

**ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**Οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην πρόσβαση  
και χρήση των υπηρεσιών υγείας: Η περίπτωση της Ελλάδας**

ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΤΣΑΓΚΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΔΑΦΝΗ ΚΑΙΤΕΛΙΔΟΥ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΜΑΙΟΣ 2015

**Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου**

Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

**Οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην πρόσβαση και χρήση των  
υπηρεσιών υγείας: Η περίπτωση της Ελλάδας**

ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΤΣΑΓΚΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ  
ΔΑΦΝΗ ΚΑΙΤΕΛΙΔΟΥ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΜΑΙΟΣ 2015

**ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ**

<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</b> .....	<b>6</b>
<b>Περίληψη</b> .....	<b>7</b>
<b>Αγγλική Περίληψη</b> .....	<b>9</b>
<b>ΠΙΝΑΚΕΣ</b> .....	<b>11</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ</b> .....	<b>13</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	<b>13</b>
Δομή .....	144
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ : ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ</b> .....	<b>15</b>
1.1 Ορισμός της Οικονομικής κρίσης .....	15
1.2 Ιστορική ανασκόπηση .....	16
1.2.1 Η πρώτη πτώχευση του 1827 .....	19
1.2.2 Η πτώχευση του 1843.....	19
1.2.3 Το «δυστυχώς επτωχεύσαμεν» του Τρικούπη.....	20
1.2.4 Η πτώχευση του 1932.....	21
1.2.5 Οικονομική κρίση 2010 – ένταξη Ελλάδας στο Διεθνές Νομισματικό Ταμείο.....	22
1.3 Συμπτώματα και αίτια οικονομικών κρίσεων .....	23
1.4 Η πρόσφατη οικονομική κρίση .....	24
1.5 Οι αιτίες της ελληνικής κρίσης χρέους .....	26
1.6 Μακροοικονομικές εξελίξεις .....	28
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> - ΑΙΤΙΕΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΚΑΙ ΛΗΨΗ ΜΕΤΡΩΝ</b> ....	<b>30</b>
2.1 Τα αίτια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα .....	30
2.2 Λήψη μέτρων λόγω οικονομικής κρίσης .....	32

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.....</b>	<b>35</b>
3.1 Ορισμός Υγείας.....	35
3.2 Οργάνωση και Λειτουργία του Συστήματος Υγείας.....	36
3.3 Το Ελληνικό σύστημα υγείας πριν την οικονομική κρίση.....	38
3.4 Ε.Ο.Π.Υ.Υ – Π.Ε.Δ.Υ. ....	38
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ.....</b>	<b>43</b>
4.1 Επιπτώσεις οικονομικής κρίσης στην υγεία του ατόμου .....	43
4.2 Διατροφή και φυσική άσκηση.....	43
4.3 Κάπνισμα.....	43
4.4 Κατανάλωση αλκοόλ .....	44
4.5 Ψυχική υγεία - Δείκτες ψυχικής υγείας.....	45
4.6 Θνησιμότητα .....	47
4.7 Χρόνια νοσήματα .....	47
4.8 Τροχαία ατυχήματα.....	48
4.9 Αυτοκτονίες.....	48
4.10 Βρεφική θνησιμότητα .....	51
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup> ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.....</b>	<b>52</b>
5.1 Εισαγωγή.....	52
5.2 Χαρακτηριστικά του Ελληνικού Συστήματος Υγείας.....	52
5.2.1 Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας.....	53
5.2.2 Οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα Υγείας.....	55
5.3 Ανισότητες και ευπαθείς ομάδες.....	57
5.3.1 Κοινωνικό κράτος.....	57
5.3.2 Ανισότητες στις υπηρεσίες υγείας.....	59

5.4	Επιδράσεις της οικονομικής κρίσης στην ισότητα της πρόσβασης στο υγειονομικό σύστημα .....	59
5.5	Άξονες επιχειρηματικού σχεδιασμού για την εκτίμηση πιθανού κόστους για τη παροχή ίσης πρόσβασης όλων των πολιτών στα συστήματα υγείας .....	62
5.5.1	Χρήση των υπηρεσιών υγείας .....	65
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup> Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΓΟΡΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ.....</b>		<b>67</b>
6.1	Η Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα .....	67
6.2	Τα Χαρακτηριστικά της Αγοράς Φαρμάκου.....	68
6.3	Παρεμβάσεις και Μέτρα Πολιτικής στους Τομείς Υγείας και Φαρμάκου .....	71
6.4	Οι Επιπτώσεις της κρίσης στο Φάρμακο .....	72
6.5	Δαπάνες Υγείας – Φαρμακευτική Δαπάνη .....	73
6.6	Λόγοι Αύξησης της Φαρμακευτικής Δαπάνης πριν την κρίση .....	82
<b>Η ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....</b>		<b>85</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup> ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....</b>		<b>85</b>
7.1	Καθορισμός ερευνητικής στρατηγικής .....	85
7.2	Ανάπτυξη Ερωτηματολογίου- Εργαλείο μελέτης .....	85
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup> ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....</b>		<b>87</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup> ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....</b>		<b>1330</b>
9.1	Συμπεράσματα -Συζήτηση.....	1333
9.2	Προτάσεις.....	1366
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ .....</b>		<b>13838</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ.....</b>		<b>14040</b>
<b>Διαδικτυακές πηγές .....</b>		<b>1433</b>

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η πτυχιακή αυτή εργασία αποτελεί έργο προσωπικής μου προσπάθειας. Για να ολοκληρωθεί και να φτάσει στο επιθυμητό αυτό σημείο απαιτήθηκαν ώρες μελέτης, συγκέντρωσης και συλλογής πληροφοριών. Ευχαριστώ όλους όσους με βοήθησαν καθ' όλη την περίοδο εκπόνησης και συγγραφής δίνοντάς μου κουράγιο και στήριξη. Επίσης, ευχαριστώ θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου για τις πολύτιμες συμβουλές, τις συστάσεις και τις κατευθυντήριες γραμμές που μου έδινε. Τέλος, ευχαριστώ την εξεταστική επιτροπή που μου κάνει την τιμή να αξιολογήσει την εργασία μου.

## Περίληψη

Το σύστημα υγείας έχει ως στόχο τη βελτιστοποίηση της υγείας του πληθυσμού με βάση τις οικονομικές δυνατότητες της εκάστοτε κοινωνίας, μέσα από προγραμματισμένες υπηρεσίες και ταυτόχρονα με τη λειτουργία του σύμφωνα με την αρχή της κλινικής αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ισότητας. Ωστόσο, το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα λειτουργίας, τα οποία σε σημαντικό βαθμό απορρέουν από την μείωση των πόρων που διατίθενται στην υγεία τα τελευταία χρόνια αλλά και από την αναποτελεσματικότητα κατά την χρήση των πόρων αυτών. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να ερευνηθούν και να αποτυπωθούν οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία του ελληνικού πληθυσμού αλλά και να διερευνηθούν τα εμπόδια κατά την χρήση των υπηρεσιών υγείας. Τη διατύπωση του προβλήματος ακολούθησε η επιλογή ερευνητικής μεθόδου, η οποία αποφασίστηκε πως θα είναι η ποσοτική και ποιοτική συλλογή δεδομένων με τη χρήση ερωτηματολογίου.

Μεθοδολογία: Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα εργασία βασίστηκε σε μελέτη άλλων ερευνητών στην οποία διερευνήθηκαν τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν Έλληνες και μετανάστες που ζουν στην Ελλάδα κατά την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Για την χρήση του ζητήθηκε και λήφθηκε άδεια. Στο ερωτηματολόγιο καθορίστηκε με σαφήνεια το αντικείμενο της έρευνας για να γίνεται εύκολα κατανοητό από τους συμμετέχοντες. Ως μέθοδος δειγματοληψίας επιλέχθηκε το δείγμα ευκολίας, δηλαδή ένα συμπτωματικό δείγμα, με κριτήριο επιλογής μόνο την ευκολία.

Αποτελέσματα: Συνολικά συμπληρώθηκαν 100 ερωτηματολόγια. Η αναλογία ανδρών και γυναικών στον υπό μελέτη πληθυσμό ήταν 47% και 53% αντίστοιχα και σε ότι αφορά το μορφωτικό επίπεδο το 40% των συμμετεχόντων ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Υψηλό ποσοστό των συμμετεχόντων δήλωσε ότι αντιμετωπίζει σημαντικές δυσκολίες στην κάλυψη των καθημερινών του αναγκών (ένδυση, υπόδηση κτλ.). Μάλιστα αυτές οι δυσκολίες είναι πιο έντονες για όσους διαθέτουν χαμηλό εισόδημα. Συγκεκριμένα το σύνολο των συμμετεχόντων με εισόδημα λιγότερο των 1100 ευρώ δεν έχει επισκεφθεί ιδιωτική κλινική τους

τελευταίους 12 μήνες σε αντίθεση με το 62,7% των συμμετεχόντων με εισόδημα από 1101-1400 ευρώ και του 80% των συμμετεχόντων με εισόδημα από 1401 -1700 ευρώ.

Βρέθηκε ακόμα ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων θεωρεί πως γνωρίζει τουλάχιστον αρκετά τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας, και όλοι πιστεύουν ότι το κόστος των υπηρεσιών υγείας είναι εμπόδιο για τη χρήση τους, θεωρεί το σύστημα πολύπλοκο ενώ εμπιστεύεται τους επαγγελματίες υγείας. Το 37% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι αδυνατούσε να χρησιμοποιήσει κάποια υπηρεσία υγείας παρότι είχαν ανάγκη από αυτήν. Μεταξύ των συχνότερων λόγων γι' αυτό ήταν ο μεγάλος χρόνος αναμονής και το υψηλό κόστος. Το 80% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι λαμβάνει φάρμακα για κάποιο χρόνιο νόσημα ενώ το 10% αυτών δήλωσε ότι υπήρχαν φορές που δεν έλαβαν το φάρμακο τους διότι δεν μπορούσαν να το αγοράσουν.

Συμπεράσματα: Από την παρούσα μελέτη συμπεραίνεται ότι η οικονομική κρίση έχει δυσκολέψει την πλειονότητα των πολιτών στην κάλυψη των βασικών τους αναγκών καθώς το σύνολο των συμμετεχόντων ανέφερε ότι δυσκολεύεται συχνά να καλύψει τουλάχιστον μια από τις βασικές του ανάγκες. Επιπρόσθετα, σημαντικά εμπόδια αναφέρθηκαν στην πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας. Προκειμένου να διαφυλαχθεί το κοινωνικό αγαθό της υγείας, είναι σημαντικό να εξασφαλιστεί η καθολική πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες και να δημιουργηθούν κοινωνικά δίκτυα ασφάλειας για τις πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Λέξεις κλειδιά : σύστημα υγείας, οικονομική κρίση, αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα, ισότητα



### **Abstract**

The health system is designed to optimize the health of the population based on the financial possibilities of each society, through scheduled services and simultaneously with the operation in accordance with the principle of clinical effectiveness, efficiency and equity . However, the Greek National Health System has important operational problems, which significantly result from the reduction of resources allocated to health in recent years and the inefficiency in the use of these resources. The purpose of this study is to investigate and reflect the impact of the economic crisis on the health of the Greek population and to investigate the barriers to use of health services. The formulation of the problem was followed by the selection of a research method, which was decided to be the quantitative and qualitative data collection using the questionnaire.

**Methodology:** The tool used in this assignment was based on a study in which other researchers investigated the barriers faced by Greeks and immigrants living in Greece in terms of their access to health services. For its use authorization was sought and obtained. The questionnaire sets out clearly the object of research and was readily understood by the participants. The sampling method selected was a convenience sample, i.e. a coincidence sample by selection criterion of convenience only.

**Results:** A total of 100 questionnaires have been completed. The proportion of men and women in the study population was 47% and 53% respectively and in terms of educational level, 40% of the participants were graduates of higher learning. A high percentage of respondents stated that they face considerable difficulties to meet the daily needs (clothing, footwear, etc.). Indeed these difficulties are most acute for those with low incomes. In particular, all the participants with incomes less than 1100 euro has not visited a private clinic in the last 12 months as opposed to 62.7% of participants with incomes from 1101 to 1400 euros and 80% of participants with incomes from 1401 -1700 euro

Still it was found that the majority of participants consider that they know at least enough of the available health services, and they all believe that the cost of

health services is a barrier to their use, consider the system complex and trust health professionals. 37% of respondents said that they could not use some health service although they needed it. Among the most frequent reasons for this situation were the long waiting time and the high costs. 80% of participants said they received medication for a chronic illness while in addition, 10% of these patient said that there were times they did not take their medicine because they could not buy it.

Conclusions: The present study concludes that the economic crisis has been difficult for most people to meet their basic needs as all the participants reported that often struggle to cover at least one of their basic needs. Additionally, significant obstacles mentioned have been citizens' access to the health system. In order to preserve the social health, it is important to ensure universal access to health services and create social safety nets for the most vulnerable social groups

Keywords: health care, economic crisis, effectiveness, efficiency, equity

ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1-1 : Σχηματική περιοδολόγηση Μακρών Κυμάτων .....	18
Πίνακας 6-1: Βασικά στοιχεία αγοράς φαρμάκου .....	70
Πίνακας 6-2 : Συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας .....	76
Πίνακας 6-3 : Συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας και ποσοστιαία συμμετοχή φορέα.....	77
Πίνακας 6-4 : Χρηματοδότηση των φορέων στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας .....	78
Πίνακας 6-5 : Χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας ανά χρηματοδοτικό φορέα.....	80
Πίνακας 6-6 : Κατεύθυνση της υγειονομικής δαπάνης ανά προμηθευτή υγείας και ανά υγειονομική δραστηριότητα .....	81

## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

Διάγραμμα 5-1 Ζήτηση και η χρήση των υπηρεσιών υγείας (Πηγή: παρουσίαση Γεν. Γραμματέα ΥΥΚΑ Ιαν-Μάρτιος 2012) .....	28
Διάγραμμα 6-1 Η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα σαν % του ΑΕΠ (Πηγή: ΕΟΦ, ΣΦΕΕ, 2011).....	68
Διάγραμμα 6-2 Δείκτης Εξάρτησης Πληθυσμού, 2010 (Πηγή: OECD, Health Data 2012)...	71
Διάγραμμα 6-3 Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη (Πηγή: OECD, Health Data 2012) .....	73
Διάγραμμα 6-4 Συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας στην Ελλάδα, 2009-2012 (Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ) .....	76
Διάγραμμα 6-5 Συνολική τρέχουσα δαπάνη ανά φορέα χρηματοδότησης, 2009-2012 (Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ) .....	77
Διάγραμμα 6-6 Σύνολο Δαπάνης Υγείας (Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ).....	78
Διάγραμμα 6-7 Κατανομή τρεχουσών δημόσιων δαπανών υγείας κατά έτος (Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ) .....	79
Διάγραμμα 6-8 Διάγραμμα 6.5 Κατανομή δαπανών υγείας ιδιωτικού τομέα κατά έτος (Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ) .....	79
Διάγραμμα 6-9 Χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας (Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ) .....	81

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κρίση σε ένα σύστημα υγείας λαμβάνει χώρα από την επίδραση ενός ξαφνικού συμβάντος με αποτέλεσμα τη μείωση της διαθεσιμότητας των υγειονομικών υπηρεσιών ή τη μεγάλη και απότομη αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας. Στη βιβλιογραφία αναφέρονται αρκετά παραδείγματα χωρών στις οποίες η συρρίκνωση της δημόσιας χρηματοδότησης για τον υγειονομικό τομέα οδήγησε σε περαιτέρω αύξηση των ιδιωτικών δαπανών συμπεριλαμβανομένων και των άτυπων δαπανών των νοικοκυριών.

Η οικονομική κρίση έχει συνήθως σημαντικές επιπτώσεις για τα συστήματα υγείας των χωρών που θα την υποστούν, εξαιτίας του φαύλου κύκλου που δημιουργείται από την αύξηση της ανεργίας, την απώλεια της ασφαλιστικής κάλυψης των πολιτών, την μείωση των εισοδημάτων, την αδυναμία του πληθυσμού να καλύψει τα έξοδα που απαιτούνται για την λήψη υπηρεσιών υγείας και τελικά στην αύξηση νοσηρότητας και της θνησιμότητας. Πολλές μελέτες συνδέουν την οικονομική κατάσταση των ατόμων με τους δείκτες υγείας, όπως το προσδόκιμο ζωής, την νοσηρότητα και την θνησιμότητα. Επίσης σημαντικός και καθοριστικός παράγοντας για την διατήρηση της υγείας του πληθυσμού κυρίως κατά τη διάρκεια περιόδων οικονομικής κρίσης, είναι η απρόσκοπτη και ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας.

Στην παρούσα εργασία με θέμα «Οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας: Η περίπτωση της Ελλάδας» θα γίνει μία προσπάθεια να αναλυθούν οι λόγοι που οδήγησαν την Ελλάδα στην οικονομική ύφεση αλλά και οι επιδράσεις της στο σύστημα υγείας, στην πρόσβαση του πληθυσμού σε αυτό και κατ' επέκταση στην υγεία των ανθρώπων.

### Σκοπός

Σκοπός της έρευνας είναι η ανάδειξη μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση αλλά και την έρευνα πεδίου, των συνεπειών της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας, αλλά και στην πρόσβαση του πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας.

## Δομή

Η παρούσα διατριβή διαπραγματεύεται την τρέχουσα οικονομική κατάσταση σε παγκόσμιο επίπεδο εστιάζοντας στην ελληνική οικονομία. Αναλύει το φαινόμενο της οικονομικής κρίσης παραθέτοντας τις συνέπειες που αυτή επιφέρει στο σύστημα υγείας της Ελλάδας. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια αναφορά σε γενικές έννοιες αναφορικά με τις οικονομικές κρίσεις και γίνεται προσπάθεια να εισαχθούν τόσο οι όροι που αφορούν την υγεία όσο και το χρονικό όλων των οικονομικών κρίσεων στην Ελλάδα. Στο δεύτερο κεφάλαιο, αναλύονται τα βασικά στοιχεία του ελληνικού συστήματος υγείας, ενώ στο τρίτο κεφάλαιο, παρατίθενται τα πιθανά αίτια που οδήγησαν στην οικονομική κρίση. Ακολουθούν, κάποιες προτάσεις για την αντιμετώπιση των συνεπειών της κρίσης. Στο τέταρτο κεφάλαιο, η εργασία εμβαθύνει στην επίδραση της οικονομικής κρίσης στην υγεία και αναλυτικά αναφέρονται οι επιπτώσεις που μέχρι στιγμής έχουν αποτυπωθεί σε ότι αφορά στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Σε επόμενο κεφάλαιο, περιγράφονται οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο εθνικό σύστημα υγείας της χώρας. Επιπρόσθετα, αναφέρονται δεδομένα που αφορούν στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης και αναλύονται οι παράγοντες που επηρεάζουν τη φαρμακευτική δαπάνη και τη ζήτηση φαρμάκων. Στο Ειδικό Μέρος αναλύεται η μεθοδολογία και τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα Ελλήνων πολιτών και αφορά τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας.

## **I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ : ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ**

#### **1.1 Ορισμός της Οικονομικής κρίσης**

Κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης, το βασικό φαινόμενο το οποίο υπερिσχύει και δημιουργεί τα περισσότερα προβλήματα από τη μια στους πολίτες και από την άλλη στο κράτος στο σύνολο του, είναι η έλλειψη ρευστότητας. Συνήθως παρατηρούνται μεγάλες δυσκολίες στις καθημερινές συναλλαγές, υπάρχει αδυναμία κάλυψης οικονομικών υποχρεώσεων, αύξηση της ανεργίας λόγω μείωσης της κατανάλωσης, μείωση της αγοραστικής δύναμης και ένας ευρύτερος επηρεασμός της ψυχολογίας των πολιτών.

Υπάρχουν πολλοί ορισμοί για το φαινόμενο της οικονομικής κρίσης. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι «Οικονομική κρίση είναι το φαινόμενο κατά το οποίο μια οικονομία χαρακτηρίζεται από μια διαρκή και αισθητή μείωση της οικονομικής της δραστηριότητας. Με τον όρο οικονομική δραστηριότητα αναφερόμαστε σε όλα τα μακροοικονομικά μεγέθη της οικονομίας, όπως η απασχόληση, το εθνικό προϊόν, οι τιμές, οι επενδύσεις κ.λπ. Ο βασικότερος δείκτης οικονομικής δραστηριότητας είναι οι επενδύσεις, οι οποίες, όταν αυξομειώνονται, συμπαρασύρουν μαζί τους και όλα τα υπόλοιπα οικονομικά μεγέθη» (Κουφάρης, 2010).

Σύμφωνα με άλλον ορισμό, η οικονομική κρίση αποτελεί τη μία από τις δύο φάσεις των οικονομικών διακυμάνσεων και συγκεκριμένα τη φάση της καθόδου, όταν δηλαδή η οικονομική δραστηριότητα βρίσκεται σε μια συνεχή συρρίκνωση (European Commission, 2009).

Οι οικονομικές διακυμάνσεις ορίζονται ως οι διαδοχικές αυξομειώσεις της οικονομικής δραστηριότητας μέσα σε μια οικονομία. Λέγονται αλλιώς και κυκλικές διακυμάνσεις ή οικονομικοί κύκλοι. Οι Άγγλοι αποδίδουν το φαινόμενο με τον όρο «business cycles», ακριβώς για να τονίσουν την ιδιαίτερη βαρύτητα των επενδύσεων στην εξέλιξη του οικονομικού κύκλου. Από πολύχρονες στατιστικές παρατηρήσεις διαπιστώθηκε ότι οι οικονομικοί κύκλοι διαρκούν περίπου από 7 έως 11 χρόνια (European Commission, 2009)

## 1.2 Ιστορική ανασκόπηση

Σύμφωνα με τον Farrell (2008), το καπιταλιστικό σύστημα έχει μέχρι σήμερα βιώσει τρεις κρίσεις. Στη πραγματικότητα όμως σύμφωνα με τον ίδιο συγγραφέα υπήρξαν κατά την έναρξη του δυο κρίσεις ακόμα μια το 1850 και μία το 1891.

Ξεκινώντας ιστορικά από τη κρίση της περιόδου 1929-1933 διαπιστώνεται ότι η παρούσα κρίση ήταν αποτέλεσμα της αρχικά πολύ μεγαλύτερης παραγωγής από τη ζήτηση. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τελικά τη μείωση της βιομηχανικής παραγωγής κατά 40%, το κλείσιμο 865.000 μικρομεσαίων επιχειρήσεων αλλά και τη δημιουργία 35.000.000 ανέργων.

Κατά τη διάρκεια αυτής της κρίσης, παρουσιάστηκε μια ραγδαία πτώση του χρηματιστηρίου η οποία οδήγησε στο κραχ της Wall Street. Το συγκεκριμένο κραχ είχε ως αποτέλεσμα τη μεγάλη ύφεση στην οποία οδηγήθηκε αρχικά η Αμερικανική οικονομία και στη πορεία η παγκόσμια. Την Πέμπτη 24 Οκτωβρίου, η οποία ονομάστηκε «Μαύρη Πέμπτη», το χρηματιστήριο έκλεισε με απώλειες 13% (Wright , 2008).

Η αγορά κατέβαλε μεγάλες προσπάθειες να ανατρέψει τη παρούσα αρνητική κατάσταση, όμως έχοντας χάσει το χρηματιστήριο το 90% της αξίας του, η κατάσταση ήταν μη αναστρέψιμη. Εκατομμύρια οικογένειες έχασαν τα χρήματά τους, το ΑΕΠ των ΗΠΑ, μειώθηκε δραματικά ενώ υπήρχαν μεγάλα ποσοστά ανεργίας και τέλος οι τράπεζες χρεοκόπησαν. Η Αμερικανική οικονομία χρειάστηκε 10 ολόκληρα χρόνια αλλά και την έναρξη του 2<sup>ου</sup> Παγκοσμίου πολέμου για να βγει από τη κρίση, μια και οι στρατιωτικές δαπάνες μείωσαν την ανεργία και επέφεραν την ανάπτυξη.

Η κρίση στην Αμερικανική οικονομία επανήλθε κατά το τέταρτο κύμα του πολέμου, με το πόλεμο του Βιετνάμ. Οι ΗΠΑ αναγκάστηκαν να δανειστούν και λόγω των ισοτιμιών αλλά και της συνθήκης του Bretton Woods, το Αμερικανικό νόμισμα υπέστη μεγάλη υποτίμηση, με αποτέλεσμα να αυξηθεί ο πληθωρισμός αλλά και τα ποσοστά ανεργίας (Κρουγκμαν, 2008).

Η επόμενη κρίση, η οποία ονομάστηκε και «σιωπηρή» μια και ήταν μη αναμενόμενη ενώ τα αποτελέσματα της δεν επηρέασαν σε μεγάλο βαθμό την παγκόσμια οικονομία από τη πρώτη στιγμή. Η συγκεκριμένη κρίση σχετίστηκε με το



πετρέλαιο και εκδηλώθηκε από το 1973 μέχρι το 1980.

Αργότερα στις 19 Οκτωβρίου του 1987, υπήρξε μεγάλη πτώση του δείκτη Dow Jones ο οποίος έχασε το 22% της αξίας του μέσα σε πολύ λίγες ώρες. Οι αιτίες της κρίσης ήταν: α) Η μεγάλη και ξαφνική πτώση του δολαρίου, β) οι φήμες για εξαγορές, γ) Η κακή πληροφόρηση των πολιτών, δ) Αύξηση των επιτοκίων από τη Γερμανία το 1989 προκειμένου να αποφύγει το δανεισμό (Charles et al., 2005).

Η Fed και άλλες τράπεζες οδηγήθηκαν σχεδόν στη χρεοκοπία, στο τέλος η κρίση αυτή ξεπεράστηκε σχετικά εύκολα δεδομένων των επιπτώσεων που είχε. Η συγκεκριμένη κρίση έδωσε το έναυσμα για την εφαρμογή αυστηρότερων κανόνων σε σχέση με τη λειτουργία των τραπεζών και της οικονομίας ευρύτερα.

Η επόμενη κρίση ξέσπασε όταν το επενδυτικό fund Long-Term Capital Market (LTCM) βρέθηκε σε δεινή θέση η οποία ήταν απόρροια των κρίσεων της Ασίας, Ρωσίας και Βραζιλίας τη περίοδο 1997-1998. Το LTCM έπαθε μεγάλη ζημιά όταν οι Ρώσοι ανέστειλαν από τη πλευρά τους τον Αύγουστο του 1998, την εξόφληση των κρατικών ομολόγων, βυθίζοντας το αμερικανικό χρηματιστήριο.

Στο Πίνακα 1-1 γίνεται μια παρουσίαση των μακρών κυμάτων της οικονομίας των περιόδων άνθησης και κρίσεων

Πίνακας 1-1 : Σχηματική περιοδολόγηση Μακρών Κυμάτων

<b>Πρώτο μακρο κύμα</b>	<b>1790-1845</b>	<b>60 έτη</b>
Άνθηση (Η Μεγάλη Βιομηχανική Επανάσταση)	1790-1815	25 έτη
Κρίση (Η πείνα του 1840)	1815-1850	35 έτη
<b>Δεύτερο μακρο κύμα</b>	<b>1845-1895</b>	<b>45 έτη</b>
Άνθηση (Η Βικτωριανή ανάκαμψη)	1850-1870	20 έτη
Κρίση (Η μεγάλη κρίση)	1870-1895	25 έτη
<b>Τρίτο Μακρο κύμα</b>	<b>1895-1940</b>	<b>45 έτη</b>
Άνθηση (Η belle époque)	1895-1920	25 έτη
Κρίση (Το κραχ του 1929)	1920-1940	20 έτη
<b>Τέταρτο μακρο κύμα</b>	<b>1940-1990</b>	<b>50 έτη</b>
Άνθηση (Ο χρυσός αιώνας της συσσώρευσης)	1940-1970	30 έτη
Κρίση (Η σιωπηρή κρίση)	1970-1990	20 έτη
<b>Πέμπτο μακρο κύμα</b>	<b>1990</b>	
Άνθηση (Η επανάσταση της πληροφορικής)	1989-2008	Περίπου 20 έτη
Κρίση	2008	

Πηγή: Τσουλφίδης, Λ., (2003) Οικονομική Ιστορία της Ελλάδος Πανεπιστήμιο Μακεδονίας

### 1.2.1 Η πρώτη πτώχευση του 1827

Στη διάρκεια της Επανάστασης η κυβέρνηση έκανε συμφωνία για δύο δάνεια που δόθηκαν στην Ελλάδα από τη χρηματαγορά της Μεγάλης Βρετανίας, αναμφίβολα υπό επαχθείς όρους. Ειδικότερα, το πρώτο δάνειο 472.000 λιρών χορηγήθηκε το 1824 και χρηματοδότησε κυρίως τον εμφύλιο πόλεμο. Η συμφωνία για το δεύτερο δάνειο ύψους 1,2 εκατ. λιρών πραγματοποιήθηκε το 1825 και χρησιμοποιήθηκε για την αγορά πολεμικού υλικού που όμως δεν έφτασε ποτέ στην Ελλάδα. Ένα μόνο μικρό ποσό από τα συνολικά ποσά των δανείων δαπανήθηκε για τις ανάγκες της επανάστασης. Το μεγαλύτερο ποσό δαπανήθηκε για την πληρωμή τόκων και προμηθειών, στα χρηματιστήρια της Ευρώπης ή σε παραγγελίες πολεμικού υλικού που όμως ποτέ δεν έφτασαν στην Ελλάδα (Αργυρού & Τσουκαλάς, 2011).

Τα εν λόγω δάνεια και η ανησυχία των ομολογιούχων για την αποπληρωμή τους, κράτησαν ενεργό το ενδιαφέρον των Άγγλων για τη δημιουργία ενός ανεξάρτητου ελληνικού κράτους. Η Ελλάδα εξαιτίας αυτής της πτώχευσης αποκλείστηκε από τις διεθνείς κεφαλαιαγορές για τα επόμενα 53 χρόνια (Τσουλιφίδης, 2003).

### 1.2.2 Η πτώχευση του 1843

Ο ερχομός του Όθωνα το 1832 συνοδεύτηκε από εγγυήσεις για την παροχή δανείου 60 εκ. γαλλικών φράγκων, που παραχωρήθηκαν στην Ελλάδα από τις κυβερνήσεις Αγγλίας, Γαλλίας και Ρωσίας. Μέχρι το 1833 είχαν εκχωρηθεί τα 2/3 του δανείου (Μητσόπουλος & Πελαγίδης, 2012).

Το ποσό που έφτασε και πάλι στην Ελλάδα ήταν πολύ μικρότερο ενώ το μεγαλύτερο μέρος του δαπανήθηκε κυρίως για τις πληρωμές των προηγούμενων δανείων, την υποστήριξη της γραφειοκρατίας και σε στρατιωτικές δαπάνες. Ωστόσο, τα «εθνικά κτήματα» συνέχιζαν να είναι υποθηκευμένα. Μέχρι το 1843 η οικονομική ανάκαμψη δεν επήλθε. Η χώρα δεν μπορούσε να εκπληρώσει το δημόσιο χρέος της ενώ οι ξένες δυνάμεις αρνήθηκαν να προβούν στην τρίτη δόση του δανείου του 1832.

Ο Όθωνας αναγκάστηκε να κηρύξει επίσημη πτώχευση ζητώντας νέες πιστώσεις (Λιαρόπουλος, 2011).

Οι διαπραγματεύσεις που ακολούθησαν με την ελληνική κυβέρνηση οδήγησαν στη υπογραφή και από τις δυο μεριές ενός μνημονίου, σύμφωνα με το οποίο η ελληνική κυβέρνηση όφειλε, μέσω μέτρων σκληρής λιτότητας, να αποπληρώσει τα δανεικά. Οι δανειστές, για να είναι σίγουροι για την αποπληρωμή τους, τοποθέτησαν εκπροσώπους τους στα υπουργεία, ώστε να παρακολουθούν από κοντά την εφαρμογή των συμφεφωνημένων. Η διάσκεψη που έγινε στο Λονδίνο έθεσε αυστηρούς όρους για την καταβολή των ελληνικών οφειλών, όρισε μια επιτροπή ελέγχου της ελληνικής οικονομίας και επέβαλε την εκχώρηση όλων των εθνικών πόρων για την εξυπηρέτηση των δανείων. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα μέτρα λιτότητας που ελήφθησαν τότε (Ιούλιος 1843) και μοιάζουν αρκετά με τα σημερινά μέτρα που έχουν επιβληθεί με τα μνημόνια I και II. Ανάμεσα στα μέτρα συμπεριλαμβάνονται: απολύσεις δημοσίων υπαλλήλων κατά το 1/3 και μείωση των μισθών των υπολοίπων κατά 20%, παύση της παροχής συντάξεων, οι οποίες βέβαια ήταν λίγες και λαμβάνονταν από στρατιωτικούς και δημόσιους υπαλλήλους. Μειώθηκαν οι στρατιωτικές δαπάνες και οι δημόσιες επενδύσεις. Αυξήθηκαν οι φόροι και οι δασμοί. Η αγανάκτηση του κόσμου από τη συνεχή μείωση του βιοτικού του επιπέδου οδήγησε σε στρατιωτικά κινήματα, τα οποία στις 3.9.1843 αξίωσαν και πέτυχαν την παραχώρηση συντάγματος (Ευκαρπίδης, 2012).

### 1.2.3 Το «δυστυχώς επτωχέυσαμεν» του Τρικούπη

Μετά το 1875 κυριαρχεί στο πολιτικό τοπίο ο Τρικούπης ο οποίος αναλαμβάνει το αξίωμα του Πρωθυπουργού το 1881 και υπηρετεί πιστά τις ανάγκες του μεγάλου κεφαλαίου της εποχής και εφαρμόζει πολιτικές ενεργού ζήτησης.

Η οικονομική ανάπτυξη απαιτούσε τη δημιουργία έργων υποδομής (οδικό και σιδηροδρομικό δίκτυο, λιμάνια, αποξηραντικά έργα, αναδιάρθρωση της λειτουργίας του κράτους και την ενίσχυση του στρατού). Η χρηματοδότηση των έργων αυτών γινόταν με τη βοήθεια διεθνών δανεισμών (Λιαρόπουλος, 2011).

Από το 1879 ως το 1890 η χώρα δανείζεται συνεχώς ενώ αναγκάζεται να πληρώνει σε δάνεια το 40 με 50% των εσόδων της. Ο κρατικός προϋπολογισμός είναι μονίμως ελλειμματικός. Τη δεκαετία του 1880 υπάρχει τεράστια πτώση στις εξαγωγές του κύριου εξαγωγικού προϊόντος, της σταφίδας, εξαιτίας και της ανάκαμψης των γαλλικών εξαγωγών. Η ελληνική οικονομία φτάνει στην κατάρρευση και το 1893 ο Τρικούπης αναφωνεί στη βουλή το ιστορικό «Κύριοι, δυστυχώς επτωχεύσαμεν». Ακόμη μία πτώχευση του ελληνικού κράτους ήταν γεγονός.

Τα μέτρα που ελήφθησαν, αμέσως μετά την πτώχευση, περιελάμβαναν και τις πληρωμές τόκων προς τους ξένους δανειστές κατά 30%, ενώ εξαιρέθηκαν οι εγχώριοι ομολογιούχοι, δηλαδή οι ελληνικές τράπεζες (Μητσόπουλος & Πελαγίδης, 2012).

#### 1.2.4 Η πτώχευση του 1932

Από το 1926 ξεκινά ένα πρόγραμμα οικονομικής ανασυγκρότησης της χώρας με την έλευση του Βενιζέλου. Ιδρύεται η Τράπεζα της Ελλάδος (ΤτΕ) και η δραχμή προσδέεται στην αγγλική λίρα. Με άλλα λόγια, η δραχμή δεν ήταν μετατρέψιμη κατευθείαν σε χρυσό, ήταν όμως μετατρέψιμη σε αγγλικές λίρες και αυτές με τη σειρά τους μπορούσαν να μετατραπούν σε αντίστοιχη ποσότητα χρυσού (Μητσόπουλος & Πελαγίδης, 2012).

Τέτοιες ενέργειες σε ένα διεθνές κλίμα πιστωτικής χαλάρωσης επέτρεπαν στην κυβέρνηση Βενιζέλου να δανείζεται στις διεθνείς αγορές, για να χρηματοδοτεί το φιλόδοξο πρόγραμμα δημόσιων επενδύσεων, η απόδοση των οποίων θα επέτρεπε τη μελλοντική αποπληρωμή του χρέους που συσσωρευόταν (Λιαρόπουλος, 2011).

Το 1929 ξεσπάει η παγκόσμια οικονομική κρίση ύστερα από το κραχ του χρηματιστηρίου της Νέας Υόρκης. Η κρίση είχε άμεσες συνέπειες στην οικονομία της Ελλάδας. Οι εξαγωγές καπνού, το οποίο είχε υποκαταστήσει τη σταφίδα ως κύριο εξαγωγικό προϊόν, ελαττώθηκαν σε μεγάλο βαθμό εξαιτίας της γερμανικής ύφεσης. Η Γερμανία αποτελούσε τον κύριο εισαγωγέα του ελληνικού καπνού. Ένα χρόνο πριν, η χώρα είχε επανέλθει στον «κανόνα χρυσού» με σκοπό να φέρει επενδύσεις

ξένων κεφαλαίων. Το 1932 όμως η υποτίμηση της στερλίνας και η κατάρρευση των παγκόσμιων αγορών αναγκάζουν την Ελλάδα να εγκαταλείψει.

Η δραχμή για να παραμείνει στον «κανόνα χρυσού» συνδέεται με το αμερικανικό δολάριο. Το Σεπτέμβρη του 1931 προκαλείται πανικός με «φυγάδευση» στο εξωτερικό 3,6 εκ. δολαρίων από ιδιώτες και τράπεζες. Η κυβέρνηση αναζητά επειγόντως νέα δάνεια χωρίς επιτυχία. Η κατάσταση είναι πια μη αναστρέψιμη. Την άνοιξη του 1932 ο Βενιζέλος αναγκάζεται να εγκαταλείψει καθυστερημένα τον «χρυσό κανόνα» και να υποτιμήσει την δραχμή. Στις 15 Απριλίου ο Βενιζέλος αποφάσισε -λόγω πραγματικής οικονομικής αδυναμίας- να κηρύξει προσωρινό χρεοστάσιο που θα ίσχυε από 1ης Μαΐου 1932. Τα συναλλαγματικά αποθέματα της χώρας είχαν εξαντληθεί. Η Ελλάδα είχε κηρύξει πτώχευση, που υπήρξε η τελευταία μέχρι στιγμής. Αλλά σχετικά σύντομα, το 1935, το ελληνικό κράτος άρχισε την αποπληρωμή και πάλι του δημόσιου χρέους (Τσουλφίδης, 2003).

#### 1.2.5 Οικονομική κρίση 2010 – ένταξη Ελλάδας στο Διεθνές Νομισματικό Ταμείο

Τον Μάιο του 2010 η Ελλάδα τέθηκε υπό δημοσιονομική επιτήρηση από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, το Διεθνές Νομισματικό ταμείο και την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα εξαιτίας των υψηλών δημοσιονομικών ελλειμμάτων, του μεγάλου χρέους και της κρίσης δανεισμού από τις διεθνείς χρηματαγορές. Η ελληνική οικονομία βρίσκεται στη μέση μιας διεθνούς κρίσης, όπου οι ανατροπές στα εργασιακά, στα ασφαλιστικά και στα συνταξιοδοτικά θέματα, οι περικοπές μισθών και η μείωση του απασχολούμενου προσωπικού δημιουργούν αισθήματα αγωνίας, αβεβαιότητας και φόβου (Μητσόπουλος & Πελαγίδης, 2012).

