομόνωση και η υιοθέτηση περιθωριακών, βίαιων και παραβατικών συμπεριφορών (Bartley, 1994; Jin et al., 1995). Παράλληλα, έρευνες καταδεικνύουν τη συνάφεια της απώλειας ή της αδυναμίας εξόδου στην αγορά εργασίας με τα υψηλά ποσοστά πρόωρης θνησιμότητας και αυτοκτονιών (Jin et al., 1995). Επίσης, καταγράφονται αυξητικές τάσεις στα περιστατικά αλκοολισμού και κατάχρησης ουσιών, καθώς επίσης πολλαπλασιάζονται τα κρούσμα ψυχικών διαταραχών, όπως κατάθλιψη, που χρήζουν άμεσης φαρμακευτικής αγωγής (Economou et al., 2011; Economou et al., 2014).

Εκτός από την ανεργία, καθοριστικά συμβάλλει στην επιδείνωση της υγείας του πληθυσμού, ο σχεδιασμός μιας στρατηγικής πολιτικής λιτότητας στον χώρο της υγείας, από πλευράς της κρατικής εξουσίας, η οποία εκτός από περικοπές στις

δαπάνες, στις παροχές υπηρεσιών και αγαθών, μεταφράζεται με την παύση της ασφαλιστικής δυνατότητας σε άτομα με χαμηλό ή μηδενικό εισόδημα, με τον περιορισμό της οικονομικής στήριξης μέσω κρατικών επιδομάτων, με τη μείωση των κονδυλίων παροχών υγειονομικής περίθαλψης. Συνεπώς, αντί να τίθεται ζήτημα αναδιανομής των εισοδημάτων σε άτομα που βρίσκονται σε κατάσταση φτώχειας και ανεργίας, ακολουθούνται πολιτικές ελάφρυνσης και αναδιαμόρφωσης πόρων σε άτομα υψηλότερου ή υψηλού οικονομικού επιπέδου (Rigby et al., 2016).

Οι οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες που προέκυψαν μετά το ξέσπασμα της κρίσης του 2009 στην Ελλάδα, προκάλεσαν σταδιακά την αποδόμηση του συστήματος υγείας και δημιούργησαν από τη μια θετικές προϋποθέσεις για την αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών περίθαλψης και από την άλλη αρνητικές προϋποθέσεις για τη διαθεσιμότητα των οικονομικών, ανθρώπινων και υλικοτεχνικών πόρων. Οι ελληνικές κυβερνήσεις δεν μπόρεσαν να αξιολογήσουν όπως θα έπρεπε την κατάσταση και εξέθεσαν το σύστημα και τον πληθυσμό σε τρεις κινδύνους. Η στρατηγική πολιτική που σχεδίασαν και εφάρμοσαν στον τομέα της υγείας βασίστηκε αποκλειστικά στην περικοπή δαπανών και δεν έστρεψε το ενδιαφέρον της στην αναζήτηση εναλλακτικών πηγών χρηματοδότησης και στην ανάπτυξη επενδυτικών πρωτοβουλιών. Έτσι, με τον ξαφνικό περιορισμό των κρατικών κονδυλίων κατέστη αδύνατη η διατήρηση ενός ικανοποιητικού επιπέδου στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

Παράλληλα, οι ιθύνοντες των εκάστοτε κυβερνήσεων δεν έλαβαν υπόψη τους ότι η οικονομική κρίση, με ό,τι αυτή συνεπάγεται, επιδρά επιβλαβώς στη σωματική και ψυχική υγεία του πληθυσμού, γεγονός που πρέπει να αντιμετωπιστεί με την οικονομική ενίσχυση του συστήματος υγείας και των μονάδων περίθαλψης, διάγνωσης και πρόληψης. Αντίθετα, με τις πολιτικές και διοικητικές τους αποφάσεις, με αυθαίρετες περικοπές σε αγαθά, υλικά, υπηρεσίες, επιδόματα, έμφυχο δυναμικό, και με αύξηση του κόστους παροχών, αποσταθεροποίησαν πλήρως το σύστημα υγείας, ανέστειλαν την ίση πρόσβαση στην υγεία και καταρράκωσαν την ποιότητά της (Tallinn Charter, 2013).

Επιβαρυντικά στην ήδη επιδεινωμένη κοινωνική και οικονομική ζωή της χώρας, επιδρά το μεταναστευτικό και η έντονη παρουσία ανθρώπων εκτεθειμένων στη φτώχεια, στην ανασφάλεια και στις ανθυγιεινές συνθήκες διαβίωσης. Το γεγονός

αυτό ασκεί περισσότερη πίεση στο ελληνικό σύστημα υγείας και αναγκάζει σε περαιτέρω περικοπές και σε πιο αυστηρά μέτρα λιτότητας.

2.4 Προβλεπόμενα μέτρα από το ΔΝΤ και τους Ευρωπαϊκούς θεσμούς στον τομέα της υγείας

Η δυσχερής οικονομική θέση της Ελλάδας, όπως αυτή διαμορφώθηκε από το 2009, και η αδυναμία της να δανείζεται για την κάλυψη των δημοσιονομικών αναγκών της από τις διεθνείς αγορές, έφεραν την υπογραφή του πρώτου μνημονίου. Εκτός από την Ελλάδα, τα υπόλοιπα εμπλεκόμενα μέρη είναι η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο και η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα. Η συμφωνία προέβλεπε τον δανεισμό της χώρας από τον νεοσύστατο Μηχανισμό Στήριξης ESM/ EFSF (European Stability Mechanism/ European Financial Stability Facility), με την προϋπόθεση να τηρηθούν οι δεσμεύσεις για οικονομική εξυγίανση του ελληνικού κράτους. Στα πλαίσια αυτά, προτάθηκαν/ επιβλήθηκαν από τους «δανειστές» μεταρρυθμίσεις, πολλές από τις οποίες αφορούσαν αποκλειστικά τον τομέα της υγείας. Συγκεκριμένα:

1) Προτάθηκε και εφαρμόστηκε η σύσταση ενός ενιαίου ασφαλιστικού φορέα δημόσιου χαρακτήρα για την παροχή υπηρεσιών υγείας. Με τον Ν.3918/2011 τα επτά μεγαλύτερα ασφαλιστικά ταμεία απάρτισαν τον ΕΟΠΥΥ, ο οποίος λειτούργησε ταυτόχρονα ως πάροχος αγαθών και αγοραστής υπηρεσιών περίθαλψης, διάγνωσης και πρόληψης, κυρίως μέσω των υποδομών και των ιατρών-συνεργατών του ΙΚΑ. Η προχειρότητα με την οποία δημιουργήθηκε ο φορέας και η έλλειψη προνοητικότητας των εμπνευστών του, προκάλεσαν πολλά προβλήματα και τον κατέστησαν αναποτελεσματικό (Χλέτσος, 2015).

2) Με νέα παρέμβαση της «Τρόικας» προτάθηκε και εφαρμόστηκε η αλλαγή του ΕΟΠΥΥ σε αγοραστή των υπηρεσιών υγείας από τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα, προκειμένου να αποφεύγεται η διασπορά οικονομικών πόρων και να γίνεται ορθή διαχείριση εσόδων-εξόδων.

3) Προτάθηκαν και εφαρμόστηκαν μια σειρά μέτρων περικοπής δαπανών, αύξησης των εσόδων και εκσυγχρονισμού του συστήματος υγείας, όπως η ανάπτυξη ενός

ενιαίου συστήματος προμήθειας υλικοτεχνικού εξοπλισμού υγείας, η θεσμοθέτηση των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων, η παροχή ηλεκτρονικών υπηρεσιών, όπως η ηλεκτρονική συνταγογράφηση (e-prescription) και η ηλεκτρονική Δήλωση Αναλυτικών Παραστατικών Υγείας (e-ΔΑΠΥ), μέσω ενός υπολογιστικού συστήματος του ΕΟΠΥΥ (Χλέτσος, 2015).

4) Προτάθηκε και εφαρμόστηκε α) η αύξηση του κόστους της συμμετοχής των ατόμων στις υπηρεσίες και στα αγαθά υγείας, β) περιορισμός του αριθμού των φαρμάκων που συνταγογραφούνται, γ) η προώθηση των γενόσημων φαρμάκων, δ) η θεσμοθέτηση του clawback, που προβλέπει την επιστροφή των χρημάτων από τους παρόχους υγειονομικών υπηρεσιών, τα οποία ξεπερνούν την ανώτατη μηνιαία δαπάνη του ΕΟΠΥΥ που αντιστοιχεί στον καθένα, ε) η θεσμοθέτηση του rebate, δηλαδή η υποχρεωτική ποσοστιαία έκπτωση των παρόχων υγείας, συμπεριλαμβανομένων και των φαρμακοποιών, προς τον ΕΟΠΥΥ, υπολογισμένη είτε σε εξαμηνιαία είτε σε μηνιαία βάση (Χλέτσος, 2015).

5) Προτάθηκε και εφαρμόστηκε α) η αναπροσαρμογή των ασφαλιστικών εισφορών, όπου προβλέπονται κυρίως αυξήσεις (για παράδειγμα σε ελεύθερους επαγγελματίες, σε αγρότες κα), β) η αύξηση των ασφαλιστικών κρατήσεων κύριων συντάξεων, γ) η αποπληρωμή παλαιών ασφαλιστικών εισφορών, δ) η αλλαγή του τρόπου υπολογισμού των ασφαλιστικών εισφορών, ε) η καταβολή των εισφορών μηνιαίως (Χλέτσος, 2015).

6) Προτάθηκε και εφαρμόστηκε η διευκόλυνση της πρόσβασης στις υπηρεσίες περίθαλψης, διάγνωσης και πρόληψης, μέσω της θεσμοθέτησης του healthvoucher και της χρηματοδότησης από το ΕΣΠΑ. Στόχος αυτής της πρωτοβουλίας ήταν η εξασφάλιση της παροχής υπηρεσιών και αγαθών υγείας σε πρώην ασφαλισμένους, όπως επίσης παροχής νοσοκομειακής περίθαλψης και φαρμακευτικής κάλυψης των ατόμων χωρίς ασφάλιση (Χλέτσος, 2015).

7) Προτάθηκε η εισαγωγή του Health Technology Assessment, που κρίνει την αποτελεσματικότητα των τεχνολογιών που σχετίζονται με την υγεία γενικότερα και με τα φάρμακα ειδικότερα. Μέσω αυτού θα αξιολογείται η αξιοπιστία των μηχανημάτων, των εξοπλισμών και των φαρμάκων, μέσω της μελέτης της κλινικής

αποτελεσματικότητάς τους, της ασφάλειας και του κόστους τους (Ευθυμιάδου, 2016).

8) Προτάθηκε η εφαρμογή μιας ενιαίας φόρμουλας για τον προσδιορισμό και τον καθορισμό της τιμής όλων των φαρμάκων, ανεξαρτήτως αν είναι πρωτότυπα ή μη, όπως επίσης η διείσδυση των γενόσημων, Οι προτάσεις αυτές στοχεύουν στην μείωση των δαπανών και στην εξοικονόμηση κονδυλίων του ΕΟΠΥΥ (Ευθυμιάδου, 2016).

9) Προτάθηκε και εφαρμόζεται η περικοπή του αριθμού των διαγνωστικών εξετάσεων που μπορεί να κάνει κάθε ασθενής, μέσω «μπλοκαρίσματος» του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, μην επιτρέποντας τους γιατρούς να παραπέμψουν στις εξετάσεις που θεωρούν απαραίτητες (Ευθυμιάδου, 2016).

Η οικονομική κρίση που διέρχεται η χώρα, έχει διαταράξει τις οικονομικές, κοινωνικές, πολιτικές και πολιτιστικές ισορροπίες, τουλάχιστον όπως ήταν γνωστές από την εποχή της μεταπολίτευσης ως το 2009. Στο πλαίσιο αυτών των αναταραχών έχουν προκληθεί και αλλαγές στο σύστημα υγείας της χώρας. Στο ειδικό μέρος της εργασίας εξετάζονται οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας της Ελλάδας σε σχέση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες, οι οποίες βρέθηκαν στη δίνη της οικονομικής ύφεσης το διάστημα 2007-2009.

Κεφάλαιο 3^ο: Μεθοδολογία

3.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να αναλυθούν οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας και στους πολίτες της Ελλάδας, σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Το υπό μελέτη χρονικό διάστημα είναι από το 2007 κι έπειτα, που ουσιαστικά αποτελεί την απαρχή της οικονομικής κρίσης, σε παγκόσμιο και ευρωπαϊκό επίπεδο. Για την Ελληνική πραγματικότητα, η ανασκόπηση καλύπτει κυρίως την περίοδο 2009-2017, όταν και ξέσπασε η κρίση στη χώρα, ως και τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία. Η προβληματική της έρευνας αφορά στο πόσο η οικονομική κρίση επηρέασε τα συστήματα υγείας των χωρών της Ευρωζώνης και της Ευρωπαϊκής Ένωσης, και στο πώς αντιμετωπίστηκε από τις ελληνικές κυβερνήσεις η

αναγκαιότητα περιορισμού των κρατικών δαπανών, θέτοντας στο επίκεντρο το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Παράλληλα, διερευνώνται οι συνέπειες που έχει η υιοθέτηση της πολιτικής των περικοπών, στην υγεία των πολιτών και στο σύστημα εν γένει.

Τα ερευνητικά ερωτήματα είναι τα ακόλουθα:

- 1) Ποια είναι τα αποτελέσματα της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας της Ελλάδας και των χωρών της Ευρωζώνης;
- 2) Πως επηρεάζει η οικονομική κρίση την ψυχική υγεία των πολιτών;
- 3) Πως επηρεάζει η οικονομική κρίση τη σωματική υγεία των πολιτών;

3.2 Σχεδιασμός της μελέτης

Πρόκειται για μελέτη συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης , καθώς η φύση της προβληματικής που προσεγγίζεται, εγείρει πολλαπλές ερευνητικές και επιστημονικές υποθέσεις και απαιτεί την εξαγωγή συμπερασμάτων με σύνθεση των πολυάριθμων μελετών που έχουν διεξαχθεί. Το ζήτημα της συνάφειας της οικονομικής κρίσης με τον άμεσο επηρεασμό των συστημάτων υγείας, της ποιότητας των κοινωνικών παροχών και της ίδιας της ζωής των πολιτών, είναι ευρύ, πολυεπίπεδο και πολυδιάστατο, κι έχει αποτελέσει το επίκεντρο πολλών ερευνητικών μελετών. Συνεπώς, η συστηματική ανασκόπηση αποτέλεσε αξιόπιστη μέθοδο συλλογής δεδομένων για την εξαγωγή των δυνητικά γενικεύσιμων συμπερασμάτων.

Επιδίωξη ήταν η αναζήτηση και ο εντοπισμός των μελετών, των ερευνών, των οικονομικών και των στατιστικών πηγών, οι οποίες συγκεντρώνουν σημαντική ισχύ αξιοπιστίας, προκειμένου οι διαπιστώσεις να θεωρούνται σε μεγάλο βαθμό αξιόπιστες. Στην παρούσα ανασκόπηση εντάχθηκαν μελέτες δημοσιευμένες είτε στην ελληνική είτε στην αγγλική γλώσσα που αφορούσαν την περίοδο 2007 έως και το Μάιο του 2017.

3.3 Στρατηγική αναζήτησης για την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Λόγω της περιορισμένης έκτασης της εργασίας, έπρεπε να επιλεγούν τα κυριότερα σημεία των μελετών, να αποφασισθεί το αν θα ακολουθηθεί η τακτική της

διεξοδικότερης ανάλυσης λιγότερων αριθμητικά μελετών ή η τακτική της επιγραμματικότερης ανάλυσης περισσότερων αριθμητικά μελετών. Κατά τη θεωρητική τεκμηρίωση της θεματικής και της έρευνας, προτιμήθηκε η δεύτερη μέθοδος προσέγγισης των μελετών.

Η πορεία της αναζήτησης εκκίνησε με την παράθεση των λέξεων-κλειδιών «οικονομική κρίση», «σύστημα υγείας», «επιπτώσεις», «υγεία πολιτών», ακολουθώντας μια συνεχή ροή νέων κάθε φορά δεδομένων. Έπειτα, έγινε η επιλογή των κατάλληλων μελετών, με έλεγχο τίτλων, έλεγχο χρονολογίας, έλεγχο περιλήψεων, έλεγχο αναφορών, απομόνωση βιβλιογραφικών μελετών, ανάγνωση κειμένου εν συνόλω, αντιπαραβολή αποτελεσμάτων αναζήτησης.

Για τη συλλογή του υλικού έγινε αναζήτηση στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Medline, Science Direct και Google Scholar, για την ανεύρεση μελετών σχετικών με την προβληματική της ερευνητικής μελέτης, οι οποίες δημοσιεύτηκαν στην Αγγλική και στην Ελληνική γλώσσα μέχρι και τον Μάιο του 2017. Επίσης, έγινε άντληση δεδομένων από διεθνείς ηλεκτρονικές βάσεις, όπως η Eurostat και ο OECD, από την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ), καθώς και από άλλους φορείς, όπως Διανέοσις, ΕΚΤΕΠΝ, ΕΠΙΨΥ, ΙΝΕ-ΓΣΕΕ, ΙΝ.ΕΜ.Υ.-ΕΣΕΕ ΙΟΒΕ. Για την ένταξη ή τον αποκλεισμό των υπό αξιολόγηση μελετών στην έρευνα εξετάστηκαν οι περιλήψεις των πονημάτων και διερευνήθηκε το αν πληρούν τα προκαθορισμένα κριτήρια. Αυτά αφορούσαν στον συσχετισμό της οικονομικής κρίσης με τις επιπτώσεις στο σύστημα υγείας και την υγεία των πολιτών σε ευρωπαϊκές χώρες όπου εκδηλώθηκε η κρίση. Στις περιπτώσεις που δεν διαπιστώθηκε αυτή η συνάφεια, οι μελέτες δεν συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα έρευνα.

3.4 Ανάλυση των κριτηρίων αξιολόγησης των υπό ένταξη μελετών

Οι προς ένταξη μελέτες ήταν ποσοτικές. Η επιλογή τους έγινε βάσει των κριτηρίων του Critical appraisal for quantitative survey studies, όπως αυτά αναλύονται στη συνέχεια:

- *Ερευνητικό ερώτημα και σχεδιασμός:* Το ερευνητικό ερώτημα ήταν ξεκάθαρο, λογικό και σημαντικό; Χρησιμοποιήθηκε το πλέον κατάλληλο

ερευνητικό εργαλείο;

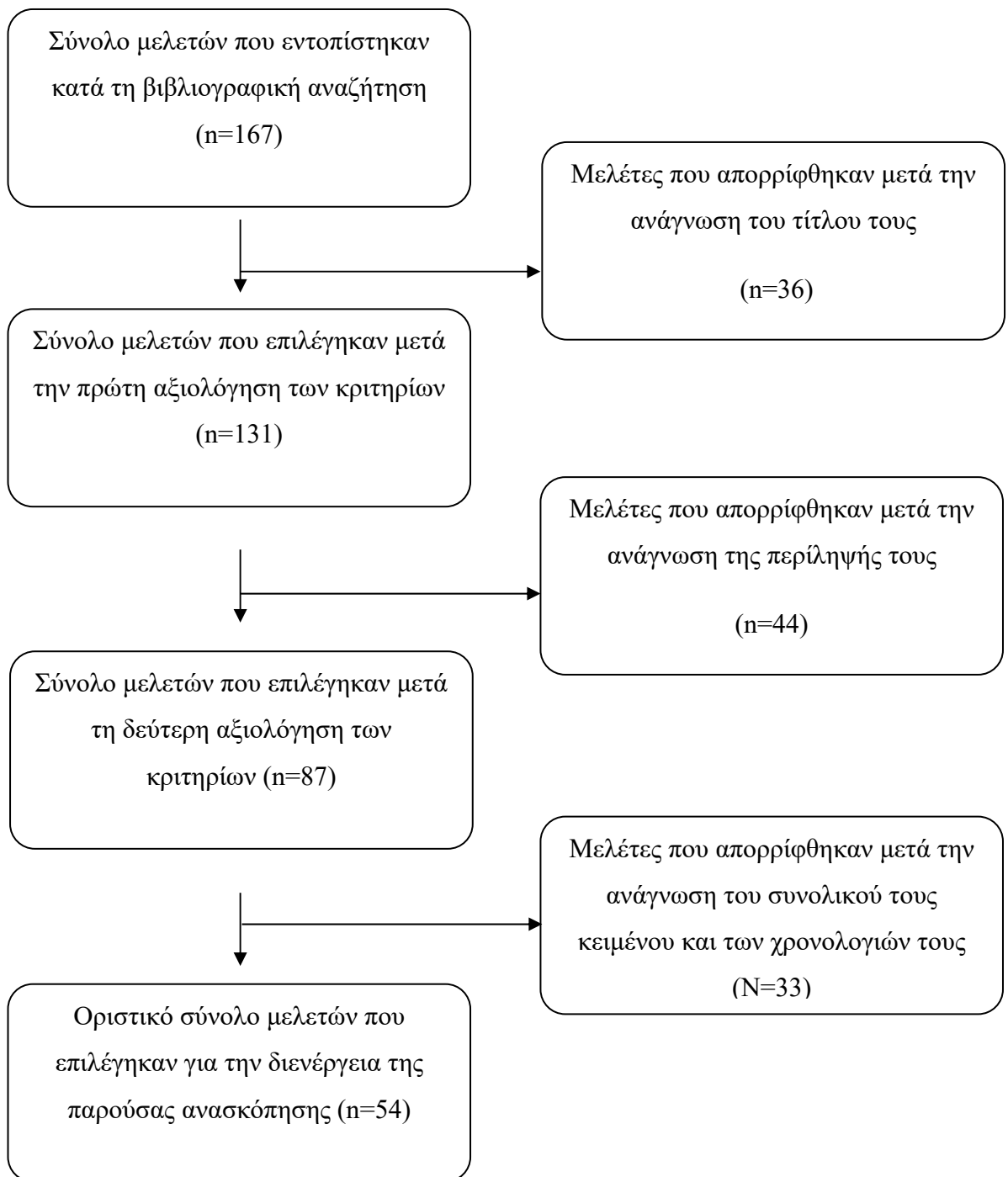
- *Δειγματοληψία*: Ποιο ήταν το δειγματοληπτικό πλαίσιο; Ήταν ικανοποιητικά μεγάλο και αντιπροσωπευτικό; Αντιλήφθηκαν όλοι οι συμμετέχοντες τις απαιτήσεις του ερωτηματολογίου με τον ίδιο τρόπο;
- *Εργαλεία*: Ποιοι παράμετροι ελήφθησαν υπόψη για την αξιοπιστία και την εγκυρότητα; Οι ερωτήσεις κάλυψαν όλες τις σχετικές οπτικές του θέματος; Υπήρξε κατάλληλη χρήση των ερωτήσεων ανοικτού και κλειστού τύπου;
- *Ανταπόκριση*: Πόσοι από τους συμμετέχοντες ανταποκρίθηκαν; Ελήφθησαν υπόψη εκείνοι που δεν ανταποκρίθηκαν;
- *Κωδικοποίηση και ανάλυση*: Ήταν κατάλληλη η ανάλυση (π.χ. έγινε στατιστική ανάλυση για τις ποσοτικές απαντήσεις και ποιοτική ανάλυση για τις ανοικτού τύπου ερωτήσεις) και χρησιμοποιήθηκαν οι δέουσες τεχνικές; Διατηρήθηκε η ακρίβεια των δεδομένων;
- *Παρουσίαση των αποτελεσμάτων*: Παρουσιάστηκαν όλα τα σημαντικά και μη αποτελέσματα;

3.5 Αποτελέσματα βιβλιογραφικής έρευνας και διάγραμμα ροής

Η βιβλιογραφική έρευνα, όπως εκκίνησε, εξελίχθηκε και κατέληξε, εμφανίζεται στο σύνολό της εξαιρετικά ομοιογενής. Οι μελέτες, οι έρευνες και οι πηγές των πληροφοριακών δεδομένων που εντοπίστηκαν, συλλέχθηκαν και χρησιμοποιήθηκαν οδηγούν σε κοινές διαπιστώσεις, διακρίνονται για τα κοινά τους πορίσματα και καταλήγουν σε παρόμοια συμπεράσματα. Εξάλλου, η προβληματική της έρευνας, δεν ενέχει ούτως ή άλλως, έντονα στοιχεία που ενδεχομένως μπορούν να οδηγήσουν σε διαφορετικές διαπιστώσεις.

Συγκεκριμένα, κατά τη βιβλιογραφική αναζήτηση εντοπίστηκαν 167 μελέτες, από τις οποίες κρίθηκε αναγκαίο, να συμπεριληφθούν οι 54 στην ανασκόπηση και στην ερευνητική προσέγγιση της προβληματικής του παρόντος πονήματος. Όπως προαναφέρθηκε, η επιλογή των ερευνών έγινε με την εφαρμογή των κριτηρίων ποιότητας των μελετών, για την ένταξη ή τον αποκλεισμό, όπως είχαν τεθεί εκ των προτέρων.

Ως περιορισμός της παρούσας μελέτης θα μπορούσε να αναφερθεί το ότι δεν έγινε έρευνα με ερωτηματολόγια ή συνεντεύξεις με άμεσα εμπλεκόμενα άτομα, παρά μόνο βιβλιογραφική ανασκόπηση. Επίσης, η βιβλιογραφική ανασκόπηση συμπεριέλαβε μελέτες που είχαν δημοσιευτεί σε δύο γλώσσες στην ελληνική και στην αγγλική γλώσσα.



