



ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ

# ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

## ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

*« Ο αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης  
στις υπηρεσίες υγείας και στον πληθυσμό. »*

*Μαλαφούρη Δήμητρα*

Επιβλέπων Καθηγητής  
Δασίλας Απόστολος

Μάιος, 2015

## Περιεγόμενα

<u>Περιεγόμενα</u> .....	2
<u>Περίληψη</u> .....	4
<u>Abstract</u> .....	5
<u>Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>: Εισαγωγή</u> .....	6
<u>Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup> : Βιβλιογραφική Ανασκόπηση</u> .....	8
<u>Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>: Χρηματοπιστωτική Κρίση</u> .....	12
<u>3.1 Εισαγωγή</u> .....	12
<u>3.2 Τι είναι Οικονομική Κρίση</u> .....	12
<u>3.3 Ιστορική Αναδρομή</u> .....	13
<u>3.4 Χαρακτηριστικά Οικονομικής Κρίσης</u> .....	14
<u>3.5 Επιπτώσεις Οικονομικής Κρίσης</u> .....	15
<u>Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup> : Υγεία και Συστήματα Υγείας</u> .....	17
<u>4.1 Υγεία</u> .....	17
<u>4.2 Βασικά Χαρακτηριστικά Υπηρεσιών Υγείας</u> .....	18
<u>4.3 Ελληνικό Σύστημα Υγείας</u> .....	19
<u>4.3.1 Χρόνια προβλήματα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα</u> .....	21
<u>Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup> : Υγεία και Οικονομική Κρίση</u> .....	24
<u>5.1 Αλληλεπίδραση οικονομίας και υγείας</u> .....	24
<u>5.2 Οικονομική Κρίση στην Ελλάδα και Υγεία</u> .....	26
<u>5.3 Ψυχική Υγεία και Οικονομική Κρίση</u> .....	27
<u>5.4 Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας</u> .....	29
<u>5.5 Έρευνες</u> .....	31
<u>Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup> : Ερευνητική Προσέγγιση</u> .....	37
<u>6.1 Εισαγωγή</u> .....	37
<u>6.2 Στόχοι Έρευνας</u> .....	37
<u>6.3 Σχεδιασμός Ερωτηματολογίου</u> .....	37

<a href="#"><u>6.4 Αποτελέσματα Έρευνας – Ανάλυση</u></a> .....	40
<a href="#"><u>Κεφάλαιο 7<sup>ο</sup>: Συζήτηση</u></a> .....	59
<a href="#"><u>Κεφάλαιο 8<sup>ο</sup> : Συμπεράσματα</u></a> .....	61
<a href="#"><u>Βιβλιογραφία</u></a> .....	64
<a href="#"><u>Παράρτημα</u></a> .....	70

## Περίληψη

Η κοινωνικό-οικονομική κρίση αποτελεί μια θλιβερή παγκόσμια πραγματικότητα τα τελευταία χρόνια. Στην Ελλάδα από το 2009 και έπειτα η οικονομία συρρικνώνεται, τα προβλήματα από την οικονομική ύφεση γίνονται όλο και πιο σοβαρά και επηρεάζουν σημαντικούς τομείς της κοινωνίας.

Η σχέση υγείας και οικονομίας είναι μια σχέση δυναμική και αμφίδρομη. Ειδικότερα η οικονομική κρίση έχει σημαντική αρνητική επίδραση στο αγαθό της υγείας αλλά και γενικότερα στις υγειονομικές υπηρεσίες. Η εργασιακή ανασφάλεια, η εισοδηματική αβεβαιότητα, η ανεργία, οι άστεγοι, η φτώχεια, ο κοινωνικός αποκλεισμός αποτελούν φυσικά επακόλουθα της κρίσης και προκαλούν αβεβαιότητα για το μέλλον. Εκτός αυτού, οι δαπάνες των νοσοκομείων και των άλλων υγειονομικών δομών αυξάνονται με αποτέλεσμα να υπάρχει ανάγκη οικονομικής ενίσχυσης κυρίως, η οποία ωστόσο σε περιόδους οικονομικής κατάρρευσης είναι ιδιαίτερα δύσκολη.

Η παρούσα διπλωματική εργασία ερευνά το αγαθό της υγείας και πως αυτή επηρεάζεται σε περιόδους οικονομικής κρίσης τόσο για τους πολίτες όσο και για τις υγειονομικές δομές με την αύξηση των δαπανών τους. Οι επιμέρους στόχοι της έρευνας είναι: η επίδραση της οικονομικής κρίσης στο επίπεδο υγείας (σωματικής και ψυχικής) του πληθυσμού και ο οικονομικός αντίκτυπος στη δημόσια και ιδιωτική υγεία αυτής της ενδεχόμενης αρνητικής εξέλιξης. Πραγματοποιείται έρευνα με την χρήση ερωτηματολογίου σε νοσοκομεία του νομού Αχαΐας σε δείγμα 142 εργαζομένων και 167 επισκεπτών. Αρχικά όσον αφορά τα συμπεράσματα που βγήκαν από τους απλούς επισκέπτες ή συνοδούς στα νοσοκομεία, προέκυψε πως η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό την ψυχολογία των ερωτηθέντων. Τα λειτουργικά έξοδα των νοσοκομείων μειώθηκαν, οι δαπάνες για υγειονομικό υλικό μειωθήκαν με την σειρά τους. Επίσης δαπάνες για χημικά αντιδραστήρια, για φάρμακα, για ορθοπεδικό υλικό, ακόμα και οι μισθοί των υπαλλήλων διαφοροποιήθηκαν κινούμενοι σε πτωτική πορεία.

**Λέξεις Κλειδιά:** υγεία, οικονομική κρίση, ψυχική υγεία, νοσοκομεία, δαπάνες

## **Abstract**

The socio-economic crisis is sad global reality in recent years. Since 2009 in Greece the economy is shrunk, the problems of the economic downturn are becoming more severe and affect important areas of society.

The relationship between health and economy is dynamic and interactive. In particular, the economic crisis has adversely affected health goods and services. Job insecurity, income uncertainty, unemployment, homelessness, poverty, social exclusion are consequences of the crisis and cause uncertainty for the future. All the above, have a negative impact both on physical and mental health of citizens. Besides, the cost of hospitals and other health structures have been increased, resulting in a need to strengthen economic aid, which, however, in times of economic collapse is very difficult.

This master thesis investigates the good of health and how it is affected in times of economic crisis for both citizens and health structures by increasing their costs. The objectives of the survey are: the impact of economic crisis on health status (physical and mental) of the population and the economic impact on public and private health this potential downturn. To examine the relationship between crisis and mental health we conduct a survey, using a questionnaire in hospitals of Achaia in sample 142 employees and 167 visitors. Originally on the conclusions that came out of the ordinary visitors or attendants in hospitals showed that the economic crisis has greatly affected the psychology of respondents. Hospital operating expenses declined, the cost of medical supplies were reduced in turn. Also costs for chemical reagents, medicines, for orthopedic material, even the salaries of employees differentiated moving on a downward path.

**Keywords: health, economic crisis, mental health, hospitals, costs**

## Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>: Εισαγωγή

Η χρηματοπιστωτική κρίση αποτελεί μια από τις σημαντικότερες κρίσεις στην παγκόσμια οικονομία με αποτέλεσμα την ύφεση και την πτώση της απασχόλησης σε παγκόσμια κλίμακα. Η παρούσα οικονομική ύφεση έχει αρνητικές επιπτώσεις στις χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης αλλά και τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα. Η ανεργία, η ευπρόσβλητη εργασία και η ανασφάλεια ως αποτέλεσμα της κρίσης, έχουν σημαντική αρνητική επίδραση στην υγεία. Η αύξηση των ψυχικών διαταραχών, των προβλημάτων εθισμού και εξάρτησης σε ουσίες, των αυτοκτονιών και της θνησιμότητας, είναι οι πιο εμφανείς επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία του πληθυσμού, οι οποίες κατανέμονται διαφορετικά μεταξύ των κατοίκων μιας χώρας, με τις χαμηλότερα κοινωνικές τάξεις να διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο (Γιωτάκος, 2010). Εκτός από τα παραπάνω, η οικονομική κρίση προκαλεί επίσης προβλήματα στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, καθώς απειλεί τη βιωσιμότητα των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών και επιβαρύνει τη λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης. Λόγω αυτού το γεγονός, αναδεικνύεται η σημασία των κοινωνικών παραγόντων προσδιορισμού της υγείας και η ανάγκη αντιμετώπισης των κοινωνικών και οικονομικών ανισοτήτων (Γιωτάκος, 2010).

Το αγαθό «υγεία» και η οργάνωση του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα που απασχολούν τις σύγχρονες κοινωνίες, ενώ ταυτόχρονα είναι ένας από τους βασικότερους κλάδους της οικονομίας, αρωγός στην απασχόληση και στο ΑΕΠ. Σε παγκόσμια κλίμακα, η οικονομική ύφεση έχει προκαλέσει αύξηση της φτώχειας, της ανεργίας και του άγχους, τα οποία σχετίζονται με χειρότερα αποτελέσματα για την υγεία με τους δημόσιους και ιδιωτικούς προϋπολογισμούς να βρίσκονται κάτω από μεγάλη συρρίκνωση και πίεση (OECD, 2012).

Η ιδιωτική ασφάλιση είναι πλέον πολυτέλεια, δεδομένης της οικονομικής στενότητας ενώ οι φορείς δημόσιας υγείας είναι ανεπαρκείς. Αποτέλεσμα αυτής της ανεπάρκειας είναι η αύξηση και εξάπλωση συγκεκριμένων ασθενειών και η γενικότερη κατάπτωση του οικοδομήματος της υγείας στην κοινωνία (Πατελάρου, 2011).

Το ξέσπασμα της διεθνούς οικονομικής κρίσης το 2009 είχε μεγάλο αντίκτυπο στην οικονομία της Ελλάδας και ειδικότερα στον κλάδο της υγείας. Προβλήματα όπως η έλλειψη στρατηγικού σχεδιασμού διαρκείας, το χαμηλό επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η σπατάλη, είναι κάποια από τα προβλήματα που παρουσίαζε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) από την αρχή της λειτουργίας

του και εντάθηκαν με την οικονομική ύφεση. Σε κάθε οικονομική κρίση, η υγεία των κατώτερων κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων πλήττεται περισσότερο, καθώς, πέρα από την αλλαγή των διατροφικών συνηθειών, έχουν περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.

Σκοπός της εργασίας είναι να διερευνήσει τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας. Μέσα από την πρωτογενή και δευτερογενή έρευνα θα διερευνηθεί η αρνητική επίδραση της οικονομικής ύφεσης στο επίπεδο υγείας σωματικής και ψυχικής του πληθυσμού ως ενδεχόμενο άμεσο επακόλουθο της κρίσης και πως αυτό μπορεί να συνεπάγεται αύξηση των δαπανών υγείας. Ειδικότερα με τη χρήση ερωτηματολογίου που σχεδιάστηκε για τις ανάγκες της διπλωματικής εργασίας πραγματοποιήθηκε έρευνα σε μονάδες υγείας στο νομό Αχαΐας και μελετήθηκε τόσο η άποψη του πληθυσμού όσο και των ίδιων των εργαζομένων σχετικά με το σύστημα υγείας και πως η οικονομική κρίση επηρέασε την υγεία στο σύνολό της. Επιμέρους στόχοι της έρευνας είναι να ερευνηθεί αν η οικονομική κρίση δημιούργησε οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας λόγω άγχους και στενοχωρίας στους ερωτηθέντες, επίσης να παρουσιάσει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και σε ποιο βαθμό η τελευταία διαφοροποιήθηκε τα τελευταία χρόνια. Επιπλέον, ερευνάται κατά πόσο η οικονομική κρίση επηρέασε την επιλογή μεταξύ της δημόσιας και ιδιωτικής υγείας στην χώρα.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίου στις δυο κυριότερες νοσοκομειακές μονάδες του νομού Αχαΐας, το νοσοκομείο «Άγιος Ανδρέας» και το Πανεπιστημιακό νοσοκομείο στην περιοχή του Ρίου. Στην έρευνα συμμετείχαν τόσο εργαζόμενοι όσο και πληθυσμός αποτελούμενος από συνοδούς και από άτομα προς εξέταση.

Η διάρθρωση της διπλωματικής είναι ως εξής. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η έννοια της οικονομικής κρίσης ως παγκόσμιο φαινόμενο, με ιστορική αναδρομή, τα χαρακτηριστικά και τις επιπτώσεις του φαινομένου. Στη συνέχεια, στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στο αγαθό της υγείας και πιο συγκεκριμένα στις υπηρεσίες υγείας, τα βασικά χαρακτηριστικά τους με ειδικότερη αναφορά στο εθνικό σύστημα υγείας στην Ελλάδα. Το τρίτο κεφάλαιο πραγματεύεται τη σχέση της υγείας με την οικονομική κρίση στην Ελλάδα. Ειδικότερα γίνεται αναφορά στα χρόνια προβλήματα του εθνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα, και την αλληλεπίδραση μεταξύ της οικονομικής ύφεσης και της ψυχικής και σωματικής υγείας των πολιτών μέσα από την βιβλιογραφική επισκόπηση άρθρων και βιβλίων. Στο τρίτο κεφάλαιο περιλαμβάνεται ακόμα η παράθεση των συνεπειών της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας με αναφορά σε έρευνες που έχουν γίνει κατά καιρούς. Το τέταρτο κεφάλαιο αποτελεί την ερευνητική προσέγγιση της διπλωματικής με την έρευνα που λαμβάνει χώρα σε νοσοκομεία τόσο στον πληθυσμό όσο και στο προσωπικό ιατρικών μονάδων υγείας. Περιλαμβάνει επίσης την ανάλυση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από τη συλλογή των ερωτηματολογίων. Η εργασία ολοκληρώνεται με την παράθεση των συμπερασμάτων.

## **Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup> : Βιβλιογραφική Ανασκόπηση**

Ανά τακτά χρονικά διαστήματα και εξαιτίας του φαινομένου της οικονομικής κρίσης που έχει πάρει παγκόσμιες διαστάσεις από το 2007 και στην χώρα μας μετά το 2009, πολλοί ερευνητές ανά τον κόσμο έχουν μελετήσει και αναλύσει την αλληλεπίδραση της οικονομικής ύφεσης στα συστήματα υγείας των χωρών. Η οικονομική κρίση οδήγησε σε δημοσιονομικούς περιορισμούς και αυστηρά δημοσιονομικά μέτρα, ιδιαίτερα για τα κράτη μέλη εκείνα που επηρεάστηκαν περισσότερο από την ύφεση, όπως η Ελλάδα, με άμεσο αντίκτυπο στη χρηματοδότηση και τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας.

Οι Χαραλάμπους και Τρίτση (2010) αναφέρουν πως, τόσο το γενικό επίπεδο υγείας του πληθυσμού όσο και η διάχυση της καλής υγείας ισότιμα και ατομικά, εξαρτώνται από την επιρροή των ατομικών κινδύνων είτε αυτά είναι η διατροφή και η συμπεριφορά, είτε από το κοινωνικό και το πολιτισμικό πλαίσιο καθώς και τους συλλογικούς κινδύνους υγείας όπως είναι η μόλυνση του περιβάλλοντος, η διάθεση επικίνδυνων προϊόντων και οι μολυσματικές ασθένειες και, τέλος, από την οργάνωση και τη λειτουργία του συστήματος φροντίδας υγείας που προσδιορίζει την πρόσβαση και την ποιότητα των υπηρεσιών αυτών.

Η οικονομική κατάσταση των ατόμων επιδρά στους δείκτες υγείας, όπως είναι: το προσδόκιμο επιβίωσης, η νοσηρότητα, η θνησιμότητα και η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Mackenbach, 2005). Ειδικότερα, η ανεργία, η εργασία και η ανασφάλεια που προκύπτουν από μια οικονομική ύφεση, έχουν σημαντική αρνητική επίδραση στην υγεία. Η αύξηση των ψυχικών διαταραχών, των προβλημάτων εθισμού και εξάρτησης σε ουσίες, των αυτοκτονιών και της θνησιμότητας είναι οι πιο εμφανείς επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία του πληθυσμού, οι οποίες κατανέμονται διαφορετικά μεταξύ των κατοίκων μιας χώρας. Τα παραπάνω αποτελέσαν τα συμπεράσματα μελετών από πλήθος ερευνητών, οι οποίοι στην πλειοψηφία τους συμπέραναν πως υφίσταται σημαντική συσχέτιση μεταξύ της οικονομικής κατάστασης του ατόμου και του επιπέδου της υγείας του (Wagstaff, 2002).

Η παρούσα κρίση πλήττει δυσανάλογα τις χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης αλλά και τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα στο εσωτερικό των χωρών. Στις δυτικές χώρες, οι οικονομικές κρίσεις συχνά σχετίζονται με επιδείνωση των διαιτητικών συνηθειών, καθώς οι άνθρωποι στρέφονται σε φθηνό πλαστικό φαγητό (Sells, 1996).

Τα βιώσιμα συστήματα υγείας βασίζονται σε δύο σημαντικούς πυλώνες, στην αξιόπιστη πρόσβαση σε ανθρώπινο κεφάλαιο και σε αναλώσιμους πόρους. Η εξασφάλιση αυτών των εισροών απαιτεί



οικονομικούς πόρους για επενδύσεις σε κτίρια και εξοπλισμό, για μισθοδοσία του προσωπικού υγείας, για φαρμακευτικές δαπάνες και τα αναλώσιμα. Οι περισσότερες χώρες αισθάνονται συνεχή πίεση λόγω των αυξανόμενων δαπανών και των περιορισμένων πόρων. Οι πολιτικοί ιθύνοντες έχουν τρεις επιλογές: την συγκράτηση του κόστους, την αύξηση της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας ή ακόμα και τα δύο (Mossialos, 1999).

Εκτός των ψυχικών και σωματικών διαταραχών στο επίπεδο του πληθυσμού, που προκαλούνται από την οικονομική κρίση, η τελευταία δημιουργεί σημαντικά προβλήματα και στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, καθώς απειλεί τη βιωσιμότητα των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών και επιβαρύνει τη λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης. Τα συστήματα υγείας στην οικονομική κρίση αντιμετωπίζουν προβλήματα χρηματοδότησης λόγω μείωσης των κρατικών δαπανών για την υγεία λόγω της οικονομικής στενότητας και λόγω της διακοπής της εξωτερικής οικονομικής βοήθειας από τις πλουσιότερες χώρες, οι οποίες καλύπτουν ένα μεγάλο τμήμα της χρηματοδότησης για την υγεία, και οι οποίες θα επιχειρήσουν να περικόψουν τις δαπάνες τους. Τα ελλείμματα όμως που δημιουργούνται στον δημόσιο τομέα και η ανεργία που σε περιόδους οικονομικής κρίσης αυξάνεται, ασκούν ασφυκτικές πιέσεις τόσο στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης όσο και στις επιχειρήσεις υγείας ιδιωτικού χαρακτήρα, που αντιμετωπίζουν προβλήματα ρευστότητας και εξυπηρέτησης των δανειακών τους αναγκών (Mossialos, 2002).

Η οικονομική κρίση μπορεί να θέσει περιορισμούς στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης λόγω των μειωμένων πόρων δημόσιας χρηματοδότησης και των χαμηλότερων εισοδημάτων του πληθυσμού. Το τελευταίο μπορεί και έχει οδηγήσει σε αυξανόμενη ζήτηση για υγειονομικές υπηρεσίες κυρίως του δημόσιου τομέα σε πολλές χώρες. Ενώ οι συνέπειες της κρίσης σε ένα σύστημα υγείας εξαρτώνται από την κατάστασή του πριν την κρίση, καθώς και από την πολιτική αντιμετώπιση του θέματος, η προσιτή οικονομικά πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη σε περίοδο οικονομικής κρίσης έχει πάρα πολύ μεγάλη σημασία (Eurofound, 2013).

Στη Ασία, η οικονομική κρίση οδήγησε σε απότομη αύξηση ανεργίας η οποία με την σειρά της αύξησε την θνησιμότητα λόγω αύξησης των αυτοκτονιών στις χώρες αυτές. Αντίστοιχα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης η αύξηση της ανεργίας συνδέθηκε με σημαντικές βραχυπρόθεσμες αυξήσεις των πρόωρων θανάτων από εσκεμμένη βία, συμπεριλαμβανομένων ωστόσο και των αυτοκτονιών. Συμπεραίνεται επομένως πως τα ενεργά προγράμματα για την εργασία που υπάρχουν σε ορισμένες χώρες μπορούν να αποτρέψουν αρκετές δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία λόγω της οικονομικής ύφεσης. Εξαιτίας των συνεπειών στην ψυχική υγεία από την οικονομική κρίση, η σημερινή κατάσταση απαιτεί παρακολούθηση και περαιτέρω μελέτη. Δεν απαιτούνται μόνο

επαρκείς υπηρεσίες υγείας σε όσους έχουν ανάγκη αλλά και η υπεράσπιση των κοινωνικών μέτρων στήριξης έχει εξίσου μεγάλη σημασία. Στη Λατινική Αμερική, η οικονομική κρίση που ξεκίνησε το 1982 οδήγησε σε μείωση των δημοσίων δαπανών για την υγεία επηρεάζοντας δυσανάλογα τις φτωχότερες και πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες όπως συμβαίνει αντίστοιχα και σε άλλες χώρες (Musgrove, 1987).

Είναι γνωστό πως η φτώχεια είναι η κυριότερη αιτία νοσηρότητας και θανάτου στον κόσμο. Γι' αυτό άλλωστε η οικονομική ανάπτυξη όχι μόνο οδηγεί στη βελτίωση των δεικτών υγείας ενός πληθυσμού, αλλά μειώνει τις δαπάνες υγείας λόγω ακριβώς αυτής της βελτίωσης. Σήμερα, λοιπόν, που η Ελλάδα βιώνει μια βαθιά και πολύπλευρη δημοσιο-οικονομική κρίση, μειώνονται μισθοί και συντάξεις, απολύονται εργαζόμενοι και κλείνουν πολλές επιχειρήσεις, ο ελληνικός πληθυσμός αντιμετωπίζει νέες απειλές για την υγεία του, τις επιπτώσεις των οποίων η χώρα αντιμετωπίζει ήδη σε μεγάλο βαθμό.

Οι αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης αφορούν τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική υγεία του πληθυσμού. Η τελευταία απειλείται στο μέγιστο βαθμό, καθώς υπάρχει μια σχέση ιδιαίτερα στενή ανάμεσα στην ψυχική υγεία και τις διαταραχές που έχουν σχέση με τα οικονομικά προβλήματα. Το ζήτημα των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία απασχολεί ιδιαίτερα την επιστημονική κοινότητα ενώ τονίζεται η ανάγκη παροχής της κατάλληλης παρέμβασης από τα συστήματα υγείας (Kentikelenis et al, 2011).