Σύμφωνα με αναλυτές η κρίση θα κρατήσει περισσότερο από 10 χρόνια και θα επηρεάσει την παγκόσμια οικονομία για πολύ καιρό. Μια κρίση που ξεκίνησε ως χρηματοοικονομική και εξελίχθηκε σε οικονομική έχει ήδη τα χαρακτηριστικά της κοινωνικής κρίσης, με κυριότερες αρνητικές συνέπειες στην απασχόληση. Ως τέτοια θα επηρεάσει και τον τομέα της υγείας με πολλούς τρόπους. Οι δύο κυριότεροι κίνδυνοι είναι η τάση πολλών κυβερνήσεων να μειώσουν της δημοσιονομικές τους δαπάνες στον τομέα του κοινωνικού κράτους και δεύτερον, οι επιπτώσεις της μείωσης της χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας που προέρχονται από τις

εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων λόγω της ανεργίας και της «μαύρης» εργασίας (Λιαρόπουλος, 2011).

Σε επόμενη ενότητα και εκτενέστερα στο Κεφάλαιο 4 θα γίνει η ανάλυση της πρόσφατης οικονομικής κρίσης και των επιπτώσεων της.

### 1.3 Συμπτώματα και αίτια οικονομικών κρίσεων

Σύμφωνα με τους Kindleberger and Aliber (2005), η απάντηση για το αν μπορεί να προβλεφθεί το πότε θα ξεσπάσει μια κρίση ήταν θετική χάρη στη διαδικασία του υπολογισμού της συνεχούς πτώσης των κερδών, η οποία οδηγεί αποδεδειγμένα σε κρίση (Kindleberger & Aliber, 2005).

Σε πρώτο στάδιο, το βασικό σύμπτωμα είναι η αδυναμία πώλησης εμπορευμάτων, η οποία στη συνέχεια οδηγεί στην αδυναμία αγοράς μέσω παραγωγής. Απόρροια της παραπάνω κατάστασης είναι ο δανεισμός, ο οποίος αυξάνει από τη πλευρά των τραπεζών τα επιτόκια και από τους πολίτες τη ζήτηση των χρημάτων και συνεπώς τη χρεοκοπία των τραπεζών αλλά και πολλών μικρομεσαίων ή μη επιχειρήσεων που αδυνατούν να ανταπεξέλθουν στην περίοδο της ύφεσης. Η παραγωγή μειώνεται μέχρι να φράσει σε επίπεδο που η κατανάλωση καλύπτει τη παραγωγή (Franklin & Douglas, 2007).

Σε δεύτερο στάδιο τα συμπτώματα είναι ότι η παραγωγή σταθεροποιείται, ο αριθμός των χρεοκοπημένων επιχειρήσεων ειδικά των μικρών και μεσαίων μειώνεται ενώ και οι τράπεζες σταματούν να κλείνουν υποκαταστήματα, όποτε τα αποθέματα απορροφώνται.

Στο τρίτο στάδιο η αγορά αναζωογονείται.

Στο τέταρτο και τελευταίο στάδιο η παραγωγή αυξάνεται η αγορά γυρνά στη πρότερη κατάσταση της και ξεκινά ένας νέος κύκλος που θα οδηγήσει σε μια νέα κρίση μετά από κάποια χρόνια (Franklin & Douglas, 2007). Οι οικονομικές κρίσεις και τα αίτια τους μπορούν να εξηγηθούν μέσα από τρεις διαφορετικές προσεγγίσεις: τη θεωρία του Schumpeter, τη θεωρία των κοινωνικών δομών της συσσώρευσης και τη Μαρξιστική θεωρία. Αναλυτικά η κάθε μια παραθέτεται παρακάτω:

1. Η ερμηνεία των μακρών κυμάτων από τον Schumpeter: Μια οικονομία που είναι στάσιμη δεν έχει την ικανότητα να συγκεντρώνει κεφάλαια μέσω της διαδικασίας της αποταμίευσης, πράγμα που την αναγκάζει να τα εξασφαλίσει μέσω του χρηματοπιστωτικού συστήματος. Κατά τη περίοδο της άνθησης υπάρχει αύξηση της ζήτησης, αύξηση των τιμών και των εισοδημάτων. Όταν η διαδικασία κορυφωθεί μετά αρχίζει η περίοδο της ύφεσης.
2. Η θεωρία των κοινωνικών δομών συσσώρευσης: Η συγκεκριμένη θεωρία αναφέρεται στη σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ εργαζομένων και εργοδοτών και πως αυτή επηρεάζει τη παραγωγική διαδικασία. Όταν η σχέση αυτή δεν λειτουργεί αποτελεσματικά οδηγεί σε οικονομική κρίση.
3. Μαρξιστική ερμηνεία: Στην καπιταλιστική κοινωνία, η επιχείρηση έχει να αντιμετωπίσει τρία μέτωπα. Στο πρώτο μέτωπο συγκρούεται με τους εργαζόμενους στοχεύοντας στη μείωση του κόστους παραγωγής μέσα από τη μείωση μισθών για την αύξηση του κέρδους. Στο δεύτερο ο επιχειρηματίας αντιμετωπίζει τους ανταγωνιστές του ενώ στο τρίτο και τελευταίο μειώνει τις τιμές με στόχο να αυξήσει τα μερίδια αγοράς του. Όταν δεν τα καταφέρνει και μειώνεται το κέρδος του, τότε αυτό συνεπάγεται ξέσπασμα οικονομικής κρίσης. Η καινοτομία μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση της δυσμενούς οικονομικής κατάστασης και αποσιώπηση της οικονομικής κρίσης.

#### 1.4 Η πρόσφατη οικονομική κρίση

Στη παρούσα ενότητα θα γίνει αναφορά στη πρόσφατη οικονομική κρίση, η οποία είναι ακόμα υπό εξέλιξη και έχει πλήξει κυρίως την Ευρώπη. Τα αίτια ξεκινούν το 2007 μέσα αρχικά από τη πτώση της κτηματομεσιτικής αγοράς, η οποία επηρέασε το ευρύτερο χρηματοπιστωτικό σύστημα (Dutton , 2010).

Ένα άλλο βασικό πρόβλημα συνίσταται στην τάση των χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων, κυρίως των μεγαλύτερων σε μέγεθος, να επενδύουν για πολύ καιρό σε προϊόντα υψηλού κινδύνου με στόχο το κέρδος. Αυτό οδήγησε τις επιχειρήσεις σε αδιέξοδο και σε αρκετές περιπτώσεις σε χρεωκοπία (Schwarz, 2008).

Ο επόμενος λόγος ήταν η ασύμμετρη πληροφόρηση από τη πλευρά των



οικονομικών αναλυτών, συγκεκριμένα, ενώ έβλεπαν το πρόβλημα και ειδικά τη κρίση στη κτηματομεσιτική αγορά, προκειμένου να διατηρήσουν τα προσωπικά τους οφέλη τις απέκρυψαν. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτής της κατάστασης είναι οι τράπεζες Σύμφωνα με την McKinsey Company το 2008 τα ακόλουθα αίτια επιβάρυναν την κατάσταση:

1. Πληθωρισμός-Τιμολογήσεις-Κεφάλαια: Η αρχική αιτία αύξησης του πληθωρισμού ήταν η αύξηση του πετρελαίου, η επόμενη ήταν η αύξηση του πληθωρισμού σε αγορές όπως η Κίνα και η Ινδία. Τέλος η αύξηση των τιμών ειδικά από τις μικρές και μεσαίες επιχειρήσεις προκειμένου να επιβιώσουν από τις πιέσεις που δέχονταν.
2. Μείωση προσλήψεων: Η συνεχής μείωση προσωπικού με στόχο τη μείωση του κόστους και την αύξηση των κερδών οδήγησε στη μείωση της καταναλωτικής ισχύς και τελικά επηρέασε τις πωλήσεις και την αγορά ευρύτερα.
3. Η μείωση των τιμών των ακινήτων σε Ισπανία, Μεγάλη Βρετανία, Αμερική επηρέασε την αγορά επιφέροντας ζημιές στη παγκόσμια οικονομία. Συγχρόνως μεγάλες επιχειρήσεις παρουσίασαν τεράστια ελλείμματα τα οποία αδυνατούσαν να καλύψουν.
4. Η τιτλοποίηση των στεγαστικών δανείων.
5. Η απελευθέρωση των αγορών χωρίς συγκεκριμένους νόμους και κανόνες.
6. Η αδυναμία σωστής αξιολόγησης από τους οίκους της διαβάθμισης των προϊόντων.
7. Το χαλαρό νομοθετικό πλαίσιο.
8. Η λανθασμένη διαχείριση από τους πολιτικούς φορείς και η διαφθορά.
9. Οι τεράστιες αμοιβές των υψηλόβαθμων στελεχών.
10. Η άνιση κατανομή του πλούτου.

Οι επιπτώσεις της κρίσης είναι: (Wright, 2008): 1) μείωση των ποσοστών του διεθνούς εμπορίου αγαθών, 2) πτώση του ΑΕΠ σε παγκόσμια κλίμακα, 3) πτώση τιμών πρώτων υλών, 4) πτώση διεθνών επενδύσεων, μείωση των κερδών στη παροχή

υπηρεσιών, μείωση ζήτησης, χρηματοδοτήσεων, 5) μείωση κατανάλωσης, 6) αύξηση προστατευτισμού.

Ως δράσεις αντιμετώπισης, ορίστηκαν οι ακόλουθες (Wright, 2008): 1) Αλλαγές στη στρατηγική των επιχειρήσεων, εστιάζοντας στη ποιότητα, στη καινοτομία, στη διαφορετικότητα, 2) Στήριξη οικονομιών από τις κυβερνήσεις, 3) Ενίσχυση της βιομηχανίας από τα κράτη, 4) Στήριξη και οικονομική βοήθεια από την Ευρωπαϊκή Ένωση σε χώρες που είχαν πρόβλημα όπως η Ελλάδα, η Πορτογαλία, 5) Εστίαση στην ευελιξία από τη πλευρά των μικρών και μεσαίων επιχειρήσεων, 5) Αύξηση της φορολογίας η οποία όμως δεν επιφέρει θετικά αποτελέσματα ειδικά για τους ιδιώτες και τις μικρές και μεσαίες επιχειρήσεις.

### 1.5 Οι αιτίες της ελληνικής κρίσης χρέους

Η κρίση και η ίδια η κλιμακωτή φύση της είναι το αποτέλεσμα μιας σταθερής επιδείνωσης των ελληνικών μακροοικονομικών δεικτών κατά τη διάρκεια των ετών 2001-2009 σε επίπεδα που δεν συνάδουν με την συμμετοχή στην μακροπρόθεσμη ευρωπαϊκή Νομισματική Ένωση (ONE), καθώς και της μετατόπισης των προσδοκιών των αγορών σχετικά με την υγιή κατάσταση της Ελληνικής οικονομίας (Αργυρού & Τσουκαλάς, 2011).

Η ανάλυση της ελληνικής κρίσης χρέους ήταν σημαντική από τη στιγμή της έναρξης της κρίσης λόγω του κινδύνου μετάδοσής της σε άλλες περιφερειακές χώρες της ONE, όπως η Ιταλία ή η Ισπανία, εκτός από τις χώρες που ήδη αντιμετώπιζαν παρόμοιες κρίσεις χρέους, την Ιρλανδία και την Πορτογαλία. Οι φόβοι βγήκαν αληθείς και όντως η ελληνική οικονομική κρίση επηρέασε και άλλες χώρες της Ευρωζώνης.

Η κρίση που ξεκίνησε στην Ελλάδα έχει εξελιχθεί σε μια κρίση της ζώνης του ευρώ στο σύνολό της. Ο De Grauwe και οι συνεργάτες του υποστηρίζουν ότι η κύρια ευθύνη για την κρίση χρέους βρίσκεται στις ελληνικές αρχές οι οποίες κακοδιαχειρίστηκαν την οικονομία, σπατάλησαν το δημόσιο χρήμα, υπερτιμολόγησαν ορισμένα έργα, απέτυχαν να σταματήσουν τη φοροδιαφυγή και εξαπάτησαν πολλούς φορείς για την αληθινή φύση των δημοσιονομικών

προβλημάτων (Grauwe & Moesen, 2009).

Την ίδια στιγμή, οι χρηματοπιστωτικές αγορές και οι αρχές της Ευρωζώνης φέρουν ευθύνες που επέτρεψαν την κρίση να εξελιχθεί σε μια συστημική κρίση της Ευρωζώνης.

Ο Παπαδάκης αναφέρει ότι η ελληνική δημοσιονομική κρίση είναι το αποτέλεσμα του συνδυασμού των υψηλών χρεών και των δημοσιονομικών ελλειμμάτων και επιταχύνθηκε από τον υψηλό βαθμό της διαφθοράς του ελληνικού γραφειοκρατικού και πολιτικού συστήματος (Παπαδάκης, 2010).

Το επίπεδο της διαφθοράς στο ελληνικό πολιτικό σύστημα έχει διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στη δημιουργία της κρίσης και την εξέλιξή της. Στο ελληνικό δημοκρατικό σύστημα, τα πολιτικά κόμματα έχουν χρησιμοποιήσει το πατρωνάρισμα, τις επιδοτήσεις, την φοροδιαφυγή και τον διορισμό των ψηφοφόρων τους σε θέσεις στο δημόσιο τομέα, ως τρόπους για την απόκτηση ψήφων. Στην πραγματικότητα, ο πιο συνηθισμένος τρόπος της προεκλογικής τους εκστρατείας είναι η ανοχή της φοροδιαφυγής σε μαζική κλίμακα (Grauwe, 2012).

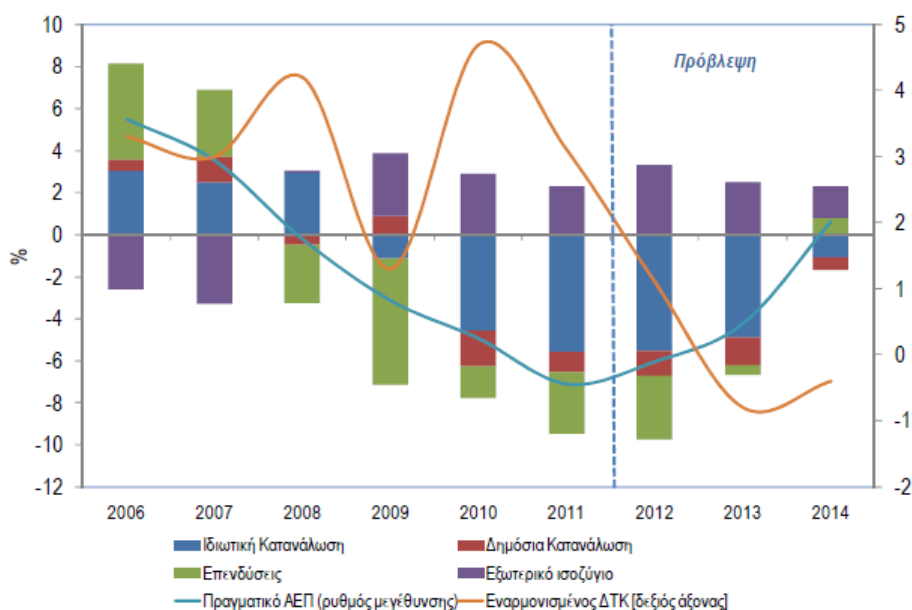
Η ευρωζώνη έχει σχεδιαστεί για να υπάρχει ένα νόμισμα και επιτόκιο που να ταιριάζει σε όλους. Όταν η Ελλάδα εισήλθε στην ΟΝΕ, οι τράπεζες χορηγούσαν δάνεια με χαμηλό επιτόκιο, επειδή ακριβώς θεωρήθηκε ότι η Ελλάδα θα μπορούσε να εξυπηρετήσει το χρέος της και ότι οι τράπεζες δεν θα χρεοκοπούσαν

Χάρη στην προαναφερόμενη κατάσταση, η Ελλάδα ήταν σε θέση να δανείζεται χρήματα σε σχεδόν με το ίδιο χαμηλό επιτόκιο όπως η Γερμανία ή η Γαλλία, ακόμη και αν είχε ένα τεράστιο χρέος. Όμως, με την εμφάνιση της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, το 2008, η ελληνική οικονομία απλά δεν μπορούσε να προσαρμοστεί ενώ κανένα από τα διεθνή χρηματοπιστωτικά ιδρύματα ή τους οίκους αξιολόγησης (Standard & Poors, Moody και Fitch Ratings) δεν κατάφερε να το αντιμετωπίσει αυτό και συνεπώς φέρουν ένα δίκαιο ποσοστό ευθύνης για την σημερινή ελληνική κατάσταση (Stiglitz, 2002).

### 1.6 Μακροοικονομικές εξελίξεις

Το 2012 απετέλεσε το πέμπτο συνεχόμενο έτος ύφεσης της ελληνικής οικονομίας, με τις εκτιμήσεις για το ρυθμό μεταβολής του ΑΕΠ να διαμορφώνονται μεταξύ -6% και -6,5%, σε μεγάλη απόσταση από τις προβλέψεις στις αρχές του έτους.

Στον αρνητικό ρυθμό μεγέθυνσης της ελληνικής οικονομίας το 2012 συνέβαλαν καθοριστικά η μείωση της ιδιωτικής κατανάλωσης, η οποία εκτιμάται σε -7,7%, και η μείωση των συνολικών επενδύσεων κατά 14,4%, ενώ μικρότερη επίδραση είχε ο περιορισμός κατά 6,2% της δημόσιας κατανάλωσης. Συνολικά, η εγχώρια ζήτηση εκτιμάται ότι συνέβαλε κατά περίπου 10 εκατοστιαίες μονάδες στηναρνητική μεταβολή του πραγματικού ΑΕΠ το 2012 (Αθανασιάδης, κα., 2012).



Διάγραμμα 5-1: Ρυθμός μεγέθυνσης της ελληνικής οικονομίας και παράγοντες που συνέβαλαν στην εξέλιξή του (Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Επεξεργασία στοιχείων: IOBE)

Το 2013 θεωρείται έτος καμψής στο βαθμό που για τα επόμενα έτη προβλέπεται σταδιακή επιτάχυνση της ανάπτυξης μέχρι το 2016 (+3,5%). Ως

αποτέλεσμα της συνεχιζόμενης δημοσιονομικής προσαρμογής, η δημόσια κατανάλωση προβλέπεται να συνεχίσει να μειώνεται μέχρι το 2016 (-3,8% κατά μέσο όρο για την περίοδο 2013–2016), ενώ η ιδιωτική κατανάλωση προβλέπεται να παραμείνει σε περιορισμένα επίπεδα (από -7,0% το 2013 και -1,6% το 2014 σε 1,3% το 2015 και 2,3% το 2016). Οι ακαθάριστες επενδύσεις πάγιου κεφαλαίου προβλέπεται να ανακάμψουν σταδιακά (σημειώνοντας αύξηση το 2014 και επιταχύνοντας στο 10,0% το 2016) (Εφημερίδα Euro2day, 2012).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> - ΑΙΤΙΕΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΚΑΙ ΛΗΨΗ ΜΕΤΡΩΝ

### 2.1 Τα αίτια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα

Τα αίτια της Ελληνικής οικονομικής κρίσης μπορούμε να τα κατατάξουμε σε δύο κατηγορίες : α) στα γενικά διαχρονικά αίτια και β) στα αίτια μετά το 2008. Τα βασικά γενικά διαχρονικά αίτια είναι τα εξής (Βήτας , 2012; Μητσόπουλος & Πελαγίδης, 2012):

- Υπήρχε φτωχό, πελατειακό και ως επί το πλείστον κληρονομικό πολιτικό σύστημα.
- Υπήρξε κακοδιοίκηση δημοσίων οικονομικών των φορέων, ΔΕΚΟ και Ασφαλιστικών Ταμείων
- Προϋπήρχαν συνεχή πρωτογενή ελλείμματα από το 1974
- Ο δημόσιος τομέας ήταν κακοδιοικούμενος, κακοκαμωμένος, φτωχά-μηχανοοργανωμένος, διεφθαρμένος, γραφειοκρατικός, υπερδιογκωμένος και πελατειακός
- Υπήρχε διεφθαρμένος, κομματικός και πελατειακός συνδικαλισμός
- Έγινε κρατικίστικη ανάπτυξη και αυξήθηκε ο περιορισμός της ιδιωτικής πρωτοβουλίας (πχ. αγροτικές επιδοτήσεις, κρατικοποίηση ιδιωτικών επιχειρήσεων). Τα μέλη της κυβέρνησης ανήκουν στην εκτελεστική εξουσία αλλά και στη νομοθετική με συνέπεια να δαπανούν περισσότερα και να αποταμιεύουν λιγότερα για να μη δυσανεστήσουν τους ψηφοφόρους τους
- Έγινε σκόπιμη απόκρυψη του δανεισμού καθώς οι πολιτικοί ήθελαν να ικανοποιήσουν τα κριτήρια Μάστριχτ (Ελλειμμα 3%, Λόγος Χρέος/ΑΕΠ <120%)
- Δεν πραγματοποιήθηκε καμιά συστηματική προσπάθεια για έλεγχο: των δαπανών, της εκτεταμένης φοροδιαφυγής, της φοροείσπραξης, της διαφθοράς του δημόσιου τομέα σε υψηλές βαθμίδες (πολεοδομία, εφορίες), των χρεών των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης
- Υπήρξαν μεταφορά/κατάθεση χρήματος σε τράπεζες εξωτερικού, σκάνδαλα προμηθειών και ξέπλυμα μαύρου χρήματος

## Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας

- Η είσοδος της χώρας στην ΟΝΕ έγινε χωρίς επαρκή προετοιμασία με αποτέλεσμα τη συνεχή χειροτέρευση της ανταγωνιστικότητας και πτώση της παραγωγής μετά την είσοδο στη ΟΝΕ
- Η Ελλάδα ζούσε πέρα από τις δυνατότητές της ακόμη και προ ΟΝΕ, (φουσκωμένες δημόσιες δαπάνες, αύξηση μισθών/συντάξεων/εφάπαξ πολύ πέρα από τις χώρες της ΟΝΕ, συντάξεις και ψεύτικα επιδόματα, πολλαπλές συντάξεις, συντάξιμη ηλικία κλπ. )
- Συντελέστηκε υπερδιόγκωση των συστημάτων υγείας και εκπαίδευσης
- Δημιουργήθηκαν μεγάλα χρέη και τελέστηκαν υπερβολικές δαπάνες για την εκτέλεση των Ολυμπιακών Αγώνων το 2004.
- Μετά την είσοδο στην ΟΝΕ, η χώρα δεν μπορεί πλέον να τυπώσει χρήμα και να υποβαθμίσει το νόμισμά της
- Υπήρχε υπερδιογκωμένη παράνομη μετανάστευση.
- Έγιναν αναρίθμητες απεργίες/στάσεις εργασίας πολύ περισσότερες από τις άλλες χώρες της ΕΕ.

Κατά το 2008 και 2009 τα βασικότερα αίτια είναι τα εξής (Σαμπεθαί, 2009; Φωσκόλου, 2012):

- Παρά τα προειδοποιητικά μηνύματα από τις αρχές του 2008 και της επάρκειας χρόνου για τη λήψη μέτρων υπήρξε υπερβολικός δισταγμός, αναποφασιστικότητα και καμιά αντίδραση από το πολιτικό και οικονομικό σύστημα ενώ στη συνέχεια το πολιτικό σύστημα χαρακτηρίστηκε από τα ίδια στοιχεία όσον αφορά τη λήψη σοβαρών δημοσιονομικών μέτρων για τη διόρθωση της κατάστασης.
- Οι δύο μεγαλύτερες Ελληνικές 'βιομηχανίες' (της ναυτιλίας και του τουρισμού) επλήγησαν βαριά από την παγκόσμια ύφεση.
- Το κυβερνητικό, διοικητικό και πολιτικό σύστημα απέτυχε να κατανοήσει τη μορφή και τη σημασία των οικονομικών θεμάτων, παρόντα σε όλες σχεδόν τις χώρες και τότε θεραπεύσιμα εύκολα. Όταν χτύπησε η παγκόσμια οικονομική κρίση και τα Ελληνικά χρέη ήλθαν στο φως η χώρα ήταν ανέτοιμη να τα

αντιμετωπίσει.

- Δημιουργήθηκαν τεράστια ελλείμματα. Καθώς τα χρήματα έρρεαν από τα ταμεία της πολιτείας, τα έσοδα επλήγοντο από τη φοροδιαφυγή και την περιορισμένη φοροείσπραξη, ενώ πραγματοποιούντουσαν μαζικές μεταφορές σε τράπεζες του εξωτερικού και αναλήψεις για τα 'σεντούκια' του εσωτερικού.
- Συνεχείς εκλογικές αναμετρήσεις.
- Όταν η Ελληνική κρίση έγινε παγκόσμια γνωστή το φθινόπωρο του 2009, η τότε κυβέρνηση ήταν αναποφάσιστη, αναβλητική και διστακτική να πάρει τα απαραίτητα άμεσα μέτρα σταματήματος της κρίσης και ανάκαμψης της οικονομίας .
- Υπεραπλουστεύθηκε η οικονομική κατάσταση και διογκώθηκε ο λαϊκισμός των ΜΜΕ.

## 2.2 Λήψη μέτρων λόγω οικονομικής κρίσης

Στην Ελλάδα παρατηρείται ότι η προϋπάρχουσα οικονομική κρίση επιδεινώνεται ποιοτικά και ποσοτικά από την διεθνή κρίση καθώς πλήττονται και οι τρεις πυλώνες της ελληνικής οικονομίας, δηλαδή ο οικονομικός, ο δημοσιονομικός και φυσικά ο κοινωνικός. Αποτέλεσμα αυτής της οικονομικής κατάστασης είναι η υπογραφή μιας σειράς από μνημόνια δηλαδή από συμφωνίες των κυβερνήσεων της χώρας με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο και την Ευρωπαϊκή Ένωση. Οι συμφωνίες αυτές επέβαλαν μία σειρά μέτρων μεταξύ των οποίων και τα ακόλουθα (Κασιμάτης, 2010):

Αρχικά πραγματοποιήθηκε μείωση 10% του βασικού μισθού κατά μέσο όρο και περιορισμός των επιδομάτων στο 10% του βασικού μισθού κατά μέσο όρο. Έγιναν μειώσεις 5 – 15% στις συντάξεις τόσο του ιδιωτικού όσο και του δημόσιου τομέα και κατάργηση όλων των δώρων για δημοσίους υπαλλήλους και συνταξιούχους. Ορίστηκε ενιαίο μισθολόγιο στο δημόσιο τομέα. Με την εφαρμογή του οι δημόσιοι υπάλληλοι έχουν μείωση των αποδοχών τους έως και 1.200 ευρώ και επιβολή εισφοράς αλληλεγγύης από 1% έως 4% ανάλογα με το καθαρό εισόδημα.



Πραγματοποιήθηκε αύξηση του τέλους επιτηδεύματος για τους επαγγελματίες από τα 500 ευρώ το χρόνο στα 650 ευρώ ενώ για τις επιχειρήσεις αυξάνεται από τα 500 στα 1.000 ευρώ. Ακόμα έγινε θέσπιση των ατομικών συμβάσεων με σκοπό την κατάργηση της συλλογικής διαπραγμάτευσης μεταξύ εργοδοτικών φορέων και συνδικάτων ως τρόπος διαμόρφωσης του κατώτατου μισθού, ο οποίος μειώθηκε κατά 22% σε όλα τα κλιμάκια του βασικού μισθού (από 751€ σε 586€) και 32% στους νεοεισερχόμενους μέχρι 25 ετών.

Επιπλέον, έκλεισαν ορισμένοι φορείς του δημοσίου τομέα, έγινε μετάθεση ατόμων πλεονάζοντος προσωπικού σε καθεστώς εργασιακής εφεδρείας όπου θα καταβάλλεται το 80% των βασικών τους αποδοχών (εξαιρουμένων των υπερωριών και άλλων επιπλέον αποδοχών) για χρονικό διάστημα όχι μεγαλύτερο των 18 μηνών, μετά το οποίο απομακρύνονται οριστικώς. Αυξήθηκαν τα γενικά όρια ηλικίας συνταξιοδότησης κατά 2 χρόνια και πραγματοποιήθηκαν περικοπές στα βαρέα και ανθυγιεινά επαγγέλματα. Στόχος είναι η νέα λίστα να περιλαμβάνει πολύ λιγότερα επαγγέλματα που θα αντιστοιχούν στο 10% του εργατικού δυναμικού.

Επίσης, εφαρμόστηκαν περικοπές στα εφάπαξ και μείωση από τα 450 στα 400 του αριθμού των ενσήμων που θα πρέπει να έχει ο εποχικά απασχολούμενος στην τετραετία, ώστε να δικαιούται να λάβει εποχικό επίδομα από τον ΟΑΕΔ. Ορίστηκε καταβολή του επιδόματος των 200 ευρώ στους μακροχρόνια άνεργους, άνω των 12 μηνών, με νέους όρους (το ετήσιο οικογενειακό τους εισόδημα να μην υπερβαίνει τα 10.000 ευρώ, προσαυξανόμενο κατά 586,08 ευρώ για κάθε ανήλικό τέκνο) και σε ηλικίες από 20 - 66 ετών (από 45-65 που ήταν τα προηγούμενα χρόνια), ενώ έγινε μείωση των αποζημιώσεων σε περίπτωση απόλυσης στον ιδιωτικό τομέα έως και 50% αλλά και του χρόνου προειδοποίησης σε 4 αντί 6 μήνες.

Στη συνέχεια, αυξήθηκαν τα όρια των ομαδικών απολύσεων. Οι επιχειρήσεις που απασχολούν από 20 έως 150 άτομα μπορούν να απολύουν μέχρι 6 εργαζόμενους το μήνα ενώ οι επιχειρήσεις που απασχολούν πάνω από 150 άτομα μπορούν να απολύουν μέχρι 30 άτομα το μήνα ή το 5% από 2% που ίσχυε.

Σημειώθηκε αύξηση του επιμερισμού του κόστους για ιδιωτική περίθαλψη και αλλαγή του τρόπου υπολογισμού συμμετοχής στα φάρμακα των ασφαλισμένων του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), καθώς η διαφορά

μεταξύ ασφαλιστικής και λιανικής τιμής θα επιβαρύνει εξ ολοκλήρου πλέον τον ασφαλισμένο.

Ακόμα σημειώθηκε αύξηση του εισιτηρίου στα Νοσοκομεία από 3 σε 5 € για εξετάσεις και μείωση των εξωνοσοκομειακών φαρμακευτικών δαπανών. Εφαρμόζεται ένα σύνολο από πολιτικές οι οποίες θα περιλαμβάνουν αλλαγές στην τιμολόγηση, τη συνταγογράφηση και την αποζημίωση των φαρμάκων με σκοπό την προώθηση γενοσήμων, τον έλεγχο της συνταγογράφησης και της κατανάλωσης και θα διώκουν την ανάρμοστη συμπεριφορά και την απάτη.

Όσον αφορά τις νοσοκομειακές μονάδες αυτές αναδιαμορφώθηκαν και συγχωνεύτηκαν. Ως στόχος τέθηκε η αναθεώρηση της δραστηριότητας των μικρών νοσοκομείων προς την κατεύθυνση εξειδίκευσης σε τομείς όπως η αποκατάσταση, η θεραπεία του καρκίνου ή η ανακουφιστική/τελική φροντίδα ανάλογα με την περίπτωση και αναθεώρηση των δομών επειγόντων περιστατικών και εφημεριών, βελτιστοποίηση και εξισορρόπηση της κατανομής των πόρων βαρέως ιατρικού εξοπλισμού (π.χ. τομογράφων, εγκαταστάσεων ακτινοθεραπείας κλπ.) ανάλογα με τις ανάγκες. Τέλος πραγματοποιήθηκε επιβολή του φόρου ΕΕΤΗΔΕ στα ακίνητα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

### 3.1 Ορισμός Υγείας

Διαχρονικά για τη λέξη «υγεία» έχουν χρησιμοποιηθεί διάφοροι ορισμοί. Στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) το 1976 η υγεία ορίζεται ως «η κατάσταση της απόλυτης φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας» και όχι αποκλειστικά από την απουσία της νόσου ή της αναπηρίας. Έτσι, η έννοια της υγείας, δεν ορίζεται μόνο από την ιατρική σκοπιά, αλλά και από άλλους παράγοντες όπως είναι το περιβάλλον, η οικονομία, η εργασία κ.α (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007).

Ο ορισμός αυτός επιβεβαιώθηκε και στην παγκόσμια συνδιάσκεψη για την Υγεία και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που έγινε από τον ΠΟΥ τον Σεπτέμβριο του 1978. Το δικαίωμα προστασίας της υγείας είναι κοινωνικό και το περιεχόμενο του οποίου συνίσταται στην υποχρέωση του κράτους να παρέχει υπηρεσίες και να προβαίνει σε ενέργειες που αποκαθιστούν ή διατηρούν την υγεία των ανθρώπων (Θεοδώρου, κ.α, 2001).

Αυτό το δικαίωμα θεμελιώνεται στο άρθρο 21 παρ.3 του Συντάγματος που προβλέπει ότι το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος των αναπήρων και για τη φροντίδα υγείας των απόρων. Το άρθρο αυτό συνδυάζεται με το άρθρο 5 παρ. 2 που κατοχυρώνει το δικαίωμα στην ζωή. Οι θεμελιώδης αρχές του δίκαιου της υγείας ιεραρχούνται σε τρεις βασικές αρχές (Θεοδώρου, κ.α, 2001):

- Της ανθρώπινης αξιοπρέπειας
  - Της ελευθερίας και
  - Της ισότητας
- Και σε τρεις ειδικότερες αρχές
- Τη συναίνεση του ασθενούς
  - Την ενημέρωση για την κατάσταση τα υγείας του και τη θεραπεία που θα ακολουθηθεί και
  - Την ασφάλεια και ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών.

### 3.2 Οργάνωση και Λειτουργία του Συστήματος Υγείας

Το σύστημα υγείας ορίζεται ως ο συνδυασμός πόρων, οργανωτικών συστημάτων, χρηματοδοτικών σχημάτων και διοικητικών μεθόδων, που αποσκοπούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό.

Το σύστημα υγείας έχει ως στόχο τη βελτιστοποίηση της υγείας του πληθυσμού με βάση τις οικονομικές δυνατότητες της εκάστοτε κοινωνίας, μέσα από προγραμματισμένες υπηρεσίες.

Γενικότερα, το σύστημα υγείας αποτελεί ένα σύνολο υποσυστημάτων που σχετίζονται και επηρεάζονται μεταξύ τους και που έχουν ως σκοπό τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού της χώρας. Για να θεωρείται ένα σύστημα υγείας αποτελεσματικό θα πρέπει να παρέχει τις καλύτερες δυνατές υπηρεσίες στο κοινωνικό σύνολο, μειώνοντας στο ελάχιστο δυνατό το κόστος περίθαλψης.

Το ελληνικό σύστημα υγείας στηρίζεται κατά βάση στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση. Επίσης, χαρακτηρίζεται ως μεικτό επειδή ένα μέρος της χρηματοδότησής του προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές και ένα άλλο μέρος από τη φορολογία. Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα είναι υποχρεωτική και τα Ασφαλιστικά Ταμεία χρηματοδοτούνται από τις εισφορές των ασφαλισμένων και από τον κρατικό προϋπολογισμό (Θεοδώρου και συν, 2001).

Το 1983 ιδρύθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας το οποίο ξεκίνησε τη λειτουργία του έχοντας ως στόχο την ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό και την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Στο ελληνικό σύστημα υγείας ο κύριος φορέας που καθορίζει τη λειτουργία του συστήματος υγείας και εποπτεύει τους Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης είναι το Υπουργείο Υγείας.

Το Υπουργείο Άμυνας είναι υπεύθυνο για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στον τομέα του στρατού, ενώ το Υπουργείο Εμπορικής Ναυτιλίας είναι με τη σειρά του υπεύθυνο για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στο ναυτικό.

Όπως προαναφέραμε, το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα μεικτό σύστημα το οποίο λαμβάνει τους απαραίτητους για τη λειτουργία του πόρους μέσω της φορολογίας, της κοινωνικής ασφάλισης και τις ιδιωτικές δαπάνες. Η πρωτοβάθμια

φροντίδα υγείας παρέχεται από τα νοσοκομεία, από τα κέντρα υγείας και από τους ασφαλιστικούς φορείς, τα οποία χρηματοδοτούνται από τον προϋπολογισμό του κράτους (Λιαρόπουλος, 2007, Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007).

Ειδικότερα, το σύστημα υγείας αποτελεί ένα ανοικτό σύστημα υγείας το οποίο περιλαμβάνει το σύστημα διεύθυνσης – συντονισμού, το σύστημα χρηματοδότησης και το σύστημα παραγωγής και διανομής (Μπουρσανίδης, 1993).

Τα βασικά πλεονεκτήματα που παρουσιάζει το Εθνικό Σύστημα Υγείας στη χώρα μας είναι : (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007):

- η ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας και
- η έμφαση στη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας

Από την άλλη, τα βασικά του μειονεκτήματα είναι : (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007):

- Οι ιδιαίτερα υψηλές δαπάνες υγείας
- Το πολύ χαμηλό επίπεδο ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- Η έλλειψη δυνατότητας από την πλευρά των ασθενών να επιλέξουν τον ιατρό
- Ύπαρξη γεωγραφικών και οικονομικών ανισοτήτων του πληθυσμού
- Ύπαρξη λίστας αναμονής ασθενών
- Επαναλαμβανόμενη εμφάνιση περιστατικών που σχετίζονται με άτυπες πληρωμές

Ωστόσο, το εθνικό σύστημα υγείας παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα λειτουργίας. Η εμφάνιση αλόγιστων σπαταλών στο εθνικό σύστημα υγείας και οι υπερτιμολογημένες αγορές νοσοκομειακού υλικού οδήγησαν το σύστημα υγείας σε οικονομικό αδιέξοδο, με αποτέλεσμα να αδυνατεί να καλύψει τις τρέχουσες ανάγκες σε νοσοκομειακό και ιατρικό υλικό. Επιπλέον, το ελληνικό εθνικό σύστημα υγείας παρουσιάζει μεγάλο ποσοστό αναποτελεσματικότητας, καθώς δεν προσφέρεται ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες του εθνικού συστήματος υγείας.