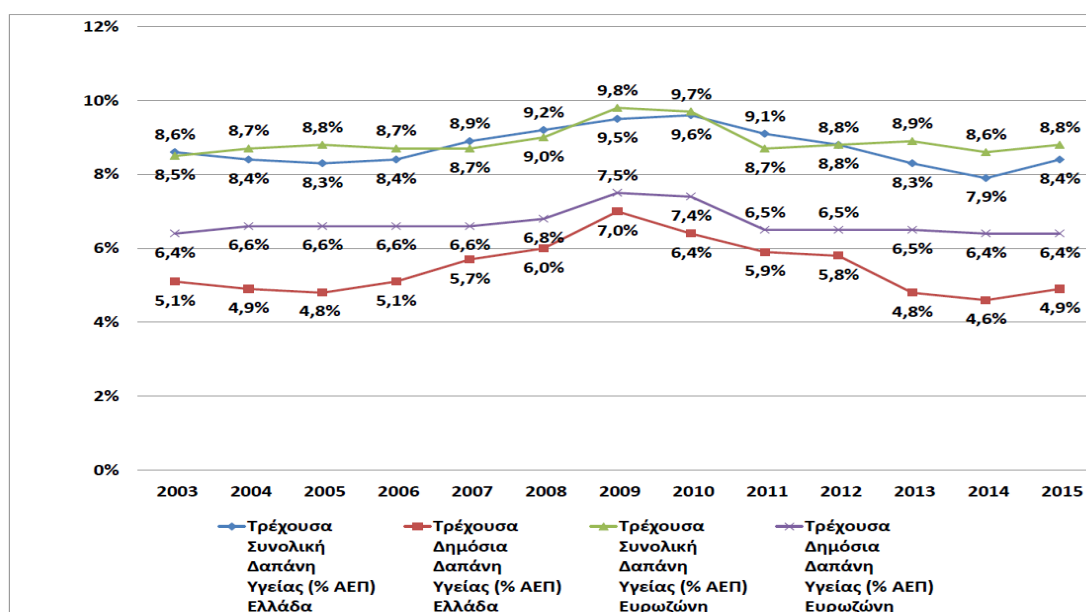
Διάγραμμα ροής διαδικασίας επιλογής βιβλιογραφίας

Κεφάλαιο 4^ο: Αποτελέσματα

4.1 Αποτέλεσμα οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας στην Ευρώπη και στην Ελλάδα

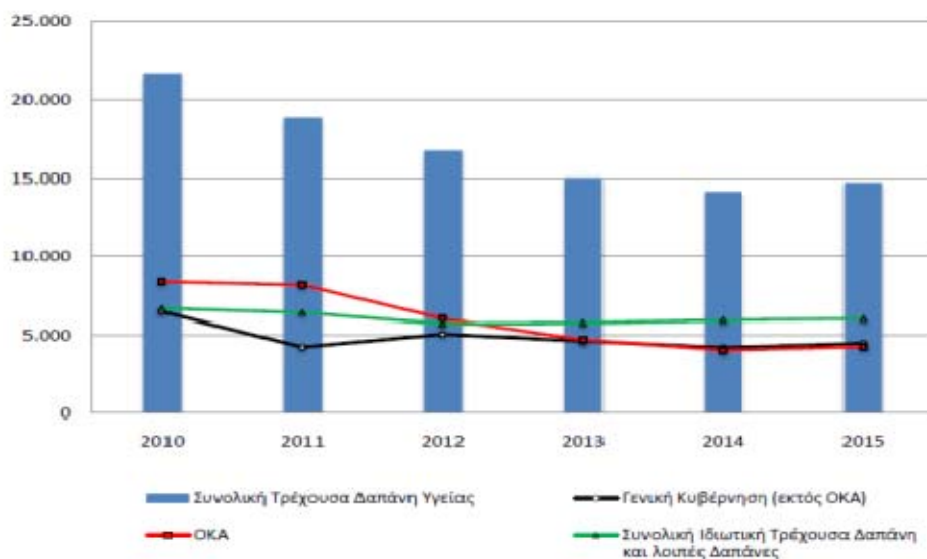
4.1.1 Εξέλιξη δαπανών/επάρκεια πόρων

Το 2006 οι δημόσιες δαπάνες της Ελλάδας για τις υπηρεσίες υγείας κυμαίνονται στο 5,1% του ΑΕΠ. Καταγράφονται ελαφρώς χαμηλότερες από το σύνολο των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά βρίσκονται σε μια αυξητική πορεία. Αξίζει να αναφερθεί ότι η δημόσια δαπάνη υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ της Ευρωζώνης υπερείχε της αντίστοιχης της Ελλάδας, και σε κάποια έτη αυτή ξεπερνά και τη μια ποσοστιαία μονάδα. Από το 2005 ως το 2009, παρατηρήθηκε μεγάλη αύξηση στις δαπάνες υγείας στην Ελλάδα, με αποτέλεσμα η διαφορά με την Ευρωζώνη να μειωθεί ακόμα και στη μισή μονάδα. Συγκεκριμένα, η δημόσια δαπάνη υγείας αυξάνεται σταδιακά κατά 2,2% του ΑΕΠ.



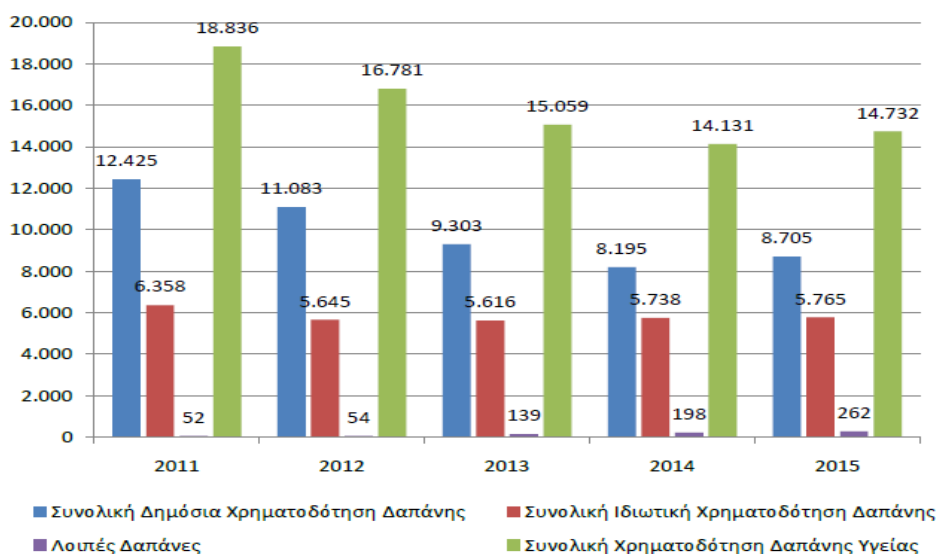
Εικόνα 4.5: Εξέλιξη Συνολικών και Δημόσιων δαπανών για την Υγεία στην Ελλάδα και την Ευρωζώνη

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2012. Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας –Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ



Εικόνα 4.6: Συνολική Τρέχουσα Δαπάνη Υγείας για τα Έτη 2010-2015 (σε εκατ. ευρώ)

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2017

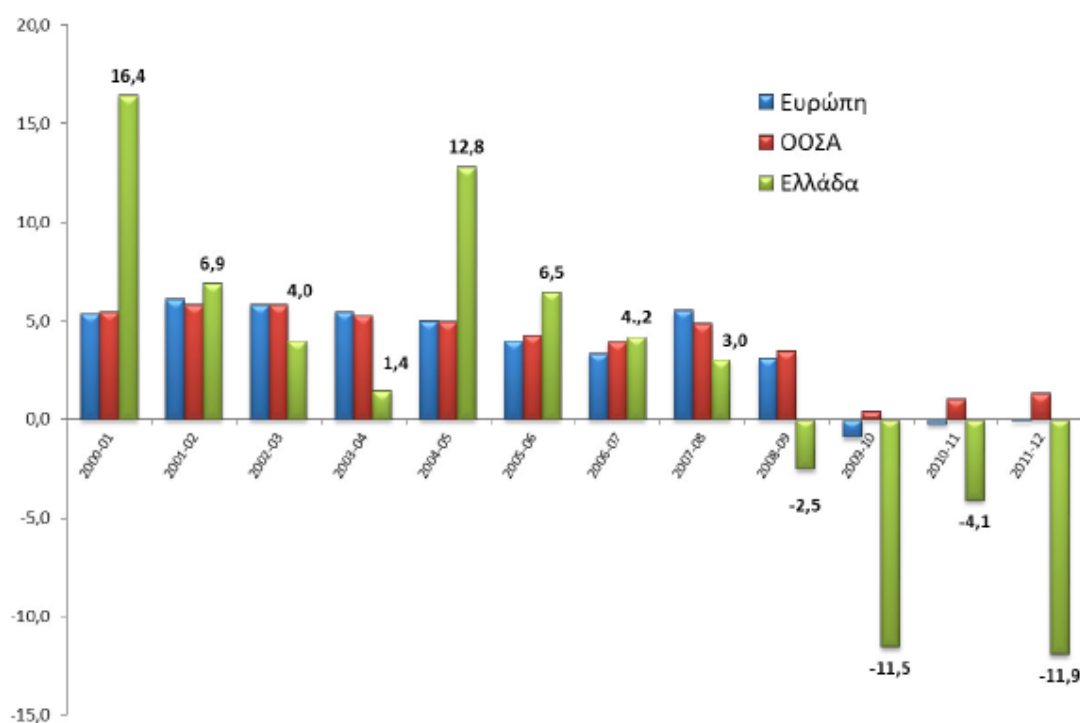


Εικόνα 4.7: Συνολική Τρέχουσα Δαπάνη Ανά Φορέα Χρηματοδότησης για τα έτη 2011-2015 (εκατ. ευρώ)

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2017

Το διάστημα από το 2007 και έπειτα, οι δαπάνες υγείας ανά κάτοικο της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι κατά 800 δολάρια περισσότερες από εκείνες της Ελλάδας, τη στιγμή

που οι ίδιες δαπάνες ανά κάτοικο της Ευρωζώνης είναι κατά 1.000 δολάρια περισσότερες από εκείνες της Ελλάδας. Αν και μέχρι το 2008 η απόκλιση με τα άλλα κράτη-μέλη δεν ήταν σημαντική, ήταν πολύ σημαντική σε σχέση με το σύνολο των κρατών της Ευρωζώνης. Από το 2009, οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της Ευρωζώνης μειώνουν τις δαπάνες της υγείας, στην Ελλάδα η πορεία των δαπανών είναι εντελώς πτωτική, με αποτέλεσμα η μείωση να φτάσει περίπου τα 500 δολάρια ανά άτομο. Το 2014 καταγράφεται μια εντυπωσιακή διαφορά στη δαπάνη υγείας μεταξύ της Ελλάδας και κυρίως της Ευρωζώνης (World Bank, 2015). Από το 2013 έως το 2015 παρατηρείται μείωση της συνολικής δαπάνης για την Ελλάδα καταλήγοντας σε μια διαφορά της τάξης του 1,5% σε σχέση με την Ευρωζώνη.



Εικόνα 4.8: Ετήσιος ρυθμός αύξησης της συνολικής δαπάνης υγείας στις χώρες της Ευρωζώνης, του ΟΟΣΑ και στην Ελλάδα (2000-2012)

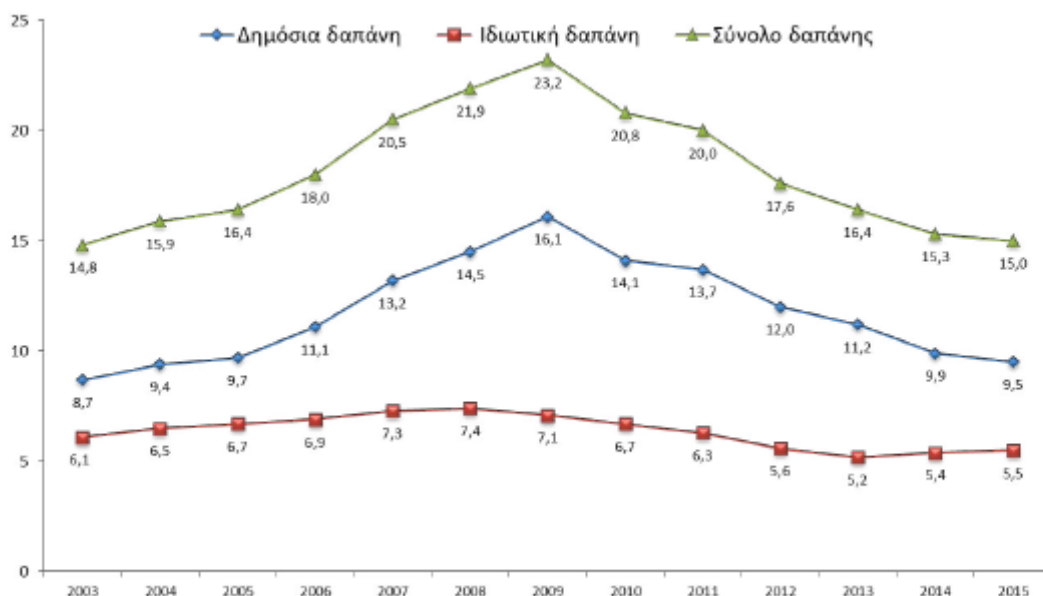
Πηγή: OECD, 2015

Αν οι δαπάνες της υγείας διαχωριστούν σε δημόσιες και συνολικές, στο διάστημα 2003-2011 παρατηρείται ότι οι πρώτες εξελίσσονται αναλόγως με τις αντίστοιχες της Ευρωζώνης, την ίδια στιγμή που οι δεύτερες, τόσο της Ελλάδας όσο και των χωρών της Ευρωζώνης κινούνται σε υψηλότερα επίπεδα με μικρότερες, ωστόσο, διαφορές (Σίσκου & Λιαρόπουλος, 2013; ΕΛΣΤΑΤ, 2012).

Η εξέλιξη της συνολικής δαπάνης υγείας στην Ελλάδα και στην Ευρώπη από το 2000 ως το 2012 μπορεί να διακριθεί σε δύο περιόδους: σε αυτή που αφορά στην περίοδο πριν το ξέσπασμα της κρίσης και σε εκείνη που ακολουθεί μετά. Η πρώτη, χαρακτηρίζεται από τις αυξητικές τάσεις των δαπανών υγείας, με ρυθμό μεγαλύτερο του ΑΕΠ. Η κακοδιαχείριση των οικονομικών πόρων και οι μεγάλες σπατάλες, σε συνδυασμό με την διόγκωση των δαπανών, είχαν σαν αποτέλεσμα τη συσσώρευση ελλειμμάτων στα ταμεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, των δημόσιων ασφαλιστικών Ταμείων, και τη δημιουργία ζητήματος βιωσιμότητας. Αν και ήταν διαφανόμνη η αναγκαιότητα αναδιάρθρωσης του συστήματος και ανάπτυξης μεταρρυθμίσεων, συνέβη μόνο με την παρέμβαση του Μηχανισμού Στήριξης, μετά την υπογραφή του πρώτου μνημονίου. Η περίοδος αυτή χαρακτηρίζεται από τον υπερπολλαπλασιασμό του κόστους σε όλες τις κατηγορίες και τις δομές υγείας, χωρίς όμως αυτό να εξασφαλίζει την καλύτερη δυνατή ποιότητα των παροχών και των υπηρεσιών, ή την ικανοποίηση των ασθενών, λόγω της έλλειψης μηχανισμών αξιολόγησης και λογοδοσίας. Το χρονικό αυτό διάστημα, οι φαρμακευτικές δαπάνες ξεπέρασαν το 80% (Διανέοσις, 2016)

Η δεύτερη περίοδος χαρακτηρίζεται από την πολιτική λιτότητας και από την εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων, οι οποίες σχετίζονται με περικοπές και με μείωση των δαπανών υγείας. Η πιο σημαντική αλλαγή που επιχειρήθηκε από την αρχή της εφαρμογής των όρων του μνημονίου είναι η ενοποίηση όλων των μεγάλων δημόσιων ασφαλιστικών φορέων στον ενιαίο ΕΟΠΥΥ, στον οποίο συμπεριλήφθηκε σταδιακά η πλειοψηφία των πόρων και των λειτουργιών για την υγεία. Αντίθετα με ό,τι συνέβη στο σύνολο της Ευρωζώνης κατά την υφεσιακή περίοδο 2007-2009, όπου η αύξηση των δαπανών υγείας λειτούργησε αντισταθμιστικά στην οικονομική κρίση, στην Ελλάδα η μείωση των οικονομικών κονδυλίων για την υγεία άγγιξε το 60%. Η συρρίκνωση των δαπανών συντελέστηκε οριζόντια σε όλες τις κατηγορίες υγείας, αδιακρίτως της βαρύτητας που η κάθε μια φέρει. Συγκεκριμένα, το 2013 η συνολική δαπάνη για την υγεία μειώθηκε στο 8,65% του ΑΕΠ, όταν το 2009 ήταν στο 9,8%. Οι περικοπές και οι μειώσεις τόσο στις δημόσιες όσο και στις ιδιωτικές δαπάνες φροντίδας υγείας εξακολουθούν και στη διετία 2013-2015, όπου το σύστημα υγείας υποχρηματοδοτείται. Συγκεκριμένα, για το έτος 2015 η συνολική δαπάνη υγείας ήταν €15 περίπου δις , από την οποία τα €9,5 δις αφορούσαν στη δημόσια δαπάνη και

μόλις τα €5,5 δις την ιδιωτική. Αυτό σημαίνει ότι η συνολική δαπάνη για την υγεία δεν ξεπερνά το 5% του ΑΕΠ, αν και βάσει των συμβάσεων, θα έπρεπε να αγγίζει το 6% (Διανέοσις, 2016).



Εικόνα 4.9: Εξέλιξη της Δαπάνης Υγείας στην Ελλάδα (2003-2015)

Πηγή: OECD, 2015

4.1.2 Αντίδραση των συστημάτων υγείας-επιπτώσεις στην υγεία

Στον Πίνακα 1 που ακολουθεί παρουσιάζονται πληροφορίες σχετικά με τις εννέα μελέτες που διερεύνησαν την αντίδραση των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας στην κρίση καθώς και τις επιπτώσεις στην υγεία των πολιτών. Ειδικότερα τρεις μελέτες επικεντρώνονται στη διερεύνηση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Παράλληλα, αναλύουν τις πολιτικές που εφαρμόστηκαν, ως απάντηση στους κλυδωνισμούς της κρίσης καθώς και τις συνέπειες στην υγεία των πολιτών των προς εξέταση χωρών.

Πιο συγκεκριμένα στη μελέτη των Thomson et al (2014) εξετάστηκε για το διάστημα 2008-2013 η αντίδραση των συστημάτων υγείας, αναδεικνύοντας ως πρωτεύων παράγοντα στην επιτυχή αντιμετώπιση της κρίσης, την προετοιμασία με εφαρμογή αποδοτικών και αποτελεσματικών πολιτικών υγείας πριν το ξέσπασμα της. Επομένως, όλα τα κράτη δεν επηρεάστηκαν εξίσου. Οι μισές από τις χώρες της

έρευνας, στα έτη 2007-2012 μείωσαν τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία και 19 από αυτές εφάρμοσαν κάθετες περικοπές στους κρατικούς προϋπολογισμούς. Την ίδια στιγμή 18 χώρες προσπάθησαν να υιοθετήσουν στρατηγικές επιπρόσθετων εισφορών από τους πολίτες. Λίγες μόνο χώρες στόχευσαν σε πολιτικές προστασίας των ευάλωτων οικονομικά στρωμάτων και των ανέργων. Οι χώρες δε που επλήγησαν εντονότατα από την κρίση έφεραν στον προσκήνιο και πολιτικές περιορισμών στην κάλυψη. Ενδεικτικό, πάντως, είναι το γεγονός πως αρκετές από τις χώρες εφάρμοσαν αποσπασματικά τις πολιτικές περικοπών καθώς στην πράξη αποδείχτηκαν μάλλον αναποτελεσματικές. Στην αντίπερα όχθη οι πολιτικές επέκτασης της υγειονομικής κάλυψης αποδείχτηκαν ιδιαίτερα αποδοτικές και υιοθετήθηκαν πλήρως από εκείνες τις χώρες που κινήθηκαν προς αυτή την κατεύθυνση.

Ανάλογα είναι τα συμπεράσματα που προκύπτουν και από τη μελέτη των Mladovsky et al(2012), διαφαίνονται όμως και περιπτώσεις χωρών που επιχείρησαν να βρουν διέξοδο ενισχύοντας τη δευτεροβάθμια υγειονομική περίθαλψη. Το 2009 στο Όσλο της Νορβηγίας αναδείχτηκε η αρνητική συσχέτιση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στη σωματική και ψυχική υγεία των πολιτών. Σε όλες τις χώρες η δραματική, πολλές φορές, αύξηση της ανεργίας και της ανέχειας οδηγεί αναπόφευκτα σε κακή υγεία λόγω της αδυναμίας των πολιτών να καταβάλλουν τις αυξημένες ενίοτε εισφορές τους για την υγεία. Το άγχος και η χρήση ουσιών οδηγούν σε διαταραχές της ψυχικής υγείας με προεξέχουσα την κατάθλιψη.

Ο καθοριστικός ρόλος που έπαιξαν οι πολιτικές υγείας προ κρίσης γίνεται φανερός στο παράδειγμα των χωρών της βόρειας Ευρώπης όπου χώρες, όπως το Βέλγιο, η Γαλλία και η Ολλανδία κατάφεραν να βγουν σχεδόν αλώβητες από την οικονομική κρίση (Maresso et al,2014). Το Βελγικό σύστημα υγείας, σε αντίθεση με εκείνο της Ελλάδας, κατάφερε να αντισταθμίσει τις συνέπειες της κρίσης λόγω του οικονομικού αποθέματος που είχε δημιουργήσει πριν το ξέσπασμα της κρίσης, ήδη από το 1995, όπου δόθηκε μία πραγματική ώθηση ανάπτυξης στο υγειονομικό σύστημα. Σημαντικό ρόλο έπαιξε και το γεγονός ότι τα μέτρα που λήφθηκαν μετά το 2009 δεν επηρέασαν άμεσα τους ασθενείς, καθώς δόθηκε έμφαση στην αποφυγή της περιττής χρήσης του συστήματος και στην αποδοτική χρήση του φαρμακευτικού τομέα.

Το 2013 οι πολιτικές υγείας που προτάθηκαν από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή στη Γαλλία το κόστος της εργασίας και τα συνταξιοδοτικά συστήματα, ωστόσο δεν έγιναν αποδεκτές από τους Γάλλους πολιτικούς, οι οποίοι ταυτόχρονα αρνήθηκαν οποιαδήποτε οικονομική ενίσχυση από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο. Η απομάκρυνση από τους θεσμούς σήμανε την αναγκαιότητα ανάδειξης, από μέρους της Γαλλίας, πρότυπων πολιτικών υγείας με αντίστοιχα αποτελέσματα. Με εξίσου σταθερές βάσεις, οι οποίες εκκινούσαν από την αναμόρφωση του συστήματος το 2006, η Ολλανδία κατάφερε να αντισταθμίσει, χωρίς σημαντικές απώλειες, τις συνέπειες της κρίσης, έχοντας όμως δημιουργήσει ένα σύστημα υγείας αρκετά υψηλού κόστους για τους πολίτες (Maresso et al,2014).

Σε μελέτη του παραδείγματος της Πορτογαλίας οι καταστροφικές δαπάνες υγείας (Catastrophic Health Care Expenditure-CHE) φαίνεται να επιτείνονται λόγω της αύξησης των χρεώσεων στη δημόσια υγεία, ακόμα και με την ύπαρξη μειώσεων στα φαρμακευτικά προϊόντα ή με διευρυμένες οικονομικές απαλλαγές (Galrinho Borges,2013). Αυτό αποδεικνύεται και στατιστικά καθώς παρότι οι CHE μειώθηκαν από 5,005% το 2000 σε 2,439% το 2010, το 2012 με τις ανωτέρω πολιτικές υγείας αυξήθηκαν εκ νέου στο 3,529%.

Η οικονομική κρίση στη Δανία αντιμετωπίστηκε με επέκταση των δημοσίων δαπανών καθώς από τις συνολικές δαπάνες, ενώ το 2007 ποσοστό 67% αποδόθηκε στον τομέα της υγείας, το 2011 το ίδιο ποσοστό ανήλθε σε 75%, παρόλο που οι συνολικές δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν στο διάστημα 2010-2011(Maresso et al,2014). Και το σύστημα υγείας της Εσθονίας ήταν αρκετά καλά προετοιμασμένο για το οικονομικό σοκ που κλήθηκε να αντιμετωπίσει. Η διάρκεια της κρίσης ήταν σύντομη και οι οικονομικοί δείκτες επανήλθαν αρκετά γρήγορα. Το γεγονός αυτό, οφείλεται στο ότι οι πολιτικές υγείας που εφαρμόστηκαν πριν την κρίση είχαν σαν αποτέλεσμα ισορροπημένους ετήσιους κρατικούς προϋπολογισμούς, χαμηλό κυβερνητικό χρέος και υψηλά αποθεματικά από τα ασφαλιστικά ταμεία. Η χώρα, λοιπόν, διέθετε ένα σημαντικό εύρος οικονομικών πολιτικών προκειμένου να αντιμετωπίσει την οικονομική κρίση. Ακόμα και η λύση της εξάντλησης των αποθεματικών από τα ασφαλιστικά ταμεία, μπορούσε να καλύψει το οικονομικό κενό του υγειονομικού τομέα (Habicht et al,2014).