Στις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, και κατόπιν των πολιτικών αλλαγών όπως ήταν η κατάρρευση του Κομμουνισμού και πιο συγκεκριμένα την περίοδο 1991-1994, όταν το εισόδημα μειώθηκε κατά 30%, οι θάνατοι από τις υπόλοιπες αιτίες αυξήθηκαν κατά 20% και οι αυτοκτονίες κατά 40%. Τα ποσοστά αυτά ήταν πιο υψηλά σε χώρες όπου οι κοινωνικό-οικονομικές αλλαγές έγιναν γρήγορα, το δίκτυο κοινωνικής προστασίας ήταν αδύναμο και η κοινωνική συνοχή χαμηλή. Η παρούσα οικονομική κατάσταση στην Ευρώπη μπορεί να συγκριθεί με τις μεγαλύτερες οικονομικές κρίσεις του προηγούμενου αιώνα, ενώ πληθώρα επιδημιολογικών μελετών προβάλλει τη θετική συσχέτιση μεταξύ ανεργίας ή χαμηλότερου εισοδήματος και επιβαρυσμένης ψυχικής υγείας (Τσουλφίδης, 2009).

Μελετώντας τις υπάρχουσες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί κατά καιρούς, μπορεί να διαπιστώσει κανείς την αρνητική επιρροή των οικονομικών υφέσεων στη ψυχική υγεία, μέσα από την αύξηση των αυτοκτονιών, των ανθρωποκτονιών αλλά και των ψυχικών διαταραχών (Marmot & Bell, 2009) ενώ παρατηρείται ισχυρή συσχέτιση μεταξύ οικονομικής ανέχειας και εμφάνισης καταθλιπτικής διαταραχής (Butterworth et al, 2009). Παράγοντες όπως το χαμηλό εισόδημα, η ανασφάλεια, η απελπισία, η κοινωνική μεταβολή, ο κοινωνικός αποκλεισμός αλλά και η

συνοσηρότητα με σωματικά νοσήματα ενισχύουν την συναισθηματική και ψυχική ευαλωτότητα των ανθρώπων που βρίσκονται αντιμέτωποι με μια ισχυρή οικονομική κρίση (Patel & Kleinman, 2003). Σημαντικό ρόλο στην «ψυχολογική ανάταση» των ανθρώπων αυτών παίζουν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους (Tivendell & Bouronnais, 2008), τα χαρακτηριστικά που αντικατοπτρίζουν την ανάγκη αίσθησης ελέγχου των καταστάσεων και τα ατομικά χαρακτηριστικά που αφορούν στο γενικό αίσθημα αυτοεκτίμησης και προσωπικής αξίας.

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Stuckler το 2009 σε 26 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, έδειξε ότι η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνδέεται με παράλληλη αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,79%. Αντίθετα, η ίδια έρευνα ανέδειξε μείωση της θνησιμότητας από τροχαία ατυχήματα κατά 1,39% και μη στατιστικά σημαντική σχέση με τη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα και τη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες. Στην περίπτωση κατά την οποία ο δείκτης ανεργίας αυξάνεται περισσότερο από 3% για μακρά περίοδο, η επίπτωση στη θνησιμότητα από αυτοκτονίες ανέρχεται σε 4,5%. Επίσης, παρατηρείται υψηλή θνησιμότητα από κατάχρηση οινοπνευματωδών ουσιών, διαπίστωση η οποία θεμελιώνει σημαντικά την υπόθεση ότι η ανεργία συνδέεται με ψυχολογικές διαταραχές. Η ανάλυση κατά φύλο και ηλικιακή ομάδα έδειξε ότι η αύξηση της ανεργίας προκαλεί αύξηση της θνησιμότητας από αυτοκτονίες και ισχαιμική καρδιοπάθεια στους άνδρες νέας ηλικίας, ενώ στην ηλικία μεγαλύτερη των 60 ετών δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική σχέση (Stuckler et al., 2009).

Αυτό σημαίνει πως η αντιμετώπιση μιας σημαντικής οικονομικής ύφεσης, δεν πρέπει να γίνει με τέτοιο τρόπο που να προκαλέσει μακροχρόνια καταστροφή της υγείας, καθώς μέσα από αυτήν οι άνθρωποι δεν θα καταφέρουν να αναρρώσουν ακόμη και αν η οικονομία επανέλθει σε φυσιολογικούς ρυθμούς. Όπως διαμηνύεται συμπερασματικά από τον Frenk «το χειρότερο που μπορεί να κάνει κανείς είναι να μειώσει τον προϋπολογισμό για την υγεία». Οι κυβερνήσεις θα πρέπει να επικεντρωθούν στο να μειώσουν τις σπατάλες και να βελτιώσουν την αποδοτικότητά (Frenk, 2009).

## **Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>: Χρηματοπιστωτική Κρίση**

### ***3.1 Εισαγωγή***

Τα τελευταία χρόνια, η παγκόσμια κοινότητα αντιμετωπίζει μια μεγάλης έντασης, οικονομική κρίση, η οποία, αν και εκδηλώθηκε αρχικά στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής με επίκεντρο τις τράπεζες και ειδικότερα την αδυναμία εξυπηρέτησης των δανείων που αφορούσαν σπίτια, σύντομα εξαπλώθηκε με γρήγορους ρυθμούς παγκοσμίως. Η χρηματοπιστωτική κρίση επεκτάθηκε ταχύτατα στις αναπτυγμένες χώρες και στη συνέχεια σε ολόκληρο τον κόσμο, με δραματικές επιπτώσεις στο τραπεζικό σύστημα και τις επιχειρήσεις. Σύμφωνα με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (Δ.Ν.Τ.), «η κρίση μεταφέρεται με σφοδρότητα στην πραγματική οικονομία, με αποτέλεσμα την ύφεση και την πτώση της απασχόλησης» (Marmot & Bell, 2009).

Η αντίδραση των χωρών για την αντιμετώπιση της κατάστασης αυτής ήταν άμεση σε ότι αφορά τη λήψη μέτρων. Τα μέτρα αυτά, αν και από χώρα σε χώρα, ήταν διαφορετικά, είχαν και έχουν έναν κοινό σκοπό, τη βελτίωση της ρευστότητας, την κινητοποίηση των επενδύσεων με σκοπό την αναθέρμανση της οικονομίας και τη συγκράτηση της απασχόλησης με παράλληλη μείωση της ανεργίας.

Από την άλλη πλευρά, οι χώρες με μικρότερη κλίμακα ανάπτυξης, και ιδιαίτερα όσες δεν έχουν αναπτυγμένα συστήματα κοινωνικής προστασίας, αντιμετωπίζουν σημαντικό κίνδυνο εξαιτίας της οικονομικής ύφεσης. Η ελληνική οικονομία με την σειρά της δυστυχώς, βρίσκεται στη δίνη μιας διεθνούς κρίσης όπου οι ανατροπές στο εργασιακό, στο ασφαλιστικό και στο συνταξιοδοτικό καθεστώς, οι περικοπές μισθών και η μείωση του απασχολούμενου προσωπικού τα τελευταία έξι χρόνια, δημιουργούν αισθήματα αγωνίας, αβεβαιότητας και ανασφάλειας (Birdsall, 2009).

### ***3.2 Τι είναι Οικονομική Κρίση***

Οικονομική κρίση ή οικονομική ύφεση ή χρηματοπιστωτική κρίση, είναι το φαινόμενο κατά το οποίο μια οικονομία χαρακτηρίζεται από μια συνεχή και αισθητή μείωση της οικονομικής της δραστηριότητας. Με τον όρο, οικονομική δραστηριότητα αναφέρονται 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).

Η χρηματοπιστωτική κρίση, αποτελεί τη μία από τις δύο φάσεις των οικονομικών διακυμάνσεων και συγκεκριμένα τη φάση της καθόδου, κατά την οποία, η οικονομική δραστηριότητα βρίσκεται συνεχώς σε μια συρρίκνωση και πτώση. Οι οικονομικές διακυμάνσεις μπορούν να οριστούν ως οι διαδοχικές αυξομειώσεις της οικονομικής δραστηριότητας μέσα σε μια οικονομία. Ονομάζονται αλλιώς και κυκλικές διακυμάνσεις ή οικονομικοί κύκλοι. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, αποδίδουν το φαινόμενο με τον όρο «business cycles», με σκοπό να τονίσουν την ιδιαίτερη βαρύτητα που έχουν οι επενδύσεις στην εξέλιξη του οικονομικού κύκλου (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2009).

Ωστόσο, η έννοια της οικονομικής κρίσης ως πολυδιάστατη που είναι, έχει αναλυθεί ποικιλοτρόπως για να αποδοθεί με μια λέξη ότι υπάρχει ένα δύσκολο οικονομικό πρόβλημα, ότι διανύεται μια δύσκολη περίοδο οικονομικής ανωμαλίας ή βρίσκεται η χώρα σε δύσκολη οικονομική κατάσταση. Περιγράφει με άλλα λόγια μια απρόβλεπτη οικονομική κατάσταση, η οποία χαρακτηρίζεται από ένταση, αιφνιδιασμό και ανασφάλεια. Μπορεί να αφορά μια εταιρεία ή και περισσότερες επίσης και ένα ολόκληρο κράτος, καθώς μπορεί να επηρεάσει τις οικονομικές συνθήκες περισσότερων κρατών ταυτόχρονα και μπορεί να επιφέρει δυσμενή αποτελέσματα (Κουφάρης, 2010).

### ***3.3 Ιστορική Αναδρομή***

Η οικονομική κρίση που επικρατεί τα τελευταία χρόνια δεν είναι η μοναδική στην ιστορία όσον αφορά την παγκόσμια οικονομία. Υπάρχουν και άλλες κρίσεις οικονομικής φύσης που έχουν κατά καιρούς παρουσιαστεί στο παγκόσμιο στερέωμα και μπορούν να αναφερθούν ως προγενέστερες μορφές. Αρχικά, η κρίση την περίοδο 1929-1933 ήταν μια κρίση υπερπαραγωγής. Οι συνέπειες για τις Ηνωμένες Πολιτείες, ήταν η μείωση της βιομηχανικής παραγωγής κατά ένα ποσοστό κοντά στο 50%, το κλείσιμο σχεδόν ενός εκατομμυρίου μικρομεσαίων επιχειρήσεων και ένας μεγάλος αριθμός από εκατομμύρια ανέργους. Εκείνο το έτος σημειώθηκε το κραχ στην Wall Street, ή αλλιώς η "Μαύρη Πέμπτη" όπως έγινε γνωστό το γεγονός στην ιστορία. Το κραχ οδήγησε την αμερικανική και παγκόσμια οικονομία σε μία πρωτοφανή κρίση, που κατέληξε στην ύφεση της δεκαετίας του 1930. Οι συνέπειες στην οικονομία ήταν τεράστιες καθώς εκατομμύρια οικογένειες της μεσαίας τάξης έχασαν τις οικονομίες τους. Μέσα σε τρία χρόνια, το ΑΕΠ των ΗΠΑ είχε μειωθεί κατά το ήμισυ, ενώ ένας στους τρεις Αμερικανούς ήταν άνεργος και οι τράπεζες έκλεισαν το 1933. Έπειτα ακολούθησε η πετρελαϊκή κρίση ή αλλιώς «σιωπηρή κρίση», το 1973 και των

αρχών του 1980 η οποία και έθεσε υπό αμφισβήτηση το κεϋνσιανό υπόδειγμα και οδήγησε στην ανάδειξη διαφορών νέων προσεγγίσεων για την ύπαρξη κυκλικών διακυμάνσεων όπως αυτά αναφερθήκαν παραπάνω.

Ωστόσο οι οικονομικές κρίσεις δεν σταματάνε εδώ. Αργότερα τον Οκτώβριο του 1987, ο δείκτης Dow Jones έχασε το ένα σημαντικό ποσοστό της αξίας του μέσα σε λίγες ώρες, δίνοντας το έναυσμα για ένα μαζικό ξεπούλημα μετοχών στην Ευρώπη και την Ιαπωνία. Ο κίνδυνος χρεοκοπίας μεγάλων αμερικανικών τραπεζών ήταν πλέον ορατός, με αποτέλεσμα η Fed και άλλες μεγάλες κεντρικές τράπεζες να ρίξουν δραστικά τα επιτόκια (Τσουλφίδης, 2009). Έπειτα ήρθε η κρίση που ξέσπασε όταν το επενδυτικό fund Long-Term Capital Market (LTCM) βρέθηκε σε δεινή θέση μετά την κρίση που ξέσπασε στην Ασία, τη Ρωσία και τη Βραζιλία τη διετία 1997-1998.

Από το τέλος του δευτέρου παγκοσμίου πολέμου ως σήμερα όλες οι ελληνικές κυβερνήσεις στήριζαν το μοντέλο «ανάπτυξης» της οικονομίας στον εξωτερικό δανεισμό. Η παραγωγική βάση της χώρας συρρικνώθηκε ενώ οι φορολογικές μεταρρυθμίσεις απέβαιναν πάντοτε προς όφελος του μεγάλου κεφαλαίου και σε βάρος της εργατικής τάξης και των φτωχών λαϊκών στρωμάτων. Το εξωτερικό δημόσιο χρέος εκτινάχθηκε για να φτάσει σήμερα στο 150% περίπου του ΑΕΠ. Η είσοδος της χώρας στην Ε.Ε. και την ΟΝΕ δεν οδήγησε σε πλεονάσματα της ελληνικής οικονομίας και κατά συνέπεια σε μείωση του χρέους.

Σύμφωνα με τους Kindleberger (1978) και Minsky (1972), οι κρίσεις περιλαμβάνουν μεγάλες πτώσεις των τιμών των μετοχών, καταρρεύσεις τραπεζών και άλλων ιδρυμάτων, αποπληθωρισμό, διαταραχές στις ξένες αγορές ή συνδυασμό των παραπάνω. Η εν λόγω κρίση έγινε ορατή τον Σεπτέμβριο του 2008 με τη κατάρρευση της Lehman Brothers, τις συγχωνεύσεις Merrill Lynch και Bear Sterns και τις κρατικοποιήσεις χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων όπως οι Fannie Mae και Freddie Mac. Είναι αξιοσημείωτο ότι σημάδια της επερχόμενης κρίσης υπήρχαν από το 2006, αλλά δυστυχώς δεν δόθηκε η απαιτούμενη προσοχή εκείνη την περίοδο (Τσουλφίδης, 2009).

### ***3.4 Χαρακτηριστικά Οικονομικής Κρίσης***

Στην εποχή της παγκοσμιοποίησης, η κρίση της οικονομίας που αρχικά εκδηλώθηκε στην αμερικανική αγορά δανείων μειωμένης εξασφάλισης, εξαπλώθηκε γρήγορα στις χρηματοπιστωτικές αγορές, ενώ έχει ήδη δείξει και σοβαρές επιπτώσεις στις πραγματικές οικονομίες, κυρίως με την εξελισσόμενη ύφεση του ανεπτυγμένου κόσμου. Από το 2008 και έπειτα παρατηρείται, κατάρρευση επενδυτικών και τραπεζικών κολοσσών, σημαντική πτώση

χρηματιστηριακών αξιών και μείωση των κερδών σε σημαντικούς κλάδους, όπως αυτοί της αυτοκινητοβιομηχανίας και των κατασκευών.

Η παγκόσμια οικονομική κρίση σε σχέση με την Ελλάδα ανάδειξε από τη μια μεριά την εμφανή αδυναμία του ελληνικού καπιταλιστικού συστήματος να ανταποκριθεί και από την άλλη την αδυναμία της Ε.Ε. να διαχειριστεί την κρίση προς όφελος των λαϊκών συμφερόντων. Η ύφεση που παρατηρήθηκε στην παγκόσμια οικονομία και το 1929 και το 2007 οδήγησε σε μεγαλύτερη φτώχεια και εξαθλίωση. Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα δεν είναι μια απλή συνέπεια της πρόσφατης παγκόσμιας χρηματοοικονομικής κρίσης, αλλά οφείλεται σε βαθιές παθογένειες της Ελληνικής οικονομίας που συσσωρεύτηκαν κατά τη διάρκεια δεκαετιών (Λαπαβίτσας, 2010).

Η Ελλάδα είχε δημιουργήσει όλες εκείνες τις προϋποθέσεις οι οποίες θα επέτρεπαν μια οικονομική κατάρρευση ανεξάρτητα από την παγκόσμια κρίση που ξέσπασε. Η αύξηση του δημόσιου χρέους προήλθε από την αντίστοιχη αύξηση του εξωτερικού δανεισμού. Η προσφυγή στον εξωτερικό δανεισμό έγινε για έργα συγκοινωνιακής, αγροτικής και αστικής υποδομής όπως αναφέρουν οι Βαγιανός και Χαλάσιος (2011). Ένα από τα χαρακτηριστικά της σύγχρονης παγκόσμιας οικονομικής κρίσης είναι ότι ξεκίνησε από τον βιομηχανοποιημένο κόσμο, ενώ αντίστοιχες προηγούμενες κρίσεις στη δεκαετία του '80 και του '90 άρχισαν στις αναπτυσσόμενες χώρες. Κάθε κρίση ανεξάρτητα από τη μορφή της, το κράτος ή υπηρεσία ή τον οργανισμό στον οποίο ανακύπτει χαρακτηρίζεται από τα εξής: είναι κλιμακούμενη σε ένταση, επικρατεί υψηλό αίσθημα ανασφάλειας και κινδύνου, επηρεάζονται οι συνθήκες λειτουργίας και ρυθμοί, διακινδυνεύει να πληγεί η δημόσια / διεθνής εικόνα της μονάδας / χώρας, καταλήγει σε έλεγχο από αρμόδια διακρατικά /κρατικά ή και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (Λαπαβίτσας, 2010).

### ***3.5 Επιπτώσεις Οικονομικής Κρίσης***

Στις χώρες όπου το εισόδημα των κατοίκων είναι σε χαμηλά επίπεδα, οι οικονομικές επιπτώσεις είναι περισσότερο ευδιάκριτες. Μέσα από την μειωμένη κατανάλωση, τον σημαντικά χαμηλό αριθμό ξένων επενδύσεων, υπάρχει αύξηση της ανεργίας, μείωση της απασχόλησης και κατ' επέκταση μείωση των εισοδημάτων. Η οικονομική ύφεση στην Ελλάδα έχει προκαλέσει ανησυχία στην παγκόσμια οικονομική κοινότητα (Οικονόμου κ.α, 2012). Οι έρευνες και οι αναλύσεις αποδεικνύουν ότι οι κύριες πηγές της ανεπάρκειας είναι οι σοβαρές διαρθρωτικές αδυναμίες στη δημόσια διοίκηση, την οικονομία και την κοινωνία που οδηγούν σε γραφειοκρατία, διαφθορά, χαμηλή ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών και υψηλό κόστος (Grammatikopoulos et al, 2011).

Σύμφωνα με ακαδημαϊκούς και οικονομικούς αναλυτές, η σημαντικότερη αιτία που προκάλεσε την αύξηση του χρέους της ελληνική οικονομίας και που είχε ως αποτέλεσμα την κατάρρευση της οικονομίας, είναι η αναποτελεσματική και αντιπαραγωγική δημόσια διοίκηση. Δυστυχώς τόσο η δομή όσο και η οργάνωση των δημοσίων οργανισμών θεωρείται ακόμα και σήμερα γραφειοκρατική με έλλειψη συστημάτων τεκμηρίωσης. Ακόμη, οι πολιτικές διαμορφώνονται περισσότερο από τις αντιλήψεις των ηγετών, την πίεση της κοινής γνώμης, τα επαγγελματικά και οικονομικά συμφέροντα και λιγότερο από ένα ορθολογικό σύστημα με καθορισμένες προτεραιότητες και στρατηγικές λήψεων απόφασης (Οικονομου, 2010).

Η οικονομική κρίση προκαλεί δραματικές επιπτώσεις στην κοινωνική ζωή, δεδομένου ότι η μείωση ή και η απουσία εισοδήματος προκαλεί απώλειες στην ευημερία και ωθεί μεγάλα τμήματα του πληθυσμού στη φτώχεια. Το διεθνές εμπόριο, ο ρυθμός της οικονομικής ανάπτυξης και η απασχόληση αντανακλούν σε μεγάλο βαθμό την κατάσταση στην οποία βρίσκεται η διεθνής οικονομία. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης διαφοροποιούνται όχι μόνο μεταξύ των χωρών, όπου οι χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης πλήττονται όπως είναι αναμενόμενο σε μεγαλύτερο βαθμό από τις αναπτυγμένες χώρες, αλλά και στο εσωτερικό των χωρών, έτσι ώστε οι εργάτες χειρωνακτικής εργασίας και τα άτομα με χαμηλή εκπαίδευση να υφίστανται τις πλέον δυσμενείς επιπτώσεις σε σχέση με τα άτομα υψηλής εκπαίδευσης της μεσαίας και ανώτερης τάξης (Marmot, 2009).

Μπορεί η παγκοσμιοποίηση να έχει θετικές επιδράσεις σε χώρες όπως είναι η Ινδία, η Κίνα και άλλες, καθώς μειώθηκε η ανεργία, εντούτοις η πτώση του διεθνούς εμπορίου είχε ως αποτέλεσμα να κρίνεται αναγκαία η ρύθμιση των αγορών και η κρατική παρέμβαση στους κανόνες επιχειρηματικής δραστηριότητας και διανομής των δημοσίων αγαθών (Stiglitz, 2006).



## **Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup> : Υγεία και Συστήματα Υγείας**

### **4.1 Υγεία**

Η υγεία ως αγαθό, θεωρείται ως ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία μιας χαρούμενης και ευτυχισμένης ζωής. Στη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας ο όρος «υγεία» διέφερε στους διάφορους πολιτισμούς. Στους περισσότερους από αυτούς θεωρούνταν ως ένα είδος αρμονίας όχι μόνο μέσα στο άτομο αλλά και μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντός του (Πράπα, 2008).

Ωστόσο ο όρος «υγεία» εξακολουθεί να μην έχει έναν κοινά αποδεκτό ορισμό. Η Florence Nightingale, Βρετανίδα στατιστικός και πρωτοπόρος της σύγχρονης νοσηλευτικής (Αθανάτου, 2007), γράφει ότι η «υγεία δεν είναι μόνο το αίσθημα της ευεξίας, αλλά η ικανότητα να χρησιμοποιεί ο άνθρωπος σωστά κάθε δυνατότητα που διαθέτει».

Πρώτη απόπειρα για επίτευξη συμφωνίας σχετικά με τον όρο «υγεία» έγινε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), ο οποίος, το 1946, στην ιδρυτική του διακήρυξη, όρισε την υγεία ως «μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, όχι μόνο απουσία νόσου ή αναπηρίας». Αυτό ωστόσο, αποτελεί περιγραφή μιας ιδανικής κατάστασης, παρά μια απλή σύλληψη της υγείας (Αθανάτου, 2007).

