



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**
www.ouc.ac.cy

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ
ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ
ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

ΚΟΥΤΣΟΥΠΙΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΓΚΡΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

2018

ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ
ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΟΙ ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ
ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΚΟΥΤΣΟΥΠΙΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΓΚΡΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

2018

Ευχαριστίες

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Καθηγητή μου, Κ. Γκρος Χρήστο, ο οποίος με βοήθησε να ολοκληρώσω αυτό το σημαντικό έργο για την προσωπικότητα μου και την καριέρα μου.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου, τον σύζυγο και τα παιδιά μου, που παρά τις δυσκολίες που συνάντησε σε αυτό το ταξίδι, μου έδωσαν θάρρος και δύναμη να συνεχίσω και να το ολοκληρώσω επιτυχώς.

Στην οικογένεια μου.....

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο άνθρωπος για να επιβιώσει χρειάζεται να καλύψει κάποιες βασικές ανάγκες, όπως είναι η τροφή, η στέγη και η ένδυση. Όμως, πέρα από αυτές, απαραίτητη ανάγκη αποτελεί και η υγεία, η οποία θεωρείται από τα σημαντικότερα αγαθά για μια πλήρη και ποιοτική ζωή. Μια χώρα που δεν είναι σε θέση να καλύψει τις ανάγκες των ανθρώπων, όπως είναι η υγεία, είναι φανερό ότι αντιμετωπίζει κάποιου είδους κρίση.

Η Ελλάδα είναι μια χώρα που τα τελευταία 10 έτη αντιμετωπίζει μια τέτοια κρίση, η οποία παρόλο που ξεκίνησε ως οικονομική, έχει πάρει και διαστάσεις κοινωνικής και ανθρωπιστικής κρίσης. Τα τελευταία χρόνια, η χώρα μας αδυνατεί να καλύψει τις ανάγκες των πολιτών της, και είναι αναγκασμένη να «ζει» υπό καθεστώς λιτότητας. Η χώρα πλέον λειτουργεί με στενά δημοσιονομικά μέτρα και υφίσταται πολλές αλλαγές και μεταρρυθμίσεις. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αυξηθεί η ανεργία, να μειώνονται συνεχώς οι μισθοί και οι συντάξεις, και ο ελληνικός λαός να έρθει αντιμέτωπος με την φτώχεια και την κοινωνική εξαθλίωση. Οι δύσκολες συνθήκες διαβίωσης καθιστούν τους ανθρώπους ευάλωτους τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχικό επίπεδο.

Η παρούσα εργασία έχει ως βασικό σκοπό να αναλύσει τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας και κατ' επέκταση στην υγεία του πληθυσμού της Ελλάδας. Οι στόχοι της είναι να μελετήσει την σημερινή κατάσταση των συστημάτων υγείας στην Ελλάδα, την επιρροή της οικονομικής κρίσης στις πολιτικές και την κατάσταση των συστημάτων υγείας και την επιρροή της υγείας του πληθυσμού της Ελλάδας από την οικονομική κρίση. Για την επίτευξη των στόχων αυτών η έρευνα βασίστηκε στη σχετική βιβλιογραφία, σε περιοδικά, σε άρθρα, σε δημοσιεύσεις, και σε ηλεκτρονικές σελίδες και αναπτύσσει γνώμες, θέματα και σύγχρονους προβληματισμούς.

Λέξεις Κλειδιά: οικονομική κρίση, επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, υγεία, συστήματα υγείας, η υγεία του πληθυσμού

ABSTRACT

A man to survive needs to fill some basic needs, such as food, shelter and clothing. However, besides these, health is also a necessary need, which is considered as one of the most important goods for a full and qualitative life. A country that is unable to cover the needs of people, such as health, is obviously facing some sort of crisis.

Greece is a country that has faced such a crisis in the last 10 years, which, although it began as an economic one, has also taken on the dimensions of a social and humanitarian crisis. In recent years, our country is unable to cover the needs of its citizens, and is forced to "live" under austerity. The country now operates with tight fiscal measures, and there are many changes and reforms. As a result, unemployment is rising, wages and pensions are constantly decreasing, and the Greek people are confronted with poverty and social impoverishment. Difficult living conditions make people vulnerable both physically and mentally.

The main objective of this research is to analyze the impact of the economic crisis on health systems and, by extension, on the health of the population of Greece. Its objectives are to study the current state of health systems in Greece, the influence of the economic crisis on policies and the state of health systems and the health impact of the Greek population from the economic crisis. To achieve these goals, this research has been based on literature, magazines, articles, publications, and online pages, and develops opinions, themes and contemporary concerns.

Key words: *economic crisis, impacts of the economic crisis, health, health systems, population health*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	11
1.1. Εισαγωγή	11
1.2. Σκοπός και Αντικείμενο Μελέτης	13
1.3. Μεθοδολογία Μελέτης	13
1.4. Συνεισφορά Μελέτης	14
1.5. Δομή Εργασίας	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ	16
2.1. Η Έννοια των Συστημάτων Υγείας	16
2.2. Τα Βασικά Χαρακτηριστικά και οι Ιδιαιτερότητες των Συστημάτων Υγείας	17
2.3. Παρουσίαση των Συστημάτων Υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση	18
2.4. Η πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την υγεία	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	21
3.1. Έννοια και Αρχές του Εθνικού Συστήματος Υγείας	21
3.2. Η Δομή του Εθνικού Συστήματος Υγείας	23
3.3. Η Οργάνωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας	27
3.4. Τα Ελληνικά Δημόσια Νοσοκομεία	29
3.5. Περιγραφή των Δημοσίων Νοσοκομείων	31
3.6. Οι στόχοι των Δημοσίων Νοσοκομείων	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ	37

ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

4.1.	Η έννοια της οικονομικής κρίσης	37
4.2.	Η ελληνική οικονομική κρίση	40
4.3.	Η κρίση των συστημάτων υγείας	46
	4.3.1. Οι αδυναμίες των συστημάτων υγείας	49
4.4.	Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας	50

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: Η ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ – ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

5.1.	Η επίδραση της κρίσης στην υγεία των πολιτών	55
5.2.	Στατιστικά στοιχεία για την υγεία του ελληνικού πληθυσμού στην κρίση	61
	5.2.1. Δημογραφικά στοιχεία	61
	5.2.2. Οι δαπάνες για την υγεία ενόψει κρίσης	66
	5.2.3. Η κατάσταση της υγείας του Ελληνικού πληθυσμού	72
	5.2.3.1. Παράγοντες κινδύνου	73
	5.2.3.2. Θνησιμότητα	76
	5.2.4. Η ψυχική υγεία των ελλήνων κατά τη διάρκεια της κρίσης	80
	5.2.4.1. Κατάθλιψη	81

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

6.1.	Γενικά συμπεράσματα	85
6.2.	Προτάσεις για μελλοντική έρευνα	88

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Μεταβολές βασικών μακροοικονομικών μεγεθών 2001-2008	41
Πίνακας 2: Ανταγωνιστικότητα – Δημοσιονομικά Μεγέθη 2001 – 2008 (σε ποσοστό (%) του ΑΕΠ)	42
Πίνακας 3: Βασικά μακροοικονομικά μεγέθη της ελληνικής οικονομίας 2012 – 2016	43

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 1: Η Οργάνωση του Ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.)	29
Σχήμα 2: Ποσοστό πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας στην Ελλάδα 2012 – 2016	45
Σχήμα 3: Επιρροή κοινωνικής ευημερίας στα συστήματα υγείας	48

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1: Πληθυσμός της Ελλάδας (2002-2015)	62
Διάγραμμα 2: Φυσική μεταβολή του πληθυσμού (1960-2016)	62
Διάγραμμα 3: Εκτίμηση του πληθυσμού 2015-2050	63
Διάγραμμα 4: Προσδόκιμο επιβίωσης στην Ελλάδα (1960-2015)	64
Διάγραμμα 5: Προσδόκιμο επιβίωσης στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες (2013)	64
Διάγραμμα 6: Εξέλιξη του πληθυσμού ανά ηλικιακή ομάδα (2003-	65

2012)	
Διάγραμμα 7: Εκτίμηση εξέλιξης πληθυσμού άνω των 65 ετών (2015-2050)	66
Διάγραμμα 8: Χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας	67
Διάγραμμα 9: Δείκτης μεταβολής χρηματοδότησης στην Ελλάδα και στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης	67
Διάγραμμα 10: Δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας στην Ελλάδα και στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης	68
Διάγραμμα 11: Μέσος όρος ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού ανά 1.000 κατοίκους	69
Διάγραμμα 12: Συνολική κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας	70
Διάγραμμα 13: Δαπάνη νοικοκυριών για την υγεία / μήνα	71
Διάγραμμα 14: Κατανομή των δαπανών υγείας για τα νοικοκυριά	72
Διάγραμμα 15: Κατάσταση της υγείας των πολιτών / χώρα	73
Διάγραμμα 16: Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του ατόμου	74
Διάγραμμα 17: Αιτίες θανάτου του ελληνικού πληθυσμού	75
Διάγραμμα 18: Θνησιμότητα στην Ελλάδα 2004-2013	76
Διάγραμμα 19α: Θνησιμότητα ανά ηλικιακή ομάδα 2004-2013	77
Διάγραμμα 19β: Θνησιμότητα ανά ηλικιακή ομάδα 2004-2013	77
Διάγραμμα 20: Βρεφική θνησιμότητα στην Ελλάδα	78
Διάγραμμα 21: Ποσοστό αυτοκτονιών ανά 100.000 κατοίκους	79
Διάγραμμα 22: Ποσοστό αυτοκτονιών ανά ηλικία	79
Διάγραμμα 23: Θάνατοι από αυτοκτονίες 2000 και 2008-2013	80
Διάγραμμα 24: Τα συμπτώματα των καλούντων στην τηλεφωνική ψυχολογική υποστήριξη	82
Διάγραμμα 25: Ποσοστό καλούντων με αναφορά στην οικονομική κρίση	83

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1.1. Εισαγωγή

Ο άνθρωπος για να επιβιώσει χρειάζεται να καλύψει κάποιες βασικές ανάγκες, όπως είναι η τροφή, η στέγη και η ένδυση. Όμως, πέρα από αυτές, και κυρίως στις σύγχρονες κοινωνίες, ανάγκες όπως η παιδεία και η υγεία, είναι απαραίτητο να καλυφθούν. Η υγεία, άλλωστε, θεωρείται από τα σημαντικότερα αγαθά για μια πλήρη και ποιοτική ζωή. Μια χώρα που δεν είναι σε θέση να καλύψει τις ανάγκες των ανθρώπων, όπως είναι η υγεία, είναι φανερό ότι αντιμετωπίζει κάποιου είδους κρίση, είτε οικονομική, είτε κοινωνική.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει την υγεία ως «μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι μόνο ως απουσία νόσου ή αναπηρίας» (W.H.O., 1946). Έτσι, η υγεία καθορίζεται ως ένα πολύπλευρο φαινόμενο που επηρεάζεται από διαφορετικά στοιχεία, τα οποία σχετίζονται με την ποιότητα ζωής του ανθρώπου (Τούντας, 2000).

Η Ελλάδα, πριν την έναρξη της οικονομικής κρίσεως, θεωρούνταν μια ανεπτυγμένη χώρα. Παρόλα αυτά, η λειτουργία του κράτους και η προβληματική δομή του, πολλαπλασίασε σε σημαντικό βαθμό τις επιπτώσεις της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, φέρνοντας στην επιφάνεια προβλήματα, που το ελληνικό κράτος αδυνατούσε να επιλύσει, εδώ και αρκετό καιρό.

Ταυτόχρονα, το δημοσιονομικό χρέος της Ελλάδας έφτασε σε πολύ υψηλά επίπεδα, με αποτέλεσμα η χώρα να καταφύγει σε προγράμματα οικονομικής στήριξης, κάτω από τον έλεγχο της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, της Ευρωπαϊκής Τράπεζας και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο. Η χώρα πλέον λειτουργεί με στενά δημοσιονομικά μέτρα και υφίσταται πολλές αλλαγές και μεταρρυθμίσεις (Economou et.al., 2015). Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να αυξηθεί η ανεργία, να μειώνονται συνεχώς οι μισθοί και οι συντάξεις,

και ο ελληνικός λαός να έρθει αντιμέτωπος με την φτώχεια, την κοινωνική εξαθλίωση και την εξυπηρέτησης των βασικών του αναγκών.

Ειδικότερα, η χρηματοπιστωτική κρίση των τελευταίων ετών, έχει επηρεάσει την πραγματική οικονομία με αρνητικές συνέπειες σε όλο σχεδόν το φάσμα της υγείας στην Ελλάδα (Polyzos and Dikeos, 2010). Οι δύσκολες συνθήκες διαβίωσης καθιστούν τους ανθρώπους ευάλωτους τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχικό επίπεδο.

Η επιδείνωση της υγείας των πολιτών σε συνδυασμό με την αύξηση των νοσημάτων λόγω της κρίσης καθιστούν ένα κράτος «άρρωστο». Μια σοβαρή οικονομική κρίση, όπως η παρούσα, έχει σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία, δημιουργεί προβλήματα στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας και επιβαρύνει τη λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υγείας. Η κατάσταση αυτή αποθαρρύνει κάθε ελπίδα για προστασία και πρόληψη έναντι των μειζόνων κοινωνικών κινδύνων (γηρατεία, αναπηρία, ασθένεια, πρόνοια) και ωθεί μεγάλο μέρος των νοικοκυριών σε μαζική πτώχευση.

Δεδομένων των συνθηκών αυτών, δηλαδή της δραματικής μείωσης των υγειονομικών πόρων και της αύξησης των κοινωνικών κινδύνων της υγείας, η επαρκής παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας δεν είναι εφικτή. Κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, έχουν πραγματοποιηθεί πολλές έρευνες με σκοπό να διαπιστωθεί εάν και κατά πόσο μπορούν να επηρεαστούν τα συστήματα υγείας από αυτήν (Karaniolos et.al., 2013). Τα συστήματα υγείας αντιμετωπίζουν έντονες πιέσεις για συγκράτηση του κόστους, μείωση των εξόδων και παροχή υγειονομικής περίθαλψης με λιγότερους πόρους (Greer et.al., 2016).

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω συμπεραίνουμε την αναγκαιότητα διερεύνησης ενός τέτοιου θέματος, καθώς η υγεία αποτελεί στοιχείο του ανθρώπινου κεφαλαίου και συντελεστής που συνεισφέρει ουσιαστικά στην παραγωγική διαδικασία και την κοινωνική πρόοδο.

1.2. Σκοπός και Αντικείμενο Μελέτης

Οι δύσκολες οικονομικές συνθήκες που επικρατούν τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας, έχουν ως αποτέλεσμα την εμφάνιση σημαντικών προβλημάτων, που αν αγνοηθούν μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά διάφορους τομείς της οικονομίας και της κοινωνίας, όπως είναι και τα συστήματα υγείας. Ο Kaplan (2012) επισημαίνει ότι οι κοινωνικές και οικονομικές πολιτικές οι οποίες διαφέρουν μεταξύ των χωρών μπορεί να οδηγήσουν σε διαφορετικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάλυση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας και κατ' επέκταση στην υγεία του πληθυσμού της Ελλάδας.

Τα ερευνητικά ερωτήματα τα οποία επιχειρεί να καλύψει η παρούσα μελέτη είναι τα εξής:

- Ποια είναι η σημερινή κατάσταση των συστημάτων υγείας στην Ελλάδα;
- Πως έχει επηρεάσει η οικονομική κρίση τις πολιτικές και την κατάσταση των συστημάτων υγείας;
- Πως και κατά πόσο έχει επηρεαστεί η υγεία του πληθυσμού της Ελλάδας από την οικονομική κρίση;

1.3. Μεθοδολογία Μελέτης

Στο πρώτο μέρος της έρευνας πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση. Ενώ, στο δεύτερο μέρος της παρουσιάζονται στατιστικά στοιχεία για την υγεία του πληθυσμού της Ελλάδας, εν μέσω οικονομικής κρίσης, μέσα από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί.

Σε γενικές γραμμές, η παρούσα εργασία βασίστηκε στη σχετική βιβλιογραφία, σε περιοδικά, σε άρθρα, σε δημοσιεύσεις, και σε ηλεκτρονικές σελίδες. Η έρευνα αναπτύσσει γνώμες, θέματα και σύγχρονους προβληματισμούς, που θέτονται ως αναφορά για περαιτέρω έρευνα, η οποία θα είναι σε θέση να απαντήσει σε καίρια ερωτήματα και να αναλύσει τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία.

1.4. Συνεισφορά Μελέτης

Οι συνθήκες που επικρατούν στον τομέα της υγείας, η συνεχής μείωση του προϋπολογισμού και η απαθλίωση του, οδηγούν τα συστήματα υγείας της χώρας μας σε υγειονομική κρίση και τον τομέα της υγείας σε απορρύθμιση.

Η παρούσα μελέτη και οι προτάσεις που παρατίθενται, έχουν ως στόχο την παρουσίαση και την αντιμετώπιση των αρνητικών συνεπειών της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας, και κατ' επέκταση στην υγεία του πληθυσμού της χώρας.

Η κοινωνία έχει υποστεί σημαντικές αλλοιώσεις με τον πληθυσμό της χώρας να οδηγείται συνεχώς προς την εξαθλίωση. Οι ανάγκες τους, πλέον, έχουν συρρικνωθεί και αφορούν μόνο τις βασικές, ενώ δεν είναι λίγοι και εκείνοι που δεν μπορούν να καλύψουν ούτε αυτές.

Για να επιτευχθεί η αντιμετώπιση των συνεπειών της οικονομικής κρίσης, συνίσταται τόσο η άμεση κινητοποίηση και συμβολή του κράτους και της κοινωνίας, όσο και του κάθε πολίτη ξεχωριστά, έτσι ώστε να επιτευχθεί βελτίωση του επιπέδου της ατομικής και κοινωνικής ευημερίας και της ποιότητας ζωής του κάθε πολίτη, αλλά και του συνόλου.

Ταυτόχρονα με την βελτίωση της ποιότητας ζωής των πολιτών, βελτιώνεται και η υγεία τους, η οποία εν μέσω οικονομικής κρίσης έχει υποστεί πολλές αλλαγές, κυρίως προς μια χειρότερη κατάσταση.

1.5. Δομή Εργασίας

Ερευνώντας όλα τα κύρια σημεία της σχετικής βιβλιογραφίας, στην παρούσα έρευνα θα αναπτυχθούν ποικίλα θέματα, τα οποία έχουν ως κύριο στόχο να ενημερώσουν και να προβληματίσουν τον αναγνώστη.

Αναλυτικότερα, το πρώτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας αφορά μια εισαγωγική ενότητα, παραθέτοντας κάποια γενικά στοιχεία, ώστε να ενημερώσει τον αναγνώστη για το θέμα, τα ερωτήματα και τον σκοπό της μελέτης. Στη συνέχεια, το δεύτερο κεφάλαιο αφορά την πολιτική και τα συστήματα υγείας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπου αναλύεται η έννοια των συστημάτων υγείας, τα χαρακτηριστικά και οι ιδιαιτερότητες τους και παρουσιάζονται συνοπτικά τα συστήματα υγείας που υφίστανται στην Ευρώπη, καθώς και η πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την υγεία.

Επιπλέον, στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στο σύστημα υγείας της Ελλάδας. Συγκεκριμένα, παρουσιάζονται οι αρχές, η δομή και η οργάνωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, καθώς επίσης γίνεται αναφορά στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία.

Επιπρόσθετα, στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην οικονομική κρίση που υφίσταται στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια και μελετώνται οι επιπτώσεις της στα συστήματα υγείας. Τέλος, στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται στατιστικά στοιχεία από μελέτες και έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης και αφορούν την υγεία του πληθυσμού της χώρας μας.

Κλείνοντας, στην παρούσα εργασία παρατίθενται τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την συνολική βιβλιογραφική έρευνα, καθώς και κάποιες προτάσεις για μελλοντικές έρευνες στο συγκεκριμένο θέμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ

2.1. Η Έννοια των Συστημάτων Υγείας

Ένα Σύστημα Υγείας ορίζεται ως «το σύνολο των επιμέρους συστημάτων, τα οποία αλληλοεξαρτώνται και αλληλεπιδρούν, τόσο μεταξύ τους, όσο και με το περιβάλλον του (γενικού) συστήματος, ώστε να διατηρηθεί και να αναβαθμιστεί η υγεία του πληθυσμού, στο πλαίσιο των οικονομικών δυνατοτήτων της εκάστοτε χώρας» (Λιαρόπουλος, 2007). Ένα σύστημα υγείας χωρίζεται σε τρία υποσυστήματα, τα οποία είναι τα εξής:

- Η πολιτική ηγεσία που καθορίζει τους στόχους και τις στρατηγικές
- Η παραγωγή και η παροχή υπηρεσιών και αγαθών υγείας
- Ο πληθυσμός που απολαμβάνει τις υπηρεσίες υγείας

Από τα υποσυστήματα του συστήματος υγείας, γίνεται αντιληπτό ότι το σύστημα υγείας δεν επικεντρώνεται μόνο στην παραγωγή και την παροχή υπηρεσιών υγείας, αλλά και στις στρατηγικές που το διαμορφώνουν και στον πληθυσμό ο οποίος θα χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες αυτές. Όπως αναφέρθηκε ήδη, τα τρία υποσυστήματα αλληλοεξαρτώνται και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Επομένως, όταν κάποιο από αυτά λειτουργεί σωστά, επιδρά και στα άλλα δύο με τέτοιο τρόπο που βελτιώνονται και αυτά. Επιπλέον, και τα τρία επηρεάζονται από το εξωτερικό περιβάλλον, την εξέλιξη της επιστήμης, τη βελτίωση των θεραπευτικών μεθόδων, κλπ.

Επιπρόσθετα, τα συστήματα υγείας χωρίζονται σε δύο κατηγορίες με βάση τον τρόπο τον οποίο καλύπτουν τις ανάγκες του πληθυσμού. Οι κατηγορίες αυτές είναι:

- Σύστημα Υγείας Κοινωνικής Ασφάλισης: όπου το κράτος καλύπτει τις ανάγκες του πληθυσμού με βάση την εργασία του καθενός
- Εθνικό Σύστημα Υγείας: όπου το κράτος καλύπτει τις ανάγκες όλου του πληθυσμού με χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό

Στο σημείο αυτό, αξίζει να σημειωθεί ότι τα βασικά κριτήρια ενός συστήματος υγείας είναι η ισότητα, η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα. Ο κύριος σκοπός ενός συστήματος υγείας είναι να διασφαλίσει και να βελτιώσει το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, με απώτερο σκοπό την βελτίωση της ποιότητας ζωής του πληθυσμού.

Οι στόχοι του αφορούν ένα σύνολο το οποίο έχει τη δυνατότητα να διαφοροποιήσει το κάθε υποσύστημα, αλλά ταυτόχρονα να το αξιολογεί συνολικά ως προς τα πλεονεκτήματα που προσφέρει (West, 1981).

Για την αξιολόγηση χρησιμοποιούνται κυρίως οι δείκτες υγείας και οι οικονομικοί δείκτες. Από τους δείκτες υγείας οι ευρύτερα αποδεκτοί είναι, το προσδόκιμο επιβίωσης, η βρεφική θνησιμότητα, η ολική θνησιμότητα και από τους οικονομικούς δείκτες χρησιμοποιούνται το κατά κεφαλήν εισόδημα και οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π.

Ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας για να λειτουργήσει και να αναπτυχθεί στο μέγιστο βαθμό του, επιβάλλεται να εκτιμά την αποτελεσματικότητά του στην επίτευξη των στόχων του, να επανακαθορίζει τους στόχους του, να σχεδιάζει και να προγραμματίζει τα μέσα για την επίτευξη τους (Money, 1984).

2.2. Τα Βασικά Χαρακτηριστικά και οι Ιδιαιτερότητες των Συστημάτων Υγείας

Ένα σύστημα υγείας διαθέτει κάποια κύρια χαρακτηριστικά, τα οποία το προσδιορίζουν και σχετίζονται με τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρει. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι τα εξής (Τσιότρας, κ.α., 1998):

- Η διαθεσιμότητα
- Η προσπελασιμότητα
- Η συνεχής προσφορά υπηρεσιών υγείας
- Η ισότητα ή ίσες ευκαιρίες στη χρήση των υπηρεσιών αυτών

Επιπλέον, λόγω του ότι η υγεία αποτελεί ένα αγαθό με πολλαπλές ιδιαιτερότητες, τα συστήματα υγείας, σε αντίθεση με άλλα συστήματα της οικονομίας, εμφανίζουν κάποια ιδιαίτερα γνωρίσματα. Τα γνωρίσματα αυτά σχετίζονται με τον προγραμματισμό, την οργάνωση και τη διοίκηση των συστημάτων υγείας και είναι τα εξής (Harrison et. al., 1993):

- Συστήματα με αυξημένη κρατική παρέμβαση
- Συστήματα στα οποία δεν λειτουργούν οι νόμοι της αγοράς
- Συστήματα εντάσεως εργασίας
- Συστήματα εντάσεως οργάνωσης και διαχείρισης

2.3. Παρουσίαση των Συστημάτων Υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Στις μέρες μας, έχει γίνει πλέον αντιληπτό, από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ότι οι προσφερόμενες, σε κάθε χώρα, υπηρεσίες υγείας βασίζονται στην δημιουργία ενός συστήματος, σύστημα υγείας, το οποίο οργανώνει την παραγωγή υπηρεσιών υγείας και προσφέρει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα για την βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής του πληθυσμού.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση διαθέτει τέσσερα πρότυπα οργάνωσης και διοίκησης της υγείας, τα οποία σύμφωνα με τα Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής (2005), είναι τα εξής:

- **Αγγλοσαξονικό πρότυπο:** το οποίο αναπτύχθηκε από τον Beveridge W. και εφαρμόζεται στη Μεγάλη Βρετανία και την Ιρλανδία. Οι αρχές του αφορούν την διασφάλιση της ισότητας στις υπηρεσίες υγείας, την κοινωνική ισότητα και την αποτελεσματική διαχείριση των εσόδων από τις υπηρεσίες αυτές.
- **Ηπειρωτικό πρότυπο:** το οποίο αναπτύχθηκε από τον Bismarck, Γερμανό πολιτικό, και εφαρμόζεται κυρίως στην Γερμανία και σε χώρες της κεντρικής Ευρώπης. Οι αρχές του δίνουν το δικαίωμα σε κάθε άνθρωπο – πολίτη να αναζητεί τον καλύτερο τρόπο για να καλύψει τις ανάγκες του στον τομέα της υγείας.
- **Σκανδιναβικό πρότυπο:** το οποίο εφαρμόζεται στην Σουηδία και τις Σκανδιναβικές χώρες. Με βάση τις αρχές του, η τοπική αυτοδιοίκηση έχει την ευθύνη για την διαχείριση και την αξιολόγηση του συστήματος υγείας.

- **Νοτιοευρωπαϊκό πρότυπο:** το οποίο αποτελεί έναν συνδυασμό του αγγλοσαξονικού και του ηπειρωτικού πρότυπου και βασίζεται στην πλήρη κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού.

2.4. Η πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την υγεία

Η πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον τομέα της υγείας βασίζεται σε τέσσερις βασικές αρχές (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2014):

- Η υγεία είναι το πολυτιμότερο αγαθό
- Οι κοινές αξίες των κρατών – μελών για την υγεία
- Η συνεκτίμηση της υγείας σε όλες τις πολιτικές του κράτους και της Ε.Ε.
- Η υποστήριξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε θέματα παγκόσμιας υγείας

Η οργάνωση και παροχή υγειονομικής περίθαλψης αποτελούν αρμοδιότητα των εθνικών κυβερνήσεων. Όμως, σημαντικό ρόλο έχει και η Ευρωπαϊκή Ένωση, η οποία θα πρέπει να συμπληρώνει τις εθνικές πολιτικές και να βοηθάει τις κυβερνήσεις να επιτύχουν τους στόχους τους, να συγκεντρώνει πόρους και να βοηθάει να κράτη – μέλη να αντιμετωπίζουν προκλήσεις, όπως οι χρόνιες ασθένειες.

Οι τρεις βασικοί στόχοι που επιδιώκει η Ευρωπαϊκή Ένωση στην υγεία είναι:

- Η αναβάθμιση της «καλής υγείας» σε μια Ευρώπη με υψηλό προσδόκιμο ζωής
- Η προστασία των πολιτών από κινδύνους που αφορούν την υγεία τους
- Η προώθηση αποτελεσματικών και ποιοτικών συστημάτων υγείας

Η επίτευξη των στόχων αυτών γίνεται με την ανάπτυξη και τη σωστή εφαρμογή της νομοθεσίας και με τη συνεργασία των κυβερνήσεων σε Ευρωπαϊκό επίπεδο.

Τα θεσμικά όργανα για τη χάραξη και την εφαρμογή της πολιτικής για την υγεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι το Συμβούλιο Υπουργών Υγείας, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Από τα πλέον πρόσφατα δεδομένα για την

κατάσταση της υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ο.Ε.С.Д. and European Commission, 2017) προκύπτει ότι:

- 550.000 άτομα σε ηλικία εργασίας πεθαίνουν κάθε χρόνο από ασθένειες που θα μπορούσαν ίσως να αποφευχθούν
- Το ποσοστό του πληθυσμού άνω των 65 ετών αυξήθηκε από 10% το 1960 σε σχεδόν 20% το 2015, και προβλέπεται να αυξηθεί σε περίπου 30% έως το 2060
- Η οικονομική κρίση είχε αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία του πληθυσμού, στη θνησιμότητα και στις δαπάνες για την υγεία, με τα ποσοστά των αυτοκτονιών να έχουν αυξηθεί
- Το 16 % των σημερινών ενηλίκων είναι παχύσαρκοι (από 11 % το 2000)
- 1 στους 5 εξακολουθεί να καπνίζει
- Οι «φτωχοί» Ευρωπαίοι έχουν, κατά μέσο όρο, δεκαπλάσιες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν προβλήματα στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης για οικονομικούς λόγους σε σχέση με τους πιο εύπορους
- Το 15 %, κατά μέσο όρο, των δαπανών για την υγεία καταβάλλεται απευθείας από τους ασθενείς, με μεγάλες αποκλίσεις μεταξύ των χωρών
- Οι περισσότερες χώρες της Ε.Ε. έχουν διατηρήσει την κάλυψη για ένα σύνολο βασικών υπηρεσιών υγείας, με εξαίρεση την Ελλάδα, τη Βουλγαρία και την Κύπρο, όπου μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού τους δεν είναι καν ασφαλισμένο

Με βάση τα παραπάνω παρατηρείται ότι παρόλο που έχει επιτευχθεί πρόοδος στον τομέα της υγείας, εξακολουθούν να υπάρχουν ανισότητες τόσο μεταξύ των κρατών – μελών, όσο και μεταξύ των κατοίκων της εκάστοτε χώρας. Σε γενικές γραμμές, τα συστήματα υγείας θα πρέπει να γίνουν αποτελεσματικότερα και ανθεκτικότερα. Έτσι, πολλές ζωές θα μπορούσαν να σωθούν εάν οι πόροι ήταν περισσότεροι για την βελτίωση των συστημάτων υγείας και εάν επιδιώκονταν οι κατάλληλες αλλαγές σε αυτά, ώστε να αυξηθεί η ποιότητα υγείας του πληθυσμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

3.1. Έννοια και Αρχές του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Ο ορισμός ενός συστήματος παραπέμπει σε διάφορα στοιχεία τα οποία είναι συνδεδεμένα μεταξύ τους και αποτελούν ένα σύνολο. Με άλλα λόγια ένα σύστημα αποτελείται από ανεξάρτητα τμήματα τα οποία συνδέονται μεταξύ τους για να ικανοποιήσουν μια λειτουργία, εν προκειμένω την παροχή φροντίδας υγείας.