Πίνακας 4.1: Μελέτες που πραγματοποιούνται την αντίδραση των ευρωπαϊκών συστημάτων στη κρίση

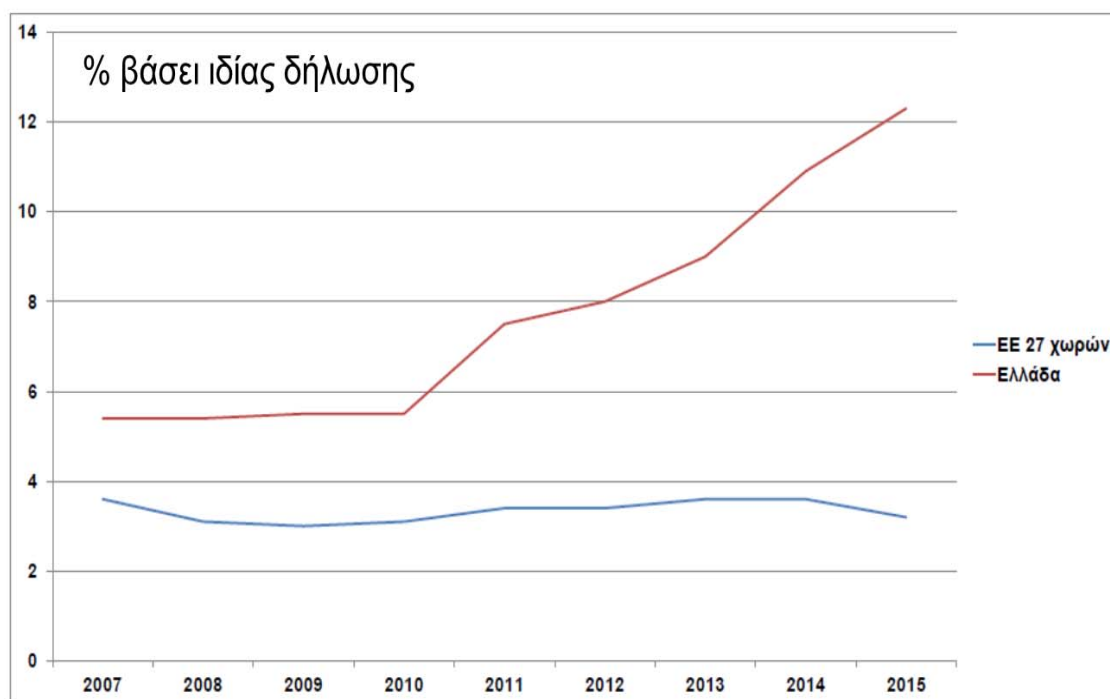
Συντάκτες	Χρονοχρονικά στοιχεία	Αντικείμενο μελέτης	Μελετώμενο δείγμα	Είδος μελέτης	Βασικά ευρήματα
Economou et al	Ευρωπαϊκή Ένωση:2008-2013	Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας	Ελλάδα	Μελέτη περίπτωσης	Χαμηλής ποιότητας και αποδοτικότητας υπηρεσίες υγείας με σαφή αρνητική επίδραση στον ευαίσθητο οικονομικά πληθυσμό
Habicht et al	Εσθονία: 2008-2013	Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας αλλά και στην υγεία των πολιτών	Εσθονία	Μελέτη περίπτωσης	Άμεση και αποδοτική απάντηση του συστήματος στην κρίση χωρίς σημαντικές συνέπειες στην υγεία
Galrinho Borges	Πορτογαλία: 2000-2010	Αξιολόγηση του μεγέθους και της επίδρασης των καταστροφικών δαπανών υγείας	Τα νοικοκυριά και ο φαρμακευτικός τομέας της Πορτογαλίας	Ποσοτική	Οι καταστροφικές δαπάνες υγείας επιδεινώνονται όταν τα νοικοκυριά υφίστανται χρεώσεις για την υγειονομική περίθαλψη ακόμη και αν μειωθούν οι φαρμακευτικές δαπάνες
Maresso et al	Ευρωπαϊκή Ένωση: 2008-2013	Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας	Βέλγιο, Γαλλία, Ολλανδία	Μελέτη περίπτωσης	Οι χώρες αυτές βίωσαν την κρίση χωρίς σημαντικές συνέπειες στα συστήματα υγείας
Mladovsky et al	Ευρωπαϊκή Ένωση: 2007-2012	Πολιτικές υγείας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε απάντηση της οικονομικής κρίσης	Οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης	Ποιοτική	Εφαρμογή ποικίλων πολιτικών υγείας με θετικά και αρνητικά αποτελέσματα
Thomson et al	Ευρώπη: 2008-2013	Η ανταπόκριση των	Οι χώρες της Ευρώπης	Ανασκόπηση	Η προετοιμασία των συστημάτων υγείας

		συστημάτων υγείας της Ευρώπης στην οικονομική κρίση			πριν την κρίση παίζει καθοριστικό ρόλο για την ανταπόκρισή τους μετά από αυτήν
WHO	Όσλο:2009	Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία των πολιτών	Μέλη από 39 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης	Ποιοτική	Σημαντική αύξηση τόσο των ψυχικών όσο και των σωματικών παθήσεων
Taube et al	Ευρωπαϊκή Ένωση:2008-2013	Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας καθώς και στην υγεία των πολιτών	Λετονία	Μελέτη περίπτωσης	Καλή ανταποκρισιμότητα του συστήματος στην κρίση. Απαιτούνται, ωστόσο, μέτρα για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας
Maresso et al	Ευρωπαϊκή Ένωση: 2008-2013	Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας	Δανία	Μελέτη περίπτωσης	Πτώση της κατά κεφαλής δαπάνης από 8,6% το 2009 σε 2,0% το 2010

4.1.3 Προσβασιμότητα

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας, αν και δεν μετρά πολλά χρόνια ζωής, χαρακτηρίζεται για τη χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών του, για την αναποτελεσματικότητά του και για τη χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών, η οποία οφείλεται σε πολλούς και ποικίλους παράγοντες. Μια σημαντική παθογένεια του ΕΣΥ, υπήρξε διαχρονικά η δυσκολία προσβασιμότητας των πολιτών στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας κυρίως λόγω μη επαρκούς ανάπτυξης της ΠΦΥ που θα έπρεπε να είναι το πρώτο σημείο επαφής των πολιτών με το σύστημα, κι έπειτα λόγω απόστασης, λόγω μεγάλου χρόνου αναμονής και λόγω δυσκολίας στον ορισμό μιας εξέτασης. Από στοιχεία που έχει δημοσιοποιήσει η Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία για το διάστημα 2007-2015 αποτυπώνεται η μεγάλη απόκλιση ανάμεσα στη δυνατότητα πρόσβασης των πολιτών των κρατών-μελών στις υπηρεσίες υγείας και στην ευχέρεια πρόσβασης των Ελλήνων πολιτών σε αυτές. Από το 2010 κι έπειτα η

δυσκολία αυτή στην Ελλάδα έχει αυξηθεί, ενώ παρουσιάζει μια σταθερότητα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Διανέοσις, 2016).

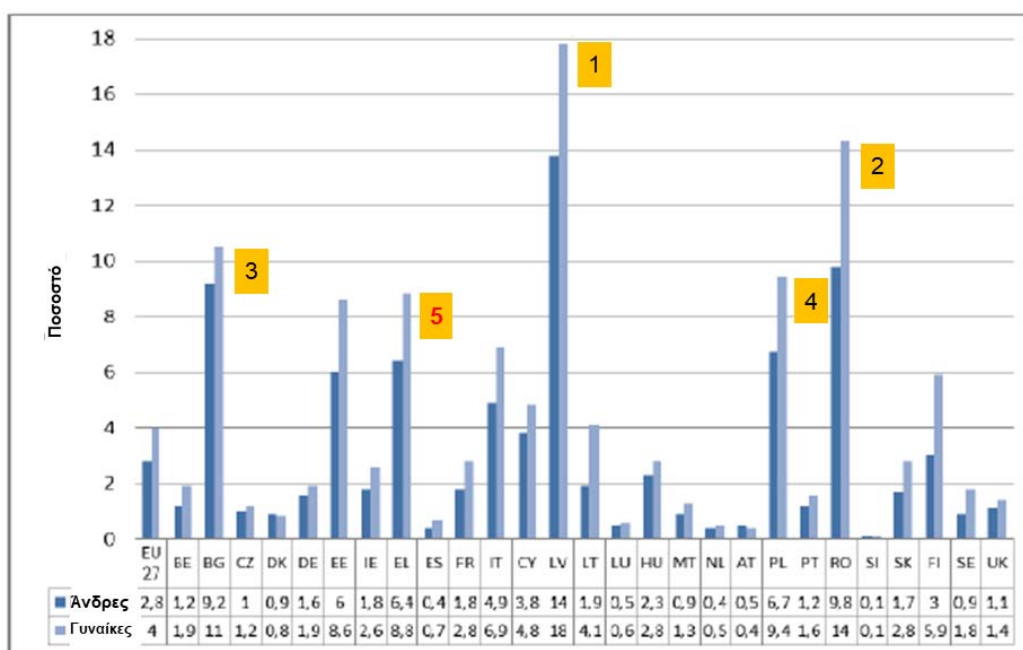


Εικόνα 4. 10: Δυσκολία σε υπηρεσίες υγείας λόγω κόστους, απόστασης και καθυστέρησης.

(Πηγή: Eurostat, 2017)

Από τα παραπάνω στοιχεία καταδεικνύεται ότι η κατάσταση αναφορικά με τη δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, επιδεινώθηκε με την ταυτόχρονη εμφάνιση των σοβαρών οικονομικών προβλημάτων και με την αναγκαιότητα διαρθρωτικών δράσεων. Λόγω της μείωσης των εισοδημάτων, των περικοπών των συντάξεων, της απώλειας θέσεων εργασίας, της αυξημένης ανεργίας, του περιορισμού των διευκολύνσεων για τους οικονομικά ασθενέστερους, της αύξησης της συμμετοχής των ασθενών στη διάγνωση και στη θεραπεία, η πλειοψηφία των πολιτών στράφηκε στις δημόσιες δομές υγείας προκειμένου να εξυπηρετηθεί. Παρατηρήθηκε ταυτόχρονη μείωση στη χρήση των ιδιωτικών δομών υγείας, κυρίως των ιδιωτικών κλινικών, των μαιευτηρίων και των οδοντιατρείων, οποία άγγιξε το 2011 το 50% (Διανέοσις, 2016).

Το 2013, βάσει στοιχείων της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, η Ελλάδα βρίσκεται στην πέμπτη θέση, ως προς την αδυναμία πρόσβασης σε ιατρικές εξετάσεις, όπως καταδεικνύεται από τους πολίτες των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Μετά από τους Λετονούς, τους Ρουμάνους, τους Βούλγαρους και τους Πολωνούς, οι Έλληνες δήλωσαν ότι οι νέες υγειονομικές μεταρρυθμίσεις, δυσχέραναν περαιτέρω την προσβασιμότητα σε φάρμακα και σε διαγνωστικές εξετάσεις. Οι ηλικιωμένοι δήλωσαν σε πολύ μεγάλο ποσοστό μη ικανοποιημένοι από την προσβασιμότητα στις παροχές υγείας, εστιάζοντας κυρίως στο αυξημένο κόστος, της μεγάλης απόστασης και της μεγάλης αναμονής. Νωρίτερα, για τη διετία 2011-2012 η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας δημοσίευσε στοιχεία που καταδεικνύουν ότι περισσότεροι από τους μισούς Έλληνες κατέφυγαν σε περιορισμό χρήσης υπηρεσιών φροντίδας υγείας, λόγω ποικίλων δυσχερειών (Economou et al,2014).



Εικόνα 4.11: Αδυναμία κάλυψης ανάγκης για ιατρική εξέταση λόγω περιορισμών στην πρόσβαση ανά φύλο, σύμφωνα με αυτά που αναφέρουν οι ίδιοι οι πολίτες.

(Πηγή: European Commission, 2013)

Το 2011 αυξήθηκε το αντίτιμο για τις παρεχόμενες ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες από 3 ευρώ σε 5 ευρώ, ενώ το 2014 έπεσε στο κενό η προσπάθεια της κυβέρνησης να αυξήσει την τιμή του εισιτηρίου στα 25 ευρώ. Αντ' αυτού αυξήθηκε η τιμολόγηση των τηλεφωνικών ραντεβού για διαγνωστικές εξετάσεις. Στην Ελλάδα της οικονομικής κρίσης, ταυτόχρονα με την μείωση των εισοδημάτων και των εσόδων, την αύξηση των εξόδων και των χρεών, την απώλεια θέσεων εργασίας, την αβεβαιότητα για το επαγγελματικό μέλλον, την ανεργία, το Εθνικό Σύστημα Υγείας υποχρηματοδοτείται, το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό μειώνεται, ο υλικοτεχνικός εξοπλισμός δεν ανανεώνεται ή παρουσιάζει βασικές ελλείψεις, οι λίστες αναμονής για διαγνωστικές εξετάσεις εξασφαλίζουν πρόσβαση μετά από πολύμηνη αναμονή, οι ιδιωτικές δομές φροντίδας υγείας απαιτούν υψηλό χρηματικό αντίτιμο, οι συμμετοχή του κράτους στις διαγνωστικές εξετάσεις, στη θεραπεία και στην κάλυψη της φαρμακευτικής περίθαλψης μειώνεται συνεχώς και η προσωπική δαπάνη του ασθενή αυξάνει διαρκώς. Η κατάσταση αυτή αποτρέπει τους πολίτες, κυρίως εκείνους των χαμηλότερων κοινωνικών και οικονομικών στρωμάτων, να καταφεύγουν στις υπηρεσίες υγείας (Διανέσις, 2016).

Ως προς την προσβασιμότητα και τον χρόνο αναμονής για τη λήψη θεραπείας, η Ελλάδα εμφανίζει κακά προς μέτρια αποτελέσματα. Συγκεκριμένα, οι πολίτες της χώρας δυσκολεύονται να εξυπηρετηθούν από οικογενειακό ιατρό εντός της ημέρας, να λάβουν θεραπεία καρκίνου σε μικρότερο διάστημα των 21 ημερών, να λάβουν περίθαλψη σε σύντομο χρονικό διάστημα στα επείγοντα και στα εξωτερικά ιατρεία. Ελαφρώς καλύτερη είναι η απόδοση του ελληνικού συστήματος υγείας ως προς τον προγραμματισμό μεγάλων επεμβάσεων σε λιγότερο από 90 ημέρες και την πρόσβαση σε CT τομογράφο σε λιγότερο από 7 ημέρες. Στις συγκεκριμένες παροχές φροντίδας υγείας καλύτερα αποτελέσματα παρουσιάζουν το Βέλγιο, η Τσεχία, τα Σκόπια, η Αυστρία και η Γερμανία (Economou et al,2014).

Στη Λετονία ήδη η περίοδος 2007-2008, χαρακτηρίστηκε από μια διαρκή θεσμικά επικαιροποιημένη διαδικασία σταδιακής απόσυρσης από τη νοσοκομειακή στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Στη φάση της κρίσης ήταν, επομένως, έτοιμη η χώρα να δώσει έμφαση στις εξωνοσοκομειακές δομές, στις υπηρεσίες για παιδιά και εγκύους καθώς και σε πολιτικές υγείας σχετικές με την άμεση επέμβαση στην

περίπτωση του επείγοντος και τη φαρμακευτική κάλυψη. Ωστόσο, οι κοινωνικές στρατηγικές που εφαρμόστηκαν αντιμετωπίζουν εν μέρει το πρόβλημα της προσβασιμότητας από το πάσχον τμήμα του πληθυσμού. Και αυτό, διότι μόνο τα νοικοκυριά με εισόδημα κάτω από 128 ευρώ αν μέλος της οικογένειας το μήνα, έχει πρόσβαση στο σύστημα (Taube et al,2014).

Το Βελγικό σύστημα υγείας, το οποίο ήταν εξαρχής καλά προετοιμασμένο για την κρίση που ακολούθησε, συχνά χρησιμοποίησε μέρος των προϋπολογισμών και για την προσβασιμότητα, καθώς η διευρημένη δυνατότητα πρόσβασης στις υγειονομικές μονάδες αποτελούσε ανέκαθεν πολύ σημαντικό κομμάτι των πολιτικών υγείας λόγω του απόλυτου σεβασμού των Βέλγων στην θεραπευτική ελευθερία καθώς και στην ελευθερία της επιλογής (Maresso et al, 2014). Στην Εσθονία η δυνατότητα να απορροφηθεί με ευκολία μια βραχυπρόθεσμη πτώση των εσόδων που προέκυψε λόγω της κρίσης, προέκυψε από προηγούμενες πολιτικές υγείας που σχετίζονταν με επανασχεδιασμό των περιφερειακών νοσοκομείων στα πλαίσια αναδόμησης του δικτύου υγείας και ως εκ τούτου της πρόσβασης και της κάλυψης των πολιτών (Habicht et al, 2014).

4.1.4 Αποτελεσματικότητα/ ποιότητα υπηρεσιών

Ως προς την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, η Ελλάδα, σύμφωνα με τα ετήσια στοιχεία που δημοσιεύει η Euro Health Consumer Index (Δείκτες Καταναλωτών Eurohealth) (2015), βρίσκεται σταθερά προς τις τελευταίες θέσεις της κατάταξης, μεταξύ 35 ευρωπαϊκών χωρών. Συγκεκριμένα, το 2012 κατέλαβε την 22^η θέση, το 2013 την 25^η, το 2014 και το 2015 την 28^η θέση. Χειρότερη θέση είχαν η Λετονία, η Σερβία, η Βουλγαρία, η Πολωνία, το Μαυροβούνιο, η Ρουμανία και η Αλβανία. (Διανέοσις, 2016).

Πολύ σημαντική αναδεικνύεται η κυβερνητική πολιτική της Λετονίας να ενισχύει τα νοικοκυριά με χαμηλό εισόδημα δίνοντας τη δυνατότητα μεγαλύτερης κάλυψης με λιγότερες εισφορές. Ωστόσο, η Λετονία παραμένει μία από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης με το υψηλότερο ποσοστό out of pocket πληρωμών στο σύνολο των δαπανών υγείας(Taube et al,2014).

Με μια πρώτη προσέγγιση, το Ελληνικό Σύστημα Υγείας μοιάζει να «νοσεί» κυρίως στα ζητήματα που σχετίζονται με τα δικαιώματα των ασθενών και με την πληροφόρησή τους. Εκτός από τη νομοθεσία για θέματα υγείας που προασπίζουν το δίκαιο των ασθενών, εμφανίζει μέτρια απόδοση αναφορικά με την πρόσβαση σε συστάσεις για τους ικανούς ιατρούς, με την αναζήτηση διασυνοριακής περίθαλψης και με την κράτηση ραντεβού μέσω διαδικτύου. Κακή απόδοση έχει αναφορικά με τη διασφάλιση του ασθενούς σε περίπτωση ιατρικού λάθους, με το δικαίωμά του σε δεύτερη γνώμη, στη προσβασιμότητα στα ιατρικά αρχεία που τον αφορούν, στις διαδικτυακές ή τηλεφωνικές υπηρεσίες όλο το 24ωρο, 7 μέρες την εβδομάδα, στην πρόσβαση σε καταλόγους παρόχων υγείας με κατάταξη ποιότητας και στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Οι χώρες με καλύτερη απόδοση είναι οι Σκανδιναβικές, η Εσθονία, η Ισλανδία και το Βέλγιο. Πολύ καλά αποτελέσματα στη συγκεκριμένη κατηγορία υπηρεσιών υγείας παρουσιάζουν τα Σκόπια (Eurohealth Consumer Index, 2015; Διανέοσις, 2016).

Σχετικά με τα αποτελέσματα των ασθενειών, παρατηρείται αναλογικότητα ανάμεσα στις υπηρεσίες που το σύστημα υγείας ανταποκρίνεται ικανοποιητικά και σε εκείνες που εντοπίζονται σε χαμηλά επίπεδα. Η Ελλάδα συγκεντρώνει καλά αποτελέσματα αναφορικά με τη μείωση των θανάτων από εγκεφαλικά επεισόδια, με την παιδική θνησιμότητα και με τη συχνότητα των αμβλώσεων. Έχει μέτρια απόδοση αναφορικά με τον περιορισμό των θανάτων από καρδιαγγειακά νοσήματα και με την μείωση των δυνητικά χαμένων χρόνων ζωής. Αρνητικά είναι τα αποτελέσματα που σχετίζονται με τη βιωσιμότητα των καρκινοπαθών, με τα κρούσματα ιογενών λοιμώξεων και με την κατάθλιψη. Οι χώρες με πολύ καλά αποτελέσματα είναι η Ισλανδία, η Φιλανδία, η Γερμανία και η Ιρλανδία (Eurohealth Consumer Index, 2015; Διανέοσις, 2016).

Στην κατηγορία των υπηρεσιών που αφορούν στην απόσταση και στον χρόνο αναμονής για την πρόσβαση στις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας, η εικόνα του ελληνικού συστήματος υγείας είναι και πάλι αρνητική. Παρατηρείται ανισότητα στην λήψη παροχών υγείας, μεγάλη αναμονή για μεταμόσχευση ήπατος, άτυπες πληρωμές ιατρών, δυσκολία στην παροχή ποιοτικής και μακροχρόνιας φροντίδας στους ηλικιωμένους, μικρό ποσοστό αιμοκαθάρσεων που διενεργούνται εκτός νοσοκομείου, υπερβολικός αριθμός καισαρικών τομών. Λίγο πιο ενθαρρυντικά είναι

τα αποτελέσματα σχετικά με τις οδοντιατρικές υπηρεσίες που παρέχονται σε δημόσιες δομές υγείας. Μοναδικό μετρήσιμο είδος θεραπείας, στο οποίο οι Έλληνες πολίτες έχουν εύκολη πρόσβαση χωρίς μακρά περίοδο αναμονής είναι η επέμβαση καταρράκτη. Οι χώρες με πολύ καλά αποτελέσματα είναι η Φιλανδία, η Δανία, η Τσεχία και το Βέλγιο (Maresso et al, 2015).

Στην κατηγορία που αναφέρεται στην πρόληψη απουσιάζουν οι μέτριες επιδόσεις. παρατηρείται μια σχετική ισορροπία ανάμεσα στις ικανοποιητικές και μη παροχές υγείας αναλόγως με το είδος των υπηρεσιών. Συγκεκριμένα, έχει καλή απόδοση στον εμβολιασμό των παιδιών, στην παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης, στην κατανάλωση αλκοόλ και στον εμβολιασμό για τον ιό HPV. Κακή απόδοση έχει στην αποτροπή του καπνίσματος, στη φυσική άσκηση και στους θανάτους από τροχαία δυστυχήματα. Περισσότερο ικανοποιητική είναι η κατάσταση στην Ισλανδία, στη Γερμανία, στη Φιλανδία και στα Σκόπια (Eurohealth Consumer Index, 2015; Διανέοσις, 2016).

Όσο αφορά την φαρμακευτική περίθαλψη, η κατάσταση στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από μέτρια ως κακή. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας δεν ανταποκρίνεται ικανοποιητικά στην προμήθεια καινοτόμων φαρμάκων για τις πολύ σοβαρές ασθένειες, όπως είναι ο καρκίνος και οι αρθρίτιδες, ενώ την ίδια στιγμή παρατηρείται υπερβολική χρήση στη λήψη αντιβιοτικών σκευασμάτων. Ελαφρώς καλύτερη είναι η εικόνα της χώρας ως προς την επιδότηση του Rx, την πρόσβαση σε νέα φάρμακα και την χρήση μετορμίνης. Σχετικά ικανοποιητική είναι η εικόνα στη Φιλανδία, στην Ιρλανδία και στη Γερμανία (Eurohealth Consumer Index, 2015; Διανέοσις, 2016).

Η εικόνα του συστήματος υγείας της χώρας, όπως αποτυπώνεται σε διεθνείς ή ευρωπαϊκές έρευνες, αιτιολογεί την χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών, η οποία εκφράζεται έκδηλα τόσο ερευνητικά όσο και κατά τη διάρκεια των καθημερινών συναλλαγών των ατόμων με τις δομές υγείας. Εξάλλου, όπως έχει ήδη αναφερθεί, και στα χρόνια που προηγήθηκαν την κρίσης, η πολύ μεγάλη δαπάνη υγείας της Ελλάδας σε καμία περίπτωση δεν δικαιολογούσε την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Σήμερα, που η οικονομική δυσχέρεια είναι έκδηλη τόσο σε επίπεδο πολιτών όσο και σε επίπεδο κράτους, η κατάσταση δεν παρουσιάζεται καθόλου ευοίωνη (Eurostat, 2014; ΕΣΔΥ, 2011).

Οι πιέσεις της οικονομικής κρίσης στις κυβερνήσεις και στους καταναλωτές-ασθενείς που απειλούνται με απώλεια του εισοδήματός τους και άρα απώλεια της ασφαλιστικής τους κάλυψης είναι ασφυκτικές. Το γεγονός αυτό απειλεί 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 δισεκατομμυρίων για να υποστηρίξουν τα τραπεζικά συστήματα, να προσφέρουν εγγύηση στους καταθέτες τα επόμενα χρόνια και 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) έστω και μικρή στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας ακόμη και των ανεπτυγμένων κρατών (Appleby, 2008). Αυτό επιβεβαιώνει και το θέμα “Health System Priorities when Money is Tight”, (δηλαδή η «επιβίωση» των συστημάτων υγείας), που τέθηκε στη συνάντηση των Υπουργών Υγείας των χωρών του ΟΟΣΑ το 2010.

Η αύξηση των αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία σε συνδυασμό με τη μερική ή και ολική απώλεια του εισοδήματος στρέφει τους καταναλωτές – ασθενείς σε δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα την αύξηση των δαπανών στο τομέα αυτό και την ανάγκη αύξησης της χρηματοδότησης από τους ήδη στραγγαλισμένους κρατικούς προϋπολογισμούς (WHO-b, 2009, Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2009). Οι υπηρεσίες υγείας καλούνται, λοιπόν, να λειτουργήσουν εξίσου αποτελεσματικά παρά τις περικοπές των δαπανών, γεγονός που μπορεί να μην είναι εφικτό και ως εκ τούτου περιορίζεται η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και η ικανοποίηση των προσδοκιών των χρηστών (Erman, 2009). Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Κυριόπουλου (2010-β) έχουν αυξηθεί περίπου 30% οι επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων, ενώ αντίστοιχα έχουν περιοριστεί στις απολύτως αναγκαίες οι επισκέψεις στα ιδιωτικά ιατρεία. Αυτό ταυτόχρονα δείχνει ότι και ο ιδιωτικός τομέας υγείας αντιμετωπίζει ήδη πρόβλημα μειωμένης ζήτησης, ενώ οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες αντιμετωπίζουν δυσχέρειες στη χρηματοδότησή τους, καθώς η ζήτηση για τη σύναψη ιδιωτικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων υγείας μειώνεται εξαιτίας της μείωσης του διαθέσιμου εισοδήματος (Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2009).

Το ΕΣΥ έχει ήδη πολλά προβλήματα να επιλύσει όπως τον κατακερματισμό του, τις επικαλύψεις και τις υγειονομικές ανισότητες, την αδυναμία κάλυψης αναγκών πρωτοβάθμιας φροντίδας, την αναμενόμενη αύξηση της ζήτησης λόγω της γήρανσης του πληθυσμού, τον πληθωρισμό των ιατρών και την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, τη χαμηλή παραγωγικότητα, τη περιορισμένη ποιότητα των υπηρεσιών, τη μη ανταποκρισιμότητα, τη σπατάλη πόρων και τη διοχέτευσή τους στην παραοικονομία και τη διαφθορά με αποτέλεσμα τα τεράστια ελλείμματα των νοσοκομείων και των ασφαλιστικών οργανισμών υγείας.

Η βιωσιμότητα του Ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας, εικοσιπέντε και πλέον χρόνια από τη συγκρότησή του δεν θα πρέπει να θεωρείται δεδομένη, ιδιαίτερα κάτω από την πίεση της παγκόσμιας – και ιδίως της εθνικής – οικονομικής κρίσης, η οποία έχει σημαντικότερες παρενέργειες και στην οικονομική λειτουργία του. Υποστηρίζεται όμως ότι το σύστημα υγείας της χώρας μας θα μπορούσε να αναπτυχθεί χωρίς επιπρόσθετους πόρους με την εξάλειψη της σπατάλης και αναποτελεσματικότητας και στα πλαίσια μιας αναδιάρθρωσης βασισμένης στην οργάνωση και ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τη βελτίωση του τρόπου χρηματοδότησης και αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας, τη λογιστική και χρηματοοικονομική διαχείριση των νοσοκομείων, την ανάπτυξη δομών και συστήματος αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών και διαπίστευσης των υγειονομικών φορέων, τη συγχώνευση πολλών υποστηρικτικών υπηρεσιών και την καλύτερη αξιοποίηση και ανάπτυξη του προσωπικού (Μανιαδάκης, 2011).