Είναι πολύ δύσκολο να δοθεί ένας πλήρης ορισμός της «υγείας» που να καλύπτει όλα τα χαρακτηριστικά και τις προεκτάσεις της, μπορούμε ωστόσο να αναφερθούν κάποιοι παράγοντες, που φαίνονται να σχετίζονται με αυτόν τον ορισμό. Η κατάσταση της υγείας μπορεί να αποτελεί μια δυναμική ισορροπία μεταξύ των ατομικών (π.χ. φυσιολογία, συμπεριφορά, ψυχολογικοί παράγοντες, στρες) και των περιβαλλοντικών συστημάτων (π.χ. πολιτισμός, οικονομία, συνθήκες κ.λπ.). Η ισορροπία χαρακτηρίζεται ως δυναμική, γιατί η υγεία δεν είναι μια σταθερή κατάσταση, αλλά μεταβάλλεται με το πέρασμα του χρόνου. Ακόμα και μετά από μια σημαντική μεταβολή της, συχνά υπάρχουν στοιχεία (όπως οι ικανότητες του ατόμου, η κοινωνική υποστήριξη, η ιατρική βοήθεια) που επαρκούν ώστε να επαναφέρουν την κατάσταση της ισορροπίας (Πράπα, 2008).

Ωστόσο, το τελευταίο δεν είναι πάντα εφικτό. Επομένως, ο βαθμός υγείας ενός ατόμου ή ενός πληθυσμού, μπορεί να προσδιοριστεί για μια συγκεκριμένη στιγμή και παροδικά παρά μόνιμα. Η υγεία δεν αποτελεί το αντίθετο της ασθένειας, ωστόσο, συμπεριλαμβάνει έννοιες όπως η ευεξία και η ποιότητας ζωής. Για τον προσδιορισμό της υγείας είναι ιδιαίτερος σημαντική η κατανόηση της αλληλεξάρτησης μεταξύ των βιολογικών, των ψυχολογικών και των κοινωνικό-οικονομικών παραγόντων που δρουν κάθε στιγμή και σε συνεχή «αλληλεπίδραση». Η υγεία δεν είναι μόνο ένα

ατομικό ζήτημα, αλλά και ένα πολιτισμικό ζητούμενο. Υπ' αυτή την έννοια, η υγεία σχετίζεται με την έννοια του βαθμού «πληρότητας», όπως αυτή την κατανοεί και την προσδιορίζει το άτομο ανάλογα με τις πεποιθήσεις και τις δυνατότητές του, καθώς και ανάλογα με τις υπάρχουσες κοινωνικές αξίες.

Από τα παραπάνω διαφαίνεται ότι η έννοια «υγεία» μπορεί να έχει πολλούς «ορισμούς». Μπορεί να οριστεί ως απουσία συμπτωμάτων ή νόσου (αρνητικός ορισμός), ως σωματική ικανότητα (λειτουργικός ορισμός), ως ικανότητα άσκησης ρόλων (συναισθηματική λειτουργικότητα) ή, όπως ορίζει ο ΠΟΥ, ως μια θετική κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ευεξίας (θετικός ορισμός).

Στο πλαίσιο αυτό, οι διαφορετικές προσεγγίσεις συνθέτουν μια ολική εικόνα του φαινομένου που το συσχετίζουν όχι μόνο με τις κοινωνικό-οικονομικές μεταβλητές, αλλά και με τις κοινωνικές και ατομικές αναπαραστάσεις τους, καθώς και με τις διασυνδέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ τους (Πράπα, 2008).

Στην Ελλάδα, ο κλάδος της Υγείας είναι ίσως ο κλάδος που αντιμετωπίζει τις σημαντικότερες, από άποψη μεγέθους μεταρρυθμίσεις, αλλαγές, προκλήσεις στο μέλλον. Οι προκλήσεις αυτές από την επιτυχή διαχείριση των οποίων θα εξαρτηθεί σε μεγάλο βαθμό η αποδοτικότητα των οργανισμών υγείας και η αποτελεσματικότητα των κυβερνητικών πολιτικών για την Υγεία, θα προέρχονται κυρίως από τα αυξημένα επίπεδα ποιότητας, ασφάλειας και ρυθμιστικών επιπέδων των υπηρεσιών Υγείας, τις αυστηρότερες κυβερνητικές πολιτικές, τις αυξημένες προσδοκίες και απαιτήσεις των ασθενών, τους περιορισμούς των προϋπολογισμών των ασφαλιστικών ταμείων, τη γήρανση του πληθυσμού και την πιθανότητα συνεχών εξαγορών, συγχωνεύσεων ή και «ιδιωτικοποιήσεων». Με τέτοιες μεγάλες αλλαγές, που συνεχώς θα εντείνονται, τίθεται το ερώτημα με ποιο τρόπο οι υπεύθυνοι των νοσοκομείων και των λοιπών οργανισμών Υγείας θα σχεδιάζουν τις στρατηγικές τους και θα αποκτούν την απαραίτητη πληροφόρηση και γνώση για να μπορούν να προσδιορίζουν έγκαιρα κατά πόσον αυτές εκτελούνται επιτυχώς (Παπαδόπουλος, 2005).

## **4.2 Βασικά Χαρακτηριστικά Υπηρεσιών Υγείας**

Οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να έχουν συγκεκριμένα βασικά χαρακτηριστικά, ώστε να μπορούν να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τις ανάγκες του πληθυσμού. Αυτά τα βασικά χαρακτηριστικά είναι: Η διαθεσιμότητά τους στον πληθυσμό, σε κάθε ζήτηση ιατροφαρμακευτικής φροντίδας και περίθαλψης. Η δυνατότητα των πολιτών να τις προσπελάσουν για να τις χρησιμοποιήσουν στη διάρκεια ολόκληρης της ημέρας. Η προσφορά υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό δεν περιορίζεται

μόνο στο στάδιο της αντιμετώπισης μιας ασθένειας, αλλά καλύπτει επίσης και τα στάδια πριν και μετά την εμφάνισή της. Επομένως, πρέπει να είναι εξασφαλισμένη η συνέχεια της προσφοράς τους. Η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας και η συνέχεια της προσφοράς τους δε σημαίνει ταυτόχρονα και επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι πολίτες που τις χρησιμοποιούν. Πέρα από αυτό πρέπει οι πολίτες να τις αποδέχονται (Λιαρόπουλος, 2010).

### **4.3 Ελληνικό Σύστημα Υγείας**

Η πορεία ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα είναι συνδεδεμένη με τις κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές εξελίξεις που επικράτησαν στη χώρα ιδιαίτερα μετά την ανεξαρτησία της. Παρά τα βήματα προόδου που έγιναν, υπάρχουν σημαντικά προβλήματα οργάνωσης και δομής, αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας, ελλείψεις και ανεπάρκειες. Ο υγειονομικός τομέας παρέμεινε ένα από τα λιγότερο αναπτυγμένα κοινωνικό-οικονομικά υποσυστήματα. Αποτελεί έναν τομέα που χρήζει προσοχής, βελτίωσης και οργάνωσης. Παρόλα αυτά αποτελεί ένα ανοικτό σύστημα που συνέχεια αναπτύσσεται και προσαρμόζεται, χωρίς ποτέ να ολοκληρώνεται (Θεοδώρου, 2001).

Στο πέρασμα των αιώνων τα νοσοκομεία προσαρμόζονταν στο τρόπο με τον οποίο προσεγγίζονταν οι κοινωνικές ανάγκες σε κάθε εποχή. Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, τα συστήματα υγείας αναπτύχθηκαν και ωρίμασαν αμέσως μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο. Το Ελληνικό κράτος αντίθετα ήταν απρόθυμο και οικονομικά αδύναμο να ακολουθήσει την περίοδο αυτή επεκτατική πολιτική στον τομέα της υγείας. Η έννοια του οργανωμένου συστήματος υγείας ξεκινάει για την Ελλάδα το 1952 με το νόμο 2593/52, ο οποίος έθεσε για πρώτη φορά τις βάσεις για την οργάνωση των μονάδων υγείας και την καθιέρωση των νοσηλίων. Οι έως τότε προσπάθειες, όπως η ίδρυση του Ναυτικού Απομαχικού Ταμείου (Ν.Α.Τ.) το 1938 (η λειτουργία του ξεκίνησε το 1861), η ίδρυση του Υπουργείου Υγείας το 1922 (Υπουργείο Υγιεινής Πρόνοιας και Αντίληψης) και η ίδρυση του ΙΚΑ το 1935, αποτέλεσαν τα πρώτα βήματα για τη δημιουργία ενός στοιχειώδους συστήματος φροντίδας υγείας. Σε όλο αυτό το διάστημα, οι δαπάνες για την υγεία διατηρούνται σε χαμηλά ποσοστά, ενώ το ποσοστό των ανασφάλιστων στη χώρα είναι μεγαλύτερο από 50% (κυρίως ο αγροτικός και ημιαστικός πληθυσμός) (Κωσταγιόλας, 2008).

Με το νόμο 2592/1953 «περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως» καθιερώθηκε ένα ενιαίο πλαίσιο ορθολογικής και επιστημονικής οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας στη χώρα με βάση τον πληθυσμό, τα επιδημιολογικά του χαρακτηριστικά και τον υπάρχοντα εξοπλισμό. Η νοσοκομειακή περίθαλψη την περίοδο αυτή παρέχεται από κρατικά νοσοκομεία με χαρακτήρα Νομικών Προσώπων Δημοσίου ή Ιδιωτικού Δικαίου (μη κερδοσκοπικά) και ιδιωτικές κλινικές. Μετά την

πτώση της δικτατορίας, το 1974, το πολιτικό ενδιαφέρον επικεντρώθηκε σε θέματα κοινωνικής πολιτικής με ιδιαίτερη έμφαση στον τομέα της υγείας. Το 1983 χαρακτηρίζεται από τη θεσμοθέτηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και της κρατικής ευθύνης για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες. Ο Νόμος 1397/83 αποτελεί την κορύφωση της πορείας προς τη δημιουργία ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Ιδεολογικό πυρήνα της μεταρρύθμισης του 1983 αποτέλεσε η αρχή ότι η «υγεία είναι κοινωνικό αγαθό που δεν υπακούει στους νόμους του κέρδους». Στο πλαίσιο αυτό, την ευθύνη για τη χρηματοδότηση του συστήματος ανέλαβε το κράτος, με στόχο την αύξηση των δημόσιων δαπανών υγείας στο 4,5 - 5% του ΑΕΠ και αντίστοιχη μείωση των ιδιωτικών πληρωμών.

Η υγεία, ως κοινωνικό αγαθό, δεν υπόκειται στους νόμους του κέρδους και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται σε όλους τους πολίτες ισότιμα, ανεξάρτητα της κοινωνικο - οικονομικής τους θέσης. Το 2000 ξεκίνησε με το σχέδιο μεταρρύθμισης «Υγεία για τον πολίτη», Νόμος 2889/2001. Με το Νόμο 2889/2001 εισήχθησαν, για πρώτη φορά στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα, στοιχεία οικονομίας της αγοράς καθώς και στοιχεία σύγχρονων μεθόδων διοίκησης των νοσοκομείων, υπαγορευμένα από τις διεθνείς τάσεις για τον περιορισμό του κόστους και για τη βελτίωση της ποιότητας. Η όλη προσπάθεια χαρακτηρίζεται σήμερα ως ημιτελής, αφού η αντικατάσταση του εμπνευστή της αλλά και η αλλαγή της κυβέρνησης που την ενστερνίσθηκε, οδήγησαν στη σταδιακή εξασθένηση των στόχων της. Το 2005 τα Πε.Σ.Υ. μετονομάστηκαν σε ΔΥΠΕ με το Νόμο 3329/2005, ενώ προβλέφθηκε και μία σειρά αλλαγών που δεν μπορούν ωστόσο να κριθούν εξαιτίας του μικρού χρονικού διαστήματος από την εφαρμογή τους (Κωσταγιόλας, 2008).

Συνοπτικά, το Ελληνικό υγειονομικό σύστημα τα τελευταία χρόνια βρίσκεται σε μία συνεχή διαδικασία δομικών και οργανωτικών αλλαγών, χωρίς όμως να θεωρείται ένα καλά οργανωμένο και αποτελεσματικό σύστημα μέχρι σήμερα. Η οικονομική κρίση όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο έχει επηρεάσει αρνητικά με την σειρά της και τις νοσοκομειακές και υγειονομικές δομές της χώρας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η υγεία των πολιτών ως μονάδες και ως υπόσταση να αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα. Ο υγειονομικός τομέας εμφανίζει μεγάλα προβλήματα και η δυσφορία του κόσμου στην Ελλάδα από τις υπηρεσίες υγείας, είναι κατά πολύ μεγαλύτερη από κάθε άλλη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Έχουν γίνει σημαντικά βήματα όσον αφορά την κτιριακή υποδομή με την ανέγερση πολλών νέων νοσοκομείων, κέντρων υγείας και πολυϊατρείων, τα περισσότερα με σύγχρονο εξοπλισμό και ικανοποιητική στελέχωση σε ιατρικό προσωπικό. Δεν έχουν λυθεί όμως σημαντικά προβλήματα που έχουν σχέση με τη δομή, την οργάνωση και λειτουργία, με τη χρηματοδότηση και την περιφερειακή κατανομή των πόρων. Λόγω αυτών των προβλημάτων το σύστημα υγείας δε θεωρείται σήμερα ούτε καλά δομημένο, ούτε αποτελεσματικό, όπως είναι τα περισσότερα δυτικοευρωπαϊκά (Θεοδότου, 2001).

### *4.3.1 Χρόνια προβλήματα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα*

Αποτελεί κοινή πλέον κοινό τόπο ότι οι παθογένειες του συστήματος υγείας της Ελλάδας, με τα διαρκώς αυξημένα και σημαντικά προβλήματα δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν μόνο με διοικητικού ή οργανωτικού τύπου ρυθμίσεις και παρεμβάσεις που θα αφορούν την παραγωγή των υπηρεσιών υγείας, την πλευρά δηλαδή της προσφοράς. Τα σημαντικότερα προβλήματα που χαρακτηρίζουν καιρό τώρα το ελληνικό σύστημα υγείας είναι τα ακόλουθα:

#### *1. Απουσία εθνικής πολιτικής και εθνικών στόχων για την υγεία*

Η απουσία εθνικής πολιτικής και συγκεκριμένων εθνικών στόχων για την υγεία αποτελεί μια θεμελιώδη αδυναμία του συστήματος με πολύ καθοριστικές συνέπειες για τις Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας. Μία εθνική πολιτική υγείας που οικοδομείται με επίκεντρο την προστασία την υγείας, οφείλει να λαμβάνει υπ' όψη της και να προσανατολίζει τις δράσεις της σε όλους τους περιβαλλοντικούς και συμπεριφορικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία στη σύγχρονη κοινωνία. Ένας τέτοιος αναπροσανατολισμός της πολιτικής υγείας έχει καταλυτικές συνέπειες στον τρόπο λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας, στις προτεραιότητες και στη χρηματοδότηση των επιμέρους δραστηριοτήτων στην υγεία. Είναι σαφές, ότι μια τέτοια προσέγγιση μεταβάλλει ριζικά τον τρόπο με τον οποίο γίνεται αντιληπτή η πολιτική υγείας και μεταφέρει τη συζήτηση και τις προτεραιότητες από το επίπεδο της περίθαλψης, στο επίπεδο της Δημόσιας Υγείας. Η απουσία εθνικής πολιτικής υγείας και εθνικών στόχων στερεί από το σύστημα Δημόσιας Υγείας τη δυναμική, τους στόχους και τους πόρους για την ανάπτυξή του (Λιαρόπουλος, 2010).

#### *2. Ανεπαρκείς πόροι για τη Δημόσια Υγεία*

Ο προϋπολογισμός και γενικότερα οι πόροι για τη Δημόσια Υγεία είναι τόσο περιορισμένοι, ώστε η ανεπάρκειά τους να θέτει σε αμφιβολία τη δυνατότητα υλοποίησης της αποστολής τους. Παράλληλα, η φύση των δραστηριοτήτων Δημόσιας Υγείας είναι τέτοια που - πλην εξαιρέσεων - δεν οδηγεί αυτόματα σε ζήτηση υπηρεσιών από μέρους των πολιτών και συνεπώς αποστερεί το σύστημα από την κοινωνική εκείνη πίεση η οποία θα μπορούσε να συμπαρασύρει τη διάθεση πόρων. Οι πόροι απορροφώνται κατά κανόνα από το «αδηφάγο» νοσοκομειακό σύστημα, κάτω από την κοινωνική πίεση που η λειτουργία του δημιουργεί. Η διασφάλιση των αναγκαίων οικονομικών και άλλων πόρων για τη Δημόσια Υγεία είναι ευθύνη της κεντρικής διοίκησης και συνδέεται με την εθνική πολιτική και τους εθνικούς στόχους για την υγεία (Παπανικολάου, 2007).

### *3. Ανυπαρξία Περιφερειακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας*

Η έλλειψη περιφερειακής οργάνωσης και η ανυπαρξία Περιφερειακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας αποτελούν μια από τις σημαντικότερες αδυναμίες του συστήματος. Η ανυπαρξία Περιφερειακών Υπηρεσιών αποστερεί το σύστημα από τους φορείς του περιφερειακού συντονισμού και της περιφερειακής διατομεακής συνεργασίας (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008 – 2012). Δεδομένου μάλιστα ότι οι Νομαρχιακές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας δεν ανήκουν στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας, πρακτικά το σύστημα Δημόσιας Υγείας δεν διαθέτει εκτελεστικό μηχανισμό, παρά μόνο κεντρική διοίκηση.

### *4. Ανεπάρκεια προσωπικού*

Η ανεπάρκεια του προσωπικού, αποτελεί την πλέον ορατή αδυναμία του συστήματος, με καταλυτικές συνέπειες στη λειτουργία του. Ειδικότερα η κεντρική υπηρεσία αδυνατεί να ανταποκριθεί στην αποστολή της. Οι περιφερειακές υπηρεσίες δεν λειτουργούν. Οι νομαρχιακές υπηρεσίες λειτουργούν υποτυπωδώς. Τα συστήματα επιτήρησης της υγείας δεν λειτουργούν. Τα προγράμματα Δημόσιας Υγείας δεν εφαρμόζονται ή εφαρμόζονται πλημμελώς.

Η αντιμετώπιση της αδυναμίας αυτής αποτελεί μια θεμελιακή προϋπόθεση για την ανασυγκρότηση του συστήματος Δημόσιας Υγείας (Παπανικολάου, 2007).

### *5. Ανεπαρκή συστήματα διοίκησης*

Η απουσία σύγχρονων εργαλείων και μεθόδων management (πληροφοριακά συστήματα διοίκησης, συστήματα αξιολόγησης και ελέγχου κ.λπ.), σε συνδυασμό με το πλήθος των εμπλεκόμενων φορέων, καθιστά δύσκολη και σε ορισμένες περιπτώσεις αδύνατη την επιτυχή διαχείριση και διοίκηση των διαφόρων υπηρεσιών, προγραμμάτων και δραστηριοτήτων Δημόσιας Υγείας. Αυτό δυσχεραίνει τον εντοπισμό και την αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν και μειώνει την αποτελεσματικότητα του συστήματος.

### *6. Ανεπαρκής εργαστηριακή υποστήριξη*

Η υπολειτουργία του Κ.Ε.Δ.Υ. και η μη λειτουργία των Περιφερειακών Εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας αποστερούν το σύστημα από την αναγκαία εργαστηριακή υποστήριξη. Επίσης, η έλλειψη συνεργασίας με τα κτηνιατρικά εργαστήρια, το Χημείο του Κράτους, τον Ε.Φ.Ε.Τ., τους

οργανισμούς Δημόσιας Υγείας και τα εργαστήρια των Α.Ε.Ι. και των δημόσιων νοσοκομείων αποστερεί τελικά το σύστημα από κάθε δυνατότητα εργαστηριακής υποστήριξης.

#### *7. Ανεπαρκής επιτήρηση της υγείας και απουσία επιδημιολογικών δεδομένων*

Η συστηματική επιτήρηση της υγείας μέσω της διαχρονικής παρακολούθησης δεικτών θνησιμότητας και νοσηρότητας είναι ανεπαρκής. Τα διαθέσιμα στοιχεία είναι λιγοστά, δυσεύρετα και υπόκεινται σε κριτική από άποψη πληρότητας, εγκυρότητας και αξιοπιστίας. Η επιτήρηση της υγείας συγκεκριμένων πληθυσμιακών ομάδων και η ανάλυση των υφιστάμενων ανισοτήτων στην υγεία είναι επίσης ανύπαρκτη. Η επιτήρηση των καθοριστικών της υγείας κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων και των παραγόντων κινδύνου είναι ανύπαρκτη. Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν, παρά μόνο ευκαιριακά από μεμονωμένες μελέτες για το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ.

#### *8. Ανεπαρκής συνεργασία μεταξύ των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας*

Μια εγγενής αδυναμία του συστήματος Δημόσιας Υγείας είναι η περιορισμένη δυνατότητα συνεργασίας μεταξύ των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας των διαφόρων επιπέδων. Αυτό οφείλεται: Στο γεγονός ότι το Υπουργείο Υγείας δεν έχει καμία αρμοδιότητα στον έλεγχο των Νομαρχιακών και Δημοτικών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας. Στην ανυπαρξία των Περιφερειακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, που έχουν την κύρια αρμοδιότητα συντονισμού και συνεργασίας των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας σε περιφερειακό επίπεδο. Στη μη συγκρότηση και λειτουργία των Περιφερειακών Συμβουλίων Δημόσιας Υγείας. Στην απουσία συγκεκριμένων διαδικασιών και λειτουργιών που να προάγουν τη συνεργασία. Στην απουσία κλίματος συνεργασίας και συντονισμού μεταξύ των υπηρεσιών, σημαντική αδυναμία του συστήματος (Παπανικολάου, 2007).

## **Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup> : Υγεία και Οικονομική Κρίση**

### ***5.1 Αλληλεπίδραση οικονομίας και υγείας***

Η σχέση της οικονομίας με την υγεία μπορεί να χαρακτηριστεί ως αμφίδρομη, και όχι μονοσήμαντη, ούτε γραμμική. Οι έννοιες της οικονομίας και της υγείας είναι στενά συνδεδεμένες μεταξύ τους. Είναι ευρέως γνωστό πως η «φτώχεια γεννά την αρρώστια, ενώ ο πλούτος προστατεύει και προάγει την υγεία». Σε παγκόσμιο επίπεδο, υπάρχει σαφής αντιστοιχία ανάμεσα την οικονομία κάθε χώρας και στην υγεία του πληθυσμού της. Μέχρι η πλειοψηφία των διαφορών που παρουσιάζουν οι δείκτες υγείας από πληθυσμό σε πληθυσμό οφείλονται σε οικονομικούς λόγους (Grammatikopoulos et al, 2011).