Ο Λιαρόπουλος (2007) ορίζει ότι ένα σύστημα είναι οπουδήποτε ομάδα αλληλοσχετιζόμενων και αλληλοεξαρτώμενων οντοτήτων ή διαδικασιών τα οποία συνδυάζονται για ένα συγκεκριμένο σκοπό. Η σύγχρονη δυναμική, θέλει ένα σύστημα να είναι ένα ενιαίο σύνολο με τη δική του λειτουργία, που έχει καθορισμένη συμπεριφορά η οποία προκύπτει από τα επιμέρους στοιχεία του συνόλου τα οποία έχουν δυναμική αλληλεξάρτηση μεταξύ τους.

Κάθε σύστημα μπορεί να διαφέρει από κάποιο άλλο, ωστόσο υπάρχουν ορισμένα βασικά χαρακτηριστικά τα οποία είναι κοινά και αυτά μπορούν να συνοψισθούν στα εξής:

- Η αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση του συστήματος με το περιβάλλον που λειτουργεί
- Υπάρχει οριοθέτηση του συστήματος σε σχέση με το περιβάλλον
- Υπάρχει ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ του συστήματος και του περιβάλλοντος που λειτουργεί
- Το πόσο πολύπλοκο είναι ένα σύστημα εξαρτάται από τα επιμέρους στοιχεία που το απαρτίζουν
- Υπάρχει ιεραρχική δομή εντός του συστήματος
- Κάθε σύστημα έχει συγκεκριμένο λόγο ύπαρξης και στόχους που πρέπει να ικανοποιήσει

Από όλα τα παραπάνω μπορεί να οριστεί ως Σύστημα Υγείας το σύνολο των υποσυστημάτων εκείνων τα οποία αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και με το περιβάλλον, ώστε να επιτευχθεί ο αντικειμενικός στόχος του συστήματος ο οποίος είναι η προαγωγή και η διατήρηση της υγείας των πολιτών (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007).

Με άλλα λόγια ένα Σύστημα Υγείας αποτελεί ένα τρόπο οργάνωσης και διοίκησης τόσο του ανθρώπινου δυναμικού όσο και των υλικών πόρων που απασχολούνται στην Υγεία, μέσα από την προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών για την προαγωγή του αγαθού της Υγείας, στο πλαίσιο των οικονομικών δυνατοτήτων της κοινωνίας που δραστηριοποιείται το σύστημα (Λιαρόπουλος, 2007).

Τα υποσυστήματα που αποτελούν το κύριο Σύστημα Υγείας έχουν προσδιοριστεί από τις (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007) είναι τρία και αναφέρονται στα εξής:

- Στους παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο της Υγείας των πολιτών
- Στην παραγωγή των υπηρεσιών και αγαθών της Υγείας
- Στους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών για την Υγεία

Ουσιαστικά το πρώτο υποσύστημα μπορεί να αναφερθεί στη χρηματοδότηση του Συστήματος Υγείας, το δεύτερο υποσύστημα στη διοικητική υποστήριξη του και το τρίτο στις δαπάνες των υπηρεσιών υγείας.

Ο όρος Εθνικό Σύστημα Υγείας εισήχθη στην Ελλάδα κατόπιν μετάφρασης του αγγλικού όρου National Health System, ο οποίος περιέγραφε το σύστημα φροντίδας που υπήρχε και εξακολουθεί να υπάρχει στο Ηνωμένο Βασίλειο από το 1948 και έπειτα.

Στην Ελλάδα, το Εθνικό Σύστημα Υγείας αναφέρθηκε για πρώτη φορά το 1993 με τον νόμο 1397/Φ.43^Α/7-10-1993. Με τον νόμο αυτό, εκτός του καθορισμού του όρου Εθνικού Συστήματος Υγείας, περιγράφηκαν και οι αρχικοί στόχοι τους οποίους καλούνταν να καλύψει για πρώτη φορά στην Ελλάδα ένα δομημένο και ολοκληρωμένο Σύστημα Υγείας. Οι βασικοί στόχοι, οι οποίοι καθορίζονταν από το

ήδη υπάρχον Βρετανικό Σύστημα Υγείας, είναι η προαγωγή την υγείας των πολιτών, η διατήρηση της υγείας τους και η επαναφορά της υγείας όπου χρειάζεται.

Το Σύστημα Υγείας για να θεωρηθεί ολοκληρωμένο και επιτυχές θα πρέπει να βελτιώνει την υγεία των ανθρώπων και να προάγει την θεραπεία τους, με το χαμηλότερο δυνατό κόστος γι' αυτούς, μιας και είναι δημόσιο αγαθό. Από τα παραπάνω προκύπτει ότι κάθε Σύστημα Υγείας περιλαμβάνει την παροχή υπηρεσιών για φροντίδα υγείας, αλλά ταυτόχρονα και όλες εκείνες τις υπηρεσίες πρόληψης και αγωγής της δημόσιας υγείας. Δεν θα πρέπει να αμεληθεί το γεγονός ότι στα παραπάνω συγκαταλέγεται και η υγιεινή της εργασίας.

3.2. Η Δομή του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Η δομή με την οποία υπάρχει κάθε σύστημα, ουσιαστικά προβάλλει την φιλοσοφία που θέτει μια κοινωνία σχετικά με τον τρόπο κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού της. Όσον αφορά τα Συστήματα Υγείας, η δομή τους προσδιορίζεται με βάση το πώς καλύπτουν τις ανάγκες της κοινωνίας απέναντι στις ασθένειες, τα ατυχήματα και την ανικανότητα κάποιων κοινωνικών ομάδων.

Έτσι λοιπόν κυριαρχούν δύο βασικά μοντέλα Συστημάτων Υγείας, του Bismark και του Beveridge τα οποία αναφέρονται στην διεθνή βιβλιογραφία. Στην πρώτη περίπτωση, η κάλυψη των αναγκών γίνεται από το κράτος με κύριο άξονα την κάλυψη των εργαζομένων, ενώ στη δεύτερη οι κοινωνικές ανάγκες πραγματοποιούνται από το κράτος και αφορούν όλους τους πολίτες, στη βάση της λογικής των δικαιωμάτων και της ισονομίας.

Τις τελευταίες δεκαετίες παρουσιάζεται και ένα Σύστημα Υγείας το οποίο καλείται φιλελεύθερο και αναφέρεται στο ρόλο του κράτους ο οποίος είναι σχετικά ελάχιστος μιας και οι κοινωνίες ανάγκες στηρίζονται στον έλεγχο και την παροχή υπηρεσιών υγείας στα άτομα τα οποία μπορούν να αγοράσουν τις υπηρεσίες αυτές μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Το κράτος για να καλύψει το κενό που υπάρχει στις υπηρεσίες υγείας για τους αδύνατους, προσφέρει κάποιες από αυτές τις υπηρεσίες μόνο σε αυτούς που δεν μπορούν να τις αγοράσουν.

Όπως είναι φυσικό σε ένα ελεύθερο περιβάλλον αγοράς, οι τιμές για τις υπηρεσίες υγείας διαμορφώνονται ανάλογα από την προσφορά και τη ζήτηση. Αυτό είναι απόρροια από την πλήρη ελευθερία του καταναλωτή να έχει πρόσβαση και να επιλέξει το καλύτερο δυνατό που επιθυμεί για να καλύψει τις ανάγκες του. Το κράτος, πληρώνει μόνο για αγορά υπηρεσιών υγείας στους κοινωνικά αδύναμους οι οποίοι δεν μπορούν να καταβάλλουν το αντίτιμο αυτό.

Τα κυριότερα χαρακτηριστικά ενός φιλελεύθερου συστήματος υγείας είναι κατά τους Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα (2007):

- Η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας διαμορφώνεται από τους χρήστες των υπηρεσιών αυτών με βάση τις τιμές της αγοράς
- Το σύστημα βασίζεται στην ιδιωτική ασφάλιση, έχοντας αρνητικές συνέπειες μιας και αφήνει μεγάλο ποσοστό ατόμων ανασφάλιστο
- Το κράτος είναι αυτό το οποίο διαμορφώνει το θεσμικό πλαίσιο για την ομαλή λειτουργία της συγκεκριμένης αγοράς, ωστόσο δεν ασχολείται με τις συναλλαγές των παρόχων υπηρεσιών υγείας με τους χρήστες αυτών
- Η χρηματοδότηση πραγματοποιείται από τους ασφαλιστικούς φορείς των εργαζομένων προς την ιδιωτική ασφάλιση
- Υπάρχουν μεγάλες ανισότητες σε υγειονομικό επίπεδο
- Ευνοείται το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης για Υπηρεσίες Υγείας

Από την άλλη πλευρά, το μοντέλο του Bismark το οποίο θεσπίστηκε στη Γερμανία το 1880 ως το πρώτο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, αναφέρεται στην κάλυψη των αναγκών των πολιτών για υπηρεσίες υγείας με βάση τη λογική της ασφάλισης. Αρχικά, είχε τη μορφή της ασφάλισης ορισμένων επαγγελματικών κλάδων, ενώ με την πάροδο των ετών έλαβε τη μορφή ενός ολοκληρωμένου Συστήματος Υγείας. Τα χαρακτηριστικά του συστήματος αυτού βάσει των Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα (2007) είναι:

- Η κοινωνική δικαιοσύνη
- Η συλλογική κάλυψη του πληθυσμού
- Η υποχρεωτική ασφάλιση του πληθυσμού

- Η χρηματοδότηση προέρχεται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων, με κριτήριο για την καταβολή αυτών το ύψος του εισοδήματος και οι δυνατότητες πληρωμής των χρηστών
- Συμμετέχουν όλοι οι παραγωγικοί συντελεστές είτε ανήκουν στο Δημόσιο, είτε στον Ιδιωτικό Τομέα
- Υπάρχει έντονη η κρατική παρέμβαση για να επιτευχθεί η μέγιστη δυνατή αποτελεσματικότητα στις υπηρεσίες υγείας

Το σύστημα τύπου Beveridge, έχει προέλθει από την Μεγάλη Βρετανία και αναπτύχθηκε με βάση τη φιλοσοφία ότι ένα Σύστημα Υγείας θα πρέπει να καλύπτει τις ανάγκες του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας σε ολόκληρο, δηλαδή για όλες τις υπηρεσίες σε όλα τα άτομα του πληθυσμού που απευθύνεται. Με τον τρόπο αυτό, το σύστημα αυτό προσπαθεί να εισαγάγει τη λογική του κοινωνικού δικαιώματος της υγείας για όλους τους πολίτες. Όπως είναι αντιληπτό, το σύστημα αυτό βασίζεται στην κοινωνική αλληλεγγύη και την ισότιμη κάλυψη για υπηρεσίες υγείας όλων των πολιτών ανεξάρτητα από το οικονομικό ή κοινωνικό υπόβαθρο που αυτοί έχουν.

Τα βασικά χαρακτηριστικά του μοντέλου αυτού, βάσει των Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα (2007) είναι:

- Η χρηματοδότηση του Συστήματος Υγείας προέρχεται από τη φορολογία
- Η κάλυψη του πληθυσμού είναι πλήρης και καθολική
- Υπάρχει διαχωρισμός σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας αποτελεί ένα μικτό μοντέλο Συστήματος Υγείας, όπου το μοντέλο Beveridge συνυπάρχει με αυτό της κοινωνικής ασφάλισης του μοντέλου Bismark, με ταυτόχρονη λειτουργία του ιδιωτικού τομέα.

Το πρώτο μοντέλο (Beveridge) εφαρμόζει το σύστημα της κοινωνικής φροντίδας, μέσω της σύνδεσης της οικογένειας με το εργατικό δυναμικό, ώστε να υπάρξει μια γενική προστασία για τους πολίτες. Σκοπός του συστήματος αυτού είναι να μην υπάρχει κανείς ανασφάλιστος, με τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας να γίνεται από το κράτος και η οργάνωση των υπηρεσιών αυτών να είναι υπό κρατικό έλεγχο. Το δεύτερο μοντέλο (Bismark) εισάγει στις υπηρεσίες της υγείας την ιδιωτική

χρηματοδότηση μέσω των εργοδοτικών και εργατικών συνεισφορών. Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας γίνεται πλέον σε ένα ποσοστό από τους εργοδότες και σε ένα άλλο από τους εργαζομένους.

Η συνύπαρξη των δύο μοντέλων, αφορά την χρηματοδότηση αλλά και τις υποδομές των νοσοκομείων. Ο Τούντας (2008) αναφέρει ότι οι μισές δαπάνες (52,8%) αφορούν το δημόσιο τομέα και οι υπόλοιπες τον ιδιωτικό. Αντίθετα οι δαπάνες κοινωνικής ασφάλισης αποτελούν περίπου το 30% των δημοσίων δαπανών υγείας, ενώ το υπόλοιπο 70% προέρχεται από τη φορολογία.

Τα βασικά χαρακτηριστικά του Εθνικού Συστήματος Υγείας μπορούν να συνοψισθούν στα εξής:

- Είναι μικό Σύστημα Υγείας
- Η χρηματοδότησή του γίνεται τόσο από τη φορολογία των πολιτών όσο και από την κοινωνική ασφάλιση
- Το Υπουργείο Υγείας είναι ο κύριος φορέας χάραξης των πολιτικών υγείας σε όλη την επικράτεια
- Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από το ΕΣΥ και διοικητικά υπάγονται σε Περιφέρειες
- Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από ασφαλιστικούς φορείς, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, Κέντρα Υγείας και ιδιώτες ιατρούς
- Η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από τα Γενικά και Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία της χώρας
- Οι νοσοκομειακοί ιατροί αμείβονται με μισθό από το κράτος, ενώ οι ιδιώτες κατά υπηρεσία που παρέχουν

Τα βασικά πλεονεκτήματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας κατά τους Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα (2007) είναι:

- Η ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας
- Η πλήρης κάλυψη του πληθυσμού
- Η έμφαση στη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας
- Το μικρό κόστος που δαπανούν οι πολίτες για υπηρεσίες υγείας
- Η ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας

Τα βασικά μειονεκτήματα που έχει το Εθνικό Σύστημα Υγείας κατά τους Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα (2007) είναι:

- Οι μεγάλες δαπάνες που πραγματοποιεί το κράτος για την υγεία
- Η χαμηλή ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- Οι ασθενείς έχουν περιορισμένη ελευθερία για την επιλογή του ιατρού
- Προβλήματα γεωγραφικής και οικονομικής ανισότητας, κυρίως λόγω της μορφολογίας της χώρας (πολλά νησιά και απομακρυσμένα χωριά σε βουνά), με αποτέλεσμα τη έλλειψη συντονισμού λόγω της πολυδιάσπασης των φορέων
- Πληθώρα εξειδικευμένων ιατρών και έλλειψη γενικών ιατρών,
- Λίστες αναμονής ασθενών
- Εμφάνιση φαινομένου παραοικονομίας

3.3. Η Οργάνωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Τα νοσοκομεία στην Ελλάδα χωρίζονται σε κατηγορίες με βάση το καθεστώς που τα διέπει. Στην Ελλάδα λειτουργούν νοσοκομεία, τα οποία είναι Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.), Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.), τα Νοσοκομεία Ένοπλων Δυνάμεων και τα Ιδιωτικά Νοσοκομεία τα οποία είναι Ανώνυμες Εταιρίες (Τούντας, 2008). Τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία είναι Ν.Π.Δ.Δ. δηλαδή είναι οργανισμοί αυτόνομοι, αυτοδιοικούμενοι και αυτοδιαχειριζόμενοι. Τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία διακρίνονται σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., νοσοκομεία του Ι.Κ.Α. και Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία.

Τα νοσοκομεία όπως το Ωνάσειο και το Ερρίκος Ντυνάν, είναι Ν.Π.Ι.Δ. τα οποία δεν είναι ούτε δημόσια, αλλά ούτε ιδιωτικά και λειτουργούν υπό την εποπτεία του κράτους. Μια ξεχωριστή κατηγορία νοσοκομείων, είναι αυτά των ένοπλων δυνάμεων (Στρατιωτικά, Ναυτικά και της Αεροπορίας Νοσοκομεία), τα οποία εξυπηρετούν τις ανάγκες των στελεχών των Ενόπλων Δυνάμεων και των στρατεύσιμων. Επίσης, στην Ελλάδα λειτουργούν και Ιδιωτικά Νοσοκομεία ως Α.Ε., στα οποία μέτοχοι κυρίως είναι ιατροί. Ωστόσο τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια εισχώρηση στον ιδιωτικό τομέα παροχής φροντίδας υγείας από επιχειρηματίες (Τούντας, 2008).

Στην Ελλάδα λειτουργούν συνολικά 158 Νοσοκομεία, τα οποία περιλαμβάνουν τα Γενικά και τα Πανεπιστημιακά, των Ενόπλων Δυνάμεων και του ΙΚΑ. Αναλυτικότερα, διακρίνονται βάσει της νομικής τους μορφής σε:

- 155 Ν.Π.Δ.Δ., περιλαμβανομένων και 11 υπό ειδικό καθεστώς
- 3 ΝΠΙΔ (Ερρίκος Ντυνάν, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο και ΠΓΝ Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης)

Επίσης μπορούν να διακριθούν βάσει του σκοπού λειτουργίας τους σε:

- 142 Γενικά Νοσοκομεία (από αυτά 125 Νοσοκομεία και 17 Νοσοκομεία – Κέντρα Υγείας)
- 16 Ειδικά Νοσοκομεία (από αυτά 10 Ψυχιατρικά, 5 Αφροδίσια, Δερματικά, Λοιμωδών, Ειδικών Παθήσεων και Νοσημάτων Θώρακος και 1 Οφθαλμιατρείο)

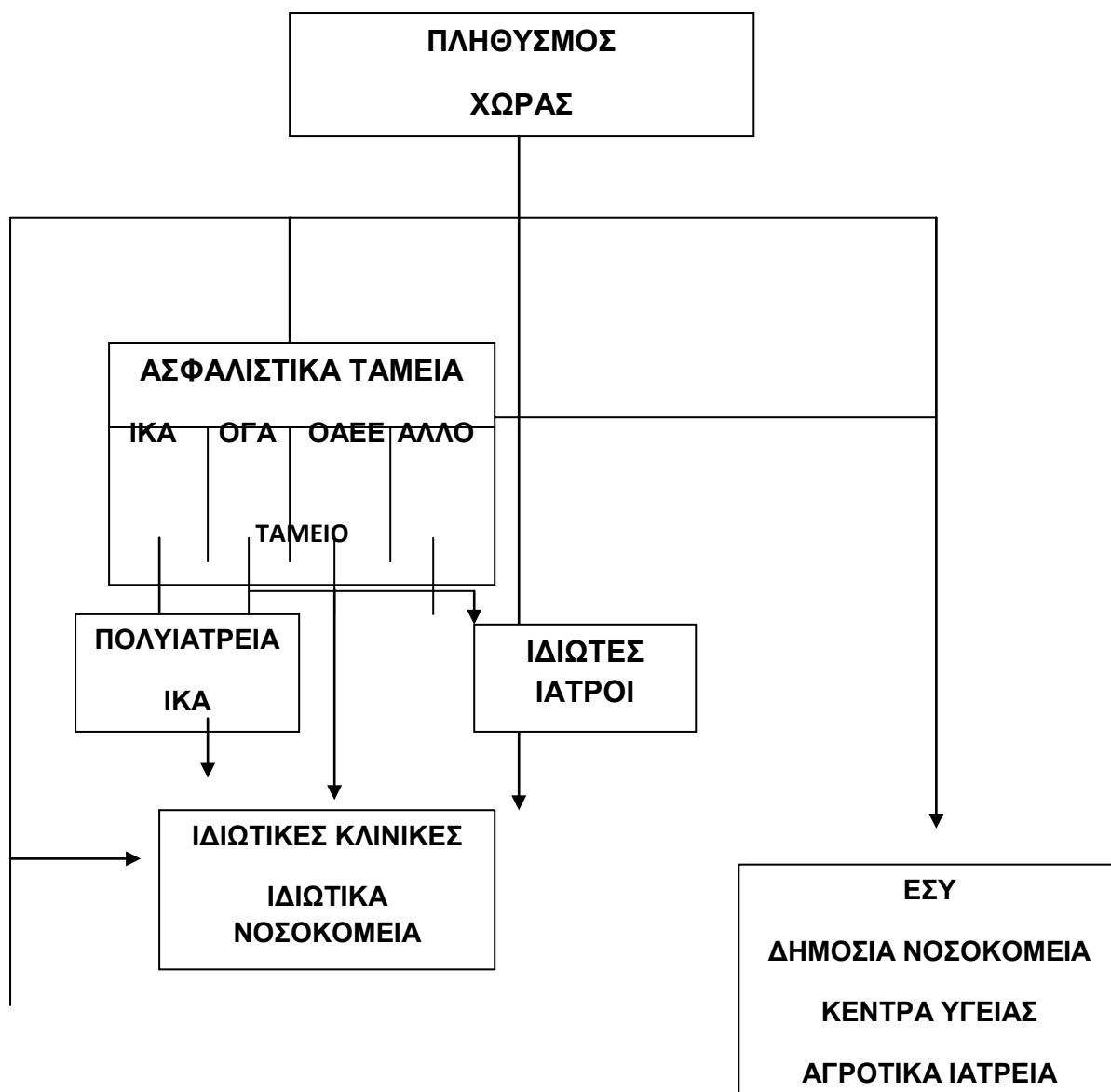
Τα Γενικά Νοσοκομεία αναλύονται με βάση τη δυναμικότητά τους σε τέσσερις κατηγορίες (Υπ. Υγείας, 2011):

- 10 πολύ μικρά νοσοκομεία με λιγότερες από 50 κλίνες
- 32 μικρά νοσοκομεία δυναμικότητας 50 – 150 κλινών
- 40 μεσαία νοσοκομεία δυναμικότητας 150 – 300 κλινών
- 43 μεγάλα νοσοκομεία δυναμικότητας άνω των 300 κλινών

Παρακάτω παρουσιάζεται σε σχήμα το πώς είναι οργανωμένο και λειτουργεί το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα.

Το Σχήμα 1 παρουσιάζει την οργάνωση του Ελληνικού Ε.Σ.Υ. Με βάση αυτό, ο πληθυσμός της επικράτειας έχει τη δυνατότητα είτε να κινηθεί απευθείας σε ένα νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ. (Δημόσια Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας και Αγροτικά Ιατρεία), είτε να αποταθεί σε Ιδιώτη Ιατρό, είτε μέσω του Ασφαλιστικού του Ταμείου να επιλέξει τον φορέα περίθαλψής του. Ωστόσο θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι ασφαλιζόμενοι του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.), έναντι των άλλων ασφαλιζόμενων μπορούν να εξυπηρετηθούν από τα πολυιατρεία του Ι.Κ.Α.

Σχήμα 1: Η Οργάνωση του Ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.)



3.4. Τα Ελληνικά Δημόσια Νοσοκομεία

Τα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα, δραστηριοποιούνται σε όλη την επικράτεια της χώρας, προσφέροντας από πρωτοβάθμια έως και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Αναλόγως το περιβάλλον στο οποίο δραστηριοποιούνται, είναι λιγότερο ή περισσότερο στελεχωμένα, έτσι ώστε να μπορούν να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες του πληθυσμού για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας.

Ο κύριος σκοπός των ελληνικών δημοσίων νοσοκομείων είναι, αρχικά η παροχή ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη με ίδιους όρους και προϋποθέσεις για κάθε έναν πολίτη της χώρας, ανεξάρτητος από την οικονομική, κοινωνική, επαγγελματική ή άλλου είδους τάξη στην οποία ανήκει. Οι δύο μορφές περίθαλψης που προσφέρονται είναι πάντα εντός του πλαισίου δυνατοτήτων του κάθε νοσοκομείου, ωστόσο δίνεται έμφαση στην αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα αυτού, συνδυασμένα με την ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Ένας ακόμη σκοπός των ελληνικών δημοσίων νοσοκομείων είναι η εφαρμογή των νέων μεθόδων και πρακτικών της ιατρικής και νοσηλευτικής επιστήμης. Η περίθαλψη όσων την έχουν ανάγκη να πραγματοποιείται με βάση τις σύγχρονες εξελίξεις και πρακτικές της επιστήμης, προάγοντας την και συμβάλλοντας στην εξέλιξη της. Σε αυτό συμβάλλει και η ενίσχυση της έρευνας μέσω των Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων τα οποία είναι θεσμοθετημένα στην Ελλάδα.

Τέλος, τα Ελληνικά δημόσια νοσοκομεία έχουν σκοπό την προαγωγή κάθε άλλης εργασίας πέραν των ήδη αναφερομένων με τους στόχους μιας σύγχρονης και πλήρως οργανωμένης νοσηλευτικής μονάδας.

Όλα τα παραπάνω περιγράφονται με λεπτομέρεια στην Υπουργική Απόφαση 8342/1998 η οποία δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 711/14-07-1998, Τεύχος Β. Το ίδιο ΦΕΚ καθορίζει και διακρίνει τις πέντε κύριες λειτουργίες ενός δημοσίου νοσοκομείου της Ελλάδας. Αυτές είναι:

- Η ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα υγείας
- Ο κοινωνικός χαρακτήρας του νοσοκομείου ο οποίος φαίνεται στη φροντίδα όσων ασθενούν και αναζητούν την αποκατάσταση της υγείας τους, όπως επίσης και η φροντίδα νεογνών και γερόντων, κλπ.
- Την πρόληψη, μέσω της εργαστηριακής στήριξης των νοσοκομείων για τον έλεγχο λοιμώξεων και επιδημιών
- Την εκπαίδευση, μέσω των Πανεπιστημιακών Σχολών, για την παραγωγή στελεχών υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές και επικουρικό προσωπικό), είτε και μέσω συνεχούς εκπαίδευσης

- Την τεχνική υποστήριξη σε έξω-νοσοκομειακούς λειτουργούς (ιδιώτες ιατρούς και ιδιωτικές κλινικές)

3.5. Περιγραφή των Δημοσίων Νοσοκομείων

Τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία όπως αναφέρθηκε επιχορηγούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό, μιας και με τον ιδρυτικό τους νόμο του 1983 αποτελούν ΝΠΔΔ. Επιπρόσθετα, η επιχορήγησή τους μπορεί να γίνει με έμμεσο τρόπο και πάλι από το δημόσιο, μέσω των υποχρεωτικών ασφαλιστικών εισφορών. Από αυτά μπορεί να εξαχθεί το συμπέρασμα ότι τα δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας είναι αποκεντρωμένες μορφές δημόσιας υπηρεσίας (Λιαργκόβας, 2004).

Ωστόσο, τα κρατικά νοσοκομεία δεν μπορούν να θεωρηθούν αμιγώς κρατικές επιχειρήσεις, μιας και έχουν την νομική μορφή ενός ΝΠΔΔ. Σε αυτό συμβάλλει και το γεγονός ότι τα νοσοκομεία απαντούν δύο από τα τρία κριτήρια για να θεωρηθούν δημόσια επιχείρηση. Δηλαδή, ενώ τα νοσοκομεία επιβάλλουν κάποια τιμή για τις υπηρεσίες που προσφέρουν (το νοσήλιο) και οι στόχοι τους περιορίζονται στην παροχή υπηρεσιών υγείας καθώς και στην έρευνα και την εκπαίδευση, δεν έχουν όμως την μορφή της Ανώνυμης Εταιρίας για να θεωρηθούν ως κρατική επιχείρηση (Λιαργκόβας, 2004).

Όσον αφορά την οργανωτική δομή τους, τα νοσοκομεία δεν έχουν ούτε εξολοκλήρου, αλλά ούτε και είναι μερικά αυτονομημένες δημόσιες επιχειρήσεις. Σε περίπτωση που θεωρηθούν επιχείρηση, θα πρέπει να καταταγούν στις εξολοκλήρου εξαρτημένες από το κράτος, μιας και τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα και μειονεκτήματα εκεί τις κατατάσσουν. Βέβαια θα πρέπει να σημειωθεί ότι στη σύγχρονη εποχή η τάση είναι παγκοσμίως τα νοσοκομεία να θεωρούνται επιχειρήσεις και να λειτουργούν σύμφωνα με τις αρχές της οργάνωσης και διοίκησης.

Όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα (νοσοκομεία ΕΣΥ, ΙΚΑ, Κέντρα Υγείας, κλπ.) τα οποία επιχορηγούνται από το κράτος, οργανώνονται και λειτουργούν βάσει του Οργανισμού τους. Ο Οργανισμός κάθε νοσοκομείου καθορίζει τη νομική μορφή που έχει, την επωνυμία, τις υπηρεσίες που προσφέρει και τη διάρθρωση του σε τομείς και

τμήματα. Επιπρόσθετα, ο Οργανισμός είναι υπεύθυνος για τις ειδικές αρμοδιότητες κάθε υπηρεσίας του νοσοκομείου, τον συνολικό αριθμό κλινών και το πώς είναι κατανομημένες στα τμήματα, καθώς επίσης και για τις θέσεις ανά κατηγορία και κλάδο των εργαζομένων που απασχολούνται στο νοσοκομείο (Δίκαιος κ.ά., 1999).

Κάθε νοσοκομείο στην Περιφέρεια το οποίο είναι Γενικό, *απαρτίζεται από τέσσερις υπηρεσίες* οι οποίες είναι η ιατρική, η νοσηλευτική, η διοικητική και η τεχνική. Σε περίπτωση που υπάρχουν νομαρχιακά γενικά νοσοκομεία τότε οι υπηρεσίες είναι τρεις, εκλείπει δηλαδή η τεχνική η οποία ενσωματώνεται στην διοικητική (Δίκαιος κ.ά., 1999).

Όλες οι υπηρεσίες ενός νοσοκομείου είναι ιεραρχικά ισότιμες μεταξύ τους. Η συνεργασία τους θα πρέπει να διεξάγεται ομαλά και αρμονικά, ώστε να καταφέρουν να πετύχουν το μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα, αυτό της σωστής διάγνωσης και της αποτελεσματικής θεραπείας.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι κάθε μια υπηρεσία έχει τη δική της ιεράρχηση και δομή, αποτελώντας σε διοικητικό επίπεδο μια Διεύθυνση. Όλες οι υπηρεσίες ενός νοσοκομείου υπάγονται διοικητικά στον γενικό διευθυντή του νοσοκομείου ή τον διοικητή του. Εάν δε προβλέπεται τέτοια θέση ή δεν έχει καταλάβει κάποιος τη θέση αυτή, τότε οι υπηρεσίες υπάγονται απευθείας στον πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου του νοσοκομείου (Δίκαιος κ.ά., 1999).

Αναλυτικότερα, η ιατρική υπηρεσία αποτελώντας μια ξεχωριστή διεύθυνση, διαρθρώνεται σε τομείς, όπου καθένας *απαρτίζεται από τμήματα* τα οποία συγκροτούν είτε οι κλινικές, είτε οι μονάδες, είτε τα εργαστήρια, συγγενών ειδικοτήτων. Έτσι μπορούν να συνοψισθούν οι τομείς ως εξής (Δίκαιος κ.ά., 1999):

- Χειρουργικός Τομέας
- Παθολογικός Τομέας
- Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής
- Εργαστηριακός Τομέας
- Ψυχιατρικός Τομέας
- Διατομεακά Τμήματα

Κάθε Τομέας έχει ορισμένο αριθμό από κλίνες που εξυπηρετούν τα Τμήματα του. Το Διοικητικό Συμβούλιο με απόφασή του και αναλόγως των αναγκών του καθορίζει τη δύναμή του κάθε Τομέα, ύστερα από πρόταση του Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας.