### 3.3 Το Ελληνικό σύστημα υγείας πριν την οικονομική κρίση

Η διεθνής οικονομική κρίση που ξέσπασε το 2009 είχε μεγάλες συνέπειες για την οικονομία της Ελλάδας σε όλους τους τομείς και ειδικότερα στον τομέα της υγείας. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας από τη δημιουργία του κιάλας παρουσίαζε πολλά προβλήματα και χρόνιες παθολογίες. Αυτά προέκυψαν τόσο από την νοοτροπία των εμπλεκόμενων μερών, άλλα και από το θεσμικό πλαίσιο που καθόριζε τη λειτουργία του. Κάποια από τα πιο σημαντικά προβλήματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας τα προηγούμενα χρόνια πριν επέλθουν οι διαρθρωτικές αλλαγές στο χώρο της υγείας με το πρόγραμμα δημοσιονομικής προσαρμογής είναι:

- Έλλειψη μακροπρόθεσμου στρατηγικού σχεδιασμού.
- Χαμηλό επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και έλλειψη συντονισμού των αντίστοιχων υπηρεσιών.
- Έλλειψη κουλτούρας συνεχούς βελτίωσης, αφού η ποιότητα και το κόστος των παρεχομένων υπηρεσιών δεν μετριούνται και η ευθύνη διαχέεται.
- Πρωτόγνωρη και σπάταλη οικονομική διαχείριση.

Είναι γεγονός ότι το Ελληνικό υγειονομικό σύστημα τα τελευταία χρόνια πριν την κρίση βρισκόταν σε μια συνεχή διαδικασία δομικών και οργανωτικών αλλαγών, χωρίς ωστόσο να υπολογίζεται ως ένα οργανωμένο και αποτελεσματικό σύστημα. Ο υγειονομικός τομέας εμφάνιζε μεγάλα προβλήματα και η δυσφορία των Ελλήνων από τις υπηρεσίες υγείας, ήταν πιο μεγάλη από κάθε άλλη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Θεοδώρου Μ.κ.συν., 2001).

### 3.4 Ε.Ο.Π.Υ.Υ – Π.Ε.Δ.Υ.

Με τον νέο νόμο (Ν 4208\_2013 ΦΕΚ 252) για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τον νέο ΕΟΠΥΥ αλλάζει ριζικά ο τρόπος προσέλευσης των ασφαλισμένων στους γιατρούς, όπως και ο τρόπος εισαγωγής των ασθενών σε νοσοκομεία, ενώ προβλέπονται συγκεκριμένες προληπτικές εξετάσεις που θα είναι υποχρεωτικές για συγκεκριμένες ηλικίες ασφαλισμένων. Στο χώρο της

Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που αφορά πάνω από 9 εκατ. Έλληνες ασφαλισμένους και μη σημειώνονται σημαντικές αλλαγές.

Ο ΕΟΠΥΥ είναι αγοραστής υπηρεσιών τόσο από τον δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα και προήλθε από συνένωση των Κλάδων Υγείας των παρακάτω ασφαλιστικών Ταμείων:

- ΙΚΑ (Ιδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων), από 1η Ιανουαρίου 2012
- ΟΓΑ (Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων), από 1η Ιανουαρίου 2012
- ΟΑΕΕ (Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών), από 1η Ιανουαρίου 2012
- ΟΠΑΔ (Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου), από 1η Ιανουαρίου 2012
- ΤΥΔΚΥ (Ταμείο Υπαλλήλων Δήμων και Κοινοτήτων), από 1η Ιανουαρίου 2012
- Οίκος Ναύτου ή NAT, από 1η Απριλίου 2012
- ΤΑΥΤΕΚΩ, από 1η Μαΐου 2012
- ΕΤΑΑ, από 1η Νοεμβρίου 2012
- ΕΤΑΠ-ΜΜΕ, από 1η Δεκεμβρίου 2012
- Το ΛΙΜΕΝΙΚΟ από Μάιο 2013 με ένταξη στον ΟΠΑΔ.
- ΑΕΙ - ΤΕΙ

Τα Ασφαλιστικά Ταμεία που δεν εντάχθηκαν μέχρι στιγμής είναι:

- Στρατός Ξηράς, Ναυτικό, Αεροπορία
- ΤΥΠΕΤ (Εθνική Τράπεζα)
- ΤΥΠΑΤΕ (Αγροτική Τράπεζα)
- ΤΡΑΠΕΖΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
- ΕΔΟΕΑΠ (Δημοσιογράφων)
- ΕΥΔΑΠ

## Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας

Οι Ιατρικές Υπηρεσίες του ΕΟΠΥΥ, οι οποίες άρχισαν θεωρητικά από την 1η Ιανουαρίου 2012 και παρέχονται δωρεάν στην Ελλάδα, χωρίζονται σε 4 τομείς:

- Κρατικά Νοσοκομεία του ΕΣΥ.
- Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ.
- Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου (τέως Ιατρεία ΙΚΑ).
- Συμβεβλημένοι Ελευθεροεπαγγελματίες Ιατροί με τον ΕΟΠΥΥ.

Ο νέος φορέας με την ονομασία ΠΕΔΥ (Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας) περιλαμβάνει:

- τις Μονάδες Υγείας του ΕΟΠΥΥ και
- τα Κέντρα Υγείας.

Τα Κέντρα Υγείας θα λειτουργούν επτά ημέρες την εβδομάδα, 24 ώρες το 24ωρο αλλά η σχετική απόφαση θα λαμβάνεται από τον διοικητή κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας.

Οι σημαντικότερες αλλαγές αφορούν κυρίως τους ασφαλισμένους. Η πρόσβαση στην δευτεροβάθμια Φροντίδα θα γίνεται μετά από την επίσκεψη στον οικογενειακό γιατρό, ο οποίος προσφέρει όλες τις βασικές υπηρεσίες υγείας ώστε να εξασφαλίζει τα κύρια χαρακτηριστικά του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ειδικότερα ο Οικογενειακός Γιατρός:

- Αναλαμβάνει τη διαχείριση των συχνών χρόνιων νοσημάτων και καταστάσεων, των μειζόνων παραγόντων κινδύνου και των εμβολιασμών, καθώς και των υπηρεσιών φροντίδας υγείας και αποκατάστασης,
- Συμβουλεύει, υποστηρίζει, προσανατολίζει και καθοδηγεί τον ασθενή και την οικογένεια.
- Επιμελείται της παραπομπής των πολιτών στα άλλα επίπεδα περίθαλψης.
- Επιμελείται της δημιουργίας και τήρησης του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας για κάθε πολίτη που είναι εγγεγραμμένος στον κατάλογο του, διασφαλίζοντας τη συνέχεια και το συντονισμό της φροντίδας, καθώς και την αποτελεσματικότητά της.



Καθήκοντα οικογενειακού ιατρού μπορούν να έχουν όλοι οι ιατροί με τίτλο ειδικότητας Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας και Παιδιατρικής. Ο πολίτης έχει το δικαίωμα να επιλέξει τον οικογενειακό του ιατρό από το σύνολο των οικογενειακών ιατρών της Δ.Υ.Πε.

Με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας καθορίζονται:

- ο αριθμός των δικαιούχων που μπορούν να επιλέξουν τον ίδιο οικογενειακό ιατρό,
- ο αναγκαίος αριθμός των οικογενειακών ιατρών ανά Δ.Υ.Πε,
- ο τρόπος και η διαδικασία επιλογής τους,
- η διαδικασία ανάθεσης καθηκόντων οικογενειακού ιατρού σε ιατρούς των Κέντρων Υγείας,
- ο τρόπος παροχής υπηρεσιών και το περιεχόμενο τους,
- η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των οικογενειακών ιατρών, και
- κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια.

Επίσης στο νέο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), οι ανασφάλιστοι θα έχουν πρόσβαση. Ακόμη, θεσπίζεται και ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (ΑΗΦΥ) όπου θα περιέχει όλο το ιατρικό ιστορικό του ασφαλισμένου. Οι οικογενειακοί γιατροί που θα στελεχώσουν το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ) θα ενημερώνουν διαρκώς τον εν λόγω φάκελο, ο οποίος θα ακολουθεί τον ασθενή σε κάθε του βήμα.

Όλοι οι ασφαλισμένοι στον ΕΟΠΥΥ θα πρέπει να είναι εγγεγραμμένοι στον οικογενειακό γιατρό χωρίς καμία εξαίρεση αφού θα είναι υπεύθυνος και για τις προληπτικές εξετάσεις του ασφαλισμένου. Έτσι για πρώτη φορά θεσπίζονται υποχρεωτικές προληπτικές εξετάσεις για όλους τους ασφαλισμένους.

Με το νέο σύστημα αλλάζει η διαδικασία που θα μπορεί κάποιος να απευθυνθεί στα νοσοκομεία που θεωρούνται δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες μονάδες Υγείας αφού θα χρειάζεται υποχρεωτικά παραπεμπτικό από τον οικογενειακό γιατρό.

## Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας

Οι ασφαλισμένοι των άλλων ταμείων που δεν εντάσσονται στον ΕΟΠΥΥ δεν θα έχουν οικογενειακό γιατρό αφού αφορά μόνο τους ασφαλισμένους του Οργανισμού.

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι πολλά από τα παραπάνω μέτρα δεν έχουν υλοποιηθεί ακόμα και παραμένουν «ασκήσεις επί χάρτου».

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

### 4.1 Επιπτώσεις οικονομικής κρίσης στην υγεία του ατόμου

Η ανεργία, το χαμηλό εισόδημα και η ανέχεια οδηγούν στον περιορισμό των δαπανών για την υγεία και τη μη προσβασιμότητα στις υπηρεσίες της. Ακόμα, η οικονομική ύφεση και τα φαινόμενα που προκαλεί, έχουν σοβαρές επιπτώσεις τόσο στην ψυχική όσο και στην σωματική υγεία των πολιτών. Προβλήματα εξαρτήσεων, υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής και η πλημμυρής διαχείριση των νοσημάτων από τις επιβαρυνόμενες υπηρεσίες υγείας είναι κάποιες από τις αρνητικές συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην υγεία (Αντωνίου, 2012).

### 4.2 Διατροφή και φυσική άσκηση

Οι αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες είναι διαδεδομένες σε περιόδους οικονομικής κρίσης, δεδομένης της μείωσης των εσόδων του νοικοκυριού, γεγονός που κατ' επέκταση επηρεάζει τον τρόπο που οι πολίτες δαπανούν τα χρήματά τους σε είδη διατροφής. Κάποιοι συγγραφείς παρατηρούν ότι οι πολίτες επιλέγουν φθηνότερα τρόφιμα, ενώ από την άλλη μεριά άλλοι έχουν δείξει μετρίες μειώσεις στον επιπολασμό της παχυσαρκίας. Στην πραγματικότητα, και οι δύο τάσεις παρατηρούνται (Αντωνίου, 2012).

### 4.3 Κάπνισμα

Αρκετές μελέτες φανέρωσαν την ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα στον επιπολασμό καπνίσματος και των ποσοστών ανεργίας. Έχει φανεί μέσα από μελέτες ότι οι άνεργοι είναι πιο μανιώδεις καπνιστές από τους μισθωτούς, ενώ οι καπνιστές έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να μείνουν άνεργοι. Αυτή η διαφορά μπορεί να ερμηνευθεί από φαινόμενα, όπως η συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης, καθώς επίσης μέσω της σχέσης καπνίσματος και χαμηλής κοινωνικοοικονομικής τάξης (Λιαρόπουλος, 2011).

Σύμφωνα με τους Χαραλάμπους κα. (2011), η οικονομική κρίση επηρέασε

ακόμη και το κάπνισμα. Η μείωση στην κατανάλωση τσιγάρων στην Ελλάδα, οφείλεται στην αύξηση των φόρων στον καπνό, η οποία εκτίναξε την τιμή ενός πακέτου στα 3 και 4 ευρώ, με τους καπνιστές να έχουν αναγκαστεί να κόψουν το κάπνισμα ή να το περιορίσουν.

Τα τελευταία χρόνια έχουν αλλάξει ριζικά οι συνήθειες των Ελλήνων λόγω της οικονομικής κρίσης. Μια από αυτές είναι και το τσιγάρο, όπου σύμφωνα με στοιχεία έρευνας, φέτος καταγράφεται η όγδοη συνεχόμενη χρονιά πτώσης στην κατανάλωση τσιγάρων στην Ελλάδα φτάνοντας συνολικά στα 20 δισεκατομμύρια ευρώ.

Εν συνεχεία υπήρξε μια τάση του καταναλωτικού κοινού προς τον καπνό, εις βάρος των τσιγάρων.

#### 4.4 Κατανάλωση αλκοόλ

Η ανεργία ως φαινόμενο που βρίσκεται σε έξαρση σε περιόδους οικονομικής ύφεσης οδηγεί σε αυξανόμενο άγχος και κατ' επέκταση σε αύξηση της κατανάλωσης οινοπνεύματος ιδιαίτερα σε νεαρά άνεργα άτομα. Μια μακροχρόνια μελέτη, στην οποία νέα άτομα παρακολούθηθηκαν για πέντε χρόνια μετά την ολοκλήρωση της υποχρεωτικής τους εκπαίδευσης, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι όσοι από αυτούς υπήρξαν άνεργοι για μεγάλο χρονικό διάστημα παρουσίαζαν σημαντικά μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ, σε σχέση με αυτούς που εργάζονταν ή ήταν άνεργοι για μικρή χρονική περίοδο. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι καταναλωτές αλκοόλ που εργάζονται καταφέρνουν να μην ξεπερνούν τα επιτρεπόμενα όρια κατανάλωσης, ενώ τα ίδια άτομα όταν μείνουν άνεργα συχνά γίνονται αλκοολικοί. Συνεπώς, η απασχόληση μπορεί να θεωρηθεί σημαντική μέθοδος βελτίωσης της ποιότητας της ζωής και της προαγωγής της υγείας ενός ατόμου (Μπαλασόπουλος, 2013).

Σύμφωνα με έρευνα του Πανεπιστημίου Αθηνών, για το βαθμό στον οποίο επηρεάζει η οικονομική ύφεση τη ζωή και την υγεία των Ελλήνων, διαφάνηκε ότι οικονομική κρίση έχει αφήσει τα αποτυπώματά της στο σύστημα και στους δείκτες Υγείας. Σύμφωνα με τους ειδικούς, παρατηρείται αύξηση των περιστατικών άγχους, κατάθλιψης, κατανάλωσης καπνού, οινοπνεύματος και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών, καθώς και του ηλεκτρονικού τζόγου, ιδιαίτερα στους εφήβους, λόγω ενοχών

για το οικονομικό φορτίο της οικογένειας. Η τραγική αυτή εικόνα συμπληρώνεται από το γεγονός ότι το 58% των πολιτών αντιμετωπίζει δυσκολίες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και το 75% αντιμετωπίζει πρόβλημα με την πληρωμή των φαρμάκων.

#### 4.5 Ψυχική υγεία - Δείκτες ψυχικής υγείας

Η ψυχική υγεία είναι ένας από τους περισσότερο μελετημένους παράγοντες που επηρεάζονται σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Κατά τη διεξαγωγή αντίστοιχων μελετών τα άτομα συχνά δίνουν ψευδείς απαντήσεις στα ερωτηματολόγια, οδηγώντας έτσι τους μελετητές σε λανθασμένα συμπεράσματα. Στην προκειμένη περίπτωση δεδομένου ότι η ανεργία και η οικονομική κρίση είναι αρνητικές καταστάσεις για τη ζωή ενός ατόμου, στις ερωτήσεις για τυχόν επιπτώσεις που έχει η ανεργία και η κρίση στην υγεία τους τα άτομα είναι προδιατεθειμένα να απαντήσουν θετικά οδηγώντας τους ερευνητές σε σφάλμα πληροφορίας (information bias). (Μπούρας & Λύκουρας, 2011).

Τα αποτελέσματα των μελετών που διαπραγματεύονται τη σχέση ανεργίας με τη ψυχική υγεία ποικίλουν και διαφέρουν ανάλογα με το δείγμα, τον πληθυσμό και την ψυχική ασθένεια την οποία μελετούν, αποδεικνύοντας ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της ανεργίας και της εκδήλωσης επιθετικότητας, της αύξησης του αριθμού των διαζυγίων, της παιδικής κακοποίησης, της εγκληματικότητας και της παραβατικότητας (Γιωτάκος, 2010).

Υπάρχει τεράστια αύξηση ψυχικών διαταραχών, των προβλημάτων εθισμού και εξάρτησης από ουσίες, τω αυτοκτονιών και της θνησιμότητας από ισχαιμική καρδιοπάθεια. Όλα αυτά είναι οι πιο εμφανής επιπτώσεις που προκαλεί η οικονομική κρίση, με κυριότερους πληθυσμούς σε χαμηλές κοινωνικές τάξεις (Τσιαντού και συν 2010). Η ανεργία συνδέεται επίσης με ψυχολογικές συνέπειες (ανησυχία, άγχος, κατάθλιψη), χαμηλή αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας και με παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα. Χαρακτηριστικό είναι ότι η Ελλάδα βρίσκεται στην 70<sup>η</sup> θέση στην «παγκόσμια κατάταξη ευτυχίας», σύμφωνα με την σχετική λίστα του 2013, στην οποία συνέταξε για λογαριασμό του ΟΗΕ ο οργανισμός βιώσιμης ανάπτυξης SDSN. Η έκθεση αυτή συντάχτηκε από μια ομάδα ψυχολόγων, επιστημόνων,

στατιστικών και αναλυτών. Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας ο μέσος παγκόσμιος δείκτης ευτυχίας είναι 5,1 (με θεωρητικό άριστα το 10), η Ελλάδα βρίσκεται με δείκτη 5,4 ελαφρώς πάνω από το μέσο όρο. Σύμφωνα με τους ερευνητές στην Ευρώπη, η μεγαλύτερη μείωση της ευτυχίας καταγράφηκε στις τέσσερις χώρες (Ελλάδα, Ισπανία, Πορτογαλία, Ιταλία), που επλήγησαν περισσότερο από την κρίση. Αυτό που υπογραμμίζεται στην έκθεση είναι πως οι μειώσεις της ευτυχίας δείχνουν πόσο μεγάλη επίπτωση έχει μια αντικειμενική οικονομική κρίση (ύφεση, ανεργία κ.α) πάνω στην υποκειμενική ψυχολογική κατάσταση των ανθρώπων, μάλιστα ασχέτως με την μείωση που παρατηρείται στα πραγματικά τους εισοδήματα. Ιδίως, όπως τονίζεται, το φάσμα της πραγματικής ή της επικείμενης ανεργίας είναι αυτό που πάνω από όλα υποσκάπτει την ευτυχία των ανθρώπων. Δεν είναι έτσι τυχαίο, όπως αναφέρεται, ότι στην Ελλάδα περισσότερο από κάθε άλλη Ευρωπαϊκή χώρα παρατηρείται αύξηση των αρνητικών και μείωση των θετικών συναισθημάτων μεταξύ των πολιτών (Μπαλασόπουλος 2013). Ένα επίσης πολύ σημαντικό ζήτημα προκύπτει από την μείωση του εισοδήματος και την επακόλουθη αύξηση της πίεσης των δανειστών και υποχρεώσεων των νοικοκυριών. Εμπειρικά δεδομένα από την διεθνή βιβλιογραφία τεκμηριώνουν ότι από το σύνολο των ατόμων, τα οποία πάσχουν από κάποιο ψυχικό νόσημα, το 23% έχει χρέη από δανεισμό, σε αντίθεση με τα άτομα χωρίς ψυχικό νόσημα όπου μόλις το 8% έχει οφειλές από δανειακές συμβάσεις. Με βάση έρευνα που πραγματοποιήθηκε τα άτομα με πολυάριθμες ή πιεστικές υποχρεώσεις εμφανίζουν έως και έξι φορές υψηλότερη πιθανότητα ανάπτυξης ψυχικής νόσου, έναντι ατόμων τα οποία δεν διαθέτουν κάποια δανειακή υποχρέωση. Όπως καταλαβαίνουμε από αυτό, η παράμετρος των χρεών και της μη δυνατότητας εξυπηρέτησης αυτών υπερισχύει συγκριτικά με εκείνη του χαμηλού εισοδήματος και αποτελεί σημαντικό παράγοντα αύξησης της επίπτωσης των ψυχικών νοσημάτων. Όμως, οι δυσμενείς επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία, κατανέμονται διαφορετικά στην κοινωνική κλίμακα και τα άτομα και τις οικογένειες, οι οποίες βρίσκονται χαμηλά σε αυτή την κλίμακα διατρέχουν δύο φορές περισσότερο τον κίνδυνο πρόωρου θανάτου και αυξημένης νοσηρότητας, εξαιτίας των προβλημάτων στο εισόδημα, την εκπαίδευση, την ιατρική περίθαλψη, τη στέγαση και τη διατροφή, τα οποία δρουν αθροιστικά και αυξάνουν ακόμα περισσότερο τον κίνδυνο. Η οικονομική κρίση και η μακροχρόνια ανεργία οδηγεί πολλά άτομα στον κοινωνικό

αποκλεισμό και στη φτώχεια, με αποτέλεσμα τον αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα κυρίως σε άτομα τα οποία ανήκουν σε μειονότητες, όπως οι μετανάστες και οι χρονίως πάσχοντες από ψυχικά ή και σωματικά προβλήματα.

#### 4.6 Θνησιμότητα

Σε περιόδους οικονομικής κρίσης το στρες, η κατάθλιψη, οι αλλαγές στον τρόπο ζωής μπορεί να οδηγήσουν σε αύξηση της θνησιμότητας. Σοβαρές οικονομικές υφέσεις έχει αποδειχθεί ότι αυξάνουν τους κινδύνους για την υγεία και τα ποσοστά θνησιμότητας (Δασκαλόπουλος, 2010). Οι περίοδοι των οικονομικών κρίσεων σχετίστηκαν με την αύξηση στη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες, με την πλέον χαρακτηριστική αυτή από καρδιαγγειακά νοσήματα ιδίως αν συνδεθεί με τις προσωπικές δαπάνες. Αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα έχουν άτομα τα οποία ανήκουν σε μειονότητες, όπως οι μετανάστες και οι χρονίως πάσχοντες από ψυχικά ή σωματικά νοσήματα (WHO, 2009).

#### 4.7 Χρόνια νοσήματα

Ψυχολογικές παράμετροι όπως το άγχος και η κατάθλιψη που αυξάνονται σε περιόδους οικονομικής κρίσης θεωρείται ότι αποτελούν παράγοντες για αύξηση της καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Η ανεργία που αυξάνεται σε περιόδους οικονομικής κρίσης συνδέεται, επίσης, με χαμηλή αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας και παράγοντες κινδύνου για τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Σύμφωνα με μελέτες, αύξηση έχει παρατηρηθεί στην καρδιαγγειακή θνησιμότητα σε χρονική συσχέτιση με την περίοδο οικονομικής κρίσης. Τα αναπνευστικά προβλήματα σύμφωνα με ερευνητές αυξάνονται σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Συγκεκριμένα, σε μελέτες αναφέρεται ότι αυξήθηκε η θνησιμότητα λόγω της πνευμονίας ή γρίπης σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Επίσης, ασθένειες που σχετίζονται με το αλκοόλ, ηπατικά νοσήματα και κυρίως κίρρωση ήπατος έχουν συσχετιστεί με αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας κατά τη διάρκεια οικονομικών κρίσεων (WHO, 2009).

#### 4.8 Τροχαία ατυχήματα

Ευρήματα μελετών υποστηρίζουν την μείωση της θνησιμότητας από τροχαία ατυχήματα σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Η μείωση της θνησιμότητας από τροχαία ατυχήματα κατά 1,39%, γεγονός που μπορεί να εξηγηθεί λόγω της μειωμένης χρήσης οχημάτων και των μετακινήσεων σε περίοδο οικονομικών δυσκολιών. Όσον αφορά την Ελλάδα μείωση στα τροχαία ατυχήματα και τα θύματά τους κατά το ένα τρίτο στο πρώτο εξάμηνο του 2011 σε σχέση με το πρώτο εξάμηνο του 2010 καταγράφεται στα στοιχεία που δόθηκαν στη δημοσιότητα από το αρχηγείο της ΕΛ.ΑΣ. Ωστόσο, όπως αναφέρεται, ενδιαφέρον θα ήταν να εξεταστεί κατά πόσο αυτή η μείωση οφείλεται και στη μείωση των μετακινήσεων εξαιτίας της οικονομικής κρίσης (Πατελάρου κ.α, 2012).

#### 4.9 Αυτοκτονίες

Είναι αποδεδειγμένο ότι η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνδέεται με παράλληλη αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,79%. Σε περίπτωση κατά την οποία ο δείκτης ανεργίας αυξάνεται πάνω από 3% για μακρά περίοδο, η επίπτωση στη θνησιμότητα από αυτοκτονίες ανέρχεται σε 4-4,5% (Chisiti et al., 2003). Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί και το οικονομικό κραχ στις Η.Π.Α. στις αρχές του 1930, που χαρακτηρίστηκε από μείωση της θνησιμότητας από όλες τις αιτίες κατά 10%, και από αύξηση των αυτοκτονιών κατά 40%, όταν το εισόδημα μειώθηκε κατά 30% (Πατελάρου κ.α, 2012).

Τρεις έρευνες στο περιοδικό «The Lancet» επιβεβαίωσαν τη σχέση μεταξύ των ποσοστών αυτοκτονιών στην Ελλάδα και την οικονομική κρίση (Kentikelenis et al., 2011; Economou et al., 2011; Stuckler et al., 2011). Τα στοιχεία δεν υποστηρίζουν μια τέτοια ένωση. Τα ποσοστά αυτοκτονιών για την Ελλάδα (1960-2009) προτείνουν μια διακύμανση μεταξύ 2 και 8 ανά 100 000 κατοίκους το 1975 και 4 και 0 ανά 100 000 το 1985, με το ποσοστό να είναι σχετικά σταθερό κατά τα έτη 2000-09 (3·5–3·6) (WHO, 2012).



Το 2009 (όταν η Ελλάδα άρχισε να βλέπει τους δείκτες της ακραίας οικονομικής κρίσης), 391 άνθρωποι αυτοκτόνησαν. Αυτός ο αριθμός είναι παρόμοιος με εκείνον του έτους 2000 (382) και χαμηλότερος από εκείνον του 2005 και 2006 (400 και 402, αντίστοιχα). Τα ποσοστά αυτοκτονίας δεν συσχετίζονται με το ποσοστό ανεργίας ή το σύνολο των θανάτων, αλλά ασθενώς συσχετίζονται με τον ετήσιο ρυθμό αύξησης (Greek Statistic Authority, 2012; World Bank, 2012). Περιπτώσεις αυτοκτονίας συσχετίζονται αρνητικά με τους θανάτους από τυχαίες πτώσεις, αλλά όχι με τυχαία δηλητηρίαση.

Το σύνολο των θανάτων σχετίζονται στενά με τα στοιχεία του ΟΗΕ για την απασχόληση και την ετήσια αύξηση. Οι θάνατοι από τυχαία δηλητηρίαση συσχετίζονται με πτώσεις και αρνητικά με το σύνολο των θανάτων (Greek Statistic Authority, 2012; World Bank, 2012). Αυτό το πρότυπο των ποσοστών των αυτοκτονιών και τυχαίων πτώσεων και δηλητηρίασης δεν υποστηρίζει μια μεγάλη κλίμακα εσφαλμένης ταξινόμησης που κρύβει το αληθινό ποσοστό αυτοκτονιών, και ένα τέτοιο αποτέλεσμα δεν μπορεί ως εκ τούτου να είναι υπεύθυνο για την απουσία ενός αυξημένου ποσοστού.

Αναφερόμενες προσπάθειες ή αυτοκτονικές σκέψεις είναι αρκετά διαφορετικές από την ίδια την αυτοκτονία. Σε μια μελέτη με χαρτί και μολύβι από την ομάδα μας σε 734 υγιή άτομα αντιπροσωπευτικά του γενικού οικονομικά ενεργού πληθυσμού από ανώτερα εκπαιδευτικά επίπεδα (μέσος όρος ηλικίας 48 έτη, 84 (11%) είχε μια βαθμολογία για το Κέντρο για επιδημιολογικές μελέτες σε Κλίμακα Κατάθλιψης πάνω από το κατώτατο όριο για την κατάθλιψη, 36 (5%) είχαν ιστορικό αυτοκατατροφής, τέσσερα (0.5%) είχαν ιστορικό αποπειρών αυτοκτονίας, και εννέα (1%) είχαν προηγούμενο ιστορικό τόσο σε αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και απόπειρες αυτοκτονίας. Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού βιώνει υψηλά επίπεδα δυσφορίας σε κάποιο σημείο, και ότι οι παροδικές σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας είναι ιδιαίτερα διαδεδομένες.

Ο αρνητικός κύκλος της φτώχειας και της κακής ψυχικής υγείας είναι καλά εδραιωμένα σε χώρες υψηλού εισοδήματος. Συνθήκες φτώχειας μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο ψυχικής ασθένειας, και τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας είναι πιο πιθανό να ωθούνται στη φτώχεια μέσω της αύξησης των δαπανών για την υγεία,

την απώλεια απασχόλησης, μειωμένες ώρες εργασίας, καθώς και το στίγμα (The Lancet, 2011).

Σε αυτό το πλαίσιο, έχουν πολλούς παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονική συμπεριφορά που έχουν αναγνωριστεί και έχουν ταξινομηθεί ως πρωτογενείς (όπως η παρουσία των ψυχιατρικών και ιατρικών διαταραχών, οι σοβαρές σωματικές ασθένειες, οι προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας), δευτεροβάθμιοι (καταστάσεις δυσμενούς ζωής και ψυχολογικούς παράγοντες κινδύνου), και τριτογενείς (δημογραφικούς παράγοντες όπως το αντρικό φύλο και το γήρας) (Rihmer et al., 2002; Henriksson et al., 1993). Ο κίνδυνος αυτοκτονίας φαίνεται να είναι υψηλότερος όταν κύριοι παράγοντες κινδύνου είναι παρόντες δευτερογενούς και τριτογενούς κινδύνου που υποδεικνύουν υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας σχεδόν αποκλειστικά στην παρουσία των κύριων παραγόντων κινδύνου (Rihmer et al., 2007).

Μέχρι στιγμής δεν υπάρχουν στοιχεία που να υποστηρίζουν την ύπαρξη αιτιώδους συνδέσμου μεταξύ της οικονομικής κρίσης και των αυτοκτονιών, καθώς και αναφορές στα μέσα μαζικής ενημέρωσης και τα περιοδικά είναι πρόωρα για ερμηνείες. Δεν θα υπάρχουν πειστικά στοιχεία ίσως για άλλα 5 χρόνια, και μια εντυπωσιακή αύξηση των μεγεθών μπορεί να είναι απαραίτητη, λόγω των διακυμάνσεων στις τελευταίες δεκαετίες.

#### 4.10 Βρεφική θνησιμότητα

Η βρεφική θνησιμότητα αυξάνεται σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Η μείωση των κρατικών χρηματοδοτικών πόρων είναι ένας παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει το βαθμό της κοινωνικής πρόνοιας, καθώς και τη λειτουργία του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, γεγονός που οδηγεί σε αύξηση της βρεφικής θνησιμότητας. Ειδικότερα στις χώρες με χαμηλή και μέση ανάπτυξη, ο περιορισμός στους προϋπολογισμούς υγείας απειλεί βασικές παροχές όπως είναι οι εμβολιασμοί, η μείωση των οποίων συνδέεται με αυξημένη βρεφική θνησιμότητα. Σύμφωνα με εκτιμήσεις της Παγκόσμιας Τράπεζας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης είναι πιθανό να παρατηρηθούν 400.000 επιπλέον θάνατοι σε ετήσια βάση λόγω της μείωσης της εμβολιαστικής κάλυψης (Πατελάρου κ.α, 2012).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup> ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

### 5.1 Εισαγωγή

Η επιτροπή Υγείας του ΟΟΣΑ σύνταξε μια έκθεση σχετικά με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας. Στην έκθεση αυτή γίνεται λόγος για τις συνέπειες της κρίσης στη χρηματοδότηση του τομέα της υγείας αναφέροντας σε σχετικό του πόρισμα: «η συνέχιση της χρηματοδότησης μπορεί να συμβάλλει στην αντιμετώπιση μέρους των αρνητικών επιπτώσεων της κρίσης.», δηλαδή γίνεται ουσιαστικά η πρόταση για την προσπάθεια να μην επηρεαστούν οι δημόσιοι πόροι της χρηματοδότησης στον τομέα της υγείας (Λιαρόπουλος, 2008).

Η ανεργία, η ανασφάλεια στην εργασία και η απώλεια εισοδήματος επιδρούν σημαντικά στην υγεία. Οι δημόσιοι υγειονομικοί οργανισμοί αλλά και οι ιδιωτικές επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται στον χώρο, δέχονται πιέσεις από την κεντρική διοίκηση εξαιτίας της ύπαρξης των δημοσίων ελλειμμάτων και της ανεργίας, με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν προβλήματα ρευστότητας και εξυπηρέτησης των δανειακών αναγκών τους.

Οι κατά καιρούς κυβερνήσεις έκαναν αναδιάρθρωση του Υπουργείου Υγείας, των δημοσίων ταμείων ασφαλίσεως υγείας ή άλλων οργανισμών αγοράς προκειμένου να μειώσουν τα γενικά έξοδα και να αυξήσουν την αποτελεσματικότητα. Ακολούθως προέβησαν σε μείωση του αριθμού των δημοσίων υπαλλήλων ή ακόμα και αλλοίωση των όρων απασχόλησής τους (αμοιβές, συντάξεις), ως μέσο μείωσης των δημοσίων δαπανών για την υγεία, παρά τον κίνδυνο απώλειας εξειδικευμένου προσωπικού.

### 5.2 Χαρακτηριστικά του Ελληνικού Συστήματος Υγείας

Το ελληνικό σύστημα υγείας παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα που θέτουν σε κίνδυνο την ίδια του την υπόσταση και την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας. Τα προβλήματα αφορούν τα οικονομικά – δημοσιονομικά του συστήματος, την αποτελεσματική του λειτουργία και την ικανοποίηση του μέσου Έλληνα από τις υπηρεσίες υγείας (Καραϊσκού κ.α, 2012).

Η χρέωση των νοσοκομειακών υπηρεσιών, οι υπερτιμολογημένες αγορές νοσοκομειακού και άλλου υλικού, οι σπατάλες στο σύστημα υγείας και η μείωση των εσόδων έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία δημοσιονομικών ελλειμμάτων στο χώρο

της υγείας. Συνεπώς, το σύστημα πρέπει να επιτύχει την οικονομική του βιωσιμότητα, γιατί σε διαφορετική περίπτωση κινδυνεύει η υπόσταση του συστήματος και οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Κυριόπουλος κα., 2012).

Ως δεύτερο πρόβλημα ορίζεται η αναποτελεσματικότητα του συστήματος. Δεν διευκολύνεται η ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας και το κόστος παροχής των υπηρεσιών υγείας είναι μεγαλύτερο από αυτό που έπρεπε να είναι εξαιτίας της διογκωμένης γραφειοκρατίας (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2010).

Το τρίτο πρόβλημα σχετίζεται με την ικανοποίηση του Έλληνα πολίτη από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Αυτό το πρόβλημα δεν είναι ανεξάρτητο από τα δύο προηγούμενα αλλά συνήθως συνέπεια τους. Αν λάβουμε υπόψη μας και τις μη νόμιμες μεθόδους που εφαρμόζονται συχνά για την πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας (το λεγόμενο «φακελάκι»), αλλά και το γεγονός ότι ο πολίτης σε αρκετές περιπτώσεις καταφεύγει στον ιδιωτικό τομέα για να εξυπηρετηθεί, κατανοούμε πόσο απογοητευμένος νιώθει ο πολίτης από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας (Κυριόπουλος κα., 2012).

### 5.2.1 Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας

Σύμφωνα με τους Aday και Andersen (1974), η πρόσβαση μπορεί να αποδοθεί με όρους εμποδίων που συναντούν οι χρήστες στην αναζήτηση απαραίτητων υπηρεσιών υγείας. Με δεδομένο ότι η πρόσβαση εξαρτάται από χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας (κόστος ιατρικής φροντίδας, διαθέσιμοι και απαιτούμενοι πόροι, ποιότητα και είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών) και των χρηστών (ανάγκες υγείας, στάσεις, συμπεριφορές και πεποιθήσεις), οι διάφοροι ορισμοί που έχουν δοθεί στην πρόσβαση και παρατίθενται στη συνέχεια, αντανακλούν τη σπουδαιότητα που οι ερευνητές αποδίδουν στη μια ή στην άλλη κατηγορία χαρακτηριστικών:

(α) Η πρόσβαση ορίζεται ως η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το χρόνο και τον τόπο που θα εκφραστεί η ανάγκη για υπηρεσίες υγείας (Freeborn & Greenlik 1973).

(β) Η πρόσβαση καθορίζεται από την πρόθεση των χρηστών να αναζητήσουν υπηρεσίες υγείας και εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά του χρήστη (Mechanic 1972).

Η πρόσβαση ορίζεται ως το σύνολο των παραγόντων που επηρεάζουν την είσοδο των χρηστών στο σύστημα υγείας και αφορούν:

(α) τη διαθεσιμότητα: σχέση μεταξύ αριθμού και τύπου διαθέσιμων υπηρεσιών και πόρων και αριθμού ατόμων και τύπου αναγκών.

(β) την προσπελασιμότητα: σχέση μεταξύ του τόπου στον οποίο βρίσκονται οι υπηρεσίες υγείας και του τόπου διαμονής των χρηστών, λαμβάνοντας υπόψη την απόσταση, τη διαθεσιμότητα των μέσων μεταφοράς, τη διάρκεια μετακίνησης και το κόστος.

(γ) τη δυνατότητα εξυπηρέτησης: σχέση μεταξύ της δυνατότητας των υπηρεσιών υγείας να δεχθούν χρήστες και της ικανότητας των χρηστών να προσαρμοστούν.

(δ) την αποδοχή: σχέση των στάσεων του χρήστη απέναντι στους επαγγελματίες και τα χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας.

(ε) την παροχή: σχέση μεταξύ της τιμής των υπηρεσιών και της ικανότητας πληρωμής του χρήστη.

Επομένως, αναφορικά με τα συστήματα υγείας, η απόσταση από τις υπηρεσίες υγείας, χωροταξικοί παράγοντες, παράγοντες που σχετίζονται με τους επαγγελματίες υγείας, καθώς και η ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού, αποτελούν τους παράγοντες που ανάλογα με τη φύση τους περιορίζουν ή διευκολύνουν την πρόσβαση. Αναφορικά με τους χρήστες, η πρόσβαση προσδιορίζεται από την κοινωνική τάξη και το εισόδημα, το επίπεδο υγείας και τη φύση της ασθένειας, την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας αλλά και από κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες (Graham 1957, Alpert 1970, Beck 1973).

Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση των Derose και συν. (2009) περιλάμβανε 67 μελέτες που αφορούσαν τις ΗΠΑ και βρήκε ότι οι μετανάστες είχαν μικρότερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους γηγενείς.

Στις ΗΠΑ, η πιθανότητα τόσο των μεταναστών όσο και των παιδιών τους να επισκέπτονται έναν ιατρό σε μόνιμη βάση ή, αλλιώς, έναν οικογενειακό ιατρό είναι σημαντικά μικρότερη σε σχέση με την αντίστοιχη πιθανότητα των γηγενών (Lasser και συν. 2006, Callahan και συν. 2006, Guendelman και συν. 2005, Huang και συν. 2006, Pippins και συν. 2007, Yu και συν. 2006, Yu και συν. 2004).