Σε παγκόσμιο επίπεδο και πιο συγκεκριμένα σε χώρες που απουσιάζει ένα σωστά δομημένο και ανεπτυγμένο σύστημα υγείας επικρατεί η άποψη πως τα χρήματα προσφέρουν αυτό που ονομάζεται ως «καλύτερη» υγεία. Αυτή η άποψη στηρίζεται κυρίως στο ότι όποιος διαθέτει χρήματα μπορεί να έχει καλύτερη περίθαλψη, καλύτερη νοσηλεία, πιο εξειδικευμένες και αποτελεσματικές συνθήκες αποθεραπείας και γενικότερα μια πιο μεστή και ουσιαστική υγεία (Μαλλιάρου, 2012).

Ανεπτυγμένη και σταθερή οικονομία έχει ως συνέπεια σταθερά και επαρκή εισοδήματα. Πιο συγκεκριμένα, η αύξηση του εισοδήματος οδηγεί σε βελτίωση της υγείας, μια και παρέχει τη δυνατότητα για καλύτερη κατοικία, για πιο ασφαλές και υγιεινό περιβάλλον, για επαρκή διατροφή, καθώς και για πολλούς άλλους κοινωνικούς και υλικούς παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία (Van Doorslaer, 1997). Υψηλότερο εισόδημα σημαίνει επίσης περισσότεροι πόροι για πρόληψη, περίθαλψη και άλλες κοινωνικές υπηρεσίες που στο σύνολό τους αποτελούν το αγαθό της υγείας. Από την άλλη, η υγεία επηρεάζει το εισόδημα. Ένας υγιής πληθυσμός είναι και πιο παραγωγικός. Στις ΗΠΑ υπολογίστηκε ότι το 8,3% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ) είναι πλούτος που παράγεται χάρη στη μείωση της θνησιμότητας από το 1940 και μετά.

Στη Μ. Βρετανία, εξάλλου, το βασικό επιχείρημα για τη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας και την παροχή δωρεάν περίθαλψης πριν από 50 περίπου χρόνια ήταν ότι ένας πιο υγιής πληθυσμός θα είναι πιο παραγωγικός και θα συμβάλει στην ανάπτυξη της οικονομίας (Ruhm, 2006).

Ωστόσο, το κυρίαρχο οικονομικό επιχείρημα ότι μπορούμε να είμαστε υγιείς μόνο σε μια υγιή και πλούσια οικονομία δεν συνάδει πλήρως με το πραγματικό περιεχόμενο της σχέσης αυτής. Ωστόσο, ούτε η συνεχής οικονομική ανάπτυξη αποτελεί από μόνη της εγγύηση για τη βελτίωση του



επιπέδου υγείας. Η υγεία συναρτάται άμεσα με τον πλούτο μιας χώρας όσο η χώρα αυτή δεν έχει υπερβεί ένα ορισμένο επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης (Van Doorlaer, 1997). Το επίπεδο αυτό υπολογίζεται σε κάποιο ποσοστό του ΑΕΠ της χώρας.

Η σχέση μεταξύ ΑΕΠ και υγείας στις πλούσιες χώρες οφείλεται στο γεγονός ότι το κατά κεφαλήν ΑΕΠ δεν απεικονίζει όλους αυτούς τους κοινωνικούς παράγοντες που σχετίζονται με τη διάρθρωση της οικονομίας, με το πώς το εισόδημα ή ο πλούτος παράγεται από την οικονομία μιας χώρας, και κυρίως με το πώς αυτός ο πλούτος κατανέμεται στον πληθυσμό (Appleby, 2008). Η πραγματική επίδραση της οικονομίας στη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού μπορεί να εκτιμηθεί σωστά μόνο μέσα από δύο σημαντικούς δομικούς παράγοντες κάθε κοινωνίας. Αρχικά, του τρόπου οργάνωσης της οικονομίας και έπειτα της μορφής κοινωνικής διαστρωμάτωσης σε σχέση με την παραγωγή. Για τις πιο πλούσιες χώρες, που έχουν εξασφαλίσει τους απαραίτητους υλικούς πόρους, η περαιτέρω βελτίωση της υγείας συναρτάται πρωτίστως με τη δίκαιη κατανομή του πλούτου και την ύπαρξη κοινωνικής συνοχής. Όσο πιο πλούσια είναι μια χώρα, τόσο περισσότερα μπορεί να δαπανά για την υγεία, εξασφαλίζοντας επαρκείς και αποτελεσματικές υπηρεσίες υγείας. Περιορισμοί στις δαπάνες έχουν αρνητικά αποτελέσματα όχι μόνο στην επάρκεια των υπηρεσιών υγείας, αλλά και στην πρόσβαση, στη φροντίδα, στην ελευθερία επιλογής, δηλαδή σε όλα όσα αποτελούν ποιοτικά στοιχεία της παρεχόμενης περίθαλψης.

Υπάρχουν επίσης στοιχεία που τονίζουν ότι η οικονομική κρίση έχει συνέπειες στην εξάλωση των μολυσματικών ασθενειών και επηρεάζει την δυνατότητα των κρατών μελών για πρόληψη και αντιμετώπιση αυτών. Η οικονομική κρίση μπορεί να θέσει περιορισμούς στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης λόγω των μειωμένων πόρων δημόσιας χρηματοδότησης και των χαμηλότερων εισοδημάτων του πληθυσμού. Το τελευταίο έχει οδηγήσει σε αυξανόμενη ζήτηση για υγειονομικές υπηρεσίες του δημόσιου τομέα σε πολλές χώρες. Ενώ οι συνέπειες της κρίσης σε ένα σύστημα υγείας εξαρτώνται από την κατάστασή του πριν την κρίση, καθώς και από την πολιτική αντιμετώπιση του θέματος, η προσιτή οικονομικά πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη σε περίοδο οικονομικής κρίσης (ύφεσης) αναδύεται ως ζήτημα μείζονος σημασίας (Eurofound, 2013).

Συμπερασματικά μπορεί να τονιστεί πως η υγεία εξαρτάται άμεσα με τον πλούτο μιας χώρας όσο η χώρα αυτή δεν έχει ξεπεράσει ένα συγκεκριμένο επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης. Όσο πιο πλούσια είναι μια χώρα, τόσο περισσότερα μπορεί να δαπανά για την υγεία, εξασφαλίζοντας επαρκείς και αποτελεσματικές υπηρεσίες υγείας. Περιορισμοί στις δαπάνες έχουν αρνητικά αποτελέσματα όχι μόνο στην επάρκεια των υπηρεσιών υγείας, αλλά και στην πρόσβαση, στη φροντίδα, στην ελευθερία επιλογής, δηλαδή σε όλα όσα αποτελούν ποιοτικά στοιχεία της παρεχόμενης περίθαλψης. (Stuckler et al, 2009).

## ***5.2 Οικονομική Κρίση στην Ελλάδα και Υγεία***

Η χρηματοπιστωτική κρίση που πλήττει την Ελλάδα αποτελεί εμπόδιο για την ανάπτυξη του αγαθού τους υγείας και των υπηρεσιών της. Ωστόσο από πολύ παλιά και συγκεκριμένα, ο δημόσιος τομέας της οικονομίας διογκώνεται. Η κρατικοποίηση των συγκοινωνιών, οι μαζικοί διορισμοί στο δημόσιο και η διοχέτευση χρημάτων από την Ευρωπαϊκή Ένωση σε μη βιώσιμες ή ελλειμματικές ή ιδιωτικές επιχειρήσεις, είναι μερικά παραδείγματα. Η οικονομική κρίση και η μακρόχρονη ανεργία οδηγεί πολλά άτομα στον κοινωνικό αποκλεισμό και στη φτώχεια, με αποτέλεσμα αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα (Σουλιώτης, 2000).

Στην πραγματικότητα μια σοβαρή οικονομική κρίση, όπως η παρούσα, έχει σοβαρές αλλά όχι εντελώς διευκρινισμένες επιπτώσεις στην υγεία σε αντίθεση με τις κυκλικές οικονομικές κρίσεις στη διάρκεια του επιχειρηματικού κύκλου.

Ακόμη, η πλέον σημαντική παράμετρος η οποία επιδρά δυσμενώς στην κατάσταση υγείας είναι η ανεργία παρά το ΑΕΠ. Η ύπαρξη δικτύου και προγραμμάτων κοινωνικής προστασίας έχειδειχθεί ότι συμβάλλει στη μείωση αυτών των επιπτώσεων. Με την παγκόσμια οικονομία σε κρίση, παρατηρείται μια συνολική αρνητική επίπτωση στην υγεία. Οι κυβερνήσεις, οι καταναλωτές και οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί υγείας βρίσκονται υπό πίεση, καθώς η ανεργία αυξάνεται και το άγχος των εργαζομένων εντείνεται και η απώλεια θέσεων εργασίας οδηγεί σε μείωση της ασφαλιστικής κάλυψης με κορυφαίο παράδειγμα τις Ηνωμένες Πολιτείες, στις οποίες υπάρχουν εκατομμύρια άνεργοι (Jack 2009). Τα δημόσια ελλείμματα και η ανεργία ασκούν ασφυκτικές πιέσεις στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης αλλά και των ιδρυμάτων παροχής ασφάλισης, παροχής υγειονομικής φροντίδας, τα οποία ελέγχονται από την κεντρική διοίκηση, αλλά και στις επιχειρήσεις υγείας ιδιωτικού χαρακτήρα, οι οποίες αντιμετωπίζουν προβλήματα ρευστότητας και εξυπηρέτησης των δανειακών αναγκών (Appleby 2008).

Τον Μάιο του 2010 η Ελλάδα τέθηκε υπό επιτήρηση από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο εξαιτίας των δημόσιων ελλειμμάτων, του δημόσιου χρέους και της κρίσης δανεισμού. Αυτή η κατάσταση οδηγεί σε οικονομικές και κοινωνικές πιέσεις και επίσης ασκεί δυσμενείς επιδράσεις στο σύστημα υγείας και στην κατάσταση της υγείας του πληθυσμού. Στη χώρα μας η ζήτηση και η χρήση των υπηρεσιών υγείας στρέφεται προς το δημόσιο και ασφαλιστικό τομέα με αύξηση των εισαγωγών κατά 24% στα δημόσια νοσοκομεία, αλλά μείωση της ζήτησης στα εξωτερικά ιατρεία και τα εργαστήρια κατά 9% και 11% αντιστοίχως (Παβή, 2010). Παρατηρείται, επίσης, μείωση από 18% έως 25% περίπου στη χρήση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και κυρίως στα ιδιωτικά μαιευτήρια, την οδοντιατρική περίθαλψη και τις χειρουργικές επεμβάσεις στα ιδιωτικά νοσοκομεία.

Ενδεχομένως στο μέλλον η οικονομική κρίση να προκαλέσει δημιουργικές σκέψεις για διαρθρωτικές αλλαγές με έμφαση στη δημόσια υγεία, την ανασυγκρότηση της ασφάλισης υγείας και την εισαγωγή μεταρρυθμίσεων στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Όμως, η εκτεταμένη μορφή οριζόντιας αλληλεγγύης και η ύπαρξη των δομών κοινωνικής προστασίας και υγείας απορροφούν μεγάλο μέρος αυτής της κοινωνικής και οικονομικής έντασης.

Κατά συνέπεια οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία του ελληνικού πληθυσμού είναι σημαντικές και ανάλογες της χρονικής έκτασης και έντασης (ανεργία, μείωση εισοδήματος) της κρίσης.

Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στα συστήματα υγείας αποτέλεσε θέμα συζήτησης της Επιτροπής Υγείας του ΟΟΣΑ τον Ιούλιο του 2009. Η Έκθεση επικεντρώθηκε στις συνέπειες της κρίσης στη χρηματοδότηση του τομέα της υγείας και ένα από τα πορίσματα που βγήκαν ήταν: «η συνέχιση της χρηματοδότησης μπορεί να συμβάλλει στην αντιμετώπιση μέρους των αρνητικών επιπτώσεων της κρίσης». Άρα προτείνεται να μην επηρεαστούν οι δημόσιοι πόροι στη χρηματοδότηση της υγείας αρνητικά (Λιαρόπουλος, 2010).

### ***5.3 Ψυχική Υγεία και Οικονομική Κρίση***

Υπάρχει πλήθος ερευνών οι οποίες θα αναφερθούν στη συνέχεια και που υποστηρίζουν ότι η οικονομική κρίση επιβαρύνει την σωματική και ψυχική υγεία. Η εύλογη αυτή σύνδεση γίνεται δραματικά εμφανής μέρα παρά μέρα στον ελλαδικό χώρο με επιπρόσθετο επιβαρυντικό παράγοντα την αποσάθρωση των δημοσίων υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Οι κύριες συνέπειες μιας οικονομικής κρίσης είναι η ανεργία, η μείωση του εισοδήματος, η γενικευμένη αβεβαιότητα και η περικοπή των δημοσίων δαπανών, περιλαμβανομένων των δαπανών για την υγεία. Σε συνθήκες οικονομικής κρίσης οι φτωχοί αποτελούν ομάδα κινδύνου, αφού είναι οι πρώτοι που πλήττονται. (Λιοδάκης, 2006).

Η οικονομική κρίση και η ύφεση συνδέονται με αύξηση ψυχικών διαταραχών, αυτοκτονιών, προβλήματα εθισμού και κατάχρηση ουσιών, υιοθέτηση των λιγότερο υγιεινών συμπεριφορών και τρόπου ζωής, συμπεριλαμβανομένης της διατροφής και της σωματικής άσκησης και γενικότερα χαμηλότερου επιπέδου υγείας (Cham, 2009). Το ζήτημα των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία απασχολεί ιδιαίτερα την επιστημονική κοινότητα και τονίζουν την ανάγκη παροχής της κατάλληλης παρέμβασης από τα συστήματα υγείας (Kentikelenis et al, 2011).

Οι περισσότερες από τις σύγχρονες μελέτες που διερευνούν τις επιπτώσεις των οικονομικών κρίσεων στην ποιότητα ζωής των ατόμων, δείχνουν συσχέτιση ανάμεσα στην ανεργία ή άλλους

οικονομικούς δείκτες και τα επίπεδα γενικής νοσηρότητας, θνητότητας, κατάθλιψης και αυτοκτονίας. Υπάρχει δηλαδή μια σχέση ιδιαίτερα στενή ανάμεσα στην ψυχική υγεία και τις διαταραχές με τα οικονομικά προβλήματα. Η τρέχουσα οικονομική κρίση στην Ευρώπη μπορεί να συγκριθεί με τις μεγαλύτερες οικονομικές κρίσεις του περασμένου αιώνα, ενώ πληθώρα επιδημιολογικών μελετών προβάλλει τη θετική συσχέτιση μεταξύ ανεργίας ή χαμηλότερου εισοδήματος και επιβαρυσμένης ψυχικής υγείας. Η σημασία των ψυχικών και ιδιαιτέρως των συναισθηματικών διαταραχών για τη δημόσια υγεία, διαφαίνεται από το γεγονός πως κατατάσσονται ανάμεσα στις πρώτες αιτίες που προκαλούν σημαντική έκπτωση στη λειτουργικότητα του ατόμου (Luna, 2011).

Μελετώντας τις υπάρχουσες έρευνες διαπιστώνει κανείς τον αντίκτυπο των οικονομικών υφέσεων στη ψυχική υγεία, μέσα από την αύξηση των αυτοκτονιών, των ανθρωποκτονιών, των καταχρήσεων αλλά και των ψυχικών διαταραχών (Marmot & Bell, 2009) ενώ παρατηρείται ισχυρή συσχέτιση μεταξύ οικονομικής ανέχειας και εμφάνισης καταθλιπτικής διαταραχής (Butterworth et al., 2009). Παράμετροι όπως το χαμηλό εισόδημα, η ανασφάλεια, η απελπισία, η κοινωνική μεταβολή, ο κοινωνικός αποκλεισμός αλλά και η συνοσηρότητα με σωματικά νοσήματα ενισχύουν την συναισθηματική και ψυχική ευαλωτότητα των ανθρώπων που βρίσκονται αντιμέτωποι με μια ισχυρή οικονομική κρίση (Patel & Kleinman, 2003).

Σημαντικό ρόλο στην «ψυχολογική επιβίωση» των ανθρώπων αυτών παίζουν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους τα οποία σχετίζονται με την αυξημένη ευαλωτότητα στην ψυχοκοινωνική απειλή, όπως νεύρωση ή χαμηλή ανοχή στην ματαίωση (Tivendell & Bouronnais, 2008), τα ατομικά χαρακτηριστικά που αντικατοπτρίζουν την ανάγκη αίσθησης ελέγχου των καταστάσεων και τα ατομικά χαρακτηριστικά που αφορούν στο γενικό αίσθημα αυτοεκτίμησης και προσωπικής αξίας. Ενδιαφέρον προκαλεί η διαπίστωση πως η ψυχική υγεία όσων εργάζονται συχνά δεν επηρεάζεται αρνητικά ή ακόμη μπορεί να επηρεαστεί και θετικά μπροστά στο φαινόμενο της οικονομικής κρίσης -γνωστό ως «healthy worker effect» φαινόμενο- καθώς βιώνοντας τη συναισθηματική ασφάλεια μιας σταθερής εργασίας αλλά και υψηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης, στέκονται ψυχικά υγιέστεροι απέναντι στη δίνη της οικονομικής δυσπραγίας (Judge & Bono, 2001).

Η οικονομική κρίση επηρεάζει την υγεία με δύο συνδυαστικούς τρόπους. Αρχικά, εξουθενώνει τους παράγοντες που συμβάλουν στην ανάπτυξη και τη διατήρησή της και δεύτερον ενισχύει και αυξάνει τους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών. Καταστάσεις της σημερινής πραγματικότητας που εμπίπτουν στα παραπάνω είναι η εργασιακή ανασφάλεια, η εισοδηματική αβεβαιότητα, η ανεργία, οι ελαστικές μορφές εργασίας, η υπερχρέωση νοικοκυριών,

οι άστεγοι, η στεγαστική αβεβαιότητα, αύξηση κοινωνικών ανισοτήτων, η φτώχεια, ο κοινωνικός αποκλεισμός ιδιαίτερα των ευπαθών ομάδων, αδυναμία ελέγχου της ζωής του ατόμου και αβεβαιότητα για τη μελλοντική του κατάσταση. Όλα αυτά συμβάλλουν στη σημαντική αύξηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας στο σύνολό της και είναι επαρκώς μελετημένα και τεκμηριωμένα από την επιστημονική κοινότητα κατά την έρευνα των κρίσεων διαχρονικά. Ιδιαίτερα έχει δειχθεί η σημαντική αύξηση της κατάθλιψης και των αποπειρών αυτοκτονίας και της αυτοκτονίας και η συσχέτισή τους με την ανεργία και την εργασιακή ανασφάλεια (Stuckler et al., 2009). Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός φαύλου κύκλου που συντηρεί και χειροτερεύει διαρκώς το επίπεδο της ψυχικής υγείας. Ένα από τα πιο βασικά ψυχικά παράγωγα της κρίσης είναι το γενικευμένο αίσθημα αβεβαιότητας και ανασφάλειας (Polyzos, 2012).

Σύμφωνα με τους Rahman et al., (2005), η ικανοποίηση για την εργασία αφορά τόσο στο εισόδημα όσο και στο κατά πόσο αισθάνεται ο εργαζόμενος ότι η δουλειά του εκτιμάται από τον εργοδότη του. Επιπλέον η εύρεση εργασίας είναι βασικός παράγοντας για την ποιότητα ζωής, γιατί αποτελεί την προϋπόθεση για την αποφυγή της φτώχειας, η οποία επιδρά αρνητικά στην ικανοποίηση του ατόμου (Rahman et al., 2005). Το βιοτικό επίπεδο, σύμφωνα με τον Rahman, είναι προσδιοριστικός παράγοντας της ποιότητας ζωής καθώς επηρεάζει την υλική ευημερία.

#### ***5.4 Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας***

Στη χώρα μας εκτιμάται ότι η ζήτηση και η χρήση υπηρεσιών υγείας πρόκειται να αυξηθεί κυρίως προς το δημόσιο και τον ασφαλιστικό τομέα, καθώς η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος έχει στρέψει την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας σε υπηρεσίες οι οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη. Η κατάσταση αυτή έχει δημιουργήσει ακόμη μεγαλύτερες πιέσεις από τις ήδη υπάρχουσες στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας (Λιαρόπουλος, 2010). Η ανταποκρισιμότητα του ελληνικού συστήματος υγείας είναι μικρή, σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελετών.

Η δυσαρέσκεια των ασθενών εστιάζεται κυρίως στις υψηλές ιδιωτικές δαπάνες, στην παραοικονομία, στη μεγάλη αναμονή και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, ειδικά στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Επιπλέον, οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στη χρήση των υπηρεσιών υγείας και στα αποτελέσματά τους, δηλαδή στο επίπεδο υγείας, θα ενταθούν. Σε έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα παρατηρείται μια ισχυρή συσχέτιση της χρήσης υπηρεσιών υγείας και της αυτοαξιολόγησης του επιπέδου της υγείας με το εισόδημα (Polyzos, 2012).

Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη από τον Αλέξανδρο Κεντικελένη που δημοσιεύτηκε στο ιατρικό περιοδικό Lancet (2009), η ανεργία και τα οικονομικά χρέη έχουν περιορίσει την πρόσβαση των Ελλήνων και ιδιαίτερα όσων ανήκουν σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, στην ιατρική περίθαλψη. Στην έρευνα επισημαίνεται ότι στην Ελλάδα έχουν υπάρξει οι μεγαλύτερες περικοπές στον τομέα υγείας σε ευρωπαϊκό επίπεδο, με συνέπεια η σημερινή δημόσια δαπάνη της χώρας για την υγεία να είναι πλέον μικρότερη από κάθε άλλη χώρα μέλος της Ευρωζώνης. Οι περικοπές στον προϋπολογισμό και οι ελλείψεις στο προσωπικό των νοσοκομείων έχουν εντείνει το φαινόμενο αυτό ακόμα περισσότερο (Polyzos, 2012). Δραματική αύξηση, επίσης, έχει σημειωθεί στον αριθμό των αυτοκτονιών τα τελευταία χρόνια, καθώς από το 2007 έως το 2009 το ποσοστό αυξήθηκε κατά 17%, ενώ, όπως αναφέρθηκε στο ελληνικό κοινοβούλιο, κατά την περίοδο 2009-2010, η αύξηση έφτασε το 25%.

Η δραστική μείωση των δημοσίων δαπανών για την υγεία, αλλά και η μείωση των επισκέψεων σε ιδιώτες ιατρούς ή οδοντιάτρους, που είναι αποτέλεσμα της προσπάθειας των λιγότερο προνομιούχων να ισοσκελίσουν τους ελλειμματικούς οικογενειακούς προϋπολογισμούς, συντελούν στη δημιουργία ενός εκρηκτικού μείγματος. Επίσης, είναι αποδεδειγμένο διεθνώς πως τα προγράμματα διεθνούς οικονομικού ελέγχου που αναπόφευκτα οδηγούν στη μείωση των δημοσίων δαπανών για την υγεία, προκαλούν (και μάλιστα σε στατιστικά σημαντικό βαθμό) μείωση του επιπέδου υγείας, αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας και μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης (Polyzos, 2012).