4.2 Κρίση και ψυχική υγεία

Η οικονομική κρίση και οι άμεσες συνέπειές της στην προσωπική και επαγγελματική ζωή των ατόμων, προκαλούν έντονο στρες, τα οποία επηρεάζουν καθοριστικά την ψυχική υγεία και την αποδοτικότητά τους σε όλους τους τομείς της καθημερινότητας. Η ξαφνική μείωση των εισοδημάτων, ο περιορισμός των εσόδων, η αύξηση των εξόδων, η διαταραχή της ισορροπίας στην οικονομική αυτοτέλεια και επάρκεια, και φυσικά η ανεργία και η αδυναμία ανεύρεσης μιας ικανοποιητικής ή αξιοπρεπούς απασχόλησης επιδρά καταλυτικά στην ψυχολογία και στον συναισθηματισμό των

ατόμων (Dean & Wilson, 2009). Η ανεργία καταρρακώνει την αυτοπεποίθηση και την αυτοεκτίμηση, αδρανοποιεί τους ανθρώπους και τους θέτει στο περιθώριο του κοινωνικού συνόλου. Η διατήρηση ενός κλίματος επαγγελματικής αβεβαιότητας για ενδεχόμενη απώλεια της θέσης εργασίας ή γενικότερης απροθυμίας των εργοδοτών να προσλαμβάνουν, λόγω της οικονομικής πίεσης που υφίστανται, ζημιώνουν την ψυχική υγεία (Marmot et al., 2003).

Η σχέση της κακής ψυχολογίας και της ανάπτυξης ψυχικών ασθενειών με την απώλεια εργασίας ή τη μακροχρόνια ανεργία έχει επιβεβαιωθεί από πολλές έρευνες, όπως επίσης έχει αποδειχθεί ερευνητικά ήδη από το παρελθόν, ότι οι άνεργοι, κυρίως άνδρες, εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά ψυχικών διαταραχών. Συνηθέστερες ψυχικές διαταραχές είναι η κατάθλιψη, το άγχος και οι καταχρήσεις (Paul et al., 2009)

Η κοινωνική και οικονομική αβεβαιότητα που επικρατεί από το 2009 στην Ελλάδα έχει στρέψει τους Έλληνες στην αναζήτηση βοήθειας και υποστήριξης σε ειδικούς φορείς, που μεριμνούν για την διαφύλαξη της ψυχικής υγείας. Το ποσοστό τους μάλιστα εμφανίζει αύξηση περίπου 30%. Παράλληλα, οι περιπτώσεις α) ψυχικών προβλημάτων στους νέους αυξήθηκαν περίπου 40%, β) προβλημάτων στις οικογενειακές σχέσεις αυξήθηκαν κατά 51%, γ) διαταραχών συμπεριφοράς κατά 28%, δ) αρνητικής διαγωγής στο σχολείο κατά 22%, καταχρήσεων ουσιών και αλκοόλ κατά 19% και ε) καταγεγραμμένων αποπειρών αυτοκτονίας κατά 20% (Simou & Koutsogeorgou, 2014). Στον πίνακα 2 εμφανίζονται τα κύρια αποτελέσματα των μελετών για τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία.

Πίνακας 4.2α: Μελέτες που πραγματοποιούνται τα αποτελέσματα της κρίσης στην ψυχική υγεία

Συντάκτες	Χωροχρονικά στοιχεία	Αντικείμενο μελέτης	Βασικά ευρήματα
Paul et al., 2009	237 διαδοχικές και 87 διαχρονικές μελέτες: 2009	Η ανεργία υποβαθμίζει την ψυχική υγεία: Μεταανάλυση.	Σημαντική διαφορά διαπιστώθηκε για πολλές μεταβλητές στο δείκτη της ψυχικής υγείας (μικτά συμπτώματα δυσφορίας, κατάθλιψη, άγχους, ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, υποκειμενικής ευεξίας και αυτοεκτίμησης). Ο μέσος αριθμός ατόμων με ψυχολογικά προβλήματα μεταξύ των ανέργων ήταν 34%, σε σύγκριση με 16% μεταξύ των απασχολούμενων.
Dean & Wilson, 2009	Μισισιάουγκ α- Οντάριο, Καναδάς: 2009	Εκπαίδευση; Δεν έχει σημασία για τη δουλειά μου τώρα. Μου προκαλεί μεγάλη κατάθλιψη : διερεύνηση των επιπτώσεων της υποαπασχόλησης / ανεργίας στον τομέα της υγείας μεταξύ των πρόσφατων μεταναστών με υψηλή ειδίκευση στον Καναδά.	Οι διεξοδικές συνεντεύξεις 22 πρόσφατων μεταναστών έδειξαν ότι οι συχνότερες επιπτώσεις στη ψυχική υγεία προέκυψαν λόγω έλλειψης εισοδήματος, απώλειας δεξιοτήτων που συνδέονται με την απασχόληση, απώλειας κοινωνικής θέσης και οικογενειακών πιέσεων. Όλα τα μέλη της οικογένειας υφίστανται τις επιπτώσεις μιας τέτοιας κατάστασης. Επίσης, τα υψηλά επίπεδα άγχους και οι έντονες συνθήκες εργασίας επηρεάζουν εξίσου και τη σωματική υγεία.

Πίνακας 4.2β: Μελέτες που πραγματοποιούνται τα αποτελέσματα της κρίσης στην ψυχική υγεία

Συντάκτες	Χωροχρονικά στοιχεία	Αντικείμενο μελέτης	Βασικά ευρήματα
Simou & Koutsogeorgou, 2014	Ελλάδα: 2009-2013	Επιδράσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα από το 2009-2013: Μια συστηματική ανασκόπηση.	Μέσα από εννέα μελέτες διαπιστώθηκε ότι η κρίση επηρεάζει συνολικά την εικόνα της αποτελεσματικότητας και των οργανωτικών ζητημάτων. Πιο συγκεκριμένα διαφαίνεται μείωση των δαπανών για τη δημόσια υγεία, αλλαγές στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και τη φαρμακευτικής αγοράς καθώς και αύξηση του αριθμού εισαγωγών στα δημόσια νοσοκομεία. Παράλληλα, εντοπίστηκαν ενδείξεις για επιδείνωση της δημόσιας υγείας μετά την κρίση με αυξανόμενα ποσοστά διαταραχών ψυχικής υγείας, αυτοκτονίες και επιδημίες.
Butterworth et al., 2012	Αυστραλία: 2001-2012	Η κακή ψυχική υγεία επηρεάζει τον κίνδυνο και τη διάρκεια της ανεργίας: μια προοπτική μελέτη.	Η μελέτη εστιάστηκε στις επιπτώσεις της ανεργίας στην ψυχική υγεία και για τα δύο φύλα. Πράγματι υπάρχουν διαφορετικές επιδράσεις στην ψυχοσύνθεση ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες. Για τις γυναίκες, ακόμα και η πιθανότητα εμφάνισης της ανεργίας μπορεί να λειτουργήσει αρνητικά στην ψυχική τους ισορροπία, ενώ οι άνδρες επηρεάζονται κατά κύριο λόγο όταν ο χρόνος της ανεργίας είναι μακρύς.

Πίνακας 4.2γ: Μελέτες που πραγματοποιούνται τα αποτελέσματα της κρίσης στην ψυχική υγείας

Συντάκτες	Χωροχρονικά στοιχεία	Αντικείμενο μελέτης	Βασικά ευρήματα
Μπούρα και Λύκουρα (2011)	Ελλάδα : 2011	Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην ψυχική υγεία.	Η ζωή και η προσωπικότητα του σύγχρονου ανθρώπου είναι δομημένες πάνω στην εργασία και την οικονομική του επιφάνεια με αποτέλεσμα η εργασία να συντελεί στο προσδιορισμό τόσο της ταυτότητας όσο και της εικόνας εαυτού. Έτσι, πέρα από τα πρακτικά προβλήματα που αντιμετωπίζει όποιος βλέπει το εισόδημά του να περικόπτεται ή να εξανεμίζεται, εξίσου σημαντική είναι και η «συμβολική» κατάρρευση που αντιμετωπίζει. Οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν μάλιστα ότι η απώλεια της εργασίας αυξάνει τον κίνδυνο ψυχιατρικών διαταραχών και των σωματικών επιπτώσεών τους.
Πατελάρου κ.ά., 2012	Ελλάδα : 2012	Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία- Προτάσεις για παρέμβαση.	Η ανεργία, το χαμηλό εισόδημα και η ανέχεια έχουν ως αποτέλεσμα τον περιορισμό των δαπανών για την υγεία, την καθυστέρηση της θεραπείας και συχνά τη μη προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας. Επιπρόσθετα, η οικονομική ύφεση και τα συνοδά φαινόμενα αυτής συνεπάγονται σοβαρές επιπτώσεις τόσο στην ψυχική όσο και στην σωματική υγεία των πολιτών. Προβλήματα εθισμού, εξαρτήσεις, υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής με αυξανόμενη κατανάλωση τροφίμων χαμηλής διατροφικής αξίας, καπνού και οινοπνεύματος, καθώς επίσης και η πλημμελής διαχείριση των νοσημάτων από τις επιβαρυνμένες υπηρεσίες υγείας είναι κάποιες από τις αρνητικές συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην υγεία.

Πίνακας 4.2δ: Μελέτες που πραγματοποιούνται τα αποτελέσματα της κρίσης στην ψυχική υγείας

Συντάκτες	Χωροχρονικά στοιχεία	Αντικείμενο μελέτης	Βασικά ευρήματα
Τερζόπουλος & Σαράφης, 2013	Ελλάδα, κράτη-μέλη της Ε.Ε: 2009-2010	Η γενική κατάσταση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού σήμερα. Δείκτες και παράγοντες επιβάρυνσης της υγείας, δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας. Η συμβολή της πρόληψης, της προαγωγής υγείας και της αγωγής υγείας.	Τα αποτελέσματα της έρευνας καταδεικνύουν την έντονη επίδραση της οικονομικής κρίσης και των συνοδών φαινομένων αυτής στη σωματική και στην ψυχική υγεία των Ελλήνων πολιτών, επηρεάζοντας άμεσα και έμμεσα σε μεγάλο βαθμό το επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Τα προβλήματα εθισμού, οι αυτοκτονίες, η κατάθλιψη, κτλ εμφανίζουν μεγάλη αύξηση το τελευταίο διάστημα.
European Commission, 2013	Ευρωπαϊκή ένωση: 1998-2007	Μια αυξανόμενη αγορά παράνομων ναρκωτικών στην ΕΕ δείχνει τον αντίκτυπο της κρίσης.	Ο κύριος λόγος για τον οποίο οι εκτιμήσεις μας είναι χαμηλότερες από τις προηγούμενες εκτιμήσεις είναι ότι η έρευνα στο διαδίκτυο στην έρευνα της αγοράς φαρμάκων της ΕΕ δείχνει χαμηλότερα ποσοστά κατανάλωσης και δαπανών από τους κανόνες του παρελθόντος, οι οποίοι συχνά δεν διαφοροποιούνταν ανάλογα με τον τύπο των χρηστών. Ωστόσο, αυτή είναι μια μόνο έρευνα. Εάν οι εκτιμήσεις μας είναι λανθασμένες, πιθανότατα θα είναι επειδή οι έρευνες στο Διαδίκτυο υποδεικνύουν τους πραγματικά πολύ εξαρτημένους χρήστες ή λόγω του γενικού «χάσματος κατανάλωσης» που εμφανίζεται επίσης για το αλκοόλ και τον καπνό.

4.2.1 Κατάθλιψη

Ερευνητικά έχει αποδειχθεί η συνάφεια της μείωσης του εισοδήματος και των οικονομικών πιέσεων, οι οποίες προκαλούνται λόγω ανεργίας, αύξησης εξόδων, περιορισμού εσόδων, διόγκωση των οικονομικών οφειλών, με την αύξηση των πιθανοτήτων εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης (Jenkins et al., 2008). Το άτομο που βιώνει έντονα την οικονομική δυσχέρεια κατακλύζεται από συναισθήματα ανασφάλειας, αβεβαιότητας, φόβου, απελπισίας, απόγνωσης και χάνει κάθε ελπίδα για το μέλλον (Νιάκας, 2013). Η κακή ψυχολογική κατάσταση μετατρέπει τα άτομα σε απαθή κοινωνικά μέλη τα οποία δείχνουν απροθυμία να συμμετάσχουν ενεργά στην κοινωνία και να κινητοποιηθούν επαγγελματικά (Butterworth et al., 2013).

Η εμφάνιση της κατάθλιψης στα άτομα που αντιμετωπίζουν έντονη οικονομική πίεση, εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες, οι οποίοι σχετίζονται με τον τρόπο και την ένταση που ο καθένας τη βιώνει και την αντιλαμβάνεται. Αφορούν στο μορφωτικό επίπεδο του ατόμου, στο κοινωνικό του υπόβαθρο, στο φύλο, στην ηλικία, στην ηθική και υλική στήριξη που τυγχάνει από τους οικείους, στο επίπεδο της κρατικής υγείας, μέριμνας και πρόνοιας, στη χώρα διαμονής και στην άνιση κατανομή εισοδήματος (Paul & Moser, 2009; Γιωτάκος, 2010). Οι απότομες συνέπειες της οικονομικής κρίσης, που οδηγούν στην ανέχεια, επιφέρουν εντονότερη την εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών, και δη κατάθλιψης.

Η δειγματοληπτική έρευνα που διενεργήθηκε από την Ελληνική Στατιστική αρχή το 2014 κατέδειξε αύξηση των κρουσμάτων κατάθλιψης κατά ποσοστό περίπου 80%, συγκριτικά με τα αποτελέσματα του έτους 2009, με καταγεγραμμένο το 4,7% των πολιτών που ερωτήθηκαν, να δηλώνουν ότι πάσχουν από κατάθλιψη (ΕΛΣΤΑΤ, 2016).

Στα πλαίσια μιας συγκριτικής έρευνας που διενέργησε η Ελληνική Εταιρία Θετικής Ψυχολογίας και αφορά στα έτη 2008-2010, διαπιστώθηκε ότι:

- Ένας στους δύο Έλληνες ομολογούν ότι έχουν συμπτώματα κατάθλιψης.
- Ένας στους τέσσερις Έλληνες ομολογούν ότι έχουν διαγνωσμένη κατάθλιψη.
- Το 47% επηρεάστηκαν αρνητικά από την οικονομική κρίση. Από αυτούς, το 59% έχει κατάθλιψη και το 50,7% έχει έντονο στρες.

- Οι γυναίκες καταδεικνύεται ότι έχουν επηρεαστεί περισσότερο από τους άνδρες.
- Οι περιπτώσεις κατάθλιψης είναι αυξημένες ανάμεσα στους νέους (ΕΕΘΕΨΥ, 2011).

Σύμφωνα με την ερευνητική μελέτη που εκπονήθηκε από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής:

- Καταγράφηκε αύξηση κατά 15,3% των επεισοδίων κατάθλιψης τη διετία 2009-2011.
- Το 54,4% του δείγματος απάντησε καταφατικά στο ερώτημα αν πρόσφατα ένιωθε αίσθημα μελαγχολίας. Το αποτέλεσμα αυτό καταδεικνύει αύξηση της τάξης του 15,3%.
- Το 8,2% του δείγματος ομολόγησε ότι αντιμετώπισε ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο. Καταγράφεται αύξηση από το 3,3% του 2008.
- Οι εργαζόμενοι έγγαμοι άνδρες ηλικίας 25-34 και 55-64, ανώτατου μορφωτικού επιπέδου και κάτοικοι Αθηνών, σημειώνουν τα μεγαλύτερα ποσοστά μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου (ΕΠΨΥ).

Σύμφωνα με τους Μπούρα και Λύκουρα (2011) στη «Γραμμή βοήθειας για τη κατάθλιψη», το 65% των ατόμων που αναζητούν ψυχολογική υποστήριξη είναι άνδρες, ηλικίας 30-45. Υψηλό είναι και το ποσοστό των νεαρότερων ηλικιών που αισθάνονται έντονο στρες για την επαγγελματική αβεβαιότητα και τη δυσκολία της εργασιακής αποκατάστασης. Το τελευταίο επιβεβαιώνεται και από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας, όπου οι Έλληνες αγχώνονται κυρίως για την ανεύρεση εργασίας. Το 42% αισθάνονται ότι απειλούνται με απόλυση ή με απώλεια της θέσης εργασίας.

4.2.2 Άγχος

Το άγχος είναι η ασθένεια της παγκοσμιοποιημένης, καπιταλιστικής και τεχνολογικά αναπτυγμένης σύγχρονης κοινωνίας. Προκαλείται εξίσου από τον έντονο επαγγελματικό φόρτο και την αναζήτηση επιπλέον κέρδους ή κατάκτησης

υψηλότερων εργασιακών θέσεων, με μεγαλύτερο κύρος και αίγλη, αλλά και από την ανεργία και τη μείωση του εισοδήματος. Οι επιπτώσεις του άγχους στη ζωή και στις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου μπορεί να είναι πολύ σοβαρές και ιδιαίτερα επιβαρυντικές για τη σωματική και ψυχική του υγεία. Δεν περιορίζονται στο αυστηρό ωράριο εργασίας ούτε και σε ορισμένα χρονικά διαστήματα της ημέρας. Είναι διαρκή και ενδέχεται να εντείνονται με το πέρασ του χρόνου (Πετράκης, 2011).

Η οικονομική πίεση, η δυσχέρεια και η ανέχεια, και κυρίως η ανεργία και η αδυναμία απασχόλησης, αυξάνουν το άγχος και το στρες, οδηγούν το άτομο σε καταστάσεις πανικού, ψυχικής εξουθένωσης και κατάθλιψης. Εκτός από την έντονη ψυχολογική επιβάρυνση του ατόμου, το άγχος μειώνει την παραγωγικότητά του, την όρεξή του για δημιουργία και το αδρανοποιεί κοινωνικά, επαγγελματικά και προσωπικά .

Σε περιόδους οικονομικής κρίσης, ο εργαζόμενος διακατέχεται από έντονο άγχος λόγω της περιρρέουσας ανασφάλειας, όπως αυτή προκύπτει από τον φόβο της απόλυσης και της απώλειας των πάγιων εσόδων, από την απειλή της αδυναμίας ή της απροθυμίας του εργοδότη να ανταπεξέρχεται στις οικονομικές του υποχρεώσεις απέναντι στους εργαζόμενους, από την καταπίεση της αναγκαστικής ανοχής δυσάρεστων καταστάσεων στον εργασιακό χώρο λόγω της αβεβαιότητας ανεύρεσης εναλλακτικής επαγγελματικής λύσης. Σε αυτό το κλίμα, το άτομο εξαντλείται συναισθηματικά, καθίσταται μη αποτελεσματικό στην εργασία του, διακατέχεται από έντονο αρνητισμό, χάνει την αυτοπεποίθηση και την αυτοεκτίμησή του, νιώθει άσχημα για αυτό που κάνει (Πετράκης, 2011).

Σύμφωνα με την European Agency for safety and health at work (2013) η ρευστότητα που επιφέρει η οικονομική κρίση στον εργασιακό χώρο, οι περικοπές προσωπικού, η μείωση των απολαβών, η πρόσληψη προσωπικού με υπογραφή συμβάσεων ορισμένου χρόνου, η παραγνώριση των πτυχίων, των ικανοτήτων και των δεξιοτήτων, η αυθαίρετη αύξηση του ωραρίου, η αύξηση του φόρτου και των εργοδοτικών απαιτήσεων, η μείωση της ασφάλειας, πολλαπλασιάζουν την ψυχολογική πίεση και το στρες, και οδηγούν σε δυσάρεστες καταστάσεις για το ίδιο το άτομο, τον περίγυρό του, για τον εργασιακό του χώρο και για την κοινωνία γενικά (Διανέοσις, 2016).

4.2.3 Καταχρήσεις

Η οικονομική κρίση έχει συνδεθεί ερευνητικά με την υιοθέτηση ανθυγιεινών συμπεριφορών από τα πληγέντα άτομα, γεγονός που μοιάζει να συσχετίζεται με το αίσθημα της ματαιότητας που διακατέχει τους άνεργους κυρίως, κι όσους βρίσκονται σε έντονη οικονομική δυσχέρεια (Poortinga at al., 2008). Ανθυγιεινές συνήθειες είναι η αμετροεπής κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών, ειδών καπνού, ηρεμιστικών φαρμάκων και χημικών ουσιών, οι οποίες σχεδόν ποτέ δεν συνδυάζονται με σωματική άσκηση (Γιωτάκος, 2010). Σύμφωνα με τον Henkel (2011) οι εξαρτήσεις και οι καταχρήσεις βρίσκονται σε άμεση συνάφεια με την ανεργία, με την οικονομική ανέχεια και τα αυξημένα οικονομικά χρέη. Στην έρευνα που διενήργησε, ουσιαστικά επιβεβαίωσε τα πορίσματα ενός σημαντικού αριθμού ερευνητικών προσεγγίσεων, οι οποίες σχετίζονταν με την ανεργία και την κατανάλωση αλκοόλ, καπνίσματος, χρήσης φαρμάκων και ναρκωτικών ουσιών. Αυτού του είδους η περιθωριοποίηση μειώνει περαιτέρω τις πιθανότητες ένταξης στο κοινωνικό σύνολο και επανένταξης στον επαγγελματικό τομέα, επιφέροντας δραματικότερες συνέπειες για το άτομο (Henkel, 2011).

4.2.3.1 Κατανάλωση αλκοολούχων ποτών

Η κατανάλωση αλκοόλ συνδέεται άμεσα με την απώλεια θέσης εργασίας, με τη μακροχρόνια ανεργία και με την αδυναμία εύρεσης μιας ικανοποιητικής απασχόλησης. Παράλληλα, αποτελεί και σημαντικό παράγοντα που οδηγεί στην απόλυση από μια επαγγελματική θέση, κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Συγκεκριμένα, όταν οι οικονομικές πιέσεις επιτάσσουν την περικοπή προσωπικού, είναι πολύ αυξημένες οι πιθανότητες να εκδιωχθεί ένας εργαζόμενος με προηγούμενα ή υφιστάμενα προβλήματα συμπεριφοράς αλκοολισμού, και συγκεντρώνει εξίσου πολλές πιθανότητες να μην ξαναβρεί εύκολα νέα εργασία (Πατελάρου κ.ά., 2012).

Σε περιόδους οικονομικής κρίσης, όπως προαναφέρθηκε, η χρήση αλκοολούχων ποτών είναι αυξημένη. Ωστόσο, καταγράφονται ερευνητικά δύο διαφορετικές τάσεις στους χρήστες, οι οποίες σχετίζονται άμεσα από το κράτος στο οποίο διαμένουν και από το ύψος του κόστους αγορά των συγκεκριμένων ποτών. Στις περιπτώσεις που το κόστος είναι σχετικά χαμηλό, υπάρχουν καταγεγραμμένα πολλά κρούσματα

εξαρτήσεων, ενώ εκεί όπου το κόστος είναι υψηλό, λόγω και της οικονομικής δυσχέρειας, οι χρήστες καταφεύγουν σε περιστασιακές, αλλά υπερβολικές οινοποσίες, με αποτέλεσμα να καταγράφονται πολλά κρούσματα μέθης (Πατελάρου κ.ά., 2012).

Σύμφωνα με στοιχεία έρευνας που έγιναν σε άτομα ηλικίας 16 ως 21 χρονών και δημοσιεύτηκαν στην Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδας (2014), όσο μεγαλύτερο χρονικό διάστημα παρέμεναν άνεργοι μετά την ολοκλήρωση είτε των σπουδών τους είτε της υποχρεωτικής εκπαίδευσης, τόσο μεγαλύτερα ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ καταγράφονταν. Παράλληλα, διαπιστώθηκε ότι στις περιπτώσεις που έβρισκαν εργασία, περιόριζαν την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών εντός των επιτρεπτών ορίων, χωρίς να εμφανίζουν συμπεριφορές κατάχρησης (Οικονόμου, 2011).

Σύμφωνα με στοιχεία ερευνών που δημοσιοποίησε το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και το Αλκοόλ, το 2013:

- Το 90% των ατόμων που ζήτησαν βοήθεια για απεξάρτηση ήταν Έλληνες.
- Το 43,3% των ατόμων που ομολόγησε ότι αντιμετωπίζει πρόβλημα αλκοολισμού, υποστήριξε ότι οφείλεται σε ψυχολογικά προβλήματα (κατάθλιψη, αυτοκτονικές τάσεις, έντονο στρες κα).
- Το 41,8% των ατόμων που ομολόγησε ότι αντιμετωπίζει πρόβλημα αλκοολισμού υποστήριξε ότι οφείλεται σε σωματικά προβλήματα (προβλήματα με το ήπαρ).
- Το 14,9% των ατόμων που ομολόγησε ότι αντιμετωπίζει πρόβλημα αλκοολισμού υποστήριξε ότι οφείλεται τόσο σε ψυχικά όσο και σε σωματικά προβλήματα.
- Το 2010 καταγράφηκε μεγάλη αύξηση των εισαγωγών αλκοολικών με διαγνωσμένο ψυχικό νόσημα, σε σύγκριση με τα δύο προηγούμενα έτη.
- Το 10% των Ελλήνων καταναλώνει αλκοολούχα ποτά καθημερινά (Τερζόπουλος & Σαράφης, 2013).

4.2.3.2 Κάπνισμα

Σύμφωνα με την έρευνα των Πατελάρου και συνεργατών (2012) η ανεργία συμβάλλει στην αύξηση των καπνιστών και στην κλιμάκωση της χρήσης ειδών καπνού και της συχνότητας καπνίσματος. Οι εργαζόμενοι, πιθανώς λόγω του αυξημένου ωραρίου και του περιορισμού της δυνατότητας καπνίσματος, εμφανίζονται πολύ λιγότερο μανιώδεις καπνιστές, από εκείνους που δεν εργάζονται. Πολλά είναι τα κρούσματα καπνιστών στις νεαρότερες ηλικίες ανέργων (Γιωτάκος, 2010).

Σήμερα, ο μέσος Έλληνας καπνίζει σε σταθερή βάση και σε καθημερινή συχνότητα, γεγονός που ανάγει την Ελλάδα στο σύνολο των κρατών που έχουν πολύ υψηλά ποσοστά καπνιστών σε παγκόσμιο επίπεδο. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, η Ελλάδα κρατάει σταθερά τα πρωτεία. Σύμφωνα με τα στοιχεία που δημοσιεύτηκαν από τη σύμπραξη του Πανελληνίου Οργανισμού Υγείας και του Κέντρου Λοιμώξεων της Αμερικής, το αποκαλούμενο Εθνικό Πρόγραμμα Ελέγχου της Καπνιστικής Συνήθειας στην Ελλάδα:

- Το 38,2% των Ελλήνων δηλώνουν καπνιστές, από τους οποίους το 51,2% είναι άνδρες και το 25,7% είναι γυναίκες.
- Παραπάνω από τους μισούς, σε ποσοστό 50,7% είναι ηλικίας 25-44.
- Το 72,2% των Ελλήνων καπνιστών θεωρούν τους εαυτούς τους εξαρτημένους από τη νικοτίνη.
- Το 52,3% των Ελλήνων είναι παθητικοί καπνιστές στον επαγγελματικό τους χώρο.
- Το 65,7% των Ελλήνων είναι παθητικοί καπνιστές στο χώρο της οικίας τους.
- Το 72,2% των Ελλήνων είναι παθητικοί καπνιστές στα καταστήματα διασκέδασης και εστίασης.
- Το 10,3% των ανήλικων Ελλήνων (ηλικίας 13-15) είναι καπνιστές.
- Το 56,7% των Ελλήνων μαθητών είναι παθητικοί καπνιστές στον χώρο της οικίας τους.
- Το 67,4% των Ελλήνων μαθητών είναι παθητικοί καπνιστές σε κλειστούς χώρους.

Κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης που πλήττει τη χώρα, αν και καταγράφεται μείωση των ποσοστών των καπνιστών, που ίσως οφείλεται στη μείωση των εισοδημάτων και στην ανάγκη περιορισμού των οικογενειακών και ατομικών δαπανών, οι Έλληνες δεν φαίνονται πρόθυμοι να κόψουν αυτή τη συνήθεια (Δημόσια Υγεία, 2014).

4.2.3.3 Ναρκοτικές ουσίες και παράνομα φάρμακα

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (European Commission, 2013) η κακή οικονομική κατάσταση μιας χώρας και η οικονομική δυσχέρεια των πολιτών, οι οποίες προκαλούν την αύξηση των ψυχικών προβλημάτων και των καταστάσεων στρες, δημιουργούν ευνοϊκό κλίμα στη διακίνηση παράνομων ναρκωτικών ουσιών, κάνναβης και παράνομων ηρεμιστικών/ βαρβιτουρικών κυρίως φαρμάκων. Μετά το ξέσπασμα της παγκόσμιας κρίσης το 2007, πολλαπλασιάστηκαν οι περιπτώσεις διακίνησης ουσιών, φαινόμενο που ενισχύθηκε από την αυξημένη χρήση του διαδικτύου. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα, η Ευρωπαϊκή Ένωση να αναπτύξει δράσεις για την καταπολέμηση των παράνομων αυτών δραστηριοτήτων, οι οποίες εκτός από τη διακίνηση των γνωστών ναρκωτικών ουσιών και σκευασμάτων, περιελάμβανε πια νέες ψυχοδραστικές ουσίες, οι οποίες προέκυψαν ως αντικαταστάτριες των παλαιότερων (European Commission, 2011; 2013).

Σύμφωνα με στοιχεία ερευνών που δημοσιοποίησε το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και το Αλκοόλ, το 2013, καταγράφεται μια ραγδαία αύξηση των εξαρτημένων ατόμων στην ινδική κάνναβη και στην κοκαΐνη, σε αντίθεση με τους ηρωινομανείς χρήστες, των οποίων το ποσοστό παρέμεινε σταθερό. Συγκεκριμένα:

- Η αύξηση των χρηστών κάνναβης καταγράφηκε στο 139%.
- Η αύξηση των χρηστών κοκαΐνης καταγράφηκε στο 437%.
- Οι εθισμένοι σε χρήση κάνναβης που εντάχθηκαν σε πρόγραμμα απεξάρτησης έφτασε το 19,4%.
- Το 80,9% των χρηστών επέδειξαν την κάνναβη ως πρώτη ουσίας χρήσης, σε

μέσο όρο ηλικίας περίπου τα 16 έτη.

- Η χρήση της κάνναβης ως πρώτη παράνομη ουσία το 2010 έφτασε σε ποσοστό 80,9%.

Στα μέσα του 2011, παρατηρήθηκε έξαρση του ιού HIV και της Ηπατίτιδας C, που σχετίζεται με τους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών. Τα στοιχεία καταγράφουν οκταπλασιασμό των κρουσμάτων. Παράλληλα με την άνοδο των δεικτών των μολυσματικών ασθενειών, παρατηρήθηκε αύξηση των χρηστών που προστρέχουν για βοήθεια σε δημόσιους φορείς. Ωστόσο, η πολιτική της λιτότητας και των περικοπών στον τομέα της υγείας και των κοινωνικών παροχών, που έχουν επιφέρει μείωση του προσωπικού και των οικονομικών πόρων, είναι σχεδόν ακατόρθωτο να ικανοποιηθούν όλες οι ανάγκες (Δημόσια Υγεία, 2014).

4.2.4 Αυτοκτονίες

Οι θάνατοι από αυτοκτονίες υπερδιπλασιάζονται σε περιόδους οικονομικής ύφεσης. Σύμφωνα με επίσημα στοιχεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης η αύξηση της ανεργίας και της εργασιακής αβεβαιότητας εμφανίζει παράλληλη αύξηση των αυτοκτονιών. Αξίζει να σημειωθεί, ότι όταν γίνεται λόγος για αυτοκτονίες, αφορά μόνο στις καταγεγραμμένες, καθώς λόγω της κοινωνικής κατακραυγής ή του κοινωνικού στίγματος, πολλές αυτοκτονίες χαρακτηρίζονται ως αιφνίδιοι θάνατοι (Κουλιεράκης, 2010; Kontaxakis et al., 2013).

Πίνακας 4.3: Ειδικά ποσοστά και απόλυτος αριθμός αυτοκτονιών ανά φύλο στην Ελλάδα.

Έτος	Συνολικός πληθυσμός	Σύνολο αυτοκτονιών		Αυτοκτονίες ανδρών		Αυτοκτονίες γυναικών		Αναλογία Α:Γ
		Αριθμός	Ειδικό Ποσοστό Αυτοκτονιών	Αριθμός	Ειδικό Ποσοστό Αυτοκτονιών	Αριθμός	Ειδικό Ποσοστό Αυτοκτονιών	
2001	10,931,206	334	3.05	286	5.28	48	0.87	6.08
2002	10,968,708	323	2.94	257	4.72	66	1.19	3.97
2003	11,006,377	375	3.40	306	5.61	69	1.24	4.52
2004	11,040,650	353	3.19	285	5.20	68	1.22	4.28
2005	11,082,751	400	3.60	321	5.84	79	1.41	4.14
2006	11,125,179	402	3.61	330	5.98	72	1.28	4.67
2007	11,171,740	328	2.93	268	4.83	60	1.06	4.55
2008	11,213,785	373	3.32	308	5.53	65	1.15	4.83
2009	11,260,402	391	3.47	333	5.96	58	1.02	5.85
2010	11,305,118	377	3.33	336	6.00	41	0.72	8.36
2011	11,309,885	477	4.22	393	7.02	84	1.47	4.77

(Πηγή: Kontaxakis et al., 2013)

4.3 Κρίση και σωματική υγεία

Με το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα το 2009 και την υπογραφή του πρώτου μνημονίου οικονομικής προσαρμογής το 2010, τέθηκαν σε εφαρμογή μέτρα δημοσιονομικής εξυγίανσης με κύριο στόχο τη μείωση του κρατικού ελλείμματος και τη μετατροπή του κρατικού χρέους σε βιώσιμο. Ένα από τα πρώτα μέτρα, το οποίο εξακολουθεί να εφαρμόζεται ακόμα και σήμερα, ύστερα από την υπογραφή και του τρίτου μνημονίου, είναι η μείωση των μισθών και των συντάξεων, οι περικοπές των επιδομάτων και οι αυξήσεις φόρων, με τρόπο οριζόντιο, που σαφώς θίγει τα πιο αδύναμα κοινωνικά στρώματα πολιτών (Zevras et al., 2016). Η επιμονή της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας και του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου για δραστική μείωση των εισοδημάτων των Ελλήνων, δεν είχε ως τελικό αποτέλεσμα την προσδοκώμενη αύξηση της ανταγωνιστικότητας (Μουρίκη, 2012), αλλά αντιθέτως επέφερε μεγάλες επιβαρύνσεις στους οικονομικά αδύναμους, αυξάνοντας όμως έτσι τις ανάγκες τους. Η ταυτόχρονη περικοπή των δαπανών στο χώρο της υγείας, άφησε περαιτέρω έκθετους τους ίδιους ανθρώπους, με αποτέλεσμα να μένουν αβοήθητοι μην έχοντας τα διαθέσιμα χρήματα να στραφούν στις ιδιωτικές παροχές υγείας (Economou, 2015).

Ο περιορισμός των εισοδημάτων, η ανεργία, η απώλεια θέσεων εργασίας, η μείωση των συντάξεων, η περικοπή των επικουρικών επιδομάτων, η μη δυνατότητα κοινωνικής ασφάλισης, δημιούργησε τεράστια κενά στην κάλυψη των βασικών υγειονομικών αναγκών, γεγονός το οποίο επιφέρει δυσμενείς συνέπειες στη σωματική υγεία των ατόμων (Zevras et al., 2016). Οι ανασφάλιστοι πολίτες των χαμηλών εισοδηματικών τάξεων, οι πολύτεκνες οικογένειες, οι άνεργοι, οι μετανάστες, στις σημερινές συνθήκες που έχουν δημιουργηθεί λόγω της οικονομικής κρίσης δεν έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και καθίστανται ευάλωτοι σε ασθένειες και σε κάθε είδους προβλήματα υγείας (Matsaganis, 2013).

Εκτός όμως από τη ζοφερή πραγματικότητα της περιορισμένης προσβασιμότητας σε υπηρεσίες υγείας, οι οικονομικά αδύναμοι αναγκάζονται να διαβιούν σε δυσχερείς συνθήκες, σε υποβαθμισμένα περιβάλλοντα, να υποσιτίζονται ή να σιτίζονται με τρόφιμα επικίνδυνα ή χαμηλής διατροφικής αξίας, να προβαίνουν σε παράνομες

δραστηριότητες για την εξασφάλιση ενός μικρού εισοδήματος, οι οποίες ενδεχομένως θίγουν τη σωματική τους ακεραιότητα.

Η ψυχολογική πίεση που ασκεί η οικονομική δυσχέρεια, η οικονομική και επαγγελματική αβεβαιότητα, δημιουργεί σωματικά προβλήματα, όπως ιλίγγους και εμβοές, που πιθανώς σχετίζονται με τα αυξημένα επίπεδα στρες και άγχους (Simou & Koutsogeorgou, 2014).

4.3.1 Διατροφή και φυσική άσκηση

Σύμφωνα με έρευνα που διενεργήθηκε από τους Μαλλιαρού και Σαράδη (2012) διαπιστώθηκε ότι η μείωση των εισοδημάτων και ο περιορισμός των εσόδων έχει άμεσο αντίκτυπο στη διατροφική συμπεριφορά των ατόμων. Η ανάγκη μείωσης των δαπανών ωθεί τους καταναλωτές να προτιμούν οικονομικότερα προϊόντα σίτισης, τα οποία πιθανώς είναι λιγότερο ή καθόλου ποιοτικά. Συνεπώς, η χαμηλής διατροφικής αξίας διατροφή στερεί από τον οργανισμό τα αναγκαία συστατικά, τα οποία τον βοηθούν να ανθίσταται στους επιβλαβείς εξωτερικούς παράγοντες και στους εσωτερικούς ιούς. Αποτέλεσμα είναι η εξασθένηση του ανοσοποιητικού και η επιρρέπεια σε κάθε είδους ασθένεια.

Η Κατσαδούνη (2012) έχει καταγράψει συγκεκριμένα ότι σε περιόδους οικονομικής δυσχέρειας το άτομο μειώνει την αγορά φρούτων και λαχανικών, ειδών ιχθυοπωλείου λόγω του υψηλού κόστους, αυξάνει την κατανάλωση επεξεργασμένων τροφών, οι οποίες περιέχουν ζάχαρη και λιπαρά, αυξάνει την κατανάλωση γευμάτων ταχυφαγείου, αυξάνει την κατανάλωση γλυκισμάτων, αγοράζει φθηνότερα και κατώτερης ποιότητας προϊόντα, περιορίζει την άθληση και τη φυσική άσκηση. Αν και σε ορισμένες περιπτώσεις, ο περιορισμός του φαγητού και η μείωση των γευμάτων υπήρξαν ωφέλιμα για την πάταξη της παχυσαρκίας, η πλειοψηφία των περιπτώσεων έχει αρνητικές συνέπειες (Ludwig & Pollack, 2009).

Στην Ελλάδα της κρίσης, ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού δεν τρέφεται υγιεινά και δεν ασκείται σωματικά, ενώ εμφανίζει σοβαρές τάσεις παχυσαρκίας. Το 2011 το ΓΕΣΕΒΕΕ διενήργησε έρευνα, η οποία κατέληξε στα εξής πορίσματα:

- Το 13% του δείγματος της έρευνας υποστήριξε ότι τα έσοδά του δεν είναι επαρκή για να του καλύψουν τις ανάγκες σίτισης.

- Το 78% του δείγματος υποστήριξε ότι αντιμετωπίζει σοβαρές οικονομικές δυσχέρειες που καθιστούν την κάλυψη των καθημερινών διατροφικών αναγκών δύσκολη.
- Το 68,4% του δείγματος διατύπωσε ότι προβαίνει σε περικοπές σε είδη διατροφής.
- Το 50% του δείγματος υποστήριξε ότι διαθέτει λιγότερο από το 2,5% των εσόδων του για είδη σίτισης.

Το 2010 η Ελληνική Στατιστική Αρχή διενήργησε έρευνα για τις συνθήκες υπό τις οποίες διαβιώνει ο Έλληνας και κατέληξε στο ότι:

- Το 20,1% των Ελλήνων ζει στα όρια της φτώχειας,
- Το 22,7% των Ελλήνων που ζει κάτω από τα όρια της φτώχειας δηλώνει ότι στερείται αγαθών διατροφής.
- Το 4,2% των Ελλήνων που δεν ζει κάτω από τα όρια της φτώχειας δηλώνει ότι στερείται αγαθών διατροφής.

Θύματα αυτής της κακής σίτισης λόγω οικονομικής ανέχειας είναι κυρίως τα παιδιά, στα οποία οι συνέπειες της κακής διατροφής είναι περισσότερο καθοριστικές για τη βιολογική τους ανάπτυξη. Πλήττονται από παχυσαρκία, παιδική χοληστερίνη, χρόνια νοσήματα, καρδιοπάθειες, προβλήματα στον μεταβολισμό, τα οποία ενδεχομένως θα επιφέρουν σοβαρότερα προβλήματα υγείας που θα ζημιώσουν περαιτέρω την οικονομική κατάσταση της Ελλάδας, τόσο από άποψη μείωσης του παραγωγικού έμψυχου δυναμικού όσο και από άποψη κάλυψης των υγειονομικών αναγκών (Κατσαδούνη, 2012).

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Στατιστική Αρχή (Eurostat,) περίπου το 1/5 των Ελλήνων καταναλώνει σε καθημερινή βάση φρούτα, ενώ ακόμα λιγότεροι, περίπου το 17% καταναλώνει σε καθημερινή βάση λαχανικά, ενώ την ίδια στιγμή στη Γαλλία τα αντίστοιχα ποσοστά είναι περίπου στο 45% και στο 49%. Αναφορικά με τη σωματική άσκηση, οι Έλληνες κατά ένα ποσοστό περίπου 40% δηλώνουν ότι ασκούνται καθημερινώς, ενώ ένα παρόμοιο ποσοστό δηλώνουν ότι απέχουν από κάθε είδους σωματική και φυσική άσκηση. Την ίδια στιγμή, οι Ρουμάνοι ακολουθούν σταθερό καθημερινό πρόγραμμα άσκησης σε ποσοστό 86,6%. Παράλληλα,

διαπιστώθηκε ότι οι Έλληνες είναι κατά 17,6% παχύσαρκοι, ενώ το 38,4% του συνολικού πληθυσμού διαθέτει σωματική μάζα ανώτερη του φυσιολογικού. Τα δεδομένα αυτά κατατάσσουν την Ελλάδα 4^η στον σχετικό πίνακα, με πρώτη την Τσεχία (Τερζόπουλος & Σαράφης, 2013).

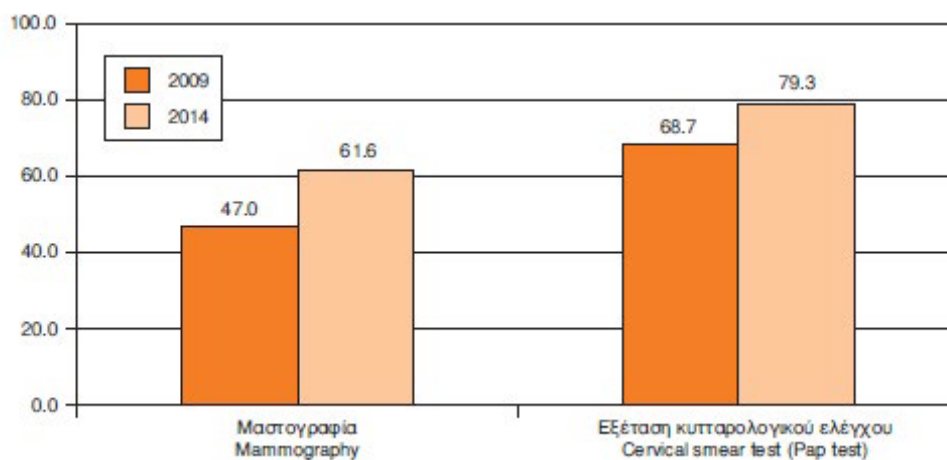
4.3.2 Χρήση δομών υγείας

Η οικονομική κρίση ανάγκασε πολλούς πολίτες να στραφούν για τη λήψη υγειονομικών υπηρεσιών στις δημόσιου χαρακτήρα δομές υγείας, προκειμένου να περιορίσουν τις προσωπικές και οικογενειακές δαπάνες. Λόγω της οικονομικής δυσπραγίας πολλοί ασθενείς, αν και θα προτιμούσαν να απευθυνθούν σε ιδιωτικούς παρόχους υπηρεσιών υγείας, αρκέστηκαν σε χρήση των δημόσιων παροχών καθώς δεν ήταν σε θέση να καλύψουν τα έξοδα. Από το 2009 ως το 2012 σημειώνεται συνεχής αύξηση των νοσηλευόμενων εσωτερικών ασθενών στις δημόσιες δομές, ενώ παρουσιάζουν σταθερότητα την επόμενη διετία. Συγκεκριμένα:

- Η χρήση των δημόσιων δομών υγείας για νοσηλεία και θεραπεία εμφάνισε αύξηση 24% από το 2009 στο 2010.
- Η χρήση των δημόσιων δομών υγείας για νοσηλεία και θεραπεία εμφάνιση αύξηση 6% από το 2010 στο 2011.
- Καταγράφεται μείωση της χρήση των εξωτερικών ιατρείων και των εργαστηρίων κατά 9% το διάστημα 2009-2010, και 11% το διάστημα 2010-2011.
- Καταγράφηκε αύξηση 25% στις ημερήσιες νοσηλείες.
- Το 42% των ασθενών χαρακτήρισε την ποιότητα των υπηρεσιών μέτρια/κακή/ πολύ κακή.
- Το 22% των ερωτηθέντων δήλωσε αδυναμία πρόσβασης στο δημόσιο σύστημα υγείας λόγω κόστους.
- Το 13,9% των ερωτηθέντων άνω των 15 ετών δεν έλαβαν ιατρική περίθαλψη, αν και ήταν επιτακτική ανάγκη.
- Το 15,4% των ερωτηθέντων άνω των 15 ετών δεν έλαβαν οδοντιατρική

περίθαλψη, αν και ήταν επιτακτική ανάγκη.

- Το 4,3% των ερωτηθέντων άνω των 15 ετών δεν έλαβαν υπηρεσίες ψυχικής υγείας, αν και ήταν επιτακτική ανάγκη.
- Το χρονικό διάστημα 2008-2012 καταγράφηκε μείωση στη διενέργεια μαγνητικών και αξονικών τομογραφιών.
- Καταγράφηκε μείωση της τάξης του 27,6% των γυναικών που δεν έχουν κάνει ποτέ μαστογραφία.
- Καταγράφηκε μείωση της τάξης του 33,9% των γυναικών που δεν έχουν κάνει ποτέ pap test (ΙΚΠ, 2010; 2013; 2015).



Εικόνα 4.12: Ποσοστό γυναικών ηλικίας άνω των 15 ετών, που έχουν κάνει μαστογραφία και εξέταση κυτταρολογικού ελέγχου (τεστ παπ), 2009, 2014

(Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2015)

Από το 2010 κι έπειτα καταγράφεται μείωση στη χρήση των ιδιωτικών δομών υγείας, κυρίως των ιδιωτικών μαιευτηρίων, των οδοντιατρείων και των ιδιωτικών νοσοκομείων για τη διενέργεια χειρουργικών επεμβάσεων. Κατά το πρώτο έτος της κρίσης, η μείωση αξιολογήθηκε περίπου στο 25-30%, ενώ το 2011 άγγιξε το 50%. Τα επίσημα στοιχεία που δημοσίευσε η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, πάνω από τους μισούς Έλληνες στερήθηκε την πρόσβαση σε δομές υγείας λόγω του υψηλού κόστους, και την ίδια στιγμή 4 στους 10 υποστήριξαν ότι οι νέες δομές υγείας είναι ανεπαρκείς για την παροχή υπηρεσιών πρόληψης και θεραπείας. Συγκεκριμένα, τρεις έρευνες που διενεργήθηκαν το 2010, το 2013 και το 2015 με πανελλήνια εμβέλεια από την Hellas Health του ΙΚΠ (2010, 2013, 2015), κατέγραψαν ότι:

- Το 10% του δείγματος απάντησε ότι δεν έλαβε θεραπεία ή διάγνωση για κάποιο πρόβλημα υγείας.
- Το 34% του δείγματος δεν προέβη σε θεραπεία ή διάγνωση λόγω κόστους.
- Το 32% του δείγματος δεν προέβη σε θεραπεία ή διάγνωση λόγω απασχόλησης.
- Το 17% του δείγματος δεν προέβη σε θεραπεία ή διάγνωση λόγω του μεγάλου χρονικού διαστήματος αναμονής για το ραντεβού.
- Το 33% του δείγματος δήλωσε ότι έγινε δυσχερέστερη η πρόσβαση στα ιδιωτικά θεραπευτήρια, ενώ παραμένει ίδια η κατάσταση στα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, με τον ΕΟΠΥΥ να καλύπτει μεγάλο μέρος της δαπάνης.
- Το 67% του δείγματος δήλωσε ότι δυσκολεύτηκε να εξεταστεί λόγω του μεγάλου χρονικού διαστήματος αναμονής του ραντεβού.
- Το 45% του δείγματος δήλωσε ότι δυσκολεύτηκε να εξεταστεί λόγω της μεγάλης απόστασης.
- Το 66% του δείγματος δήλωσε ότι δυσκολεύτηκε να εξεταστεί λόγω της μεγάλης αναμονής.
- Το 54% του δείγματος δήλωσε ότι δυσκολεύτηκε να εξεταστεί λόγω του κόστους.

Οι έρευνες που διενεργήθηκαν το 2015, καταγράφουν ότι ένας στους πέντε πολίτες δεν έλαβε θεραπεία ή διάγνωση για ένα πρόβλημα υγείας, με μεγαλύτερο ποσοστό ανάμεσα στους σπουδαστές και τους ανέργους. Οι βασικές αιτίες του φαινομένου είναι η αδυναμία κάλυψης του κόστους και η έλλειψη χρόνου. Τα αποτελέσματα των ερευνών καταδεικνύουν την αρνητικότερη εικόνα που επικρατεί στα μεγάλα αστικά κέντρα, λόγω των ελλείψεων σε προσωπικό και σε εξοπλισμό στις δημόσιες δομές υγείας. Συνεπώς, η πιθανότητα να εξυπηρετηθεί το σύνολο του πληθυσμού είναι πολύ περιορισμένη, και οι ιδιωτικές δομές φαντάζουν ως μοναδική επιλογή. Ωστόσο, λόγω του κόστους, το 84,5% των ανέργων δηλώνει ότι δεν λαμβάνει υπηρεσίες υγείας, όπως το 56,7% του γενικού πληθυσμού, το 62,3% των ελεύθερων επαγγελματιών και το 44,6% των συνταξιούχων (Διανεόσις, 2016).

Ο νέος δημόσιος ενιαίος ασφαλιστικός φορέας, ο ΕΟΠΥΥ, δεν κατάφερε να διαφοροποιήσει το σκηνικό ως προς την ποιότητα πρόσβασης και χρήσης των δομών υγείας. Έχει καταγραφεί ερευνητικά το 2015 ότι έχει χειροτερέψει σημαντικά η πρόσβαση στα ιατρεία των ασφαλιστικών Ταμείων, λόγω της μείωσης του αριθμού των ιατρών. Συνεπώς, οι νοικοκυρές και οι συνταξιούχοι που συνήθως εξυπηρετούνταν μέσω του ασφαλιστικού τους φορέα έμειναν εκτεθειμένοι. Παρόμοια εικόνα παρουσιάζουν και τα φαρμακεία των Ταμείων, η πρόσβαση των οποίων είναι εξαιρετικά δυσχερής (Διανέοσις, 2016).

Σοβαρό πρόβλημα χρήσης των δομών υγείας έχουν οι ανασφάλιστοι, οι οποίοι το 2013 υπολογίζονταν γύρω στα 2-2,5 εκατομμύρια πολίτες, σύμφωνα με τα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας. Για να αντιμετωπιστεί το συγκεκριμένο πρόβλημα, εφαρμόστηκε το μέτρο του health voucher, το οποίο χρηματοδοτούνταν από την Ευρωπαϊκή Ένωση και αφορούσε στις ιατρικές επισκέψεις για ένα σύνολο 230.000 ατόμων, κυρίως άνεργων (IOBE, 2014). Οι χρονίως πάσχοντες, που υπολογίζονται περίπου στο 38% του συνολικού πληθυσμού, κατά το διάστημα 2011-2013, περιόρισαν την πρόσβαση στις δομές υγείας κατά 30% , ενώ την ίδια στιγμή έχουν μειώσει τις δαπάνες τους για πρωτοβάθμιες παροχές υγείας κατά 50%. Το 60% των χρονίως πασχόντων ταλαιπωρούνται σε λίστες μεγάλης αναμονής ή υπόκεινται σε οικονομικούς περιορισμούς, ενώ το 30% αξιολογεί αρνητικά τις δομές υγείας (Διανέοσις, 2016).