### 5.2.2 Οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα Υγείας

Σε συνέχεια των συνεπειών της οικονομικής κρίσης στις διάφορες χώρες και στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι η ζήτηση και η χρήση του δημόσιου και ασφαλιστικού τομέα πρόκειται να αυξηθεί (Κυριόπουλος, 2010). Αυτό επαληθεύεται και από την αύξηση χρήσης κατά 20% των υπηρεσιών στα δημόσια νοσοκομεία, ενώ παράλληλα παρατηρείται μια μείωση κατά 15% περίπου στη χρήση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας (ΥΥΚΑ, 2010, Κυριόπουλος, 2010).

Πιο συγκεκριμένα, η επίπτωση της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας είναι εμφανής. Οι συνέπειες είναι οι παρακάτω:

Οι προϋπολογισμοί των νοσοκομείων μειώθηκαν μέχρι και 40%. Το 2010, σε σχέση με το 2009, αυξήθηκαν οι εισαγωγές στα νοσοκομεία κατά 24% και κατά 8% το πρώτο εξάμηνο του 2011 σε σχέση με το αντίστοιχο εξάμηνο του 2010. Σημαντικός αριθμός ανθρώπων δεν επισκέπτονται πλέον το γιατρό, ενώ υπάρχει ανάγκη. Σημειώθηκε, επίσης, αξιόλογη αύξηση των χρηστών απαγορευμένων ουσιών και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Μάλιστα, η αύξηση των κρουσμάτων AIDS το 2011 ξεπέρασε το 50% σε σχέση με το 2010. Οι αυξήσεις αυτές είναι σχετικές και με τις περικοπές του 1/3 των ανοικτών προγραμμάτων στην κοινότητα. Επιπλέον, αυξήθηκαν οι επισκέψεις σε ιατρεία Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων και σύμφωνα με τους Ιατρούς του Κόσμου, ο αριθμός των Ελλήνων αναλογικά με το συνολικό αριθμό ανθρώπων που αναζητούν υπηρεσίες υγείας σε τέτοιους Οργανισμούς, βρίσκεται σήμερα στο 30% σε σχέση με 3-4% το 2007.

Τα δημόσια ελλείμματα και η ανεργία ασκούν ασφυκτικές πιέσεις στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης υγείας, των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής φροντίδας τα οποία ελέγχονται από την κεντρική διοίκηση, αλλά και των ιδιωτικών επιχειρήσεων υγείας οι οποίες αντιμετωπίζουν προβλήματα ρευστότητας.

Η ανάδειξη κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας (εκπαίδευση απασχόληση, εισόδημα) ως σημαντικών συνιστωσών στη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας, αναδεικνύει τον σημαντικό ρόλο της δημόσιας υγείας στην υγειονομική πολιτική και ως εκ τούτου την αναγκαιότητα έμφασης στον τομέα αυτό.

Η αύξηση της νοσηρότητας κατά τη διάρκεια της ύφεσης ωθεί σε μεγαλύτερη

χρήση των υπηρεσιών υγείας, οι οποίες πολλές φορές δεν δύναται να ανταποκριθούν στην ζήτηση και αυτό έχει ως αποτέλεσμα την πλημμυρή διαχείριση των ασθενειών.

Η επιπλέον ζήτηση υπηρεσιών υγείας επιβαρύνει περισσότερο τις δημόσιες μονάδες υγείας καθώς συνδέονται με την ασφαλιστική κάλυψη. Στη χώρα μας η ζήτηση υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με στοιχεία του 2010 στρέφεται προς το δημόσιο και ασφαλιστικό τομέα με αύξηση εισαγωγών στα νοσοκομεία κατά 24% και μείωση της ζήτησης στα εξωτερικά ιατρεία και ~~στα~~ εργαστήρια κατά 9% και 11% αντιστοίχως. Η μεγάλη προσέλευση των πολιτών στα Νοσηλευτικά ιδρύματα ή στους φορείς υγείας λόγω της οικονομικής κρίσης, σε συνδυασμό με τις ελλείψεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, έχει προκαλέσει «ασφυξία» τόσο στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία όσο και στα πρωινά ραντεβού όπου οι λίστες αναμονής ξεπερνούν τους δύο ή τρεις μήνες. Κατ' επέκταση η ανταποκρισιμότητα του ελληνικού συστήματος υγείας είναι μικρή.

Η δυσαρέσκεια των ασθενών περιορίζεται κυρίως στην παραοικονομία, στη μεγάλη αναμονή και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Προκειμένου να τύχουν άμεσης και ποιοτικής περίθαλψης, οι ασθενείς συνηθίζεται να πληρώνουν παρανόμως τους ιατρούς, ακόμα και αν καλύπτονται από ασφαλιστικά ταμεία ενώ τα νοσοκομεία συχνά παρουσιάζουν ελλείψεις σε υλικά και εξοπλισμό.

Η χρήση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας μειώνεται αφού οι ασθενείς αναβάλλουν την φροντίδα σε περιπτώσεις που θεωρούν ότι μπορούν να το κάνουν. Στη χώρα μας η ζήτηση και η χρήση των υπηρεσιών υγείας στρέφεται προς το δημόσιο και ασφαλιστικό τομέα με σημαντική αύξηση καθώς εκεί η περίθαλψη είναι διαθέσιμη σε χαμηλότερο κόστος (ΥΥΚΑ 2012).

Η κατάσταση αυτή δημιουργεί μεγάλες πιέσεις στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας και επιδεινώνει τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες όσον αφορά τη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Τα ελλείμματα των δημόσιων νοσοκομείων και των ασφαλιστικών ταμείων αυξάνονται και δυσχεραίνουν την εξυπηρέτηση ενώ ο ιδιωτικός τομέας έχει προβλήματα ρευστότητας. Τέλος η περιστολή δαπανών προκαλεί μείωση της προσφοράς η οποία επιτείνεται από τη μείωση της ιδιωτικής δαπάνης λόγω απώλειας εισοδήματος από τα νοικοκυριά.



### 5.3 Ανισότητες και ευπαθείς ομάδες

#### 5.3.1 Κοινωνικό κράτος

Η ανάπτυξη του κοινωνικού κράτους συνδέεται με την κατάκτηση νέων κοινωνικών δικαιωμάτων, όπως η υγεία, η παιδεία και η εργασία. Πρωταρχική επιδίωξη κάθε κοινωνίας αποτελεί η ευημερία των μελών της. Το σύγχρονο κράτος πρόνοιας και ευημερίας αποτελεί θεσμό μείζονος οικονομικής και κοινωνικής σημασίας, που αναπτύχθηκε και παγιώθηκε ουσιαστικά μετά το 2<sup>ο</sup> παγκόσμιο πόλεμο, με τη ριζική αλλαγή των αντιλήψεων για το ρόλο και τις ευθύνες του κράτους (Προβόπουλος 1987).

Το κοινωνικό κράτος αποτελεί μία ιστορική κατάκτηση της σύγχρονης Ευρώπης και θεμέλιο του σύγχρονου κοινωνικού πολιτισμού. Τα μέλη των κοινωνιών διεκδικούν αναβαθμισμένες υπηρεσίες υγείας, οι οποίες αποτελούν κοινωνικό αγαθό, που πρέπει να κατανέμεται ισότιμα σε όλους. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η έννοια της ισοτιμίας στην υγεία υποδηλώνει ότι ιδανικά, ο καθένας θα πρέπει να έχει μια δίκαιη ευκαιρία να πραγματοποιήσει τις δυνατότητές του για υγεία στο μέγιστο βαθμό και πιο ρεαλιστικά, να είναι δυνατό να αποφευχθεί η κατάσταση αδυναμίας κάποιου να επιτύχει τον παραπάνω στόχο. Επιπροσθέτως, η ισοτιμία στη φροντίδα υγείας ορίζεται ως ισότιμη πρόσβαση και χρησιμοποίηση των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας για ίδιες ανάγκες και ίση ποιότητα στη φροντίδα για όλους (Townsend & Davidson 1992, Braveman & Gruskin 2003, Φούσκας & Οικονόμου 2011). Υιοθετώντας τον ορισμό αυτό, οι Townsend και Davidson (1992) υποστηρίζουν ότι η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας χωρίζεται σε τρεις μορφές, την οικονομική, την γεωγραφική και την πολιτισμική.

Η οικονομική πρόσβαση συνδέεται με την ισότιμη διάθεση αγαθών ανεξάρτητα της οικονομικής δυνατότητας του ατόμου και με την προσφορά κοινωνικών αγαθών βάσει αναγκών και όχι βάσει κόστους/παραγωγικότητας του φορέα και οικονομικής ανταποδοτικότητας/συμβολής του ατόμου. Η γεωγραφική πρόσβαση, αν και συνήθως συνδέεται με την ισότιμη διανομή των υπηρεσιών σε διαφορετικές περιοχές, πολλές φορές σχετίζεται με τη δυνατότητα μετακίνησης του ασθενή, προσφυγής του στις κατάλληλες υπηρεσίες και συνεχούς παρακολούθησης

και συμμετοχής στις γραφειοκρατικές διαδικασίες που απαιτούνται για τη παροχή των υπηρεσιών. Τέλος, η πολιτισμική πρόσβαση συνδέεται με τη σχέση ανάμεσα στους ασθενείς και τους επαγγελματίες υγείας ή τους υπαλλήλους των φορέων και το βαθμό στον οποίο οι διαφορές ως προς το φύλο, την καταγωγή ή την εθνικότητα δημιουργούν εμπόδια στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών (Φούσκας & Οικονόμου 2011).

Στο Ευρωπαϊκό Συμβούλιο του Goteborg, τον Ιούνιο του 2001, προτάθηκε η υιοθέτηση της νέας «ανοικτής μεθόδου συντονισμού» στον τομέα της υγείας και η επικέντρωση της πολιτικής υγείας σε τρεις θεμελιώδεις άξονες-στόχους που αφορούν:

- Τη διασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης όλων των πολιτών στο σύστημα περίθαλψης ανεξάρτητα από οικονομικά ή κοινωνικά κριτήρια.
- Την ποιοτική αναβάθμιση και προσφορά των υπηρεσιών υγείας.
- Την οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας.

Οι τρεις παραπάνω στόχοι ικανοποιούν το γενικότερο ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο και σηματοδοτούν τη νέα πολιτική στον χώρο της υγείας, η οποία βασίζεται στην άμεση συνεργασία και την αλληλεξάρτηση της ισότητας, της ποιότητας και της οικονομικής αποδοτικότητας (Υφαντόπουλος 2006).

Οι περισσότερες χώρες αποδέχονται τις αρχές και τις αξίες της ισοτιμίας, όπως αυτές διαμορφώνονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και την Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) και είναι διατεθειμένες να προάγουν την ισοτιμία στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Ο βαθμός δράσης πάντως των διαφόρων χωρών προς την κατεύθυνση αυτή διαφέρει σημαντικά. Και παρά την ευαισθητοποίηση αναφορικά με τις ανισότητες στην υγεία, το χάσμα μεταξύ των οικονομικά ισχυρών και των οικονομικά αδύνατων συνεχώς διευρύνεται.

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι οι ανισότητες στην υγεία δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν μόνο από το σύστημα υγείας, καθώς απαιτείται ο καθορισμός των σχετικών κοινωνικών και οικονομικών προσδιοριστικών παραγόντων, αλλά μόνο μέσα από στενή δια-κυβερνητική και δια-τομεακή συνεργασία με άλλα πεδία πολιτικών αφού πρώτα έχουν υλοποιηθεί οι κατάλληλες δομές.

### 5.3.2 Ανισότητες στις υπηρεσίες υγείας

Οι ανισότητες στην υγεία αφορούν (α) τις ανισότητες ή, καλύτερα, τις διαφορές στη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα και (β) τις ανισότητες στην πρόσβαση και στην χρήση των υπηρεσιών υγείας (Kohler & Martin 1986). Οι ανισότητες στην πρόσβαση και στην χρήση των υπηρεσιών υγείας οφείλονται σε δημογραφικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς, πολιτισμικούς και δομικούς παράγοντες του συστήματος υγείας.

Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση των Derose και συν. (2009) περιλάμβανε 67 μελέτες και βρήκε ότι η περιορισμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, καθώς και η φτωχή ποιότητα της φροντίδας υγείας έχει σημαντικές αρνητικές συνέπειες στην υγεία τόσο των μεταναστών όσο και των γηγενών.

### 5.4 Επιδράσεις της οικονομικής κρίσης στην ισότητα της πρόσβασης στο υγειονομικό σύστημα

Στην Ελλάδα παρατηρήθηκε από το 2008 και μετά μια ευρεία συρρίκνωση της ανάπτυξης της οικονομίας λόγω της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, η οποία είχε εκδηλωθεί λίγο νωρίτερα, στις ΗΠΑ και στη συνέχεια πρόσβαλε όλες τις οικονομίες κυρίως της Ευρώπης (International Monetary Fund, 2010).

Η αρνητική πορεία της οικονομίας από εκείνο το χρονικό σημείο και μετά επηρέασε αυξητικά τη χρήση των υπηρεσιών υγείας προς το δημόσιο, δεδομένου ότι η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος έστρεψε την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας σε υπηρεσίες οι οποίες είχαν ασφαλιστική κάλυψη και ήταν ουσιαστικά δωρεάν (Κυριόπουλος και Τούντας, 2010:837).

Η κατάσταση αυτή δημιούργησε αυξημένες πιέσεις, πολύ περισσότερες από τις υπάρχουσες επιβαρύνοντας ακόμα περισσότερο το υγειονομικό σύστημα στην Ελλάδα, καθιστώντας το ακόμα πιο αναποτελεσματικό και μειώνοντας περισσότερο την αποδοτικότητα του (Economou and Giorno, 2009:28).

Σύμφωνα με τους Bjornberg et al (2009:29) η ανταποκρισιμότητα του

ελληνικού συστήματος υγείας από την έναρξη της κρίσης και μετά είναι πολύ μικρή, αυτό φαίνεται μέσα από τη δυσαρέσκεια των πολιτών σε σχέση με τις υψηλές ιδιωτικές δαπάνες, σε σχέση με την παραοικονομία, τη μεγάλη αναμονή, τη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών κ.λ.π (Bjornberg et al,2009:29). Προς επιβεβαίωση των ανισοτήτων στην υγεία, μπορεί να γίνει αναφορά σε μια πολύ ενδιαφέρουσα μελέτη η οποία δημοσιεύτηκε από τους Geitona, Zavra και Kyriopoulo το 2007 και η οποία αναφέρει ότι σε σχέση με την υγεία, τα φτωχά και άπορα άτομα παρουσίασαν από την έναρξη της κρίσης και μετά χειρότερη υγεία. Πιο ειδικά οι φτωχοί στην Ελλάδα, παρουσιάζουν σε ποσοστό 35% ένα χρόνια πρόβλημα υγείας, σε σχέση με τους μη φτωχούς (Geitona et al,2007:144-150).

Ένα άλλο πρόβλημα το οποίο εντοπίστηκε και αποτελεί μια από τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ισότητα πρόσβασης στην υγεία είναι τα ελλείμματα τα οποία παρουσιάζουν τα τελευταία χρόνια τα δημόσια νοσοκομεία αλλά και οι ασφαλιστικοί οργανισμοί υγείας πράγμα που μειώνει την οικονομική τους δυναμική, ώστε να παρέχουν τις υπηρεσίες που χρειάζονται οι πολίτες, εμποδίζοντας ουσιαστικά λόγω έλλειψης οικονομικών πόρων τη πρόσβαση σε πολλούς ασθενείς (Simou and Koutsogeorgou,2013). Ο ιδιωτικός τομέας δεν μπορεί να αποτελέσει ένα ισχυρό αντίβαρο, μια και αυτός θα επηρεαστεί από τη μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος, προς επένδυση σε ιδιωτικές ασφαλίσεις υγείας (Κυριόπουλος και Τσιάντου,2010:837).

Αυτό, το οποίο περιγράφεται στη παραπάνω παράγραφο, σχετίζεται με τη δομή και φιλοσοφία του ελληνικού συστήματος υγείας, το οποίο επί χρόνια επιδοτούνταν κατά 70% από το δημόσιο μέσω των φόρων και το υπόλοιπο 30% καλύπτονταν από τα δημόσια ταμεία (ΕΟΠΥΥ σήμερα ΠΕΔΥ), μέσω των ασφαλιστικών εισφορών (Ν.4238). Αυτή η φιλοσοφία έχει οδηγήσει σήμερα –στην αδυναμία των νοσοκομείων να πληρώσουν τις υποχρεώσεις τους, στην ύπαρξη ταμείων με μεγάλα χρέη, στην αδυναμία παροχής υπηρεσιών και πρόσβασης λόγω έλλειψης χρημάτων στους πολίτες. Οι ρυθμίσεις που ζήτησε η “Troika” μείωσαν το προσωπικό, επηρέασαν τις υποδομές και τελικά επηρέασαν ακόμα περισσότερο τη προσβασιμότητα των πολιτών στην υγεία (Niakas,2013:597-599).

Με βάση τη μέχρι τώρα ανάλυση γίνεται κατανοητό ότι από τη μια η

οικονομική κρίση αύξησε τα επίπεδα νοσηρότητας και θνησιμότητας λόγω της κοινωνικής και οικονομικής εξαθλίωσης των πολιτών, πράγμα που αύξησε και την ζήτηση σε υπηρεσίες υγείας, ενώ από την άλλη αποδυνάμωσε το υγειονομικό σύστημα της χώρας. Αυτός ο συνδυασμός είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση της προσβασιμότητας στους πολλούς, τη δημιουργία ανισοτήτων, τη δημιουργία ενός συστήματος υγείας μόνο για τους έχοντες. Μένοντας λίγο στη συγκεκριμένη διαπίστωση, θα γίνει μια ευρύτερη αποσαφήνιση των δυο προαναφερόμενων περιοχών που ευθύνονται για τη δημιουργία ανισοτήτων στο ελληνικό σύστημα υγείας. Συγκεκριμένα τα κρούσματα που παρατηρούνται κατά τη διάρκεια της κρίσης, τα οποία αύξησαν τη ζήτηση σε υπηρεσίες υγείας, επηρεάζοντας τη δυνατότητα του υγειονομικού συστήματος να τα καλύψει είναι η αυξημένη ισχαιμική καρδιοπάθεια, η κατάθλιψη, οι αυτοκτονίες κ.λ.π όλα τα παραπάνω είναι απόρροια της ανεργίας, της αδυναμίας κάλυψης οικονομικών υποχρεώσεων, του άγχους κ.λ.π (OECD, 2012).

Σε επίπεδο υπηρεσιών υγείας και προσβασιμότητας δεδομένων των καταστάσεων ο τομέας της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα, έχει αποδυναμωθεί και υπολειτουργεί χωρίς σήμερα να έχει τη δυνατότητα να καλύψει τις αυξημένες ανάγκες του ελληνικού πληθυσμού, ενώ συνάμα έχει περιορίσει σε μεγάλο βαθμό τη πρόσβαση των φτωχότερων πολιτών στις υπηρεσίες υγείας. Σε ιδιωτικό επίπεδο η παροχή υπηρεσιών υγείας, λόγω του αυξημένου κόστους, αποτελεί πολυτέλεια (Πατελάρου κ.α,2011:53-54).

Δίνοντας επιπρόσθετα στοιχεία, τα οποία αιτιολογούν τις αρνητικές επιπτώσεις στην ισότητα της πρόσβασης στο υγειονομικό σύστημα, μπορεί να γίνει αναφορά στα ακόλουθα (OECD,2014): α) Η μείωση από το 2010 και μετά λόγω των κυβερνητικών μέτρων σε συνεργασία με τη Τροϊκα των δαπανών υγείας, είχε ως αποτέλεσμα τη μεγάλη συρρίκνωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, β) Αναποτελεσματική κατανομή των πόρων στην υγεία απόρροια του αυξημένου αριθμού γιατρών ανά 1000 κατοίκους σχεδόν 6,1, διπλάσιο από το μέσο όρο του ΟΑΣΑ, ενώ από την άλλη υπάρχουν μόνο 3,3 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους ποσοστό πολύ χαμηλότερο από το μέσο όρο του 8,7 στις χώρες του ΟΟΣΑ, αυτό σε συνδυασμό μέσα στη κρίση με τη μείωση και των γιατρών, προκάλεσε πρόβλημα σε

επίπεδο εξυπηρέτησης περιστατικών και αποδυνάμωσε τον δημόσιο τομέα υγείας, γ) Η Αύξηση του προσδόκιμου όρου ζωής επιβάρυνε τα αποδυναμωμένα ταμεία, τα οποία σήμερα δεν μπορούν οικονομικά να καλύψουν τις ανάγκες των πολιτών, από την άλλη η αύξηση της θνησιμότητας από όχι φυσικές αιτίες και ειδικά στις μικρότερες ηλικίες περιόρισε τη δυναμική του συστήματος υγείας σε επίπεδο εξυπηρέτησης (OECD,2012).

Με βάση τα παραπάνω διαπιστώνεται ότι το υγειονομικό σύστημα υγείας στην Ελλάδα έχει αποδυναμωθεί πλήρως από τη μια γιατί τα ασφαλιστικά ταμεία δεν μπορούν να καλύψουν οικονομικά τις ανάγκες των ασθενέστερων οικονομικών και κοινωνικών ομάδων και από την άλλη διότι οι φορείς υγείας δεν μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες των πολιτών που έχουν αυξηθεί κατά τη διάρκεια της κρίσης. Απόρροια των παραπάνω είναι η μείωση της προσβασιμότητας στο υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας, ειδικά για τους οικονομικά ανίσχυρους, οι οποίοι συνάμα δεν έχουν τη δυνατότητα να πληρώσουν μια ιδιωτική ασφάλιση, και κατ' επέκταση η μη παροχή της απαιτούμενης ιατρικής και φαρμακευτικής περίθαλψης που τους αξίζει γι' αυτούς και τις οικογένειες τους.

#### 5.5 Άξονες επιχειρηματικού σχεδιασμού για την εκτίμηση πιθανού κόστους για τη παροχή ίσης πρόσβασης όλων των πολιτών στα συστήματα υγείας

Η ανασυγκρότηση και αναδιάταξη του υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα, εστίασε κυρίως στην αντιμετώπιση των βραχυπρόθεσμων καταστάσεων, δίνοντας έμφαση σε μια μόνο πολιτική αντιμετώπισης αυτή της μείωσης των εξόδων. (Simou and Koutsogeorgou,2013:1).

Στη παρούσα ενότητα βάσει βιβλιογραφίας θα αναπτυχθούν βασικοί άξονες επιχειρησιακού σχεδιασμού, με στόχο να δοθεί λύση στο πρόβλημα της ίσης πρόσβασης όλων των πολιτών στη νοσοκομειακή, εξωνοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη. Συγχρόνως θα περιγραφεί η διαδικασία βάση της οποίας μπορεί το κόστος αυτό να καλυφθεί αλλά και να περιοριστεί. Σήμερα σύμφωνα με τον Κυριόπουλο (2009) η αντιμετώπιση των ανισοτήτων και της πρόσβασης στην υγεία αποτελεί βασική προτεραιότητα του ελληνικού κράτους (Κυριόπουλος,2009).

Παρακάτω ορίζονται επιχειρησιακοί στόχοι οι οποίοι από τη μια θα βοηθήσουν στη μείωση του κόστους στην υγεία και από την άλλη στην παροχή πρόσβασης στο σύνολο του πληθυσμού. Αξίζει να σημειωθεί πως οι συγκεκριμένοι στόχοι απορρέουν και από οδηγίες του Παγκόσμιου οργανισμού υγείας. Συγκεκριμένα αυτοί είναι ακόλουθοι (ΠΟΥ,2009):

1. Διανομή του πλούτου με βάση τις αρχές της αλληλεγγύης και της δικαιοσύνης. Καθορισμός ελεγκτικών οργάνων, για το περιορισμό παρασπονδιών στην υγεία και για την δίκαιη κατανομή των πόρων, ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες όλων των πολιτών.
2. Καλύτερη αξιοποίηση των ευρωπαϊκών κονδυλίων, προγραμμάτων όπως το Official Development Assistant, ώστε να καλυφτούν οι ανάγκες πρόσβασης των ευάλωτων οικονομικά ομάδων.
3. Το ελληνικό κράτος πρέπει να αντιλαμβάνεται την υγεία ως ένα τομέα ανάπτυξης και επενδύσεων, ο οποίος μπορεί να φέρει κέρδη, άρα να δώσει και προσβασιμότητα στο σύνολο του ελληνικού πληθυσμού.
4. Το κάθε Υπουργείο να πράττει με γνώμονα την υγεία των πολιτών, προωθώντας και στηρίζοντας τις πολιτικές υγείας.
5. Καλύτερος έλεγχος των προγραμμάτων υγείας με στόχο τον περιορισμό της σπατάλης, ώστε να εξοικονομηθούν χρήματα, τα οποία θα αξιοποιηθούν καλύτερα για τη προσβασιμότητα των πολιτών.
6. Επαναπροσδιορισμός της αντιμετώπισης των νοσημάτων και ειδικά των χρόνιων με την εφαρμογή εθνικών κλινικών πρωτοκόλλων, για τη διαχείριση νοσημάτων όπως ο διαβήτης, η υπέρταση, οι καρδιοπάθειες, τα ψυχικά νοσήματα με τιμές που να αντικατοπτρίζουν τη πραγματικότητα και τις ανάγκες του σήμερα (Βλάχος,2008).
7. Εξασφάλιση χρημάτων μέσα από τη βελτίωση της ποιότητας, τη διαφανή αξιολόγηση του ελέγχου και της απόδοσης, βασισμένη σε κριτήρια που ορίζει η Ευρωπαϊκή Ένωση, τη βελτίωση των εγκαταστάσεων. Η βελτίωση της παροχής υπηρεσιών θα μειώσει τις σπατάλες που έχουν να κάνουν με τη κακή λειτουργία του υγειονομικού συστήματος, εξοικονομώντας χρήματα προς επένδυση στη προσβασιμότητα.
8. Δίκαια και ίση χρηματοδότηση των μονάδων υγείας σε όλη την ελληνική

Επικράτεια, με βάση τις ανάγκες της.

9. Αύξηση των φόρων του καπνού, του οινοπνεύματος, της ζάχαρης και του αλατιού, κάτι που θα επιφέρει πρόσθετους φόρους προς επένδυση.
10. Να γίνει σωστή αξιολόγηση των αναγκών σε θέσεις εργασίας, να προσελκυσθούν νέοι επαγγελματίες, οι οποίοι θα έχουν χαμηλότερο κόστος παραγωγής. Μέσα από αυτή τη διαδικασία θα αυξηθεί το προσωπικό και θα καλύπτονται καλύτερα οι ανάγκες των πολιτών.

Ο συνδυασμός μείωσης κόστους υπηρεσιών, βελτίωσης των υποδομών, επένδυσης σε νέες τεχνολογίες, αντιμετώπιση της διαφθοράς, θα βοηθήσει από τη μια στην εξοικονόμηση πόρων και από την άλλη στη μείωση του κόστους πρόσβασης όλων των πολιτών στην υγεία.

Συνάμα κατά τον υπολογισμό του κόστους είναι βασικό να υπολογίζεται σφαιρικά ανά περιοχή το μέγεθος του πληθυσμού, ο πληθυσμός των γυναικών, οι γεννήσεις, ο πληθυσμός άνω των 65 ετών, οι χρόνιοι πάσχοντες, τα πηλικά θνησιμότητας, η αναλογία σε πληθυσμό της χώρας και τέλος οι συνολικές δαπάνες, μέσα από αυτό το σύστημα θα μπορεί το κράτος να αναγνωρίζει με ακρίβεια τις ανάγκες ανά περιοχή και να κάνει το κατάλληλο προϋπολογισμό, ώστε όλοι οι πολίτες να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Ευκαρπίδης, 2012; ΕΟΠΥΥ,2012). Ο τύπος υπολογισμού ο οποίος προβλέπει τις παραπάνω παραμέτρους και μπορεί να οδηγήσει σε σωστό προϋπολογισμό κάλυψης αναγκών πληθυσμού ανά περιοχή, είναι ο ακόλουθος:  $RHE = (P_i \cdot f_i \cdot b_i \cdot a_i \cdot c_{mi} \cdot sm_{ri} / P_n) \cdot THE$ , όπου α) RHE: Κλειστός σφαιρικός προϋπολογισμός περιοχής, β)  $P_i$  : πληθυσμός περιοχής, γ)  $f_i$  : πληθυσμός γυναικών περιοχής, δ)  $b_i$  : αριθμός γεννήσεων περιοχής, ε)  $a_i$  : πληθυσμός άνω των 65 ετών, ζ)  $c_{mi}$  : πληθυσμός χρονίως πασχόντων περιοχής, η)  $sm_{ri}$  : προτυποποιημένα πηλικά θνησιμότητας περιοχής, θ)  $P_n$  : πληθυσμός χώρας, ζ) THE: συνολική δαπάνη υγείας(ΕΟΠΥΥ,2012).

Σύμφωνα με τον Hurt (1971:405) μια ακόμα στρατηγική μείωσης του κόστους και βελτίωσης της προσβασιμότητας είναι η προοπτική αποζημίωσης με βάση τα DRG's (Κλειστά ενοποιημένα νοσήλια). Το σύστημα KEN, που έχει εφαρμοστεί στην Ελλάδα είναι παρόμοιο αλλά όχι εξίσου αποδοτικό, έχει προβλήματα κωδικοποίησης, ταξινόμησης και τιμολόγησης, η μετάβαση στη σωστή χρήση των



DRG's , θα μειώσει τα κόστη και θα διευκολύνει τη πρόσβαση των πολιτών στην υγεία. Κάποια από τα μέσα χρηματοδότησης της παρούσας κατάστασης για βελτίωση της προσβασιμότητας είναι τα ακόλουθα (ΕΟΠΥΥ,2012):

1. Συμβολή της γενικής φορολογίας: Επανεξέταση της κρατικής επιχορήγησης με στόχο την οικονομική και δημοσιονομική πολιτική, την ενίσχυση των νοσοκομείων και γενικά της υγείας για τη μείωση των περιφερειακών ανισοτήτων.
2. Αναπροσαρμογή των ασφαλιστικών εισφορών: Μείωση των εργοδοτικών εισφορών, με στόχο τη καταπολέμηση της ανεργίας, την παροχή διεξόδων εργασίας άρα και ασφαλιστικής κάλυψης. Όλα αυτά θα έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση των ανισοτήτων στη πρόσβαση και συγχρόνως τη μέγιστη δυνατή από το κράτος συλλογή των ασφαλιστικών εισφορών.
3. Κοινωνικός ασφαλιστικός φόρος: Μετακύληση ενός μέρος του ΦΠΑ στα ταμεία ώστε να μειωθούν τα ασφάλιστρα, να εξοικονομήσει πόρους το κράτος, ώστε να επενδύσει στις μονάδες υγείας και να καλύψει τις ανάγκες των πολιτών.
4. Ειδική φορολογία προϊόντων: Το κράτος θα πρέπει να βρει έσοδα από προϊόντα όπως το ποτό και το τσιγάρο και να τα επενδύσει στην υγεία, ώστε με αυτό τον τρόπο ο πολίτης που έχει χρήματα για να τα αγοράσει να βοηθήσει μέσα από τη φορολογική του συνδρομή το πολίτη που δεν έχει τη δυνατότητα πρόσβασης στην υγεία λόγω οικονομικών δυσχερειών.

Ο σωστός υπολογισμός του κόστους πρόσβασης όλων των πολιτών, ανά περιοχή σε συνδυασμό με τη μείωση του κόστους και τα αποτελεσματικά χρηματοδοτικά προγράμματα, θα βοηθήσει ώστε όλοι οι Έλληνες πολίτες να έχουν πρόσβαση στο υγειονομικό σύστημα υγείας της χώρας.

### **5.5.1 Χρήση των υπηρεσιών υγείας**

Με δεδομένο ότι η επικύρωση της προσβασιμότητας είναι η χρήση των υπηρεσιών υγείας και όχι απλά η διαθεσιμότητά τους, διατυπώθηκε η άποψη ότι η πρόσβαση στις υπηρεσιών υγείας αδυνατεί να εξηγήσει τους λόγους που τα άτομα επιθυμούν να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες υγείας και τελικά το κάνουν. Επομένως, η ολοκληρωμένη μελέτη της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας πρέπει να γίνεται σε

συνδυασμό με τη μελέτη της χρήσης τους. Σύμφωνα με την οικονομική προσέγγιση, οι παράγοντες που καθορίζουν τη χρήση των υπηρεσιών υγείας είναι επιδημιολογικοί, δημογραφικοί, κοινωνικοοικονομικοί και δομικοί του συστήματος υγείας. Με δεδομένο όμως ότι η χρήση των υπηρεσιών υγείας αποτελεί επιλογή μέσω μιας διαδικασίας λήψης απόφασης στη μελέτη της χρήσης, απαιτείται να ληφθούν υπόψη και τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά των χρηστών. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά αναφέρονται στα ατομικά χαρακτηριστικά όπως η ηλικία και το φύλο. Τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά αφορούν το στο ευρύτερο περιβάλλον στο οποίο ζει και εργάζεται το άτομο και περιλαμβάνουν το εισόδημα, το εκπαιδευτικό επίπεδο και την κοινωνική θέση. Τέλος, τα δομικά χαρακτηριστικά συνδέονται με την οργάνωση και τη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας και με το είδος και την έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης, καθώς φαίνεται πως καλύτερη ποιοτικά ασφάλιση οδηγεί σε αύξηση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας. Η σημασία της χρήσης των υπηρεσιών υγείας στον προσδιορισμό των υγειονομικών προτεραιοτήτων, στη διαμόρφωση πολιτικής και στη λήψη αποφάσεων απορρέει από το γεγονός ότι η κατανόηση των αιτιών που προκαλούν τις ανισότητες, τόσο στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, όσο και στη συχνότητα και ένταση της χρήσης των ιατρικών πόρων, αποτελεί προαπαιτούμενο για την αποδοτική και αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών υγείας.

Σημαντικός αριθμός μελετών βρήκε για παράδειγμα ότι τόσο οι μετανάστες όσο και τα παιδιά τους είναι ασφαλισμένοι σε μικρότερο ποσοστό και χρησιμοποιούν λιγότερο συχνά τις υπηρεσίες υγείας (Abe-Kim και συν. 2007, Alegria και συν. 2007, Callahan και συν. 2006, Cunningham 2006, Guendelman και συν. 2005, Guendelman και συν. 2001, Huang και συν. 2006, Jackson και συν. 2007, Javier και συν. 2007, Lasser και συν. 2006, Yu και συν. 2006). Επιπλέον, το κόστος της παρεχόμενης φροντίδας υγείας για τους μετανάστες είναι μικρότερο, με εξαίρεση το κόστος που αφορά τα επείγοντα περιστατικά των παιδιών των μεταναστών (Derose και συν. 2009).

Η απουσία καλής γνώσης της γλώσσας της χώρας μετανάστευσης αποτελεί σημαντικό παράγοντα περιορισμού της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, αυξάνοντας τον χρόνο αναμονής και δυσκολεύοντας την τηλεφωνική επικοινωνία (Pippins και συν. 2007). Επιπλέον, η απουσία καλής γνώσης της γλώσσας της χώρας

μετανάστευσης αποτελεί σημαντικό ανασταλτικό παράγοντα στη χρήση των υπηρεσιών υγείας που αφορούν την ψυχική κατάσταση του ατόμου (Sentell και συν. 2007).

Ιδιαίτερα σημαντικό είναι και το γεγονός ότι οι μετανάστες πραγματοποιούν λιγότερο συχνά προληπτικές εξετάσεις όπως το τεστ-Παπανικολάου, η μαστογραφία, ο έλεγχος του προστατικού αντιγόνου, το αντιγριπικό εμβόλιο κ.ά. (Echeverria & Carrasquillo 2006, Goel και συν. 2003, Ponce και συν. 2006, Chen & Bakken 2004, De Alba και συν. 2005, Kandula και συν. 2006, Swan και συν. 2003, Tsui και συν. 2007, Wong και συν. 2005, Lees και συν. 2005).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup> Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΓΟΡΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ

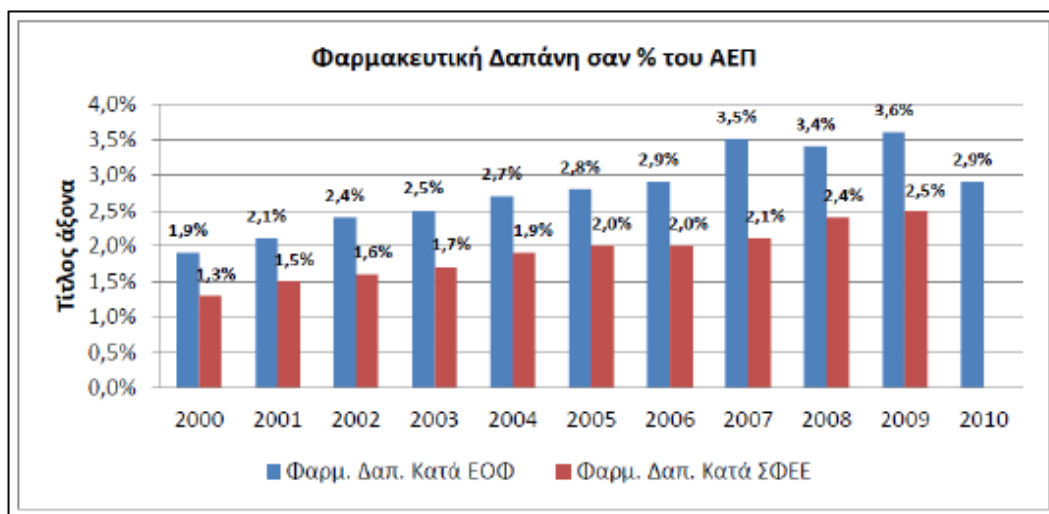
### 6.1 Η Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα

Ανεξάρτητα από τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στη χώρα μας, η φαρμακευτική αγορά παρουσιάζει σταθερά κέρδη, γεγονός που οφείλεται στην αυξημένη ζήτηση των φαρμάκων, η οποία προκαλείται από την αύξηση του πληθυσμού της τρίτης ηλικίας στην Ελλάδα και τις ιδιαίτερα αυξημένες ανάγκες σε φάρμακα.

Η βιομηχανία φαρμάκων υπάγεται στους τομείς της Βιομηχανίας και του Εμπορίου και περιλαμβάνει (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007):

- Την παραγωγή φαρμακευτικών προϊόντων
- Το χονδρικό εμπόριο των φαρμακευτικών προϊόντων
- Την παροχή φαρμακευτικών ειδών σε ειδικευμένα καταστήματα

Η φαρμακευτική αγορά συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στην οικονομία της χώρας. Σύμφωνα με στοιχεία, η φαρμακευτική αγορά αντιπροσωπεύει το 3% του ΑΕΠ και η απασχόληση στον κλάδο της βιομηχανίας φαρμάκων αντιστοιχεί περίπου στο 1% της συνολικής απασχόλησης της χώρας μας.



Διάγραμμα 6-1 Η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα σαν % του ΑΕΠ (Πηγή: ΕΟΦ, ΣΦΕΕ, 2011)

Η Ελλάδα διαθέτει μεγάλες φαρμακευτικές επιχειρήσεις οι οποίες δραστηριοποιούνται στη χώρα μας και διανέμουν φάρμακα σε όλο το ελληνικό δίκτυο. Επίσης, υπάρχουν και άλλες φαρμακευτικές επιχειρήσεις οι οποίες λειτουργούν σε τοπικό επίπεδο ή καλύπτουν τις ανάγκες της περιφέρειας στην οποία υπάγονται.