Η συνολική εικόνα της κατάστασης στην Ελλάδα παρουσιάζεται ιδιαίτερος ανησυχητική και διαπιστώνεται ότι σε περιόδους κρίσης, εκείνοι που πλήττονται περισσότερο είναι όσοι ανήκουν σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, καθώς στερούνται θεμελιώδη δικαιώματα, όπως η πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη, με αποτέλεσμα, στις χειρότερες περιπτώσεις, να κινδυνεύει η ίδια τους η ζωή. Είναι οι ομάδες ανθρώπων που όντας περισσότερο ευάλωτοι στις οικονομικές δυσκολίες αδυνατούν να αποκτήσουν το επίπεδο υγείας που δικαιούνται.

Σύμφωνα με μελέτη του ΚΕΠΕ εισάγεται ο «θεσμός της συνασφάλισης», προκειμένου, να μπει φραγμός στην «υπερβάλλουσα χρήση ιατρικών υπηρεσιών». Οι ασφαλισμένοι θα έχουν κάλυψη για δαπάνη μέχρι 1.500 ευρώ το χρόνο. Από κει και πάνω, όσοι έχουν την οικονομική δυνατότητα θα πληρώνουν 10 ευρώ για κάθε επίσκεψη και το 15% του ημερήσιου νοσηλίου.

Ένα από τα μέτρα που προτείνεται κατά καιρούς είναι να γίνουν συγχωνεύσεις και να κλείσουν νοσηλευτικά ιδρύματα με «χαμηλή πληρότητα» καθώς επίσης και ευρύτερες παρεμβάσεις στο χώρο της Υγείας με περαιτέρω μέτρα για τον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης. Η διάρθρωση του συστήματος υγείας για κάθε κυβέρνηση στην περίοδο της οικονομικής ύφεσης

αποτελεί βασικό στοίχημα και μια σειρά μεταρρυθμίσεων προτείνεται και εφαρμόζεται κάθε φορά. Σημαντικά οικονομικά «οφέλη» προβλέπεται να αποκομίσει το κράτος από την επέκταση της χρήσης των γενόσημων φαρμάκων. Περίπου στα 300 εκατ. ευρώ βλέπουν τα «περιθώρια εξοικονομήσεων» στον ΕΟΠΥΥ και στα 181 εκατ. ευρώ από τις περικοπές της φαρμακευτικής δαπάνης των νοσοκομείων.

Στα «ισοδύναμα μέτρα» που εξετάζουν μπαίνει η ακόμη μεγαλύτερη κατατόμιση της κρατικής επιχορήγησης στα ασφαλιστικά ταμεία. Τα μέτρα καλύπτουν όλο το φάσμα του Δημοσίου και θα επεκταθούν στον χώρο της Υγείας με στόχο την εξοικονόμηση ενός επιπλέον δισ. ευρώ την προσεχή τριετία από περικοπές της φαρμακευτικής δαπάνης και την αύξηση της συμμετοχής των ασφαλισμένων σε όλες τις διαγνωστικές εξετάσεις και την αύξηση του εισιτηρίου για κάθε επίσκεψη στα νοσοκομεία του ΕΣΥ.

Ειδικά για τους ανασφάλιστους προτείνεται, πέραν της πληρωμής του εισιτηρίου, να επιβαρύνονται με το κόστος νοσηλείας και να πληρώνουν τα φάρμακά τους. Είναι προφανές ότι τα μέτρα οικονομικής εξυγίανσης και εκσυγχρονισμού του ΕΣΥ δημιουργούν τεράστια πίεση στους απόρους που αναγκάζονται να προσφεύγουν στα κοινωνικά ή δημοτικά ιατρεία, αλλά και για τους μετανάστες (Kentikelenis et al., 2011).

## **5.5 Έρευνες**

Το ζήτημα των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία απασχολεί ιδιαίτερα την επιστημονική κοινότητα και τονίζουν την ανάγκη παροχής της κατάλληλης παρέμβασης από τα συστήματα υγείας. Μια πληθώρα ερευνών έχουν λάβει χώρα κατά καιρούς παγκοσμίως και παρουσιάζουν στοιχεία που αποδεικνύουν την συσχέτιση της οικονομικής ύφεσης και των προβλημάτων της οικονομίας στην ψυχική υγεία των πολιτών.

Σε πολλές έρευνες που έχουν διενεργηθεί κατά καιρούς, μελετάται η επιρροή της οικονομικής κρίσης στην υγεία. Συγκεκριμένα αριθμός από ανθρωποκτονίες, καταχρήσεις αλλά και ψυχικές διαταραχές, δείχνουν ισχυρή συσχέτιση μεταξύ οικονομικής ανέχειας και ψυχολογικών διαταραχών. (Uutela, 2010). Παράγοντες όπως το πολύ χαμηλό εισόδημα, η αίσθηση ανασφάλειας, ο κοινωνικός αποκλεισμός, επιδρούν τόσο στη συναισθηματική όσο και στην ψυχική κατάσταση των ατόμων (Patel & Kleinman, 2003). Η ανεργία, οι άδικες εισοδηματικές κλίμακες και η ανασφάλεια στην εργασία αποτελούν παράγοντες σημαντικούς για διάφορες ψυχολογικές διαταραχές (π.χ. stress, κατάθλιψη), ενώ έχει αποδειχθεί πως η μεγάλη χρονικά ανεργία αυξάνει τον κίνδυνο αυτοτραυματισμού και αυτοκτονιών (WHO, 2001).

Στο περιοδικό *Lancet*, αναφέρεται ότι διαταραχές που προκύπτουν από την κατάθλιψη και ο αριθμός των αυτοκτονιών έχουν αυξηθεί σημαντικά. Σύμφωνα με τον Γιωτάκο (2010), στην Αγγλία υπάρχει πολλαπλασιασμός τόσο των ψυχωτικών επεισοδίων, της κατάχρησης αλκοόλ αλλά των καταθλιπτικών επεισοδίων. Στη Χιλή υπάρχει στενή σχέση μεταξύ της μείωσης του εισοδήματος και της εμφάνισης ψυχολογικών διαταραχών.

Η έρευνα των Selenko και Batinic (2011), πραγματοποιήθηκε το 2009 στην Αυστρία και σε δείγμα 106 ατόμων με χαρακτηριστικό ότι βρισκόταν στα πρόθυρα της χρεοκοπίας, Στόχος της έρευνας αυτής ήταν να εξετάσει τη σχέση μεταξύ της οικονομικής δυσχέρειας και ψυχικής υγείας καθώς και τις ατομικές μεταβλητές που επηρεάζουν τη σχέση αυτή. Από τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώνεται ότι υπάρχει αρνητική επίδραση οικονομικής ύφεσης στην ψυχική υγεία ενώ δεν εντοπίστηκε συσχέτιση μεταξύ πραγματικού ύψους του χρέους με την ψυχική υγεία ή με την οικονομική δυσχέρεια. Σύμφωνα με τα ευρήματα, και κάτω από έντονο αντικειμενικό οικονομικό στρες (π.χ. χρεοκοπία), το υποκειμενικό οικονομικό στρες μπορεί να ποικίλει και ως αποτέλεσμα να ποικίλει και η ψυχική υγεία του ατόμου (Selenka & Batinic, 2011).

Τα ψυχολογικά συμπτώματα σε χώρες όπως η Αμερική έχουν την πηγή τους και σε οικονομικές αλλαγές που παρατηρήθηκαν σε επαρχιακό πληθυσμό εξαιτίας της οικονομικής αγροτικής κρίσης την δεκαετία του 80. Οι πιο σημαντικοί παράγοντες ήταν η προσωπική αντίληψη για τις ατομικές οικονομικές προοπτικές, η κοινωνική δομή και το οικονομικό και πολιτισμικό πλαίσιο της κοινότητας (Ortega et al., 1994). Μία πολύ ενδιαφέρουσα έρευνα στην Αυστραλία συνέκρινε αυτοαναφορές σχετικά με την κατάσταση υγείας και την ψυχολογική λειτουργία ενηλίκων μέσης ηλικίας 67ετών πριν και κατά τη διάρκεια της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης (Sargent-Cox et al., 2011). Σημαντική διαφορά στην κατάθλιψη και τα συμπτώματα άγχους φάνηκε στις δύο μετρήσεις στα άτομα που ανέφεραν σημαντικότερη έκπτωση της ψυχολογικής τους λειτουργίας ως αποτέλεσμα της οικονομικής ύφεσης. Ακόμη, όσοι συμμετείχαν στην έρευνα και ερωτήθηκαν κατά τη διάρκεια της οξείας περιόδου της οικονομικής κρίσης ήταν λιγότερο πιθανό να αναφέρουν ψυχολογικά συμπτώματα σε σύγκριση με εκείνους που ερωτήθηκαν αργότερα. Για τον πληθυσμό της Αυστραλίας μια ενδιαφέρουσα υπόθεση είναι ότι τα πιο ήπια αναφερόμενα συμπτώματα κατάθλιψης κατά την οξεία φάση της οικονομικής κρίσης σε σύγκριση με τα πιο βαριά συμπτώματα της μεταγενέστερης οικονομικής ανάκαμψης ήταν αποτέλεσμα της υποκειμενικής αντίληψης ότι το άτομο απεικονίζει την τρέχουσα κοινωνική νόρμα (Sargent-Cox et al, 2011).

Ο Γιωτάκος και οι συνεργάτες του, διενήργησαν έρευνα το 2012 μελετώντας τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία. Ειδικότερα, μελέτησαν τόσο την ύπαρξη της πιθανής συνάφειας μεταξύ της ανεργίας και του μέσου εισοδήματος της τελευταίας εικοσαετίας με τους



ακόλουθους δείκτες ψυχικής υγείας: εισαγωγές σε ψυχιατρική κλινική, επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία και επείγοντα ψυχιατρικών κλινικών, αυτοκτονίες, ανθρωποκτονίες, θνησιμότητα και διαζύγια της τελευταίας δεκαετίας. Η συλλογή των στοιχείων πραγματοποιήθηκε στο διάστημα Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 2012 από τη βάση δεδομένων της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας και από τα Νοσοκομεία Αιγινήτειο, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Γενικό Κρατικό Αθηνών και Ευαγγελισμός. Επίσης, οι δείκτες ψυχικής υγείας έχουν σημαντική συσχέτιση με τους οικονομικούς δείκτες όπως είναι οι επισκέψεις σε τακτικά εξωτερικά ιατρεία και τμήματα επειγόντων ψυχιατρικών κλινικών, οι αυτοκτονίες, οι ανθρωποκτονίες και ο αριθμός διαζυγίων. Θετική συσχέτιση στην εν λόγω έρευνα βρέθηκε ανάμεσα στις επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία και στα επείγοντα του Αιγινήτειου και της ανεργίας και του μέσου εισοδήματος (Γιωτάκος κ.α., 2012).

Από την άλλη, χαμηλότερο μέσο εισόδημα συσχετίστηκε με υψηλότερο ποσοστό ατόμων που εξυπηρετήθηκαν στα επείγοντα και των τεσσάρων νοσοκομείων συνολικά. Το στοιχείο αυτό και η αντίθεσή του με τα ευρήματα μόνο στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο μπορεί να οφείλονται στο γεγονός πως τα δεδομένα προέρχονται από διαφορετικές χρονικά περιόδους, στη γεωγραφική θέση των νοσοκομείων και στον εξειδικευμένο χαρακτήρα τους (π.χ. ψυχιατρικές κλινικές αντί ψυχιατρικών τμημάτων σε γενικά νοσοκομεία). Βρέθηκε επίσης ότι η αύξηση των αυτοκτονιών σχετίζεται με χαμηλότερο μέσο εισόδημα. Ακόμη, υψηλότερο μέσο εισόδημα σχετίζεται με λιγότερους θανάτους σε άτομα ηλικίας 15–70 ετών (Γιωτάκος κ.α., 2012).

Σημαντικό ακόμη αποτέλεσμα της έρευνας είναι η ύπαρξη θετικής συσχέτισης της ανεργίας και των ανθρωποκτονιών ενώ δεν βρέθηκε κάτι αντίστοιχο για τον αριθμό των αυτοκτονιών. Σύμφωνα με τους ερευνητές, η απουσία ευρήματος που να καταδεικνύει αύξηση των αυτοκτονιών με την αύξηση της ανεργίας οφείλεται στις επιπτώσεις της κρίσης που δεν έχουν εμφανιστεί ακόμα αλλά και στην ύπαρξη παραδοσιακών δομών κοινωνικής μέριμνας (Γιωτάκος κ.α., 2012).

Το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων πραγματοποίησε επίσης έρευνα σε δείγμα 5000 περίπου ενηλίκων ηλικίας 18-74 ετών. Για το σκοπό της έρευνας διενεργήθηκαν συνεντεύξεις στα σπίτια των συμμετεχόντων από τον Ιούλιο του 2009 έως και τον Ιανουάριο του 2010. Από τα αποτελέσματα της έρευνας, διαπιστώθηκε δραματική αύξηση της συμπτωματολογίας σε άτομα με μικρότερο οικογενειακό εισόδημα ή σε άτομα που αντιμετωπίζουν σοβαρές οικονομικές δυσκολίες. Τα άτομα που αντιμετώπιζαν αρκετές έως σημαντικές οικονομικές δυσκολίες ανεξάρτητες ωστόσο από το εισόδημά τους, ήταν σχεδόν τρεις φορές πιο πιθανό να εμφανίσουν σοβαρή ασθένεια σε σχέση με τα άτομα που δεν αντιμετώπιζαν οικονομικές δυσκολίες. Ειδικότερα, άτομα χωρίς οικονομικά προβλήματα εμφάνισαν συχνότητα σοβαρής ψυχιατρικής συμπτωματολογίας σε ποσοστό περίπου 3% και κατάθλιψη σε ποσοστό 1% ενώ τα ποσοστά στα άτομα με πολλές οικονομικές δυσκολίες

ήταν 22% και 12% αντίστοιχα. Σχετικά με την απασχόληση και την ανεργία, τη μικρότερη συχνότητα σοβαρής ασθένειας είχαν όσοι εργάζονται έστω και με μερική απασχόληση. Οι άνεργοι είχαν διπλάσια σχεδόν πιθανότητα να εμφανίζουν σοβαρή ασθένεια ακόμη και όταν λαμβάνονται υπόψη και όλοι οι άλλοι παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν την συσχέτιση π.χ. εισόδημα. Επίσης, ήταν δύομισι φορές πιο πιθανό να παρουσιάζουν «ευχές θανάτου» και ιδέες αναξιοσύνης για την ζωή ακόμη και όταν έλαβαν υπόψη στην ανάλυση το εισόδημα και τις οικονομικές δυσκολίες (Σκαπινάκης, 2011).

Σε έρευνα που πραγματοποίησαν οι Bouras και Lykouras κατέληξαν στο συμπέρασμα πως υπήρξε μια άνοδος στην ανεργία με το ποσοστό να φτάνει στο 12,4% τον Οκτώβριο του 2010. Επίσης, υπάρχει αύξηση στον αριθμό των ανθρώπων που απευθύνονται στα Κέντρα Υποδοχής και Αλληλεγγύης (ΚΥΑΔΑ) προς ικανοποίηση των βασικών αναγκών τους, όπως η σίτιση, η στέγαση, τα φάρμακα και η ιατρική περίθαλψη το ίδιο χρονικό διάστημα. Ο αριθμός εκείνων που απευθύνονται στα κέντρα σίτισης που παρέχονται από την εκκλησία έχει πολλαπλασιάσει κυρίως λόγω της αύξησης του αριθμού των Ελλήνων που προσφεύγουν σε αυτήν την λύση (35%-40% και ηλικίας 50 έως 70 ετών). Τα γεύματα που προσφέρονται καθημερινά έχουν διπλασιαστεί από 5.000 έως 10.000 και αυτό στην περιοχή της Αθήνας μόνο (Boura & Lykouras, 2011).

Σε σχετικό άρθρο των Kentikelenis et al., (2011) συγκεντρώνονται στοιχεία και υποστηρίζεται ότι η κατάσταση της υγείας έχει χειροτερέψει ιδιαίτερα στις ευάλωτες ομάδες. Επίσης, εντοπίζεται αύξηση της εγκληματικότητας με τα ποσοστά των ανθρωποκτονιών και κλοπών να έχουν σχεδόν διπλασιαστεί στο διάστημα μεταξύ 2007 και 2009. Ακόμη, η χρήση της ηρωίνης φέρεται να αυξήθηκε κατά 20% το 2009 σύμφωνα με εκτιμήσεις από το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά. Οι περικοπές του προϋπολογισμού το 2009 και το 2010 είχαν ως αποτέλεσμα την απώλεια του ενός τρίτου των street-work προγραμμάτων της χώρας. Ωστόσο, η ελληνική οργάνωση των Γιατρών του Κόσμου εκτιμά ότι το ποσοστό των Ελλήνων που αναζητά ιατρική περίθαλψη από τις κλινικές του δρόμου αυξήθηκε από 3-4% πριν την κρίση σε περίπου 30% (Kentikelenis et al., 2011).

Ο Madianos et al., (2011) πραγματοποίησαν πανελλαδική τηλεφωνική ωστόσο έρευνα δύο διαφορετικών χρονικών περιόδων, το 2008 με δείγμα 2,197 και το 2009 με δείγμα 2,192, με σκοπό τη διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης της οικονομικής κρίσης και του αύξησης του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου. Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ των δύο μεταβλητών και συγκεκριμένα έδειξε ότι τα άτομα που αντιμετώπιζαν σοβαρές οικονομικές δυσκολίες είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου. Όσον αφορά τη σύγκριση των δεδομένων των δύο φάσεων, παρατηρήθηκε αύξηση του ποσοστού του Μείζονος

Καταθλιπτικού Επεισοδίου της τάξεως του 2,1 το έτος 2009 σε σχέση με το 2008 (Madianos et al., 2011).

Σε επόμενη έρευνα των Economidou et al. (2011) που ακολούθησε τις ίδιες μεθόδους, παρατηρήθηκε ότι το 2011 υπήρξε 36% αύξηση στις αναφορές απόπειρας αυτοκτονίας τον τελευταίο μήνα πριν τη διεξαγωγή της έρευνας έναντι των αναφορών το 2009. Τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) και το Index of Personal Economic Distress (IPEDE). Πιο συγκεκριμένα η έρευνα έδειξε ότι η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνεπάγεται αύξηση κατά 1,54 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους.

Έρευνα του ΕΠΙΨΥ (Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής), επεξεργάστηκε και ανέλυσε το περιεχόμενο των κλήσεων στην Τηλεφωνική Γραμμή Βοήθειας για την Κατάθλιψη από το Μάιο του 2008 έως τον Ιούνιο του 2011 με σκοπό την διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης της οικονομικής κρίσης και των αιτημάτων για την τηλεφωνική ψυχολογική υποστήριξη. Όπως διαπιστώθηκε από τα αποτελέσματα, κατά το πρώτο εξάμηνο του 2010 υπήρξε αυξανόμενος αριθμός κλήσεων από άτομα που ανέφεραν άμεσα ή έμμεσα ότι επηρεάζονταν από την οικονομική κρίση. Αξιοσημείωτο είναι δε ότι τα άτομα αυτά ήταν περισσότερο πιθανό να εμφανίσουν κατάθλιψη από εκείνα που δεν αναφέρθηκαν στην κρίση. Υψηλό ποσοστό των τελευταίων, μάλιστα, βρέθηκε να εμφανίζει τετατωμένα νεύρα και καταχρήσεις αλκοόλ ή ουσιών. Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την κατάχρηση ουσιών ή την αυτοκτονικότητα. Τέλος, το άγχος βρέθηκε ότι επιβαρύνει κατά κύριο λόγο τους εργαζομένους, πιθανώς λόγω της έλλειψης ασφάλειας και της αβεβαιότητας που βιώνουν καθημερινά (Οικονόμου κ.α., 2012).

Μελετώντας τα δεδομένα από τον ΠΟΥ, για τους δείκτες αυτοκτονίας στην Ελλάδα παρατηρήθηκε ότι το 2009, έτος έναρξης της βαθιάς οικονομικής ύφεσης, ο αριθμός των αυτοκτονιών ήταν ίδιος με εκείνον του 2000 και χαμηλότερος αυτών του 2005 και 2006.

Επίσης, ο Σκαπινάκης (2011), προσθέτει στα παραπάνω ότι και σε προηγούμενα έτη, εν απουσία οικονομικής κρίσης, οι δείκτες αυτοκτονίας εμφάνισαν αυξομειώσεις της τάξεως του 20% εστιάζοντας όπως και οι Fountoulakis et al. (2012), στο μεγάλο πρόβλημα της χαμηλής ποιότητας των ελληνικών δεδομένων.

Επίσης, σημειώνεται η επίπτωση της οικονομικής ύφεσης στην ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας. Οι μειώσεις των δαπανών σε μισθούς και λειτουργικά έξοδα των νοσοκομείων λόγω περικοπών του κράτους οδηγούν σε μια πτώση της ποιότητας των υποδομών και υπηρεσιών. Αυτό σε ένα περιβάλλον εντατικοποίησης των επαγγελματικών απαιτήσεων έχει προκαλέσει πτώση του ηθικού και επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού.

Οι Paul και Moser (2009) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο μέσος όρος των ατόμων που έχουν ψυχολογικά προβλήματα υπερδιπλασιάζεται στους ανέργους σε σχέση με τους εργαζόμενους. Σε έρευνα των McKee et al (2009), καταδεικνύεται ότι αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνδέεται με παράλληλη αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,79%.

Οι Aro et al. (1995) αναφέρουν ότι υπάρχει άμεση σύνδεση μεταξύ της οικονομικής ανέχειας και της κατάθλιψης. Η απότομη πτώση του βιοτικού επιπέδου του ατόμου οδηγεί στην εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών και κυρίως της κατάθλιψης, γεγονός το οποίο επισημαίνεται από έρευνες που εκπονήθηκαν στην Ευρωπαϊκή Ένωση, στις οποίες σημειώνεται ότι κατά την παρούσα παγκόσμια οικονομική κρίση αναμένεται ραγδαία αύξηση των καταθλιπτικών διαταραχών και των αυτοκτονιών.

Οι Stuckler et al. (2009) μελέτησαν σε 26 χώρες της Ευρώπης, για το διάστημα 1970-2006, τον τρόπο με τον οποίο οι οικονομικές μεταβολές μπορεί να επηρέασαν τα ποσοστά θνησιμότητας στην Ευρώπη κατά τις τρεις τελευταίες δεκαετίες. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως για κάθε αύξηση 1% στην ανεργία επακολουθούσε αύξηση της τάξης του 0,8% στις αυτοκτονίες στις ηλικίες κάτω των 65 ετών, καθώς και αύξηση 0,8% στις ανθρωποκτονίες. Αύξηση πάνω από 3% στην ανεργία είχε, αντιστοίχως, ακόμη μεγαλύτερη επίδραση στα ποσοστά των αυτοκτονιών με αύξηση πάνω από 4% στις ηλικίες κάτω των 65 ετών, καθώς και στους θανάτους από χρήση αλκοόλ.