Βέβαια υπάρχει περιορισμός όσον αφορά την δύναμη των κλινών του κάθε Τομέα και δεν μπορεί να υπερβαίνει τις τριακόσιες (300) σε σχέση με τη συνολική δύναμη των κλινών του νοσοκομείου. Επίσης, ο Παθολογικός Τομέας και ο Χειρουργικός Τομέας μπορούν να κατέχουν μέχρι το 60% της συνολικής δύναμης κλινών του νοσοκομείου έκαστος, ενώ ο ψυχιατρικός τομέας μέχρι 10% της συνολικής δύναμης των κλινών του νοσοκομείου (Δίκαιος κ.ά., 1999).

Η νοσηλευτική υπηρεσία διορθώνεται με τη σειρά της σε νοσηλευτικούς τομείς οι οποίοι και απαρτίζουν τα νοσηλευτικά τμήματα ή τις αυτοτελείς Μονάδες. Τέτοια μπορεί να είναι η ΜΕΘ (Μονάδα Εντατικής Θεραπείας) ή η Μονάδα Τεχνητού Νεφρού.

Κάθε ένα νοσηλευτικό τμήμα έχει ευθύνη να καλύπτει από είκοσι (20) έως και σαράντα πέντε (45) κλίνες. Σε αυτά συγκαταλέγονται και οι αυτοτελείς Μονάδες όπως υπάγονται ιεραρχικά σε νοσηλευτικό τμήμα. Ο κάθε νοσηλευτικός τομέας συγκροτείται από τέσσερα το λιγότερο νοσηλευτικά τμήματα, ενώ δεν μπορεί να έχει περισσότερα από οκτώ. Σε περιπτώσεις με λιγότερα των τεσσάρων τμήματα δεν συγκροτείται νοσηλευτικός τομέας.

Κάθε ένα νοσοκομείο έχει μια Νοσηλευτική Επιτροπή, η οποία είναι και το συμβουλευτικό – γνωμοδοτικό όργανο για κάθε θέμα το οποίο αφορά την οργάνωση και την λειτουργία της νοσηλευτικής υπηρεσίας. Η Επιτροπή συνεδριάζει και προτείνει στα αρμόδια όργανα του νοσοκομείου θέματα που άπτονται της νοσηλευτικής υπηρεσίας.

Η τρίτη υπηρεσία είναι η διοικητική, η οποία διορθώνεται σε δύο Υποδιευθύνσεις. Οι Υποδιευθύνσεις αυτές είναι η Διοικητικού και η Οικονομικού. Κάθε μία από τις Υποδιευθύνσεις αυτές απαρτίζεται από τμήματα και γραφεία, αναλόγως με την έκταση των δραστηριοτήτων και τη δύναμη του νοσοκομείου. Για νοσοκομεία έως

εκατό (100) κλίνες η διοικητική υπηρεσία διορθώνεται μόνο σε Τμήματα και σε Γραφεία. Τα κυριότερα τμήματα της διοικητικής υπηρεσίας είναι (Δίκαιος κ.ά., 1999):

- Τμήμα Προσωπικού
- Τμήμα Γραμματείας
- Τμήμα Κίνησης Ασθενών
- Τμήμα Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων
- Τμήμα Παραϊατρικών Επαγγελματιών

Ενώ τα αυτοτελή γραφεία είναι (Δίκαιος κ.ά., 1999):

- Γραφείο Νομικών Υποθέσεων
- Γραφείο Εκπαίδευσης
- Γραφείο Κοινωνικής Υπηρεσίας του Ναού
- Γραφείο Επιστασίας και Εφοδιασμού
- Γραφείο Ιματισμού
- Γραφείο Διατροφής
- Γραφείο Ασφάλειας

Η οικονομική υπηρεσία ως υποδιεύθυνση και έχει την εξής διάρθρωση κατά τους Δίκαιος κ.ά., (1999):

- Λογιστήριο – Μισθοδοσία
- Διαχείριση Χρηματικών Διαθεσίμων
- Κοστολόγηση
- Προϋπολογισμού

Η τέταρτη και τελευταία υπηρεσία είναι η τεχνική, η οποία ως αυτόνομη έχει δύο τμήματα, το τμήμα τεχνικού και το τμήμα βιοιατρικής. Κάθε τμήμα απαρτίζεται από γραφεία και συνεργεία με ιδιαίτερες εξειδικεύσεις ανάλογα με τις ανάγκες που εξυπηρετούν. Σε ορισμένα νοσοκομεία η τεχνική υπηρεσία αποτελεί Υποδιεύθυνση, ενώ σε άλλα αποτελεί τμήμα της διοικητικής υπηρεσίας.

Η τεχνική υπηρεσία διορθώνεται από τα κάτωθι τμήματα (Δίκαιος κ.ά., 1999):

- Επισκευών και Διατήρησης Κτηρίων και Περιβάλλοντος Χώρου
- Μηχανολογικού και Ηλεκτρολογικού Εξοπλισμού

➤ Βιοιατρικής Τεχνολογίας

3.6. Οι στόχοι των Δημοσίων Νοσοκομείων

Ο πλέον βασικός στόχος των δημοσίων νοσοκομείων είναι η παροχή φροντίδας υγείας στους πολίτες της χώρας. Βέβαια, τα δημόσια νοσοκομεία ανάλογα με την μορφή τους, Γενικά ή Πανεπιστημιακά, προσφέρουν και τις ανάλογες υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Έτσι λοιπόν, τα Γενικά Νοσοκομεία παρέχουν δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, ενώ τα Πανεπιστημιακά τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι λόγω προβλημάτων που αντιμετωπίζει το ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας και εξαιτίας ορισμένων δυσλειτουργιών του, τα νοσοκομεία προσφέρουν και πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Λιαργκόβας, 2004).

Ένας ακόμη στόχος των δημοσίων νοσοκομείων της χώρας, τα οποία μάλιστα διαφέρουν από τα ιδιωτικά, είναι αυτός της εκπαίδευσης τόσο του μελλοντικού προσωπικού, όσο και του υφιστάμενου. Έτσι λοιπόν, τα δημόσια Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία εκπαιδεύουν τους μελλοντικούς ιατρούς της χώρας μέσω των κλινικών και των εργαστηρίων τους, μετατρέποντας την θεωρητική γνώση που λαμβάνουν ως φοιτητές σε πρακτική εξάσκηση. Τα Γενικά Νοσοκομεία από την άλλη πλευρά, προσφέρουν την δυνατότητα εξειδίκευσης των νέων ιατρών σε ειδικότητες που επιθυμούν, αλλά και των νοσηλευτών και άλλων ειδικοτήτων παραϊατρικών επαγγελματιών σχετικά με την πρακτική τους εκπαίδευση για τη λήψη του πτυχίου τους. Δεν θα πρέπει να παραληφθεί το γεγονός ότι αρκετά νοσοκομεία πραγματοποιούν συνεχόμενη εκπαίδευση του προσωπικού τους είτε με σεμινάρια που εκπονούν, είτε με εξειδικεύσεις μέσω προγραμμάτων ανταλλαγής προσωπικού (Λιαργκόβας, 2004).

Ακόμη, τα δημόσια νοσοκομεία και περισσότερο δε τα Πανεπιστημιακά προάγουν την έρευνα στους τομείς της Ιατρικής και των υπολοίπων Επιστημών Υγείας (Λιαργκόβας, 2004). Σε αυτό συμβάλουν κυρίως τα εργαστήρια των νοσοκομείων αυτών υπό την καθοδήγηση Πανεπιστημιακών Δασκάλων (Λιαργκόβας, 2004).

Όλα τα παραπάνω αποτελούν νομοθετημένους σκοπούς των δημοσίων νοσοκομείων. Η ειδοποιός διαφορά των νοσοκομείων έναντι άλλων δημοσίων επιχειρήσεων έγκειται στο γεγονός ότι οι στόχοι που έχουν τα νοσοκομεία είναι λιγότερο οικονομικής φύσεως. Τα δημόσια νοσοκομεία δεν απαλλάσσονται από την προσπάθεια για βελτίωση των πόρων τους, απλά δεν αποτελεί πρωταρχικό τους μέλημα. Βέβαια, το έλλειμμα διοίκησης αποτελεί κύριο πλήγμα για τις λειτουργίες ενός νοσοκομείου, μιας και επιτρέπει τις ιδιωτικές πληρωμές των ασθενών και την αύξηση της παραοικονομίας.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να γίνει λόγος για ορισμένα δημόσια νοσοκομεία, τα οποία εξυπηρετούν εξειδικευμένους στόχους. Έτσι, υπάρχουν νοσοκομεία τα οποία ιδρύθηκαν με σκοπό να εξειδικευτούν σε μια ορισμένου είδους παροχή φροντίδας υγείας, όπως για παράδειγμα τα δερματικών παθήσεων ή τα αντικαρκινικά (Λιαργκόβας, 2004).

Δεν θα πρέπει να αμεληθεί το γεγονός ότι τα νοσοκομεία παρέχουν και δευτερεύουσες, αλλά εξίσου σημαντικές με το έργο τους υπηρεσίες. Η κυριότερη εξ αυτών είναι η ξενοδοχειακή υπηρεσία, δηλαδή η παροχή διαμονής, διατροφής, ιματισμού και καθαριότητας σε όσους από τους ασθενείς το έχουν άμεση ανάγκη. Το γεγονός αυτό καθιστά τη λειτουργία των δημοσίων νοσοκομείων πιο δυσλειτουργική και πολύπλοκη, διότι η διοίκηση του νοσοκομείου θα πρέπει να συνδυάσει ετερόκλητες υπηρεσίες και να αντιμετωπίσει διαφορετικά ζητήματα προς επίλυση (Λιαργκόβας, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

4.1. Η έννοια της οικονομικής κρίσης

Η λέξη «κρίση» προέρχεται από το ρήμα «κρίνω», το οποίο σημαίνει ότι σχηματίζω γνώμη για κάτι. Η αρχική έννοια του όρου, από την εποχή του Ιπποκράτη, συσχετίστηκε με την έννοια της υγείας, ενώ ταυτόχρονα προέβαλε και την σημασία της «ασθένειας», δηλαδή μιας κατάστασης στην οποία ο οργανισμός δεν λειτουργεί ομαλά, διατρέχει κινδύνους και χρήζει αντιμετώπισης και φροντίδας.

Γνωρίζοντας τη σημασία αυτή, η κρίση, μπορεί να πάρει και διάφορες άλλες ονομασίες, ανάλογα με τον τομέα στον οποίο αναφέρεται, όπως κοινωνική, ηθική, οικονομική, κλπ. Στην περίπτωση της οικονομικής επιστήμης, η οικονομική κρίση ορίζεται ως «το φαινόμενο κατά το οποίο μια οικονομία χαρακτηρίζεται από μια διαρκή και αισθητή μείωση της οικονομικής της δραστηριότητας, όπως είναι η απασχόληση, το εθνικό προϊόν, οι τιμές, οι επενδύσεις, κλπ.»¹.

Η κρίση αποτελεί μια κατάσταση ενός παγκόσμιου κεφαλαιοκρατικού συστήματος, και βασίζεται στην αρχή της μεγιστοποίησης του κέρδους (Μανιάτης, 2012). Ενώ, σύμφωνα με τον Piketty (2014), η κρίση οφείλεται στην ανύπαρκτη βελτίωση του εισοδήματος του μεγαλύτερου μέρους του πληθυσμού, σε σχέση με την αύξηση του εισοδήματος των λίγων.

Από τις αρχές του περασμένου αιώνα μέχρι και σήμερα οι σημαντικότερες παγκόσμιες οικονομικές κρίσεις ήταν:

¹Κουφόρης Γ.,(2010) , «Η παγκόσμια οικονομική κρίση και οι χρηματιστηριακές αγορές», *Περιοδικό Χρήμα*, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2010

- **1929:** μια κρίση υπερπαραγωγής που οδήγησε στην αρχή του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, ο οποίος αποτέλεσε και την επίλυση της
- **1970:** μια πετρελαϊκή κρίση, η οποία ξεκίνησε με άνοδο των τιμών του πετρελαίου, η οποία αύξησε το κόστος παραγωγής και τις τιμές των προϊόντων του, μείωσε τη συνολική ζήτηση και τις επενδύσεις, και βύθισε την παγκόσμια οικονομία σε ύφεση
- **1987:** μια κρίση που ξεκίνησε από τις Η.Π.Α. και χαρακτηρίστηκε από την μεγαλύτερη πτώση του χρηματιστηρίου της Νέας Υόρκης (22%), και επεκτάθηκε και στις υπόλοιπες χώρες του κόσμου
- **1997:** μια κρίση που ξεκίνησε από τις αναπτυσσόμενες χώρες της Ανατολικής Ασίας και την Βραζιλία, και οξύνθηκε όταν η Ρωσία ανέστειλε την εξόφληση των κρατικών ομολόγων της
- **2001:** μια κρίση που ξεκίνησε όταν «έσκασε η φούσκα» των μετοχών εταιρειών υψηλής τεχνολογίας και κατέρρευσε η οικονομία της Αργεντινής

Η πιο πρόσφατη οικονομική κρίση εκδηλώθηκε το 2007 στις Η.Π.Α. ως χρηματοπιστωτική κρίση και επιδεινώθηκε το 2008, όταν κατέρρευσε η Lehman Brothers. Λόγω της παγκοσμιοποίησης και της διασύνδεσης των οικονομιών, η κρίση αυτή, εξελίχθηκε ραγδαία σε παγκόσμια οικονομική κρίση, προκαλώντας τη μεγαλύτερη οικονομική ύφεση και δημοσιονομική επιδείνωση στις περισσότερες χώρες του κόσμου, με τις επιπτώσεις της να είναι δυσμενείς για όλες τις οικονομίες. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται τα κύρια αιτία της κρίσης, τα οποία είναι²:

- Η υπερβολική χρήση δανειακών κεφαλαίων
- Η ραγδαία εξάπλωση, κυρίως στις Η.Π.Α., στεγαστικών δανείων υψηλού κινδύνου
- Η διασπορά του κινδύνου από τους ισολογισμούς των τραπεζών στο μεγαλύτερο μέρος του πλανήτη μέσω τιτλοποιημένων πακέτων που πωλούνταν ως ομόλογα
- Η σχέση αλληλεξάρτησης μεταξύ των οίκων αξιολόγησης πιστοληπτικού κινδύνου και των τραπεζών
- Το σύστημα των πρόσθετων αμοιβών των στελεχών του χρηματοπιστωτικού τομέα

²<http://www.euro2day.gr/news/world/article/304151/hardoyvelhs-shmantikh-h-trehoysa-pistotikh-krish.html>

- Το ανεπαρκές κανονιστικό και ελεγκτικό πλαίσιο των χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων και των οίκων αξιολόγησης σε εθνικό και διεθνές επίπεδο
- Η σχέση των πολιτικών εξουσιών με την οικονομική ολιγαρχία και τις χρηματοπιστωτικές εταιρείες

Η κρίση του 2008, έλαβε μεγάλες διαστάσεις διότι η παγκόσμια οικονομία, εκτός από τα προβλήματα που αντιμετώπιζε στον χρηματοπιστωτικό τομέα, αντιμετώπιζε κι άλλα προβλήματα λόγω της ανόδου των τιμών των πρώτων υλών, και τις ανισοροπίες στην αγορά των ακινήτων, σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες παγκοσμίως. Το αποτέλεσμα ήταν ο χρηματοπιστωτικός τομέας να χάσει μέσα σε ένα χρόνο τρισεκατομμύρια δολάρια, εκατομμύρια άνθρωποι να χάσουν τα σπίτια τους, η ανεργία να εκτοξευθεί και ο αριθμός των φτωχών να αυξηθεί δραματικά.

Επιπλέον, την περίοδο εκείνη, για τη «διάσωση» του, το κεφαλαιοκρατικό σύστημα στράφηκε σε χώρες που οι κυβερνήσεις τους ήταν πίστευαν στην ελευθερία των αγορών, άρχιζαν να «σώζουν» με δημόσιο χρήμα τα πιστωτικά ιδρύματα και τις πολυεθνικές επιχειρήσεις, και να δημιουργούν αύξηση του δημοσίου ελλείμματος των προϋπολογισμών τους, και να μεταφέρουν μεγάλο μέρος των χρεών στους φορολογούμενους πολίτες. Αυτό συνέχισε να γίνεται, παρά το γεγονός ότι υποστηριζόταν ότι τα κρατικά ταμεία δεν άντεχαν περαιτέρω δαπάνες για την παιδεία, τις συντάξεις, την υγεία, κλπ., και θα έπρεπε να γίνουν περικοπές.

Τα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα, αφού διασώθηκαν με δημόσιο χρήμα, συνέχισαν να διατηρούν τη συμπεριφορά που είχαν και στο παρελθόν. Ενώ, παράλληλα, το πρόβλημα της άνιση κατανομής του εισοδήματος όλο και αυξάνεται. Το 1% του παγκόσμιου πληθυσμού κατέχει το 50% του παγκόσμιου πλούτου και η υπερβολική συγκέντρωση οικονομικών πόρων στα χέρια λίγων ανθρώπων συνεχίζεται απρόσκοπτα (Oxfam, 2014)³. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, η παγκόσμια οικονομία να βρίσκεται συνεχώς σε μια κατάσταση ύφεσης για «χάρη» των λίγων.

³<https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/bp-working-for-few-political-capture-economic-inequality-200114-en.pdf>

4.2. Η ελληνική οικονομική κρίση

Η οικονομική κρίση που αντιμετωπίζει, μέχρι και σήμερα, η Ελλάδα, ακολούθησε την παγκόσμια οικονομική κρίση του 2008, και ξεκίνησε ως μια κρίση χρέους του κράτους. Στις αρχές του 2010, η χώρα μας βρέθηκε σε μια κατάσταση χρεοκοπίας, αφού το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο αρνήθηκε την παροχή χρηματοδότησης προς τη χώρα, και το ελληνικό κράτος αδυνατούσε να πληρώσει τις υποχρεώσεις του (δάνεια) προς τις χώρες του εξωτερικού.

Το ελληνικό δημόσιο χρέος είχε αρχίσει να αυξάνεται από τα μέσα της δεκαετίας του '80 και συνέχισε και για τις επόμενες δύο δεκαετίες. Το 2001, με την ένταξη της Ελλάδας στη ζώνη του ευρώ, δημιουργήθηκε ένα κλίμα αισιοδοξίας. Παρόλα αυτά, όπως αποδείχθηκε εκ των υστέρων, η ένταξη της χώρας μας στη ζώνη του ευρώ έγινε με πολιτικά κριτήρια, και όχι με οικονομικά. Συγκεκριμένα, όπως αναφέρεται από την Τράπεζα της Ελλάδος, 2004⁴, η ένταξη της Ελλάδας στη νομισματική ένωση πραγματοποιήθηκε παρόλο που ούτε οι μακροοικονομικές ανισορροπίες, ούτε τα διαρθρωτικά προβλήματα είχαν αντιμετωπιστεί.

Το νέο περιβάλλον που δημιούργησε η ένταξη στην ευρωζώνη έδρασε θετικά στις προσδοκίες και σε συνδυασμό με τους Ολυμπιακούς Αγώνες το 2004, οδήγησε στην αύξηση της οικονομικής δραστηριότητας και τη δημιουργία της εντύπωσης στο λαό ότι η οικονομία είναι ισχυρή.

Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 1, κατά τη διάρκεια της περιόδου 2001 – 2008, η ελληνική οικονομία αναπτύχθηκε με μέσο ετήσιο ρυθμό 3,6%, κυρίως λόγω της εγχώριας ζήτησης και της ιδιωτικής κατανάλωσης. Ο πληθωρισμός διατηρούνταν σε χαμηλά επίπεδα για τα ελληνικά δεδομένα (περίπου 3,3% / έτος), αλλά υψηλός σε σχέση με το μέσο όρο της ευρωζώνης.

Κατά συνέπεια, η διεθνής ανταγωνιστικότητα υποχώρησε κατά 14%, και οι εισαγωγές αγαθών και υπηρεσιών αυξήθηκαν με μέσο όρο 4,5%, για την περίοδο

⁴Τράπεζα της Ελλάδος, (2014), "Το χρονικό της μεγάλης κρίσης", Κέντρο Πολιτισμού, Έρευνας και Τεκμηρίωσης, Αθήνα

2001 – 2007. Γεγονός το οποίο είχε σαν αποτέλεσμα να διευρυνθεί το έλλειμμα του ισοζυγίου της χώρας, το οποίο από 3% του ΑΕΠ την περίοδο 1994 – 1999, να αγγίζει το 14% του ΑΕΠ κατά το 2008. Όπως παρατηρείται και στον Πίνακα 2, το δημόσιο χρέος της Ελλάδας το 2001 ήταν στο 103,7%, παρουσίασε μια μικρή και προσωρινή πτώση κατά το 2004 όπου έφτασε το 98,6%, και κατέληξε το 2008 να αυξάνεται στο 112,9%. Το ίδιο διάστημα, εκτός από την αύξηση του χρέους, παρατηρείται και αρνητική εξέλιξη στο δημόσιο έλλειμμα το οποίο έφτασε στο 9,9% του ΑΕΠ και στο εμπορικό ισοζύγιο το οποίο ήταν στο 18,9% του ΑΕΠ.

Πίνακας 1: Μεταβολές βασικών μακροοικονομικών μεγεθών 2001-2008

Έτος	ΑΕΠ	Ιδιωτική κατανάλωση	Δημόσια κατανάλωση	Ακαθάριστες επενδύσεις κεφαλαίου	Μέσος αποδοχές στο σύνολο της οικονομίας (σε ονομαστικούς όρους)	Πληθωσιμότης	Ανεργία (% εργατικού δυναμικού)
2001	4,2	5,0	0,7	4,8	4,7	3,4	10,8
2002	3,4	4,7	7,2	9,5	6,6	3,6	10,3
2003	5,9	3,3	-0,9	11,8	5,6	3,5	9,7
2004	4,4	3,8	3,5	0,4	7,2	2,9	10,5
2005	2,3	4,5	1,1	-6,3	4,4	3,5	9,9
2006	5,5	4,4	3,1	14,9	5,7	3,2	8,9
2007	3,5	3,6	7,1	22,8	5,2	2,9	7,3
2008	-0,2	4,3	-2,6	-14,3	6,2	4,2	7,6
Μέσος ετήσιος ρυθμός:							
2001-2007	4,2	4,2	3,1	7,9	5,6	3,3	9,8
2001-2008	3,6	4,2	2,4	4,8	5,7	3,4	9,5

Πηγή: Τράπεζα της Ελλάδος, (2014), "Το χρονικό της μεγάλης κρίσης", Κέντρο Πολιτισμού, Έρευνας και Τεκμηρίωσης, Αθήνα

Όπως ήδη αναφέρθηκε, από το 2008, η παγκόσμια οικονομική κρίση άρχισε να επηρεάζει την ελληνική οικονομία. Κατά τη διάρκεια του 2009 και 2010, η χώρα μας «έζησε» πολλές αλλαγές και δύσκολες καταστάσεις, όπως αλλαγή της κυβέρνησης, αλλαγές στα δημοσιονομικά μεγέθη, αμφισβήτηση της εγκυρότητας των μεγεθών της, συνεχείς υποβαθμίσεις της πιστοληπτικής της ικανότητας, κλπ. Για του λόγους αυτούς, πραγματοποιήθηκε συμφωνία και έγκριση ενός προγράμματος διάσωσης της

χώρας μέσω της λήψης συγκεκριμένων μέτρων. Από το 2011 και ύστερα, οι αλλαγές αυτές, αλλά και οι αρνητικές εκβάσεις του προγράμματος συνεχίστηκαν.

Πίνακας 2: Ανταγωνιστικότητα – Δημοσιονομικά Μεγέθη 2001 – 2008 (σε ποσοστό (%) του ΑΕΠ)

Έτος	Ετήσια εκατοστιαία μεταβολή πραγματικής σταθμισμένης συναλλαγματικής ισοτιμίας (βάσει σχετικών τιμών καταναλωτή/βάσει σχετικού κόστους εργασίας)	Ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών	Εμπορικό ισοζύγιο αγαθών	Τραπεζική χρηματοδότηση νοικοκυριών (καταναλωτική πίστη)	Τραπεζική χρηματοδότηση επιχειρήσεων	Έσοδα γενικής κυβέρνησης	Δαπάνες γενικής κυβέρνησης	Καθαρός δανεισμός (έλλειμμα) γενικής κυβέρνησης	Δημόσιο χρέος
2001	1,1 / 0,7	-7,2	-14,8	5,4	34,3	40,9	45,4	-4,4	103,7
2002	2,6 / 4,0	-6,5	-14,5	6,2	35,1	40,3	45,1	-4,8	101,7
2003	5,5 / 4,0	-6,5	-13,1	7,2	35,4	39,0	44,7	-5,7	97,4
2004	1,9 / 4,3	-5,8	-13,7	9,2	38,6	38,1	45,5	-7,4	98,6
2005	-0,1 / 0,5	-7,6	-14,3	11,3	42,0	39,0	44,6	-5,6	100,0
2006	0,8 / 0,8	-11,4	-16,9	12,7	44,9	39,2	45,3	-6,0	106,1
2007	1,6 / 1,6	-14,6	-18,6	14,3	49,9	40,7	47,5	-6,8	107,4
2008	2,5 / 7,1	-14,9	-18,9	15,6	56,8	40,7	50,6	-9,9	112,9
Μέσο ετήσιο ποσοστό % του ΑΕΠ (ή ετήσιος μεταβολής):									
2001-2007	1,9* / 2,5*	9,1	-15,5	10,1	41,2	39,6	45,5	-5,8	102,2
2001-2008	2,0* / 3,1*	-9,8	-15,9	10,8	43,2	39,7	46,1	-6,3	103,5

Πηγή: Τράπεζα της Ελλάδος, (2014), "Το χρονικό της μεγάλης κρίσης", Κέντρο Πολιτισμού, Έρευνας και Τεκμηρίωσης, Αθήνα

Συγκεκριμένα, το πρώτο πρόγραμμα που υπογράφηκε απέτυχε, κι έτσι ζητήθηκε νέο πρόγραμμα βοήθειας ύψους 130 δις. Ευρώ, αναδιάρθρωση του χρέους, και επαναδιαπραγμάτευση των συμφωνηθέντων μέτρων βοήθειας. Μερικά από τα μέτρα βοήθειας ήταν η μείωση των εισοδημάτων, η αύξηση της φορολογίας, η συρρίκνωση του δημοσίου τομέα, οι ιδιωτικοποιήσεις και η πώληση δημόσιας περιουσίας.

Στο σημείο, όμως, αυτό, αξίζει να αναφερθούν οι κύριες αιτίες που οδήγησαν την χώρα στην ύφεση. Οι αιτίες αυτές είναι οι εξής:

- Χαμηλή παραγωγικότητα
- Χαμηλή ανταγωνιστικότητα
- Συρρίκνωση των παραγωγικών τομέων
- Συνεχής αύξηση των εισαγωγών

- Μείωση των εξαγωγών
- Διόγκωση του δημόσιου τομέα
- Υπερβολικός δανεισμός
- Φοροδιαφυγή
- Διαφθορά
- Ανεπάρκεια των πολιτικών ηγεσιών

Επιπλέον, παρά την σκληρή οικονομική ύφεση που διανύει η χώρα μας, θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα σκληρά μέτρα την έχουν μετατρέψει και σε κοινωνική, πολιτική και κρίση αξιών, με τις αιτίες τις να είναι βαθύτερες και να μας οδηγούν πολλά χρόνια πίσω. Οι συνέπειες της, όμως, είναι για την χώρα μας σχεδόν καταστροφικές. Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 3, από το 2012 έως και το 2016, η ελληνική οικονομία έχασε 17δισ. ευρώ.

Πίνακας 3: Βασικά μακροοικονομικά μεγέθη της ελληνικής οικονομίας 2012 – 2016

Μεγέθη / Έτος	2012	2013	2014	2015	2016
ΑΕΠ (τρέχουσες τιμές δις. €)	191,2	180,6	178,6	176,3	174,2
ΑΕΠ (σε τιμές αναφοράς για το 2010)	-7,3	-3,2	0,7	-0,3	-0,2
Ανεργία (%) του εργατικού δυναμικού)	24,4	27,5	26,5	24,9	23,5
Πληθωρισμός	1,5	-0,9	-1,3	-1,7	-0,8
Δημοσιονομικό Έλλειμμα (%) του ΑΕΠ)	-8,6	-12,2	-3,6	-5,7	0,6
Εμπορικό Ισοζύγιο (%) του ΑΕΠ)	-11,48	-10,91	-11,92	-10,12	-10,63

Δημόσιο Χρέος (% του ΑΕΠ)	156,9	174,9	179	176,8	180,8
Δημόσιο Χρέος (δισ. €)	304,69	320,5	319,7	311,7	315,1

Πηγή: *Ιδία Επεξεργασία, ΕΛ.ΣΤΑΤ.,*
http://www.statistics.gr/documents/20181/2810654/greek_economy_22_12_2017.pdf/08ba0a63-b385-491a-bd8f-636e7b17b721

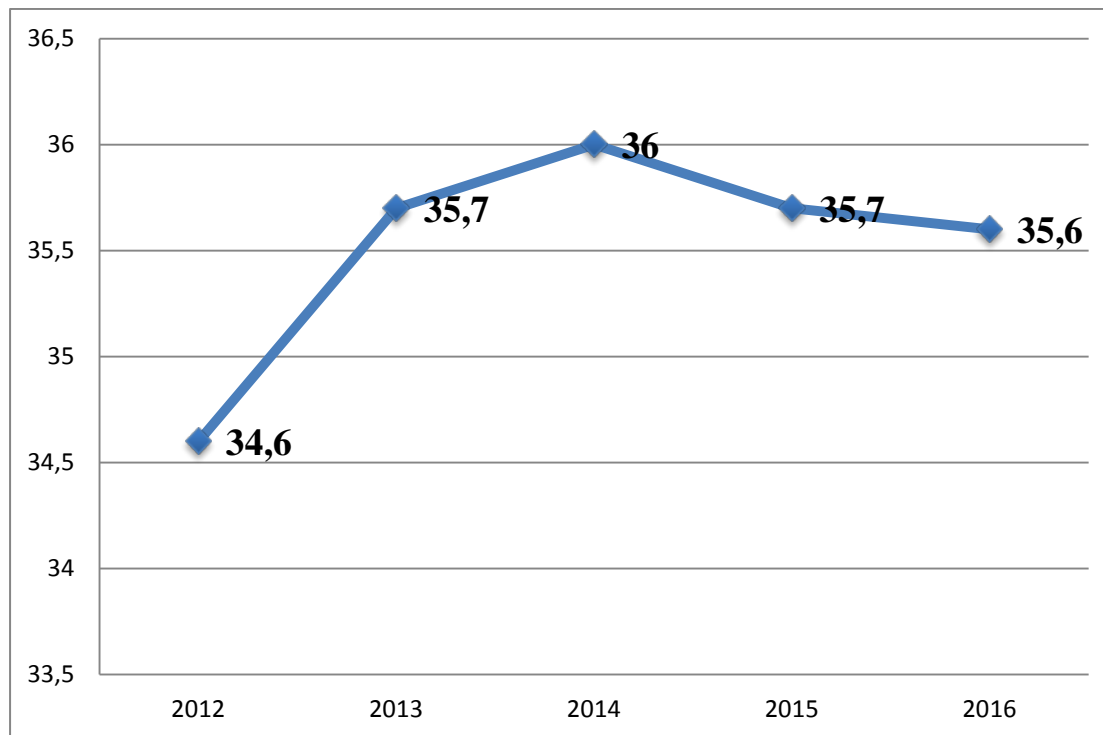
Η ύφεση που ξεκίνησε με ήπια μορφή το 2008, έλαβε ταχύτατα οξεία μορφή αγγίζοντας το 2012 το 7,3%. Στη συνέχεια, παρατηρείται μια αύξηση της τάξεως του 0,7% το 2014, αλλά μέχρι και το 2016 ο ρυθμός ανάπτυξης είναι αρνητικός. Αν και τα ελλείμματα, δημοσιονομικό και εμπορικό μειώθηκαν, παρατηρείται ότι το δημόσιο χρέος έχει αυξηθεί. Ο πληθωρισμός σταδιακά μειώθηκε και από το 2013 η οικονομία εισήλθε σε περίοδο αποπληθωρισμού. Η ανεργία έλαβε εκρηκτικές διαστάσεις και εκτοξεύθηκε στο 27,5% του εργατικού δυναμικού το 2013. Όμως, από το 2014 μέχρι και το 2016 η ανεργία παρουσιάζει κάμψη.