Στον τομέα της ψυχικής υγείας, η πρόσβαση σε δομές κατέστη επίσης δύσκολη, μιας και λόγω της ελλειπής ή μηδαμινής κρατικής χρηματοδότησης, πολλοί φορείς υπηρεσιών ψυχικής υγείας ανέστειλαν ή περιόρισαν τη λειτουργία τους. Υπολογίζεται ότι το διάστημα 2009-2011 οι οικονομικές περικοπές ήταν στο 20%, με επιπλέον μείωση της τάξης του 55% το 2012, τη στιγμή που τα κρούσμα των ψυχικών διαταραχών και των ψυχολογικών προβλημάτων υπερπολλαπλασιάστηκαν (Anagnostopoulos & Soumaki, 2013). Το 2014 η Ελληνική Στατιστική Αρχή δημοσίευσε στοιχεία που καταδεικνύουν ότι περίπου το 5% του πληθυσμού άνω των 15 ετών δεν λαμβάνει υπηρεσίες ψυχικής υγείας λόγω αδυναμίας κάλυψης της δαπάνης (Δελτίο Τύπου Έρευνα Υγείας, 2014).

4.3.3 Πρόληψη

Όπως και πριν από το ξέσπασμα της κρίσης, έτσι και σήμερα, τα ποσοστά χρήσης των υπηρεσιών πρόληψης στην Ελλάδα διατηρούνται σε χαμηλά επίπεδα. Πριν από το 2009 διενεργούνταν υπερδιπλάσιες σε αριθμό ειδικές και μάλιστα υψηλού κόστους εξετάσεις, όπως τομογραφίες, αξονικές και μαγνητικές, σε σύγκριση με τα υπόλοιπα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ωστόσο οι υπηρεσίες πρόληψης παρέμεναν σε χαμηλά επίπεδα. Ο σημερινός ενιαίος ασφαλιστικός δημόσιος φορέας μείωσε σημαντικά το ποσό συμμετοχής του, με αποτέλεσμα να περιοριστεί και ο αριθμός της ζήτησης αυτού του είδους των διαγνωστικών εξετάσεων. Δεν αποκλείεται κατά τα προηγούμενα χρόνια να επικρατούσε στην Ελλάδα το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης, η οποία οφείλεται στην υψηλή κάλυψη που παρείχαν τα δημόσια Ταμεία. Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ, στην Ελλάδα:

- Η αναλογία των αξονικών τομογραφιών στην Ελλάδα του 2008 ήταν 321,8 ανά 1.000 κατοίκους.
- Η αναλογία των αξονικών τομογραφιών στην Ελλάδα του 2012 ήταν 180,3 ανά 1.000 κατοίκους.
- Η αναλογία των μαγνητικών τομογραφιών στην Ελλάδα του 2008 ήταν 98,3 ανά 1.000 κατοίκους.
- Η αναλογία των μαγνητικών τομογραφιών στην Ελλάδα του 2012 ήταν 67,6 ανά 1.000 κατοίκους (OECD (2015). Health at a Glance: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2015).

Ο περιορισμός αυτός, δεν συνοδεύτηκε από πάγωμα στην αγορά και στην προμήθεια των ειδικών τομογράφων. Αντίθετα, καταγράφηκε αύξηση του αριθμού διαγνωστικών μηχανημάτων. Ενώ λοιπόν η Ελλάδα υποχώρησε από την πρώτη θέση στη σχετική κατάταξη για τη διενέργεια αξονικών και μαγνητικών τομογραφιών μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, αναρριχήθηκε στις πρώτες θέσεις, στη σχετική λίστα που αφορά στην αγορά εξοπλισμού (OECD, 2015).

Αν συνυπολογιστεί και ο εμβολιασμός στον τομέα της πρόληψης, η κάλυψη που παρέχεται στα παιδιά στην Ελλάδα παραμένει σε υψηλά επίπεδα και μάλιστα χαρακτηρίζεται βελτιωμένη. Μάλιστα, η σημερινή εικόνα διαφέρει κατά πολύ από

εκείνη του 2006, όταν και διενεργήθηκε σχετική έρευνα. Αυξητικές είναι και οι τάσεις που σχετίζονται με τον εμβολιασμό κατά της εποχιακής γρίπης των ατόμων άνω των 15 ετών. Συγκεκριμένα, στοιχεία του 2014 καταγράφουν αύξηση σε ποσοστό 64%, σε σύγκριση με ανάλογες μετρήσεις του 2009 (Παναγιωτόπουλος, 2012; Γεωργακοπούλου, 2013).

Κατά το πρώτο έτος της κρίσης, όταν άρχισε να εφαρμόζεται η πολιτική της λιτότητας και των περικοπών, περιορίστηκε σταδιακά η χορήγηση δωρεάν συρίγγων και προφυλακτικών σε χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών σε ποσοστό 10%, το οποίο έφτασε στο 24%. Ταυτόχρονα, παρόμοια προγράμματα πρόληψης μειώθηκαν κατά 1/3. Αποτέλεσμα αυτής της πολιτικής υπήρξε η αύξηση των κρουσμάτων μόλυνσης με τον ιό HIV και με εκείνον της ηπατίτιδας C. Χαρακτηριστικό είναι ότι το 2009 καταγράφηκαν 15 κρούσματα HIV ενώ το 2012 οι περιπτώσεις που εντοπίστηκαν και καταγράφηκαν ήταν 484. Παράλληλα, παρατηρήθηκε έξαρση των λοιμώξεων ελονοσίας, λόγω των περικοπών των κρατικών κονδυλίων που αφορούσαν στην αντιμετώπιση των κουνουπιών (Διανέοσις, 2016).

Πίνακας 4.4: Μελέτες εμβολιαστικής κάλυψης σε πανελλαδικό επίπεδο για τα έτη, 2006, 2012, 2013.

Εμβόλιο – δόση	Εμβολιασμένων % 2006 (ΚΕ.ΕΛΠΝΟ)	Εμβολιασμένων % 2012 (ΕΣΔΥ)	Εμβολιασμένων % 2013 (ΚΕ.ΕΛΠΝΟ)
Διφθερίτιδα-Τέτανος-Κοκκύτης, 3 δόσεις έως 1 έτους	93.6	94	95.7
Διφθερίτιδα-Τέτανος-Κοκκύτης, 4 δόσεις έως 2 ετών	80.2	83	86.4
Διφθερίτιδα-Τέτανος-Κοκκύτης, 4 δόσεις σε οποιοδήποτε ηλικία < 6 ετών	98.9	99	95.8
Διφθερίτιδα-Τέτανος-Κοκκύτης, 5 δόσεις σε οποιοδήποτε ηλικία < 6 ετών	91.3	90	τα παιδιά ήταν <2 ετών
Πολιομυελίτιδα, 3 δόσεις έως 1 έτους	91	98	99.5
Πολιομυελίτιδα, 4 δόσεις έως 2 ετών	78	96	95.8
MMR, 1 δόση έως 2 ετών	87.7	91	94.5
MMR, 1 δόση σε οποιαδήποτε ηλικία <6,7 ετών	99.2	99	97.3
MMR, 2 δόσεις σε οποιαδήποτε ηλικία <6,7 ετών	46	83	τα παιδιά ήταν <2 ετών
Ηπατίτιδα Β, 3 δόσεις σε οποιαδήποτε ηλικία	95.5	98	96.2
Αιμόφιλου ινφλουέντσας b, ολοκλήρωση πρωτογενούς σειράς εμβολιαστικού σκέματος	71	77	95.7
Μπινγγιτιδόκοκκου C, τουλάχιστον μια δόση σε οποιαδήποτε ηλικία <6,7 ετών	72	97	99.7
PCV πλήρως εμβολιασμένα στους 12 μήνες	-	94	82.3
PCV πλήρως εμβολιασμένα στους 24 μήνες	-	4	84.5

(Πηγή: Παναγιωτόπουλος 2006 & 2012, Γεωργακοπούλου 2013)

Η μείωση των εισοδημάτων, η ανεργία και η οικονομική δυσχέρεια σε συνδυασμό με την περικοπή των δαπανών στις υπηρεσίες υγείας, των επιδομάτων και των διευκολύνσεων στους οικονομικά ασθενέστερους, έχουν καταλυτικό αντίκτυπο στη διενέργεια προληπτικών εξετάσεων. Η ανάληψη ενός σημαντικού κόστους από τους ίδιους τους ασθενείς ή τους εξεταζόμενους, λειτουργεί αποτρεπτικά όταν δεν υπάρχει διαγνωσμένο σοβαρό πρόβλημα ή υπόνοια για σοβαρή νοσηρότητα. Αυτό λειτουργεί επιβαρυντικά στην έγκαιρη διάγνωση συχνών ειδών καρκίνου, ιδίως στα άτομα που ανήκουν στα χαμηλότερα οικονομικά και κοινωνικά στρώματα. Ωστόσο, αξίζει να επισημανθεί ότι τα ποσοστά των προληπτικών εξετάσεων δεν μεταβλήθηκαν ιδιαίτερα κατά την περίοδο της κρίσης, αφού δεν ήταν ούτε ως ή άλλως ιδιαίτερα υψηλά. Οι διαφοροποιήσεις εντοπίζονται κυρίως στα άτομα των χαμηλών εισοδημάτων, της ελλιπούς ασφάλισης και στους ανέργους (Διανέοσις, 2016).

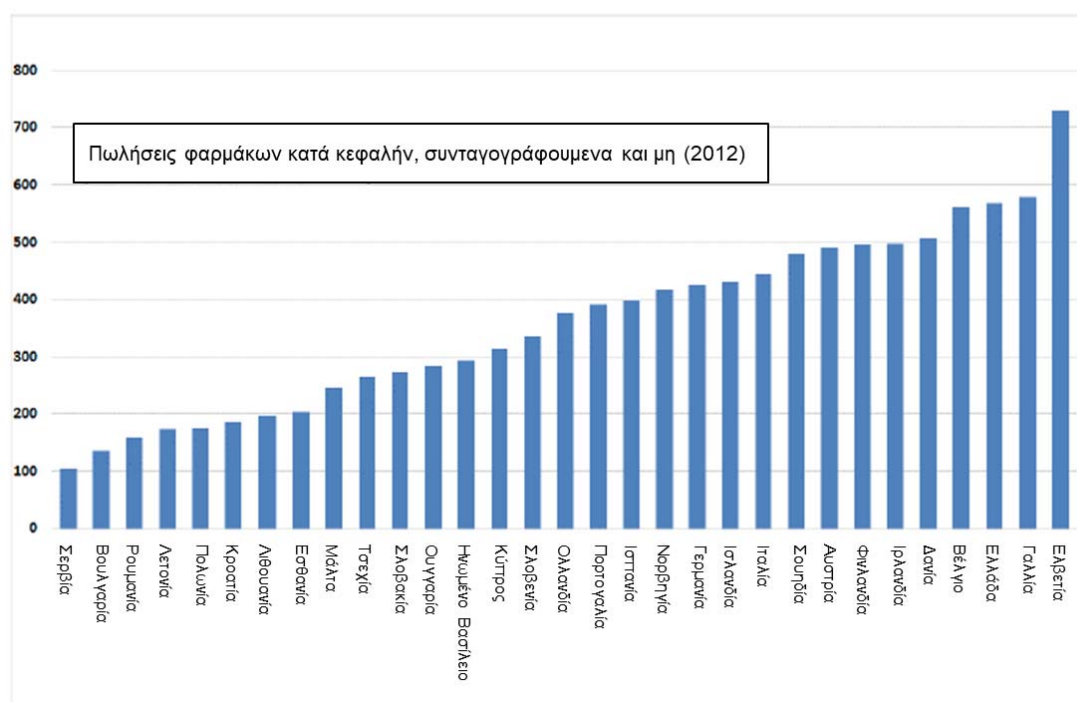
4.3.4 Θεραπεία

Αναφορικά με τη φαρμακευτική περίθαλψη, η εικόνα στην Ελλάδα, σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια, είναι κατά πολύ διαφοροποιημένη. Ήδη από το πρώτο μνημόνιο είχε προβλεφθεί μια σημαντική μείωση της δημόσιας δαπάνης για την παροχή φαρμάκων, η οποία καλύφθηκε από τους ασθενείς με τη συνεχιζόμενη αύξηση της δικής τους συμμετοχής. Συγκεκριμένα:

- Τον Ιανουάριο του 2012 η συμμετοχή των ασθενών κατά την αγορά του φαρμάκου ήταν της τάξης του 12,8%.
- Το 2013, μόνο το 8% των συνταγογραφούμενων φαρμάκων χορηγήθηκε σε επίπεδο κατανομής κόστους (Siskou et al, 2014).
- Τον Ιούλιο του 2014 η συμμετοχή των ασθενών κατά την αγορά του φαρμάκου ήταν της τάξης του 29,3%.
- Το 2015 η συμμετοχή των ασθενών κατά την αγορά του φαρμάκου ήταν της τάξης του 25% (Διανέοσις, 2016).

Σε αυτό το σημείο πρέπει να επισημανθεί, ότι το σημαντικό αντίτιμο το οποίο καλείται να δώσει ο ασθενής, γίνεται σε μια εποχή όπου όλα τα εισοδήματα έχουν υποστεί μείωση περίπου 30%. Παρ' όλα αυτά, η Ελλάδα εξακολουθεί να κατέχει μια από τις πρώτες θέσεις στην κατανάλωση φαρμάκων στην Ευρωπαϊκή Ένωση, αν και

η συνταγογράφηση υπόκειται σε αυστηρότερους ελέγχους και εκτελείται υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις.



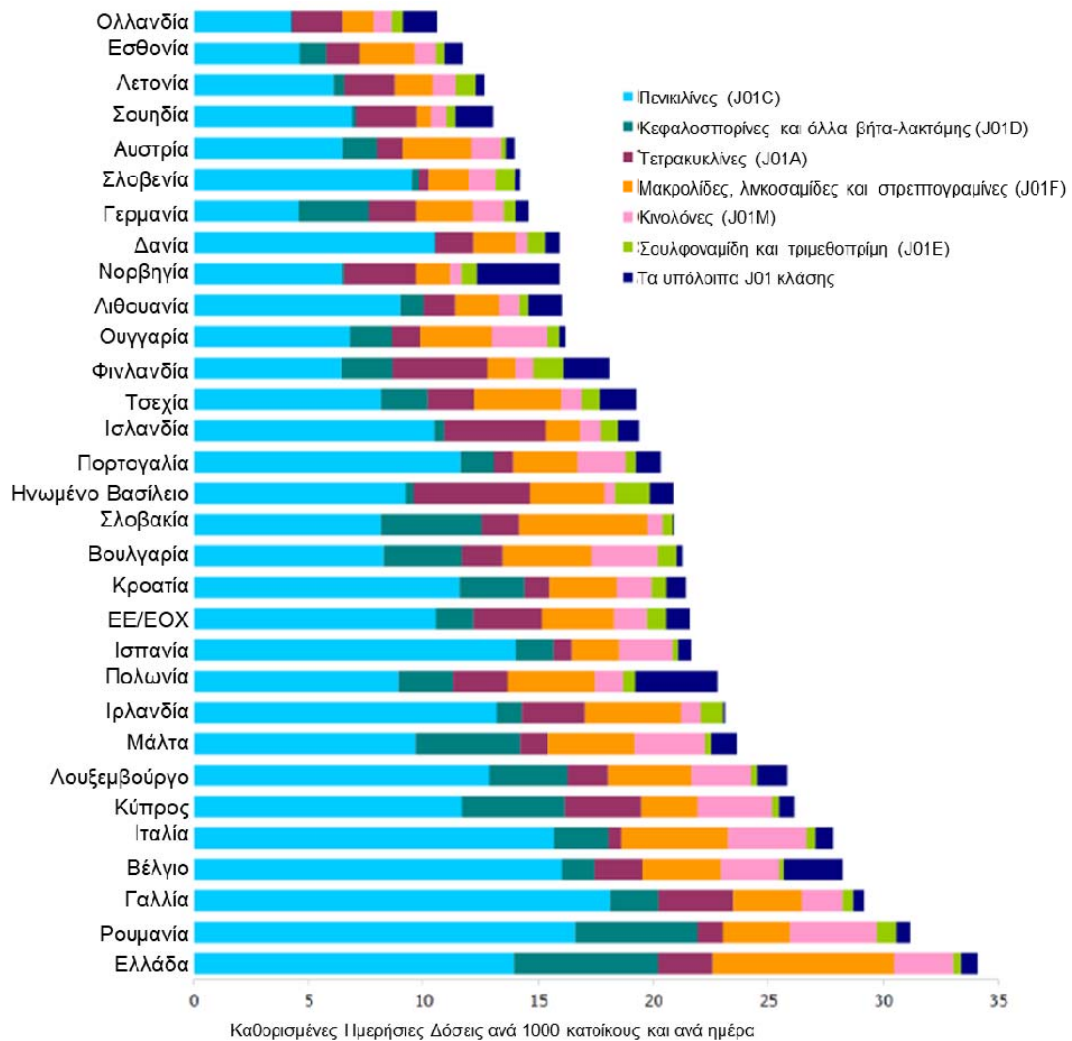
Εικόνα 4.13: Πωλήσεις κατά κεφαλήν για το 2012 στις χώρες της Ευρωζώνης.

(Πηγή: Eurohealth Health Consumer Index, 2015)

Έχουν καταγραφεί δύο επικρατούσες τάσεις: α) οι ασθενείς που λαμβάνουν σε τακτική ή καθημερινή βάση φάρμακα μειώνουν την κατανάλωση κάποιων ειδών πρώτης ανάγκης, προκειμένου να μπορούν να καλύπτουν το κόστος, και β) παρατηρείται καθυστέρηση εκτέλεσης ή μη εκτέλεση συνταγών λόγω αδυναμίας πληρωμής της δαπάνης. Άλλα στοιχεία καταγράφουν ότι:

- Στο μεγαλύτερο μέρος των ασθενών καταγράφεται δέσμευση εισοδήματος για φαρμακευτική περίθαλψη της τάξης του 10%.
- Ένας στους τρεις ανέργους και συνταξιούχους καλύπτει τις φαρμακευτικές του ανάγκες με δική του δαπάνη.
- Ένας στους τρεις καρκινοπαθείς αντιμετωπίζει σοβαρό πρόβλημα πρόσβασης σε φαρμακευτική θεραπεία.

- Ένας στους δύο ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα αντιμετωπίζει σοβαρό πρόβλημα πρόσβασης σε φαρμακευτική θεραπεία (Διανέοσις, 2016).



Εικόνα 4.14: Κατανάλωση αντιβιοτικών για το 2014 στις χώρες της Ευρωζώνης (Πηγή: Euro Health Consumer Index, 2015)

Αναφορικά με το θέμα της νοσοκομειακής περιθάλψης για τη λήψη θεραπείας μιας ασθένειας ή ενός νοσήματος, σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, το 2009 επέλεξε δημόσιο νοσοκομείο το 73,5% του πληθυσμού. Το ποσοστό αυτό αυξήθηκε ραγδαία και άγγιξε το 95% το έτος 2010, όταν άρχισαν να γίνονται εμφανείς οι πρώτες επιπτώσεις της σοβαρής οικονομικής ύφεσης. Συγκεκριμένα:

- Η μέση νοσηλεία στα δημόσια νοσοκομεία μειώθηκε κατά μισή μέρα περίπου.
- Το μισθολογικό κόστος της μέσης νοσηλείας μειώθηκε από 2.255 ευρώ σε 3.179 ευρώ.
- Στα δημόσια νοσοκομεία το μέσο πλήθος χειρουργείων ανά ασθενή αυξήθηκε κατά 10%.
- Στα δημόσια νοσοκομεία το μέσο πλήθος εξετάσεων ανά ασθενή αυξήθηκε κατά 5%.
- Στα δημόσια νοσοκομεία παρατηρείται αύξηση στις ημερήσιες νοσηλείες κατά 25,5%.
- Το 42% των ασθενών ή των πολιτών που έκαναν χρήση των υπηρεσιών υγείας των δημόσιων νοσοκομείων δηλώνει ότι είναι ανικανοποίητοι ή πλήρως απογοητευμένοι από την ποιότητα των παροχών.
- Παρατηρείται αύξηση στην εισαγωγή στα δημόσια νοσοκομεία για σοβαρότερα περιστατικά (Υπουργείο Υγείας, 2017; Διανέοσις, 2016).

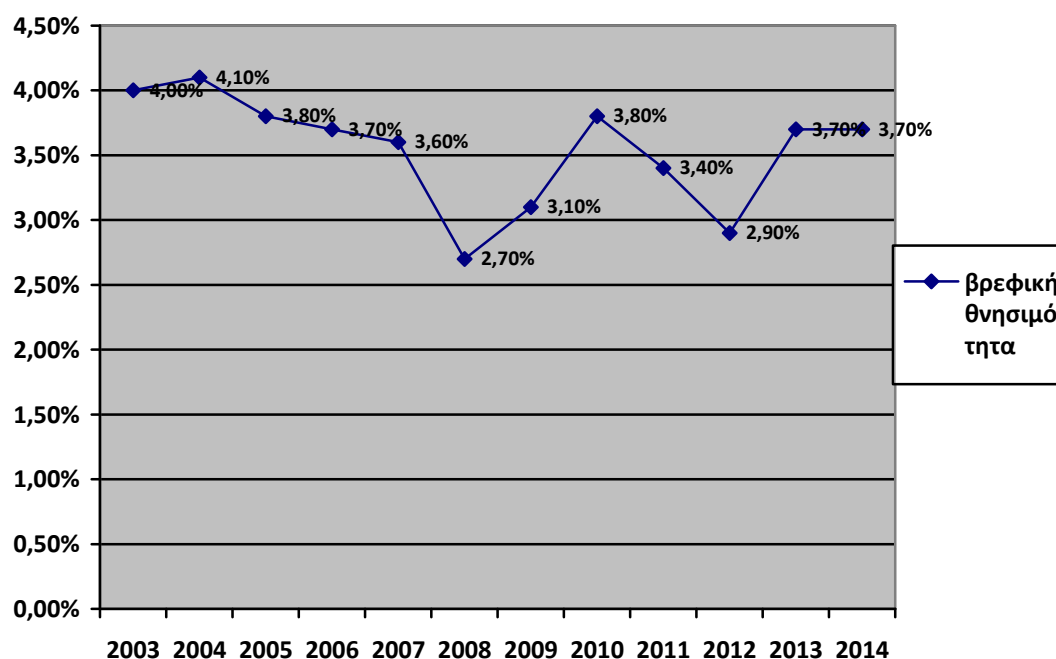
4.4 Θνησιμότητα

Οι παράγοντες που προαναφέρθηκαν και σχετίζονται με την κακή ψυχική και σωματική υγεία των οικονομικά πληγέντων και των ανέργων, επιδρούν επιβαρυντικά για τον οργανισμό, τον καθιστούν ευάλωτο και αυξάνουν τις πιθανότητες πρόωρου θανάτου. Οι σοβαρές επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης πολλαπλασιάζουν τους καταγεγραμμένους θανάτους, από νοσήματα, προβλήματα υγείας και αυτοκτονίες. Παράλληλα με τις επιβαρυντικές συνθήκες για τον οργανισμό και για την υγεία του ατόμου η μείωση των κρατικών κονδυλίων για την κοινωνική πρόνοια και την κοινωνική πολιτική θίγει περαιτέρω την ίδια την ποιότητα της ζωής των ατόμων (Διανέοσις, 2016).

Εξαιρετικά ανησυχητικά είναι τα στοιχεία που καταδείχνουν αυξητικές τάσεις στα ποσοστά θνησιμότητας σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Σύμφωνα με τα στοιχεία που δημοσίευσε η Ελληνική Στατιστική Αρχή, καταγράφηκε αύξηση της θνησιγένειας κατά 19% από την αρχή της κρίσης το 2009 ως και το 2012, σε

σύγκριση με το προηγούμενο διάστημα 2005-2008. Πρόκειται για το υψηλότερο ποσοστό που σημειώθηκε στην Ελλάδα κατά την τελευταία τεσσαρακονταετία, το οποίο διατηρείται στα ίδια επίπεδα, γεγονός που αποδεικνύει ότι δεν είναι ότι τυχαίο, συμπτωματικό ή περιστασιακό, αλλά μάλλον οφείλεται στις επιπτώσεις της κρίσης (Κεντικελένης και συν., 2014).

Το ίδιο ανησυχητική είναι η αύξηση των περιπτώσεων βρεφικών θανάτων, οι οποίοι πριν από το ξέσπασμα της κρίσης υπολογίζονταν περίπου στους 2,7 στο σύνολο των 1.000 γεννήσεων. Μετά την οικονομική κρίση, οι θάνατοι αυξήθηκαν και υπολογίζονται σε 3,8 στο σύνολο των 1.000 γεννήσεων (Υφαντόπουλος, 2012).



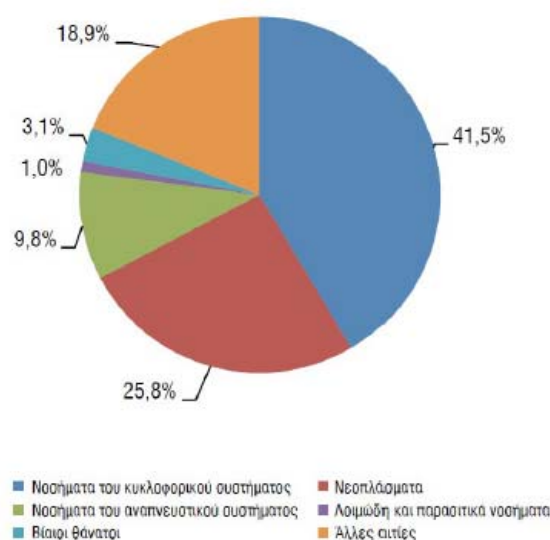
Εικόνα 4.15: Δείκτης βρεφικής θνησιμότητας ανά έτος.
(Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2015)

Στην Ελλάδα, μετά το ξέσπασμα της κρίσης το 2009 ως το 2012, σύμφωνα με τα στοιχεία που παρουσιάστηκαν στο 38^ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο της Αθήνας, το 2012, καταγράφηκαν 3.124 συντελεσμένες ή απόπειρες αυτοκτονίας. Η αύξηση των

περιπτώσεων αυτοκτονιών υπολογίζεται γύρω στο 22% μόνο κατά το χρονικό διάστημα 2009-2011, και βασικές αιτίες είναι οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, η ανεργία, τα οικονομικά χρέη, οι ανασφάλεια και η αβεβαιότητα (Διανέοσις, 2016). Η ΕΛΣΤΑΤ (2014) εξέδωσε επίσημα στοιχεία μέσω εκθέσεων για την στατιστική εικόνα που παρουσιάζουν οι θάνατοι από αυτοκτονίες στην Ελλάδα. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντική αύξηση.