Η πλειοψηφία των φαρμακευτικών επιχειρήσεων έχουν έδρα στο νομό Αττικής σε ποσοστό 32% και ακολουθεί η Μακεδονία με ποσοστό 28% και η Στερεά Ελλάδα με ποσοστό 10,5% (Δαγκαλίδης, 2011).

## 6.2 Τα Χαρακτηριστικά της Αγοράς Φαρμάκου

Η αγορά φαρμάκου επηρεάζεται από εξωτερικές επιδράσεις, όπως είναι για παράδειγμα η ύπαρξη θετικών εξωτερικών επιδράσεων από την κατανάλωση φαρμάκων για θεραπευτικούς ή προληπτικούς σκοπούς.

Επίσης, χαρακτηρίζεται από ένα βαθμό αβεβαιότητας, καθώς ο ασθενής

αγοράζει και χρησιμοποιεί τα φάρμακα σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού ή του φαρμακοποιού, χωρίς να είναι βέβαιος για την αποτελεσματικότητά τους. Παρατηρούμε, δηλαδή, ότι στην αγορά φαρμάκου δεν έχει τον πρώτο λόγο ο καταναλωτής, αλλά αντίθετα η επιλογή του φαρμάκου γίνεται από τον ιατρό ή τον φαρμακοποιό, οι οποίοι μπορούν να προωθήσουν με αυτό τον τρόπο συγκεκριμένα φάρμακα.

Θα πρέπει ακόμη να τονίσουμε ότι στην αγορά φαρμάκου επικρατούν μονοπώλια, καθώς η μεγαλύτερη παραγωγή και διανομή φαρμακευτικών σκευασμάτων πραγματοποιείται από μεγάλες πολυεθνικές εταιρείες. Επιπλέον, οι φαρμακευτικές εταιρείες προωθούν συνεχώς την πώληση νέων και ακριβότερων φαρμάκων και βασικός τομέας ανταγωνισμού μεταξύ τους είναι η δραστηριότητα των φαρμάκων και όχι η χαμηλή τιμή τους.

Από τα παραπάνω χαρακτηριστικά είναι εμφανής η ανάγκη ενός ρυθμιστικού μηχανισμού, ο οποίος θα κατέχει το ρόλο του τρίτου-εξοφλητή ανάμεσα στον ιατρό-συνταγογράφο και τον ασθενή-καταναλωτή και θα καλύπτει το μεγαλύτερο ποσοστό των φαρμακευτικών δαπανών. Το ρυθμιστικό αυτό ρόλο κατέχουν τα συστήματα Κ.Α ή Ε.Σ.Υ. και με αυτό τον τρόπο δημιουργείται μια τριχοτόμηση της ζήτησης των φαρμάκων, καθώς ο ιατρός τα συνταγογραφεί στον ασθενή, ο ασθενής τα καταναλώνει και η Κ.Α ή το Ε.Σ.Υ πληρώνει το κόστος τους.

Ο ρυθμιστικός αυτός κρατικός μηχανισμός έχει ως σκοπό τον έλεγχο της ασφάλειας, της αποτελεσματικότητας και των τιμών των προϊόντων. Επίσης, μεριμνά για τον έλεγχο του κέρδους των φαρμακευτικών εταιρειών και τον περιορισμό της κατανάλωσης των φαρμάκων. Δηλαδή, εν ολίγοις, επιχειρεί να διασφαλίσει την αποτελεσματικότητα των φαρμάκων που διακινούνται στην εγχώρια αγορά και τον έλεγχο του ύψους των φαρμακευτικών δαπανών (Κουσουλάκου, 2006).

Πίνακας 6-1: Βασικά στοιχεία αγοράς φαρμάκου

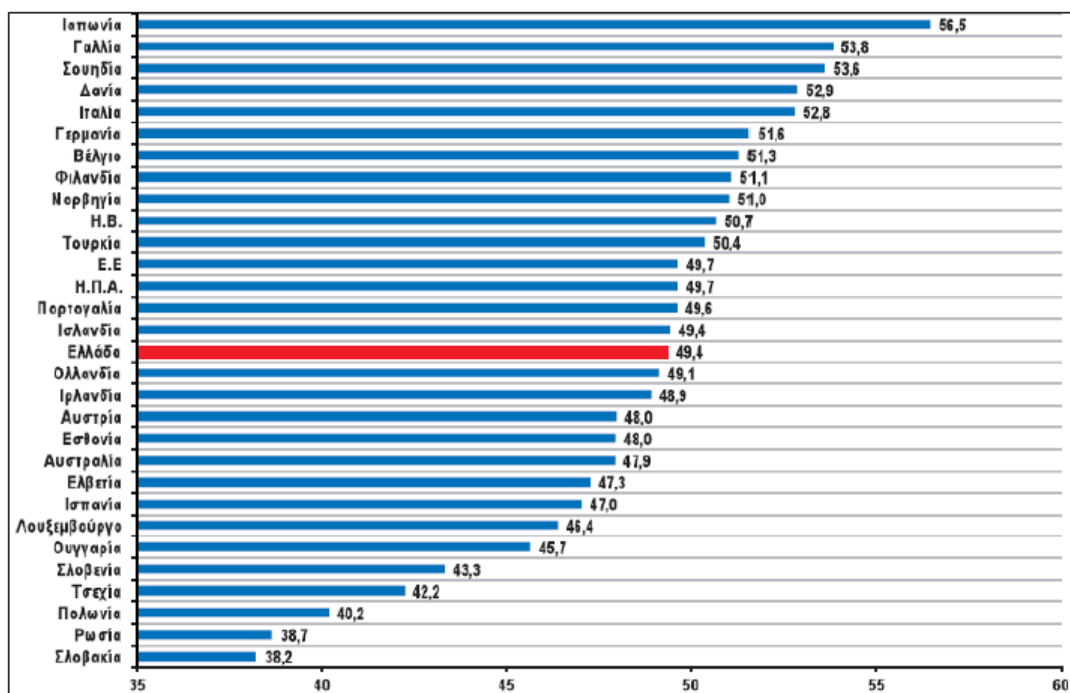
Αριθμός Επιχειρήσεων	Παραγωγοί και Εισαγωγείς φαρμάκων Φαρμακοποθήκες (2011) Συνεταιρισμοί φαρμακοποιών (2011)	-100 135 27
Πωλήσεις Φαρμάκων	Σε φαρμακεία/φαρμακοποθήκες (τιμές λιανικής) Σε νοσοκομεία (νοσοκομειακές τιμές) Σύνολο πωλήσεων (2011) Μεταβολή 2010/2011	€5.558 εκατ. €1.200 εκατ. €6.759 εκατ. -7,9%
Εγχώρια Παραγωγή	Σε τιμές παραγωγού (ex-factory) (2011)	€846 εκατ.
Εξαγωγές	Αξία (2011)	€859 εκατ.
Εισαγωγές	Αξία (2011)	€3.003 εκατ.
Παράλληλες εξαγωγές	Ποσοστό ως προς το σύνολο της αξίας πωλήσεων φαρμάκων (2011)	7,1%
Απασκόληση	Αριθμός εργαζομένων (2011)	13.600
Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη	Δαπάνη 2011 Δαπάνη 2012 Μεταβολή 2012/2009 Ποσοστό του ΑΕΠ (2012) Καθαρή Κατά κεφαλήν δημόσια φαρμακευτική δαπάνη (2012) Ποσοστό των Δαπανών Υγείας (2011)	€3.729 εκατ. €2.880 εκατ. -43% 1,4% €253 17,7%
Δομή τιμών	Ποσοστό τιμής παραγωγού / εισαγωγέα στην τιμή λιανικής πώλησης (2012)	67,6%
Μεταβολή τιμών	Δείκτης τιμών φαρμάκων 2005/2011 Δείκτης τιμών φαρμάκων 2010/2011	-17,8% -10,7%
Γενόσημα	Ποσοστό ως προς το σύνολο της αξίας πωλήσεων φαρμάκων (2011)	18%
Γενόσημα και off-patent	Ποσοστό ως προς το σύνολο της αξίας πωλήσεων φαρμάκων (2011)	60%
Επενδύσεις R&D	ΕΦΡΙΑ (2012)	€84 εκατ.

Πηγή: ΕΟΦ, ΣΦΕΕ, 2011

Από την άλλη θα πρέπει να τονίσουμε το γεγονός ότι ο ρόλος του ρυθμιστικού μηχανισμού στην αγορά φαρμάκου είναι ιδιαίτερα απαιτητικός, καθώς θα πρέπει από τη μια πλευρά να διασφαλίζει την αποτελεσματικότητα και τη διατήρηση της χαμηλής τιμής των φαρμάκων θέτοντας αυστηρές ρυθμίσεις και από την άλλη να μην εμποδίζει με τις ρυθμίσεις αυτές τις επενδύσεις στη φαρμακευτική βιομηχανία αποσκοπώντας στην παραγωγή νέων φαρμακευτικών σκευασμάτων.

### 6.3 Παρεμβάσεις και Μέτρα Πολιτικής στους Τομείς Υγείας και Φαρμάκου

Οι τομείς Υγείας και Φαρμάκου είναι περιοχές παρέμβασης της δημοσιονομικής προσαρμογής. Ο Δείκτης Εξάρτησης Πληθυσμού υπολογίζει το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 0-14 ετών και ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών, προς το σύνολο του οικονομικά ενεργού πληθυσμού (άτομα ηλικίας 15-64). Ο δείκτης αυτός παρουσιάζει αυξητική τάση στις αναπτυγμένες χώρες, λόγω της αύξησης στο προσδόκιμο επιβίωσης και της επιβράδυνσης του ρυθμού αύξησης των γεννήσεων (Διάγραμμα 6-2).



Διάγραμμα 6-2 Δείκτης Εξάρτησης Πληθυσμού, 2010 (Πηγή: OECD, Health Data 2012)

Στο παραπάνω διάγραμμα μπορούμε να δούμε ότι η Ιαπωνία παρουσιάζει τον υψηλότερο Δείκτη Εξάρτησης Πληθυσμού, ενώ η Ελλάδα βρίσκεται λίγο χαμηλότερα σε σχέση με το μέσο όρο της Ευρώπης και των ΗΠΑ. Σε σύγκριση με τις μεγάλες χώρες της Ε.Ε. (Γαλλία, Γερμανία, Η.Β), η Ελλάδα έχει καλύτερο Δείκτη Εξάρτησης Πληθυσμού, ενώ σε σχέση με άλλες μεσογειακές χώρες βρίσκεται σε υψηλότερο επίπεδο από την Ισπανία και σε χαμηλότερο επίπεδο σε σχέση με την Πορτογαλία. Ο Δείκτης Εξάρτησης Πληθυσμού δείχνει ότι περίπου ο μισός πληθυσμός συντηρείται από τον υπόλοιπο μισό και η αναλογία αυτή εμφανίζει αυξητικές τάσεις (ΣΦΕΕ, 2012).

#### 6.4 Οι Επιπτώσεις της κρίσης στο Φάρμακο

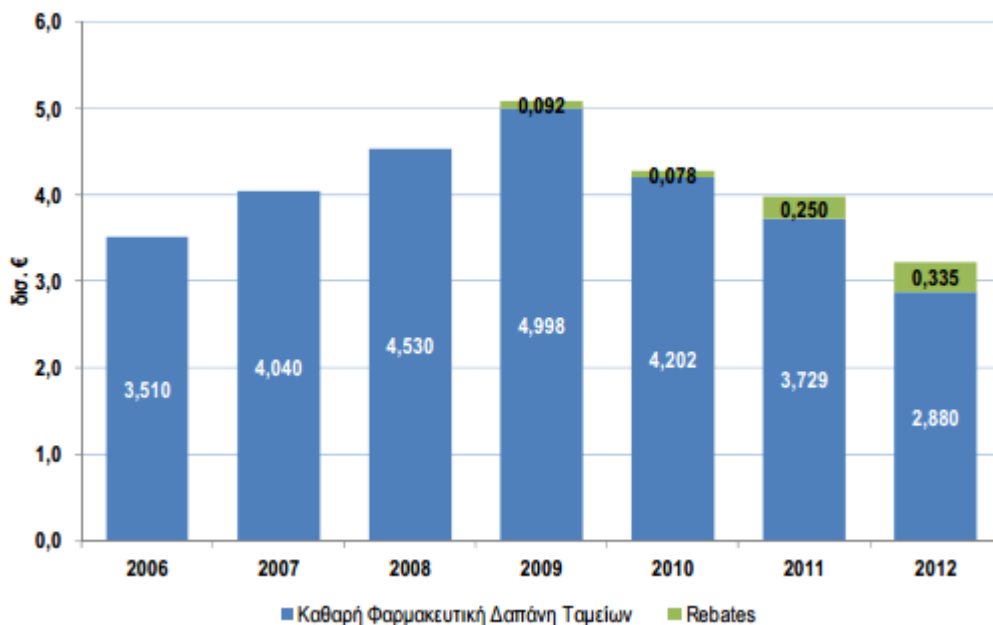
Η δαπάνη είναι ένα μέγεθος που καθορίζει την κατανάλωση σε όρους αξίας και ορίζεται ως η τιμή επί την καταναλισκόμενη ποσότητα. Παρ' όλα αυτά, θα πρέπει να προσδιορίζεται με σαφήνεια το περιεχόμενο κάθε κατηγορίας δαπάνης προκειμένου να μην δημιουργούνται λανθασμένα συμπεράσματα από την ανάλυση των στοιχείων.

Η συνολική φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα το 2012, διαμορφώθηκε σε €4,2 δισ., μειωμένη κατά 32% συγκριτικά με το 2009. Οι πρώτες εκτιμήσεις για τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη το 2012 επιβεβαιώνουν τη διαμόρφωσή της στα €2,88 δισ., ήτοι στο 1,5% του ΑΕΠ. Αυτό σημαίνει ότι σε σχέση με το 2009 η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη το 2012 έχει μειωθεί κατά 42%.

Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη ακολούθησε μέχρι το 2009 ανοδική τάση, όπως και η δαπάνη υγείας σε σχέση με το ΑΕΠ. Η συνεχής ανοδική τάση της δαπάνης υγείας την τελευταία δεκαετία ερμηνεύεται από την εξέλιξη δημογραφικών παραγόντων, όπως η γήρανση του πληθυσμού και η αύξηση των νόμιμων μεταναστών, αλλά και από ειδικότερους παράγοντες όπως η κυκλοφορία νέων καινοτόμων φαρμάκων, η υπερσυνταγογράφηση, το εύρος των φαρμάκων που αποζημιώνονται, τα ποσοστά συμμετοχής των ασφαλισμένων, τα περιθώρια κέρδους στην εφοδιαστική αλυσίδα και η υποκατάσταση με άλλες μορφές υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, τη διετία 2010/2011 μειώθηκε δραστικά, κατά 22%, για να φτάσει το 2011 στα €3,98 δισ., αποτελώντας το 1,9% του ΑΕΠ και το 32% των δημόσιων δαπανών



υγείας (Πίνακας 4.2).



Διάγραμμα 6-3 Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη (Πηγή: OECD, Health Data 2012)

### 6.5 Δαπάνες Υγείας – Φαρμακευτική Δαπάνη

Οι μέσες πωλήσεις ανά φαρμακείο αυξήθηκαν κατά 13,7% αν και ο αριθμός των φαρμακείων αυξήθηκε κατά 18,3% μεταξύ 2004 και 2011. Αν και οι πωλήσεις ανά φαρμακείο παρουσιάζουν σταθερή αυξητική τάση μεταξύ 2004 και 2010, το 2011 παρατηρείται μείωση των πωλήσεων κατά 8,9% σε σχέση με το 2010 και κατά 23,4% σε σχέση με το 2009.

Η φαρμακευτική δαπάνη περιλαμβάνει τη δαπάνη για φάρμακα και λοιπά φαρμακευτικά είδη που χορηγούνται σε ασθενείς. Πιο αναλυτικά, περιλαμβάνονται οι δαπάνες για όλα τα συνταγογραφούμενα και μη φάρμακα, είτε είναι πρωτότυπα είτε είναι γενόσημα.

Η φαρμακευτική δαπάνη χωρίζεται σε

- Δημόσια: περιλαμβάνει τις δαπάνες όλων των φορέων κοινωνικής ασφάλισης για τα συνταγογραφούμενα (εκτός νοσοκομείων) φάρμακα,
- Ιδιωτική: περιλαμβάνει τα ποσοστά συμμετοχής των ασφαλισμένων για τα αποζημιούμενα φάρμακα, τις ίδιες δαπάνες των καταναλωτών για τα μη καλυπτόμενα από τα ασφαλιστικά ταμεία φαρμακευτικά σκευάσματα και συναφή είδη, καθώς και την αποζημίωση μέρους της δαπάνης από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές επιχειρήσεις.

Μέχρι το 2009 η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη ακολούθησε ανοδική τάση. Ωστόσο, το 2010 και 2011 υπέστη μείωση της τάξεως του 22%, για να φτάσει το 2011 στα €3,98 δισ., αποτελώντας το 1,8% του ΑΕΠ και το 30% των δημόσιων δαπανών υγείας. Αξίζει να επισημανθεί ότι:

α) στο μέγεθος της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης δεν περιλαμβάνονται οι επιστροφές/εκπτώσεις των φαρμακευτικών εταιρειών προς τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης, οι οποίες το 2011 εκτιμώνται σε 250 εκατ. € και μειώνουν περαιτέρω το μέγεθος της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης σε 3,73 δισ. €, που αποτελεί το 1,7% του ΑΕΠ και σε 2,88 δισ. € το 2012, δηλαδή στο 1,4% του ΑΕΠ και

β) το υπόλοιπο τμήμα των δημοσίων δαπανών υγείας – εκτός της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης – στερείται επίσημης και ακριβούς καταγραφής και μέτρησης, γεγονός που δυσκολεύει τον εντοπισμό φαινομένων σπατάλης ή/και κακοδιαχείρισης.

Η Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) δημοσιοποιεί στατιστικά στοιχεία που αφορούν τις Δαπάνες Υγείας σε εθνικό επίπεδο, με βάση το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ).

Η ΕΛΣΤΑΤ δημοσιεύει τα στοιχεία ΣΛΥ σε ετήσια βάση, εντός του πρώτου τριμήνου του μεθεπόμενου έτους από το έτος αναφοράς των στοιχείων, σύμφωνα με το χρονοδιάγραμμα δημοσιεύσεων του ΟΟΣΑ και της Eurostat.

Το ΣΛΥ είναι το σύστημα που προσδιορίζει την οικονομική επιβάρυνση του κάθε χρηματοδοτικού φορέα και την κατεύθυνση της υγειονομικής δαπάνης ανά

προμηθευτή υγείας και ανά υγειονομική δραστηριότητα. Το ΣΛΥ δομείται στους εξής τρεις άξονες:

- Τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας ανά χρηματοδοτικό φορέα (πλευρά της ζήτησης)
- Την κατεύθυνση της υγειονομικής δαπάνης ανά προμηθευτή υγείας και ανά υγειονομική δραστηριότητα (πλευρά της προσφοράς)
- Τη χρηματοδότηση των φορέων στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας (πλευρά της κατανάλωσης)

Συγκεκριμένα, η ΕΛΣΤΑΤ δημοσιοποιεί στατιστικά στοιχεία του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) για τα έτη 2009 έως 2012. Στον πίνακα 6.1 και στα διαγράμματα 6.1 και 6.2, παρουσιάζεται η συνολική τρέχουσα υγειονομική δαπάνη ανά χρηματοδοτικό φορέα (Γενική Κυβέρνηση εκτός Οργανισμού Κοινωνικής Ασφάλισης (ΟΚΑ)), Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης, νοικοκυριά, ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, και λοιπές δαπάνες (από Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ), Εκκλησία, κλπ). Οι συνολικές δημόσιες τρέχουσες δαπάνες υγείας σημείωσαν μείωση κατά 2.0% το έτος 2011 έναντι του 2010 και κατά 12.6% το 2012 σε σχέση με τις δαπάνες του έτους 2011. Η συνολική ιδιωτική τρέχουσα δαπάνη το 2011 παρουσίασε μείωση κατά 4.4% έναντι του έτους 2010 και μείωση κατά 11.4% το έτος 2012 ως προς το έτος 2011. Στον πίνακα 6.2 και στο διάγραμμα 6.3 παρουσιάζεται το ποσοστό συμμετοχής κάθε φορέα στη συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας. Ως προς την συμβολή του δημόσιου τομέα στην συνολική τρέχουσα δαπάνη, παρατηρείται μείωση από 69,5% το έτος 2009 σε 68.0% το έτος 2012.

Τα στοιχεία δαπανών υγείας, που παρουσιάζονται σύμφωνα με την δομή των πινάκων του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας, αφορούν στα εξής:

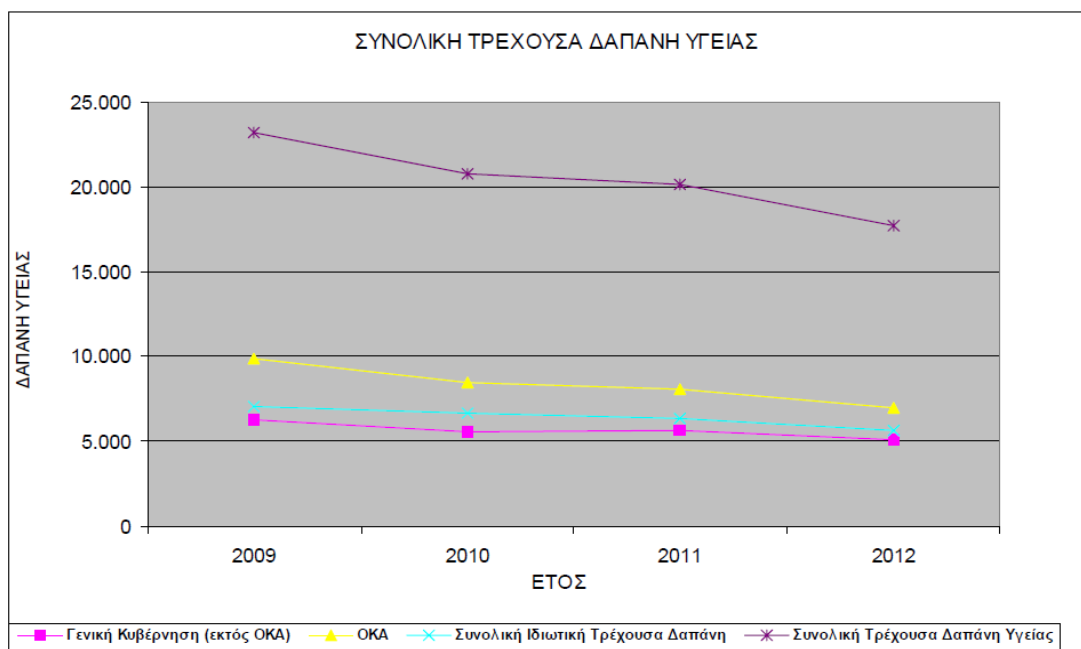
- Τη χρηματοδότηση των φορέων στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας (Πίνακας 6.3 και Διαγράμματα 6.4 & 6.5).
- Τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας ανά χρηματοδοτικό φορέα (Πίνακας 6.4 και Διάγραμμα 6.6).
- Την κατεύθυνση της υγειονομικής δαπάνης ανά προμηθευτή υγείας και ανά υγειονομική δραστηριότητα (Πίνακας 6.5).

## Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας

Πίνακας 6-2 : Συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας

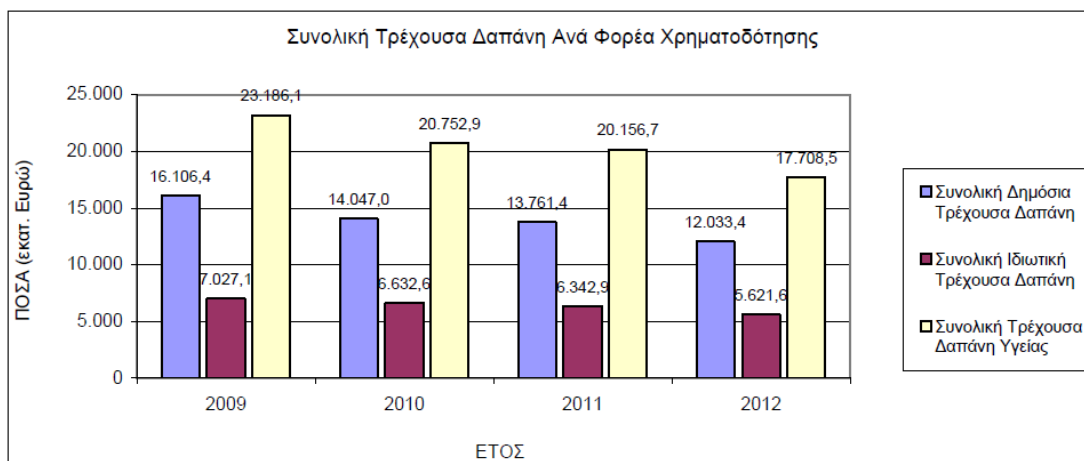
	2009	10/09 %	2010	11/10 %	2011	12/11%	2012
Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) (HF.1.1) (1)	6.270,9	-11,5%	5.548,1	2,2%	5.672,7	-10,5%	5.076,6
ΟΚΑ (HF.1.2) (2)	9.835,5	-13,6%	8.498,9	-4,8%	8.088,7	-14,0%	6.956,8
<b>Συνολική Δημόσια Τρέχουσα Δαπάνη (1)+ (2)</b>	<b>16.106,4</b>	<b>-12,8%</b>	<b>14.047,0</b>	<b>-2,0%</b>	<b>13.761,4</b>	<b>-12,6%</b>	<b>12.033,4</b>
<b>Συνολική Ιδιωτική Τρέχουσα Δαπάνη (3)+ (4)</b>	<b>7.027,1</b>	<b>-5,6%</b>	<b>6.632,7</b>	<b>-4,4%</b>	<b>6.342,9</b>	<b>-11,4%</b>	<b>5.621,6</b>
Ιδιωτική Ασφάλιση (HF.2.2) (3)	433,8	23,7%	536,6	-0,4%	534,2	-1,6%	525,7
Ιδιωτικές Πληρωμές (HF.2.3) (4)	6.593,3	-7,5%	6.096,1	-4,7%	5.808,7	-12,3%	5.095,9
<b>Λοιπές Δαπάνες (HF.2.4 έως HF.3) (5)</b>	<b>52,6</b>	<b>39,2%</b>	<b>73,2</b>	<b>-28,4%</b>	<b>52,4</b>	<b>2,1%</b>	<b>53,5</b>
<b>Συνολική Τρέχουσα Δαπάνη Υγείας (HF) (1) έως (5)</b>	<b>23.186,1</b>	<b>-10,5%</b>	<b>20.752,9</b>	<b>-2,9%</b>	<b>20.156,7</b>	<b>-12,1%</b>	<b>17.708,5</b>

(σε εκατ.ευρώ)  
πηγή : ΕΛΣΤΑΤ, Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ)



Διάγραμμα 6-4 Συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας στην Ελλάδα, 2009-2012 (Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ)

## Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας



Διάγραμμα 6-5 Συνολική τρέχουσα δαπάνη ανά φορέα χρηματοδότησης, 2009-2012  
(Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ)

Πίνακας 6-3 : Συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας και ποσοστιαία συμμετοχή φορέα

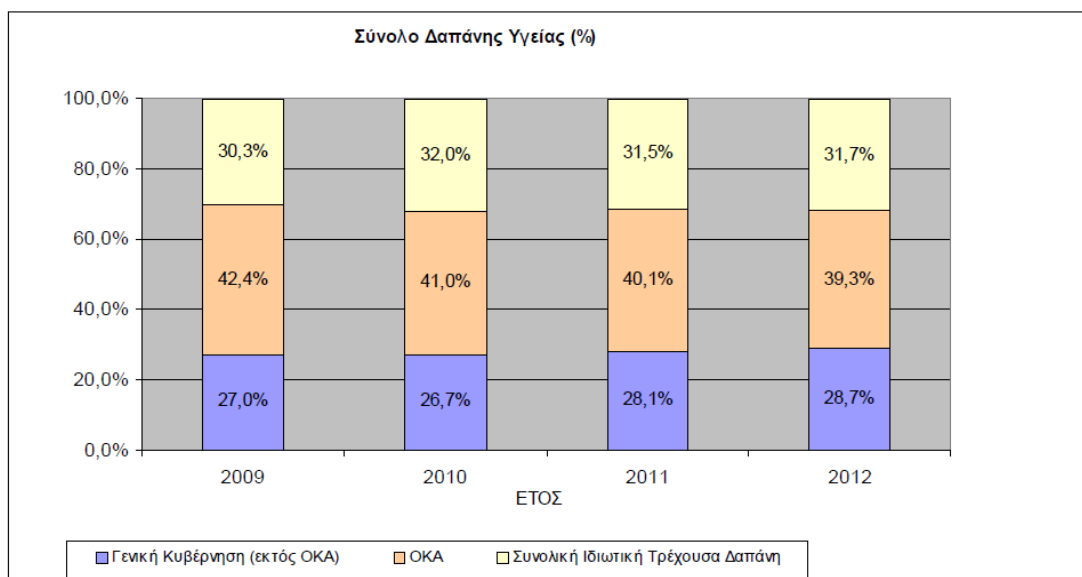
	2009	2010	2011	2012
Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) (HF.1.1) (1)	6.270,9	5.548,1	5.672,7	5.076,6
(% της συνολικής)	27,0%	26,7%	28,1%	28,7%
ΟΚΑ (HF.1.2) (2)	9.835,5	8.498,9	8.088,7	6.956,8
(% της συνολικής)	42,4%	41,0%	40,1%	39,3%
<b>Συνολική Δημόσια Τρέχουσα Δαπάνη (1)+ (2)</b>	<b>16.106,4</b>	<b>14.047,0</b>	<b>13.761,4</b>	<b>12.033,4</b>
(% της συνολικής)	69,5%	67,7%	68,3%	68,0%
<b>Συνολική Ιδιωτική Τρέχουσα Δαπάνη (3)+ (4)</b>	<b>7.027,1</b>	<b>6.632,7</b>	<b>6.342,9</b>	<b>5.621,6</b>
(% της συνολικής)	30,3%	32,0%	31,5%	31,7%
Ιδιωτική Ασφάλιση (HF.2.2) (3)	433,8	536,6	534,2	525,7
(% της συνολικής)	1,9%	2,6%	2,7%	3,0%
Ιδιωτικές Πληρωμές (HF.2.3) (4)	6.593,3	6.096,1	5.808,7	5.095,9
(% της συνολικής)	28,4%	29,4%	28,8%	28,8%
<b>Λοιπές Δαπάνες (HF.2.4 έως HF.3) (5)</b>	<b>52,6</b>	<b>73,2</b>	<b>52,4</b>	<b>53,5</b>
(% της συνολικής)	0,2%	0,4%	0,3%	0,3%
<b>Συνολική Τρέχουσα Δαπάνη Υγείας (HF) (1) έως (5)</b>	<b>23.186,1</b>	<b>20.752,9</b>	<b>20.156,7</b>	<b>17.708,5</b>

(σε εκατ.ευρώ)

πηγή : ΕΛΣΤΑΤ, Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ)

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ

## Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας



Διάγραμμα 6-6 Σύνολο Δαπάνης Υγείας (Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ)

Πίνακας 6-4 : Χρηματοδότηση των φορέων στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας

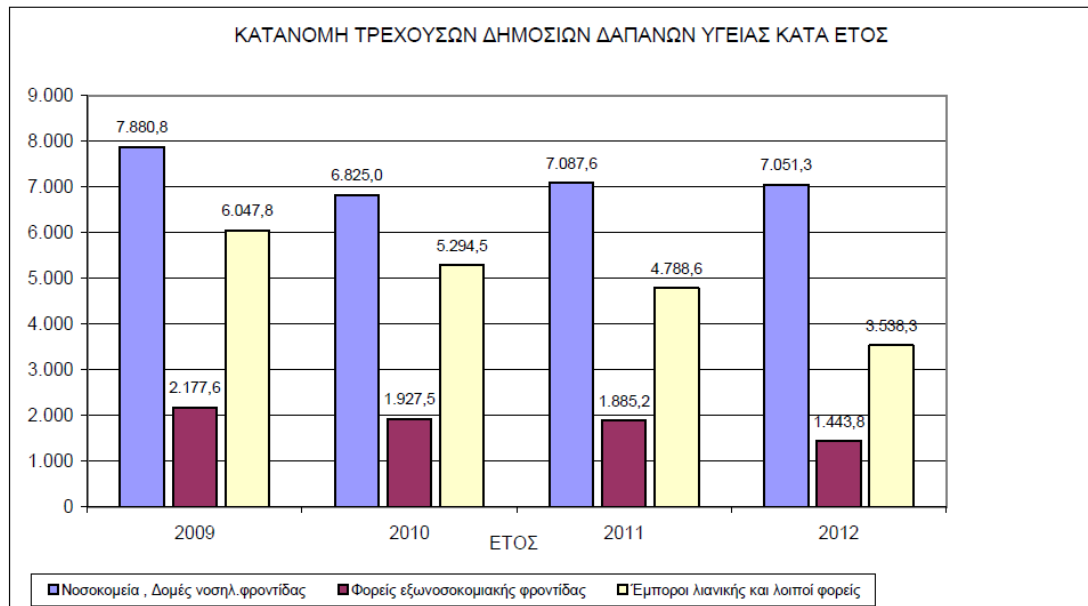
	2009	10/09 %	2010	11/10 %	2011	12/11 %	2012
<b>1.Τρέχουσα δαπάνη υγείας (2+3+4)</b>	<b>23.186,0</b>	<b>-10,5%</b>	<b>20.752,9</b>	<b>-2,9%</b>	<b>20.156,7</b>	<b>-12,1%</b>	<b>17.708,5</b>
<b>2.Τρέχουσα δημόσια δαπάνη (2Α+2Β)</b>	<b>16.106,3</b>	<b>-12,8%</b>	<b>14.047,0</b>	<b>-2,0%</b>	<b>13.761,4</b>	<b>-12,6%</b>	<b>12.033,3</b>
Νοσοκομεία , Δομές νοσηλ. φροντίδας (HP.1, HP.2)	7.880,8	-13,4%	6.825,0	3,8%	7.087,6	-0,5%	7.051,3
Φορείς εξωνοσοκομιακής φροντίδας (HP.3)	2.177,6	-11,5%	1.927,5	-2,2%	1.885,2	-23,4%	1.443,8
Εμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.9)	6.047,8	-12,5%	5.294,5	-9,6%	4.788,6	-26,1%	3.538,3
<b>2Α.Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) (HF.1.1)</b>	<b>6.270,9</b>	<b>-11,5%</b>	<b>5.548,1</b>	<b>2,2%</b>	<b>5.672,7</b>	<b>-10,5%</b>	<b>5.076,6</b>
Νοσοκομεία , Δομές νοσηλ. φροντίδας (HP.1, HP.2)	5.502,4	-12,4%	4.820,4	4,2%	5.021,0	-10,3%	4.504,9
Φορείς εξωνοσοκομιακής φροντίδας (HP.3)	594,3	-2,4%	580,4	-12,8%	506,3	-3,7%	487,8
Εμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.9)	174,2	-15,4%	147,3	-1,3%	145,4	-42,3%	83,9
<b>2Β.ΟΚΑ (HF.1.2)</b>	<b>9.835,5</b>	<b>-13,6%</b>	<b>8.498,9</b>	<b>-4,8%</b>	<b>8.088,7</b>	<b>-14,0%</b>	<b>6.956,8</b>
Νοσοκομεία , Δομές νοσηλ. φροντίδας (HP.1, HP.2)	2.378,5	-15,7%	2.004,6	3,1%	2.066,6	23,2%	2.546,4
Φορείς εξωνοσοκομιακής φροντίδας (HP.3)	1.583,3	-14,9%	1.347,1	2,4%	1.378,9	-30,7%	956,0
Εμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.9)	5.873,7	-12,4%	5.147,2	-9,8%	4.643,2	-25,6%	3.454,4
<b>3.Ιδιωτικός τομέας(3Α+3Β)</b>	<b>7.027,2</b>	<b>-5,6%</b>	<b>6.632,7</b>	<b>-4,4%</b>	<b>6.342,9</b>	<b>-11,4%</b>	<b>5.621,5</b>
Νοσοκομεία , Δομές νοσηλ. φροντίδας (HP.1, HP.2)	1.477,1	8,1%	1.597,1	6,2%	1.696,4	4,0%	1.764,8
Φορείς εξωνοσοκομιακής φροντίδας (HP.3)	3.968,6	-14,5%	3.392,3	-11,5%	3.001,8	-28,8%	2.138,2
Εμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.9)	1.581,4	3,9%	1.643,3	0,1%	1.644,7	4,5%	1.718,5
<b>3Α.Ιδιωτική ασφάλιση (HF.2.2)</b>	<b>433,8</b>	<b>23,7%</b>	<b>536,6</b>	<b>-0,4%</b>	<b>534,2</b>	<b>-1,6%</b>	<b>525,7</b>
Νοσοκομεία , Δομές νοσηλ. φροντίδας (HP.1, HP.2)	310,7	22,4%	380,3	-0,2%	379,6	-0,6%	377,2
Φορείς εξωνοσοκομιακής φροντίδας (HP.3)	43,0	28,8%	55,4	-3,8%	53,3	-4,6%	50,8
Εμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.9)	80,1	25,9%	100,9	0,4%	101,3	-3,7%	97,6
<b>3Β.Πληρωμές ιδιωτών (HF.2.3)</b>	<b>6.593,3</b>	<b>-7,5%</b>	<b>6.096,1</b>	<b>-4,7%</b>	<b>5.808,7</b>	<b>-12,3%</b>	<b>5.095,9</b>
Νοσοκομεία , Δομές νοσηλ. φροντίδας (HP.1, HP.2)	1.166,4	4,3%	1.216,8	8,2%	1.316,8	5,4%	1.387,6
Φορείς εξωνοσοκομιακής φροντίδας (HP.3)	3.925,6	-15,0%	3.336,9	-11,6%	2.948,5	-29,2%	2.087,4
Εμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.9)	1.501,3	2,7%	1.542,4	0,1%	1.543,4	5,0%	1.620,9
<b>4.Λοιπές δαπάνες (HF.2.4 έως HF.3)</b>	<b>52,6</b>	<b>0,4</b>	<b>73,2</b>	<b>-28,4%</b>	<b>52,4</b>	<b>2,4%</b>	<b>53,7</b>

(σε εκατ.ευρώ)