Συνεχίζοντας, δεν θα πρέπει να παραληφθεί να αναφερθεί το γεγονός ότι η κρίση έπληξε σφοδρά όλους του τομείς της χώρας, και οδήγησε σε μεγάλη μείωση των μισθών και των συντάξεων, με αποτέλεσμα την κατάρρευση μεγάλου μέρους της μεσαίας οικονομικής τάξης. Χιλιάδες επιχειρήσεις, κυρίως μικρομεσαίες, έκλεισαν, οι επενδύσεις μειώθηκαν, η βιομηχανική παραγωγή, ο κατασκευαστικός τομέας και ο τομέας των ακινήτων περιορίστηκαν δραστικά.

Λόγω της κρίσης, και των μέτρων λιτότητας, έχει δημιουργηθεί στη χώρα ένας φαύλος κύκλος χρεών μεταξύ του κράτους και των επιχειρήσεων και των νοικοκυριών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού να ζει σε συνθήκες φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, και να στερούνται ακόμα και μερικά από τα βασικά αγαθά, όπως είναι η τροφή, το νερό, η στέγη. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την ελληνική στατιστική αρχή, τα όρια της φτώχειας ανήλθαν σε 4512€ για ένα άτομο και 9475€ για δύο ενήλικα άτομα με δύο παιδιά κάτω των 14 ετών, με το

21,4% του πληθυσμού να βρίσκεται κάτω από τα όρια αυτά. Ενώ, το 35,6% του πληθυσμού βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού⁵.

Σχήμα 2: Ποσοστό πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας στην Ελλάδα 2012 - 2016



Πηγή: *Ιδία Επεξεργασία* <http://www.statistics.gr/documents/20181/0be9db06-57ca-4735-94a7-5ace22670a9c>

Κλείνοντας, αξίζει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με τον Ο' Brien, συντάκτη της Washington Post⁶, «Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα έχει τελειώσει, μόνο αν δεν ζεις εκεί». Συγκεκριμένα, ο αρθρογράφος δηλώνει ότι η Ελλάδα μπορεί να χρειαστεί ακόμα 10 χρόνια προκειμένου να βρεθεί στη θέση που ήταν πριν την οικονομική ύφεση. Η Ελλάδα εξακολουθεί να είναι 23,5% φτωχότερη από ότι το 2007. Ακόμα, σύμφωνα με άρθρο της Deutsche Welle⁷, στην Ελλάδα «η εξοντωτική πολιτική λιτότητας δεν έφερε τίποτα περισσότερο από εξαθλίωση και παρακμή. Καμιά άλλη χώρα της ΕΕ δεν έχασε με την κρίση το 1/4 της οικονομικής της δραστηριότητας,

⁵Κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικός αποκλεισμός: πληθυσμός που στερείται τουλάχιστον 4 από έναν κατάλογο 9 αγαθών / υπηρεσιών (π.χ. αδυναμία για αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών, αδυναμία για διατροφή, κλπ.)

⁶https://www.washingtonpost.com/news/wonk/wp/2018/04/26/greeces-economic-crisis-is-over-only-if-you-dont-live-there/?noredirect=on&utm_term=.d4363bc9ee7b

⁷<http://www.news247.gr/oikonomia/germanikos-typos-i-krisi-stin-ellada-eiche-tis-idies-epiptoseis-me-enan-polemo.6572437.html>

όπως συμβαίνει συνήθως σε έναν πόλεμο, σε καμιά άλλη η ανεργία και η φτώχεια δεν έφτασαν σε τόσο υψηλό σημείο, δεν καταστράφηκε σε τέτοιο βαθμό το κοινωνικό σύστημα».

4.3. Η κρίση των συστημάτων υγείας

Η ανάπτυξη των υγειονομικών συστημάτων και η βελτίωση της υγείας βασίζεται καθοριστικά στις καλές κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες της εκάστοτε χώρας (Μάντη, Τσελέπη, 2000). Παρόλα αυτά, τα διαθέσιμα στοιχεία του ΟΟΣΑ δείχνουν ότι οι ΗΠΑ παρόλο που έχουν υψηλότερο κατά κεφαλήν εισόδημα, παρουσιάζουν χειρότερους δείκτες υγείας, συγκριτικά με χώρες όπως η Κίνα και οι χώρες της κεντρικής Αμερικής, που έχουν χαμηλότερο κατά κεφαλήν εισόδημα. Από την άλλη, όμως, στις χώρες του Τρίτου Κόσμου, ο μέσος όρος προσδόκιμου ζωής είναι κατά 20 χρόνια μικρότερος από αυτόν στις ανεπτυγμένες χώρες. Προκύπτει, λοιπόν, ότι το ΑΕΠ δεν μπορεί να αποτελέσει τον μόνο δείκτη για την σωστή αξιολόγηση της υγείας μιας χώρας.

Γενικά, όμως, η οικονομική κρίση, και οι αλλαγές στην οικονομία, οδηγούν σε προβλήματα, όπως είναι η ανεργία, η μείωση του εισοδήματος, η ανασφάλιστη εργασία, με αποτέλεσμα την αρνητική επίδραση τους και στην υγεία του πληθυσμού, αλλά και στα συστήματα υγείας. Και αυτό γιατί, τα βιώσιμα συστήματα υγείας απαιτούν ανθρώπινους και οικονομικούς πόρους, ώστε να μπορούν να διαθέσουν στους πολίτες εξοπλισμό, χώρους, φάρμακα και αναλώσιμα. Για να εξασφαλιστούν αυτοί οι πόροι υπάρχουν τρεις επιλογές:

- Μείωση ή Διατήρηση του υπάρχοντος κόστους
- Αύξηση της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας
- Και τα δύο

Ήδη από τη δεκαετία του '70 έχει διατυπωθεί η ανάγκη για μείωση του κόστους στις υπηρεσίες υγείας. Πλέον, όμως, διατυπώνεται παράλληλα και η ανάγκη για αύξηση της χρηματοδότησης τους, ώστε η υγειονομική περίθαλψη να καταστεί βιώσιμη (Mossialos, et. al., 2002).

Σε περιόδους οικονομικής κρίσης, τα συστήματα υγείας αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα με την χρηματοδότηση τους, λόγω της μείωσης του προϋπολογισμού για την υγεία. Ταυτόχρονα, παρατηρούνται και μειώσεις στον προϋπολογισμό για την ασφάλιση και τις ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας (Appleby, 2008).

Η έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, το 2009⁸, επιβεβαιώνει ότι όταν το εισόδημα δέχεται μειώσεις, η ζήτηση για δημόσιες υπηρεσίες αυξάνεται, ενώ για τις ιδιωτικές μειώνεται, με ταυτόχρονη μείωση και των εσόδων τους, καθώς οι πολίτες κατευθύνονται προς τον δημόσιο τομέα υγείας, που είναι διαθέσιμος σε χαμηλότερο κόστος. Για τον λόγο αυτό, εάν δεν εξασφαλιστεί επαρκής οικονομική στήριξη στη δημόσια υγεία, η ποιότητα της θα χειροτερεύσει. Επιπλέον, η μείωση του προϋπολογισμού και των δαπανών για την υγεία θα μπορούσε να αποδειχθεί μοιραία, δεδομένου ότι κατά την διάρκεια μιας ύφεσης οι ανάγκες για υγειονομική περίθαλψη, όπως η ψυχική υγεία, οι επιδημίες, η θνησιμότητα, κλπ., αυξάνονται.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η υγεία απαιτεί τη χρήση σημαντικών οικονομικών πόρων, ιδίως στις ανεπτυγμένες χώρες. Οι πόροι που απαιτούνται για την υγεία αποτελούν πρόβλημα για την εκάστοτε χώρα, αλλά και απαραίτητη προϋπόθεση για την κοινωνική ευημερία και ανάπτυξη. Στο Σχήμα 3 απεικονίζεται μία συνοπτική περιγραφή πώς επηρεάζει η κοινωνική ευημερία τα συστήματα υγείας, αλλά και την υγεία των πολιτών.

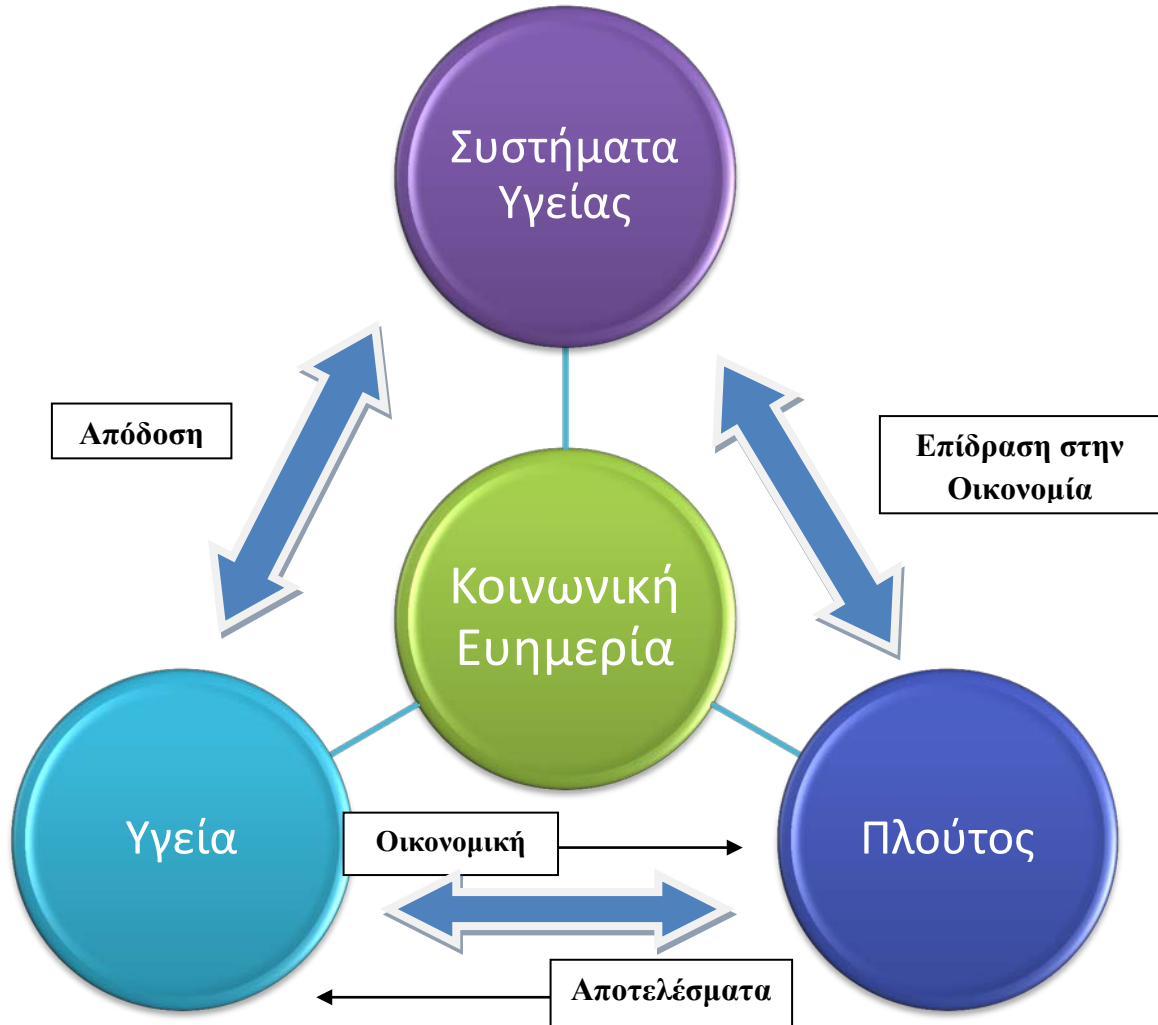
Οι πόροι χρηματοδότησης καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό από τη μορφή του συστήματος υγείας, ελεύθερο ή δημόσιο. Στην περίπτωση όπου το σύστημα είναι ελεύθερο, τότε το μεγαλύτερο μέρος των απαιτούμενων οικονομικών πόρων προέρχονται από ιδιωτικούς φορείς και τους ίδιους τους ασθενείς. Από την άλλη, στην περίπτωση που το σύστημα είναι δημόσιο, οι απαιτούμενοι πόροι προέρχονται από τον κρατικό προϋπολογισμό και την κοινωνική ασφάλιση των υπαλλήλων.

Σήμερα, λόγω της παγκόσμιας κρίσης, η υγεία, σε όλο τον κόσμο, αντιμετωπίζει σημαντικές οικονομικές δυσκολίες και προβλήματα. Τα συστήματα υγείας, με βάση τα σύγχρονα δεδομένα, απαιτούν συνεχώς πόρους, οι οποίοι ολοένα αυξάνονται. Η

⁸http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009_financial_crisis_report_en_.pdf

συνεχής αυτή αύξηση των πόρων, αλλά και οι οικονομικές δυσκολίες, οδήγησαν την υγεία σε μια κρίση, κατά την οποία τέθηκαν σε κίνδυνο η κοινωνική και οικονομική ευημερία (Μωραΐτης, κ.α., 1986).

Σχήμα 3: Επιρροή κοινωνικής ευημερίας στα συστήματα υγείας



Πηγή: Ιδία Επεξεργασία, Οικονόμου (2014)

Οι αδυναμίες που παρουσίασαν τα συστήματα υγείας, κατά τη διάρκεια της κρίσης, υπονόμισαν την αξιοπιστία τους και προκάλεσαν δυσπιστία και αμφισβήτηση. Για το λόγο αυτό, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας πραγματοποίησε μια πλήρη επιστημονική πρόταση, με σαφή στροφή προς την φροντίδα της υγείας. Η πρόταση αυτή αφορά μια νέα φιλοσοφία για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας και στηρίζεται στην προσπάθεια για βελτίωση του επιπέδου υγείας. Στην κατάσταση αυτή απαιτείται η ενεργής συμμετοχή των πολιτών, αλλά και οι συντονισμένες κινήσεις των κοινωνικών οργανώσεων, και της κοινωνίας γενικότερα.

Μέσα σ' αυτό το σταδιακά διαμορφωμένο κλίμα πρέπει να αναφερθεί ότι η οικονομική κρίση προκαλεί σκέψεις για διαρθρωτικές αλλαγές στον τομέα της υγείας και της φροντίδας, στην ανασυγκρότηση της ασφάλισης της υγείας και στην αποτελεσματική κατανομή των οικονομικών πόρων. Η οικονομική κρίση μπορεί να αποτελέσει την αρχή για μια πλήρη αναδιοργάνωση των συστημάτων υγείας, για την οποία απαιτείται η αναγνώριση των κανόνων λειτουργίας κάθε συστήματος, τον έλεγχο της αξιοπιστίας τους και τη σύνδεση του ιδιωτικού με τον δημόσιο τομέα.

Λόγω της διαρκούς κρίσης, η ζήτηση και η χρήση των συστημάτων υγείας, αναμένεται να αυξηθεί, με αποτέλεσμα να αυξάνονται, ταυτόχρονα, και οι πιέσεις για αποδοτικότερα συστήματα υγείας. Σύμφωνα με εκτιμήσεις του υπουργείου Υγείας, ήδη σημειώνεται αύξηση περίπου 20% στη χρήση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, ενώ παρατηρείται μια μείωση κατά 15% στη χρήση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας.

Η αύξηση αυτή, παράλληλα με την οικονομική κρίση και της έλλειψη πόρων για την υγεία, θα αυξήσουν το έλλειμμα των δημόσιων νοσοκομείων και θα εντείνουν τις δυσκολίες στην εξυπηρέτηση του πληθυσμού. Παρόλα αυτά, οι δομές κοινωνικής προστασίας απορροφούν σημαντικό μέρος της έντασης που προκύπτει στον τομέα της υγείας, με αποτέλεσμα να μην αναμένονται δραματικές επιπτώσεις στην υγεία του ελληνικού πληθυσμού (Αγγελοπούλου, 2010).

4.3.1. Οι αδυναμίες των συστημάτων υγείας

Σύμφωνα με τον Αλεξιάδη (2003), το σύστημα υγείας της Ελλάδας παρουσιάζει ορισμένες αδυναμίες, οι οποίες συνοψίζονται ως εξής:

- Έλλειψη οργανωμένης φροντίδας υγείας
- Έλλειψη υποδομών και υπηρεσιών στα νοσοκομεία
- Έλλειψη ιατρικού και προσωπικού στα νοσοκομεία
- Έλλειψη ανθρωπίνων πόρων στις απομακρυσμένες περιοχές
- Μειωμένη χρηματοδότηση του συστήματος
- Ανεπαρκή διοίκηση, γραφειοκρατία και έλλειψη μηχανογράφησης
- Αδυναμία συντήρησης των μέσων

- Αδυναμία απόκτησης μέσων νέας τεχνολογίας
- Έλλειψη ελέγχου και αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών
- Έλλειψη συνεχούς επιμόρφωσης των επαγγελματιών υγείας

Τα συστήματα υγείας, σήμερα, δεν ανταποκρίνονται στις υψηλές ανάγκες του πληθυσμού της χώρας. Οι υπηρεσίες που συνδέονται με την υγεία, αλλά και οι επαγγελματίες υγείας δεν ασχολούνται ουσιαστικά με τους πολίτες. Αντιθέτως, βρίσκονται αντιμέτωποι με την γραφειοκρατία, την σημαντική έλλειψη εγκαταστάσεων, μέσων και υποδομών, την έλλειψη προσωπικού, κλπ., στοιχεία που δεν ευνοούν τις ήρεμες και αξιοπρεπείς συνθήκες εργασίας. Αν η Ελλάδα επιθυμεί να αναπτύξει μια οργανωμένη πολιτική υγείας και να αξιοποιήσει αποτελεσματικά τους όποιους διαθέσιμους πόρους για την περίθαλψη όσων έχουν ανάγκη, είναι ουσιαστικό να δημιουργήσει μια πολιτική για την ανάπτυξη του κλάδου της δημόσιας υγείας και όσων τον υπηρετούν.

4.4. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας

Κατά τη διάρκεια της οικονομικής ύφεσης, η χώρα μας εντάχθηκε σε ένα πρόγραμμα διάσωσης, με δανειακές συμβάσεις και «μνημόνια», στα οποία συμπεριλαμβάνεται και ο τομέας της υγείας, με σκοπό την εφαρμογή μέτρων για τον εκσυγχρονισμό του, αλλά ταυτόχρονα και για την μείωση των οικονομικών πόρων που προσφέρονται σε αυτόν. Τα σημαντικότερα μέτρα που τέθηκαν για τον τομέα της υγείας στην χώρα μας είναι:

- Διαφοροποίηση των ασφαλιστικών ταμείων υγείας από το συνταξιοδοτικό ταμείο
- Δημιουργία Συντονιστικού Συμβουλίου στο Υπουργείο Υγείας, με σκοπό να διαμορφωθούν ενιαίοι κανόνες αγοράς των υπηρεσιών υγείας και να οριστούν κριτήρια για τη σύναψη συμβάσεων με τους παρόχους υγείας (Ν. 3863/2010)
- Θέσπιση της ολόημερης λειτουργίας των νοσοκομείων μέσω της επέκτασης της λειτουργίας των εξωτερικών ιατρείων και των διαγνωστικών εξετάσεων, δίνοντας ο ασθενής ένα συμβολικό ποσό (Ν. 3868/2010)

- Υποχρεωτική ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων (Ν. 3892/2010)
- Δημιουργία Συντονιστικής Επιτροπής Προμηθειών η οποία, θα καθορίζει πού, πότε και πώς θα γίνονται οι διαγωνισμοί
- Εξοικονόμηση πόρων μέσω του περιορισμού και της μείωσης των αποδοχών και του αριθμού των εργαζομένων στον κλάδο υγείας
- Θεσμοθέτηση δημοσιονομικής και λειτουργικής επίβλεψης των δαπανών υγείας από το Υπουργείο Οικονομικών
- Δημοσίευση ελεγμένων λογαριασμών των νοσοκομείων και βελτίωση των μηχανισμών κοστολόγησης και τιμολόγησης
- Προώθηση και ολοκλήρωση του προγράμματος μηχανοργάνωσης των νοσοκομείων με την αναβάθμιση των συστημάτων διοίκησης, λογιστικής και χρηματοοικονομικής διαχείρισης
- Δημοσίευση μηνιαίων στατιστικών στοιχείων των νοσοκομείων
- Αναδιάταξη των νοσοκομειακών μονάδων με στόχο τη βέλτιστη αξιοποίηση των πόρων και την αποδοτικότερη και αποτελεσματικότερη λειτουργία των μονάδων
- Καθορισμός επτά Υγειονομικών Περιφερειών, τα γεωγραφικά όρια των οποίων ταυτίζονται με τα όρια των επτά Αποκεντρωμένων Διοικήσεων της χώρας

Επιπλέον, κατά τη διάρκεια της κρίσης, δημιουργήθηκε ένα ολοκληρωμένο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας της υγείας, στο οποίο δόθηκε έμφαση στην ποιότητα και στη συνεχή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι σημαντικότερες παρεμβάσεις που πραγματοποιήθηκαν είναι⁹:

- Με το Ν.3918/2011 συστήθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), ως νέο Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου, με σκοπό την ισότιμη πρόσβαση όλων των εν ενεργεία ασφαλισμένων, συνταξιούχων και των προστατευομένων μελών τους, σε ένα ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, που έχει ως απώτερο σκοπό την βελτίωση και την προστασία της υγείας μέσω της παροχής αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας. Με τον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. καθορίστηκαν οι

⁹ Αιτιολογική Έκθεση Υπουργείου Υγείας, «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις»

παροχές υγείας σε είδος, η έκταση, το ύψος, ο τρόπος και η διαδικασία χορήγησής τους, καθώς και ο τρόπος αποζημίωσης της σχετικής δαπάνης. Η χρηματοδότηση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. προέρχεται από την επιχορήγηση του Κρατικού Προϋπολογισμού, τις ασφαλιστικές εισφορές ασφαλισμένων – εργοδοτών και την εισφορά των συνταξιούχων

- Στις αρχές του 2014, ύστερα από δύο χρόνια λειτουργίας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και τα προβλήματα που παρουσιάστηκαν, έγινε η δεύτερη σημαντική παρέμβαση στη λειτουργία της υγείας. Με το Ν.4238/2014, στα πλαίσια του Ε.Σ.Υ. συστήθηκε το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), η λειτουργία του οποίου εντάχθηκε στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών της χώρας και ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. μετατράπηκε αποκλειστικά σε αγοραστή υπηρεσιών υγείας. Σκοπός του Π.Ε.Δ.Υ. είναι η παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική, επαγγελματική, ασφαλιστική του κατάσταση και τον τόπο κατοικίας. Τέλος, με τον νόμο καθιερώνεται ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού, ο οποίος θα παρέχει τις βασικές υπηρεσίες υγείας στον πολίτη

Παρόλο που ο τομέας της υγείας αντιμετώπιζε σοβαρά προβλήματα και πριν από την οικονομική κρίση, οι συνεχείς μεταρρυθμίσεις, τα μέτρα βοήθειας και η μείωση των δαπανών είχαν πολύ σοβαρές επιπτώσεις στην λειτουργία και την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας της Ελλάδας. Οι σημαντικότερες από αυτές είναι:

- Η μετάβαση σε μικρό χρονικό διάστημα από την ασφαλιστική κάλυψη για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σχεδόν του συνόλου του πληθυσμού στην ύπαρξη 3 εκατομμυρίων ανασφάλιστων πολιτών, λόγω της αύξησης της ανεργίας και της ανασφάλιστης εργασίας
- Η αύξηση της φτώχειας και η μείωση των εισοδημάτων έχει οδηγήσει στον περιορισμό των δαπανών για την υγεία
- Η μείωση του αριθμού των νοσοκομείων και των κλινών
- Η απρόοπτη μείωση των δαπανών, οδήγησε σε υποβάθμιση της ποιότητας και της ποσότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, τη στιγμή που αυξήθηκε η ζήτηση δημόσιων υπηρεσιών υγείας

Οι εξελίξεις αυτές είχαν ως αποτέλεσμα να χαθεί η εμπιστοσύνη των πολιτών ως προς τη λειτουργία των συστημάτων υγείας, λόγω της αδυναμίας τους να προσφέρουν επαρκώς σε όλους τους πολίτες τις απαραίτητες υπηρεσίες υγείας.

Ταυτόχρονα, η οικονομική κρίση επηρέασε αρνητικά και τον ιδιωτικό τομέα. Η οικονομική ύφεση, σε συνδυασμό με τη μείωση των δαπανών για την υγεία, επηρέασε σε σημαντικό βαθμό τον τομέα, ο οποίος πριν τη κρίση παρουσίαζε ανάπτυξη.

Η εφαρμογή της πολιτικής της ακραίας λιτότητας και των μεταρρυθμίσεων σε σύγκριση με τις συνθήκες που επικρατούσαν στον τομέα της υγείας πριν από την κρίση και κυρίως σε σχέση με τον σκοπό των συστημάτων υγείας, δηλαδή την ολοκληρωμένη και ισάξια υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού, φανερώνουν το μέγεθος του προβλήματος που αντιμετωπίζει η χώρα στον τομέα της υγείας¹⁰.

Ως προς τις επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία, η διεθνής εμπειρία έχει δείξει ότι οι οικονομικές κρίσεις επηρεάζουν αρνητικά το επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Εκτιμάται ότι η κρίση θα οδηγήσει σε πτώση το προσδόκιμο ζωής του πληθυσμού στη χώρα. Ήδη επιστημονικές μελέτες αποτυπώνουν τις επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού της χώρας. Η ανεργία, η ανασφάλιστη εργασία, η αβεβαιότητα και η ανασφάλεια για το μέλλον, καθώς και ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι στοιχεία που έχουν επηρεάσει τη ψυχική και σωματική υγεία των πολιτών, και τα οποία θα αναλυθούν περαιτέρω σε επόμενο κεφάλαιο.

¹⁰<http://www.tovima.gr/opinions/article/?aid=746751>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

Η ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ – ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η σχέση της οικονομίας με την υγεία έχει τεκμηριωθεί αρκετές φορές. Είναι γεγονός ότι «η φτώχεια γεννά την ασθένεια, ενώ ο πλούτος την υγεία». Σε παγκόσμιο επίπεδο, σύμφωνα με μελέτες, έχει αποδειχθεί ότι υπάρχει ξεκάθαρη σχέση μεταξύ της οικονομίας της χώρας και της υγείας του πληθυσμού (Τούντας, 1999).

Αναλυτικότερα, η αύξηση του εισοδήματος και η ευημερία οδηγεί σε αναβάθμιση της υγείας, καθώς δίνεται η δυνατότητα στον πληθυσμό να έχει καλύτερη κατοικία, ασφαλέστερο και πιο υγιεινό περιβάλλον, επαρκή διατροφή, κλπ., στοιχεία που σχετίζονται με την καλή υγεία. Ταυτόχρονα, η ευημερία δίνει τη δυνατότητα για περισσότερους πόρους για περίθαλψη και πρόληψη της υγείας (World Bank, 1993). Αντιθέτως, η ανεργία, η ανασφάλιστη εργασία, η μείωση των εισοδημάτων έχουν σημαντική αρνητική επίδραση στην υγεία, γιατί τόσο οι διαθέσιμοι πόροι των πολιτών δεν επαρκούν για να καλύψουν όλες τις βασικές τους ανάγκες, αλλά και οι πόροι του κράτους που δαπανούνται στην υγεία είναι μειωμένοι.

Ειδικότερα, έχει αποδειχθεί ότι η ανεργία συνδέεται με αρνητικές ψυχολογικές καταστάσεις της υγείας, όπως είναι το άγχος και η κατάθλιψη, αλλά και με καρδιαγγειακά προβλήματα (Burchell, 1994). Επιπλέον, η ανασφάλεια στην εργασία, η απώλεια της, αλλά και η ανασφάλιστη εργασία μπορεί να προκαλέσει ψυχολογικά προβλήματα, όπως κατάθλιψη, αλλά και να οδηγήσει στην υιοθέτηση ενός ανθυγιεινού τρόπου ζωής, με ανεπαρκή διατροφή, εξάρτηση σε ουσίες, όπως το κάπνισμα και το αλκοόλ (Stuckler et al., 2009).

Οι αρνητικές συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην υγεία, μπορούν να κατανεμηθούν διαφορετικά, ανάλογα με την κοινωνική θέση που βρίσκονται οι πολίτες. Συγκεκριμένα, τα άτομα που βρίσκονται σε χαμηλή οικονομική κατάσταση έχουν περισσότερες πιθανότητες να αποκτήσουν ψυχικά προβλήματα και διαταραχές, σωματικά νοσήματα, ακόμα και να κινδυνέψουν από πρόωρο θάνατο, λόγω των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν με το εισόδημα τους και την ικανοποίηση των βασικών τους αναγκών (Bartley, 1997).

Επιπρόσθετα, εκτός όμως από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι στον τομέα της εργασίας τους, οι οποίες επηρεάζουν δραματικά την υγεία τους, κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης έχουν να αντιμετωπίσουν και θέματα εκτός εργασίας. Πιο αναλυτικά, οι αρνητικές επιρροές της ύφεσης δοκιμάζουν τις κοινωνικές σχέσεις, όπως η οικογένεια, ο γάμος, οι φίλοι. Οι δυσκολίες και η πίεση που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι στον οικονομικό τομέα, επιδρούν στην «ταυτότητα» του, ανατρέπουν την κοινωνική του θέση και ματαιώνουν τα σχέδια του για τη ζωή. Κατά συνέπεια, το άτομο κυριεύεται από ένα αίσθημα απογοήτευσης, απελπισίας και απόγνωσης, στοιχεία που βοηθούν στην χειροτέρευση της υγείας του.

Γίνεται, λοιπόν, κατανοητό ότι η σχέση της υγείας με την οικονομία είναι ιδιαίτερα σημαντική και αποκτά έντονη βαρύτητα ιδίως όταν υπάρχουν οικονομικές ανισότητες και εισοδηματικές διαφορές (Jones, Nicholas, 2004).

5.1. Η επίδραση της κρίσης στην υγεία των πολιτών

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η οικονομική κρίση «χτύπησε» ξαφνικά την χώρα μας, μετά από μια περίοδο ανάπτυξης και πλούτου. Το γεγονός αυτό, ανάγκασε τους πολίτες της να προσαρμοστούν γρήγορα σε μια κατάσταση λιτότητας. Η ζωή τους άλλαξε δραματικά, τα σχέδια τους και οι προτεραιότητες τους ανασυντάχθηκαν, και όλα αυτά σε ένα σύντομο χρονικό διάστημα. Χρόνο με το χρόνο, και καθώς η ύφεση συνέχιζε, πολλοί οδηγήθηκαν στην ανεργία, τη φτώχεια, την αδυναμία να καλύψουν τις βασικές τους ανάγκες και την υγεία τους.