4.4.1 Θνησιμότητα και ανεργία

Η μαζική απώλεια θέσεων στην Ευρώπη συνδέεται με την αύξηση του ποσοστού θνησιμότητας, η οποία έχει ως βασική αιτία την υπερβολική κατανάλωση αλκοολούχων ποτών. Τα μεγαλύτερα ποσοστά καταγράφονται στη βόρεια Ευρώπη, σε αντίθεση με τις ευρωπαϊκές χώρες του νότου (Σακελλάρης, 2008). Μεγάλη και διεθνής έρευνα των Econομου και συνεργατών (2013) κατέδειξε τη μεγάλη συνάφεια της ανεργίας με τη θνησιμότητα, η οποία αφορά κυρίως σε καρδιαγγειακά νοσήματα. Συγκεκριμένα, για κάθε 1% αύξησης της ανεργίας, σημειώνεται αύξηση στη θνησιμότητα κατά 2,18% (Μαλλιάρου & Σαράφης, 2012; Πατελάρου κ.ά., 2012).



Εικόνα 4.16: Κύριες αιτίες θανάτων στην Ελλάδα (2013).
(Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2015)

Σύμφωνα με τον Αναγνωστόπουλο (2010), χαρακτηριστικότερο παράδειγμα συσχέτισης της οικονομικής κρίσης με την αύξηση της θνησιμότητας αποτελεί σε ευρωπαϊκό επίπεδο η Ρωσία της δεκαετίας του 1990. Την περίοδο της οικονομικής ύφεσης που ακολούθησε την πτώση του κομμουνιστικού καθεστώτος, οι καταγεγραμμένοι θάνατοι αυξήθηκαν και διατηρήθηκαν σε υψηλά επίπεδα μέχρι το 1994, όταν και άρχισαν να φθίνουν με τη βελτίωση της πολιτικής και οικονομικής κατάστασης της χώρας. Όταν πάλι, το 1998, το ρούβλι υποτιμήθηκε και η Ρωσία εισήλθε και πάλι σε περίοδο πολιτικής αβεβαιότητας, οι θάνατοι αυξήθηκαν εν νέου και διατηρήθηκαν σε υψηλά ποσοστά ως το 2001. Συνηθέστεροι θάνατοι ήταν οι αυτοκτονίες, οι δολοφονίες και τα τροχαία δυστυχήματα στους νεότερους, οι αυτοκτονίες, τα καρδιαγγειακά και ηπατικά νοσήματα, πιθανώς λόγω στρες και καταχρήσεων στην κατανάλωση αλκοόλ (Διανέοσις, 2016).

Ευρωπαϊκές έρευνες από το δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα κι έπειτα στην Ευρώπη έχουν καταδείξει ότι οι άνεργοι έχουν 25% παραπάνω πιθανότητες πρόωρης θνησιμότητας από εκείνους που εργάζονται, χωρίς να υπάρχουν ταξικές, κοινωνικές και οικονομικές αποκλίσεις μεταξύ τους. Το φαινόμενο εξηγείται από το γεγονός ότι ο άνεργος είναι πιθανότερο να αναπτύξει ανθυγιεινές συμπεριφορές, σχετικά με τη διατροφή του, την κατάχρηση ουσιών, το κάπνισμα, αλλά και την εμφάνιση ψυχικών προβλημάτων και αυτοκτονικών τάσεων (Γιωτάκος, 2010).

4.4.2 Θνησιμότητα και νοσήματα

Το αυξημένο στρες, οι καταχρήσεις ουσιών και αλκοόλ, η έντονη ψυχολογική πίεση, οι κακές διατροφικές συνήθειες, η προσπάθεια κάλυψης των συναισθηματικών και ψυχικών προβλημάτων με το κάπνισμα, μπορούν να δημιουργήσουν επικίνδυνες καταστάσεις τόσο για την υγεία όσο και για την ίδια τη ζωή των ατόμων. Η επιβάρυνση του οργανισμού ψυχικά και σωματικά, αυξάνουν τις πιθανότητες πρόωρου θανάτου. Συνεπώς, η ανέχεια, η δυσχέρεια και οι αγχωτικές καταστάσεις που προκαλούνται από τις σοβαρές οικονομικές κρίσεις αυξάνουν τα ποσοστά θνησιμότητας, τα οποία επηρεάζονται από την αύξηση των καρδιαγγειακών, των ηπατικών και των μεταδιδόμενων (HIV, ηπατίτιδα C κα) νοσημάτων, των

αναπνευστικών προβλημάτων, των κρουσμάτων καρκίνου και της εποχιακής γρίπης (Πατελάρου κ.ά., 2012).

Εκτός από τις επιβαρυντικές συνθήκες για τον οργανισμό και για την υγεία του ατόμου που προκαλούνται από την οικονομική ύφεση, η πολιτική της λιτότητας και των περικοπών, η οποία στερεί τα άτομα από την πρόσβαση σε προληπτικές εξετάσεις για έγκαιρη διάγνωση, σε θεραπεία και περίθαλψη, σε φορείς παροχής ιατρικής συμβουλευτικής, λειτουργεί επιβαρυντικά για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2013).

Τόσο σε παγκόσμιο όσο και σε ευρωπαϊκό επίπεδο, οι έρευνες που έχουν διενεργηθεί γύρω από το θέμα της συνάφειας της οικονομικής κρίσης, με την αύξηση της εμφάνισης των νοσημάτων και τον πολλαπλασιασμό των θανάτων, επιβεβαιώνουν τις υποθέσεις. Καταδεικνύουν τη σύνδεση της οικονομικής ύφεσης και της ανεργίας, με την αύξηση της θνησιμότητας λόγω νοσημάτων (Πατελάρου και συν., 2012).

4.4.3 Θνησιμότητα και χρήση υπηρεσιών υγείας

Όπως προαναφέρθηκε, στις περιόδους έντονης οικονομικής ύφεσης, η κοινωνική πολιτική μεταρρυθμίζεται και αναδιαρθρώνεται. Συνήθως αυτό σημαίνει, ότι γίνονται περικοπές οικονομικών κονδυλίων, ότι μειώνονται ή δεν ανανεώνονται οι οικονομικοί, ανθρώπινοι, υλικοτεχνικοί και τεχνολογικοί πόροι, ότι αποσύρονται πολλές ευνοϊκές ρυθμίσεις για τους πολίτες αναφορικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας, ότι πολλές ιατρικές και υγειονομικές ανάγκες καλύπτονται μέσω του ιδιωτικού τομέα, ο οποίος απαιτεί τη καταβολή ενός υψηλού χρηματικού αντιτίμου. Το γεγονός αυτό ουσιαστικά σημαίνει αποκλεισμό των οικονομικά και ταξικά ασθενέστερων ατόμων από τις κοινωνικές παροχές υγείας, που σχετίζονται με τη διάγνωση, την πρόληψη, τη θεραπεία και την περίθαλψη. Η οικονομική ανέχεια, η οποία διογκώνεται σε περιόδους οικονομικής δυσπραγίας, και η αδυναμία καταβολής προσωπικών δαπανών, καθιστούν το αγαθό της υγείας μη προσεγγίσιμο (Μαλλιαρού & Σαράφης, 2012).

Ήδη από τη δεκαετία του 1980, έχει μελετηθεί η συσχέτιση της οικονομικής κρίσης, της αναπροσαρμογής της κοινωνικής πολιτικής, της αλλαγής των οικονομικών προτεραιοτήτων που θέτει η κεντρική διοίκηση, τις πρόσβασης στην υπηρεσίες

υγείας και εν τέλει στη θνησιμότητα. Διαπιστώθηκε ότι οι επιπτώσεις της δεινής οικονομικής κατάστασης πλήττουν πολλαπλά τα άτομα των φτωχότερων στρωμάτων, τα οποία αποκλείονται ουσιαστικά από τις υγειονομικές παροχές, λόγω της ανεπάρκειάς τους να ανταποκριθούν σε αυτές οικονομικά. Συνεπώς, δεν τυγχάνουν ικανοποιητικής περίθαλψης, πρόληψης και θεραπείας, συνεπώς είναι εκτεθειμένοι σε νοσήματα και σε ασθένειες, άρα συγκεντρώνουν και περισσότερες πιθανότητες πρόωρου και αιφνίδιου θανάτου. Αθροιστικά στη μη προσβασιμότητα στις παροχές υγείας, δρουν οι συνθήκες διαβίωσης, η ποιότητα της διατροφής και το στρες (Μαλλιάρου & Σαράφης, 2012).

Συζήτηση - Συμπεράσματα

Η οικονομική κρίση έχει προκαλέσει κλυδωνισμούς στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή των κρατών, αλλά και στην προσωπική ζωή των πολιτών. Κανένας τομέας του δημόσιου ή ιδιωτικού βίου δεν έχει μείνει ανεπηρέαστος από το κλίμα αβεβαιότητας και πίεσης, το οποίο έχει προκληθεί από τις συνέπειες της οικονομικής ύφεσης που ανατάραξε την παγκόσμια κοινότητα. Έρευνες και μελέτες που έχουν γίνει σε διεθνές, ευρωπαϊκό και εγχώριο επίπεδο επιβεβαιώνουν ότι στις χώρες που ταλανίζονται από οικονομική δυσχέρεια, το επίπεδο υγείας των ατόμων κλυδωνίζεται (Economou et al, 2015).

Από την έρευνα που διενεργήθηκε στα πλαίσια της παρούσας εργασίας, διαπιστώθηκε ότι στην Ελλάδα από το 2000 έως το 2012 οι δαπάνες υγείας αυξάνονταν διαρκώς με ρυθμό μεγαλύτερο από αυτό του ΑΕΠ. Οι μεγάλες σπατάλες και η κακοδιαχείριση των οικονομικών πόρων οδήγησαν τα ταμεία του ΕΣΥ σε τεράστια ελλείμματα. Παράλληλα, την ίδια περίοδο ο κατακερματισμός, η ανυπαρξία επέκτασης της ΠΦΥ, η γήρανση του πληθυσμού, ο πληθωρισμός ιατρών και η έλλειψη νοσηλευτών, συνέθεταν ένα αναξιόπιστο υγειονομικό σύστημα, το οποίο ήταν ανεπαρκές να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του πληθυσμού (Κότιος, 2012).

Από το 2013 και έπειτα, καταγράφεται μία εντυπωσιακή διαφορά στη δαπάνη υγείας μεταξύ της Ελλάδας και κυρίως της Ευρωζώνης. Αντίθετα με ό,τι συνέβη στο σύνολο της Ευρωζώνης κατά την υφεσιακή περίοδο 2007-2009, όπου η αύξηση των δαπανών υγείας λειτούργησε αντισταθμιστικά στην οικονομική κρίση, στην Ελλάδα η μείωση των οικονομικών κονδυλίων για την υγεία άγγιξε το 60% (Economou et al, 2013). Η πιο σημαντική αλλαγή που επιχειρήθηκε από την αρχή της εφαρμογής των όρων του μνημονίου είναι η ενοποίηση όλων των μεγάλων δημόσιων ασφαλιστικών φορέων στον ενιαίο ΕΟΠΥΥ, στον οποίο συμπεριλήφθηκε σταδιακά η πλειοψηφία των πόρων και των λειτουργιών για την υγεία. Οι περικοπές και οι μειώσεις τόσο στις δημόσιες όσο και στις ιδιωτικές δαπάνες υγείας εξακολουθούν και στη διετία 2013-2015, όπου το σύστημα υγείας υποχρηματοδοτείται. Μεγαλύτερα θύματα της κατάστασης αυτής είναι οι άνεργοι, οι ανασφάλιστοι και τα άτομα των χαμηλότερων οικονομικών και κοινωνικών στρωμάτων, τα οποία λόγω οικονομικής ανέχειας δεν είναι σε θέση να στραφούν στις ιδιωτικές δομές για την ικανοποίηση των αναγκών

τους. Συνεπώς, είτε μένουν χωρίς ιατρική περίθαλψη είτε λαμβάνουν παροχές περιστασιακά κι όχι όταν υπάρχει πραγματική και σοβαρή ανάγκη (ΙΕ ΓΣΕΕ, 2017).

Η παρούσα ερευνητική μελέτη κατέδειξε ότι η κοινωνική και οικονομική κατάσταση, όπως έχει διαμορφωθεί από την παγκόσμια κρίση του 2007 κι έπειτα στην Ευρώπη και στην Ελλάδα συγκεκριμένα, επηρέασε δυσμενώς την υγεία των πολιτών λόγω της υιοθέτησης βλαπτικών και ανθυγιεινών συνηθειών και της κατανάλωσης χαμηλής αξίας προϊόντων διατροφής. Σύμφωνα με τα πορίσματα της έρευνας (WHO, 2009), η οικονομική δυσπραγία του κράτους και κατ' επέκταση των πολιτών, ευθύνεται για την «κακή» υγεία, η οποία είναι η βασική επίπτωση της επισφαλούς εργασίας, του μειωμένου εισοδήματος, της ελλιπούς εκπαίδευσης και της έντονης ψυχολογικής πίεσης, που προκύπτει από την προσπάθεια ανταπόκρισης στις αυξανόμενες οικονομικές υποχρεώσεις και από το αίσθημα αβεβαιότητας για το μέλλον.

Ένα πολύ σημαντικό στοιχείο που αναδείχθηκε μέσω της παρούσας ερευνητικής προσέγγισης, είναι ότι οι συνθήκες της οικονομικής «ασφυξίας», επιφέρουν δυσμενείς επιδράσεις στην ψυχική υγεία των πολιτών που βιώνουν την πίεση, με αποτέλεσμα να καταγράφεται αύξηση στα ποσοστά περιπτώσεων κατάθλιψης, χρήσης ναρκωτικών ουσιών, κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών και, κυρίως αυτοκτονιών. Στις τελευταίες, η άνοδος των δεικτών είναι σημαντική και ενδεικτική της έλλειψης υπηρεσιών πρόληψης, αναφορικά με την τραγική αύξηση των ψυχωσικών συνδρόμων λόγω της οικονομικής κρίσης (Butterworth, 2013).

Οι κρατικοί φορείς υγείας στην Ελλάδα δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που ανακύπτουν καθημερινά λόγω του περιορισμού των δαπανών, της αύξησης των τιμών των φαρμάκων και των νοσηλίων, τη μείωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, την έλλειψη υλικοτεχνικού εξοπλισμού και την ανεπάρκεια των ιατρικών υποδομών. Οι σοβαρότερες επιπτώσεις καταγράφονται στην αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων, των κακοηθών νεοπλασιών και των μεταδιδόμενων λοιμώξεων, που εμφανίζουν υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και επιπολασμού.

Στο ελληνικό σύστημα υγείας, οι δομές πρόνοιας καταγράφουν φθίνουσα πορεία ως προς τον βαθμό ανταπόκρισης στις ανάγκες των πολιτών, οι οποίοι δηλώνουν

δυσανεστημένοι και στο επίπεδο της πρόσβασης στο σύστημα υγείας. Οι προσπάθειες ενίσχυσης της ΠΦΥ και η αποκέντρωση του συστήματος λειτουργούν αποσπασματικά και τα σχέδια δράσης σπάνια υλοποιούνται πλήρως και συστηματικά. Το κυριότερο πρόβλημα είναι ότι την ίδια στιγμή που αυξάνεται το οικονομικό κόστος των υγειονομικών παροχών και προϊόντων, το οποίο αναλαμβάνει σε μεγάλο ποσοστό ο ασθενής/ νοσηλευόμενος/ πολίτης, μειώνεται η ποιότητά τους (Economou et al, 2013).

Ο καθοριστικός ρόλος που έπαιξαν οι πολιτικές υγείας προ κρίσης γίνεται φανερός στο παράδειγμα των χωρών της βόρειας Ευρώπης όπου χώρες, όπως το Βέλγιο, η Γαλλία και η Ολλανδία κατάφεραν να βγουν σχεδόν αλώβητες από την οικονομική κρίση. Το Βελγικό σύστημα υγείας, σε αντίθεση με εκείνο της Ελλάδας, κατάφερε να αντισταθμίσει τις συνέπειες της κρίσης λόγω του οικονομικού αποθέματος που είχε δημιουργήσει πριν το ξέσπασμα της κρίσης. Τα μέτρα που λήφθηκαν μετά το 2009 δεν επηρέασαν άμεσα τους ασθενείς, καθώς δόθηκε έμφαση στην αποφυγή της περιττής χρήσης του συστήματος και στην αποδοτική λειτουργία του φαρμακευτικού τομέα. Επίσης, μέρος των προϋπολογισμών δαπανήθηκε στη βελτίωση και της προσβασιμότητας, λόγω του απόλυτου σεβασμού των Βέλγων στην ελευθερία της επιλογής (Maresso et al, 2013).

Στην Εσθονία η δυνατότητα να απορροφηθεί με ευκολία μια βραχυπρόθεσμη πτώση των εσόδων που προέκυψε λόγω της κρίσης, ήταν αποτέλεσμα προηγούμενων πολιτικών υγείας, οι οποίες είχαν σαν αποτέλεσμα ισορροπημένους ετήσιους κρατικούς προϋπολογισμούς, χαμηλό κυβερνητικό χρέος και υψηλά αποθεματικά από τα ασφαλιστικά ταμεία. Παράλληλα επιχειρήθηκε ο επανασχεδιασμός των περιφερειακών νοσοκομείων στα πλαίσια αναδόμησης του δικτύου υγείας και ως εκ τούτου της πρόσβασης και της κάλυψης των πολιτών (Habicht et al, 2013). Στην Πορτογαλία φαίνεται ότι η αύξηση των χρεώσεων στη δημόσια υγεία επιτείνει το πρόβλημα των δαπανών, ανεξάρτητα από τις μειώσεις στα φαρμακευτικά προϊόντα ή τις οποίες οικονομικές απαλλαγές (Galinho, 2010).

Η οικονομική κρίση στη Δανία αντιμετωπίστηκε με επέκταση των δημοσίων δαπανών καθώς από τις συνολικές δαπάνες, ενώ το 2007 ποσοστό 67% αποδόθηκε στον τομέα της υγείας, το 2011 το ίδιο ποσοστό ανήλθε σε 75% (Maresso et al,

2013). Στη Λετονία ήδη από την περίοδο 2007-2008, δόθηκε έμφαση στις εξωνοσοκομειακές δομές, στις υπηρεσίες για παιδιά και εγκύους καθώς και σε πολιτικές υγείας σχετικές με την άμεση επέμβαση στην περίπτωση του επείγοντος και τη φαρμακευτική κάλυψη. Ωστόσο, οι κοινωνικές στρατηγικές που εφαρμόστηκαν αντιμετωπίζουν εν μέρει το πρόβλημα της προσβασιμότητας από το πάσχον τμήμα του πληθυσμού (Taube et al, 2013).

Το παράδειγμα των κυβερνήσεων των προηγμένων κυρίως, ευρωπαϊκών χωρών, οι οποίες διατήρησαν σε υψηλό επίπεδο τις κοινωνικές παροχές υγείας, ανεξαρτήτως των οικονομικών δυσχερειών, καταδεικνύει τη λανθασμένη προσέγγιση των ελληνικών ηγεσιών και ταυτόχρονα αφήνει ένα μικρό αλλά υπαρκτό δικαίωμα στην ελπίδα για βελτίωση του συστήματος υγείας με την ανάληψη ορθολογικών πολιτικών πρωτοβουλιών, οι οποίες θα έχουν ως στόχο την αποδοτικότερη χρήση των περιορισμένων πόρων. Η υλοποίηση ενός τέτοιου οράματος απαιτεί εξάλειψη της σπατάλης και της κακοδιαχείρισης των οικονομικών πόρων, αναδιάρθρωση και ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, βελτίωση του τρόπου χρηματοδότησης και αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας, ανάπτυξη δομών αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών, συγχώνευση πολλών υποστηρικτικών μονάδων και καλύτερη αξιοποίηση και ανάπτυξη του προσωπικού. Για την Ελλάδα της κρίσης, η επένδυση στην υγεία των πολιτών αποτελεί επένδυση για το μέλλον, μέσω της αύξησης του παραγωγικού ανθρώπινου δυναμικού και της ανάπτυξης της τοπικής οικονομίας (Παπαπέτρου, 2016).

Ο περιορισμός της παρούσας έρευνας σχετίζεται με το μεγάλο όγκο των ερευνητικών προσεγγίσεων, οι οποίες αν και δεν αφορούν εξ ολοκλήρου και αυστηρά στη θεματική της, παρέχουν σημαντικά, περισσότερα ή λιγότερα, στοιχεία, που μπορούν να αξιοποιηθούν προς όφελός της. Εξάλλου, το ζήτημα της υγείας είναι τόσο σημαντικό και μεγάλο, που από οποιαδήποτε οπτική γωνία κι αν διερευνηθεί είναι δυνατό να δώσει σημαντικά δεδομένα, κατάλληλα για διαχείριση και επεξεργασία. Αυτό όμως, συνεπάγεται πολύ μεγαλύτερο όγκο δουλειάς, που ξεπερνά κατά πολύ τα στενά όρια μιας διατριβής επιπέδου μάστερ, στα πλαίσια ενός μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών. Σε αυτό το σημείο όμως έγκειται και η επεκτασιμότητα της προβληματικής, η οποία σχετίζεται τόσο με τους δείκτες που εξετάστηκαν στην

παρούσα έρευνα, οι οποίοι αλλάζουν διαρκώς και προσαρμόζονται στα νέα δεδομένα που διαμορφώνονται, όσο και με άλλους που δεν ήταν δυνατό να αναλυθούν. Παράλληλα, μπορεί να γίνει διεξοδική μελέτη της κατάστασης που επικρατεί στους υγειονομικούς τομείς χωρών, που βρίσκονται σε οικονομικό αδιέξοδο λόγω ύφεσης, και να τεθούν σε συγκριτική ανάλυση για την εξαγωγή περαιτέρω συμπερασμάτων.

Βιβλιογραφία Ελληνόγλωσσα

Αναγνωστόπουλος, Φ. (2010). Οι επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης στην Ψυχική και Σωματική Υγεία. *Νέα Υγεία*, σ. 4.

Αντωνοπούλου, Λ. (2008). Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του εθνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία. *Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη*, Τεύχ.3, (2), σσ.109-120

Γεωργακόπουλος, Θ., Λιανός, Θ., Μπένος, Θ., Τσεκούρας, Γ., Χατζηπροκοπίου, Μ. & Χρήστου, Γ. (1995). *Εισαγωγή στην Πολιτική Οικονομία*. (4^η έκδ.), Αθήνα: Μπένου

Γεωργακόπουλος, Ν. (2014). *Ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ στο ΕΣΥ: Μεταρρύθμιση ή Απορρύθμιση*. Μεταπτυχιακή Διατριβή, Διοίκηση της Υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιά

Γιωτάκος Ο. (2010). «Οικονομική κρίση και ψυχική Υγεία». *Ψυχιατρική* 21 (3), σελ. 195-204

Διανέοσις, Οργανισμός Έρευνας & Ανάλυσης (2016). *Η Υγεία των Ελλήνων στην Κρίση. Μια χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας των Ελλήνων και των δομών υγείας της χώρας*. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής

Δημόσια Υγεία : Δρόμος προς την ανάπτυξη. (2014). Αθήνα: 10ο Πανελλήνιο Συνέδριο Δημόσιας Υγείας και Υπηρεσιών Υγείας

Δικαίος, Κ. (1999). Πολιτική υγείας. Στο Αγραφιώτης, Δ. (επιμ.), *Υπηρεσίες Υγείας, Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις*, Τόμ. Β', Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, -σσ.17-96

ΕΛΣΤΑΤ, 2016. Ανακτήθηκε στις 02/05/2017
http://www.statistics.gr/interviewers_decisions_2016

ΕΚΤΕΠΝ. (2013). ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΚΘΕΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ 2013. Ανακτήθηκε στις 22/04/2017 από: <http://www.ektepn.gr>

Ελληνική Στατιστική Αρχή. (2014, Μάιος). Συνθήκες Διαβίωσης στην Ελλάδα Μάιος 2014. Ανακτήθηκε στις 23/04/2017 από: <http://statistics.gr>

ΕΠΙΨΥ. (2017). Η Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των Οινοπνευματωδών στην Ελλάδα. Ανακτήθηκε στις 20/04/2017 από: <http://www.ekterp.gr/Documents/PDF/EE2016.pdf>

Ευθυμιάδου, Δ. (2016). Άγριος πόλεμος φαρμακοβιομηχανίας υπ. Υγείας για τα νέα μέτρα στο φάρμακο! Όλο το παρασκήνιο. Τετάρτη 23 Νοεμβρίου 2016. Ανακτήθηκε στις 14/07/2017 από: <http://www.healthreport.gr/άγριος-πόλεμος-φαρμακοβιομηχανίας-υ/>

Ευθυμιάδου, Δ. (2016). Έρχονται οι τελικές αποφάσεις για τις αλλαγές στα φάρμακα! Όλες οι πληροφορίες. Δευτέρα 21 Νοεμβρίου 2016. Ανακτήθηκε στις 14/07/2017 από: <http://www.healthreport.gr/έρχονται-οι-τελικές-αποφάσεις-για-τις/>

Ευθυμιάδου, Δ. (2016). Στον αέρα η φαρμακευτική δαπάνη! Τι αποφασίστηκε στο υπ. Υγείας. Δευτέρα 10 Οκτωβρίου 2016. Ανακτήθηκε στις 14/07/2017 από: <http://www.healthreport.gr/στον-αέρα-η-φαρμακευτική-δαπάνη-τι-απο/>

Ευθυμιάδου, Δ. (2016). Σύσκεψη στο υπ. Υγείας για τη φαρμακευτική δαπάνη! Όλες οι λεπτομέρειες, Δευτέρα 10 Οκτωβρίου 2016. Ανακτήθηκε στις 14/07/2017 από: <http://www.healthreport.gr/σύσκεψη-στο-υπ-υγείας-για-τη-φαρμακευτ/>

Ευθυμιάδου, Δ. (2016). Φάρμακα για βαριές παθήσεις για λίγους! Τι αλλαγές έρχονται, Παρασκευή 18 Νοέμβριος 2016. Ανακτήθηκε στις 14/07/2017 από: <http://www.healthreport.gr/φάρμακα-για-βαριές-παθήσεις-για-λίγους/>

Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ. (2001). *Συστήματα υγείας*, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση

Gilpin, R., (2010). Παγκόσμια Πολιτική Οικονομία. Αθήνα: Ποιότητα

Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE) (2017). Η Ελληνική Οικονομία 2/17. Τριμηνιαία Έκθεση, Τεύχ.88, Ιούλιος 2017. Ανακτήθηκε στις 14/07/2017 από: http://iobe.gr/docs/economy/ECO_Q2_06072017_REP_GR.pdf

ΙΚΠΙ. (2010). Πανελλήνια Έρευνα Γενικού Κοινού Hellas Health III. Χρήση Υπηρεσιών Υγείας. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής.

ΙΚΠΙ (2015). Hellas Health VI. 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.

ΙΝΕ-ΓΣΕΕ, (2011). Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα και την Ευρώπη το 2011. σ.λ.: Παρατηρητήριο οικονομικών και κοινωνικών εξελίξεων.