Αντιθέτως, η ίδια έρευνα έδειξε μείωση της θνησιμότητας από τροχαία ατυχήματα κατά 1,39% και μη στατιστικά σημαντική σχέση με τη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα και την θνησιμότητα από όλες τις αιτίες. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν διάφορα αποτελέσματα τα οποία παρουσιάζουν την εικόνα ότι στις βιομηχανικές χώρες η οικονομική κρίση έχει ως αποτέλεσμα την αλλαγή των καταναλωτικών προτύπων προς την υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής και κατά συνέπεια τη μείωση της θνησιμότητας.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Κίνα (Philips et.al, 1999) βρέθηκε ότι οι κοινωνικές αλλαγές, συμπεριλαμβανομένων των μεγάλων οικονομικών καθώς και της εξασθένησης των οικογενειακών δεσμών, οδηγούν σε αύξηση των ποσοστών των αυτοκτονιών, εξαιτίας της αύξησης των καταθλιπτικών και ψυχοσωματικών διαταραχών. Τέλος, ο Chang et al., (2009) μελέτησαν τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης κατά το διάστημα 1997-1998 σε ανατολικές και νοτιοανατολικές ασιατικές χώρες και με χαρακτηριστικά συγκεκριμένα δημογραφικά στοιχεία, διαπιστώθηκε πως σε σύγκριση με το 1997, τα ποσοστά αυτοκτονιών των ανδρών το 1998 αυξήθηκαν κατά 40% ενώ η αύξηση των αυτοκτονιών στις γυναίκες ήταν λιγότερο αισθητή.

## **Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup> : Ερευνητική Προσέγγιση**

### ***6.1 Εισαγωγή***

Η ερευνητική μέθοδος που ακολουθείται αποτελεί σημαντικό κεφάλαιο στην διατριβή. Στην έρευνα αναλύεται η μέθοδος που ακολουθήθηκε για την περάτωσή της καθώς και τα αποτελέσματα που προκύψαν από αυτή. Στην παρούσα διπλωματική διατριβή πραγματοποιήθηκε πρωτογενής και δευτερογενής έρευνα. Για την ολοκληρωμένη ανάλυση του θέματος δόθηκε μεγάλη σημασία τόσο στην πρωτογενή έρευνα όσο και στην βιβλιογραφία που παρουσιάστηκε στα προηγούμενα κεφάλαια τα οποία αποτελούν τη δευτερογενή έρευνα και βασίζονται σε άρθρα ελληνικά και ξενόγλωσσα, βιβλία και στο διαδίκτυο. Τα κείμενα αυτά αποτελούν την βάση για τη σωστή ανάλυση των ερωτηματολογίων και την εξαγωγή χρήσιμων και ολοκληρωμένων συμπερασμάτων.

### ***6.2 Στόχοι Έρευνας***

Για την ολοκλήρωση της παρούσας διπλωματικής διατριβής, διεξήχθη εμπειρική έρευνα, για την υποστήριξη της βιβλιογραφικής ανασκόπησης που είναι να διερευνήσει τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας. Ειδικότερα θα διερευνηθεί η αρνητική επίδραση της στο επίπεδο υγείας (σωματικής και ψυχικής) του πληθυσμού ως ενδεχόμενο άμεσο επακόλουθο της κρίσης και πως αυτό μπορεί να συνεπάγεται αύξηση των δαπανών υγείας.

Οι επιμέρους στόχοι της έρευνας είναι: η επίδραση της οικονομικής κρίσης στο επίπεδο υγείας (σωματικής και ψυχικής) του πληθυσμού και ο οικονομικός αντίκτυπος στη δημόσια και ιδιωτική υγεία αυτής της ενδεχόμενης αρνητικής εξέλιξης.

### ***6.3 Σχεδιασμός Ερωτηματολογίου***

Υπάρχουν δύο είδη μεθόδων συλλογής πρωτογενών στοιχείων, η ποσοτική έρευνα και η ποιοτική έρευνα. Η ποιοτική έρευνα χρησιμοποιεί μεθόδους με τη μορφή συζήτησης, η οποία διεξάγεται από εξειδικευμένους κοινωνικούς επιστήμονες. Η ποσοτική έρευνα βασίζεται στη συλλογή ποσοτικών στοιχείων από μεγάλα δείγματα πληθυσμού με τη χρήση συνήθως κάποιου δομημένου ερωτηματολογίου. Στόχο έχει την εξαγωγή στατιστικών συμπερασμάτων τα οποία αντικατοπτρίζουν τη συμπεριφορά και τις απόψεις ολόκληρου του πληθυσμού.

Για την εμπειρική ανάλυση της συγκεκριμένης πτυχιακής, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της ποσοτικής ανάλυσης μέσω πρωτογενούς έρευνας. Ο προσδιορισμός και η διατύπωση των ζητούμενων μιας ποσοτικής κοινωνικής έρευνας στηρίζονται σε κάποιες βασικές υποθέσεις εργασίας, των οποίων απαιτείται η περαιτέρω διερεύνηση, ούτως ώστε να διαπιστωθεί κατά πόσον αυτές ισχύουν και να αποτυπωθεί η υφιστάμενη κατάσταση στο συγκεκριμένο πλαίσιο αναφοράς. Στις ποσοτικές έρευνες χρησιμοποιείται ευρύτατα η συμπλήρωση ερωτηματολογίων, έτσι και η παρούσα διατριβή στηρίχθηκε στη συλλογή ερωτηματολογίων. Η δημιουργία του ερωτηματολογίου και η μορφή των ερωτήσεων του είναι καίριας σημασίας σε μία έρευνα, εφόσον το ίδιο το ερωτηματολόγιο είναι το μέσο με το οποίο επιτυγχάνεται αυτή. Το ερωτηματολόγιο πάντα πρέπει να συνοδεύεται από μία επιστολή η οποία θα κάνει σαφή τον σκοπό της έρευνας, θα εξηγεί πως έγινε η επιλογή του αποδέκτη του ερωτηματολογίου και το γιατί ο αποδέκτης θα πρέπει να συμμετάσχει στην έρευνα αυτή.

Το παρόν ερωτηματολόγιο περιέχει ένα σύνολο ερωτήσεων που απευθύνονται σε δύο κατηγορίες πληθυσμού. Ειδικότερα, υπάρχουν δημογραφικές ερωτήσεις τόσο για τους επισκέπτες των νοσοκομείων όσο και τους υπαλλήλους. Έπειτα περιέχει ερωτήσεις που απευθύνονται στην ομάδα ανθρώπων που αποτελούν επισκέπτες ή συνοδούς στις ιατρικές μονάδες που λαμβάνει χώρα η έρευνα. Στη συνέχεια, περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν στην ομάδα εργαζομένων των υπό μελέτη νοσοκομειακών μονάδων. Ο πληθυσμός που διεξήχθη η έρευνα επιλέχθηκε με δειγματοληψία.

Η μαθηματική δειγματοληψία στηρίζεται στη θεωρία των πιθανοτήτων και τη στατιστική. Και στους δύο αυτούς κλάδους των μαθηματικών η έννοια του «τυχαίου» είναι βασική και αυστηρά ορισμένη. Επειδή, όπως θα δούμε, το αντιπροσωπευτικό υποσύνολο, το δείγμα, δεν είναι παρά ένα «τυχαίο υποσύνολο» του πληθυσμού, πρέπει να διευκρινίσουμε πως το «τυχαίο» δε συμπίπτει μ' αυτό που στη καθημερινή ζωή λέμε «στην τύχη». Ο βασικότερος παράγοντας που μας κάνει να επιλέγουμε την δειγματοληψία αντί της απογραφής, είναι οπωσδήποτε η αδυναμία να πραγματοποιηθεί απογραφή είτε για λόγους αντικειμενικούς είτε για λόγους οικονομίας, μια και το κόστος μιας έρευνας είναι συνήθως ανάλογο του αριθμού των στοιχείων που εξετάζονται. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο νομό Αχαΐας και συγκεκριμένα στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Ρίου και στο Νοσοκομείο του Αγίου Ανδρέα. Το δείγμα αποτελείται από ένα σύνολο 142 εργαζομένων και 167 επισκεπτών ενώ η έρευνα πραγματοποιήθηκε τους μήνες Ιανουάριο – Φεβρουάριο το έτος 2015.

Ο τρόπος επιλογής των ερωτηθέντων ήταν με τυχαία δειγματοληψία. Δεν αποφασίστηκε από πριν κάποιο κριτήριο επιλογής. Η επιλογή έγινε στα ανωτέρω νοσοκομεία κατά την διάρκεια της

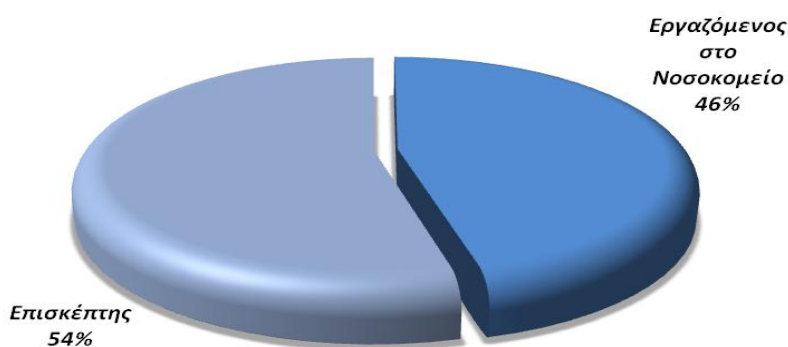
φυσικής παρουσίας του ερευνητή εκεί. Ειδικότερα τα κριτήρια που συμφωνηθήκαν εξ αρχής ήταν τα ακόλουθα:

1. Η ηλικία όλων των ερωτηθέντων να είναι πάνω από 18 έτη.
2. Το κριτήριο της Ελληνικής γλώσσας, μιας και όλοι οι συμμετέχοντες μιλούσαν την ελληνική γλώσσα.
3. Το κριτήριο επιλογής του πληθυσμού (νοσηλευμένου ή μη) ήταν ελεύθερο και τυχαίο.

Κατά τη διάρκεια της έρευνας παρουσιάστηκαν κάποιες δυσκολίες οι οποίες συνέβαλαν στο να καθυστερήσει η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Πρώτα απ' όλα ήταν η άρνηση και η καχυποψία των ερωτηθέντων ως προς την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Ένας σημαντικός αριθμός, περίπου 80 άτομα, δεν δέχτηκαν να ακούσουν το λόγο της επικοινωνίας, ή όσοι επέλεξαν να το κάνουν, αρνήθηκαν να συμμετέχουν, επικαλούμενοι διάφορους λόγους, όπως φόρτο εργασίας, άγνοια του θέματος, αδιαφορία ως προς σε θέμα κ.τ.λ. Θα πρέπει να τονιστεί πως παρόλο που αναλύθηκε ο σκοπός της έρευνας καθώς και η διασφάλιση της τήρησης ανωνυμίας από πλευράς ερωτηθέντων, απάντησαν οι 309 από τους συνολικά 390 περίπου στους οποίους μοιράστηκε το ερωτηματολόγιο.

Κλείνοντας, στις δυσκολίες, συμπεριλαμβάνονται και οι περιπτώσεις κατά τις οποίες οι ερωτηθέντες δεν είχαν πλήρη αντίληψη σχετικά με το περιεχόμενο ορισμένων ερωτήσεων. Από την πλευρά μας, προσπαθήσαμε να επεξηγήσουμε πάνω στις απορίες τους, όπως ο σκοπός της έρευνας και η διαδικασία που θα ακολουθήσουν για να γίνει η σωστή συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και να βοηθήσουμε στην κατανόηση των ερωτήσεων με τέτοιο τρόπο, ώστε να δίδονται οι απαντήσεις (όπως και γινόταν), χωρίς να κατευθύνουμε ή να επηρεάζουμε με τις οδηγίες μας.

## 6.4 Αποτελέσματα Έρευνας – Ανάλυση

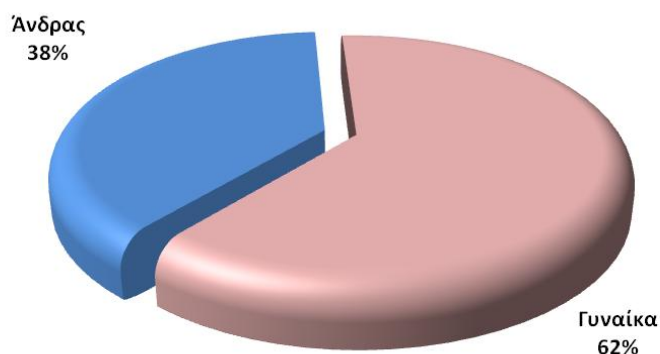


Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τόσο σε επισκέπτες όσο και σε εργαζομένους μονάδων υγείας. Συμμετείχαν συνολικά 309 άτομα εκ των οποίων η πλειοψηφία σε ποσοστό 54% ήταν επισκέπτες και το υπόλοιπο 46% εργαζόμενοι σε νοσοκομεία.

### Επισκέπτες

Αρχικά υπάρχει μια ομάδα ερωτήσεων που αναφέρεται στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των υπό μελέτη ομάδων (εργαζομένων, επισκεπτών).

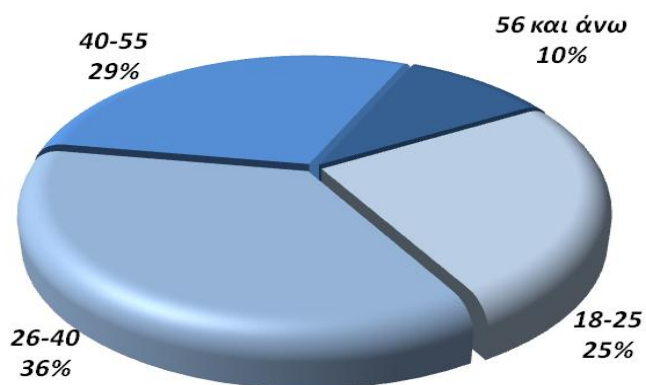
### Φύλο :



Όπως προαναφέρθηκε ο αριθμός των επισκεπτών στις νοσοκομειακές μονάδες όπου πραγματοποιήθηκε η έρευνα, ήταν 167 άτομα. Από το συγκεκριμένο δείγμα, όσον αφορά το φύλο, η πλειοψηφία ήταν γυναίκες με ποσοστό 62% και ακολούθησε ο ανδρικός πληθυσμός με ποσοστό 38%.

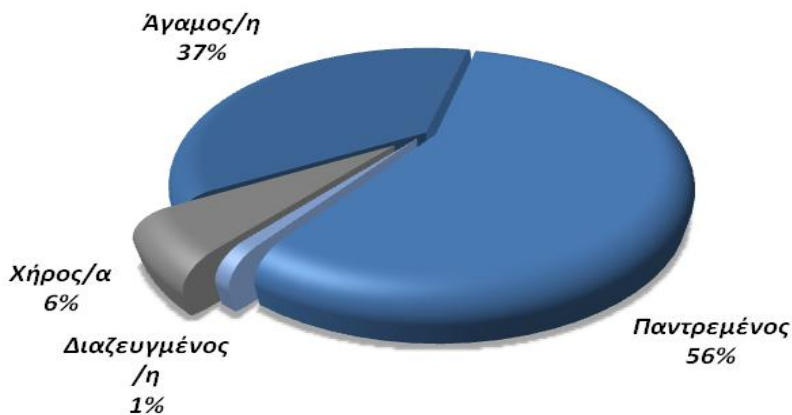


### Ηλικιακές ομάδες :



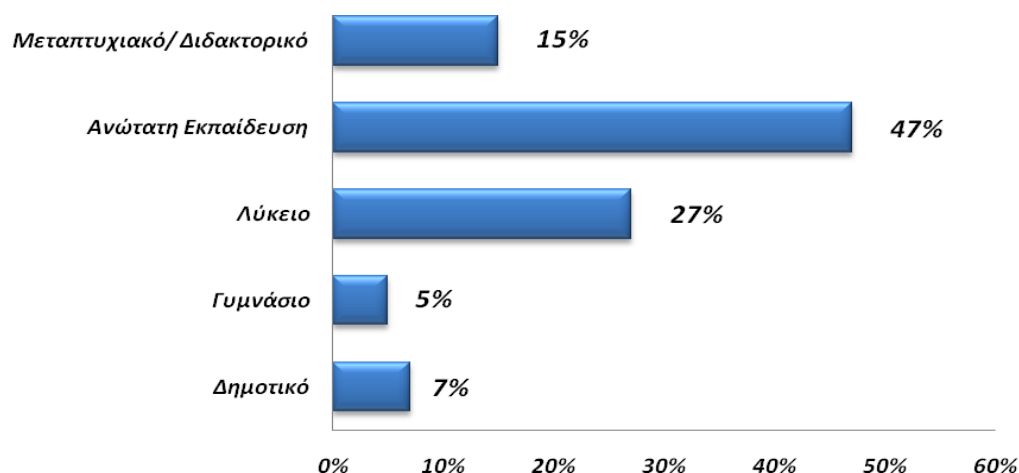
Η πλειοψηφία των επισκεπτών ανήκε σε ποσοστό 36% στην ηλικιακή ομάδα 26-40 ετών, ακολουθούμενη από τη ηλικιακή ομάδα 40-55 ετών με ποσοστό 29%. Λιγότερη, σε ποσοστό 25% συναντάται η ομάδα από 18-25 χρονών, ενώ την μειοψηφία με ποσοστό 10% καταλαμβάνει η ομάδα των ηλικιωμένων από 55 χρονών και άνω.

### Οικογενειακή κατάσταση :



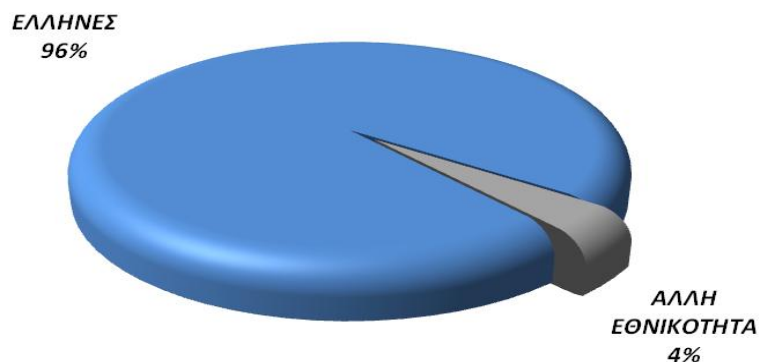
Σε ερώτηση για την οικογενειακή κατάσταση των επισκεπτών η πλειοψηφία σε ποσοστό 56% δήλωσαν παντρεμένοι, ακολουθεί ο άγαμος πληθυσμός με ποσοστό 37% ενώ σε λιγότερα ποσοστά 6% και 1% συναντώνται οι χήροι και οι διαζευγμένοι αντίστοιχα.

### Μορφωτικό επίπεδο :



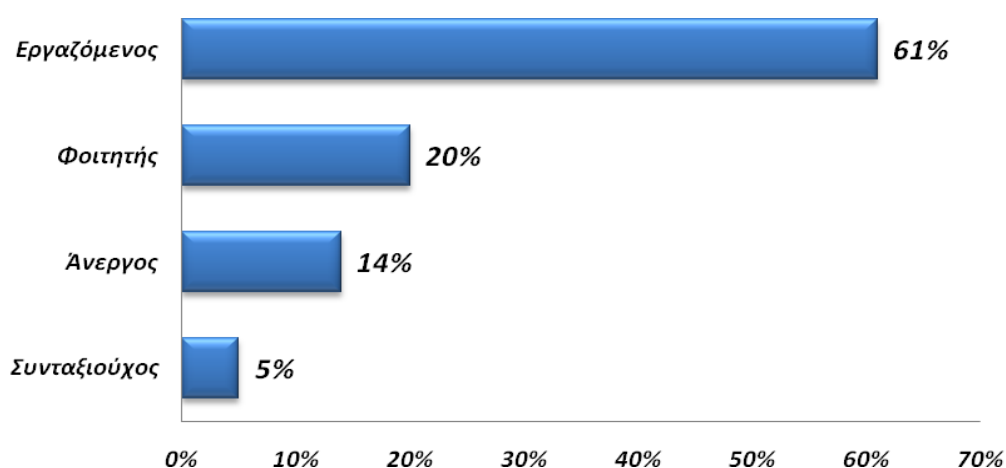
Στην ερώτηση που αφορούσε το μορφωτικό επίπεδο των επισκεπτών, οι πολλοί ήταν απόφοιτοι ανωτάτης εκπαίδευσης σε ποσοστό 47%. Ένα ποσοστό 27% ήταν απόφοιτοι λυκείου, ακολουθούν σε ποσοστό 15%, κάτοχοι κάποιου μεταπτυχιακού – διδακτορικού τίτλου σπουδών. Σε μικρότερη κλίμακα 7% και 5% συναντώνται άτομα δημοτικού και γυμνασίου αντίστοιχα.

### Εθνικότητα :



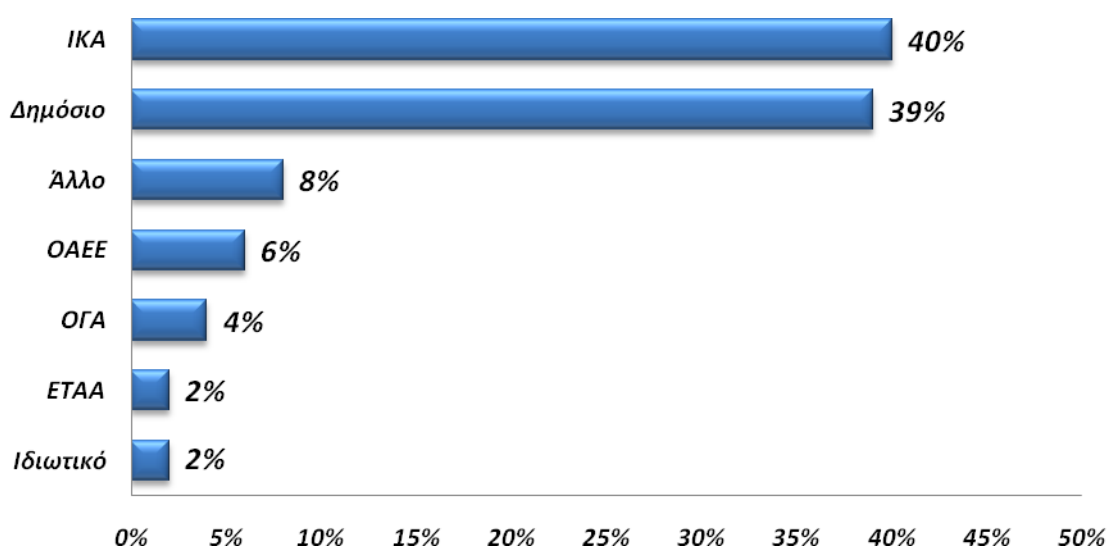
Οι επισκέπτες στην συντριπτική τους πλειοψηφία είναι Έλληνες πολίτες σε ποσοστό 96% ενώ μόλις το 4% δηλώνουν άλλη εθνικότητα.