Υπό αυτές τις συνθήκες, η υγεία των πολιτών μπορεί να κλονιστεί σημαντικά, τόσο σε ψυχικό επίπεδο, όσο και σε σωματικό. Οι ραγδαίες αλλαγές στη ζωή των ανθρώπων, η υιοθέτηση κακών συνηθειών και η αδυναμία κάλυψης των βασικών τους αναγκών μπορούν να οδηγήσουν σε:

- Αύξηση των ψυχικών διαταραχών, όπως κατάθλιψη, άγχος, τάσεις αυτοκτονίας, κλπ.
- Αύξηση των θανάτων από διάφορες αιτίες, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα, αναπνευστικά προβλήματα, εθισμούς, κλπ.
- Αύξηση των βρεφικών θανάτων λόγω της μείωσης της χρηματοδότησης στον τομέα της υγείας

Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί παγκοσμίως επιβεβαιώνουν αυτά τα στοιχεία. Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με τους Buffel, Van de Velde και Bracke (2015), οι οποίοι εφάρμοσαν ένα πλαίσιο πολλαπλών επιπέδων στα δεδομένα της Ευρωπαϊκής Κοινωνικής Έρευνας, από το 2006 και το 2012 του ευρωπαϊκού κοινωνικού απολογισμού, αξιολόγησαν την κρίση με αυξήσεις των ποσοστών ανεργίας, ελέγχοντας ταυτόχρονα τις οικονομικές συνθήκες πριν από την κρίση. Τα αποτελέσματα έδειξαν μια θετική σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και της αύξησης των εθνικών ποσοστών ανεργίας. Η σχέση αυτή μπορεί να αποδοθεί μόνο εν μέρει στην αύξηση του αριθμού των ανέργων και εκείνων που απασχολούνται σε μη τυπικές συνθήκες εργασίας, με εξαίρεση τους αυτοαπασχολούμενους και τις γυναίκες που εργάζονται με μερική απασχόληση. Το φαινόμενο της κρίσης είναι πιο έντονο στους άνδρες και σε άτομα ηλικίας μεταξύ 35 και 49 ετών. Επιπλέον, στις χώρες που έχουν επηρεαστεί περισσότερο, η κρίση άλλαξε τη σχέση μεταξύ της μερικής απασχόλησης και της κατάθλιψης, μεταξύ της κατάθλιψης και ορισμένων υποκατηγοριών των ανέργων (ψάχνουν για δουλειά ή δεν ψάχνουν) και μεταξύ της κατάθλιψης και των μη απασχολούμενων.

Επιπλέον, οι Rajmil, Siddiqi, Taylor-Robinson και Spencer (2015), θέλησαν να διερευνήσουν τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία των παιδιών χρησιμοποιώντας την Ισπανία ως μελέτη περίπτωσης και να αξιολογήσουν τις πολιτικές που εφαρμόζονται. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα ποσοστά ανεργίας στον γενικό πληθυσμό (8,7% το 2005 και 25,6% το 2013) και τα παιδιά που ζουν σε ανέργους (5,6% και 13,8%) αυξήθηκαν κατά την περίοδο της μελέτης. Το ποσοστό

των παιδιών που ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας και οι εισοδηματικές ανισότητες αυξήθηκαν κατά 15-20% από το 2005 έως το 2012. Ο βαθμός έντονης υλικής στέρησης έχει επιδεινωθεί σε οικογένειες με πρωτοβάθμια εκπαίδευση, ενώ ο αριθμός των οικογενειών που συμμετέχουν σε μη κυβερνητικές οργανώσεις έχει αυξηθεί. Δεν έχει επί του παρόντος εντοπιστεί αντίκτυπος στην υγεία των παιδιών σε γενικό πληθυσμό. Εντούτοις, στις ευάλωτες ομάδες διαπιστώθηκε αντίκτυπος στη γενική υγεία, την ψυχική υγεία και τη χρήση υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Οι επενδύσεις στην κοινωνική προστασία και τη δημόσια πολιτική για τα παιδιά παρουσίασαν μείωση ως μέρος των μέτρων λιτότητας που έλαβαν οι ισπανικές κυβερνήσεις. Παρά τις επιπτώσεις στους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες, οι βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις στην υγεία των παιδιών έχουν εντοπιστεί μόνο σε συγκεκριμένες ευάλωτες ομάδες. Τα ευρήματα υποδεικνύουν την ανάγκη να προστατευθούν επείγοντως οι ευάλωτες ομάδες παιδιών από τις επιπτώσεις της λιτότητας.

Ακόμη, στο άρθρο «The influence of the economic crisis on the association between unemployment and health: an empirical analysis for Spain», των Urbanos-Garrido και Lopez-Valcarcel, θέλησαν να εκτιμήσουν τον αντίκτυπο της ανεργίας, ιδιαίτερα της μακροπρόθεσμης, στη συνολική και ψυχική υγεία του ισπανικού πληθυσμού σε ηλικία εργασίας και να ελεγχθεί εάν οι επιπτώσεις της ανεργίας στην υγεία έχουν αυξηθεί ως συνέπεια της οικονομικής κρίσης. Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν μια μέθοδο εκτίμησης διαφορών μεταξύ των δύο περιόδων (2006 και 2011-2012) για να ελεγχθούν αν οι επιπτώσεις της ανεργίας στην υγεία εξαρτώνται από το οικονομικό πλαίσιο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ανεργία έχει σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις τόσο για τη αυτό-αξιολόγηση της υγείας όσο και για την ψυχική υγεία. Αυτός ο αντίκτυπος είναι ιδιαίτερα υψηλός για τους μακροχρόνια άνεργους. Όσον αφορά τις επιπτώσεις στην ψυχική υγεία, οι αρνητικές επιπτώσεις επιδεινώνονται σημαντικά με την οικονομική κρίση. Κλείνοντας, οι ερευνητές δηλώνουν ότι το άγχος και το άγχος για το μέλλον που συνδέεται με την ανεργία θα μπορούσαν να έχουν μεγάλο αντίκτυπο στην υγεία των ατόμων.

Από το 2008, μια βαθιά οικονομική κρίση, η οποία ξεκίνησε στις Ηνωμένες Πολιτείες, έχει εξαπλωθεί σε όλο τον κόσμο. Οι επιστήμονες εξέφρασαν την ανησυχία τους για την κρίση, υπογραμμίζοντας ότι οι ενδεχόμενες αρνητικές

επιπτώσεις στην υγεία μπορούν να δημιουργηθούν από τον συλλογικό φόβο και τον πανικό. Οι Gabriele, Giulio, Nicola και Vincenzo (2015), θέλησαν να μελετήσουν τις επιπτώσεις της κρίσης στην ψυχική υγεία μέσω της χρήσης μοντέλων διαρθρωτικών εξισώσεων. Επίσης, ήθελαν να εντοπίσουν εάν ο φόβος της κρίσης έχει έμμεση σχέση με την υγεία των εργαζομένων (π.χ. συνδέεται με κακή κοινωνική στήριξη ή με εργασιακό άγχος). Επιπλέον, η μελέτη αυτή είχε σκοπό να εξετάσει εάν ένα πλήρες ή μερικό μοντέλο διαμεσολάβησης ταιριάζει καλύτερα στα δεδομένα. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μεταξύ 2010 και 2011. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου συμμετείχαν στη μελέτη αρκετοί ιδιωτικοί οργανισμοί που απασχολούν 1236 εργαζόμενους. Από τα αποτελέσματα, διαπιστώθηκε ότι η κοινωνική στήριξη και το άγχος της εργασίας διαμεσολαβούσαν πλήρως τη σχέση μεταξύ φόβου κρίσης και υγείας, με όλους τους κατάλληλους δείκτες να πληρούν τα αντίστοιχα κριτήρια και με όλους τους συντελεστές να είναι σημαντικοί.

Στη συνέχεια, οι Whitehead και Bergeman (2015), στο άρθρο τους με τίτλο «The effect of the financial crisis on physical health: Perceived impact matters», μελέτησαν την επίπτωση της χρηματοπιστωτικής κρίσης στην υγεία σε ένα δείγμα 312 ατόμων. Η ενδοκοινωνική παρεμπόδιση, η κλίση και οι τετραγωνικές παράμετροι που καταγράφουν τις τάσεις στο εισόδημα, την υποκειμενική οικονομική κατάσταση και το αντιληπτό άγχος κατά τη διάρκεια της περιόδου προέβλεπαν τη σωματική υγεία, ελέγχοντας την κατάσταση της βασικής υγείας. Για όσους αντιμετωπίζουν μείωση της οικονομικής κατάστασης, η μείωση της οικονομικής κατάστασης και η αύξηση του αντιληπτού άγχους προβλέπουν φτωχότερη υγεία. Επιπλέον, ούτε η οικονομική κατάσταση, ούτε η αντιληπτή τάση προέβλεπαν την υγεία σε εκείνους που δεν βιώνουν αυτήν την παρακμή. Παρόλο που δεν μπορούμε να παρέμβουμε σε παραμέτρους όπως η χρηματοπιστωτική κρίση, τα αποτελέσματα για την υγεία μπορεί να βελτιωθούν με τη στοχοθέτηση των αντιληπτών επιπτώσεων και των επιπέδων άγχους σε όσους αισθάνονται ότι έχουν πληγεί.

Επιπρόσθετα, υπάρχουν στοιχεία που υποστηρίζουν τον αντίκτυπο της μεγάλης ύφεσης στις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία σε διεθνές επίπεδο. Οι Mettei, et. al. (2017) θέλησαν να εκτιμήσουν τον αντίκτυπο της οικονομικής κρίσης στα τέλη της δεκαετίας του 2000 στις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία και σχετίζονται με την ψυχική υγεία του πληθυσμού στην Ιταλία. Οι δείκτες υγείας που

χρησιμοποίησαν προέρχονται από τη βάση δεδομένων του ιταλικού Ινστιτούτου Στατιστικής (έτη 2000-2015). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι βαρείς καπνιστές, δηλαδή οι άνθρωποι που καπνίζουν 11-20 τσιγάρα την ημέρα ή περισσότερα από 20 τσιγάρα την ημέρα αυξήθηκε. Επίσης, αυξήθηκε η παχυσαρκία και τα υπέρβαρα άτομα, ενώ οι δαπάνες των ιταλικών οικογενειών για αλκοολούχα ποτά μειώθηκαν. Γενικά, η οικονομική κρίση έχει αυξήσει το κάπνισμα, το υπερβολικό βάρος και την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ στην Ιταλία (αν και τα δεδομένα για το τελευταίο αυτό φαινόμενο δεν είναι καθοριστικά), ενώ έχει μειώσει τη συνολική κατανάλωση αλκοόλ.

Κλείνοντας, οι Saltkjel et. al. (2017), διερευνούν την αξιολόγηση της κρίσης και της λιτότητας στις ευρωπαϊκές χώρες κατά τη διάρκεια της ύφεσης. Ο απώτερος στόχος ήταν η διερεύνηση της διατριβής «κρίσης-λιτότητας» του Stuckler και του Basu και η αξιολόγηση της για το αν είναι η αλληλεπίδραση μεταξύ λιτότητας και κρίσης και όχι η τρέχουσα οικονομική κρίση αυτή καθαυτή που μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση την υγεία του πληθυσμού. Οι ερευνητές εξετάζουν τις χώρες ως συγκεκριμένες διαμορφώσεις κρίσεων και πολιτικών απαντήσεων και κατατάσσουν τις ευρωπαϊκές χώρες σε «ιδεατούς τύπους». Η λιτότητα μετρήθηκε από αλλαγές στην ευημερία και η κρίση μετρήθηκε από τις μεταβολές της κατά κεφαλήν αύξησης του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, στην αρχική φάση της ύφεσης, οι περισσότερες χώρες αντιμετώπισαν σοβαρή κρίση σε συνδυασμό με καμία λιτότητα. Από το 2010 έως το 2011, υπήρξε διάκριση μεταξύ των χωρών. Ορισμένες χώρες παρουσίαζαν σταθερά σημάδια πολιτικών λιτότητας.

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης μελετήθηκαν οι επιπτώσεις της και στην Ελλάδα. Η οικονομική κρίση της Ελλάδας έχει εμβαθύνει από τη διαφύλαξη της διεθνούς κοινότητας το 2010. Η χώρα υποβλήθηκε για έκτη συνεχή χρονιά οικονομικής συρρίκνωσης το 2013, με την οικονομία να μειώνεται κατά 20% μεταξύ 2008 και 2012. Η ανεργία έχει τριπλασιαστεί, από 7,7% το 2008 σε 24,3% το 2012 και η μακροχρόνια ανεργία έφθασε το 14,4%. Έτσι, οι Kentikelenis, et. al. (2014), εξετάζουν το ιστορικό της κρίσης και αξιολογούν πώς τα μέτρα λιτότητας επηρέασαν την υγεία του ελληνικού πληθυσμού και την πρόσβαση τους στις υπηρεσίες δημόσιας υγείας και εξέτασαν την

πολιτική απάντηση στις αυξανόμενες ενδείξεις μιας τραγωδίας της ελληνικής δημόσιας υγείας.

Ακόμη, οι Simou και Koutsogeorgou (2014) θέλησαν να παρουσιάσουν μια συστηματική επισκόπηση των συνεπειών που είχε η οικονομική κρίση για την υγεία και την υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα. Για τον λόγο αυτό, διεξήχθη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκειμένου να εντοπιστούν άρθρα που δημοσιεύθηκαν από τον Ιανουάριο του 2009 έως τον Μάρτιο του 2013 και αναφέρθηκαν ρητά στις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία ή την υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα. Παράλληλα, εξετάστηκαν 39 μελέτες για περαιτέρω αναλύσεις. Διαπιστώθηκαν διάφορες υπάρχουσες και πιθανές σχετικές επιπτώσεις, όπως η μείωση των δαπανών για τη δημόσια υγεία και οι αλλαγές στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και στη φαρμακευτική αγορά, με αυξανόμενο αριθμό εισαγωγών στον τομέα της δημόσιας υγείας και η συνολική εικόνα της αποτελεσματικότητας και των οργανωτικών ζητημάτων. Εντοπίστηκαν ενδείξεις για επιδείνωση της δημόσιας υγείας μετά την κρίση με αυξανόμενα ποσοστά ψυχικής υγείας, αυτοκτονίες και επιδημίες, καθώς και επιδείνωση της αυτοαναμενόμενης υγείας.

Τέλος, η παγκόσμια οικονομική κρίση προκάλεσε μια σταθερή ύφεση στην Ελλάδα με ευρείες κοινωνικοοικονομικές συνέπειες. Κατά τη διάρκεια της οικονομικής αναταραχής στη χώρα, τα ποσοστά ανεργίας σημείωσαν άνοδο, ενώ η οικονομική πίεση έγινε πανταχού παρούσα. Ως επακόλουθο αυτών, η υγεία του πληθυσμού έχει μειωθεί, ενώ έχει καταγραφεί σημαντική αύξηση της θνησιμότητας και της αυτοκτονίας. Σύμφωνα με το άρθρο «The impact of the economic crisis in Greece: Epidemiological perspective and community implication», και μια σειρά επαναλαμβανόμενων εθνικών συγχρονικών μελετών από το Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας επιβεβαίωσε τη σταδιακή αλλά σταθερή αύξηση, σε διάστημα ενός μήνα, της κατάθλιψης, ενώ οι αυτοκτονίες αυξήθηκαν μέχρι το 2011.

Παρόλα αυτά, παρά τις αυξανόμενες ανάγκες ψυχικής υγείας του πληθυσμού, το σύστημα ψυχικής υγείας φαίνεται ότι δεν μπορεί να τις εκπληρώσει, καθώς η οικονομική ύφεση έχει επίσης επιφέρει επιπτώσεις στην υγειονομική περίθαλψη. Διαφορετικοί τύποι παρεμβάσεων έχουν προταθεί για την αντιστάθμιση των

δυσμενών επιπτώσεων της κρίσης στην Ελλάδα, συμπεριλαμβανομένης της αναδιάρθρωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, της ενίσχυσης του κοινωνικού κεφαλαίου της κοινότητας και της εφαρμογής ενεργητικών προγραμμάτων για την αγορά εργασίας και την ελάφρυνση του χρέους. Ωστόσο, κάθε ενέργεια που ακολουθείται σε αυτό το πλαίσιο βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στις τοπικές πρωτοβουλίες που αναλαμβάνονται από συγκεκριμένους παρόχους υπηρεσιών. Απαιτούνται, λοιπόν, επειγόντως συντονισμένες προσπάθειες για τη βελτίωση των ψυχικών επιπτώσεων της ύφεσης στην Ελλάδα, προκειμένου να αποφευχθεί η περαιτέρω επιδείνωση της ψυχιατρικής νοσηρότητας στο εγγύς μέλλον.

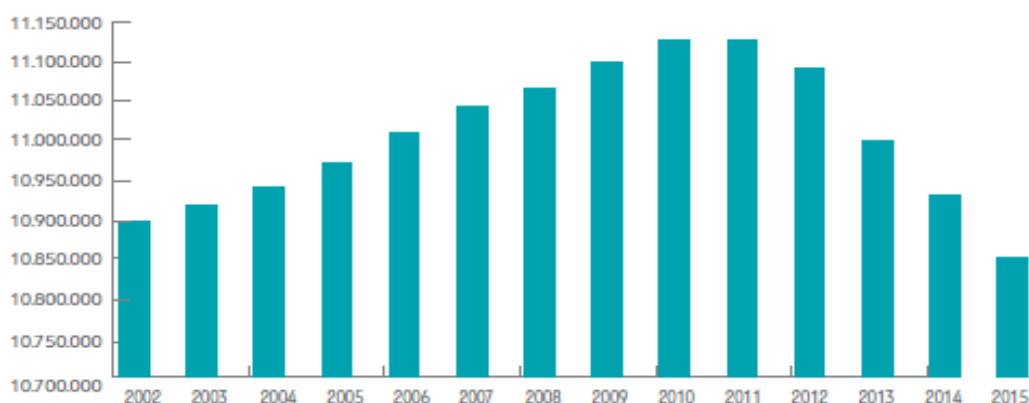
5.2. Στατιστικά στοιχεία για την υγεία του ελληνικού πληθυσμού στην κρίση

Όπως έχει γίνει κατανοητό, από προηγούμενες ενότητες, η υγεία του πληθυσμού επηρεάζεται έντονα από τις οικονομικές αλλαγές και την κρίση. Στο παρόν κεφάλαιο θα παρουσιαστούν στατιστικά στοιχεία από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί και σχετίζονται με την υγεία των Ελλήνων κατά τη διάρκεια της οικονομικής ύφεσης.

5.2.1. Δημογραφικά στοιχεία

Αρχικά, θα παρουσιαστούν τα δημογραφικά στοιχεία των Ελλήνων, τα οποία προέρχονται από την Ελληνική Στατιστική Αρχή. Έτσι, κατά το 2015, ο πληθυσμός της Ελλάδας υπολογίζεται σε 10.858.018 εκατ., από τους οποίους οι 5.268.390 είναι άνδρες και οι 5.589.628 γυναίκες. Στο Διάγραμμα 1 φαίνεται ο υπολογιζόμενος πληθυσμός της Ελλάδας από το 2002 έως το 2015.

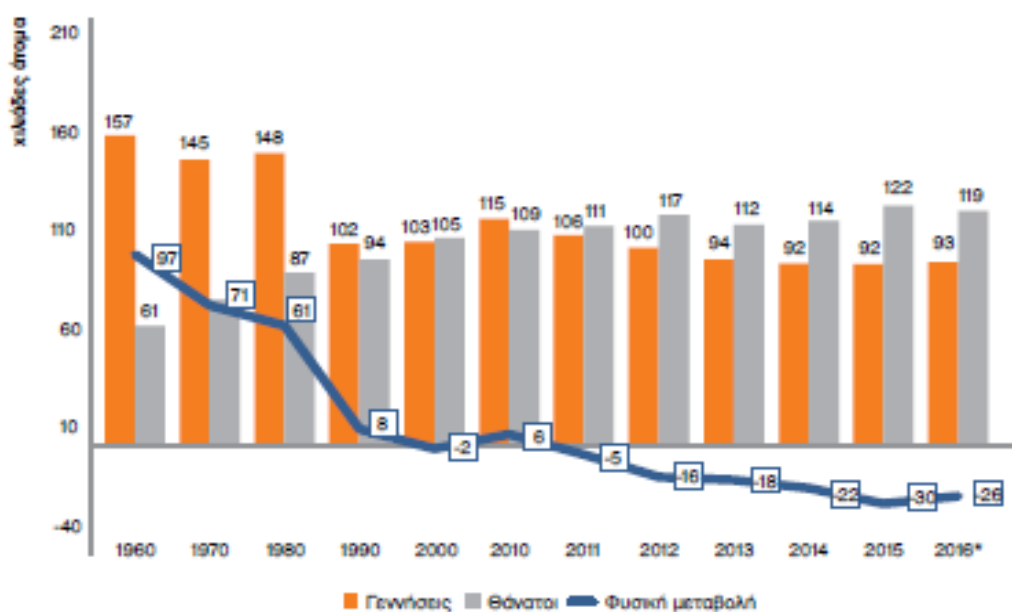
Διάγραμμα 1: Πληθυσμός της Ελλάδας (2002-2015)



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Στην Ελλάδα, το 2014 οι γεννήσεις ανήλθαν σε 92.148, ενώ το 2016 έφτασαν τις 93.000, παρουσιάζοντας μια μικρή αύξηση. Αντιθέτως, οι θάνατοι στη χώρα μας το 2014 ήταν 113.740 άτομα, ενώ το 2016 έφτασαν τους 119.000, έχοντας όμως παρουσιάσει μια έντονη αύξηση, περίπου 8.000 ατόμων κατά το 2015. Τα στοιχεία αυτά, φαίνονται και στο Διάγραμμα 2, στο οποίο καταγράφεται και η φυσική μεταβολή του πληθυσμού (γεννήσεις – θάνατοι), η οποία συνεχώς, από το 1960 – 2016, είναι αρνητική.

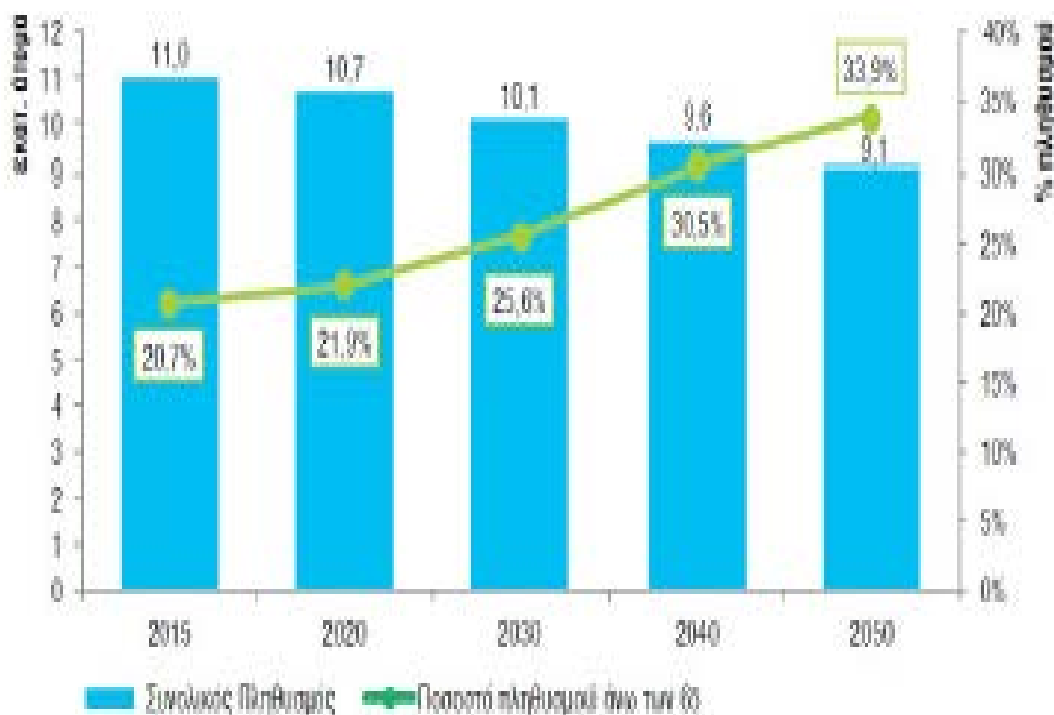
Διάγραμμα 2: Φυσική μεταβολή του πληθυσμού (1960-2016)



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Η μείωση αυτή της φυσικής μεταβολής του πληθυσμού, εκτιμάται ότι θα συνεχίσει να είναι αρνητική μέχρι το 2050, όπως επισημαίνεται από την Eurostat. Ωστόσο, φαίνεται ότι το ποσοστό του πληθυσμού που είναι άνω των 65 ετών αυξάνεται συνεχώς και εκτιμάται ότι θα αγγίξει το 33,9% του πληθυσμού το 2050 (Διάγραμμα 3).

Διάγραμμα 3: Εκτίμηση του πληθυσμού 2015-2050

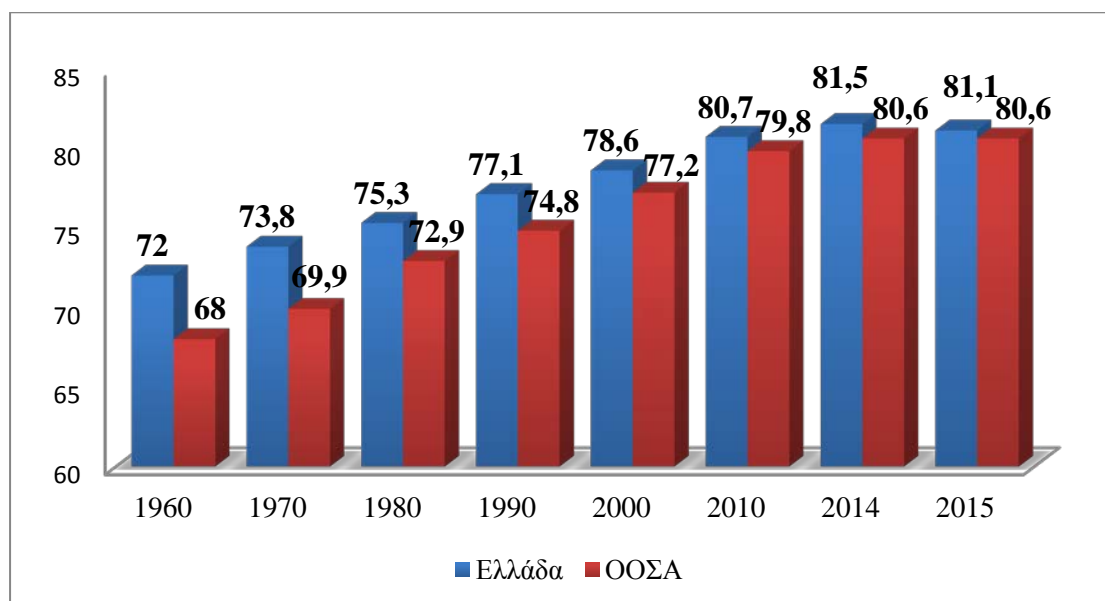


Πηγή: Eurostat

Από το 2010 μέχρι και σήμερα παρατηρείται συνεχής μείωση, τόσο του πληθυσμού, όσο και των γεννήσεων. Γεγονός το οποίο οφείλεται στην μετανάστευση των Ελλήνων, αλλά και στη μείωση της γονιμότητας, στοιχεία που σχετίζονται άμεσα με την εξέλιξη της οικονομίας στη χώρα.

Το προσδόκιμο επιβίωσης ενός πληθυσμού, μπορεί να αυξηθεί χάρη στην εξέλιξη της τεχνολογίας, την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, την εισαγωγή καινοτόμων θεραπειών, κλπ. Στην Ελλάδα το προσδόκιμο επιβίωσης έχει αυξηθεί κατά 9,1 έτη από το 1960 έως το 2015, και εμφανίζεται, όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 4, υψηλότερο σε σχέση με αυτό των χωρών του ΟΟΣΑ.

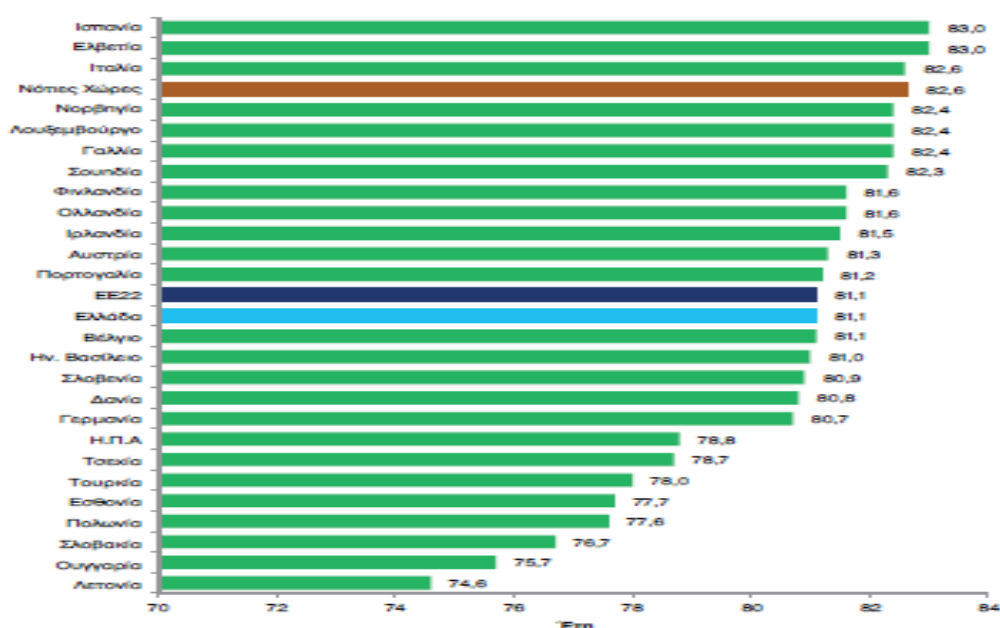
Διάγραμμα 4: Προσδόκιμο επιβίωσης στην Ελλάδα (1960-2015)



Πηγή: WHO European health for all database

Συνεχίζοντας, στο Διάγραμμα 5, εμφανίζονται τα έτη του προσδόκιμου επιβίωσης για το 2015 σε διάφορες χώρες του κόσμου. Από το διάγραμμα παρατηρείται ότι η Ελλάδα συμβαδίζει με το μέσο όρο προσδόκιμου των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ενώ, το υψηλότερο ποσοστό παρουσιάζεται σε χώρες όπως η Ισπανία, η Ελβετία και η Ιταλία, ενώ το χαμηλότερο σε χώρες όπως η Ουγγαρία και η Λετονία.

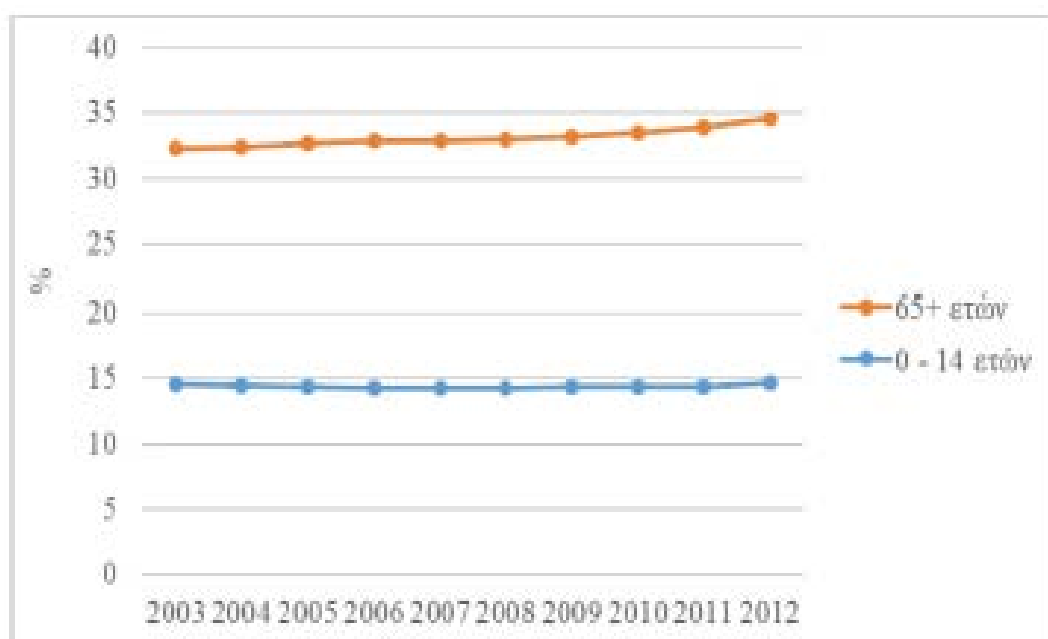
Διάγραμμα 5: Προσδόκιμο επιβίωσης στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες (2013)



Πηγή: OECD, Health Data 2017

Η μείωση των γεννήσεων, σε συνδυασμό με την αύξηση του προσδόκιμου ζωής, έχουν ως αποτέλεσμα τη γήρανση του πληθυσμού. Συγκεκριμένα, η εξέλιξη του ποσοστού του πληθυσμού που βρίσκεται στην ηλικιακή ομάδα από 0-14 ετών, από το 2003 έως το 2012 φαίνεται να διατηρείται σε σταθερά επίπεδα. Από την άλλη, το ποσοστό του πληθυσμού άνω των 65 ετών, παρουσιάζει σταδιακή αύξηση (Διάγραμμα 6).