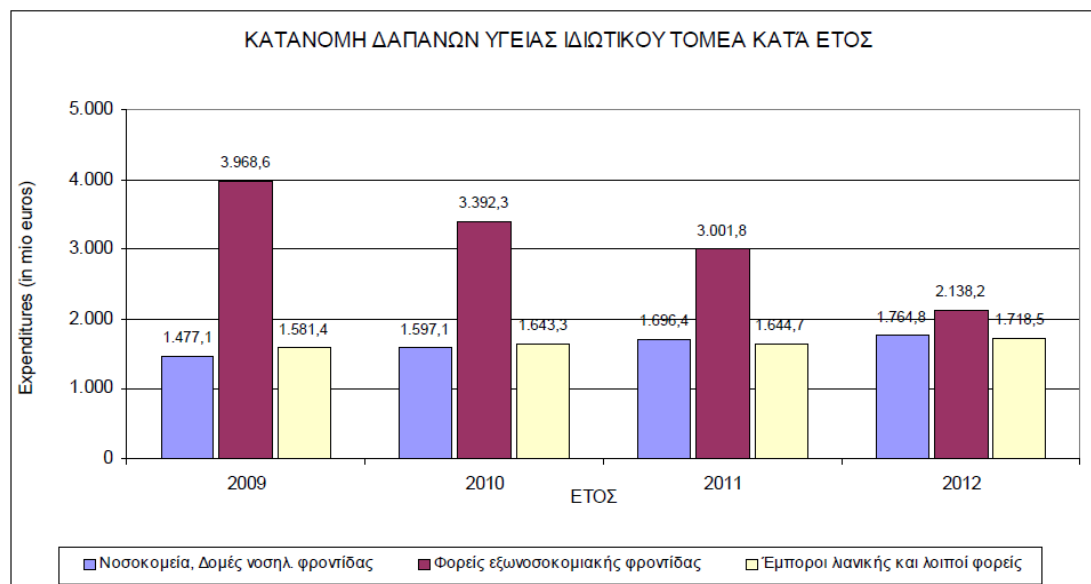
πηγή : ΕΛΣΤΑΤ, Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ)

## Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ



Διάγραμμα 6-7 Κατανομή τρεχουσών δημόσιων δαπανών υγείας κατά έτος (Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ)



Διάγραμμα 6-8 Διάγραμμα 6.5 Κατανομή δαπανών υγείας ιδιωτικού τομέα κατά έτος (Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ)

Πίνακας 6-5 : Χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας ανά χρηματοδοτικό φορέα

	2009	10/09 %	2010	11/10 %	2011	12/11 %	2012
<b>1. Τρέχουσα δαπάνη υγείας (2+3+4) (HF.1.1-HF.3.0)</b>	<b>23.186,1</b>	<b>-10,5%</b>	<b>20.752,9</b>	<b>-2,9%</b>	<b>20.156,7</b>	<b>-12,1%</b>	<b>17.708,5</b>
σε :							
Υπηρεσίες περιθαλψής, αποκατ/σης (HC.1,HC.2,HC.3)	14.150,6	-10,6%	12.652,3	-0,1%	12.634,0	-8,8%	11.517,0
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	1.098,1	-18,7%	893,1	-1,1%	882,9	-7,8%	814,0
Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκ/κους ασθενείς (HC.5)	7.120,5	-9,5%	6.442,7	-8,0%	5.930,0	-18,8%	4.815,3
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6-HC.9)	817,0	-8,4%	764,8	-7,2%	709,8	-20,8%	562,3
<b>2. Τρέχουσα δημόσια δαπάνη (2Α+2Β) (HF.1.1, HF.1.2)</b>	<b>16.106,4</b>	<b>-12,8%</b>	<b>14.046,9</b>	<b>-2,0%</b>	<b>13.761,4</b>	<b>-12,6%</b>	<b>12.033,4</b>
Υπηρεσίες περιθαλψής, αποκατ/σης (HC.1,HC.2,HC.3)	9.123,6	-12,0%	8.024,8	2,4%	8.217,3	-4,3%	7.864,0
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	684,1	-23,2%	510,4	6,6%	544,2	-7,6%	502,8
Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκ/κους ασθενείς (HC.5)	5.619,2	-12,8%	4.900,3	-10,5%	4.386,6	-27,2%	3.194,4
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6-HC.9)	699,5	-12,6%	611,4	0,3%	613,4	-23,0%	472,3
<b>2Α. Χρηματοδότηση από την Κεντρική Διοίκηση (HF.1.1)</b>	<b>6.270,9</b>	<b>-11,5%</b>	<b>5.548,1</b>	<b>2,2%</b>	<b>5.672,7</b>	<b>-10,5%</b>	<b>5.076,6</b>
Υπηρεσίες περιθαλψής, αποκατ/σης (HC.1,HC.2,HC.3)	5.842,7	-11,8%	5.153,4	2,9%	5.300,9	-9,5%	4.796,3
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	49,6	-6,9%	46,2	-1,2%	45,6	-17,9%	37,5
Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκ/κους ασθενείς (HC.5)	22,1	-7,6%	20,4	-11,6%	18,1	-43,1%	10,3
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6-HC.9)	356,5	-8,0%	328,1	-8,1%	308,1	-24,5%	232,6
<b>2Β. Χρηματοδότηση από τους ΟΚΑ (HF.1.2)</b>	<b>9.835,5</b>	<b>-13,6%</b>	<b>8.498,9</b>	<b>-4,8%</b>	<b>8.088,7</b>	<b>-14,0%</b>	<b>6.956,8</b>
Υπηρεσίες περιθαλψής, αποκατ/σης (HC.1,HC.2,HC.3)	3.280,9	-12,5%	2.871,5	1,6%	2.916,4	5,2%	3.067,7
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	614,5	-24,5%	464,2	7,4%	498,5	-8,7%	465,3
Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκ/κους ασθενείς (HC.5)	5.597,1	-12,8%	4.879,9	-10,5%	4.368,5	-27,1%	3.184,1
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6-HC.9)	343,0	-17,4%	283,3	7,7%	305,3	-21,5%	239,7
<b>3. Ιδιωτικός τομέας (3Α+3Β) (HF.2.2, HF.2.3)</b>	<b>7.027,1</b>	<b>-5,6%</b>	<b>6.632,6</b>	<b>-4,4%</b>	<b>6.342,9</b>	<b>-11,4%</b>	<b>5.621,5</b>
Υπηρεσίες περιθαλψής, αποκατ/σης (HC.1,HC.2,HC.3)	5.016,5	-8,0%	4.614,5	-5,3%	4.368,0	-17,6%	3.599,4
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	434,0	-11,8%	382,7	-11,5%	338,7	-8,1%	311,2
Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκ/κους ασθενείς (HC.5)	1.501,3	2,7%	1.542,4	0,1%	1.543,5	5,0%	1.620,9
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6-HC.9)	75,3	23,6%	93,0	-0,4%	92,7	-2,9%	90,0
<b>3Α. Χρηματοδότηση από την Ιδιωτική Ασφάλιση (HF.2.2)</b>	<b>433,8</b>	<b>23,7%</b>	<b>536,6</b>	<b>-0,4%</b>	<b>534,2</b>	<b>-1,6%</b>	<b>525,7</b>
Υπηρεσίες περιθαλψής, αποκατ/σης (HC.1,HC.2,HC.3)	358,5	23,7%	443,5	-0,5%	441,5	-1,3%	435,7
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6-HC.9)	75,3	23,6%	93,0	-0,4%	92,7	-2,9%	90,0
<b>3Β. Χρηματοδότηση μέσω πληρωμών νοικοκυριών (HF.2.3)</b>	<b>6.593,3</b>	<b>-7,5%</b>	<b>6.096,1</b>	<b>-4,7%</b>	<b>5.808,7</b>	<b>-12,3%</b>	<b>5.095,9</b>
Υπηρεσίες περιθαλψής, αποκατ/σης (HC.1,HC.2,HC.3)	4.658,0	-10,5%	4.171,0	-5,9%	3.926,5	-19,4%	3.163,8
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	434,0	-11,8%	382,7	-11,5%	338,7	-8,1%	311,2
Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκ/κους ασθενείς (HC.5)	1.501,3	2,7%	1.542,4	0,1%	1.543,5	5,0%	1.620,9
<b>4. Χρηματοδότηση από λοιπούς φορείς (HF.2.4-HF.3.0)</b>	<b>52,6</b>	<b>39,3%</b>	<b>73,3</b>	<b>-28,4%</b>	<b>52,4</b>	<b>2,2%</b>	<b>53,6</b>
Υπηρεσίες περιθαλψής, αποκατ/σης (HC.1,HC.2,HC.3)	10,4	24,5%	13,0	275,7%	48,7	10,0%	53,6
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6-HC.9)	42,2	43,0%	60,3	-93,9%	3,7	-100,0%	0,0

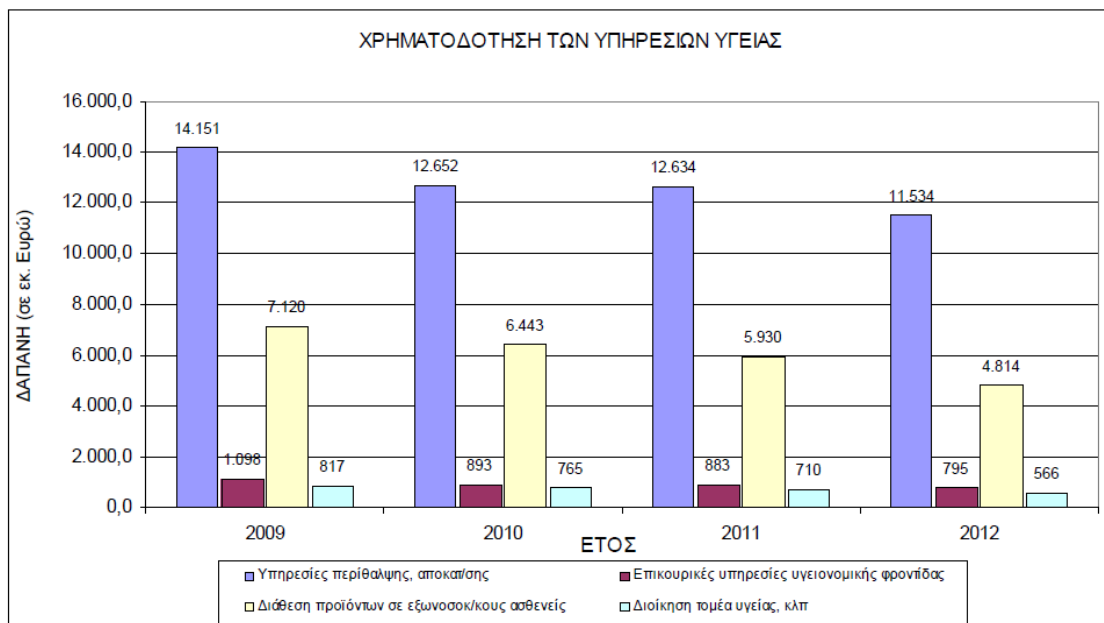
(σε εκατ. ευρώ)

πηγή : ΕΛΣΤΑΤ, Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ)

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ



## Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας



Διάγραμμα 6-9 Χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας (Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ)

Πίνακας 6-6 : Κατεύθυνση της υγειονομικής δαπάνης ανά προμηθευτή υγείας και ανά υγειονομική δραστηριότητα

	2009	10/09 %	2010	11/10 %	2011	12/11%	2012
<b>Σύνολο προμηθευτών υγείας (HP.1-HP.9)</b>	<b>23.186,1</b>	<b>-0,10</b>	<b>20.752,9</b>	<b>-0,03</b>	<b>20.156,7</b>	<b>-0,12</b>	<b>17.708,5</b>
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατάστασης (HC.1,HC.2,HC.3)	14.150,7	-0,11	12.652,2	0,00	12.634,0	-0,09	11.533,8
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	1.098,1	-0,19	893,1	-0,01	882,9	-0,10	794,8
Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκομικούς ασθενείς (HC.5)	7.120,5	-0,10	6.442,8	-0,08	5.930,0	-0,19	4.814,1
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6-HC.9)	816,8	-0,06	764,8	-0,07	709,8	-0,20	565,8
<b>Νοσοκομεία (HP.1)</b>	<b>9.247,0</b>	<b>-0,10</b>	<b>8.288,4</b>	<b>0,05</b>	<b>8.662,7</b>	<b>0,01</b>	<b>8.748,5</b>
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατάστασης (HC.1,HC.2,HC.3)	9.157,2	-0,10	8.253,4	0,04	8.611,0	0,02	8.743,5
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	14,7	-0,22	11,5	0,13	12,9	-0,61	5,0
Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκομικούς ασθενείς (HC.5)	75,0	-0,69	23,4	0,66	38,8	-1,00	0,0
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6-HC.9)	0,1	1,00	0,2	-0,75	0,1	-0,16	0,0
<b>Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (HP.2)</b>	<b>118,6</b>	<b>0,21</b>	<b>143,6</b>	<b>-0,08</b>	<b>131,9</b>	<b>-0,38</b>	<b>82,0</b>
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατάστασης (HC.1,HC.2,HC.3)	118,6	0,21	143,6	-0,08	131,9	-0,38	82,0
<b>Φορείς εξωνοσοκομιακής φροντίδας (HP.3)</b>	<b>6.152,9</b>	<b>-0,13</b>	<b>5.326,5</b>	<b>-0,07</b>	<b>4.928,7</b>	<b>-0,27</b>	<b>3.621,4</b>
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατάστασης (HC.1,HC.2,HC.3)	4.870,2	-0,13	4.247,4	-0,09	3.882,6	-0,30	2.700,7
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	1.055,7	-0,19	855,3	-0,01	846,4	-0,11	753,0
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6-HC.9)	227,0	-0,01	223,8	-0,11	199,8	-0,16	167,8
<b>Έμποροι λιανικής (HP.4)</b>	<b>7.043,2</b>	<b>-0,09</b>	<b>6.416,9</b>	<b>-0,08</b>	<b>5.888,8</b>	<b>-0,18</b>	<b>4.814,1</b>
Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκομικούς ασθενείς (HC.5)	7.043,2	-0,09	6.416,9	-0,08	5.888,8	-0,18	4.814,1
<b>Διοίκηση προγραμμάτων δημόσιας υγείας (HP.5)</b>	<b>71,1</b>	<b>0,03</b>	<b>73,5</b>	<b>-0,05</b>	<b>70,0</b>	<b>-0,46</b>	<b>37,7</b>
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6-HC.9)	71,1	0,03	73,5	-0,05	70,0	-0,46	37,7
<b>Φορείς διοίκησης δημόσιας υγείας και λοιποί φορείς (HP.6,HP.7,HP.9)</b>	<b>553,4</b>	<b>-0,09</b>	<b>504,0</b>	<b>-0,06</b>	<b>474,5</b>	<b>-0,15</b>	<b>404,8</b>
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατάστασης (HC.1,HC.2,HC.3)	4,7	0,64	7,8	0,10	8,5	-0,10	7,7
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	27,7	-0,05	26,3	-0,11	23,5	0,56	36,8
Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκομικούς ασθενείς (HC.5)	2,3	0,11	2,6	-0,04	2,5	-1,00	0,0
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6-HC.9)	518,6	-0,10	467,3	-0,06	440,0	-0,18	360,3

(σε εκατ. ευρώ)

πηγή : ΕΛΣΤΑΤ, Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ)

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ

## 6.6 Λόγοι Αύξησης της Φαρμακευτικής Δαπάνης πριν την κρίση

Η αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με την αύξηση της κατανάλωσης φαρμάκων και με την εξέλιξη των τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων. Οφείλεται κυρίως σε κοινωνικο-οικονομικούς και δημογραφικούς παράγοντες και στην αδυναμία ελέγχου της αλυσίδας εφοδιασμού και συνταγογράφησης των φαρμάκων (Κοντοζαμάνης & Κουσουλάκου, 2004).

Πιο συγκεκριμένα, οι λόγοι που παρατηρείται αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης είναι οι εξής (Souliotis & Leonis 2005; Αντωνοπούλου, 2002; Κοντοζαμάνης & Κουσουλάκου, 2004; Κυριόπουλος & Γείτονα, 1999):

- Η εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης: Τα επιτεύγματα της ιατρικής επιστήμης τα τελευταία χρόνια έχουν οδηγήσει στην παραγωγή νέων αποτελεσματικότερων φαρμάκων που έχουν συμβάλει στην εξάλειψη επικίνδυνων ασθενειών, καθώς και στην αντιμετώπιση και τον περιορισμό της εμφάνισης λοιμώξεων τόσο στην κοινότητα όσο και στο περιβάλλον του νοσοκομείου. Επίσης, η ανάπτυξη νέων διαγνωστικών μεθόδων οδήγησε στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση πολλών ασθενειών, όπως για παράδειγμα αρκετών μορφών καρκίνου. Η αντιμετώπιση αυτή είχε ως αποτέλεσμα τη χρήση νέων φαρμάκων που είχαν εξειδικευμένη δράση και στοιχίζανε ακριβά. Επομένως, η φαρμακευτική δαπάνη σημείωσε αύξηση εξαιτίας της αύξησης της κατανάλωσης φαρμάκων και του ποσοστού επιβίωσης των ασθενών.
- Δημογραφικοί παράγοντες: Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων και μια αυξανόμενη γήρανση του πληθυσμού. Η γήρανση αυτή του πληθυσμού οδηγεί σε περαιτέρω αύξηση της κατανάλωσης φαρμάκων, καθώς οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα υγείας λόγω γήρατος και τους χορηγούνται πολλά φάρμακα.
- Επιδημιολογικοί παράγοντες: Εκτός από τη γήρανση του πληθυσμού τα τελευταία χρόνια έχουν εμφανιστεί μακροχρόνιες ασθένειες, όπως καρκίνοι, ψυχικές νόσοι, κ.ά., η αντιμετώπιση των οποίων απαιτεί τη χρόνια κατανάλωση φαρμάκων.
- Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες: Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται

μια εμφανής βελτίωση του βιοτικού επιπέδου του πληθυσμού, γεγονός που έχει συντελέσει στην αύξηση της κατανάλωσης των φαρμάκων, καθώς οι ασθενείς αναζητούν αποτελεσματικότερα φάρμακα.

- Η έλλειψη προγραμμάτων πρόληψης: Είναι γεγονός ότι η ιατρική επιστήμη εστιάζει στη θεραπεία των ασθενειών και δεν επικεντρώνεται στην πρόληψη τους, παρόλο που η πλειοψηφία των ασθενειών μπορούν να προληφθούν πριν εκδηλωθούν στον ασθενή. Η πρόληψη των ασθενειών έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, καθώς μειώνονται οι χορηγούμενες φαρμακευτικές αγωγές.
- Η ασφαλιστική κάλυψη των ασθενών: Το γεγονός ότι ο ασθενής επιβαρύνεται με ένα μέρος του κόστους του φαρμάκου και όχι με το συνολικό κόστος, έχει οδηγήσει στην υπερβολική συνταγογράφηση. Από την πλευρά των ασθενών, σημειώνεται επίμονη ζήτηση φαρμάκων, ενώ από την πλευρά των ιατρών σημειώνεται επίσης υπερβολική συνταγογράφηση φαρμάκων με σκοπό την προώθηση των νέων και αποτελεσματικότερων φαρμακευτικών σκευασμάτων. Επομένως, με αυτό τον τρόπο σημειώνεται μια υπέρμετρη αύξηση στην κατανάλωση των φαρμάκων και στην επακόλουθη αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών.
- Αύξηση του αριθμού γιατρών και φαρμακοποιών: Η αύξηση του αριθμού των γιατρών είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση της συνταγογράφησης και την αύξηση της κατανάλωσης φαρμάκων. Επιπλέον, η αύξηση του αριθμού των φαρμακοποιών και των φαρμακείων οδήγησε σε εκ νέου αύξηση της κατανάλωσης φαρμάκων, που σε συνδυασμό με την έλλειψη επαρκούς ελέγχου οδήγησε σε αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης.
- Ύπαρξη μονοπωλίων: Οι τιμές των φαρμάκων καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό από το μονοπώλιο παραγωγής φαρμάκων, αφού οι τιμές των εισαγόμενων φαρμάκων προκύπτουν είτε από τις τιμές πώλησης στην χώρα προέλευσης των φαρμάκων είτε από τη χαμηλότερη τιμή των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- Οι πολιτικές των φαρμακευτικών εταιρειών: Οι φαρμακευτικές εταιρείες

προωθούν την πώληση των νέων και ακριβότερων φαρμάκων με σκοπό να αυξήσουν το κέρδος τους.

Στην Ελλάδα ο κυριότερος λόγος αύξησης της φαρμακευτικής δαπάνης είναι η προώθηση νέων ακριβότερων φαρμάκων με σκοπό την αντικατάσταση των παλιών και φθηνότερων (Δαγκαλίδης, 2011).

Για να μπορέσει να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα της αύξησης της φαρμακευτικής δαπάνης, θα πρέπει να ισχύει ένα είδος τιμολόγησης, η οποία θα προωθεί τα νέα αποτελεσματικά φάρμακα και παράλληλα θα διαμορφώνει τις τιμές των παλιών φαρμάκων σε τέτοια επίπεδα έτσι ώστε να διασφαλίζεται η διανομή τους στη φαρμακευτική αγορά.

Επιπλέον, είναι αναγκαία η εφαρμογή ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, η οποία θα προωθεί τα οικονομικότερα φάρμακα και θα ελέγχει αποτελεσματικά τον τομέα των φαρμακευτικών δαπανών.

## Η ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup> ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η συγκεκριμένη εργασία έχει ως στόχο να διερευνήσει τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους Έλληνες πολίτες. Το ερευνητικό πρόβλημα, που εντοπίστηκε, ορίστηκε με σαφήνεια και αναλύθηκαν οι έννοιες που το συνιστούν (δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, ιδιωτικότητα, ασφάλεια δεδομένων/πληροφοριών).

#### 7.1 Καθορισμός ερευνητικής στρατηγικής

Τη διατύπωση του προβλήματος ακολούθησε η επιλογή ερευνητικής μεθόδου, η οποία αποφασίστηκε πως θα είναι η ποσοτική συλλογή δεδομένων με τη χρήση ερωτηματολογίου. Στο ερωτηματολόγιο καθορίστηκε με σαφήνεια το αντικείμενο της έρευνας για να γίνεται εύκολα κατανοητό από τους συμμετέχοντες. Έτσι, κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, οι συμμετέχοντες μπορούσαν να απαντούν εντάσσοντας την κάθε απάντηση στη σφαίρα της ικανοποίησής τους για τις πτυχές του Συστήματος Υγείας που απασχολούσαν την έρευνα.

#### 7.2 Ανάπτυξη Ερωτηματολογίου- Εργαλείο μελέτης

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα εργασία βασίστηκε σε μελέτη των Galanis P et al (2013) στην οποία διερευνήθηκαν τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν μετανάστες που ζουν στην Ελλάδα κατά την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Για την χρήση του ερωτηματολογίου η ερευνήτρια πήρε άδεια χρήσης από τους δημιουργούς του.

Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε τρία μέρη. Το πρώτο ασχολείται με την καταγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ερωτώμενων που συμμετείχαν στην έρευνα. Το δεύτερο ασχολείται με τη διερεύνηση της κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων και το τρίτο μέρος εξετάζει την πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας από το δείγμα. Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου ελέγχθηκαν από την ομάδα που το δημιούργησε και ήταν υψηλές.

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν μέσω των ερωτηματολογίων αφορούσαν:

- δημογραφικά στοιχεία
- ποιοτικά στοιχεία
- ποσοτικά στοιχεία.

Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν σε έντυπη μορφή για να διατηρηθεί η ανωνυμία των συμμετεχόντων στην έρευνα. Συμπληρώθηκαν από τους ίδιους τους ερωτώμενους. Περιελάμβαναν γενικές ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής στην πλειοψηφία τους και συμπληρώνονταν από τους ίδιους τους συμμετέχοντες. Το δείγμα των συμμετεχόντων περιλάμβανε 100 άτομα, άνδρες και γυναίκες, από 18 ετών και άνω. Ως μέθοδος δειγματοληψίας επιλέχθηκε το δείγμα ευκολίας, δηλαδή ένα συμπτωματικό δείγμα, με κριτήριο επιλογής μόνο την ευκολία.

Το είδος της στατιστικής ανάλυσης περιελάμβανε περιγραφική στατιστική για την παρουσίαση των απαντήσεων των ερωτώμενων και επαγωγική στατιστική για την συσχέτιση των μεταβλητών. Πιο συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος  $X^2$  για την συσχέτιση/διαστάρωση κατηγορικών μεταβλητών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup> ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Όπως φαίνεται και στον πίνακα 1 που ακολουθεί η αναλογία ανδρών και γυναικών είναι 47% και 53% αντίστοιχα. Το 50% των συμμετεχόντων είναι 41-60 ετών, το 42% 20-40 ετών, το 5% 61-80 ετών και το υπόλοιπο 3% 81-100 ετών. Το 83% των συμμετεχόντων έχει βιβλιάριο, από τους οποίους το 65,1% αυτών ανέφερε ότι είναι σε ισχύ αυτή τη στιγμή.

Σε ότι αφορά το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων το 40% των συμμετεχόντων είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, το 24% απόφοιτοι λυκείου, το 16% απόφοιτοι γυμνασίου, το 10% απόφοιτοι μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης/ΙΕΚ, το 5% απόφοιτοι δημοτικού και το υπόλοιπο 5% κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού τίτλου.

Ως προς την διαμονή τους το 53% ανέφερε ότι πληρώνει ενοίκιο από τα δικά τους χρήματα ενώ το υπόλοιπο 47% ανέφερε ότι δεν απαιτείται κάτι τέτοιο. Το σύνολο των συμμετεχόντων ζει σε όροφο άνω του ισογείου. Όσον αφορά την επάρκεια της θέρμανσης τους χειμερινούς μήνες το 33% την χαρακτηρίζει αρκετά ικανοποιητική, το 21% μέτρια, το 27% λίγο και το 17% καθόλου.

Τέλος, σε ερώτηση σχετικά με την επαγγελματική δραστηριότητα του καθενός, το 63% εργάζεται αυτή τη στιγμή ενώ το 61,3% αυτών έχει μόνιμη και πλήρους απασχόλησης εργασία. Πιο συγκεκριμένα, το 41% είναι δημόσιοι υπάλληλοι, το 19% άνεργοι, το 13% ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 8% συνταξιούχοι, το 2% φοιτητές και το 7% ασχολείται με τα οικιακά.

Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας

Πίνακας 1:Χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

		N	%
Φύλο	Ανδρας	47	47,0%
	Γυναίκα	53	53,0%
Ηλικία	20-40	42	42,0%
	41-60	50	50,0%
	61-80	5	5,0%
	81-100	3	3,0%
Έχετε βιβλιάριο υγείας;	Ναι	83	83,0%
	Όχι	17	17,0%
Ισχύει αυτή τη στιγμή;	Ναι	54	65,1%
	Όχι	29	34,9%
Ποιο είναι το ανώτερο εκπαιδευτικό σας επίπεδο;	Απόφοιτος δημοτικού	5	5,0%
	Απόφοιτος Γυμνασίου	16	16,0%
	Απόφοιτος λυκείου	24	24,0%
	Απόφοιτος μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης/IEK	10	10,0%
	Απόφοιτος τριτοβάθμιας εκπαίδευσης	40	40,0%
	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	5	5,0%
Τη στιγμή αυτή:	Πληρώνω ενοίκιο από τα δικά μου χρήματα	53	53,0%
	Δεν απαιτείται	47	47,0%
Σε ποιόν όροφο ζείτε;	Πρώτος όροφος ή παραπάνω	100	100,0%
Κατά τους χειμερινούς μήνες, η κατοικία σας θερμαινόταν επαρκώς;	Καθόλου	17	17,0%
	Λίγο	27	27,0%
	Μέτρια	21	21,0%
	Αρκετά	33	33,0%
	Πολύ	2	2,0%
Τη στιγμή αυτή, εργάζεστε;	Ναι	63	63,0%
	Όχι	37	37,0%
Έχετε μόνιμη εργασία;	Ναι	38	61,3%
	Όχι	24	38,7%
Έχετε εργασία πλήρους απασχόλησης;	Ναι	38	61,3%
	Όχι	24	38,7%
Επάγγελμα	Ελεύθερος επαγγελματίας	10	10,0%
	Ιδιωτικός υπάλληλος	13	13,0%
	Δημόσιος υπάλληλος	41	41,0%
	Συνταξιούχος	8	8,0%



Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας

	Άνεργος	19	19,0%
	Οικιακά	7	7,0%
	Φοιτητής	2	2,0%

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζεται το ποσοστό των συμμετεχόντων που δήλωσε την ύπαρξη δυσκολιών κάλυψης καθημερινών αναγκών. Παρατηρούμε ότι από τους συμμετέχοντες που απάντησαν στην συγκεκριμένη ερώτηση (91%) το 27,5% συχνά δυσκολεύεται να καλύψει τις ανάγκες τους στους τρέχοντες οικιακούς λογαριασμούς (πχ ΔΕΗ), το 96,3% (από το 80% των συμμετεχόντων) δυσκολεύεται συχνά να καλύψει την ελάχιστη δόση κάποιας πιστωτικής κάρτας, το 64,2% (από το 53,3% των συμμετεχόντων) δυσκολεύεται συχνά να καλύψει το ενοίκιο κατοικίας, το 93,9% (από το 49% των συμμετεχόντων) δυσκολεύεται συχνά να καλύψει τα έξοδα ένδυσης και υπόδησης, ενώ το 49% (από το 49,9% των συμμετεχόντων) δυσκολεύεται συχνά να καλύψει τα ψώνια στο supermarket. Ουσιαστικά το σύνολο των συμμετεχόντων δυσκολεύεται συχνά να καλύψει τουλάχιστον μια από τις παραπάνω ανάγκες.

Πίνακας 2

Δυσκολίες κάλυψης αναγκών τους τελευταίους 6 μήνες

	Συχνά		Κάποιες φορές		Πολύ σπάνια/σχεδόν ποτέ		Αριθμός (%) που απάντησαν στην ερώτηση	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Τους τρέχοντες λογαριασμούς (ΔΕΗ, ΟΤΕ, κοινόχρηστα κ.ά.)	25	27,5%	61	67,0%	5	5,5%	91	91,0%
Τη δόση κάποιου δανείου	23	69,7%	10	30,3%	0	,0%	33	33,0%
Την ελάχιστη δόση κάποιας πιστωτικής κάρτας	77	96,3%	3	3,8%	0	,0%	80	80,0%

Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας

Τη δόση του αυτοκινήτου	15	31,9%	19	40,4%	13	27,7%	47	47,0%
Το ενοίκιο της κατοικίας	34	64,2%	17	32,1%	2	3,8%	53	53,0%
Τα δίδακτρα φροντιστηρίων	7	43,8%	9	56,3%	0	,0%	16	16,0%
Τα έξοδα ένδυσης και υπόδησης	46	93,9%	3	6,1%	0	,0%	49	49,0%
Τα ψώνια στο Supermarket	24	49,0%	25	51,0%	0	,0%	49	49,0%

Σύμφωνα με τον πίνακα 3 το 50% των συμμετεχόντων καπνίζει, το 20% κάπνιζε στο παρελθόν και το υπόλοιπο 30% δεν έχει καπνίσει στο παρελθόν καθόλου. Μάλιστα για όσους καπνίζουν/κάπνιζαν το 80% αυτών δήλωσε ότι κάπνιζε από 0-10 τσιγάρα ανά ημέρα, το 11,4% από 11-20 και το υπόλοιπο 8,6% από 21-30. Ακόμα το 40% καπνίζει από 11-20 έτη, το 32,9% από 0-10 έτη, το 24,3% από 21-30 έτη και το υπόλοιπο 2,9% από 31-30 έτη.

Πίνακας 3

Κάπνισμα

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
	Ναι	50	50,0	50,0	50,0
	Πρώην καπνιστής	20	20,0	20,0	70,0
	Όχι	30	30,0	30,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τον πίνακα 4 το 43% των συμμετεχόντων αθλείται από 1- 5 φορές την εβδομάδα, το 32% πάνω από 5 φορές και το υπόλοιπο 25% καθόλου.

Πίνακας 4

Συχνότητα άθλησης ανά εβδομάδα

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
	Καθόλου	25	25,0	25,0	25,0
	1-5	43	43,0	43,0	68,0
	Πάνω από 5	32	32,0	32,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τον πίνακα 5 το 55% των συμμετεχόντων καταναλώνει από 0-5 αλκοολούχα ποτά ανά εβδομάδα, το 40% από 6-10 και το υπόλοιπο 5% από 11-15.

Πίνακας 5

Κατανάλωση αλκοολούχων ποτών ανά εβδομάδα

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
	0-5	55	55,0	55,0	55,0
	6-10	40	40,0	40,0	95,0
	11-15	5	5,0	5,0	100,0
	σύνολο	100	100,0	100,0	

Όσον αφορά τα χρόνια νοσήματα από τα οποία πάσχουν οι ερωτώμενοι παρατηρούμε ότι τις πρώτες θέσεις κατέχουν ο θυρεοειδής με 67%, η υπόταση με 47% και 42% προβλήματα στον πνεύμονα. Αντίθετα οι παθήσεις με τα μικρότερα ποσοστά είναι τα ψυχιατρικά νοσήματα με 13%, η αρθρίτιδα με 3% και τα προβλήματα στο πεπτικό σύστημα με 3% επίσης.

Πίνακας 6

Νοσήματα	N	%
ΥΠΕΡΤΑΣΗ	21	21,0%
ΑΣΘΜΑ	24	24,0%
ΔΙΑΒΗΤΗΣ	25	25,0%
ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ	29	29,0%
ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	3	3,0%
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΗΜΑ	13	13,0%
ΤΡΙΓΛΙΚΕΡΙΔΙΑ	40	40,0%
ΠΝΕΥΟΜΟΝΟΛΟΓΙΚ Ο ΠΡΟΒΛΗΜΑ	42	42,0%
ΥΠΟΤΑΣΗ	47	47,0%
ΑΡΘΡΟΙΤΙΔΑ	3	3,0%
ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ	27	27,0%
ΘΥΡΟΕΙΔΗΣ	67	67,0%

Σύμφωνα με τον πίνακα 6 τα τελευταία δύο έτη το σύνολο των συμμετεχόντων έχει πραγματοποιήσει γενική αίματος και τα αποτελέσματα ήταν φυσιολογικά. Απο το ποσοστό των γυναικών που πραγματοποίησε μαστογραφία μόλις το 20% παρουσίασε πρόβλημα. Το 54,5% των γυναικών, από τις οποίες το 39% ήταν φυσιολογικό, έχει πραγματοποιήσει τεστ Παπανικολάου. Όσον αφορά τους άνδρες, παρ' όλο που όλο το δείγμα εξετάστηκε για προστάτη, περίπου στο 58% αυτών το αποτέλεσμα ήταν φυσιολογικό. Επιπλέον το 54,5% των συμμετεχόντων έχει πραγματοποιήσει εξέταση αρτηριακής πίεσης (33,8% φυσιολογικό), χοληστερόλης (46,8% φυσιολογικό) και σάκχαρο αίματος (32,5% φυσιολογικό).

Πίνακας 7

Πραγματοποίηση εξετάσεων κατά τα τελευταία 2 έτη

	Έχει μετρηθεί και ήταν φυσιολογική		Έχει μετρηθεί και δεν ήταν φυσιολογική		Δεν έχει μετρηθεί		Έχει μετρηθεί και δεν γνωρίζω εάν ήταν φυσιολογική ή όχι	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Γενική αίματος	12	100,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
Αρτηριακή πίεση	26	33,8%	16	20,8%	35	45,5%	0	,0%
Χοληστερόλη	36	46,8%	41	53,2%	0	,0%	0	,0%
Σάκχαρο αίματος	25	32,5%	17	22,1%	35	45,5%	0	,0%
Τεστ Παπανικολάου (μόνο για γυναίκες)	30	39,0%	12	15,6%	35	45,5%	0	,0%
Μαστογραφία (μόνο για γυναίκες)	41	82,0%	9	18,0%	0	,0%	0	,0%
Εξέταση για τον προστάτη (μόνο για άντρες)	29	58,0%	21	42,0%	0	,0%	0	,0%

Από το 70% των συμμετεχόντων που νόσησε κατά την διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών το 40% επισκέφθηκε συμβεβλημένο ιδιώτη γιατρό, το 22,9% συμβουλευτήκε τον φαρμακοποιό, το 17,1% συμβουλευτήκε ιδιώτη γιατρό, το 15,7% επισκέφθηκε το τμήμα επειγόντων περιστατικών δημοσίου νοσοκομείου και το 4,3% συμβουλευτήκε το φιλικό του περιβάλλον.

Πίνακας 8

Τρόπος αντιμετώπισης του νοσήματος

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
	Επισκέφθηκα ιδιώτη ιατρό	12	12,0	17,1	17,1
	Επισκέφθηκα συμβεβλημένο ιδιώτη ιατρό	28	28,0	40,0	57,1
	Επισκέφθηκα το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών δημόσιου νοσοκομείου	11	11,0	15,7	72,9
	Συμβουλευθήκα φαρμακοποιό	16	16,0	22,9	95,7
	Συμβουλευθήκα το φιλικό μου περιβάλλον	3	3,0	4,3	100,0
	Total	70	70,0	100,0	
	Όσοι δεν πάσχουν από νόσημα	30	30,0		
	Σύνολο	100	100,0		

Για το 34% των συμμετεχόντων που τραυματίστηκε κατά την διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών το 44,1% επισκέφθηκε το τμήμα επειγόντων περιστατικών δημόσιου νοσοκομείου, το 20,6% το αντιμετώπισε μόνο του, το 14,7% επισκέφθηκε ιδιώτη γιατρό, το 8,8% επισκέφθηκε φαρμακοποιό, το 5,9% επισκέφθηκε ιδιωτικό νοσοκομείο και το υπόλοιπο 5,9% δεν έκανε τίποτα.

Πίνακας 9

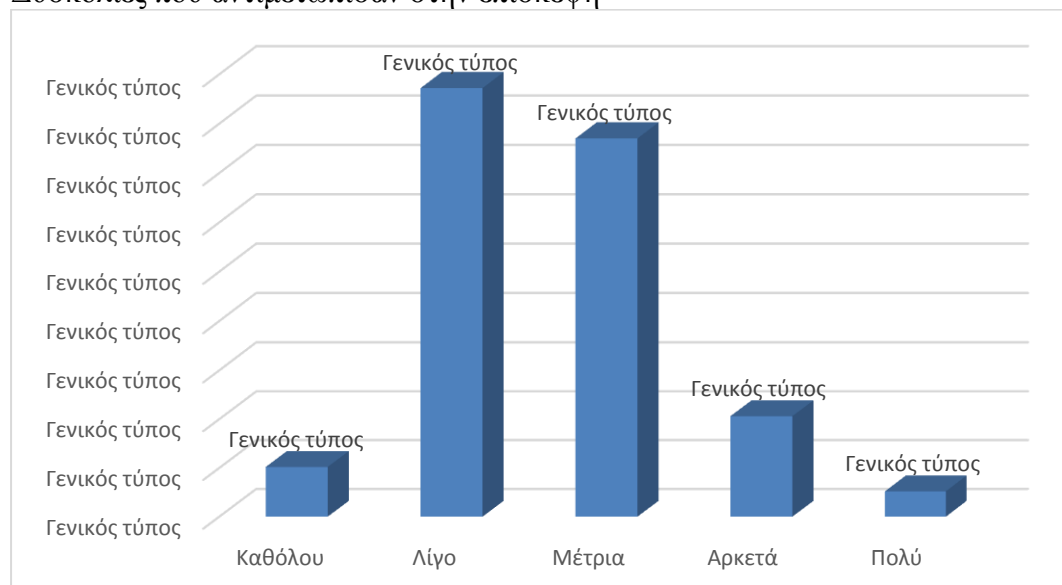
Τρόπος αντιμετώπισης του τραυματισμού

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
	Επισκέφθηκα ιδιώτη ιατρό	5	5,0	14,7	14,7
	Επισκέφθηκα φαρμακοποιό	3	3,0	8,8	23,5
	Επισκέφθηκα το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών δημόσιου νοσοκομείου	15	15,0	44,1	67,6
	Επισκέφθηκα ιδιωτικό νοσοκομείο	2	2,0	5,9	73,5
	Δεν έκανα τίποτα	2	2,0	5,9	79,4
	Οι ίδιοι	7	7,0	20,6	100,0
	Total	34	34,0	100,0	
	Δεν τραυματίστηκαν	66	66,0		
	Σύνολο	100	100,0		

Για το 40% των συμμετεχόντων που έχει επισκεφθεί τους τελευταίους 12 μήνες το τμήμα επειγόντων περιστατικών δημόσιου νοσοκομείου το 43,6% αντιμετώπισε λίγες δυσκολίες, το 38,5% σε μέτριο βαθμό και το 12,9% τουλάχιστον αρκετές. Ως προς το είδος των δυσκολιών το 42,1% ανέφερε την αναμονή, το 28,9% τις πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες, το 15,8% τις δυσκολίες στην επικοινωνία, το 7,9% την έλλειψη σημασίας από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και το υπόλοιπο 5,3% την έλλειψη ενημέρωσης για το πρόβλημα υγείας τους.