Ινστιτούτο Εμπορίου και Υπηρεσιών της ΕΣΣΕ (ΙΝ.ΕΜ.Υ.-ΕΣΣΕ) (2016). Ετήσια Έκθεση Ελληνικού Εμπορίου 2016, Αθήνα: ΙΝΕΜΥ. Ανακτήθηκε στις 15/07/2017 από:

http://www.inemy.gr/Portals/0/EasyDNNNewsDocuments/618/00_Kef_2016.pdf

Κότιος, Α. & Παυλίδης, Γ., (2012). Διεθνείς οικονομικές κρίσεις: κρίσεις του συστήματος πολιτικής. Αθήνα: Rosili

Κουλιεράκης, Γ. (2010). Οικονομική Κρίση και Δημόσια Υγεία: Απειλή για την Κοινωνική Συνοχή. Νέα Υγεία , σ. 8.

Κουσουλάκου, Χ. Βίτσου, Ε. (2008). Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα, Αθήνα: Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών ΙΟΒΕ

Κουφόρης Κ. (2010). Η παγκόσμια οικονομική κρίση και οι χρηματιστηριακές αγορές, *Περιοδικό Χρήμα*, Ιανουάριος-Φεβρουάριος

Krugman, P., (2009). Η Κρίση του 2008 & η επιστροφή των οικονομικών της ύφεσης. Αθήνα: Καστανιώτη.

Κυριόπουλος, Γ., Τσιάντου, Β. (2010). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, Τεύχ.27, (25), σσ.834-840

Κυριόπουλος, Γ., Οικονόμου, Χ. Σουλιώτης, Κ. (2003). Υγεία και Υπηρεσίες στα Βαλκάνια, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση

Λαπαβίτσας Κ., (2010), Κρίση της ευρωζώνης, φτώχεια του δυνατού, πτώχευση του αδυνάτου, Αθήνα: Νοβόλι

Λιαρόπουλος, Λ. (2010). Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας. *Διεθνή Συστήματα Υγείας*, Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα

Μαλλιαρού, Μ., Σαράφης, Π. (2012). Οικονομική κρίση. Τρόπος επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας. Το Βήμα Ασκληπιού. Τριμηνιαίο επιστημονικό, ηλεκτρονικό περιοδικό του τμήματος Νοσηλευτικής Α', Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθηνών, 11 (1), σσ. 202-212.

Ματσαγγάνης, Μ. (2002). Η δημόσια παρέμβαση στον τομέα της υγείας. Στο Νιάκας, Ν. (επίμ.), *Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας*, Τόμ.Α', Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, σσ.15-40

Μπακατσιάκος, Γ., (2010). Παγκόσμια οικονομική κρίση, ευρωπαϊκή ένωση και Ελλάδα

Μουρίκη, Α., (2012). Στον βωμό της ανταγωνιστικότητας: η απορρύθμιση της αγοράς εργασίας και των εργασιακών σχέσεων την περίοδο 2010-2012 και οι επιπτώσεις της στις προοπτικές ανάκαμψης. Στο Μουρίκη, Α., κ.ά., (επιμ) *Το κοινωνικό πορτραίτο της Ελλάδας 2012, όψεις της κρίσης*, Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, σσ.55-87. Ανακτήθηκε στις 25/04/2017 από: http://www.ekke.gr/images/PDF/Social_portrait_2012.pdf

Μπούρας, Γ., & Λύκουρας, Λ. (2011). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην ψυχική υγεία. *Εγκέφαλος* (48), σσ. 54-61

Νιάκας, Δ. (2013). Οικονομική κρίση και επιπτώσεις στην υγεία. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών

Ξαφά, Μ. (2011). Στο Συλλογικό Έργο *Ο εχθρός είναι η αδράνεια*, Αθήνα: Μεταμεσονύκτιες Εκδόσεις

Ξένος, Π., Νεκτάριος, Μ., Πολύζος, Ν., Υφαντόπουλος, Ι. (2014). Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, Τεύχ.31, (2), σσ.172-185

Οικονόμου, Χ., (2012). Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα, ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Αθήνα: Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ

Οικονόμου, Χ. (2013). Ανισοτιμίες στην υγεία. Θεωρητικές προσεγγίσεις και η κατάσταση στην Ελλάδα. Στο Οικονόμου, Χ. (επιμ), *Υγεία, Κοινωνία και Οικονομία, Ανισοτιμίες σχέσεις – Χάσματα ευζωίας*, Αθήνα: Αλεξάνδρεια, 19-55

Οικονόμου, Χ. (2013). Η λιτότητα βλάπτει σοβαρά την υγεία.... Ανακτήθηκε στις 29/04/2017 από: <http://foreignaffairs.gr/articles/69587/xaralampos-oikonomoy/i-litotita-blapte-i-sobara-tin-ygeia...>

Οικονόμου, Χ. (2012). Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα, ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Αθήνα: Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ

Παπαθεοδώρου, Χ., Μωυσίδου, Α. (2011). Υγειονομική περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα. Η διανεμητική επίδραση του συστήματος υγείας, Αθήνα: Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ

Παπαπέτρου, Ε. (2017). Η ελληνική αγορά εργασίας στα χρόνια της κρίσης. Πρόσφατες εξελίξεις και προοπτικές Ενότητα Δ Κοινωνική Υποδομή

Παπαρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, Π. (2013). Κοινωνικές ανισότητες και δικαίωμα στην προστασία της υγείας στην Ελλάδα. Στο Οικονόμου, Χ., (επιμ.), *Υγεία, Κοινωνία και Οικονομία. Ανισοτιμίες σχέσεις, χάσματα ευζωίας*, Αθήνα: Αλεξάνδρεια, σσ.103-124

Παπαστάμου, Α., (2011). Διεθνείς Οικονομικές Κρίσεις. Αθήνα: Έναστρον

Πατελάρου, Α., Μανιδάκη, Α., Μπαλολάκης, Α., Ορφανού, Ε., & Πατελάρου, Ε. (2012). Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία-Προτάσεις για παρέμβαση. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 4 (3), σσ. 555-7.

Πετράκης, Π. Ε. (2011). Η ελληνική οικονομία και η κρίση. Προκλήσεις και προοπτικές. *Quaestor*

Πολύζος, Ν. (2014). Διοίκηση και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα: Κριτική

Σακελλάρης Π. (2008), Η κρίση του παγκόσμιου χρηματοοικονομικού συστήματος: ο αντίκτυπος στη διεθνή και στην ελληνική οικονομία, Φιλελεύθερη Έμφαση, Τεύχος 37

Σαρτζετάκης, Ε., (2010). Εισαγωγή στη μακροοικονομική. Αθήνα: Σταμούλη.

Σίσκου, Ο., Καϊτελίδου, Δ., Θεοδώρου, Μ., Λιαρόπουλος, Λ. (2008). Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα, το ελληνικό παράδοξο, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, Τεύχ.25, (5), σσ.663-672

Σίσκου, Ο., Λιαρόπουλος, Λ. (2013). Το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας _ΣΛΥ και η Εφαρμογή του στην Ελλάδα για τα έτη 2003-2011, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής

Στάκλερ, Ν., Σάντζει, Μ. (2014). Πολιτικές ζωής και θανάτου. Πώς η κρίση επηρεάζει την ανθρώπινη υγεία, Μυρώνη, Μ. (μτφρ), Αθήνα: Εκδόσεις Ψυχογιός

Σφακιανάκης, Κ. (1998). Διοικητική κρίσεων, Αθήνα: Έλλην

Τερζόπουλος, Β., & Σαράφης, Π. (2013). Η γενική κατάσταση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού σήμερα. Δείκτες και παράγοντες επιβάρυνσης της υγείας, δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας.. Η συμβολή της πρόληψης, της προαγωγής υγείας και της αγωγής υγείας. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 5 (2).

Τούντας, Γ. (2005). Η μεταρρύθμιση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας. Στο Χατζηανδρέου, Ε., Σουλιώτης, Κ., (επιμ.), *Μεταρρυθμίσεις Συστημάτων Υγείας. Διεθνής Εμπειρία και Ελληνική Πραγματικότητα*, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση

Τσουλφίδης Λ. (2005), Ιστορία οικονομικής θεωρίας και πολιτικής, Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Πανεπιστημίου Μακεδονίας

Υφαντόπουλος, Γιάννης Ν. (2012). Τα οικονομικά της υγείας : Θεωρία και πολιτική, Αθήνα : Εκδόσεις Τυπωθήτω

Φιλαλήθης, Τ. (2002). Τα συστήματα υγείας στο μεταίχμιο: Σκέψεις για τη διοίκηση και ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας στο ξεκίνημα του ΚΑ αιώνα, 4^ο Πανελλήνιο Επιστημονικό Συνέδριο Management Υπηρεσιών Υγείας. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο και Επιθεώρηση Υγείας, Κρήτη, 24-26 Οκτωβρίου

Χλέτσος, Μ. (2016). Η δομή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Διαφανόμενες τάσεις και προοπτικές. Στο *Κύκλος Διαλέξεων Οικονομία και Κοινωνία*. Ανακτήθηκε στις 19/04/2017

από: http://www.econ.uoi.gr/eeokp/gr/dialekseis_seminaria/seminaria_mathimata/eisagogikes_enies_politiki_igias/ili_mathimatos/kefalaio2.pdf

Βιβλιογραφία ξενόγλωσση

Anagnostopoulos, D.C., Soumaki, E. (2013). The state of child and adolescent psychiatry in Greece during the international financial crisis: a brief report. *Eur Child Psychiatry*

Araya R, Lewis G, Rojas G et al. (2003), Education and income: which is more important for mental health? *J Epidem Comm Health*, 57:501-505

Aro S, Aro H, Keskimaki I. (1995), Socio-economic mobility among patients with schizophrenia or major affective disorder. A 17-year retrospective follow-up. *Brit J Psych*, 166:759-767 Paul & Moser

Bartley, M. (1994). Unemployment and ill health: Understanding the relationship. *Journal of Epidemiology and Community Health* Vol.48, pp.333-337

Bolton W. and K. Oatley, (1987), The longitudinal study of social support and depression in unemployed men,” *Psychological Medicine*, vol. 17, no. 2, pp. 453–460, 1987

Butterworth, P. L. Leach, J. Pirkis, and M. Kelaheer, (2013). “Poor mental health influences risk and duration of unemployment: a prospective study,” *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.

Cabral, R., (2010). The PIGS’ External Debt Problem. *VoxEU.org*

Cai L. and G. Kalb, (2006) “Health status and labour force participation: evidence from Australia,” *Health Economics*, vol. 15, no. 3, pp. 241–261, 2006

Dean J. A. and K. Wilson, (2009), “Education? It is irrelevant to my job now. It makes me very depressed”: exploring the health impacts of under/unemployment among highly skilled recent immigrants in Canada,” *Ethnicity and Health*, vol. 14, no. 2, pp. 185–204, 2009

De Grauwe, P., 2010 (March). The Greek crisis and the future of the Eurozone. *EuroIntelligence*

De Haan, J., Oosterloo, S., & Schoenmaker D., (2012). *Financial Markets & Institutions: A European Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press

Dooley, D., Catalano, R., & Wilson, G. (1994, December). Depression and unemployment: panel findings from the Epidemiologic Catchment Area study

Doxiadis Aristos, 1990: “The Articulation between Economic Integration and Social Integration”.

Economou, M., Madianow, M., Theleritis, X., Stefanis, C. (2011). Increased suicidality amid economic crisis in Greece, *The Lancet*, Vol.378, (9801), p.1459

Economou, M., Madianos, M., Peppou, L.E., Souliotis, K., Patelakis, A., Stefanis, C. (2014). Cognitive social capital and mental illness during economic crisis: A nationwide population-based study in Greece. *Social Science & Medicine*. Jan, Vol.100, pp.141–7

Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Maresso A., Sissouras, A., (2015). The impact of the crisis on the health system and health in Greece. In Maresso, A. (eds) *Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience*. Copenhagen: World Health Organization. Ανακτήθηκε στις 28/04/2017 από: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/279820/Web-economic-crisis-health-systems-and-health-web.pdf?ua=1

Economou M, Madianos M, Peppou LE, Patelakis A, Stefanis CN. (2013), Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *J Affect Disord*;145:308-14

- Economou, C. (2015). Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece. Copenhagen: World Health Organization. Ανακτήθηκε στις 02/05/2017 από: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/287997/Barriers-and-facilitating-factors-in-access-to-health-services-in-Greece-rev1.pdf?ua=1
- 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., *Procedia Social and Behavioral Sciences*, Vol.24, Elsevier, pp.16 – 32
- European Commission, (2009). *Economic and Financial Affairs: Economic crisis in Europe: Causes, consequences and responses*. European Economy, Brussels, pp.1 -87
- European Commission. (2014). Poverty and social exclusion. Ανάκτηση 2014, από <http://ec.europa.eu>
- European Commission. (2013, March 13). A growing EU illicit drugs market shows the impact of the crisis. Brussels. Ανάκτηση 2013, από A growing EU illicit drugs market shows the impact of the crisis.: <http://europa.eu>
- European Commission Mental Health. (n.d.). Ανάκτηση από <http://ec.europa.eu>
- Eurostat (2012). *Measuring Material Deprivation in the EU: Indicators for the Whole Population and Child-Specific Indicators*, Luxembourg
- Falagas ME, Vouloumanou EK, Mavros MN et al., (2009), Economic crises and mortality: a review of the literature. *Int J Clin Pract* 2009, 63:1128-1135
- Frese, M., Mohr, G. (1987). Prolonged unemployment and depression in older workers: a longitudinal study of intervening variables, *Soc. Sci Med*, Vol.25, (2)
- Greer, S.L., Wismar, M., Figueras, J., (2016). Introduction: strengthening governance amidst changing governance. In Greer, S.L., Wismar, M., Figueras, J., (eds) *Strengthening Health System Governance: Better policies, stronger performance*. Copenhagen: World Health Organization. Ανακτήθηκε στις 28/04/2017 από: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/307939/Strengthening-health-system-governance-better-policies-stronger-performance.pdf?ua=1

Janlert, U. (1992). Unemployment and blood pressure in Swedish building labourers. *J Intern Med* 231:241-6

Jenkins, R., Meltzer, H., Jones, P.B., Brugha, T., Bebbington, P., Farrell, M., Crepaz-Keay, D., Knapp, M. (2008). *Mental health: future challenges*, Crown

Jin, R.L., Shah, C.P., Svoboda, T.J. (1995). The impact of unemployment on health: A review of the evidence. *Canadian Medical Association Journal*, Vol.153, pp.529-540

Karanikolos, M., Heino, P., McKee, M., Stuckler, D., Legido-Quigley, H., (2013). Financial crisis, austerity and health in Europe. *The Lancet*, Vol.381, (9874), σσ.1323-1331.

Kaminsky, G.L. (2003). *Varieties of Currency Crisis*, NBER working paper, Vol.10193, Chicago

Kindleberger, C.P., Aliber, R.Z., (2005). *Manias, Panics, and Crashes. A History of Financial Crises*. 5th Ed., Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc. Ανακτήθηκε στις 10/03/2017 από: <http://nowandfutures.com/large/Manias,Panics,andCrashes.pdf>

Krugman, P. (2012). Revenge of the Optimum Currency Area. In Acemoglu, D., Parker, J. & Woodford, M. *NBER Macroeconomics Annual*, Vol.27, April, University of Chicago, pp.439-448. Ανακτήθηκε στις 11/03/2017 από: <http://www.nber.org/chapters/c12759.pdf>

Kulik, L. (2000). Jobless men and women: A comparative analysis of job search intensity, attitudes toward unemployment, and related responses, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*

Lapavitsas, C., (2008). *Financialised capitalism: direct exploitation and periodic bubbles*, SOAS

Leana, C. Feldman, D.C. (1991). Gender differences in responses to job loss, *Journal of Vocational Behavior*, Vol.38, (1), σσ.65-77, February

Ludwig, D. S., Pollack, H. A. (2009). Obesity and the economy: from crisis to opportunity.

Maniatis, T., & Passas, C., (2013). Profitability, capital accumulation and crisis in the Greek economy 1958-2009: A Marxist analysis, *Review of Political Economy*, Vol.25, (4), pp.624-649 Marmot M, Wilkinson R, (2003), editors. The solid facts. 2nd ed. Geneva: World Health Organisation

Marmot M., Wilkinson, R. (2006). Social Determinants of Health, 2nd Ed., London: Oxford University Press

Matsaganis, M. (2013). The Greek Crisis: Social Impact and Policy Responses. Friedrich Ebert Stiftung. Ανακτήθηκε στις 27/04/2017 από: <http://library.fes.de/pdf-files/id/10314.pdf>

Mavroudeas, S., (2013). Development and Crisis: The Turbulent Course of Greek Capitalism, *International Critical Thought*, vol.3, (3)

McKee, M., Healy, J., Falkingham, J. (2012). Investing in health systems: drawing the lessons. In Figueras, J., McKee, M. (Eds), *Health Systems, Wealth and Societal Well-being: Assessing the case for investing in health systems*. New York: World Health Organization. European Observatory on Health Systems and Policies, pp.281-288

McKee-Ryan, F. M. , Z. Song, C. R. Wanberg, and A. J. Kinicki, (2005), "Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study," *Journal of Applied Psychology*, vol. 90, no. 1, pp. 53–76, 2005. View at Publisher · View at Google Scholar

Montgomery, S. M. D. G. Cook, M. J. Bartley, and M. E. J. Wadsworth, (1999), "Unemployment pre-dates symptoms of depression and anxiety resulting in medical consultation in young men," *International Journal of Epidemiology*, vol. 28, no. 1, pp. 95–100, 1999

Mayer, Susan E. and Christopher Jencks, 1989: "Poverty and the Distribution of Material Hardship".

Murphy, G.C., Athanasou, J.A. (1999). The effect of unemployment on mental health, *Journal of Occupational or Organizational Psychology*, March

Navarro V. (2009). What we mean by social determinants of health. *International Journal of Health Services*, Vol.39, (3), pp.423–441

Nolte, T., Guiney, J., Fonagy, P, Mayes, L.C. (2009). *Interpersonal Stress Regulation and the Development of Anxiety Disorders: An Attachment-Based Developmental Framework*

O'Campo, P., W. W. Eaton, and C. Muntaner, (2004), Labor market experience, work organization, gender inequalities and health status: results from a prospective analysis of US employed women,” *Social Science and Medicine*, vol. 58, no. 3, pp. 585–594

O'Sullivan, A., Sheffrin, S.M. (2003). *Economics: Principles in Action*

Paul, K.I., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behaviour*, 74: 264-282

Peck, D. F., & Plant, M. A. (1986). Unemployment and illegal drug use: concordant evidence from a prospective study and national trends.

Poortinga, W. F. D. Dunstan, and D. L. Fone, (2008). “Health locus of control beliefs and socio-economic differences in self-rated health,” *Preventive Medicine*, vol. 46, no. 4, pp. 374–380

Quaglio, G., Karapiperis, T., Woensel, L.V., Arnold, E., McDaid, D. (2013). Austerity and health in Europe, *Health Policy*, Vol.113, (1-2), σσ.13-19

Rigby, E., Hatch, M.E. (2016). Incorporating Economic Policy Into A “Health-In-All-Policies” *Agenda*, *Health Affairs*, Vol.35, (11), pp.2044-2052

Rosenthal, U., Charles, M., Hart, P. (1989). *Coping with crises: The management of disasters, riots, and terrorism*. Springfield, IL: C.C. Thomas

Shamir, B. (1985). Unemployment and Reemployment: A Question of Commitment, Alternatives or Finance?, *Social Problems*, Vol.33, (1), σσ.67-79, October

Sharpe, W.F. (1963). «A Simplified Model for Portfolio Analysis». *Management Science*, Vol.9, (2). January, pp.277–293

Simou, E., & Koutsogeorgou, E. (2014). Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009-2013: A systematic review. Ανακτήθηκε στις 28/04/2017 , από: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24589039>

Smith, J.A., Flower, P., Larkin, M. (2009). Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research, *Qualitative Research in Psychology*, Vol.6, (4), pp.346-347

Szuc, T.D. (2016). The enigma of value: in search of affordable and accessible health care, *The European Journal of Health Economics*, p.1-4

Tallinn Charter (2013). Health Systems for Health and Wealth, Nov. 23. Ανακτήθηκε στις 20/04/2017 από: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf?ua=1

The Lancet: Η θνησιγένεια τραγικό αποτέλεσμα της λιτότητας. (2014, Μάιος 2).

Wilkinson, R.G., Marmot, M.G. (2003). *Social Determinants of Health: The Solid Facts*. World Health Organization

Wilson and G. M. Walker, (1993), Unemployment and health: a review,” *Public Health*, vol. 107, no. 3, pp. 153–162, 1993

Διαδικτυακές πηγές

Eurostat, press release euro indicators (21/04/2016).

[http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7235991/2-21042016-AP-](http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7235991/2-21042016-AP-EN.pdf/50171b56-3358-4df6-bb53-a23175d4e2de)

[EN.pdf/50171b56-3358-4df6-bb53-a23175d4e2de](http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7235991/2-21042016-AP-EN.pdf/50171b56-3358-4df6-bb53-a23175d4e2de) Ανακτήθηκε στις 15/04/2017

<http://big.assets.huffingtonpost.com/el.pdf> Ελληνική Στατιστική Αρχή, Δελτίο Τύπου,

Δημοσιονομικά στοιχεία για την περίοδο 2012-2015 (21/04/2016). Ανακτήθηκε στις

14/04/2017

http://www.inegsee.gr/wp-content/uploads/2017/03/ETHSIA_EKTHESH_2017.pdf

Ινστιτούτο Εργασίας Γ.Σ.Ε.Ε. (2017). Η ελληνική οικονομία και η απασχόληση.

Ετήσια Έκθεση 2017. Αθήνα, Μάρτιος 2017. Ανακτήθηκε στις 14/04/2017

https://www.eurobank.gr/Uploads/Reports/195_7Days_17_2_17.pdf Γώγος, Σ.Γ.

(2017). Συρρίκνωση του πραγματικού ΑΕΠ το 4^ο τρίμηνο 2016 – Καλύτερη του

αναμενομένου η επίδοση της οικονομίας για το σύνολο του έτους, *7 ημέρες*

Οικονομία, Τεύχ.195, 17/02/2017, Eurobank. Ανακτήθηκε στις 08/04/2017

<http://www.gsevee.gr/deltiatupou/786-febr2017>

Γενική Συνομοσπονδία

Επαγγελματιών Βιοτεχνών Εμπόρων Ελλάδος (ΓΣΕΒΕΕ) Έρευνα ΙΜΕ ΓΣΕΒΕΕ –

Φεβρουάριος 2017 – Εξαμηνιαία αποτύπωση οικονομικού κλίματος στις μικρές

επιχειρήσεις (23/02/2017). Ανακτήθηκε στις 09/04/2017

<https://osha.europa.eu> European Agency for safety and health at work (2013).

Ανακτήθηκε στις 28/04/2017

Υπουργείο Υγείας (2017) Παρουσιάσεις-εκθέσεις λειτουργικών συγκεντρωτικών

στοιχείων ανά Υ.Πε. και σύνολο. Ανακτήθηκε στις 15/07/2017 από:

<http://www.moh.gov.gr/articles/bihealth/stoixeia-noshleytikhs-kinshs/etos-2011>

Πίνακας 2: Δείκτης Καταναλωτών Eurohealth (2015)

EuroHealth Consumer Index 2015		Italy	Latvia	Lithuania	Luxembourg	Malta	Montenegro	Netherlands	Norway	Poland	Portugal	Romania	Serbia	Slovakia	Slovenia	Spain	Sweden	Switzerland	United Kingdom
1. Patient rights and information	1.1 Healthcare law based on Patients' Rights	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.2 Patient organisation involvement	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.3 No-fault malpractice insurance	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.4 Right to second opinion	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.5 Access to own medical record	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.6 Registry of bona fide doctors	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.7 Web or 24/7 telephone HC info	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.8 Cross-border care seeking freely allowed	👍	👍	👍	👍	👍	n.ap.	n.ap.	👍	👍	👍	👍	👍	n.ap.	👍	👍	👍	👍	n.ap.
	1.9 Provider catalogue with quality ranking	👍	👍	👍	👍	n.ap.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.10 EPR penetration	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.11 On-line booking of appointments?	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	1.12 e-prescriptions	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	Subdiscipline weighted score	96	104	125	121	92	75	146	146	79	129	96	104	113	121	104	125	133	129
2. Accessibility (waiting times for treatment)	2.1 Family doctor same day access	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	2.2 Direct access to specialist	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	2.3 Major elective surgery <90 days	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	2.4 Cancer therapy < 21 days	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	2.5 CT scan < 7days	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	2.6 A&E waiting times	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	Subdiscipline weighted score	138	113	175	200	163	113	200	138	100	125	150	138	163	125	113	100	225	100
	3. Outcomes	3.1 Decrease of CVD deaths	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
3.2 Decrease of stroke deaths		👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
3.3 Infant deaths		👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
3.4 Cancer survival		👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
3.5 Potential Years of Life Lost		👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
3.6 MRSA infections		👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
3.7 Abortion rates		👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
3.8 Depression		👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
Subdiscipline weighted score		188	146	135	219	135	135	240	240	146	188	104	125	135	208	198	229	240	188
4. Range and reach of services provided	4.1 Equity of healthcare systems	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	4.2 Cataract operations per 100 000 age 65+	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	4.3 Kidney transplants per million pop.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	4.4 Dental care included in public healthcare?	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	4.5 Informal payments to doctors	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	4.6 Long term care for the elderly	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	4.7 % of dialysis done outside of clinic	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	4.8 Caesarean sections	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	Subdiscipline weighted score	88	75	75	125	125	56	144	138	83	94	63	69	94	106	113	144	119	131
5. Prevention	5.1 Infant B-disease vaccination	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	5.2 Blood pressure	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	5.3 Smoking Prevention	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	5.4 Alcohol	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	5.5 Physical activity	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	5.6 HPV vaccination	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	5.7 Traffic deaths	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	Subdiscipline weighted score	101	77	65	101	101	71	101	113	83	89	71	71	77	83	101	107	101	107
6. Pharmaceuticals	6.1 Rx subsidy	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	6.2 Layman-adapted pharmacopoeia?	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	6.3 Novel cancer drugs deployment rate	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	6.4 Access to new drugs (time to subsidy)	👍	n.a.	n.a.	👍	n.a.	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍
	6.5 Arthritis drugs	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	6.6 Metformin use	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍	👍	n.a.	👍	👍	👍	👍	👍
	6.7 Antibiotics/capita	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	Subdiscipline weighted score	57	52	52	67	48	33	86	81	52	67	43	48	71	67	67	81	76	81
Total score	667	567	628	832	663	484	916	854	523	691	527	554	653	710	695	786	894	736	
Rank	22	29	25	6	23	35	1	3	34	20	32	30	24	15	19	10	2	14	

(Πηγή: Euro Health Consumer index, 2015)