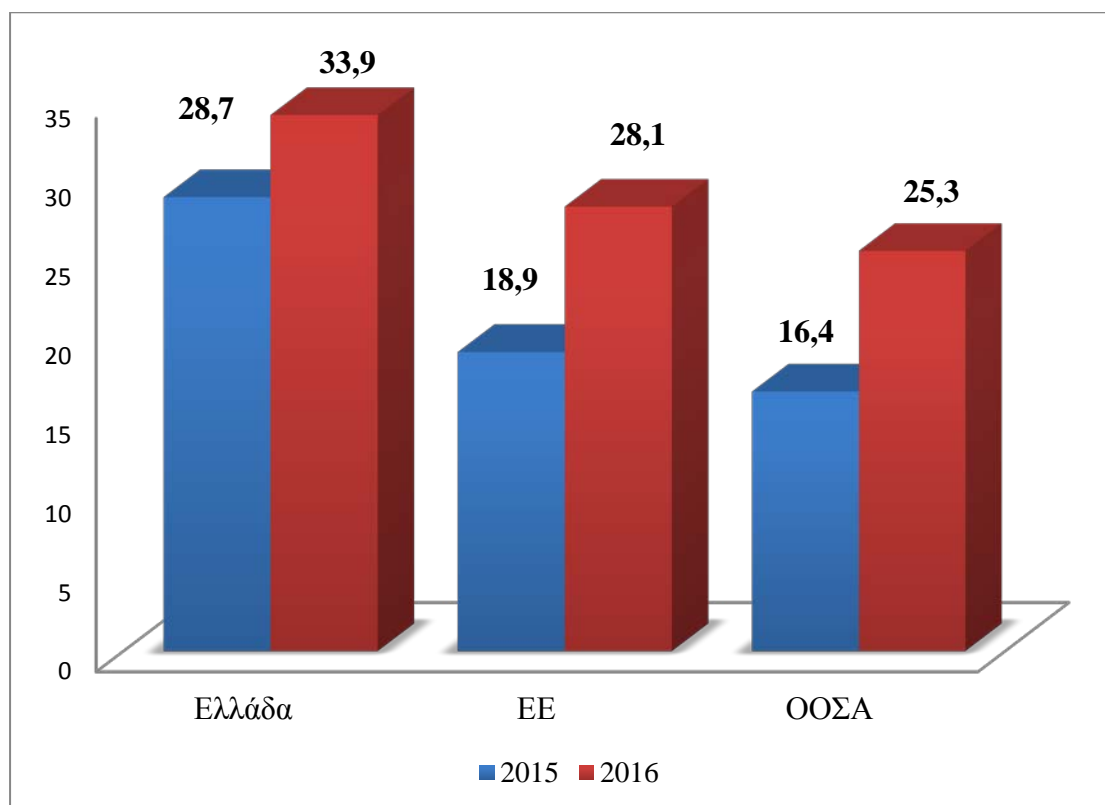
Διάγραμμα 6: Εξέλιξη του πληθυσμού ανά ηλικιακή ομάδα (2003-2012)



Πηγή: WHO, 2014

Επιπλέον, σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat, το 2015 το ποσοστό του πληθυσμού σε ηλικίες άνω των 65 ετών ανήλθε σε 20,7%, και εκτιμάται ότι το 2050 θα αγγίξει το 1/3 του πληθυσμού, με τον μέσο όρο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και το ΟΟΣΑ να κυμαίνεται σε πολύ χαμηλότερα επίπεδα (Διάγραμμα 7).

Διάγραμμα 7: Εκτίμηση εξέλιξης πληθυσμού άνω των 65 ετών (2015-2050)

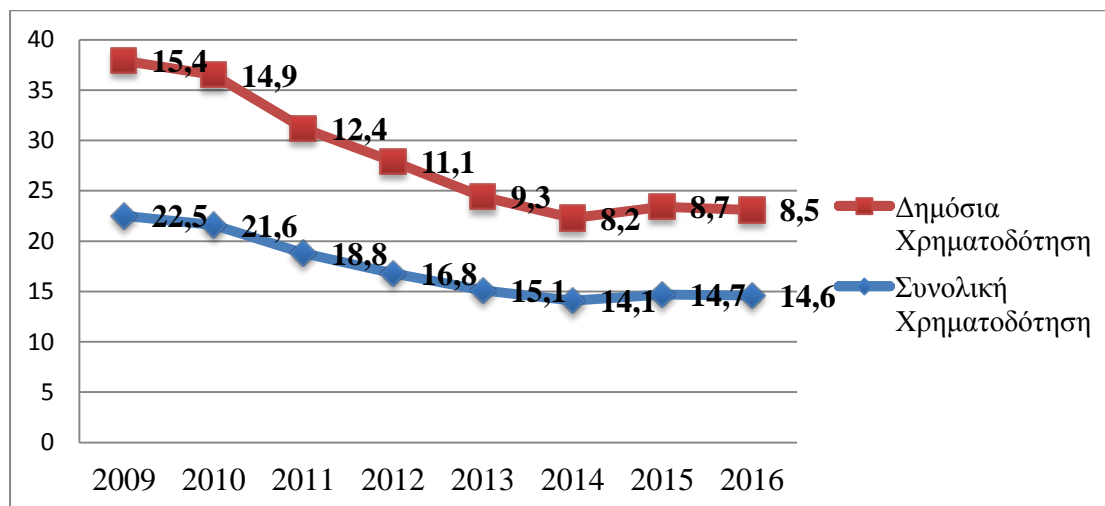


Πηγή: Eurostat

5.2.2. Οι δαπάνες για την υγεία ενόψει κρίσης

Το 2016 η χρηματοδότηση για την υγεία, στην Ελλάδα, ανήλθε στο ύψος των 14,6δισ. ευρώ, από τα οποία τα 8,5δισ. προέρχονται από το δημόσιο. Παρόλα αυτά, η χρηματοδότηση για την υγεία έχει μειωθεί από την αρχή της κρίσης, 2008-2009 έως σήμερα κατά 32,4% στο σύνολο της, ενώ η δημόσια χρηματοδότηση μειώθηκε κατά 42,5% (Διάγραμμα 8).

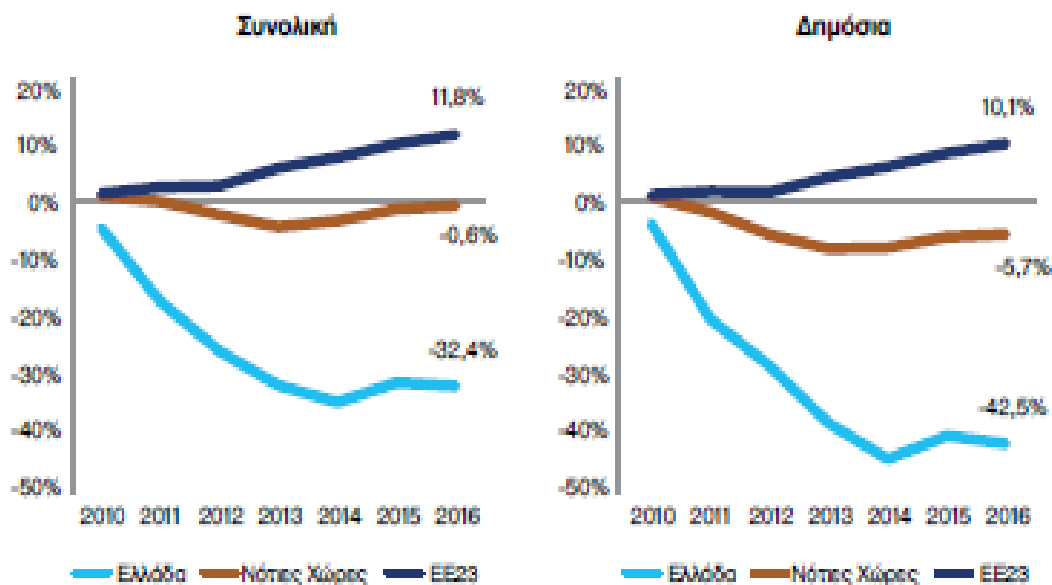
Διάγραμμα 8: Χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Ο δείκτης μεταβολής στη συνολική χρηματοδότηση παρουσίασε μείωση κατά 32,4% στην Ελλάδα, ενώ στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης παρουσίασε αύξηση κατά 11,8%. Από την άλλη, η δημόσια χρηματοδότηση παρουσίασε μείωση κατά 42,5%, ενώ στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης παρουσίασε αύξηση κατά 10,1% (Διάγραμμα 9).

Διάγραμμα 9: Δείκτης μεταβολής χρηματοδότησης στην Ελλάδα και στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης

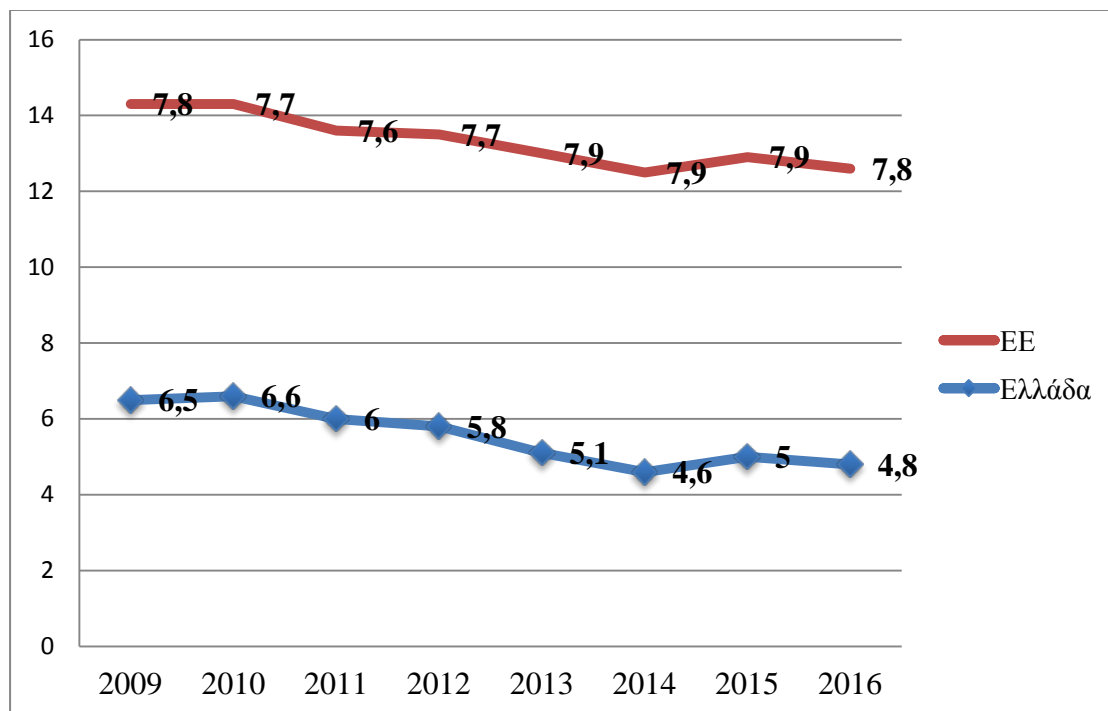


Πηγή: OECD Health Statistics

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 10, οι μεταβολές της δημόσιας χρηματοδότησης, κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, ως ποσοστό του ΑΕΠ. Συγκεκριμένα, από το 6,5% του ΑΕΠ το 2009, το 2016 η δημόσια χρηματοδότηση έφτασε στο 4,8%. Αντιθέτως, στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η δημόσια χρηματοδότηση για την υγεία διατηρείται σε σταθερά επίπεδα, σε ποσοστά που κυμαίνονται από 7,6% - 7,9%.

Εκτός όμως από τις μειωμένες δαπάνες στην υγεία, κατά τη διάρκεια της κρίσης, έχουν μειωθεί και οι υλικοί πόροι και το προσωπικό. Οι υγειονομικές εγκαταστάσεις, το προσωπικό και ο ιατρικός εξοπλισμός δεν είναι σωστά κατανομημένοι, δηλαδή συγκεντρώνεται κυρίως στις αστικές περιοχές, με τις αγροτικές περιοχές να έχουν σημαντικές ελλείψεις. Για παράδειγμα, το 2015, ο αριθμός των κλινών οξείας νοσηλείας κατανέμεται σε 360 / 100.000 κατοίκους, με τον αντίστοιχο αριθμό στην Ευρωπαϊκή Ένωση να είναι 418 / 100.000 κατοίκους.

Διάγραμμα 10: Δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας στην Ελλάδα και στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ως ποσοστό του ΑΕΠ

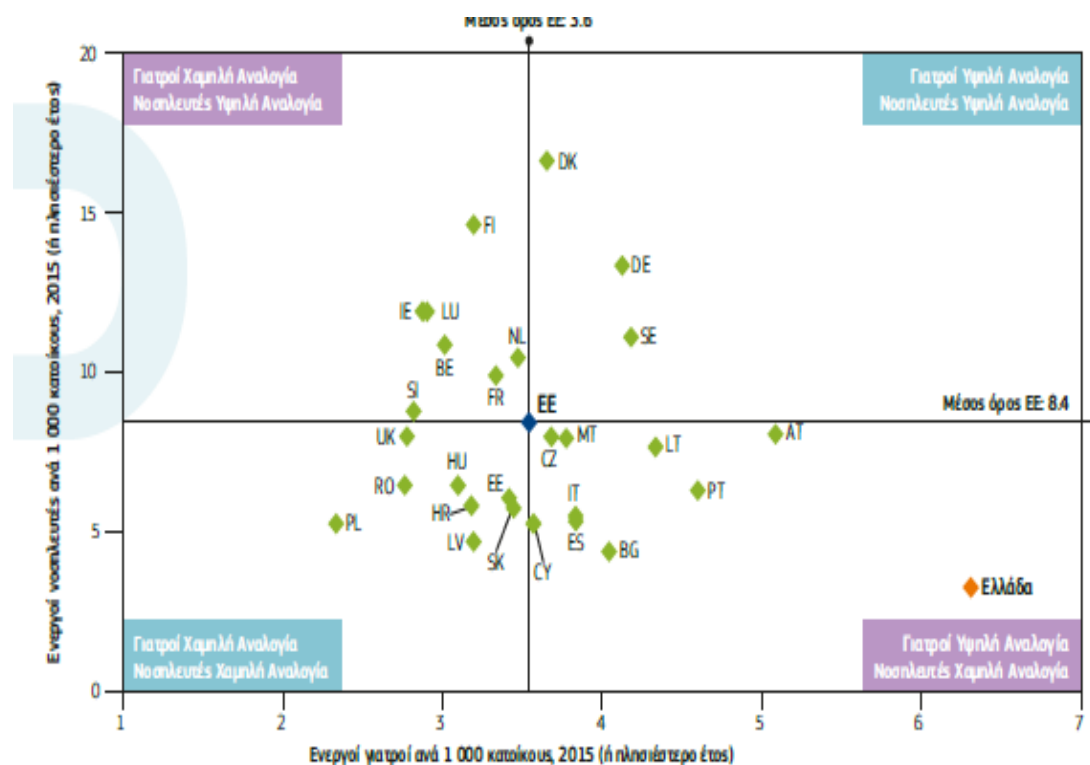


Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Επιπλέον, το 2010, το «πάγωμα» προσλήψεων των επαγγελματιών υγείας, επέφερε μείωση στο ανθρώπινο δυναμικό του τομέα της υγείας, κατά 19%, παρόλου που στην Ελλάδα, συγκριτικά με τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η αναλογία ιατρών – πληθυσμού είναι υψηλή (6,3 ιατροί (3,6 ιατροί ΕΕ) / 1.000 κατοίκους). Αντιθέτως, η αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού – πληθυσμού είναι πολύ μικρότερη και από το μέσο όρο της αναλογίας στην Ευρωπαϊκή Ένωση, και κυμαίνεται σε 3,2 / 1.000 κατοίκους και (8,4 / 1.000 κατοίκους) αντίστοιχα (Διάγραμμα 11).

Επιπρόσθετα, γίνεται αναφορά στη συνολική κατά κεφαλήν δαπάνη για την υγεία στην Ελλάδα και στις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Πιο αναλυτικά, στην Ελλάδα, η συνολική κατά κεφαλήν δαπάνη το 2009 ήταν 2.027€, εκ των οποίων τα 1.389€ αποτελούνταν από δημόσια χρηματοδότηση και τα 638€ από ιδιωτική. Ενώ, το 2016, η συνολική κατά κεφαλήν δαπάνη μειώθηκε και έφτασε τα 1.357€, από τα οποία τα 789€ ήταν από δημόσια χρηματοδότηση και τα 564€ από ιδιωτική.

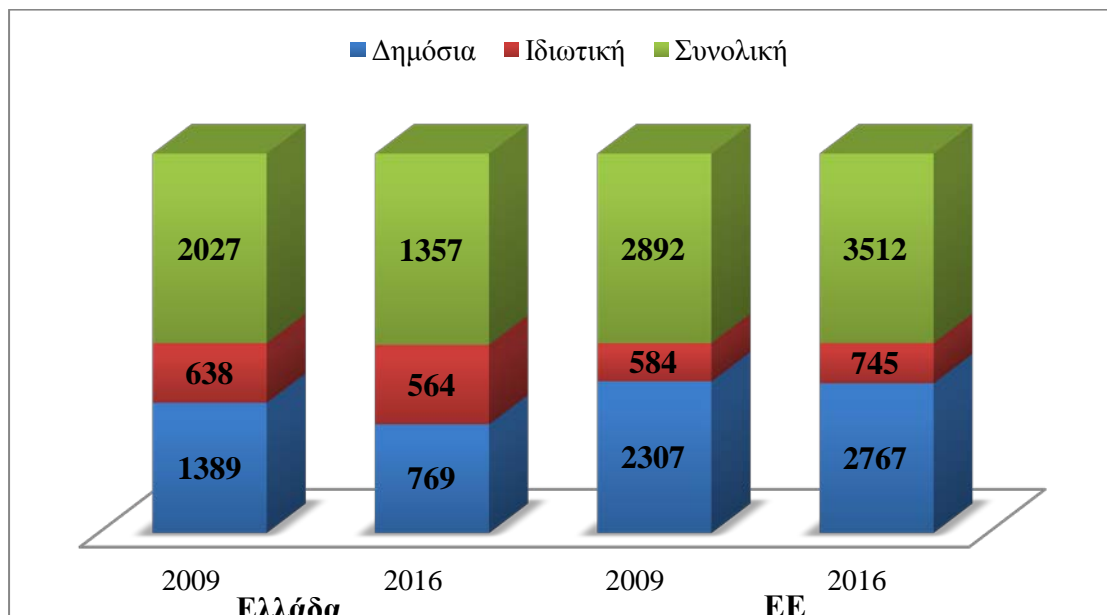
Διάγραμμα 11: Μέσος όρος ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού ανά 1.000 κατοίκους



Πηγή: Eurostat

Ταυτόχρονα, στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η κατά κεφαλήν δαπάνη αυξήθηκε. Συγκεκριμένα, το 2009 η συνολική δαπάνη ήταν 2.892€, από τα οποία τα 2.307€ ήταν δημόσια και τα 584€ ιδιωτική, ενώ το 2016 η συνολική δαπάνη ανήλθε στα 3.512€, όπου τα 2.767€ ήταν δημόσια χρηματοδότηση και τα 745€ ιδιωτική (Διάγραμμα 12).

Διάγραμμα 12: Συνολική κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας



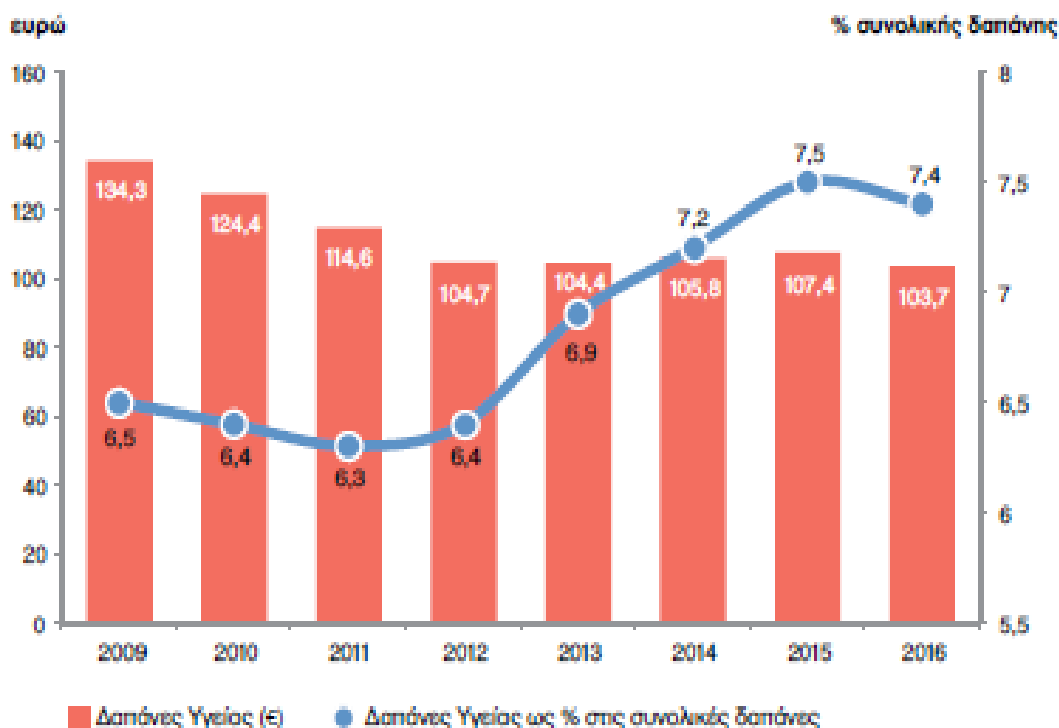
Πηγή: OECD Health Statistics

Όσον αφορά της δαπάνες για την υγεία που πραγματοποιούνται από τα νοικοκυριά, κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης παρατηρείται μείωση, περίπου κατά 23% από το 2009 έως το 2016. Παρόλα αυτά, το χρονικό διάστημα αυτό, αν και σε απόλυτες τιμές οι δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν, το ποσοστό των δαπανών αυτών είναι υψηλότερο. Συγκεκριμένα, το 2009 το ποσοστό των δαπανών ήταν 6,5%, ενώ το 2016 αυξήθηκε σε 7,4%, με διάφορες αυξομειώσεις μέσα στα έτη που πέρασαν. Το γεγονός αυτό, είναι πιθανό να οφείλετε στην αυξημένη συμμετοχή των ασθενών στην υγεία (Διάγραμμα 13).

Κλείνοντας, σε ότι αφορά την χρηματοδότηση και τις δαπάνες για τα συστήματα υγείας από την πλευρά των νοικοκυριών, παρουσιάζεται η κατανομή των δαπανών υγείας για αυτά. Από το διάγραμμα (Διάγραμμα 14), παρατηρείται αυξητική τάση στα φαρμακευτικά προϊόντα και στη νοσοκομειακή περίθαλψη. Ενώ, μείωση

πραγματοποιείται στις οδοντιατρικές υπηρεσίες, τις ιατρικές υπηρεσίες, τις παραϊατρικές υπηρεσίες και τις θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό.

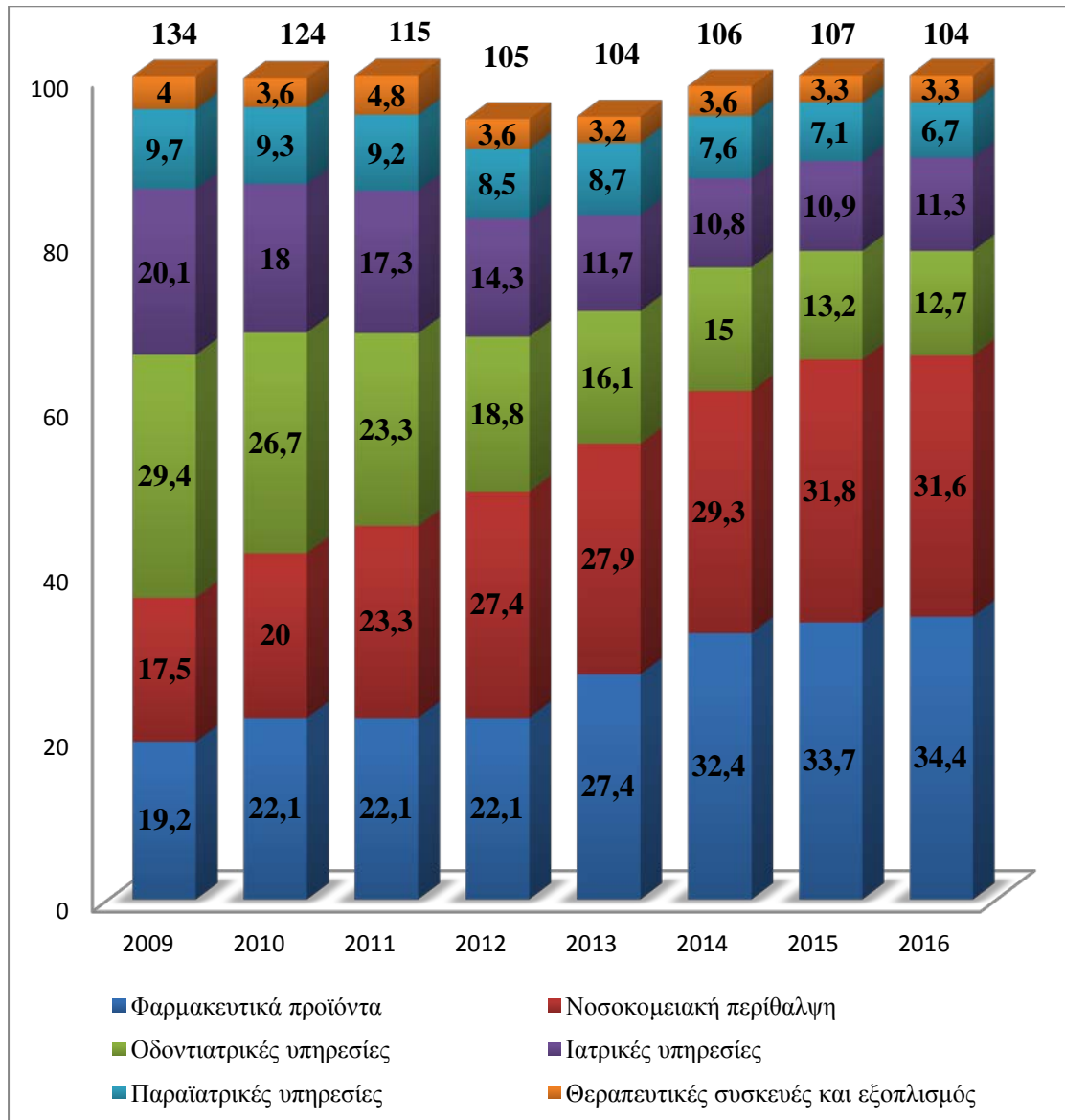
Διάγραμμα 13: Δαπάνη νοικοκυριών για την υγεία / μήνα



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Πιο αναλυτικά, το 2009 η συνολική δαπάνη των νοικοκυριών για την υγεία ήταν 134€, από τα οποία το 19,2% δαπανήθηκε στα φαρμακευτικά προϊόντα, το 17,5% στη νοσοκομειακή περίθαλψη, το 29,4% στις οδοντιατρικές υπηρεσίες, το 20,1% στις ιατρικές υπηρεσίες, το 9,7% στις παραϊατρικές υπηρεσίες και το 4% σε θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό. Το 2016, η συνολική δαπάνη ανερχόταν στα 104€, και τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 34,4% για τα φαρμακευτικά προϊόντα, 31,6% για τη νοσοκομειακή περίθαλψη, 12,7% για τις οδοντιατρικές υπηρεσίες, 11,3% για τις ιατρικές υπηρεσίες, 6,7% για τις παραϊατρικές υπηρεσίες και 3,3% για τις θεραπευτικές συσκευές και τον εξοπλισμό.

Διάγραμμα 14: Κατανομή των δαπανών υγείας για τα νοικοκυριά

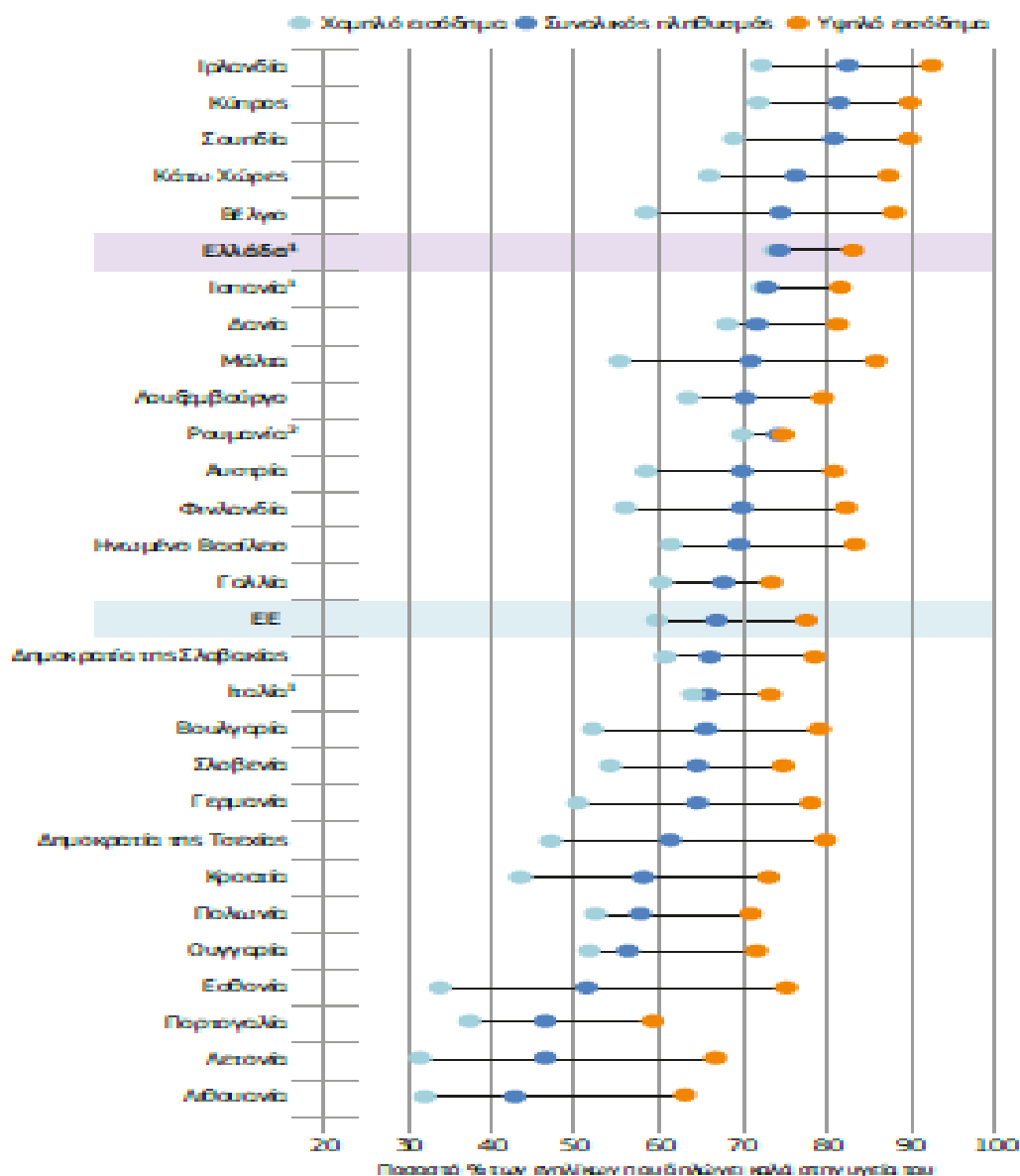


Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

5.2.3. Η κατάσταση της υγείας του Ελληνικού πληθυσμού

Σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat, τα $\frac{3}{4}$ του πληθυσμού της Ελλάδας, δηλαδή το 74%, δήλωσαν ότι η υγεία τους είναι καλή. Το ποσοστό αυτό είναι μεγαλύτερο από τις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μαζί με την Ιρλανδία, την Κύπρο και τη Σουηδία, οι οποίες κατέχουν τα μεγαλύτερα ποσοστά (Διάγραμμα 15).