### Διάγραμμα 1

#### Δυσκολίες που αντιμετώπισαν στην επίσκεψη

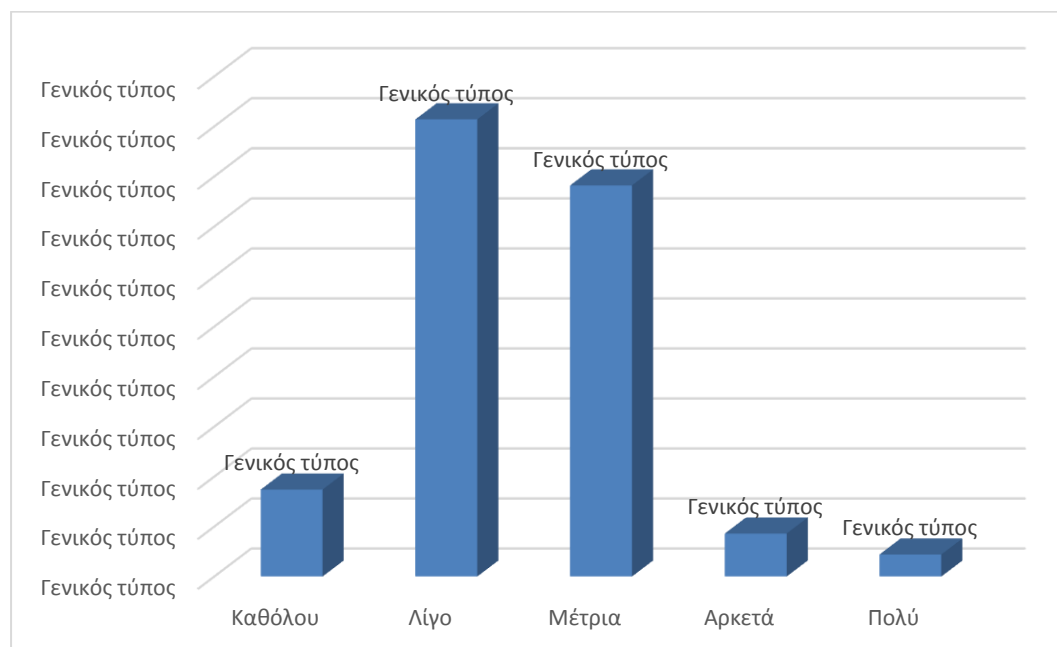


Για το 46% των συμμετεχόντων που έχει επισκεφθεί τους τελευταίους 12 μήνες τα εξωτερικά ιατρεία δημόσιου νοσοκομείου το 45,7 % αντιμετώπισε λίγες δυσκολίες , το 39,1% σε μέτριο βαθμό και το 6,5% τουλάχιστον αρκετές. Ως προς το είδος των δυσκολιών το 38,3% ανέφερε την αναμονή, το 34% τις πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες, το 10,6% τις δυσκολίες στην επικοινωνία, το 10,6% την έλλειψη σημασίας από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και το υπόλοιπο 6,4% την έλλειψη ενημέρωσης για το πρόβλημα υγείας τους. Επιπλέον το 55,3% αξιολόγησε τον χρόνο αναμονής ως καθόλου ή λίγο αυξημένο, το 6,4% σε μέτριο επίπεδο και το υπόλοιπο 38,3% τουλάχιστον αρκετά αυξημένο.



Διάγραμμα 2

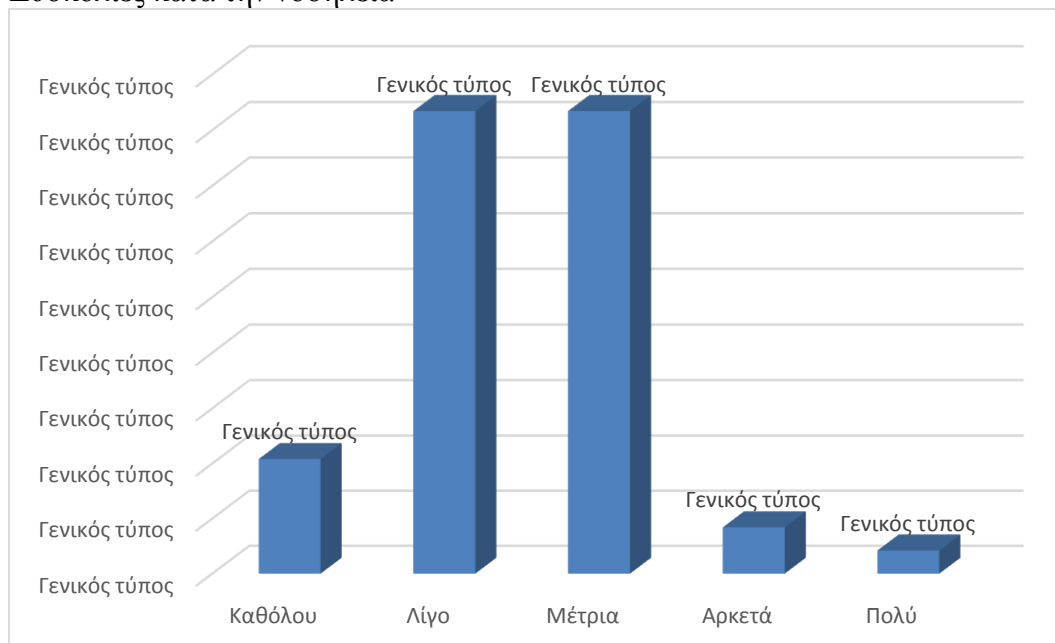
Δυσκολίες κατά την επίσκεψη



Για το 48% των συμμετεχόντων που νοσηλεύτηκε τους τελευταίους 12 μήνες σε δημόσιο νοσοκομείο το 41,7 % ανέφερε ότι αντιμετώπισες λίγες δυσκολίες, το 41,7% σε μέτριο βαθμό και το υπόλοιπο 6,3% τουλάχιστον αρκετές. Ως προς το είδος των δυσκολιών το 29,2% ανέφερε το μεγάλο κόστος, το 29,2% τις πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες, το 10,4% τις δυσκολίες στην επικοινωνία, το 18,8% την έλλειψη σημασίας από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και το υπόλοιπο 12,5% την έλλειψη ενημέρωσης για το πρόβλημα υγείας τους. Επιπλέον το 12,5% αξιολόγησε τον χρόνο αναμονής ως καθόλου ή λίγο αυξημένο, το 8,3% σε μέτριο επίπεδο και το υπόλοιπο 79,2% τουλάχιστον αρκετά αυξημένο. Ακόμα το σύνολο των νοσηλευθέντων πλήρωσε τη νόμιμη συμμετοχή για τα νοσήλια του. Το 91,7% των νοσηλευθέντων δήλωσε ότι έδωσε φακελάκι.

### Διάγραμμα 3

#### Δυσκολίες κατά την νοσηλεία



Σύμφωνα με τον πίνακα 10 το 70% των συμμετεχόντων θεωρεί πως γνωρίζει τουλάχιστον αρκετά τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας, το 100% πιστεύει ότι το κόστος των υπηρεσιών υγείας είναι εμπόδιο για τη χρήση τους, θεωρεί το σύστημα πολύπλοκο ενώ εμπιστεύεται τους επαγγελματίες υγείας. Ακόμα το 47% θεωρεί πως γνωρίζει τα δικαιώματά τους για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον ποσοστό της τάξης του 50%-70% δεν είναι ικανοποιημένο από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας, των διοικητικών υπαλλήλων, την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αλλά και από το κόστος των υπηρεσιών.

Πίνακας 10

Επίπεδο γνώσης των δημοσίων υπηρεσιών υγείας και βαθμός ικανοποίησης από αυτό

	Καθόλου		Λίγο		Μέτρια		Αρκετά		Πολύ	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Πόσο καλά γνωρίζετε τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας;	9	9,0%	13	13,0%	8	8,0%	40	40,0%	30	30,0%
Πόσο καλά γνωρίζετε τα δικαιώματά σας για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας;	14	14,0%	11	11,0%	28	28,0%	31	31,0%	16	16,0%
Πιστεύετε ότι το κόστος των υπηρεσιών υγείας είναι εμπόδιο για τη χρήση τους;	0	,0%	0	,0%	0	,0%	58	58,0%	42	42,0%
Πιστεύετε ότι το σύστημα υγείας είναι πολύπλοκο;	0	,0%	0	,0%	0	,0%	44	44,0%	56	56,0%
Πόσο εμπιστεύεστε τους επαγγελματίες υγείας;	0	,0%	0	,0%	0	,0%	35	35,0%	65	65,0%
Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας;	0	,0%	65	65,0%	35	35,0%	0	,0%	0	,0%
Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπάλληλων στις υπηρεσίες υγείας;	0	,0%	65	65,0%	35	35,0%	0	,0%	0	,0%
Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας;	0	,0%	70	70,0%	30	30,0%	0	,0%	0	,0%
Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από το κόστος των υπηρεσιών υγείας;	0	,0%	50	50,0%	50	50,0%	0	,0%	0	,0%

Σύμφωνα με τον πίνακα 11 το 30% των συμμετεχόντων θεωρεί πως χρειάζεται περισσότερο ενημέρωση για την ασφάλεια υγείας του ΕΟΠΥΥ, το 25% για τα δικαιώματά του αναφορικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, το 21% για την πρόσβαση σε πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, το 15% για το κόστος επίσκεψης σε ιατρό ή υπηρεσία υγείας, το 6% για την πρόσβαση σε νοσοκομεία και το υπόλοιπο 3% για την πρόσβαση σε γενικό ιατρό ή παθολόγο.

Πίνακας 11

Ανάγκη για περισσότερη ενημέρωση

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Ενημέρωση για την ασφάλεια υγείας μου/τον ΕΟΠΥΥ	30	30,0	30,0	30,0
Ενημέρωση για τα δικαιώματά μου αναφορικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας	25	25,0	25,0	55,0
Ενημέρωση για την πρόσβαση σε νοσοκομεία (π.χ. τοποθεσία, τρόπος πρόσβασης)	6	6,0	6,0	61,0
Ενημέρωση για την πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας	21	21,0	21,0	82,0
Ενημέρωση για την πρόσβαση σε γενικό ιατρό ή παθολόγο	3	3,0	3,0	85,0
Ενημέρωση για το κόστος επίσκεψης σε ιατρό ή υπηρεσία υγείας	15	15,0	15,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Βρήκαμε ακόμα ότι το 80% των συμμετεχόντων λαμβάνει φάρμακα για κάποιο χρόνιο νόσημα. Μάλιστα το 10% όσων λαμβάνουν φάρμακα δήλωσε ότι υπήρχαν φορές που δεν έλαβαν το φάρμακο τους διότι δεν μπορούσαν να το αγοράσουν. Το 70% των συμμετεχόντων νόσησε κατά την διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, από τους οποίους το 30% είχαν ίωση, ένα άλλο 30% γαστρεντερίτιδα, το 17,1% πίεση, το 11,4% αυχενικό και το υπόλοιπο 11,4% καρδιολογικά προβλήματα. Επίσης το 34% των συμμετεχόντων τραυματίστηκε κατά την διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών. Μάλιστα στο 29,4% των περιπτώσεων ο τραυματισμός συνέβη κατά την διάρκεια της εργασίας τους ενώ στο 23,5% των περιπτώσεων λόγω βίαιης επίθεσης εναντίον τους. Το 40% των συμμετεχόντων έχει επισκεφθεί τους τελευταίους 12 μήνες το τμήμα επειγόντων περιστατικών δημόσιου νοσοκομείου. Μάλιστα το 78,9%

ανέφερε ότι το έχει επισκεφθεί από 1-2 φορές, το 18,4% από 3-4 και το υπόλοιπο 2,6% από 5-6 φορές. Επιπλέον ο λόγος επίσκεψης για το 38,5% ήταν κάποιο νόσημα, το 28,2% λόγω τραυματισμού, το 12,8% λόγω ταχυκαρδίας, ένα ακόμα 12,8% λόγω πνευμονολογικού προβλήματος, το 5,1% λόγω λιποθυμίας και το υπόλοιπο 2,6% λόγω πίεσης. Το 47% των συμμετεχόντων έχει επισκεφθεί τους τελευταίους 12 μήνες τα εξωτερικά ιατρεία δημόσιου νοσοκομείου. Μάλιστα το 83% ανέφερε ότι τα έχει επισκεφθεί από 1-2 φορές, το 14,9% από 3-4 και το υπόλοιπο 2,1% από 5-6 φορές. Το 21,3% όσων επισκέφθηκαν τα εξωτερικά ιατρεία δημόσιου νοσοκομείου έδωσε φακελάκι. Επιπρόσθετα το 48% των συμμετεχόντων νοσηλεύτηκε τους τελευταίους 12 μήνες σε δημόσιο νοσοκομείο. Μάλιστα το 91,7% ανέφερε ότι έχει νοσηλευτεί από 1-2 φορές, το 4,2% από 3-4 και το υπόλοιπο 4,2% από 5-6 φορές. Το 60% των συμμετεχόντων έχει επισκεφθεί ιδιώτη ιατρό τους τελευταίους 12 μήνες. Μάλιστα το 78,3% ανέφερε ότι έχει επισκεφθεί ιδιώτη ιατρό από 1-2 φορές, το 16,7% από 3-4 και το υπόλοιπο 5% από 5-6 φορές. Ο λόγος επίσκεψης για το 38,3% ήταν ο μεγάλος χρόνος αναμονής στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, για ένα ακόμα 38,3% η μεγαλύτερη εμπιστοσύνη προς τον ιδιώτη ιατρό, το 13,3% για την καλύτερη ποιότητα στον ιδιώτη ιατρό και για το 10% γιατί δεν ισχύει το βιβλιάριο υγείας τους. Το 60% των συμμετεχόντων έχει επισκεφθεί ιδιώτη οδοντίατρο τους τελευταίους 12 μήνες. Μάλιστα το 90% ανέφερε ότι έχει επισκεφθεί ιδιώτη οδοντίατρο από 1-2 φορές και το 10% από 3-4. Ο λόγος επίσκεψης για το 38,3% ήταν ο μεγάλος χρόνος αναμονής στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, για ένα ακόμα 38,3% η μεγαλύτερη εμπιστοσύνη προς τον ιδιώτη οδοντίατρο, το 13,3% για την καλύτερη ποιότητα στον ιδιώτη ιατρό και για το 10% γιατί δεν ισχύει το βιβλιάριο υγείας τους. Ακόμα το 36% των συμμετεχόντων έχει νοσηλευτεί σε ιδιωτικό νοσοκομείο τους τελευταίους 12 μήνες. Μάλιστα το 91,7% ανέφερε ότι έχει επισκεφθεί ιδιωτικό νοσοκομείο από 1-2 φορές και το 8,3% από 3-4. Ο λόγος επίσκεψης για το 22,2% ήταν ο μεγάλος χρόνος αναμονής στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, για το 5,6% η συνεργασία με τον γυναικολόγο, για το 22,2% για την καλύτερη ποιότητα στον ιδιώτη ιατρό και για το 50% γιατί δεν ισχύει το βιβλιάριο υγείας τους. Αξίζει να σημειωθεί ότι είναι μεγάλο το ποσοστό των ανθρώπων που ενώ είχαν ανάγκη από κάποια υπηρεσία υγείας ωστόσο αδυνατούσαν να τη χρησιμοποιήσουν (37%). Το 67,6% ανέφερε ότι δεν μπόρεσε να κάνει διαγνωστικές/μικροβιολογικές εξετάσεις, το 16,2% να νοσηλευτεί σε νοσοκομείο και το υπόλοιπο 16,2% να πραγματοποιήσει χειρουργική επέμβαση σε

νοσοκομείο. Για το 29,7% ο κυριότερος λόγος που δεν μπόρεσαν να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες υγείας ήταν ότι δεν μπόρεσαν να κλείσουν ραντεβού, για το 27% ο μεγάλος χρόνος αναμονής, για ένα ακόμα 27% η συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας και για το υπόλοιπο 16,2% το υψηλό κόστος. Το 10% των συμμετεχόντων δεν έλαβαν τα φάρμακα που χρειάζονταν τους τελευταίους 12 μήνες ενώ η αιτία είναι η έλλειψη χρημάτων. Επίσης το 10% των συμμετεχόντων θεωρεί πως έχει χειρότερη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας έναντι των αλλοδαπών.

### **Συσχετίσεις**

Στην παρούσα ενότητα εξετάζουμε τη σχέση του φύλου με την κατοχή ενεργού βιβλιαρίου υγείας, τη σχέση του εισοδήματος με την εξυπηρέτηση τρέχοντων λογαριασμών, με την εξυπηρέτηση ενοικίου κατοικίας, την εξυπηρέτηση διδάκτρων, τα έξοδα ένδυσης και υπόδησης, επίσκεψη σε κλινική/νοσοκομείου και τη χρήση υπηρεσιών υγείας. Ακόμα μελετούμε την σχέση του και του ενεργού βιβλιαρίου υγείας με την ικανοποίηση των ερωτώμενων, την γνώση που έχουν για τις υπηρεσίες υγείας, τα δικαιώματά τους, την επιθυμία τους για ενημέρωση και την δυνατότητα χρήσης των υπηρεσιών υγείας τους τελευταίους 12 μήνες.

Παρατηρούμε ότι το σύνολο των ανδρών έχει ενεργό βιβλιάριο υγείας έναντι μόνο του 19,4% των γυναικών. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2=58,194$ ,  $df=1, p=.000..$ ).

Πίνακας 12

Σχέση φύλου και ενεργού βιβλιάριου υγείας

			Ισχύει αυτή τη στιγμή;		Σύνολο
			Ναι	Όχι	
Φύλο	Άνδρας	N	47	0	47
		%	100,0%	,0%	100,0%
	Γυναίκα	N	7	29	36
		%	19,4%	80,6%	100,0%
Σύνολο		N	54	29	83
		%	65,1%	34,9%	100,0%

Σύμφωνα με τον πίνακα 13 το σύνολο των συμμετεχόντων με εισόδημα κάτω από 800 ευρώ δυσκολεύεται συχνά να πληρώσει τους τρέχοντες λογαριασμούς σε αντίθεση με το σύνολο των συμμετεχόντων με εισόδημα άνω των 800 ευρώ. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2=182,00$ ,  $df=8$ ,  $p=.000$ ..).

Πίνακας 13

Σχέση εισοδήματος και εξυπηρέτησης τρέχοντων λογαριασμών

			Τους τρέχοντες λογαριασμούς (ΔΕΗ, ΟΤΕ, κοινόχρηστα κ.ά.)			Σύνολο
			Συχνά	Κάποιες φορές	Πολύ σπάνια/σχεδόν ποτέ	
Μηνιαίο εισόδημα	<500	N	10	0	0	10
		%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	500-800	N	15	0	0	15
		%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	801-1100	N	0	10	0	10
		%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	1101-1400	N	0	51	0	51
		%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	1401-1700	N	0	0	5	5
		%	,0%	,0%	100,0%	100,0%
	Σύνολο	N	25	61	5	91
		%	27,5%	67,0%	5,5%	100,0%

Σύμφωνα με τον πίνακα 14 το σύνολο των συμμετεχόντων με εισόδημα 500-1100 ευρώ και το 61,1% των συμμετεχόντων με εισόδημα από 1101-1400 δυσκολεύεται συχνά να πληρώσει το ενοίκιο κατοικίας σε αντίθεση με το σύνολο των συμμετεχόντων με εισόδημα άνω των 1400 ευρώ. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2=30,499$ ,  $df=6$ ,  $p=.000..$ ).



Πίνακας 14

Σχέση εισοδήματος και της εξυπηρέτησης του ενοικίου κατοικίας

			Το ενοίκιο της κατοικίας			Σύνολο
			Συχνά	Κάποιες φορές	Πολύ σπάνια/σχεδόν ποτέ	
Μηνιαίο εισόδημα	500-800	N	10	0	0	10
		%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	801-1100	N	2	0	0	2
		%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	1101-1400	N	22	14	0	36
		%	61,1%	38,9%	,0%	100,0%
	1401-1700	N	0	3	2	5
		%	,0%	60,0%	40,0%	100,0%
Σύνολο	N	34	17	2	53	
	%	64,2%	32,1%	3,8%	100,0%	

Σύμφωνα με τον πίνακα 14 το σύνολο των συμμετεχόντων με εισόδημα 500-800 ευρώ δυσκολεύεται συχνά να πληρώσει τα δίδακτρα του φροντιστηρίου σε αντίθεση με το σύνολο των συμμετεχόντων με εισόδημα άνω των 1101 ευρώ. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2=16,00$ ,  $df=2$ ,  $p=.000..$ ).

Πίνακας 15

Σχέση εισοδήματος και της εξυπηρέτησης των διδασκτρων φροντιστηρίου

			Τα διδάκτρα φροντιστηρίων		Total
			Συχνά	Κάποιες φορές	
Μηνιαίο εισόδημα	500-800	N	7	0	7
		%	100,0%	,0%	100,0%
	1101-1400	N	0	4	4
		%	,0%	100,0%	100,0%
	1401-1700	N	0	5	5
		%	,0%	100,0%	100,0%
Total		N	7	9	16
		%	43,8%	56,3%	100,0%

Σύμφωνα με τον πίνακα 16 το σύνολο των συμμετεχόντων με εισόδημα λιγότερο των 1100 ευρώ δυσκολεύεται συχνά να πληρώσει τα έξοδα ένδυσης και υπόδησης σε αντίθεση με το 40% των συμμετεχόντων με εισόδημα από 1401-1700 ευρώ. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2=28,122$ ,  $df=3$ ,  $p=.000$ ..).

Πίνακας 16

Σχέση εισοδήματος και της εξυπηρέτησης των εξόδων ένδυσης και υπόδησης

			Τα έξοδα ένδυσης και υπόδησης		Total
			Συχνά	Κάποιες φορές	
ΜΗνιαίο εισόδημα	<500	N	19	0	19
		%	100,0%	,0%	100,0%
	500-800	N	15	0	15
		%	100,0%	,0%	100,0%
	801-1100	N	10	0	10
		%	100,0%	,0%	100,0%
	1401-1700	N	2	3	5
		%	40,0%	60,0%	100,0%
	Total	N	46	3	49
		%	93,9%	6,1%	100,0%

Σύμφωνα με τον πίνακα 17 το σύνολο των συμμετεχόντων με εισόδημα λιγότερο των 1100 ευρώ δεν έχει επισκεφθεί ιδιωτική κλινική τους τελευταίους 12 μήνες σε αντίθεση με το 62,7% των συμμετεχόντων με εισόδημα από 1101-1400 ευρώ και του 80% των συμμετεχόντων με εισόδημα από 1401 -1700 ευρώ. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2=44,785$ ,  $df=4$ ,  $p=.000$ ..).

Πίνακας 17

Σχέση εισοδήματος και της επίσκεψης ιδιωτικής κλινικής

			Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, επισκεφθήκατε ιδιωτικό νοσοκομείο/κλινική;		Total	
			Ναι	Όχι		
Μηνιαίο εισόδημα	<500	N	0	19	19	
		%	,0%	100,0%	100,0%	
	500-800	N	0	15	15	
		%	,0%	100,0%	100,0%	
	801-1100	N	0	10	10	
		%	,0%	100,0%	100,0%	
	1101-1400	N	32	19	51	
		%	62,7%	37,3%	100,0%	
	1401-1700	N	4	1	5	
		%	80,0%	20,0%	100,0%	
	Total		N	36	64	100
			%	36,0%	64,0%	100,0%

Σύμφωνα με τον πίνακα 18 το σύνολο των συμμετεχόντων με εισόδημα λιγότερο των 800 ευρώ δεν μπόρεσε τους τελευταίους 12 μήνες να χρησιμοποιήσει υπηρεσίες υγείας με το 20% των συμμετεχόντων με εισόδημα από 801-1100 ευρώ ή από 1401-1700 και του 0% των συμμετεχόντων με εισόδημα από 1101 -1400 ευρώ. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2=89,704$ ,  $df=4$ ,  $p=.000$ ..).

Πίνακας 18

Σχέση εισοδήματος και της αδυναμίας χρήσης υπηρεσιών υγείας

			Τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε περίπτωση στην οποία χρειάστηκε να χρησιμοποιήσετε υπηρεσίες υγείας, αλλά δεν μπορέσατε;		Total	
			Ναι	Όχι		
Μηνιαίο εισόδημα	<500	N	19	0	19	
		%	100,0%	,0%	100,0%	
	500-800	N	15	0	15	
		%	100,0%	,0%	100,0%	
	801-1100	N	2	8	10	
		%	20,0%	80,0%	100,0%	
	1101-1400	N	0	51	51	
		%	,0%	100,0%	100,0%	
	1401-1700	N	1	4	5	
		%	20,0%	80,0%	100,0%	
	Total		N	37	63	100
			%	37,0%	63,0%	100,0%

Παρατηρούμε ότι το 51,1% των ανδρών τους τελευταίους 12 μήνες δεν μπόρεσε να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας έναντι μόνο του 24,5 των γυναικών. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2=7,525$ ,  $df=1$ ,  $p=.006$ ).

Πίνακας 19

Η σχέση της ανάγκης χρήσης των υπηρεσιών υγείας με το φύλο

			Φύλο		Total
			Άνδρας	Γυναίκα	
Τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε περίπτωση στην οποία χρειάστηκε να χρησιμοποιήσετε υπηρεσίες υγείας, αλλά δεν μπόρεσατε;	Ναι	N	24	13	37
		%	51,1%	24,5%	37,0%
	Όχι	N	23	40	63
		%	48,9%	75,5%	63,0%
Total		N	47	53	100
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Παρατηρούμε ότι το 50% των ανδρών που δεν μπόρεσε να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας δεν πραγματοποίησε τελικά διαγνωστικές εξετάσεις έναντι του 100% των γυναικών. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2=9,620$ ,  $df=2, p=.008$ ).

Πίνακας 20

			Φύλο		Total	
			Άνδρας	Γυναίκα		
Ποιες από τις παρακάτω υπηρεσίες δεν μπόρεσατε να χρησιμοποιήσετε;	Διαγνωστικές εξετάσεις, μικροβιολογικές εξετάσεις κ.ά	N	12	13	25	
		%	50,0%	100,0%	67,6%	
	Νοσηλεία νοσοκομείο σε	N	6	0	6	
		%	25,0%	,0%	16,2%	
	Χειρουργική επέμβαση νοσοκομείο σε	N	6	0	6	
		%	25,0%	,0%	16,2%	
	Total		N	24	13	37
			%	100,0%	100,0%	100,0%

Παρατηρούμε ότι το 42,3% των ανδρών δεν μπόρεσε να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας επειδή δεν μπόρεσε να κλείσει ραντεβού έναντι του 0% των γυναικών. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2=30,563$ ,  $df=3$ ,  $p=.000$ ).

Πίνακας 21

Η σχέση μεταξύ των λόγων για τους οποίους δεν χρησιμοποιήθηκαν οι υπηρεσίες υγείας με το φύλο

			Φύλο		Σύνολο
			Άνδρας	Γυναίκα	
Ποιοι ήταν οι σημαντικότεροι λόγοι για τους οποίους δεν μπορέσατε να χρησιμοποιήσετε τις υπηρεσίες υγείας;	Δεν μπορούσα να κλείσω ραντεβού	N	11	0	11
		%	42,3%	,0%	28,2%
	Το υψηλό κόστος	N	5	3	8
		%	19,2%	23,1%	20,5%
	Η συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας	N	0	10	10
		%	,0%	76,9%	25,6%
	Ο μεγάλος χρόνος αναμονής	N	10	0	10
		%	38,5%	,0%	25,6%
	Σύνολο	N	26	13	39
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Παρατηρούμε ότι το 14,9% των ανδρών δεν μπόρεσε τους τελευταίους 12 μήνες να λάβει τα φάρμακα που χρειαζόταν έναντι του 5,7% των γυναικών. Η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2=2,360$ ,  $df=1$ ,  $p=.125$ ).

Πίνακας 22

Η σχέση της ανάγκης για φάρμακα με το φύλο

			Φύλο		Total
			Άνδρας	Γυναίκα	
Τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε περίπτωση στην οποία χρειαστήκατε φάρμακα, αλλά δεν μπορέσατε να τα λάβατε;	Ναι	N	7	3	10
		%	14,9%	5,7%	10,0%
	Όχι	N	40	50	90
		%	85,1%	94,3%	90,0%
Total		N	47	53	100
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Ο σημαντικότερος λόγος για τη ~~μη~~ μη λήψη των φαρμάκων για τους άνδρες και τις γυναίκες ήταν η έλλειψη φαρμάκων.

Πίνακας 23

Η σχέση της έλλειψης χρημάτων για την αγορά φαρμάκων με το φύλο

			Φύλο		Σύνολο
			Άνδρας	Γυναίκα	
Ποιοι ήταν οι σημαντικότεροι λόγοι για τους οποίους δεν μπορέσατε να λάβατε τα φάρμακα που χρειαζόσασταν;	Δεν είχα τα χρήματα	N	7	1	8
		%	100,0%	100,0%	100,0%



Παρατηρούμε ότι το 100% των ανδρών να αναφέρει ότι γνωρίζει τουλάχιστον αρκετά καλά τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας έναντι του 43,4% των γυναικών. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2=38,174$ ,  $df=4$ ,  $p=.000$ ).

Πίνακας 24

Η σχέση της γνώσης των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας με το φύλο

			Φύλο		Total
			Ανδρας	Γυναίκα	
Πόσο καλά γνωρίζετε τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας;	Καθόλου	N	0	9	9
		%	,0%	17,0%	9,0%
	Λίγο	N	0	13	13
		%	,0%	24,5%	13,0%
	Μέτρια	N	0	8	8
		%	,0%	15,1%	8,0%
	Αρκετά	N	26	14	40
		%	55,3%	26,4%	40,0%
	Πολύ	N	21	9	30
		%	44,7%	17,0%	30,0%
	Total	N	47	53	100
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Παρατηρούμε ότι το 31,9% των ανδρών να γνωρίζει τουλάχιστον αρκετά καλά τα δικαιώματά τους για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας έναντι του 60,3% των γυναικών. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2=19,758$ ,  $df=1$ ,  $p=.001$ ).

Πίνακας 25

Η σχέση της γνώσης των δικαιωμάτων για τη χρήση υπηρεσιών υγείας με το φύλο

			Φύλο		Total
			Άνδρας	Γυναίκα	
Πόσο καλά γνωρίζετε τα δικαιώματά σας για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας;	Καθόλου	N	7	7	14
		%	14,9%	13,2%	14,0%
	Λίγο	N	10	1	11
		%	21,3%	1,9%	11,0%
	Μέτρια	N	15	13	28
		%	31,9%	24,5%	28,0%
	Αρκετά	N	14	17	31
		%	29,8%	32,1%	31,0%
	Πολύ	N	1	15	16
		%	2,1%	28,3%	16,0%
	Total	N	47	53	100
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Παρατηρούμε ότι το 40,4% των ανδρών να πιστεύει ότι το κόστος των υπηρεσιών υγείας είναι εμπόδιο για τη χρήση τους έναντι του 43,4% των γυναικών. Η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2=0,090$ ,  $df=1$ ,  $p=.764$ ).

Πίνακας 26

Η σχέση του κόστους υγείας ως προς την δυνατότητα χρήσης τους με το φύλο

			Φύλο		Total
			Άνδρας	Γυναίκα	
Πιστεύετε ότι το κόστος των υπηρεσιών υγείας είναι εμπόδιο για τη χρήση τους;	Αρκετά	N	28	30	58
		%	59,6%	56,6%	58,0%
	Πολύ	N	19	23	42
		%	40,4%	43,4%	42,0%
Total	N	47	53	100	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

Παρατηρούμε ότι το 61,7% των ανδρών να πιστεύει ότι το σύστημα υγείας είναι αρκετά πολύπλοκο έναντι του 50,9% των γυναικών. Η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2=1,170$ ,  $df=1$ ,  $p=.279$ ).

Πίνακας 27

Η σχέση της αντίληψης για την πολυπλοκότητα του συστήματος υγείας με το φύλο

			Φύλο		Total
			Άνδρας	Γυναίκα	
Πιστεύετε ότι το σύστημα υγείας είναι πολύπλοκο;	Αρκετά	N	18	26	44
		%	38,3%	49,1%	44,0%
	Πολύ	N	29	27	56
		%	61,7%	50,9%	56,0%
Total	N	47	53	100	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας

Παρατηρούμε ότι το 61,7% των ανδρών να εμπιστεύετε τους επαγγελματίες υγείας πολύ έναντι του 67,9% των γυναικών. Η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2=0,424$ ,  $df=1$ ,  $p=.515$ ).

Πίνακας 28

Η σχέση της εμπιστοσύνης προς τους επαγγελματίες υγείας με το φύλο

			Φύλο		Total
			Άνδρας	Γυναίκα	
Πόσο εμπιστεύεστε τους επαγγελματίες υγείας;	Αρκετά	N	18	17	35
		%	38,3%	32,1%	35,0%
	Πολύ	N	29	36	65
		%	61,7%	67,9%	65,0%
Total	N	47	53	100	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

Παρατηρούμε ότι το 42,6% των ανδρών να είναι μέτρια ικανοποιημένος από τη συμπεριφορά των υπηρεσιών υγείας έναντι του 28,3% των γυναικών. Η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2=2,224$ ,  $df=1$ ,  $p=.136$ ).

Πίνακας 29

Η σχέση της ικανοποίησης από την συμπεριφορά επαγγελματιών υγείας με το φύλο

			Φύλο		Total
			Άνδρας	Γυναίκα	
Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας;	Λίγο	N	27	38	65
		%	57,4%	71,7%	65,0%
	Μέτρια	N	20	15	35
		%	42,6%	28,3%	35,0%
Total	N	47	53	100	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

Παρατηρούμε ότι το 42,6% των ανδρών να είναι μέτρια ικανοποιημένος από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπαλλήλων στις υπηρεσίες υγείας έναντι του 28,3% των γυναικών. Η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2=2,224$ ,  $df=1$ ,  $p=.136$ ).

Πίνακας 30

Η σχέση της ικανοποίησης από τη συμπεριφορά διοικητικών υπαλλήλων στις υπηρεσίες υγείας με το φύλο

			Φύλο		Total
			Άνδρας	Γυναίκα	
Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπαλλήλων στις υπηρεσίες υγείας;	Λίγο	N	27	38	65
		%	57,4%	71,7%	65,0%
	Μέτρια	N	20	15	35
		%	42,6%	28,3%	35,0%
Total	N	47	53	100	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

Παρατηρούμε ότι το 51,1% των ανδρών να είναι μέτρια ικανοποιημένο από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας έναντι του 11,3% των γυναικών. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2=18,736$ ,  $df=1$ ,  $p=.000$ ).

Πίνακας 31

Η σχέση της ικανοποίησης από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας με το φύλο

			Φύλο		Total
			Άνδρας	Γυναίκα	
Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας;	Λίγο	N	23	47	70
		%	48,9%	88,7%	70,0%
	Μέτρια	N	24	6	30
		%	51,1%	11,3%	30,0%
Total		N	47	53	100
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Παρατηρούμε ότι το 97,9% των ανδρών να είναι μέτρια ικανοποιημένο από το κόστος των υπηρεσιών υγείας έναντι του 7,5% των γυναικών. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2=81,293$ ,  $df=1$ ,  $p=.000$ ).

Πίνακας 32

Η σχέση της ικανοποίησης από το κόστος των υπηρεσιών υγείας με το φύλο

			Φύλο		Total
			Άνδρας	Γυναίκα	
Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από το κόστος των υπηρεσιών υγείας;	Λίγο	N	1	49	50
		%	2,1%	92,5%	50,0%
	Μέτρια	N	46	4	50
		%	97,9%	7,5%	50,0%
Total		N	47	53	100
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Παρατηρούμε ότι το 63,8% των ανδρών θέλει περισσότερη ενημέρωση για την ασφάλεια υγείας του έναντι του 0% των γυναικών. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2=78,161$ ,  $df=5$ ,  $p=.000$ ).

Πίνακας 33

Η σχέση της ενημέρωσης με το φύλο

			Φύλο		Total
			Άνδρας	Γυναίκα	
Σε ποια από τα παρακάτω θα θέλατε περισσότερη ενημέρωση, διότι η γνώση που έχετε σήμερα δεν καλύπτει τις ανάγκες σας;	Ενημέρωση για την ασφάλεια υγείας μου/τον ΕΟΠΥΥ	N	30	0	30
		%	63,8%	,0%	30,0%
	Ενημέρωση για τα δικαιώματά μου αναφορικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας	N	17	8	25
		%	36,2%	15,1%	25,0%
	Ενημέρωση για την πρόσβαση σε νοσοκομεία (π.χ. τοποθεσία, τρόπος πρόσβασης)	N	0	6	6
		%	,0%	11,3%	6,0%
	Ενημέρωση για την πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας	N	0	21	21
		%	,0%	39,6%	21,0%
	Ενημέρωση για την πρόσβαση σε γενικό ιατρό ή παθολόγο	N	0	3	3
		%	,0%	5,7%	3,0%
	Ενημέρωση για το κόστος επίσκεψης σε ιατρό ή υπηρεσία υγείας	N	0	15	15
		%	,0%	28,3%	15,0%
	Total	N	47	53	100
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Παρατηρούμε ότι το 57,4% όσων έχουν ενεργό βιβλιάριο τους τελευταίους 12 μήνες να μην μπόρεσε να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας έναντι του 20,7% οσων δεν έχουν. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2=10,296$ ,  $df=1$ ,  $p=.001$ ).