### Εργασιακή κατάσταση :



Η εργασιακή κατάσταση των ερωτηθέντων δείχνει πως η πλειοψηφία σε ποσοστό 61% είναι εργαζόμενοι πολίτες, το 20% αποτελούν φοιτητές, ακολουθούν σε ποσοστό 14% άνεργοι ενώ το 5% αποτελούν συνταξιούχοι.

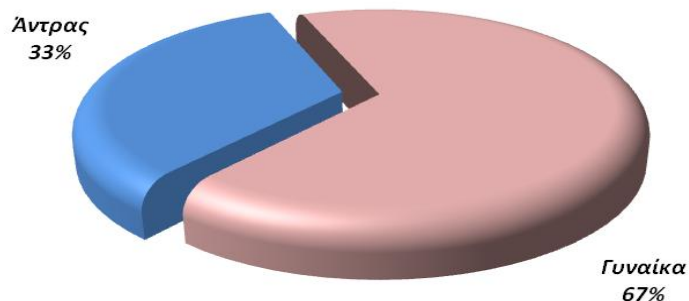
### Ασφαλιστικός φορέας :



Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων επισκεπτών σχετικά με τον ασφαλιστικό φορέα στον οποίο ανήκουν μοιράστηκε σχεδόν ισόποσα με 40% και 39% στο ΙΚΑ και Δημόσιο αντίστοιχα. Πολύ μικρότερα ποσοστά καταλαμβάνουν τα άλλα ταμεία με 6% ο ΟΑΕΕ, 4% το ΟΓΑ, 2% το ΕΤΑΑ.

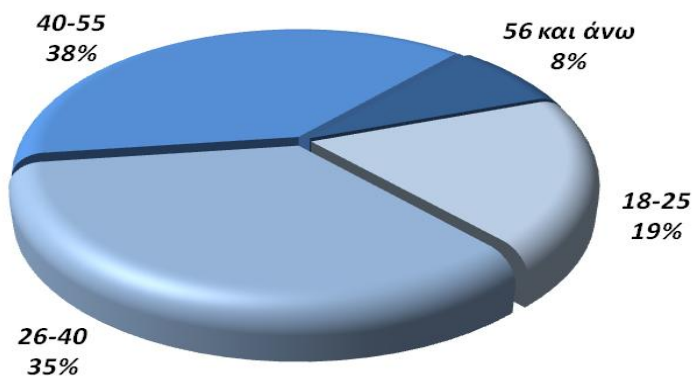
## Εργαζόμενοι

### Φύλο :



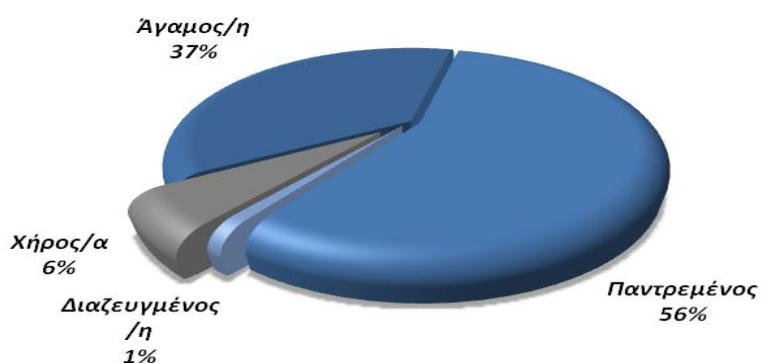
Η πλειοψηφία των εργαζομένων αποτελείται από γυναίκες σε ποσοστό 67% ενώ οι άνδρες καταλαμβάνουν το 33%.

### Ηλικία :



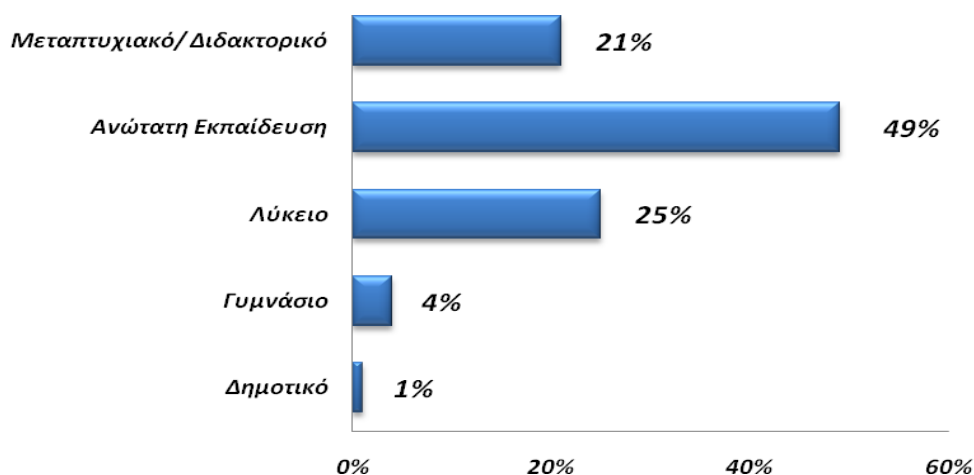
Η πλειοψηφία των εργαζομένων ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 40-55 ετών. Ακολουθούν εργαζόμενοι από 26 έως 40 ετών. Μικρότερη κλίμακα 19% καταλαμβάνουν εργαζόμενοι από 18 έως 25 ετών, ενώ σε ποσοστό μόλις 8% συμμετέχουν εργαζόμενοι ηλικίας 56 ετών και άνω.

### Οικογενειακή κατάσταση :



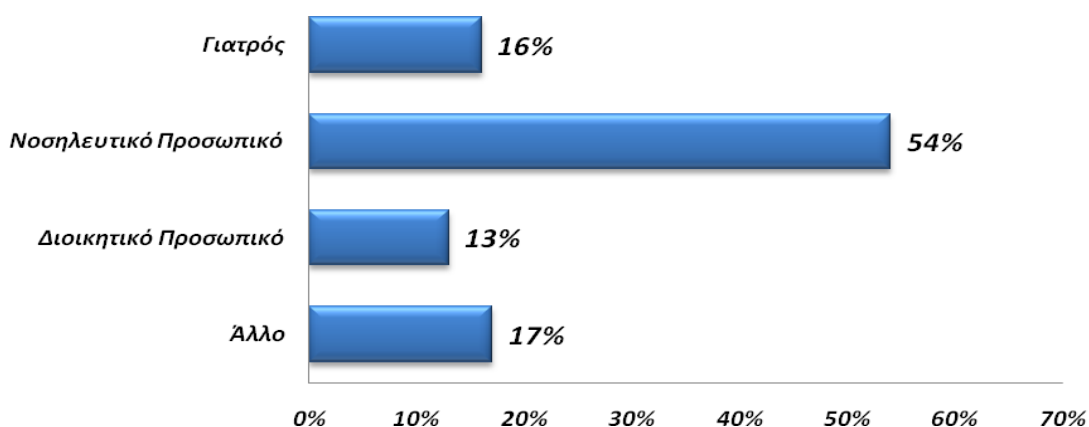
Το 56% των εργαζομένων που συμμετέχουν στην έρευνα δηλώνει έγγαμο. Ακολουθεί ο άγαμος πληθυσμός σε ποσοστό 37% ενώ ελάχιστοι είναι οι διαζευγμένοι με ποσοστό μόλις 1% και οι χήροι με ποσοστό 6%.

### Βαθμίδα εκπαίδευσης :



Στην ερώτηση που αφορούσε το μορφωτικό επίπεδο των εργαζομένων, η πλειοψηφία ήταν απόφοιτοι ανώτατης εκπαίδευσης σε ποσοστό 49%. Ποσοστό 25% ήταν οι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, ακολουθούν σε ποσοστό 21% οι κάτοχοι κάποιου μεταπτυχιακού – διδακτορικού τίτλου σπουδών. Μόλις το 1% έχει ολοκληρώσει εκπαίδευση δημοτικού και το 4% του γυμνασίου.

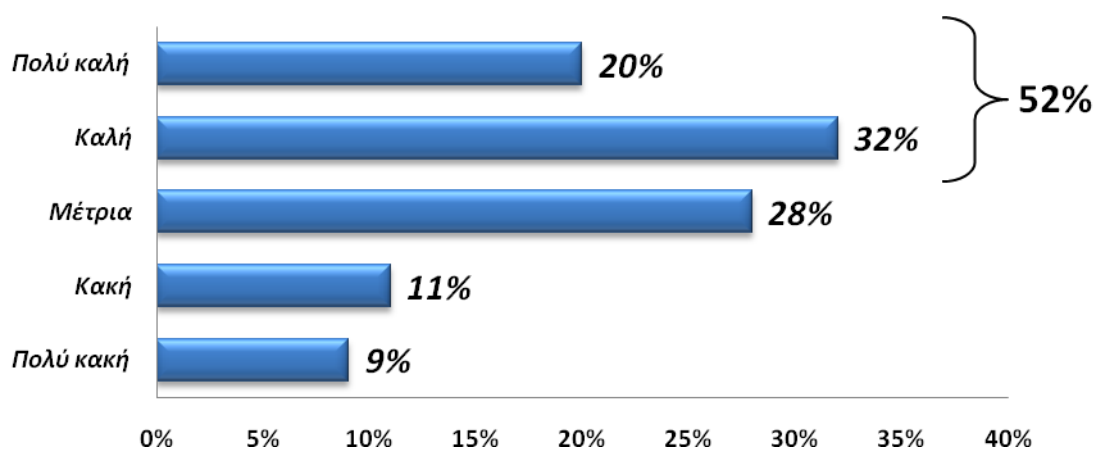
### Θέση εργασίας :



Στο προσωπικό των νοσοκομείων μελετήθηκε επιπλέον η θέση εργασίας που κατέχουν. Η πλειοψηφία αποτελείται από νοσηλευτικό προσωπικό σε ποσοστό 54%, ακολουθεί το ιατρικό προσωπικό σε ποσοστό 16%, ενώ το διοικητικό κατέχει το 13%. Υπάρχει και ένα ποσοστό 17% που κατέχει άλλη θέση μέσα στο νοσοκομειακό περιβάλλον.

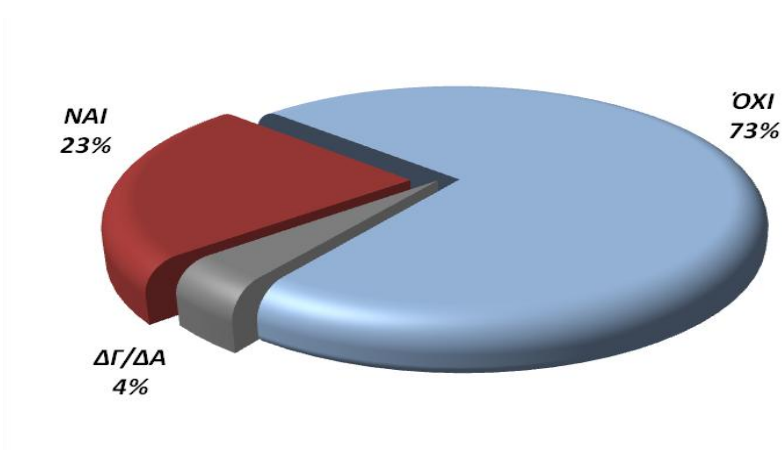
### Ερωτήσεις Πληθυσμού

#### Ποιότητα υγείας :



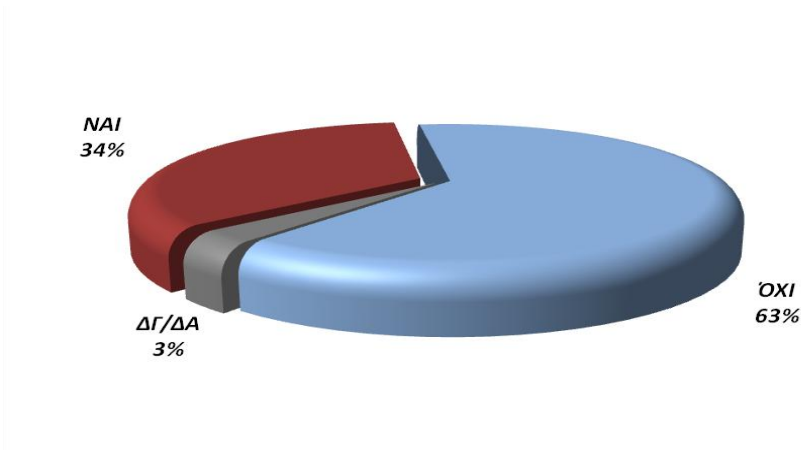
Η παραπάνω ερώτηση ερευνά την υγεία του πληθυσμού που συμμετείχε στην έρευνα. Από τα αποτελέσματα προκύπτει πως σε ποσοστό 52%, σχεδόν ένας στους δύο ερωτηθέντες δήλωσαν πως είναι καλά ή πολύ καλά από υγεία. Το 28%, απάντησε σε μέτριο βαθμό ενώ το 20% χαρακτήρισε την υγεία του από κακή έως πολύ κακή.

**Πάσχετε από κάποιο χρόνιο νόσημα:**



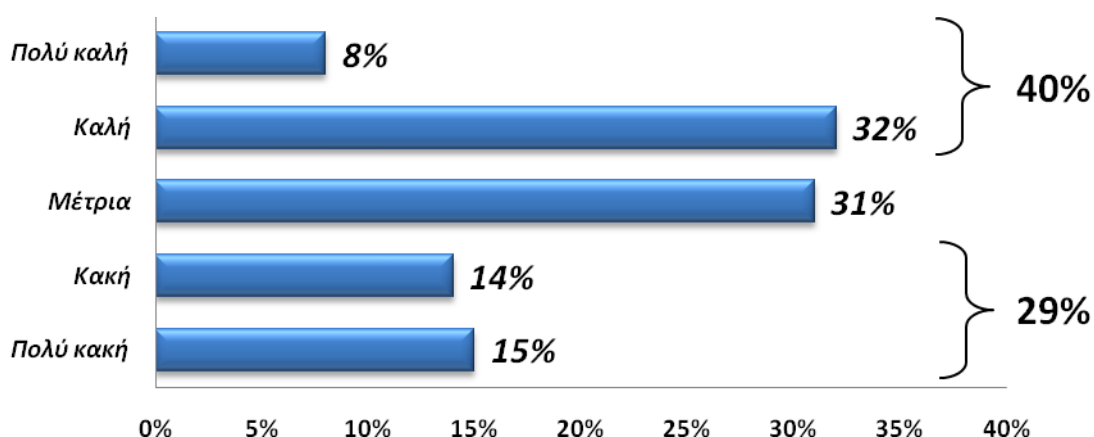
Η πλειοψηφία του πληθυσμού δεν πάσχει από κάποιο χρόνιο νόσημα σε ποσοστό 73% με το 23% να δηλώνει πως πάσχει. Μόλις το 4% απάντησε πως δεν γνωρίζει ή δεν θέλει να απαντήσει.

**Παρουσιάστηκε κάποιο πρόβλημα λόγω στενοχώριας ή άγχους :**



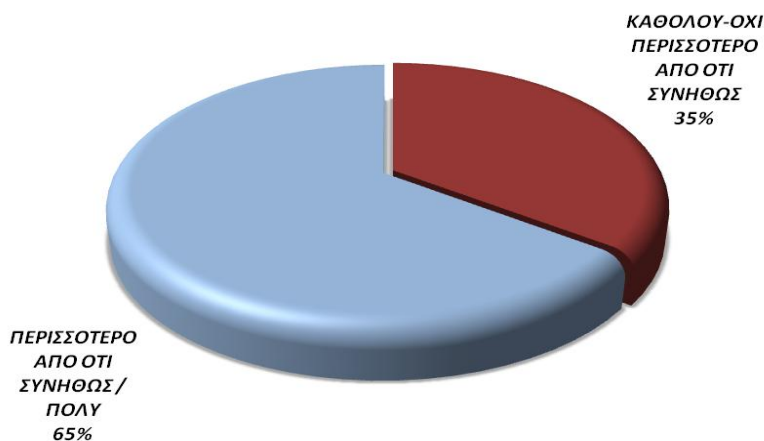
Στην ερώτηση προς τον πληθυσμό αν έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας που έχει προκύψει ως αποτέλεσμα άγχους ή κάποιας στενοχώριας το 63% απάντησε αρνητικά ενώ το 34% καταφατικά. Το 3% δήλωσε πως δεν γνωρίζει ή δεν θέλει να απαντήσει.

### Επιρροή Ψυχολογικής κατάστασης από οικονομική κρίση :



Σε συνέχεια της προηγούμενης ερώτησης προκύπτει η παρούσα. Μελετάται αν η οικονομική ύφεση που επικρατεί στη χώρα έχει επιρροή στην ψυχολογική κατάσταση του πληθυσμού. Από τα αποτελέσματα της ερώτησης προέκυψε πως η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει πολύ έως πάρα πολύ την ψυχολογία των ερωτηθέντων σε ποσοστό 40%. Ένα ποσοστό 29% απάντησε πως η επιρροή είναι σε μικρό έως ελάχιστο βαθμό. Ενώ το 31% δήλωσε πως η κρίση έχει επηρεάσει σε μέτριο βαθμό τη ψυχολογία του.

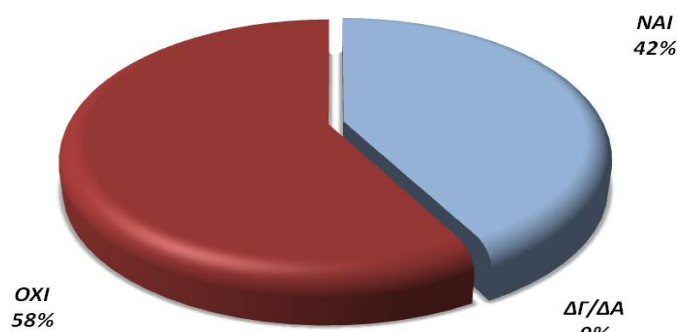
### Πίεση ή άγχος λόγω οικονομικής κατάστασης :



Ως αποτέλεσμα της οικονομικής ύφεσης προκύπτει περισσότερη πίεση και άγχος στον πληθυσμό. Έτσι το 65% θεωρεί πως έχει πλέον περισσότερο άγχος και πίεση από ότι συνήθως, σε αντίθεση με το 35% που απαντά αρνητικά.

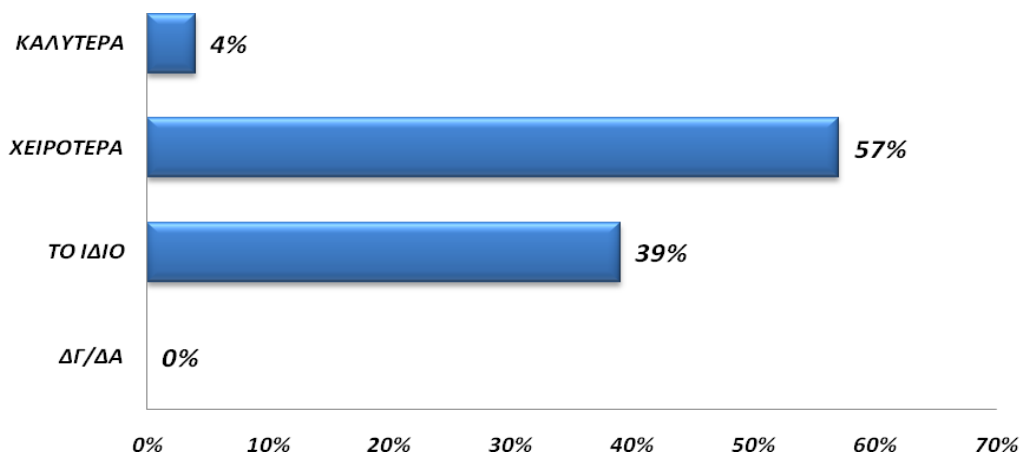


**Χρήση υπηρεσιών υγείας τον τελευταίο καιρό :**



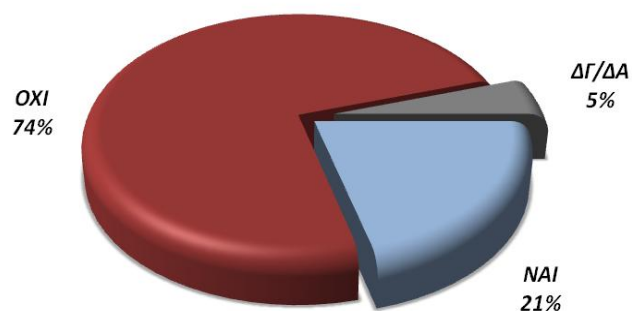
Σε ερώτηση του πληθυσμού για το αν κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας το τελευταίο χρονικό διάστημα, η πλειοψηφία με ποσοστό 58% δηλώνει κατηγορηματικά όχι, σε αντίθεση με το υπόλοιπο 42% που απαντά καταφατικά.

**Αν ναι, παρατηρήσατε διαφορές στις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με παλαιότερες υπηρεσίες πριν την κρίση :**



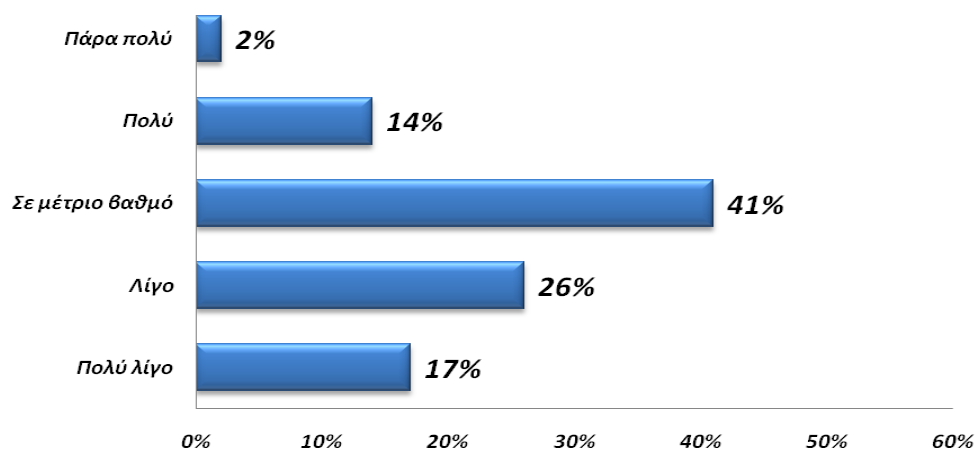
Ερευνώντας τον πληθυσμό που έχει κάνει χρήση των υπηρεσιών υγείας τον τελευταίο καιρό, παρατηρείται πως η πλειοψηφία σε ποσοστό 57% δηλώνει ότι οι υπηρεσίες υγείας πριν την κρίση ήταν σε καλύτερη ποιότητα από ότι τώρα. Μόλις το 4% θεωρεί πως έχουν βελτιωθεί ενώ ένα ποσοστό 39% δεν αντιλαμβάνεται ουσιαστική διαφορά.