Διάγραμμα 15: Κατάσταση της υγείας των πολιτών / χώρα



Πηγή: Eurostat

5.2.3.1. Παράγοντες κινδύνου

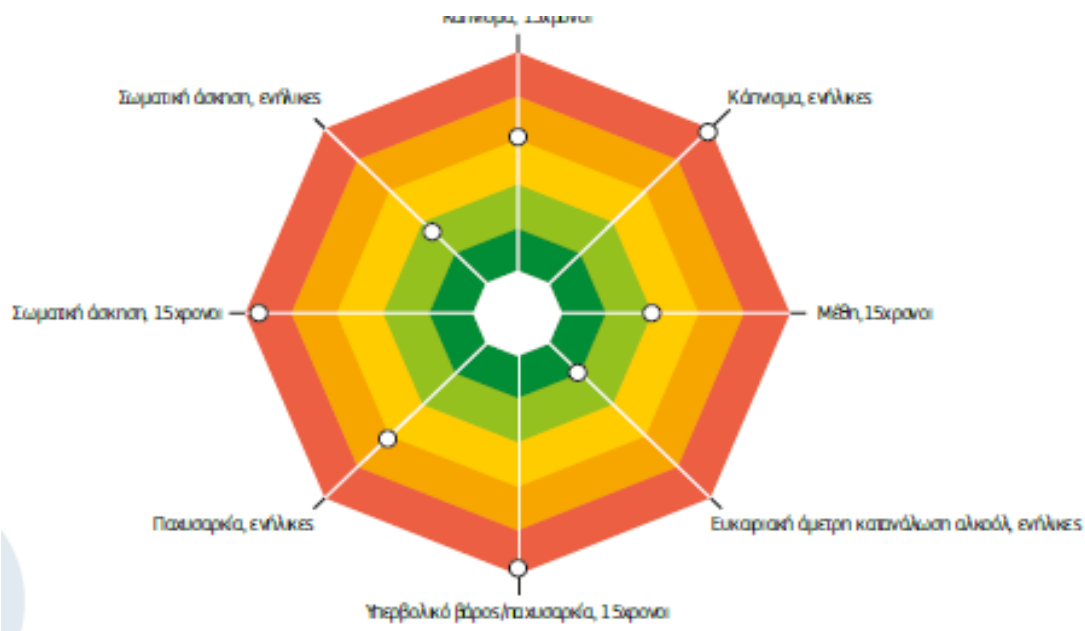
Από την έναρξη της οικονομικής κρίσης και μετά, το κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο της Ελλάδας έχει μεταβληθεί, με τον κίνδυνο φτώχειας να αυξάνεται, τα ποσοστά ανεργίας να είναι υψηλά και τα εισοδήματα των νοικοκυριών να μειώνονται. Οι παράγοντες αυτοί έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, και οδηγούν τους ανθρώπους σε εθισμούς και βλαβερές συνήθειες.

Αρχικά, το κάπνισμα αποτελεί μια από τις σημαντικότερες βλαβερές συνήθειες των Ελλήνων. Συγκεκριμένα, αν και τα συνολικά ποσοστά του καπνίσματος μειώνονται, το 2014 παρατηρείται ότι ένας στους τέσσερις ενήλικες δήλωσε ότι καπνίζει καθημερινά, το οποίο αναφέρεται σε 21% για τις γυναίκες και 34% για τους άνδρες. Το ποσοστό αυτό φαίνεται να είναι το δεύτερο υψηλότερο ανάμεσα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Επιπλέον, μια ακόμη βλαβερή κατάσταση την οποία αντιμετωπίζει ο ελληνικός πληθυσμός είναι η παχυσαρκία. Πάνω από ένας στους έξι ενήλικες, ποσοστό της τάξεως του 17%, το 2014 θεωρούνταν παχύσαρκος. Το ποσοστό αυτό είναι υψηλότερο από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (15%). Ενώ, αρκετά μεγάλο ποσοστό εμφανίζεται και στην παιδική παχυσαρκία, όπου η χώρα μας καταλαμβάνει τη δεύτερη θέση, με ποσοστό 24%, δηλαδή ένας στους πέντε εφήβους (έως 15 ετών).

Αντιθέτως, η κατανάλωση αλκοόλ στην Ελλάδα, είναι σχετικά χαμηλότερη σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το ποσοστό των ανθρώπων που δήλωσαν ότι καταναλώνουν σημαντικές ποσότητες αλκοόλ, είτε περιστασιακά, είτε συνεχώς, ανέρχεται στο 10%, το 2014, ενώ της Ευρωπαϊκής Ένωσης ανέρχεται στο 20%.

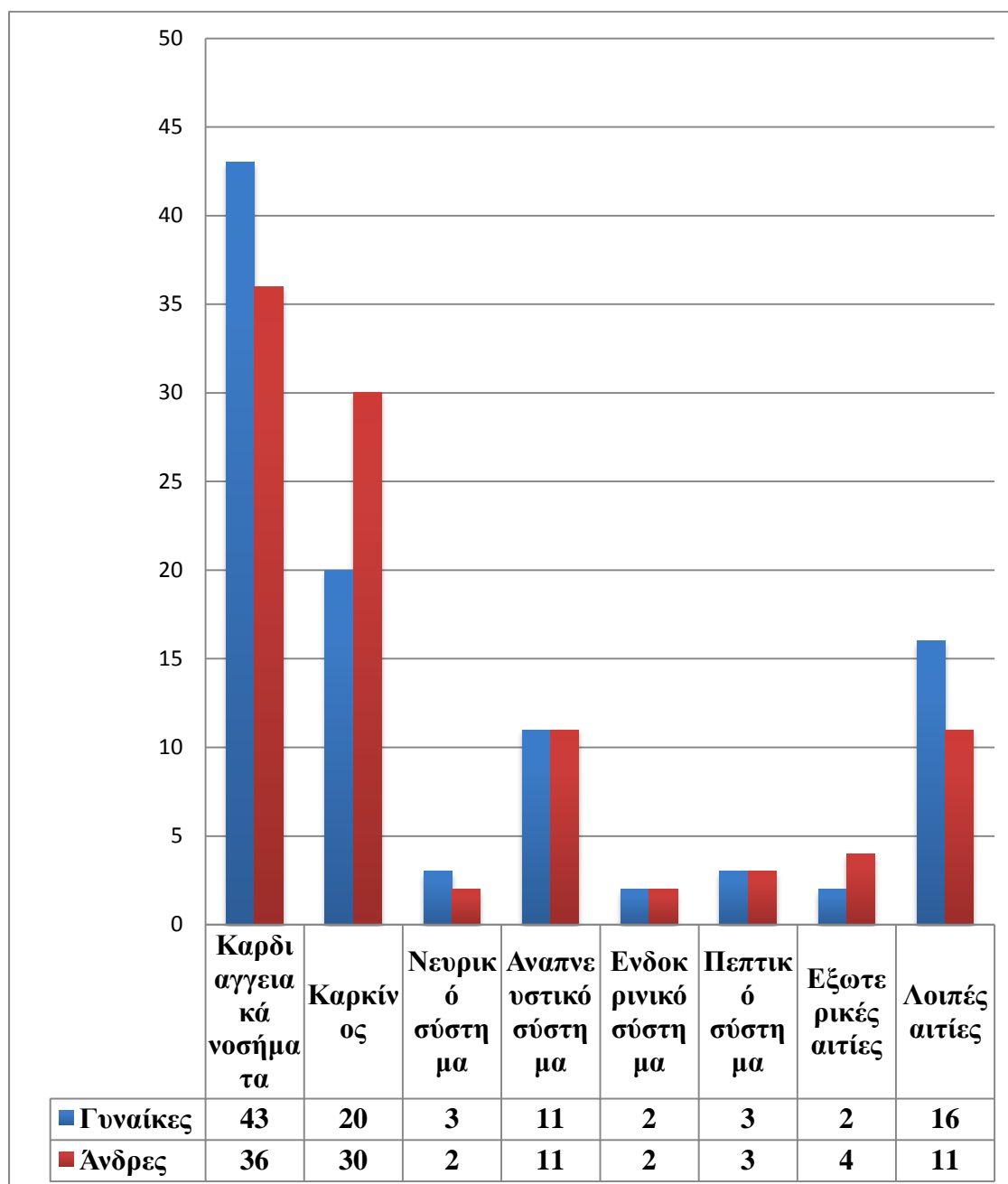
Διάγραμμα 16: Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του ατόμου



Πηγή: OECD, Health Statistics

Συνεχίζοντας, θα γίνει αναφορά στις αιτίες θανάτου του Ελληνικού πληθυσμού, διαχωρίζοντας τον ανά φύλο. Ειδικότερα, και στους άνδρες και τις γυναίκες οι κύριες αιτίες θανάτου είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο καρκίνος, και το αναπνευστικό σύστημα. Ακόμη, ως αιτίες, σε μικρότερα ποσοστά, αναφέρονται το νευρικό, το πεπτικό, το ενδοκρινικό σύστημα και άλλες εξωτερικές αιτίες (Διάγραμμα 17).

Διάγραμμα 17: Αιτίες θανάτου του ελληνικού πληθυσμού

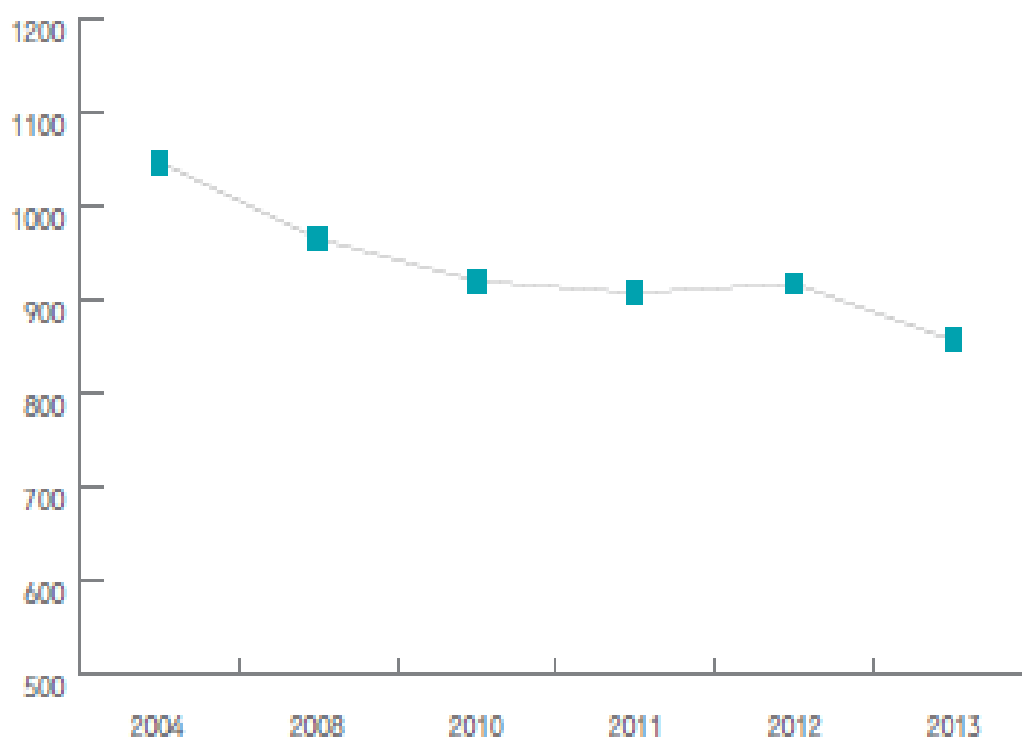


Πηγή: Eurostat

5.2.3.2. Θνησιμότητα

Η Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδα παρέχει στατιστικά στοιχεία για την θνησιμότητα του πληθυσμού. Τα στοιχεία αυτά μετριούνται με βάση κάποιους δείκτες, δείκτες θνησιμότητας, οι οποίοι είναι προτυποποιημένοι ανά ηλικία. Έτσι, λοιπόν, στην Ελλάδα, η θνησιμότητα φαίνεται ότι ακολουθεί μια πτωτική πορεία, με το πέρασμα των χρόνων. Συγκεκριμένα, το 2004 οι θάνατοι, ανεξαρτήτου αιτίας, ήταν 1.047,8 / 100.000, ενώ το 2013 ήταν 852,7 / 100.000 (Διάγραμμα 18).

Διάγραμμα 18: Θνησιμότητα στην Ελλάδα 2004-2013

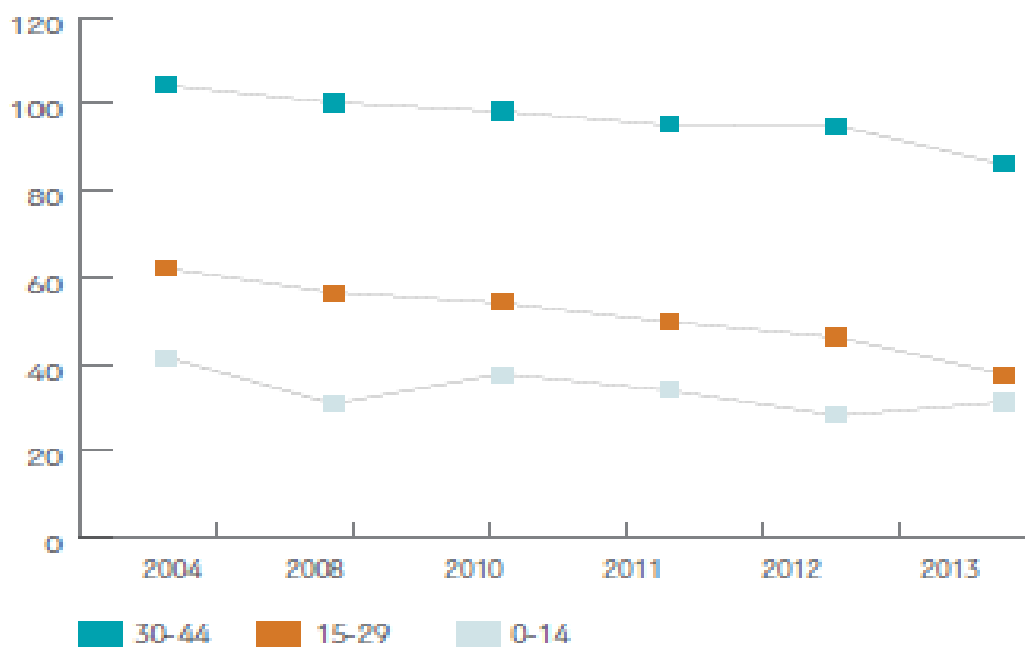


Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Επιπλέον, στο επόμενο διάγραμμα (Διάγραμμα 19α, 19β) παρουσιάζεται η εξέλιξη της θνησιμότητας ανά ηλικιακές ομάδες. Συγκεκριμένα, στο Διάγραμμα 19α φαίνονται οι θάνατοι στις ηλικιακές ομάδες 0-14, 15-29 και 30-44, ενώ στο Διάγραμμα 19β οι ηλικιακές ομάδες 45-59, 60-74 και άνω των 75. Στα στοιχεία αυτά επιβεβαιώνεται η συνολική πτωτική τάση της θνησιμότητας. Η μεγαλύτερη μείωση παρατηρείται στις ηλικίες 15-44, το οποίο πιθανό να οφείλεται στην μείωση των τροχαίων ατυχημάτων, το χρονικό διάστημα της μελέτης. Ακόμη, έντονη μείωση

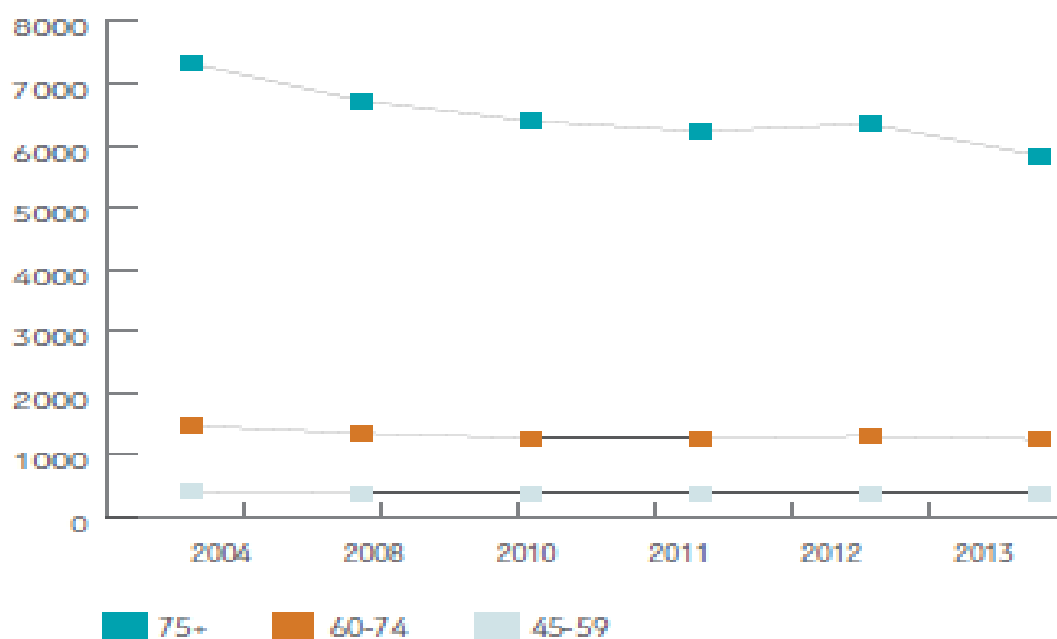
παρατηρείται στις ηλικίες άνω των 75 ετών, το οποίο είναι πιθανό να οφείλεται στην ποιότητα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, παρά τα προβλήματα της οικονομικής ύφεσης.

Διάγραμμα 19α: Θνησιμότητα ανά ηλικιακή ομάδα 2004-2013



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

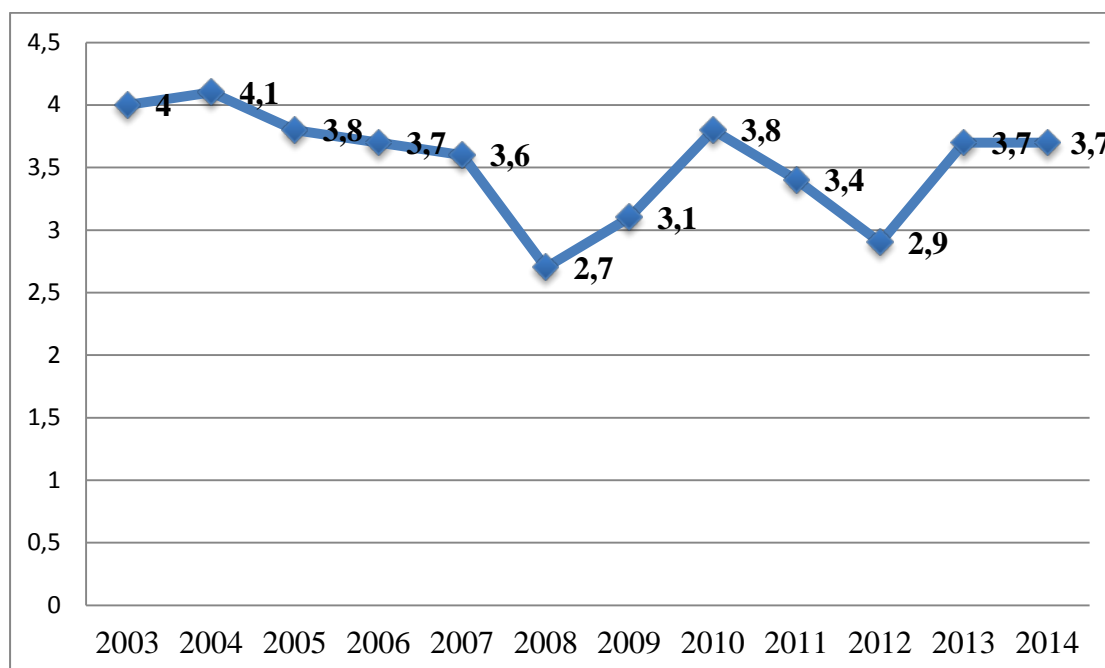
Διάγραμμα 19β: Θνησιμότητα ανά ηλικιακή ομάδα 2004-2013



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Συνεχίζοντας, θα γίνει αναφορά στην βρεφική θνησιμότητα¹¹, και αυτή παρουσιάζει μείωση κατά τη διάρκεια των ετών που εξετάζονται, 2003-2014. Αν και το 2013 φαίνεται να αυξάνεται κατά 0,8% σε σχέση με το 2012 (Διάγραμμα 20). Ταυτόχρονα, οι τιμές στην Ελλάδα βρίσκονται κάτω του μέσου όρου από ότι στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπου τα επίπεδα του κυμαίνονται κοντά στο 4%-5%.

Διάγραμμα 20: Βρεφική θνησιμότητα στην Ελλάδα

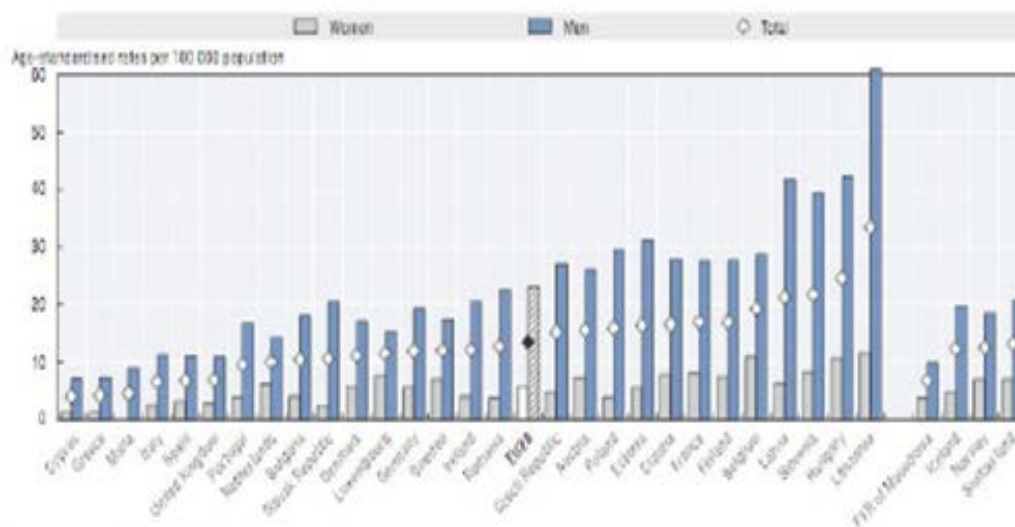


Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Παρά τη μείωση της θνησιμότητας στη χώρα μας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, οι αυτοκτονίες και οι απόπειρες αυτών έχουν αυξηθεί σημαντικά. Πριν την κρίση, η Ελλάδα διατηρούσε τα επίπεδα αυτοκτονιών (2,9 / 100.000 κατοίκους) χαμηλότερα, από ότι άλλες χώρες του ΟΟΣΑ (Διάγραμμα 21).

¹¹ Θάνατοι βρεφών έως ενός έτους ανά 1000 γεννήσεις ζώντων βρεφών

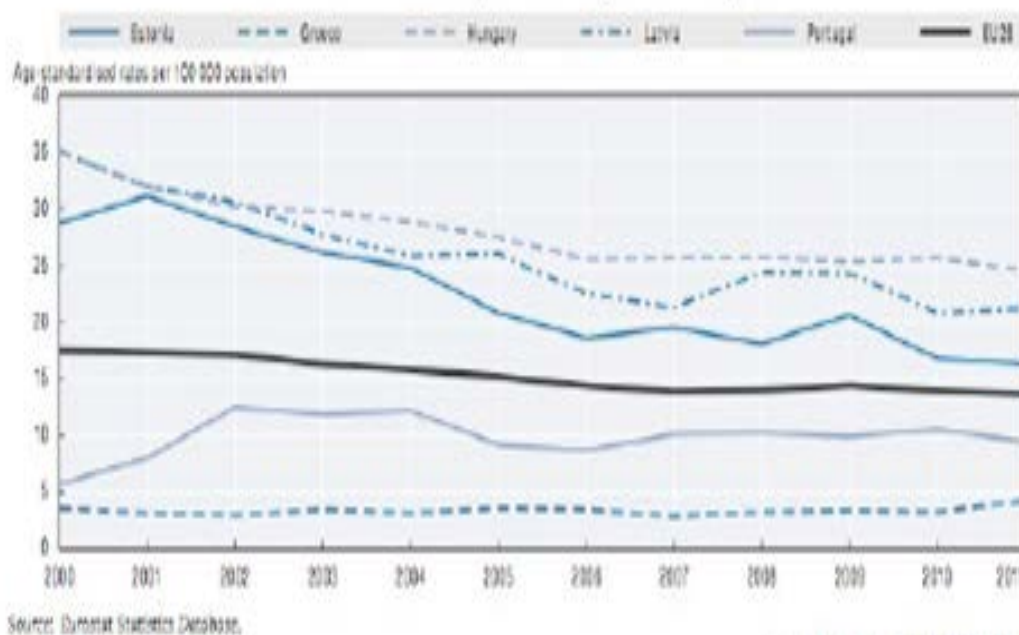
Διάγραμμα 21: Ποσοστό αυτοκτονιών ανά 100.000 κατοίκους



Πηγή: ΟΟΣΑ

Στο επόμενο διάγραμμα (Διάγραμμα 22) παρουσιάζονται τα ποσοστά αυτοκτονιών από το 2000 – 2011, στο οποίο όμως από το 2008 έως το 2011 υπάρχει μια αύξηση στο ποσοστό αυτό, κατά 27%, στοιχείο που πιθανόν οφείλεται στην οικονομική ύφεση της χώρας.

Διάγραμμα 22: Ποσοστό αυτοκτονιών ανά ηλικία

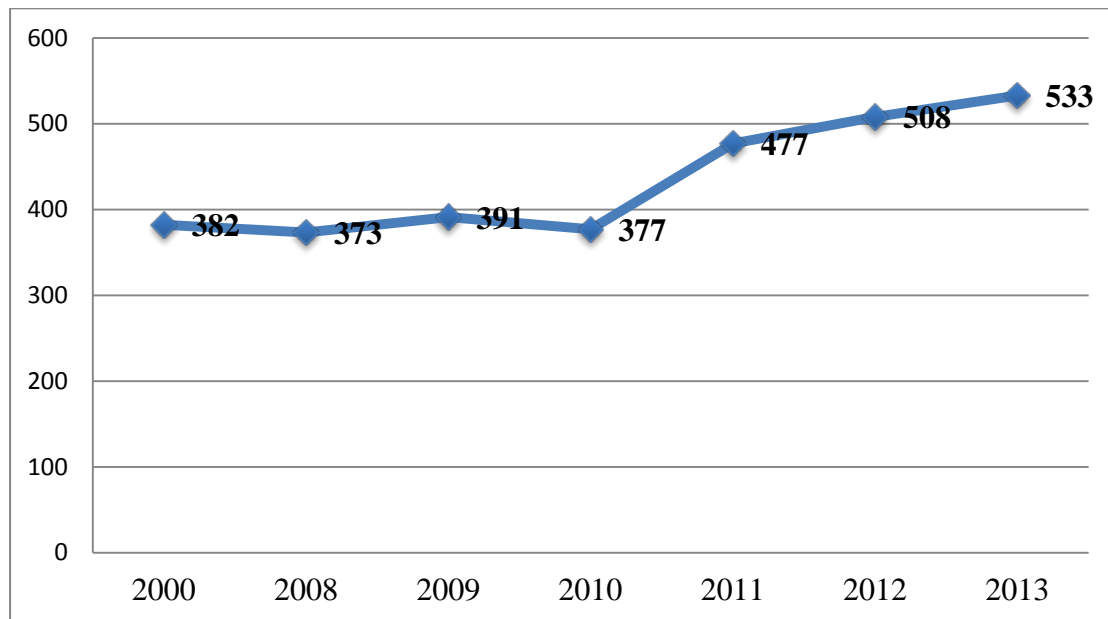


Πηγή: ΟΟΣΑ

Σύμφωνα με στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής παρατηρείται ότι το 2000 και από το 2008 έως το 2010 οι θάνατοι από αυτοκτονία είναι σχεδόν σταθεροί. Όμως, από το 2011 παρατηρείται σημαντική αύξηση σε αυτούς, της τάξεως του 26,5%, το 2012 φαίνεται επιπλέον αύξηση κατά 6,5%, ενώ το 2013 η αύξηση ήταν 4,9% σε σχέση με το προηγούμενο έτος (Διάγραμμα 23).

Τέλος, οι ερευνητές, δηλώνουν ότι λόγω των έντονων αλλαγών που βίωσε η Ελλάδα εξαιτίας της οικονομικής ύφεσης, με την μεγάλη μείωση των εισοδημάτων, την ανεργία και την ανασφάλεια, οι πιθανότητες οι πολίτες να νιώθουν μελαγχολία, να αποκτήσουν ψυχικές διαταραχές και να οδηγούνται σε σκέψεις αυτοκτονίας είναι αυξημένες. Όπως αυξημένες είναι και οι πιθανότητες οι σκέψεις αυτές να οδηγήσουν και στην ολοκλήρωση των αυτοκτονιών.

Διάγραμμα 23: Θάνατοι από αυτοκτονίες 2000 και 2008-2013



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

5.2.4. Η ψυχική υγεία των ελλήνων κατά τη διάρκεια της κρίσης

Όπως έχει αναφερθεί σε προηγούμενες ενότητες, η οικονομική κρίση αποτελεί αιτία για την διαταραχή της υγείας του πληθυσμού. Όταν, όμως, γίνεται αναφορά στην υγεία, δεν εννοείται μόνο η σωματική, αλλά και η ψυχική υγεία των ανθρώπων.