Πίνακας 34

Η σχέση της ανάγκης χρήσης των υπηρεσιών υγείας με το ενεργό ή όχι βιβλιάριο

			Ισχύει αυτή τη στιγμή;		Total
			Ναι	Όχι	
Τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε περίπτωση στην οποία χρειάστηκε να χρησιμοποιήσετε υπηρεσίες υγείας, αλλά δεν μπορέσατε;	Ναι	N	31	6	37
		%	57,4%	20,7%	44,6%
	Όχι	N	23	23	46
		%	42,6%	79,3%	55,4%
Total		N	54	29	83
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Παρατηρούμε ότι το 61,3% όσων έχουν ενεργό βιβλιάριο δεν μπόρεσε να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας για την πραγματοποίηση διαγνωστικών εξετάσεων έναντι του 100% που δεν έχουν. Η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2=3,437$ ,  $df=2$ ,  $p=.179$ ).



Πίνακας 35

Η σχέση των υπηρεσιών που δεν μπόρεσαν να χρησιμοποιήσουν με το ενεργό ή όχι βιβλιάριο

			Ισχύει αυτή τη στιγμή;		Total
			Ναι	Όχι	
Ποιες από τις παρακάτω υπηρεσίες δεν μπόρέσατε να χρησιμοποιήσατε;	Διαγνωστικές εξετάσεις, μικροβιολογικές εξετάσεις κ.ά	N	19	6	25
		%	61,3%	100,0%	67,6%
	Νοσηλεία σε νοσοκομείο	N	6	0	6
		%	19,4%	,0%	16,2%
	Χειρουργική επέμβαση σε νοσοκομείο	N	6	0	6
		%	19,4%	,0%	16,2%
Total	N	31	6	37	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

Παρατηρούμε ότι το 33,3% όσων έχουν ενεργό βιβλιάριο δεν μπόρεσε να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας επειδή δεν μπόρεσε να κλείσει ραντεβού έναντι του 0% όσων δεν έχουν. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2=20,564$ ,  $df=3, p=.000$ ).

Πίνακας 36

Η σχέση των λόγων μη χρήσης των υπηρεσιών υγείας με το ενεργό ή όχι βιβλιάριο

			Ισχύει αυτή τη στιγμή;		Total
			Ναι	Όχι	
Ποιοι ήταν οι σημαντικότεροι λόγοι για τους οποίους δεν μπορέσατε να χρησιμοποιήσετε τις υπηρεσίες υγείας;	Δεν μπορούσα να κλείσω ραντεβού	N	11	0	11
		%	33,3%	,0%	28,2%
	Το υψηλό κόστος	N	8	0	8
		%	24,2%	,0%	20,5%
	Η συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας	N	4	6	10
		%	12,1%	100,0%	25,6%
	Ο μεγάλος χρόνος αναμονής	N	10	0	10
		%	30,3%	,0%	25,6%
Total		N	33	6	39
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Παρατηρούμε ότι το 18,5% όσων έχουν ενεργό βιβλιάριο δεν μπόρεσε τους τελευταίους 12 μήνες να λάβει τα φάρμακα που χρειαζόταν έναντι του 0% όσων δεν έχουν. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2=6,106$ ,  $df=1$ ,  $p=.013$ ).

Πίνακας 37

Η σχέση της μη λήψης αναγκαίων φαρμάκων με το ενεργό ή όχι βιβλιάριο

			Ισχύει αυτή τη στιγμή;		Total
			Ναι	Όχι	
Τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε περίπτωση στην οποία χρειαστήκατε φάρμακα, αλλά δεν μπορέσατε να τα λάβατε;	Ναι	N	10	0	10
		%	18,5%	,0%	12,0%
	Όχι	N	44	29	73
		%	81,5%	100,0%	88,0%
Total		N	54	29	83
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Ο σημαντικότερος λόγος για την μη λήψη των φαρμάκων όσων έχουν ενεργό βιβλιάριο αλλά και όσων δεν έχουν ήταν η έλλειψη χρημάτων.

Πίνακας 38

Η σχέση των λόγων μη λήψης των αναγκαίων φαρμάκων με το ενεργό ή όχι βιβλιάριο

			Ισχύει αυτή τη στιγμή;		Total
			Ναι	Όχι	
Ποιοι ήταν οι σημαντικότεροι λόγοι για τους οποίους δεν μπορέσατε να λάβατε τα φάρμακα που χρειαζόσασταν;	Δεν είχα τα χρήματα	N	8		8
		%	100,0%		100,0%
Total		N	8		8

Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας

			Ισχύει αυτή τη στιγμή;		Total
			Ναι	Όχι	
Ποιοι ήταν οι σημαντικότεροι λόγοι για τους οποίους δεν μπορέσατε να λάβατε τα φάρμακα που χρειάζεσταν;	Δεν είχα τα χρήματα	N	8		8
		%	100,0%		100,0%
Total		N	8		8
		%	100,0%		100,0%

Παρατηρούμε ότι το 100% όσων έχουν ενεργό βιβλιάριο να αναφέρει ότι γνωρίζει τουλάχιστον αρκετά καλά τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας έναντι του 27,6% όσων δεν έχουν. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2=55,628$ ,  $df=4$ ,  $p=.000$ ).

Πίνακας 39

Η σχέση της γνώσης των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας με το ενεργό ή όχι βιβλιάριο

			Ισχύει αυτή τη στιγμή;		Total	
			Ναι	Όχι		
Πόσο καλά γνωρίζετε τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας;	Καθόλου	N	0	7	7	
		%	,0%	24,1%	8,4%	
	Λίγο	N	0	9	9	
		%	,0%	31,0%	10,8%	
	Μέτρια	N	0	5	5	
		%	,0%	17,2%	6,0%	
	Αρκετά	N	28	8	36	
		%	51,9%	27,6%	43,4%	
	Πολύ	N	26	0	26	
		%	48,1%	,0%	31,3%	
	Total		N	54	29	83
			%	100,0%	100,0%	100,0%

Παρατηρούμε ότι το 27,8% όσων έχουν ενεργό βιβλιάριο να γνωρίζει τουλάχιστον αρκετά καλά τα δικαιώματά τους για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας έναντι του 51,7% όσων δεν έχουν. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2=20,072$ ,  $df=4, p=.001$ ).

Πίνακας 40

Η σχέση του επιπέδου γνώσης των δικαιωμάτων για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας με το ενεργό βιβλιάριο ή όχι

			Ισχύει αυτή τη στιγμή;		Total
			Ναι	Όχι	
Πόσο καλά γνωρίζετε τα δικαιώματά σας για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας;	Καθόλου	N	13	1	14
		%	24,1%	3,4%	16,9%
	Λίγο	N	11	0	11
		%	20,4%	,0%	13,3%
	Μέτρια	N	15	13	28
		%	27,8%	44,8%	33,7%
	Αρκετά	N	14	5	19
		%	25,9%	17,2%	22,9%
	Πολύ	N	1	10	11
		%	1,9%	34,5%	13,3%
	Total	N	54	29	83
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Παρατηρούμε ότι το 35,2% όσων έχουν ενεργό βιβλιάριο να πιστεύει πολύ ότι το κόστος των υπηρεσιών υγείας είναι εμπόδιο για τη χρήση τους έναντι του 41,4% όσων δεν έχουν. Η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2=0,309$ ,  $df=1, p=.578$ ).

Πίνακας 41

Η σχέση του κόστους υγείας ως εμπόδιο για την χρήση τους με το ενεργό ή όχι βιβλιάριο

			Ισχύει αυτή τη στιγμή;		Total
			Ναι	Όχι	
Πιστεύετε ότι το κόστος των υπηρεσιών υγείας είναι εμπόδιο για τη χρήση τους;	Αρκετά	N	35	17	52
		%	64,8%	58,6%	62,7%
	Πολύ	N	19	12	31
		%	35,2%	41,4%	37,3%
Total	N	54	29	83	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

Παρατηρούμε ότι το 63% όσων έχουν ενεργό βιβλιάριο να πιστεύει ότι το σύστημα υγείας είναι αρκετά πολύπλοκο έναντι του 48,3% όσων δεν έχουν. Η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2=1,669$ ,  $df=1, p=.196$ ).

Πίνακας 42

Η σχέση της πολυπλοκότητας της υγείας με το ενεργό ή όχι βιβλιάριο

Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας

			Ισχύει αυτή τη στιγμή;		Total
			Ναι	Όχι	
Πιστεύετε ότι το σύστημα υγείας είναι πολύπλοκο;	Αρκετά	N	20	15	35
		%	37,0%	51,7%	42,2%
	Πολύ	N	34	14	48
		%	63,0%	48,3%	57,8%
Total		N	54	29	83
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Παρατηρούμε ότι το 64,8% όσων έχουν ενεργό βιβλιάριο να εμπιστεύονται τους επαγγελματίες υγείας πολύ έναντι του 96,9% όσων δεν έχουν. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2=10,390$ ,  $df=1$ ,  $p=.001$ ).

Πίνακας 43

Η σχέση της εμπιστοσύνης προς τους επαγγελματίες υγείας με το ενεργό ή όχι βιβλιάριο

			Ισχύει αυτή τη στιγμή;		Total
			Ναι	Όχι	
Πόσο εμπιστεύεστε τους επαγγελματίες υγείας;	Αρκετά	N	19	1	20
		%	35,2%	3,4%	24,1%
	Πολύ	N	35	28	63
		%	64,8%	96,6%	75,9%
Total		N	54	29	83
		%	100,0%	100,0%	100,0%

## Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας

Παρατηρούμε ότι το 50% όσων έχουν ενεργό βιβλιάριο να είναι μέτρια ικανοποιημένο από τη συμπεριφορά των υπηρεσιών υγείας έναντι του 6,9% όσων δεν έχουν. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2=15,421$ ,  $df=1$ ,  $p=.000$ ).

Πίνακας 44

Η σχέση της ικανοποίησης από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας με το ενεργό ή όχι βιβλιάριο

			Ισχύει αυτή τη στιγμή;		Total
			Ναι	Όχι	
Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας;	Λίγο	N	27	27	54
		%	50,0%	93,1%	65,1%
	Μέτρια	N	27	2	29
		%	50,0%	6,9%	34,9%
Total	N	54	29	83	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	



## Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας

Παρατηρούμε ότι το 50% όσων έχουν ενεργό βιβλιάριο να είναι μέτρια ικανοποιημένο από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπαλλήλων στις υπηρεσίες υγείας έναντι του 6,9% όσων δεν έχουν. Η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2=15,421$ ,  $df=1$ ,  $p=.000$ ).

Πίνακας 45

Η σχέση της ικανοποίησης από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπαλλήλων στις υπηρεσίες υγείας με το ενεργό ή όχι βιβλιάριο

			Ισχύει αυτή τη στιγμή;		Total
			Ναι	Όχι	
Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπαλλήλων στις υπηρεσίες υγείας;	Λίγο	N	27	27	54
		%	50,0%	93,1%	65,1%
	Μέτρια	N	27	2	29
		%	50,0%	6,9%	34,9%
Total		N	54	29	83
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 46

Η σχέση της ικανοποίησης από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας με το ενεργό ή όχι βιβλιάριο

Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας

			Ισχύει αυτή τη στιγμή;		Total
			Ναι	Όχι	
Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας;	Λίγο	N	24	29	53
		%	44,4%	100,0%	63,9%
	Μέτρια	N	30	0	30
		%	55,6%	,0%	36,1%
Total		N	54	29	83
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Παρατηρούμε ότι το 55,6% όσων έχουν ενεργό βιβλιάριο να είναι μέτρια ικανοποιημένο από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας έναντι του 0% όσων δεν έχουν. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2=25,231$ ,  $df=1$ ,  $p=.000$ ).

Πίνακας 47

Η σχέση της ικανοποίησης από το κόστος των υπηρεσιών υγείας με το ενεργό ή όχι βιβλιάριο

			Ισχύει αυτή τη στιγμή;		Total
			Ναι	Όχι	
Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από το κόστος των υπηρεσιών υγείας;	Λίγο	N	8	29	37
		%	14,8%	100,0%	44,6%
	Μέτρια	N	46	0	46
		%	85,2%	,0%	55,4%
Total		N	54	29	83
		%	100,0%	100,0%	100,0%

## Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας

Παρατηρούμε ότι το 85,2% όσων έχουν ενεργό βιβλιάριο να είναι μέτρια ικανοποιημένο από το κόστος των υπηρεσιών υγείας έναντι του 0% όσων δεν έχουν. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2=55,416$ ,  $df=1$ ,  $p=.000$ ).

Πίνακας 48

Η σχέση της ανάγκης για ενημέρωση με το ενεργό ή όχι βιβλιάριο

			Βιβλιάριο υγείας που Ισχύει αυτή τη στιγμή;		Σύνολο
			Ναι	Όχι	
Σε ποια από τα παρακάτω θα θέλατε περισσότερη ενημέρωση, διότι η γνώση που έχετε σήμερα δεν καλύπτει τις ανάγκες σας;	Ενημέρωση για την ασφάλεια υγείας μου/τον ΕΟΠΥΥ	N	30	0	30
		%	55,6%	,0%	36,1%
	Ενημέρωση για τα δικαιώματά μου αναφορικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας	N	24	1	25
		%	44,4%	3,4%	30,1%
	Ενημέρωση για την πρόσβαση σε	N	0	21	21
		%	,0%	72,4%	25,3%

Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας

	υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας				
	Ενημέρωση για το κόστος επίσκεψης σε ιατρό ή υπηρεσία υγείας	N	0	7	7
		%	,0%	24,1%	8,4%
Σύνολο		N	54	29	83
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Παρατηρούμε ότι το 55,6% όσων έχουν ενεργό βιβλιάριο να θέλουν περισσότερη ενημέρωση για την ασφάλεια υγείας τους έναντι του 0% όσων δεν έχουν. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2=78,77$ ,  $df=3$ ,  $p=.000$ ).

Πίνακας 49

Συγκεντρωτικός πίνακας αποτελεσμάτων για την ικανοποίηση και το εισόδημα

	Εισόδημα	Φύλο	Ενεργό βιβλιάριο
Το ενοίκιο της κατοικίας	0,000		
Τα δίδακτρα φροντιστηρίων	0,000		
Τα έξοδα ένδυσης και υπόδησης	0,000		
Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, επισκεφθήκατε ιδιωτικό νοσοκομείο/κλινική;	0,000		
Τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε περίπτωση στην οποία χρειάστηκε να χρησιμοποιήσετε υπηρεσίες υγείας, αλλά δεν μπορέσατε;	0,006		
Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας;		0,136	0,000
Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπάλληλων		0,000	0,000

στις υπηρεσίες υγείας;		
Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας;	0,000	0,000
Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από το κόστος των υπηρεσιών υγείας;	0,000	0,000

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε τις στατιστικά σημαντικές και μη σχέσεις για το εισόδημα και την ικανοποίηση.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup> ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

### 9.1 Συμπεράσματα -Συζήτηση

Από την παραπάνω ανάλυση προέκυψε ότι η οικονομική κρίση έχει δυσκολέψει την πλειονότητα των πολιτών στην κάλυψη των βασικών τους αναγκών καθώς το σύνολο των συμμετεχόντων ανέφερε ότι δυσκολεύεται συχνά να καλύψει τουλάχιστον μια από τις βασικές του ανάγκες. Μάλιστα αυτές οι δυσκολίες είναι πιο έντονες για όσους διαθέτουν χαμηλό εισόδημα. Ως προς την κατάσταση της υγείας των συμμετεχόντων σήμερα αυτή είναι καλή καθώς οι περισσότεροι ανέφεραν ότι η κατάσταση της υγείας του σήμερα είναι τουλάχιστον αρκετά καλή.

Ως προς τον τρόπο ζωής οι μισοί συμμετέχοντες καπνίζουν. Το παραπάνω συμφωνεί με τον Λιαρόπουλο (2011), σύμφωνα με τον οποίο υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στον επιπολασμό καπνίσματος και τα ποσοστά ανεργίας. Οι άνεργοι είναι πιο μανιώδεις καπνιστές από τους μισθωτούς, ενώ οι καπνιστές έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να μείνουν άνεργοι. Αρκετοί είναι εκείνοι που αθλούνται ενώ πάνω από τους μισούς καταναλώνουν από 0-5 αλκοολούχα ποτά. Σύμφωνα με τον Μπαλασόπουλου (2013), η ανεργία ως φαινόμενο που βρίσκεται σε έξαρση σε περιόδους οικονομικής ύφεσης οδηγεί σε αυξανόμενο άγχος και κατ' επέκταση σε αύξηση της κατανάλωσης οινοπνεύματος ιδιαίτερα σε νεαρά άνεργα άτομα.

Ως προς την ύπαρξη νοσημάτων βρέθηκε οι περισσότεροι να έχουν προβλήματα στον θυρεοειδή, ακολουθεί η υπόταση, τα προβλήματα στον πνεύμονα, τα τριγλυκερίδια, τα καρδιολογικά προβλήματα, οι αλλεργίες, ο διαβήτης, το άσθμα, η υπέρταση, κάποιο ψυχιατρικό νόσημα, η αρθρίτιδα και τελευταία έρχονται τα προβλήματα στο πεπτικό σύστημα. Σύμφωνα με τους Μπούρα & Λύκουρα (2011), η ψυχική υγεία είναι ένας από τους περισσότερο μελετημένους παράγοντες που επηρεάζονται σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Επιπρόσθετα η πλειονότητα των συμμετεχόντων λαμβάνει φάρμακα για κάποιο χρόνιο νόσημα.

Βρέθηκε ακόμα ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων νόσησε κατά την διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, από ίωση, από γαστρεντερίτιδα, από πίεση, από αυχενικό και από καρδιολογικά προβλήματα. Μάλιστα η πλειονότητα των συμμετεχόντων που νόσησε κατά την διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών επισκέφθηκε συμβεβλημένο ιδιώτη γιατρό, ακολουθεί ο φαρμακοποιός, ο ιδιώτης γιατρός, το τμήμα επειγόντων περιστατικών δημόσιου νοσοκομείου και τελευταίο έρχεται το φιλικό περιβάλλον.

Αρκετοί έχουν επισκεφθεί τους τελευταίους 12 μήνες το τμήμα επειγόντων περιστατικών δημόσιου νοσοκομείου και αρκετοί έχουν νοσηλευθεί τους τελευταίους 12 μήνες δημόσιο νοσοκομείο. Πολλοί έχουν επισκεφθεί ιδιώτη ιατρό τους τελευταίους 12 μήνες.

Από τα παραπάνω συμπεραίνεται μειωμένη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες καθώς οι περισσότεροι απευθύνονται σε ιδιώτη γιατρό. Το παραπάνω δικαιολογείται από το γεγονός, ότι λόγω της οικονομικής κρίσης, τα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα παρουσιάζουν ελλείψεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, έχουν προκαλέσει «ασφυξία» τόσο στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία όσο και στα πρωινά ραντεβού όπου οι λίστες αναμονής ξεπερνούν τους δύο ή τρεις μήνες και κατ' επέκταση υπάρχει μικρή ανταποκρισιμότητα του ελληνικού συστήματος υγείας.

Σημαντικά στοιχεία που βρέθηκαν και συνηγορούν ότι η οικονομική κρίση είχε δυσμενείς επιπτώσεις στο σύστημα υγείας ήταν αρχικά ότι το 10% όσων λαμβάνουν φάρμακα δήλωσε ότι υπήρχαν φορές που δεν έλαβαν το φάρμακο τους διότι δεν μπορούσαν να το αγοράσουν. Ο λόγος που δεν έλαβαν τα φάρμακα τους ήταν ότι δεν είχαν χρήματα. Το παραπάνω επιβεβαιώνεται και θεωρητικά καθώς όπως έχει αναφερθεί στην αγορά φαρμάκου επικρατούν μονοπώλια, αφού η

μεγαλύτερη παραγωγή και διανομή φαρμακευτικών σκευασμάτων πραγματοποιείται από μεγάλες πολυεθνικές εταιρείες. Επιπλέον, οι φαρμακευτικές εταιρείες προωθούν συνεχώς την πώληση νέων και ακριβότερων φαρμάκων και βασικός τομέας ανταγωνισμού μεταξύ τους είναι η δραστηριότητα των φαρμάκων και όχι η χαμηλή τιμή τους. ενώ λοιπόν μέχρι το 2009 η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη ακολούθησε ανοδική τάση, το 2010 και 2011 υπέστη μείωση της τάξεως του 22%, για να φτάσει το 2011 στα €3,98 δισ., αποτελώντας το 1,8% του ΑΕΠ και το 30% των δημόσιων δαπανών υγείας.

Επίσης σημαντικό στοιχείο ήταν ότι κάποιοι από τους συμμετέχοντες τους τελευταίους 12 μήνες δεν έκανε χρήση υπηρεσιών υγείας διότι δεν μπόρεσαν. Οι περισσότεροι από αυτούς δεν μπόρεσαν να κάνουν διαγνωστικές/μικροβιολογικές εξετάσεις, κάποιοι να νοσηλευτούν σε νοσοκομείο και κάποιοι να πραγματοποιήσουν χειρουργική επέμβαση σε νοσοκομείο. Το παραπάνω συμφωνεί με τον Αντωνίου (2012), σύμφωνα με τον οποίο η οικονομική ύφεση και τα φαινόμενα που προκαλεί, έχουν σοβαρές επιπτώσεις τόσο στην ψυχική όσο και στην σωματική υγεία των πολιτών. Η ανεργία, το χαμηλό εισόδημα και η ανέχεια οδηγούν στον περιορισμό των δαπανών για την υγεία και τη μη προσβασιμότητα στις υπηρεσίες της.

Η ύφεση απειλεί κυρίως τις χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης, αλλά και τα χαμηλά κοινωνικά στρώματα στο εσωτερικό των χωρών, και αναδεικνύει 3 βασικά και αλληλοσυνδεδεμένα προβλήματα: 1) την αυξανόμενη τάση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στο εσωτερικό των χωρών, 2) την ανισοτιμία στις συνθήκες κοινωνικής προστασίας και υγείας και 3) τα επείγοντα ζητήματα της κλιματικής αλλαγής και της οικολογικής υποβάθμισης (Κυριόπουλος και συν. 2012).

Επιπρόσθετα βρέθηκε ότι το σύνολο των συμμετεχόντων με εισόδημα λιγότερο των 1100 ευρώ δεν έχει επισκεφθεί ιδιωτική κλινική τους τελευταίους 12 μήνες σε αντίθεση με το 62,7% των συμμετεχόντων με εισόδημα από 1101-1400 ευρώ και του 80% των συμμετεχόντων με εισόδημα από 1401 -1700 ευρώ. Το παραπάνω συμφωνεί με την έρευνα του ΥΥΚΑ (2012), βάσει της οποίας η χρήση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας μειώνονται αφού οι ασθενείς αναβάλλουν την φροντίδα εντελώς. Στη χώρα μας η ζήτηση και η χρήση των υπηρεσιών υγείας στρέφεται προς το δημόσιο και ασφαλιστικό τομέα με αύξηση 3% καθώς εκεί η περίθαλψη είναι διαθέσιμη σε χαμηλότερο κόστος.

Βρέθηκε ακόμα ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων να θεωρεί πως γνωρίζει τουλάχιστον αρκετά τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας, και όλοι πιστεύουν ότι το κόστος των υπηρεσιών υγείας είναι εμπόδιο για τη χρήση τους, θεωρούν το σύστημα πολύπλοκο ενώ εμπιστεύεται τους επαγγελματίες υγείας.

## 9.2 Προτάσεις

Η παγκόσμια κρίση μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ευκαιρία για συνεχείς μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας. Μερικές βασικές και εξειδικευμένες οδηγίες που μπορούν να δοθούν προς τα κράτη προκειμένου να διαμορφωθούν οι πολιτικές υγείας παρουσιάζονται στη συνέχεια:

- Η διανομή του πλούτου πρέπει να γίνεται στη βάση της αλληλεγγύης και της δικαιοσύνης, καθώς υπάρχει η ανησυχία ότι οι αρχές για την υγεία δεν διανέμουν τον πλούτο βάσει αυτών των αξιών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να εμποδίζεται η βελτίωση και προαγωγή της υγείας.
- Πρέπει να αυξηθεί η επίσημη βοήθεια για ανάπτυξη (ODA Official Development Assistance), προκειμένου να προστατευτούν οι πιο ευάλωτοι. Οι φτωχότερες χώρες είναι πιο επιρρεπείς στην απώλεια της υγείας σε περιόδους κρίσης.
- Τα κράτη πρέπει να επενδύσουν στην υγεία για να βελτιωθεί η ευημερία και ο πλούτος, εφόσον η επένδυση στην υγεία είναι επένδυση στην ανθρώπινη ανάπτυξη, την κοινωνική ευημερία και τον πλούτο.
- Είναι απαραίτητο να ενισχυθούν τα προγράμματα δημόσιας υγείας.
- Πρέπει άμεσα να προστατευτούν και να διασφαλιστούν οι δαπάνες για την πρωτοβάθμια υγειονομική φροντίδα.
- Είναι πολύ σημαντικό να εξασφαλιστεί η καθολική πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες και να δημιουργηθούν κοινωνικά δίκτυα ασφάλειας για τις πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες.
- Οι χώρες να επιφέρουν δικαιοσύνη στη χρηματοδότηση μέσω της υποχρεωτικής και αναδιανεμητικής μορφής συλλογής οικονομικών πόρων.



## Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας

- Μια καλή κίνηση θα ήταν να αυξηθεί ο φόρος στον καπνό, το οινόπνευμα, τη ζάχαρη και το αλάτι, κάτι που θα ασκήσει θετική επίδραση στη δημόσια υγεία
- Πρέπει να εντοπιστούν οι τρέχουσες ανάγκες σε επαγγελματίες υγείας και να γίνουν ενέργειες με σκοπό την προσέλκυση και εκπαίδευση νέων στα επαγγέλματα υγείας.
- Η κοινωνία να ενθαρρύνει την ενεργό συμμετοχή των πολιτών σε δημόσιες διαβουλεύσεις ή μέσω αντιπροσωπευτικών οργανώσεων για τη λήψη, τον έλεγχο και την εκτέλεση αποφάσεων.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

1. Adrian, T., and Shin H. S.(2007). “Liquidity and Financial Cycles”, *6th BIS Annual Conference, Financial System and Macroeconomic Resilience*, 18-19 June 2007, Brunnen, Switzerland.,
2. Bjornberg A., Garrofe BC., and Lindblad S.(2009) “Euro health consumer index 2009. Health Consumer Powerhouse”, *Working Paper*, No 722. OECD Publishing, Paris, France, p.29
- 3.Braveman, P., and Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57: 254–8
4. Charles P. Kindleberger and Robert A. (2005), *Manias, Panics, and Crashes: A History of Financial Crises*, 5th ed. Wiley,
5. Chisiti, P., Stone, D.H., Corcoran, P., Williamson, E. and Petridou, E. (2003), “Suicide mortality in the European Union”, *European Journal of Public Health*, Vol. 13, pp. 108-14.
6. Dutton, R. (2010), *Financial Meltdown*, Infodial. (ιντερνετ? Θέλει το link)
7. Economou M, Madianos M, Peppou LE, Patelakis A, Stefanis CN. (2011). Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *J Affect Disord*. 5;145(3):308-14.
8. Economou, C., and Giorno, C.(2009) Improving the performance of the public health care system in Greece. OECD Economics Department, p.28
9. European Commission, (2009). *Economic and Financial Affairs: Economic crisis in Europe: Causes, consequences and responses*. European Economy, Brussels. Pp.1-87,
10. Farrell, B.L.D.,(2008), *Leading through uncertainty*,McKinsey, pp.1-14
11. Franklin A., and Douglas G. (2007), *Understanding Financial Crises*, *Journal of Political Economy* Vol.108, No.1, pp. 1–33
12. Franklin A., and Douglas G. (2007), *Understanding Financial Crises*, *Journal of Political Economy* Vol.108, No.1, pp. 1–33
13. Galanis P., Sourtzi P., Bellali T., Theodorou M., Karamitri I., Siskou O., Charalambous G., Kaitelidou D., (2013), “Public health services knowledge and utilization among immigrants in Greece: a cross-sectional study”, *BMC Health Services Research* 13:350.

14. Geitona, M., Zavras D., Kyriopoulos, J.(2007) “Determinants of healthcare utilization in Greece: Implications for decision-making”. *European Journal Gen Pract* ,Vol.13,pp.144–150
15. Grauwe P. De., και Moesen, W. "Κέρδη για όλους: Μια πρόταση για ένα κοινό Euro Bond, "*Intereconomics*, Vol. 44, No. 3, σελ. 132-141, 2009
16. Grauwe, P. D.(2012) "Η ελληνική κρίση και το μέλλον της Ευρωζώνης" *Intereconomics*, Vol.. 45, no. 2, σελ. 89-93
17. Greek Statistic Authority (2012). <http://www.statistics.gr>
18. Henriksson, M.M., Aro, H.M., Marttunen, M.J. (1993). Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry*; **150**: 935–40.
19. Hurt JT.(1971) “The Inverse Care Law”. *Lancet*,pp. 405-12 όπως αναφέρεται στο ΕΟΠΥΥ.(2012) *Ανασυγκρότηση και χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας*, Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
20. Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M., Stuckler, D. (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet*; 378: 1457–58.
21. Kindleberger, C. P.,and Aliber, R. (2005), *Manias, Panics, and Crashes: A History of Financial Crises*(Palgrave Macmillan, 2005
22. Niakas, D.(2013) “Greek economic crisis and health care reforms: correcting the wrong prescription”, *The Economic and Financial Crisis: Consequences for Health and Well-Being*, 43, 4, 597–602
23. Rihmer, Z. (2007). Suicide risk in mood disorders. *Curr Opin Psychiatry*; **20**: 17–22.
24. Rihmer, Z., Belso, N., Kiss, K. (2002). Strategies for suicide prevention. *Curr Opin Psychiatry*; **15**: 83–87
25. Schwarz, K., (2008), *Mind the Gap: Disentangling Credit and Liquidity in Risk Spreads*, Columbia University Graduate School of Business, November
26. Souliotis, K., Lionis C. (2005). “Creating an Integrated Health Care System in Greece: A Primary Care Perspective,” *Journal of Medical Systems*, 29(2):187-196.

27. Stiglitz, G.(2002) Παγκοσμιοποίηση και δυσαρέσκειες, η Νέα Υόρκη, το Norton και Εταιρεία
28. Stuckler D. , Basu S. , Surhcke M. , Cottus A. McKee M. (2011) The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*, 374: 315-323
29. The Lancet (2011). Mental health care—the economic imperative. *Lancet*; **378**: 1440.
30. WHO. (2012). Suicide rates (per 100,000), by gender, Greece, 1960–2009. [http://www.who.int/mental\\_health/media/gree.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/gree.pdf)
31. WHO. Health amid a financial crisis: a complex diagnosis. *Bull World Health Organ* 2009; **87**: 1–80.
32. World Health Organization, (2012). *On behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Health policy responses to the financial crisis in Europe*. Geneva: World Health Organization;. Available at: <http://www.euro.who.int/data/assets/pdf/0009/170865/e96643.pdf>
33. Wright R.E.,(2008), *Financial crisis and reform: Looking back for clues to the future*, McKinsey, pp.1-3

#### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΗ

- 1.Αθανασιάδης Θ., Μανιάτης Γ. και Ντεμούσης Φ. (2013). Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα. Ετήσια έκθεση 2012. Αθήνα: Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας
2. Αντωνοπούλου, Λ. (2002). Δαπάνες και πολιτικές υγείας στην Ευρώπη. Εκδόσεις Ζυγός, Θεσσαλονίκη.
3. Αργυρού Μ., και Τσουκαλάς, JD.(2011) «Η ελληνική κρίση χρέους: Πιθανό Αιτίες, Μηχανική και τα αποτελέσματα, "παγκόσμια οικονομία, Vol. 34, No. 2, σελ. 173 -191
4. Γιωτάκος, Ο. (2010) Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. *Ψυχιατρική*, 21: 195-204.
5. ΕΟΠΥΥ.(2012) *Ανασυγκρότηση και χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας*, Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

6. Ευκαρπίδης, Α.(2012) «Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας και οι προτεινόμενες πολιτικές υγείας σε εθνικό και διεθνές επίπεδο», *Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, τ.4, τεύχος. 3, σ.σ. 50-51
7. Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ. (2001). *Συστήματα Υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήσης. Αθήνα.
8. Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π., (2007). *Υπηρεσίες Υγείας*, τόμος Α, Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα.
9. Καραΐσκου, Α., Μαλλιαρού, Μ., Σαράφης, Π., (2012), «Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα Συστήματα Υγείας», *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*(2012) Τόμος 4, Τεύχος 2, 49-54
10. Κοντοζαμάνης Β., Κουσουλάκου Χ. (2004). Το ρυθμιστικό πλαίσιο της Αγοράς Φαρμάκου, στο βιβλίο *Οικονομική Αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας*, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας.
11. Κουσουλάκου Χ., *Η Αγορά του Φαρμάκου στην Ελλάδα*, Εκδόσεις Ι.Ο.Β.Ε., (2006).
12. Κουφάρης, Γ. (2010). *Η παγκόσμια οικονομική κρίση και οι χρηματιστηριακές αγορές». Περιοδικό Χρήμα*,
13. Κρουγκμαν, Π.(2008), *Η Κρίση του 2008*, Καστανιώτης
14. Κυριόπουλος Γ. , Αθανασάκης Κ. , Παβή Ε. (2012) *Οικονομική κρίση και υγεία*. Εκδόσεις Καστανιώτη
15. Κυριόπουλος Γ. , Αθανασάκης Κ. , Παβή Ε. (2012) *Οικονομική κρίση και υγεία*. Εκδόσεις Καστανιώτη
16. Κυριόπουλος Γ. Τσιάντου Β. (2010) *Η οικονομική κρίση και η επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη*. Αρχεία Ελληνικής ιατρικής 2010 27(5): 834-840
17. Κυριόπουλος Γ., Γείτονα Μ., (1999). *Η Αγορά του Φαρμάκου στην Ελλάδα: Πολιτικές, Οικονομικές και Υγειονομικές Συνιστώσες*, στο βιβλίο *Πολιτική και Οικονομία του Φαρμάκου στην Ελλάδα*, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.

18. Κυριόπουλος, Γ., και Τούντας, Β.(2010) «Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, Vol. 27, No.5, pp.834-840
19. Λιαρόπουλος, Λ., (2007). Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Α τόμος, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.
20. Μητσόπουλος Μ. , Πελαγίδης Θ. (2012) Κατανοώντας την κρίση στην Ελλάδα. Εκδόσεις Ψυχογίος σελ. 112-114
21. Μπαλασόπουλος Δ. (2013) Πέφτει συνεχώς η ψυχολογία του Έλληνα. Διαθέσιμο από: [http://nonews-news.blogspot.com/2013/09/blog-post\\_1621.html?m=1](http://nonews-news.blogspot.com/2013/09/blog-post_1621.html?m=1) (11/09/2013)
22. Μπούρας, Γ., Λύκουρας, Λ., (2011), «Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στη ψυχική υγεία», *Εγκέφαλος* 48, 54-61, 2011
23. Μπουρσανίδης, Χ. (1993). Σημειώσεις, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα.
24. Παπαδάκης, Κ(2010). «Αναδιάρθρωση των επιχειρήσεων μέσω του κοινωνικού διαλόγου: Κοινωνικά υπεύθυνων πρακτικών σε περιόδους κρίσης, "Εγγραφο εργασίας αριθ. 19, Γενεύη, ILO.
25. Πατελάρου Α., Μανιδάκη Α., Μπαλολάκης Α., Ορφανού Ε., Πατελάρου Ε. (2012) Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία- Προτάσεις για παρέμβαση, Βιβλιογραφική Ανασκόπηση, Τόμος 4, Τεύχος 3.
26. Πατελάρου Α.,(2011), *Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία- Προτάσεις για παρέμβαση*, Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης, Τόμος 4, Τεύχος 3, σελ.53-61
27. Σαμπεθαϊ Ι. (2009) Η ελληνική αγορά εργασίας: χαρακτηριστικά, προβλήματα και πολιτικές (με έμφαση στην ευελιξία της αγοράς εργασίας και στην καταπολέμηση της ανεργίας σε συνθήκες μη πληθωριστικής ανάπτυξης), Οικονομικό Δελτίο.
28. Τσιαντού Β. ,Κυριόπουλος Γ. (2010) Η οικονομική κρίση και η επιπτώσεις της στην υγεία και την Ιατρική περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 27(5): 834-840

**Διαδικτυακές πηγές**

1. International Monetary Fund.(2009) *Global Economic Slump Challenges policies*, Available in 12-5-2014 from <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2009/update/01/pdf/0109.pdf>
2. OECD (2014), *Society at a Glance 2014: OECD Social Indicators*, OECD Publishing, [http://dx.doi.org/10.1787/soc\\_glance-2014-en](http://dx.doi.org/10.1787/soc_glance-2014-en)
3. Simou E, Koutsogeorgou E. (2013) “Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review”, *Health Policy*, 3 March 2014, Available in 28-5-2014 from <http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510%2814%2900047-5/fulltext>
4. Αντωνίου Α. (2012) Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στους νέους διαθέσιμο απο:<http://alexis.koukounagia.com/?p=125> (20/10/2012)
5. Βλάχος, Θ.(2008) Η οικονομική κρίση επηρεάζει και την υγεία, Ανάκτηση στις 18-5-2014 από <http://www.e-erevna.gr/portal/story.aspx?ID=52157>
6. Δαγκαλίδης Α. (2011). Κλαδική μελέτη «Παραγωγή και εμπορία φαρμάκων», Τράπεζα Πειραιώς. Διαθέσιμο: [www.piraeusbankgroup.com/~media/Com/~/Greek.../Factoring.ashx](http://www.piraeusbankgroup.com/~media/Com/~/Greek.../Factoring.ashx) [10/12/2013]
7. Δασκαλόπουλος, Θ., Π., (2010), «Οικονομική Κρίση και Ψυχική Υγεία», Ανάκτηση από: [http://psi-gr.tripod.com/universal\\_economic\\_crisis\\_and\\_mental\\_health.html](http://psi-gr.tripod.com/universal_economic_crisis_and_mental_health.html)
8. Λιαρόπουλος Λ. Η κρίση σε απλά Ελληνικά διαθέσιμο απο <http://liaropoulos.wordpress.com/> (14/08/2011)
9. ΠΟΥ (2009), *The Financial Crisis and Global Health*. Ανάκτηση στις 18-5-2014 από [http://www.who.int/media centre/events/meetings/2009\\_financial\\_crisis\\_report\\_en\\_.pdf](http://www.who.int/media centre/events/meetings/2009_financial_crisis_report_en_.pdf) !"#\$!%-&'\$( 22/12/2009
10. Φωσκόλου Μ. (2012) Τι σημαίνει οικονομική κρίση; Διαθέσιμο απο [http://www.sxoliana.gr/index.php?option=com\\_content&task=view&id=555&Itemid=2](http://www.sxoliana.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=555&Itemid=2) (29/09/2012)
11. ΣΦΕΕ. (2012). Η Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 143

2012. Διαθέσιμο: <http://www.sfee.gr> [10/12/2013].
12. Εφημερίδα Euro2day (2012). Μεσοπρόθεσμο: Στο 184,9% του ΑΕΠ το χρέος το 2016. Ανακτημένο από: <http://www.euro2day.gr/news/economy/124/articles/735694/Article.aspx>
13. OECD (2012), *Health at a Glance*, retrieved in November 2012, Available in 14-5-2014 from <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>
14. Ν. 4238/ ΦΕΚ 38/ 17-02-2014 «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις», Ανάκτηση στις 18-5-2014 από <http://www.moh.gov.gr/articles/news/2275-prwtobathmio-ethniko-diktyo-ygeias-p-e-d-y>