Δεδομένου, λοιπόν, ότι η χώρα μας διανύει μια περίοδο οικονομικής ύφεσης, είναι λογικό εκτός από την σωματική υγεία των πολιτών, να έχει επηρεαστεί και η ψυχική τους υγεία. Ειδικότερα, οι άνθρωποι που έρχονται αντιμέτωποι με σύντομες αλλαγές, όπως η ανεργία, η πίεση, η φτώχεια, η εξαθλίωση, έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως είναι η κατάθλιψη.

Σύμφωνα με έρευνα του Ευρωβαρόμετρου (2010), το ποσοστό των Ελλήνων που νιώθουν χαρούμενοι πάντα ή το μεγαλύτερο διάστημα του μήνα ανέρχεται στο 43%, έναντι 61% το 2006. Επίσης, το 46% (έναντι 58% το 2006) δήλωσε ότι τον προηγούμενο μήνα ένιωθε ηρεμία και γαλήνη το μεγαλύτερο διάστημα. Μια ακόμη μελέτη, των Mylona et. al. (2014), που πραγματοποιήθηκε σε δύο περιόδους, μια το 2006 και μια το 2011, βρέθηκε ότι το 19,4% των ερωτηθέντων ένιωθαν λυπημένοι ή μελαγχολικοί. Πιο αναλυτικά, τα άτομα με υψηλότερο εισόδημα εμφάνιζαν μειωμένες πιθανότητες μελαγχολίας και λύπης, σε αντίθεση με τους ανέργους. Επιπλέον, οι πιθανότητες κάποιο άτομο να νιώθει λύπη ή μελαγχολία ήταν υψηλότερες στις γυναίκες, τους παντρεμένους, τους διαζευγμένους και τους χήρους. Ακόμη, το 2013¹², πραγματοποιήθηκε έρευνα σε 5.000 ανθρώπους, ηλικίας από 18 έως 74 ετών και διαπιστώθηκε ότι τα άτομα που αντιμετώπιζαν οικονομικές δυσκολίες είχαν 3 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν ψυχικά προβλήματα.

5.2.4.1. Κατάθλιψη

Το πιο γνωστό και συχνό ψυχικό νόσημα αποτελεί η κατάθλιψη. Για το λόγο αυτό, έχουν διενεργηθεί πληθώρα ερευνών που εξετάζουν την σχέση της οικονομικής κατάστασης με την εμφάνιση κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, οι Madianos et. al. (2011), διαπίστωσαν ότι το 2008 η εμφάνιση κατάθλιψης ανερχόταν στο 3,3% του πληθυσμού, ενώ το 2009 στο 6,8%. Σύμφωνα με την έρευνα, τα άτομα που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν κατάθλιψη είναι οι γυναίκες, οι άνεργοι, τα άτομα χαμηλού εισοδήματος, τα άτομα χαμηλού κοινωνικού επιπέδου και

¹²Ευθυμίου Κ, Αργαλία Ε, Κασκαμπά Ε, Μακρή Α. (2013), *Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. Τι γνωρίζουμε για την σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα; Εγκέφαλος, Vol. 50, 22-30*

τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Αντίστοιχη έρευνα πραγματοποιήθηκε και το 2011¹³, στην οποία ακολουθήθηκε η ίδια μεθοδολογία, με τα αποτελέσματα να δείχνουν ακόμη για μια φορά αύξηση στο ποσοστό του πληθυσμού που εμφάνισε κατάθλιψη, και ανερχόταν σε ποσοστό της τάξεως του 8,2%. Η διαφορετικότητα της έρευνας αυτής, έγκειται στο γεγονός ότι μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη είχαν τα άτομα νεαρής ηλικίας, κυρίως λόγω της αυξημένης ανεργίας.

Επιπλέον, οι Οικονόμου κ.α. (2012), πραγματοποίησαν έρευνα για τη διερεύνηση της συσχέτισης της οικονομικής κρίσης με τα αιτήματα για τηλεφωνική ψυχολογική υποστήριξη. Από τις 7.526 κλήσεις που πραγματοποιήθηκαν, το 84,7% παρουσίασαν συμπτώματα κατάθλιψης, λύπης και έλλειψης διάθεσης.

Διάγραμμα 24: Τα συμπτώματα των καλούντων στην τηλεφωνική ψυχολογική υποστήριξη

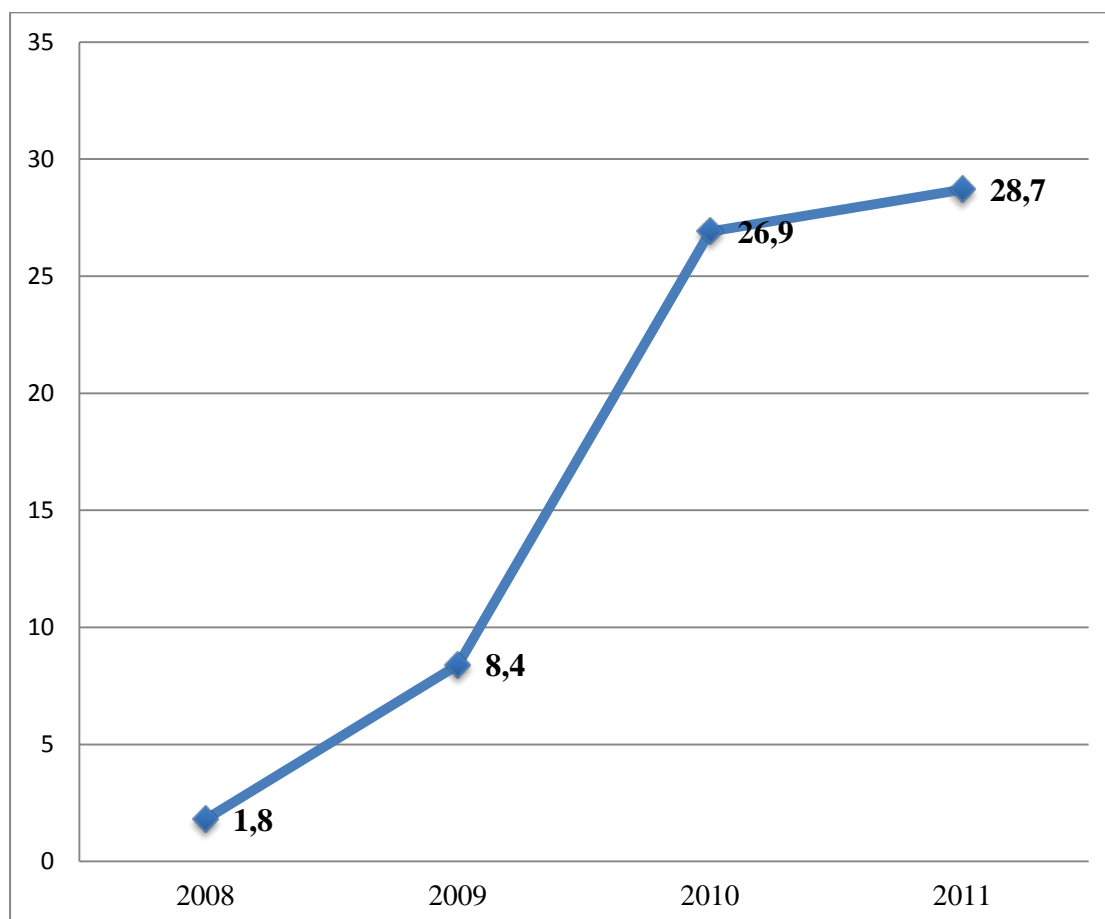


Πηγή: Οικονόμου, κ.α. (2012), *Γραμμή βοήθειας για την κατάθλιψη: Αναζήτηση βοήθειας σε περίοδο οικονομικής κρίσης*

¹³Economou 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*, Vol. 145(3), 308-314

Σε ότι αφορά την σχέση της κρίσης με τα συμπτώματα που παρουσίαζαν οι καλούντες, αποδείχθηκε ότι η κρίση απασχολούσε όλο και μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού.

Διάγραμμα 25: Ποσοστό καλούντων με αναφορά στην οικονομική κρίση



Πηγή: Οικονόμου, κ.α. (2012), Γραμμή βοήθειας για την κατάθλιψη: Αναζήτηση βοήθειας σε περίοδο οικονομικής κρίσης

Τέλος, από την ίδια μελέτη, προκύπτει ότι τα άτομα που τηλεφωνούν στη γραμμή βοήθειας για την κατάθλιψη, ζητούν βοήθεια και εκφράζουν το άγχος και την απελπισία τους για το μέλλον, το χαμηλό βιοτικό τους επίπεδο, την αδυναμία να ανταποκριθούν στις υποχρεώσεις τους, την αδυναμία να καλύψουν τις βασικές τους ανάγκες, την ανασφάλεια και την εργασιακή αβεβαιότητα και την ανεργία.

Κλείνοντας την στατιστική ανάλυση, στο σημείο αυτό, αξίζει να σημειωθεί ξανά ότι όλα τα στοιχεία και τα στατιστικά δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν αποτελούν

στοιχεία ερευνών και μελετών που έχουν πραγματοποιηθεί από άλλους ερευνητές, αλλά και από παγκόσμιες οργανώσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

6.1. Γενικά συμπεράσματα

Η υγεία αποτελεί ένα από τα πιο πολύτιμα αγαθά του ανθρώπου και θεωρείται από τα πιο σημαντικά, μαζί με την τροφή και τη στέγη, στοιχεία για μια πλήρη ζωή. Για το λόγο αυτό, είναι απαραίτητο κάθε κοινωνικό σύστημα να σέβεται και να επιδιώκει τη σωστή και αποτελεσματική λειτουργία των συστημάτων υγείας. Είναι σημαντικό, σε κάθε κράτος να υπάρχει ένας δραστικός και συγκεκριμένος τρόπος οργάνωσης και διοίκησης όλων των στοιχείων και των μεταβλητών που απαρτίζουν τον τομέα της υγείας, με σκοπό την μεγιστοποίηση της κάλυψης των αναγκών των πολιτών του.

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό, διότι η χρηματοδότηση του προέρχεται τόσο από το δημόσιο μέσω των ασφαλιστικών εισφορών, της φορολογίας και του προϋπολογισμού, όσο και από τον ιδιωτικό τομέα μέσω χρηματοδοτήσεων.

Είναι γενικά αποδεκτό, ότι πριν από την οικονομική κρίση, ο τομέας της υγείας στην Ελλάδα, παρά όλα τα προβλήματα που είχε, όπως η πολυπλοκότητα, οι ελλείψεις προσωπικού, η γραφειοκρατία, κλπ., σημείωσε σημαντική πρόοδο και κατάφερε να καλύψει τις ανάγκες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, σχεδόν όλου του πληθυσμού.

Το 2008 με την έλευση της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, ολόκληρη η παγκόσμια οικονομία οδηγήθηκε σε ύφεση, με την ανεργία, τη φτώχεια και την ανασφάλεια να κάνουν την εμφάνισή τους στο μέγιστο βαθμό. Η Ελλάδα δεν μπόρεσε να αποφύγει αυτή την κατάσταση, και κυρίως από τα μέσα του 2009, έζησε και αυτή την οικονομική κρίση. Το υπέρογκο δημόσιο χρέος, οι υπερβολικοί δανεισμοί και τα υψηλά δημοσιονομικά ελλείμματα, ανάγκασαν τη χώρα να ενταχθεί σε ένα πρόγραμμα διάσωσης και στην εφαρμογή σκληρών μέτρων λιτότητας. Η πολιτική αυτή οδήγησε τη χώρα σε βαθιά ύφεση, και τα αποτελέσματα της ήταν η κατακόρυφη αύξηση της ανεργίας, της φτώχειας, των εισοδηματικών και κοινωνικών ανισοτήτων

και της ανασφάλειας, τα οποία με τη σειρά τους οδήγησαν στην κατάρρευση των κοινωνικών τάξεων, και κυρίως της μεσαίας τάξης.

Τόσο η οικονομική κρίση, όσο και η σύσταση του συστήματος υγείας στη χώρα μας, δημιούργησε πολλά και σοβαρά προβλήματα στην υγεία του πληθυσμού. Η εφαρμογή λιτότητας, οι μεταρρυθμίσεις και η μείωση των δαπανών και της χρηματοδότησης για την υγεία, στην χώρα μας, υποβάθμισε την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την υγείας, γενικότερα. Η υγεία του πληθυσμού επιδεινώθηκε, με αποτέλεσμα εκτός από οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις, η κρίση να λάβει και διαστάσεις ανθρωπιστικές.

Από τη μια πλευρά, τα σκληρά μέτρα, οι συνεχείς μεταρρυθμίσεις, η περικοπή της χρηματοδότησης, προκάλεσε σοβαρές επιπτώσεις στη λειτουργία και την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας. Για να γίνει σαφέστερο, μερικά από τα προβλήματα που δημιουργήθηκαν λόγω των μέτρων, ήταν οι σημαντικές ελλείψεις τόσο σε νοσηλευτικό προσωπικό στα δημόσια νοσοκομεία, όσο και σε εξοπλισμό. Επίσης, λόγω της μείωσης της χρηματοδότησης πολλά νοσοκομεία συρρικνώθηκαν, και η έλλειψη ιατρών και επαγγελματιών υγείας κυρίως στις αγροτικές περιοχές έγινε ακόμα πιο εμφανής.

Αναλυτικότερα, οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας είναι:

- Οι δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν συνολικά, περίπου κατά 60%
- Το 2013, οι δαπάνες για την υγεία αποτελούσαν το 5,5% του ΑΕΠ, ποσοστό χαμηλότερο κατά 2,3% από αυτό της Ευρωπαϊκής Ένωσης
- Το 2015 η συνολική δαπάνη για την υγεία διαμορφώθηκε στα 15δισ ευρώ, εκ των οποίων τα 9.5δισ ευρώ αφορούν τη δημόσια δαπάνη και τα 5.5δισ ευρώ την ιδιωτική
- Οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν σημαντικά
- Η δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη για την υγεία μειώθηκε κατά 44,6%
- Μείωση παρουσίασε και η φαρμακευτική δαπάνη, η οποία το 2014 ανήλθε στα 2,2δισ ευρώ (5,3δισ ευρώ το 2008)
- Το 2015 το 93% του πληθυσμού κάλυψε της δαπάνες για την υγεία του, έναντι του 65% το 2011

- Οι δαπάνες για την υγεία ανά νοικοκυριό ανέρχεται στο 7,2%, έναντι του 6,5% το 2009

Από την άλλη, η εφαρμογή των μέτρων λιτότητας δημιούργησε σοβαρά προβλήματα και στην υγεία των πολιτών. Πιο αναλυτικά, η ανεργία, η ανασφάλιστη εργασία, η μείωση των εισοδημάτων και η αύξηση της φορολογίας ενίσχυσαν τα προβλήματα στην υγεία, με τους περισσότερους από τους πολίτες να μην μπορούν να καλύψουν την ανάγκη αυτή. Όλες οι ραγδαίες και απότομες αλλαγές που πραγματοποιήθηκαν οδήγησαν στην αύξηση σωματικών προβλημάτων, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα, και ψυχικών νοσημάτων, όπως η κατάθλιψη και το άγχος.

Ειδικότερα, τα προβλήματα που δημιούργησε η οικονομική ύφεση στην υγεία του πληθυσμού είναι τα εξής:

- Αυξήθηκε ο δείκτης της βρεφικής θνησιμότητας
- Τη βασική αιτία των θανάτων αποτελούν τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο καρκίνος, και τα αναπνευστικά νοσήματα
- Αυξήθηκαν σε 533 το 2013, από 373 το 2008, οι θάνατοι από αυτοκτονίες, παρόλο που η τιμή αυτή, είναι κατά πολύ χαμηλότερη από την αντίστοιχη τιμή στις χώρες του ΟΟΣΑ
- Η οικονομική κρίση, μέσω της ανεργίας, το χαμηλό εισόδημα, την ανασφάλεια, την οικονομική λιτότητα, κλπ., οδήγησε σε αύξηση των ψυχικών νοσημάτων
- Η εμφάνιση κατάθλιψης στον πληθυσμό της χώρας αυξήθηκε από 3,3% το 2008 σε 12,3% το 2013
- Το 2011 το 28,7% δήλωσε ότι η θλίψη και η μελαγχολία που αισθάνεται οφείλεται στις οικονομικές δυσκολίες και την ύφεση, ενώ το 2008 το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 1,8%

Στο σημείο, όμως, αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι παρόλα τα προβλήματα που προκάλεσε η οικονομική κρίση στην υγεία των πολιτών της χώρας, ο δείκτης θνησιμότητας, κατά τη διάρκεια αυτής, εμφανίζεται μειωμένος. Το γεγονός αυτό, σύμφωνα με τις έρευνες που αναλύθηκαν, είναι πιθανό να οφείλεται στη μείωση των τροχαίων ατυχημάτων και της κατανάλωσης αλκοόλ. Αποτέλεσμα αυτού, αποτελεί η αύξηση του προσδόκιμου ζωής των Ελλήνων, το οποίο συγκριτικά με τη συνεχή

μείωση του πληθυσμού λόγω της μείωσης των γεννήσεων και των μεταναστεύσεων, οδηγεί σε μια «γερασμένη» χώρα. Ενδεικτικά, εκτιμάται ότι μέχρι το 2050, ο πληθυσμός της χώρας θα είναι 9,1εκατ., με το 33,9% να αποτελείται από ανθρώπους άνω των 65 ετών.

Είναι προφανές, λοιπόν, ότι οι απότομες μεταβολές στην οικονομία μιας χώρας, οδηγούν σε πληθώρα αρνητικών συνεπειών, τόσο σε οικονομικά ζητήματα, όσο και σε κοινωνικά και ανθρωπιστικά. Η Ελλάδα, τα τελευταία 10 έτη, αντιμετωπίζει πολλές από αυτές τις συνέπειες σε όλους τους τομείς της. Για τον λόγο αυτό, κρίνεται επιτακτική η ανάγκη για πραγματική και ουσιαστική αλλαγή, από τις «ρίζες» του συστήματος. Τα οφέλη που θα προκύψουν θα υποβάλλουν την χώρα σε ένα νέο κύκλο ανάπτυξης, ο οποίο θα στηρίζεται σε πιο «στερέες βάσεις».

6.2. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Η παρούσα εργασία βασίστηκε στη σχετική βιβλιογραφία, σε περιοδικά, σε άρθρα, σε δημοσιεύσεις, και σε ηλεκτρονικές σελίδες. Η έρευνα αναπτύσσει γνώμες, θέματα και σύγχρονους προβληματισμούς, με σκοπό την ανάλυση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας και κατ' επέκταση στην υγεία του πληθυσμού της Ελλάδας. Με την ολοκλήρωση της, πιστεύεται ότι ο σκοπός της επετεύχθη και ότι τα βασικά ερευνητικά της ερωτήματα απαντήθηκαν ενδελεχώς.

Παρόλα αυτά, όπως αναφέρθηκε, η έρευνα βασίζεται στη βιβλιογραφική ανασκόπηση για να καλύψει τους στόχους της. Έτσι, θεωρείται χρήσιμο να πραγματοποιηθεί και μια πρωτογενής έρευνα στους πολίτες της Ελλάδας, ώστε να συλλεχθούν ποσοτικά δεδομένα για την κατάσταση της υγείας τους. Επιπλέον, ενδιαφέρον θα ήταν να πραγματοποιηθεί έρευνα και στους επαγγελματίες υγείας, τους ιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό, ώστε να δοθούν απαντήσεις για τα προβλήματα των συστημάτων υγείας.

Τέλος, θα ήταν ιδιαίτερα σημαντικό και αποτελεσματικό οι έρευνες αυτές να συγκριθούν με τις υπάρχουσες πρωτογενής έρευνες, που αναλύθηκαν στην παρούσα

εργασία, ώστε να εξαχθούν πιο πρόσφατα συμπεράσματα για τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία της χώρας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Αγγελοπούλου Α. (2010), *Οικονομική κρίση και υγεία: Σημαντικές αλλά όχι δραματικές οι επιπτώσεις στην Ελλάδα*, http://fe-mail.gr/pages/posts/health_nutrition/health_nutrition6463.php
2. Αιτιολογική Έκθεση Υπουργείου Υγείας, *Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις*
3. Αλεξιάδης Δ. (2003), *Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην αρχή του 21^{ου} αιώνα, Η προσπάθεια του Ν.2889/2001*, Δημοπούλου, σ. 11-65, Θεσσαλονίκη
4. Αναγνωστόπουλος Φ. (2010), *Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία*, Νέα Υγεία, Vol. 70, 2-3
5. Δίκαιος Κ., Κουτούζης Μ., Πολύζος Ν., Σιγάλας Ι., Χλέτσος Μ. (1999), *Βασικές Αρχές Διαχείρισης Μονάδων Υγείας*, ΕΑΠ, Πάτρα
6. Ευθυμίου Κ, Αργαλία Ε, Κασκαμπά Ε, Μακρή Α. (2013), *Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. Τι γνωρίζουμε για την σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα*; Εγκέφαλος, Vol. 50, 22-30
7. Καλογεροπούλου Μ, Μουρδουκούτας Π. (2007), *Υπηρεσίες Υγείας: Συστήματα, Χρηματοδότηση Αγορά*, Α' Τόμος, Κλειδάριθμος, Αθήνα
8. Κουφάρης Γ. (2010), *Η παγκόσμια οικονομική κρίση και οι χρηματιστηριακές αγορές*, Περιοδικό Χρήμα
9. Λιαργκόβας Π. (2004), *Σύγχρονες προκλήσεις στην Οικονομική Διαχείριση των Δημόσιων Νοσοκομείων*, Πελοπόννησος
10. Λιαρόπουλος Λ.Λ. (2007), *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*, Α' τόμος, Βήτα, Αθήνα
11. Μανιάτης Θ. (2012), *Όψεις της κρίσης της ελληνικής οικονομίας*
12. Μάντη Π., Τσελέπη Χ. (2000), *Κοινωνιολογική και Ψυχολογική προσέγγιση των νοσοκομείων /υπηρεσιών υγείας*, Τόμος Α', Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα
13. Μπουρσανίδης Χ. (1991), *Συστήματα Υγείας*, Σημειώσεις, σ. 10-45, Αθήνα
14. Μωραΐτης, Ε., 1985. *Συστήματα υγείας*, Σημειώσεις, σ. 7-54, Αθήνα

15. Μωραΐτης Ε., Κουρή – Ζαραφωνίτη Τ., Μερκούρης Μ. (1986), *Κέντρα Υγείας: Ο νέος θεσμός για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, σ. 85-94, Αθήνα
16. Οικονόμου Μ, Πέππου ΛΕ, Λουκή Ε, Κομπορόζος Α, Μέλλου Α, Στεφανής Κ. (2012), *Γραμμή βοήθειας για την κατάθλιψη: Αναζήτησηβοήθειας σε περίοδο οικονομικής κρίσης*, Ψυχιατρική, Vol. 23(1), 17-28
17. Οικονόμου Χ. (2014), *Η πολιτική και το Σύστημα Υγείας σε περίοδο οικονομικής κρίσης και κοινωνικού αποκλεισμού*, Πανεπιστημιακές Σημειώσεις, Αθήνα
18. Τούντας Γ. (1995), *Νόσος–Αρρώστια–Ασθένεια*, Αθήνα
19. Τούντας Γ. (1999), *Οικονομία και υγεία*, Αθήνα
20. Τούντας Γ. (2000), *Κοινωνία και υγεία*, Οδυσσέας, Αθήνα
21. Τούντας, Γ. (2008), *Hellas Health II*, Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα
22. Τούντας Ε (2003), *Πολιτική υγείας*, Οδυσσέας, Αθήνα
23. Τούντας Ε (2008), *Υπηρεσίες υγείας*, Οδυσσέας, Αθήνα
24. Τράπεζα της Ελλάδος (2014), *Το χρονικό της μεγάλης κρίσης*, Κέντρο Πολιτισμού, Έρευνας και Τεκμηρίωσης, Αθήνα
25. Τσιότρας Γ., Μποχώρης Γ., Σκορδή, Α. (1998), *Ποιότητα και υγεία. Βασικές έννοιες και ιστορική αναδρομή για την Ελλάδα*, Συνέδριο «Η ποιότητα στο χώρο της υγείας», σ. 8-14, Αθήνα

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

1. Abel-Smith B. (1976), *Value for money in health services*, Heinemann, 24-36, London
2. Appleby J. (2008), *The credit crisis and health care*, Br Med, <http://www.bmj.com/content/337/bmj.a2259>
3. Bartley M. (1997), *Health and the life course: why safety nets matter*, BM.1., Vol. 314 (7088), 1194-1196
4. Borowy I (2011), *Similar but different: health and economic crisis in 1990s Cuba and Russia*, Soc Sci Med., Vol. 72(9), 1489-98

5. Buffel V., Van de Velde S., Bracke P. (2015), *The mental health consequences of the economic crisis in Europe among the employed, the unemployed, and the non-employed*, Social Science Research, Vol. 54, 263-288
6. Burchell B. (1994), *The effects of labour market position, job insecurity and unemployment on psychological health in: Gallie D. et al. Social change and the experience of unemployment*, Oxford University Press
7. Butler J., Vaile M. (1984), *Health and health services. An Introduction to Health Care in Britain*, Routledge & Kegan Paul, London, 66-88
8. Cavagnero E., Bilger M. (2010), *Equity during an economic crisis: financing of the Argentine health system*, J Health Economy, Vol. 29(4), 479-88
9. Cutler D., Knaul L., Lozano R., Mendez O., Zurita B. (2002), *Financial crisis and health outcomes, and ageing: Mexico in the 1980s and 1990s*, Journal of Public Economics, Vol. 84(2), 279-303
10. 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, Vol. 145(3), 308-314
11. Economou C. (2015), *The impact of the crisis on the health system and health in Greece. In A. Maresso, eds., et.al., Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience*, World Health Organization, 103-142
12. Economou M., Peppou E., Souliotis K., Stylianidis S. (2016), *The Impact of the Economic Crisis in Greece: Epidemiological Perspective and Community Implications*, Social and Community Psychiatry, 469-483
13. European Commission (2010), Eurobarometer 64.4., Mental Well-being, European Commission, Special Eurobarometer 248
14. Fountoulakis KN, Savopoulos C, Siamouli M, Zaggelidou E, Mageiria S, Iacovides A, Hatzitolios A. (2013), *Trends in suicidality amid the economic crisis in Greece*, Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, Vol. 263(5), 441-444
15. Gabriele G., Giulio A., Nicola M., Vincenzo C. (2015), *Economic stress in the workplace: The impact of fear of the crisis on mental health*, IOS Press Content Library, Vol. 51(1), 135-142
16. Greer S.L. (2016), *Introduction: strengthening governance amidst changing governance. In Scott L. Greer, et.al., eds. Strengthening Health System Governance: Better policies, stronger performance*, World Health Organization, 3-26

17. Harrison J., Nutley S. (1993), *Whither Health Service Management? In the Managerial Issues in the Reformed NHS*, John Wiley & Son Ltd., 45-59
18. Jones A., Nicolas A. (2004), *Measurement and explanation of socioeconomic inequality in health with longitudinal data*, Health Econ., Vol. 13(10), 1015-1030
19. Kaplan GA. (2012), *Economic crises: some thoughts on why, when and where they (might) matter for health—a tale of three countries*, Soc Sci Med., Vol. 74(5), 643-646
20. Karanikolos M., Kentikelenis A. (2016), *Health inequalities after austerity in Greece*, International Journal for Equity in Health, 1-3
21. Kentikelenis A., Karanikolos M., Reeves A., McKee M., Stuckler D. (2014), *Greece's health crisis: from austerity to denialism*, The Lancet, Vol. 383(9918), 748-753
22. Liaropoulos L. (2001), *Health care policy in Greece: a new (and promising) reform*, Euro Observer, Vol. 3(2), 5-6
23. Madianos M, Economou M, Alexiou T, Stefanis C. (2011), *Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two crosssectional surveys nationwide*, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, Vol. 46(10), 943-952
24. Mattei G., De Vogli R., Ferrari S., Pingani L., Rigatelli M., Galeazzi GM. (2017), *Impact of the economic crisis on health-related behaviors in Italy*, International Journal of Social Psychiatry, Vol. 63(7), 649-656
25. Mooney G. (1984), *Equity in health care: Confronting the confusion*, Aberdeen: Health Economics Research Unit Aberdeen University, Discussion Paper, Vol. 11/82, 1-25
26. Mooney G. (1986), *Economics, Medicine and Health Care*, Sussex: Wheatsheaf Books Ltd, 4-45
27. Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J. (2002), *Funding health care: options for Europe*, Open University Press, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/98310/E744485.pdf
28. Mylona K, Tsiantou V, Zavras D, Pavi E, Kyriopoulos J. (2014), *Determinants of self-reported frequency of depressive symptoms in Greece during economic crisis*, Public Health, Vol. 128(8), 752-754
29. Piketty T. (2014), *Το κεφάλαιο τον 21^ο αιώνα*, Πόλις, Αθήνα

30. Polyzos N., Dikeos C., (2010), *A political approach to the Greek health care finances, and the public/private mix: a hint of hidden inequalities?*, International Journal of Health Science, Vol. 3(3), 1-19
31. Rajmil L., Siddiqi A., Taylor-Robinson D., Spencer N. (2015), *Understanding the impact of the economic crisis on child health: the case of Spain*, International Journal for Equity in Health, Vol. 14(95)
32. Saltkjel T., Ingelsrun MH., Dahl E., Halvorsen K. (2017), *A fuzzy set approach to economic crisis, austerity and public health. Part I. European countries conformity to ideal types during the economic downturn*, Scandinavian Journal of Public Health, Vol. 45(18), 41-47
33. Simou E., Koutsogeorgou E. (2014), *Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review*, Health Policy, Vol. 115(2-3), 111-119
34. Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., McKee M. (2009), *The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis*, The Lancet, Vol. 374(9686), 315-323
35. Tangcharoensathien V., Hamvoravongchai P., Pitayarangsarit S., Kasemsup V. (2000), *Health impacts of rapid economic changes in Thailand*, Soc Sei Med., Vol. 51(6), 789-807
36. Urbanos-Garrido RM., Lopez-Valcarcel BG. (2015), *The influence of the economic crisis on the association between unemployment and health: an empirical analysis for Spain*, The European Journal of Health Economics, Vol. 16(2), 175-184
37. West P. (1981), *Theoretical and practical equity in the national health service in England*, Soc. Sei. Med., Vol. 15(3), 117-122
38. Whitehead BR., Bergeman CS. (2015), *The effect of the financial crisis on physical health: Perceived impact matters*, Journal of Health Psychology, Vol. 22(7), 864-873
39. World Bank (1993), *World Development Report*, Oxford University Press, New York , 85-89

Διαδικτυακές Πηγές

1. <http://www.euro2day.gr/news/world/article/304151/hardoyvelhs-shmantikh-h-trehoysa-pistotikh-krish.html>
2. <https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/bp-working-for-few-political-capture-economic-inequality-200114-en.pdf>
3. <http://www.iefimerida.gr/news/412586/washington-post-i-oikonomiki-krisi-stin-ellada-teleiose-mono-den-zeis-ekei>
4. <http://www.news247.gr/oikonomia/germanikos-typos-i-krisi-stin-ellada-eiche-tis-idies-epiptoseis-me-enan-polemo.6572437.html>
5. http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009_financial_crisis_report_en.pdf
6. https://europa.eu/european-union/topics/health_el
7. https://ec.europa.eu/health/policies/overview_el
8. <http://www.tovima.gr/opinions/article/?aid=746751>
9. <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8117301e.pdf?expires=1522095056&id=id&accname=guest&checksum=209BEFC0F36900D164EFE226E691A4BD>
10. <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-Europe-2016-CHARTSET.pdf>
11. https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2016/03/ygeia_singles_complete_ver02.pdf
12. <http://www.mednet.gr/archives/2005-1/pdf/8.pdf>
13. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_gr_greece.pdf
14. http://iobe.gr/docs/research/RES_05_A_27022018_REP_GR.PDF