**Είστε ικανοποιημένος από τις υπηρεσίες του ΕΣΥ :**



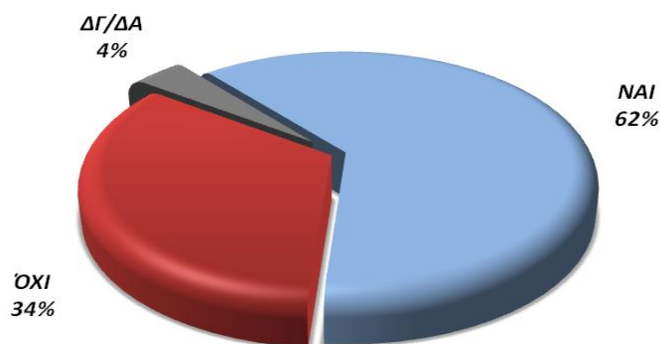
Στην παρούσα ερώτηση ζητήθηκε από τους επισκέπτες να αξιολογήσουν την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Στην πλειοψηφία τους με ποσοστό 74%, οι ερωτηθέντες δήλωσαν πως δεν είναι ικανοποιημένοι, μόλις το 21% απάντησε θετικά, ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό 5% δεν εξέφρασε γνώμη.

**Σε τι βαθμό μπορείτε να ανταποκριθείτε στο οικονομικό κόστος των ιατρικών δαπανών :**



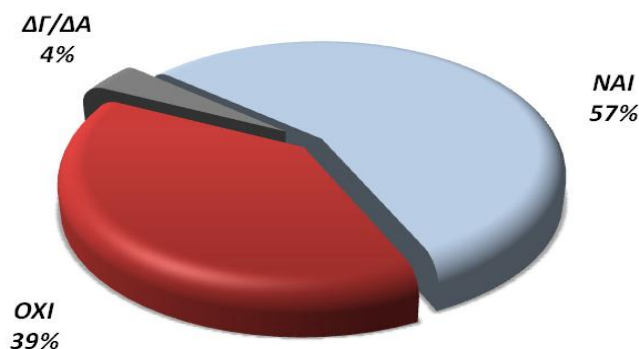
Η παρούσα ερώτηση μελέτησε το βαθμό στον οποίο μπορεί να ανταποκριθεί ο πληθυσμός στο κόστος αυτό. Από τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε πως η πλειοψηφία σε ποσοστό 43% ανταποκρίνεται σε μικρό έως πολύ μικρό βαθμό, σε αντίθεση με το 16% που θεωρεί πως δεν έχει αντιμετωπίσει κάποιο οικονομικό πρόβλημα, όσον αφορά στις ιατρικές δαπάνες. Το 41% δήλωσε πως ανταποκρίνεται σε μέτριο βαθμό.

**Η οικονομική κρίση διαφοροποίησε την επιλογή σας σχετικά με την Δημόσια και Ιδιωτική υγεία:**



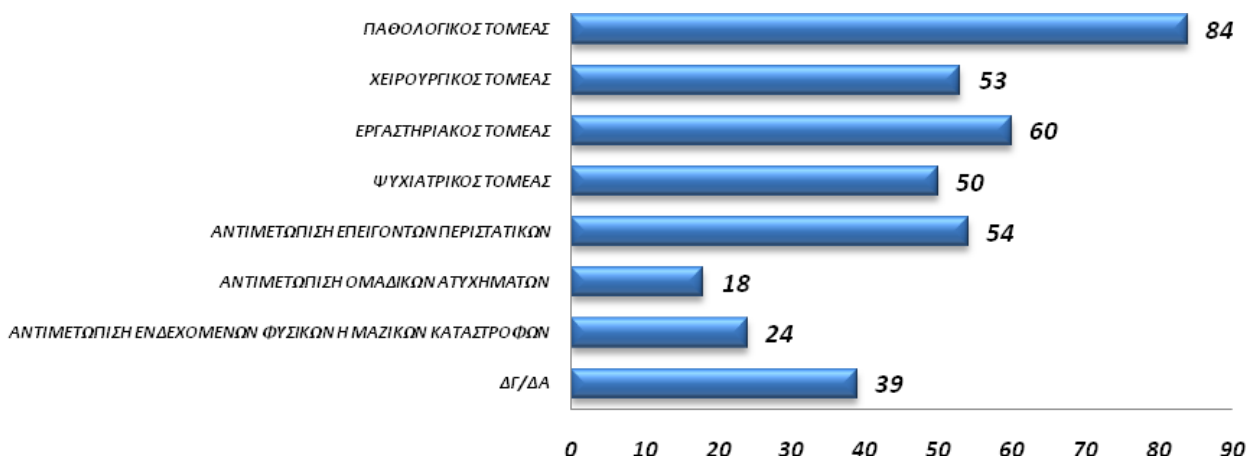
Η παραπάνω ερώτηση μελετά την επιρροή της οικονομικής κρίσης στη δημόσια και ιδιωτική υγεία των πολιτών. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δήλωσε σε ποσοστό 62% πως εξαιτίας της οικονομικής ύφεσης διαφοροποίησαν την επιλογή τους σχετικά με την δημόσια και ιδιωτική υγεία, είτε επιλέγοντας την μία είτε την άλλη, χωρίς το τελευταίο να διευκρινίζεται. Αντίθετα, το 34%, δήλωσε πως δεν επηρέασε την επιλογή του, καθώς συνέχισε να πράττει ότι και πριν. Μόλις το 4% δεν εξέφρασε κάποια γνώμη.

**Έχετε κατανοήσει τις αλλαγές στο υγειονομικό σύστημα :**



Σε ερώτηση αν αυτές οι αλλαγές είναι ευδιάκριτες και κατανοητές από τον πληθυσμό, η πλειοψηφία απάντησε καταφατικά σε ποσοστό 57%, ενώ μόλις το 39% δήλωσε πως δεν τις έχει κατανοήσει.

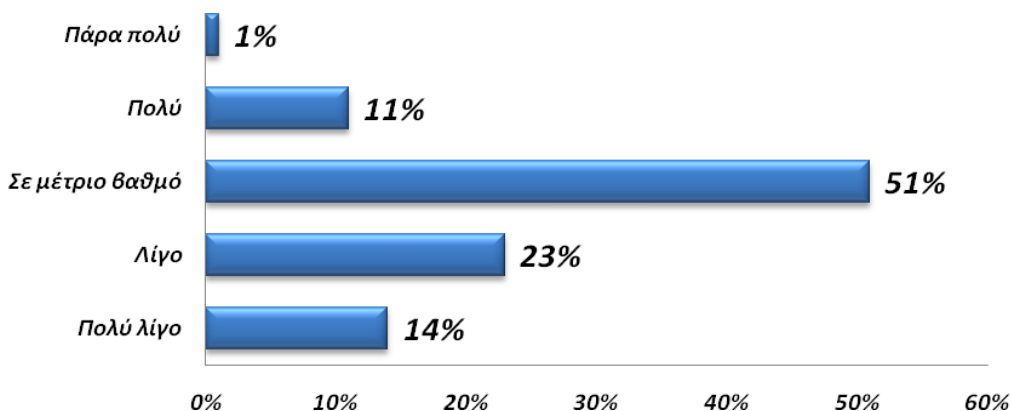
### Υπηρεσίες που έχουν επηρεαστεί από την οικονομική κρίση :



Στην ερώτηση προς τους επισκέπτες για το ποιες υπηρεσίες έχουν επηρεαστεί στον χειρότερο βαθμό από την οικονομική κρίση, πρώτος στην επιλογή του δείγματος έρχεται ο παθολογικός τομέας, αναμενόμενο αν σκεφθεί κάποιος πως είναι ο πλέον περιζήτητος τομέας. Ακολουθούν με σειρά, ο εργαστηριακός τομέας, στη συνέχεια η αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών, ο χειρουργικός τομέας, ο ψυχιατρικός τομέας έρχεται στην 5<sup>η</sup> θέση, ενώ χαμηλότερα βρίσκονται η αντιμετώπιση φυσικών ή μαζικών καταστροφών και τα ομαδικά ατυχήματα. Πρέπει να τονιστεί πως στην παρούσα ερώτηση δόθηκε η δυνατότητα περισσότερο της μιας επιλογής στους ερωτηθέντες.

### Ερωτήσεις Εργαζομένων

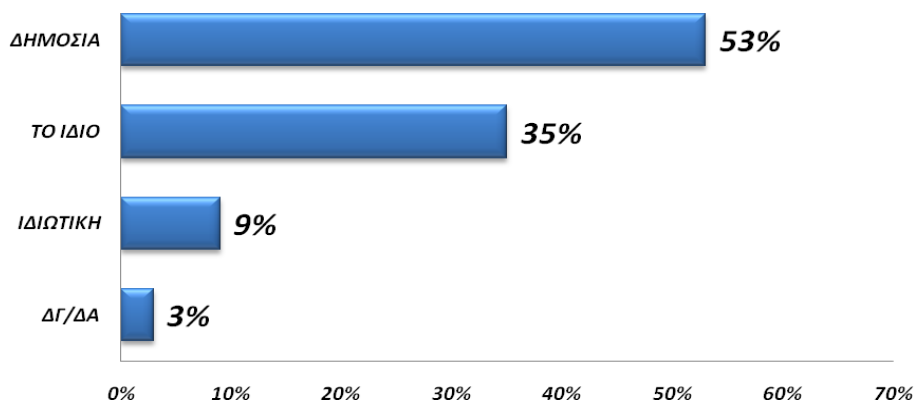
#### Πως κρίνετε το επίπεδο της Δημόσιας υγείας κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης :



Στην ερώτηση για το πως κρίνουν οι εργαζόμενοι του νοσοκομείου το επίπεδο της δημόσιας υγείας κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης, η πλειοψηφία σε ποσοστό 51% το θεωρεί μέτριο.

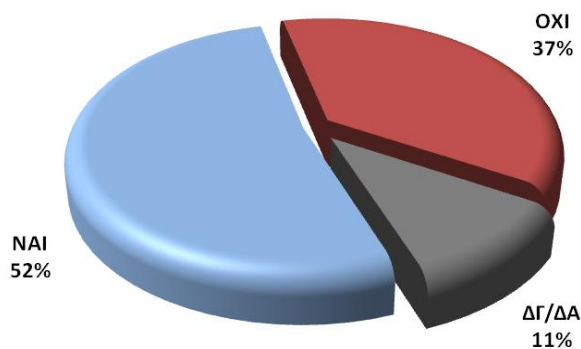
Ακολουθεί ποσοστό 37% που το θεωρεί χαμηλότερο πλέον, ενώ το υπόλοιπο 12% το θεωρεί υψηλότερο.

**Οι δομές της δημόσιας ή της ιδιωτικής υγείας έχουν επηρεαστεί σε αρνητικό βαθμό από την κρίση;**



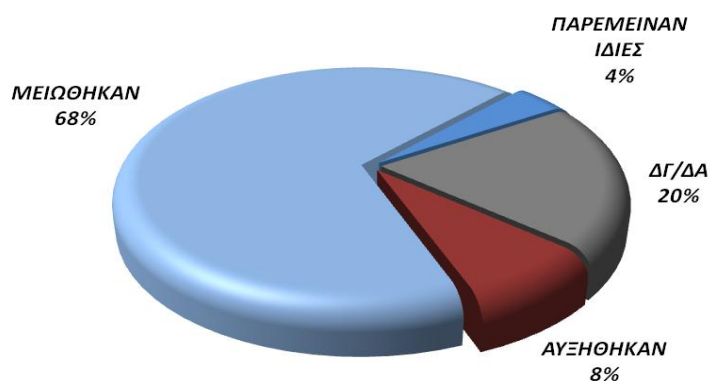
Σύμφωνα με την πλειοψηφία των εργαζομένων, το 53% θεωρεί πως η δημόσια υγεία έχει επηρεαστεί περισσότερο από την κρίση. Το 35% των ερωτηθέντων θεωρεί πως έχουν επηρεαστεί το ίδιο, μικρότερο ποσοστό 9% δηλώνει πως η ιδιωτική υγεία έχει υποστεί μεγαλύτερη επιρροή.

**Μείωση λειτουργικών εξόδων νοσοκομείων :**



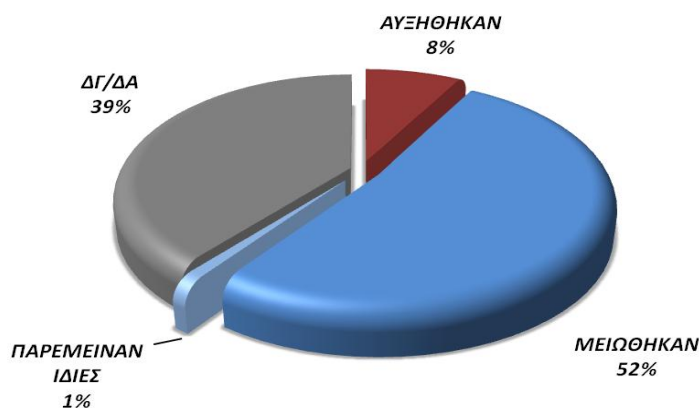
Μελετώντας το βαθμό που τα λειτουργικά έξοδα των νοσοκομείων μειωθήκαν εξαιτίας της οικονομικής ύφεσης, παρατηρούμε πως η πλειοψηφία των εργαζομένων σε ποσοστό 52% δηλώνει πως μειωθήκαν, σε αντίθεση με το 37% που θεωρεί πως αυξηθήκαν ή τουλάχιστον παρέμειναν τα ίδια. Υπάρχει και ένα μικρό ποσοστό 11% που δεν εκφέρει γνώμη.

**Πως επηρεάστηκαν οι δαπάνες υγειονομικού υλικού :**



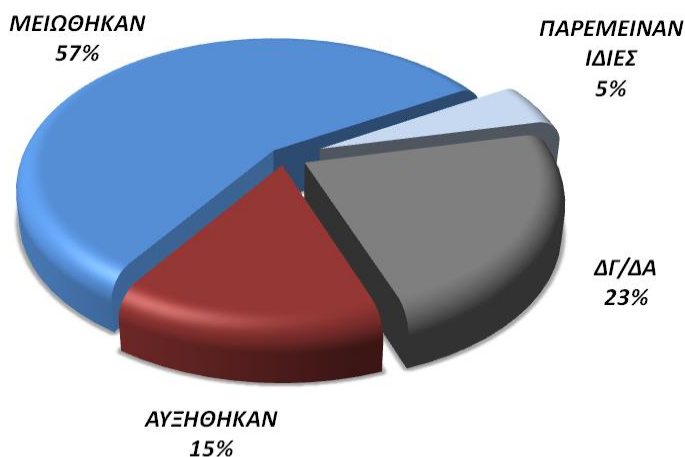
Οι δαπάνες για το υγειονομικό υλικό σύμφωνα με την πλειοψηφία των εργαζομένων (68%) μειώθηκαν. Υπάρχει ένα πολύ μικρό ποσοστό 8% που θεωρεί πως αυξηθήκαν ενώ το 4% πιστεύει πως παρέμειναν ίδιες. Τέλος, το υπόλοιπο 20% δεν εκφέρει συγκεκριμένη άποψη στην παρούσα ερώτηση.

**Χημικά αντιδραστήρια :**



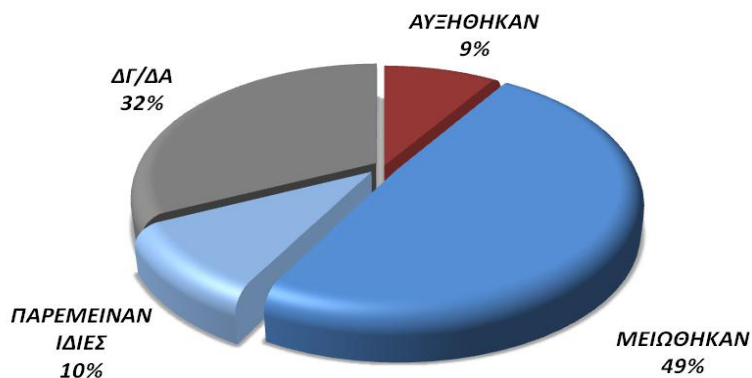
Παρόμοια αποτελέσματα προκύπτουν και από την ερώτηση για τις δαπάνες χημικών αντιδραστηρίων. Εξίσου εδώ, η πλειοψηφία θεωρεί πως οι δαπάνες μειώθηκαν. Μόλις το 8% θεωρεί πως αυξηθήκαν.

### Φαρμακευτικές δαπάνες :



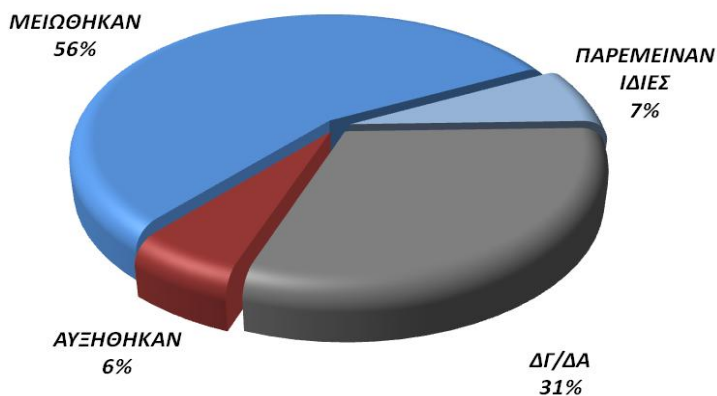
Όσον αφορά τις φαρμακευτικές δαπάνες, το 57% θεωρεί πως μειωθήκαν και αυτές, το 15% πιστεύει πως αυξηθήκαν, μόλις το 5% θεωρεί πως δεν επηρεαστήκαν.

### OUTSOURCING / Λοιπές δαπάνες :



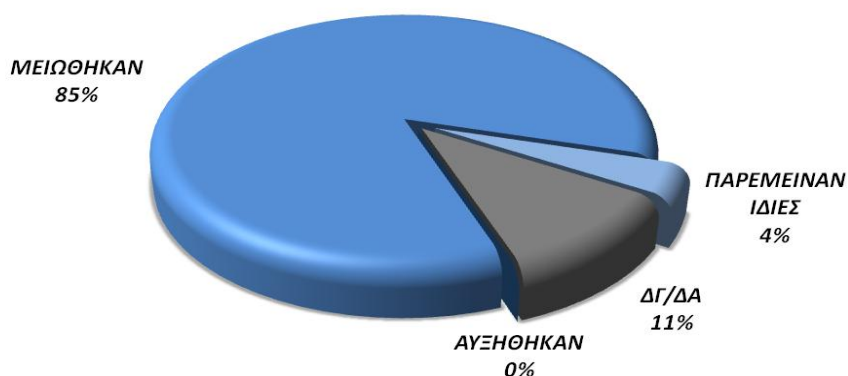
Με την σειρά τους οι εξωτερικές και λοιπές δαπάνες (outsourcing) μειωθήκαν κατά 49% σύμφωνα με την πλειοψηφία των ερωτηθέντων εργαζομένων. Ένα ποσοστό 9% θεωρεί πως αυξηθήκαν ενώ υπάρχει και ένα ποσοστό 10% που πιστεύει πως δεν επηρεαστήκαν οι συγκεκριμένες δαπάνες από την οικονομική ύφεση.

### Δαπάνες ορθοπαιδικού υλικού :



Οι δαπάνες για το ορθοπαιδικό υλικό μειωθήκαν και αυτές σύμφωνα με την πλειοψηφία του 56% των ερωτηθέντων. Μόλις το 6% θεωρεί πως αυξηθήκαν, ενώ το 7% δηλώνει πως δεν επηρεαστήκαν. Ένα σημαντικά μεγάλο ποσοστό, 31% δεν εκφέρει άποψη.

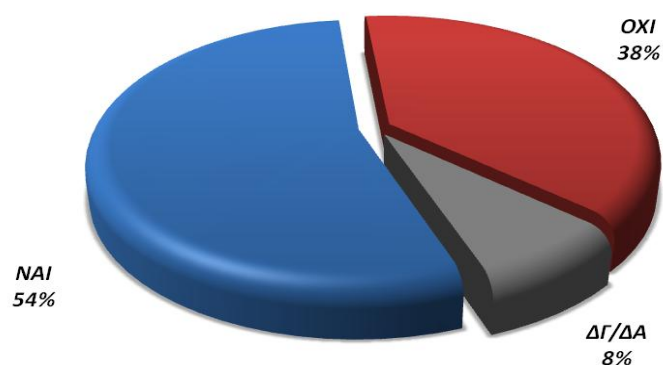
### Μισθοδοσία – Οικονομικές απολαβές :



Όπως ήταν αναμενόμενο στην ερώτηση σχετικά με το πως επηρεαστήκαν οι δαπάνες στη μισθοδοσία και οι οικονομικές απολαβές, η πλειοψηφία σε ποσοστό 85% δήλωσε πως μειωθήκαν. Μόλις το 4% θεωρεί πως παρέμειναν ίδιες.

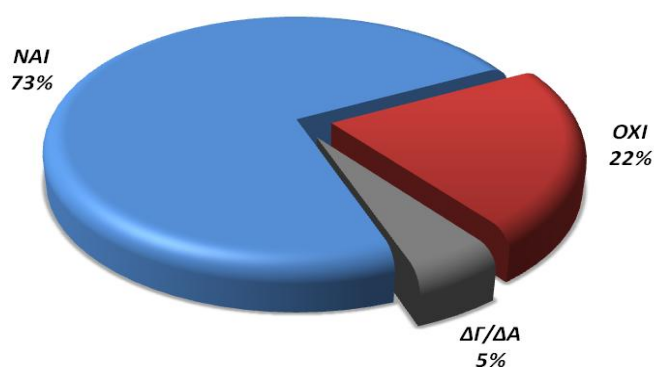


**Μείωση επιπέδου ιατρικών / νοσηλευτικών υπηρεσιών :**



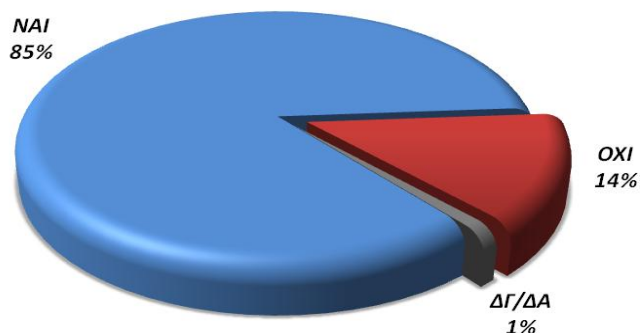
Οι δαπάνες των ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών στο σύνολό τους μειωθήκαν σύμφωνα με την πλειοψηφία των ερωτηθέντων εργαζομένων (54%). Αντίθετα το 38% δήλωσε πως παρέμειναν ίδιες ή αυξηθήκαν.

**Διαφορά ποιότητας μεταξύ Δημοσίων νοσοκομείων και Ιδιωτικών κλινικών :**



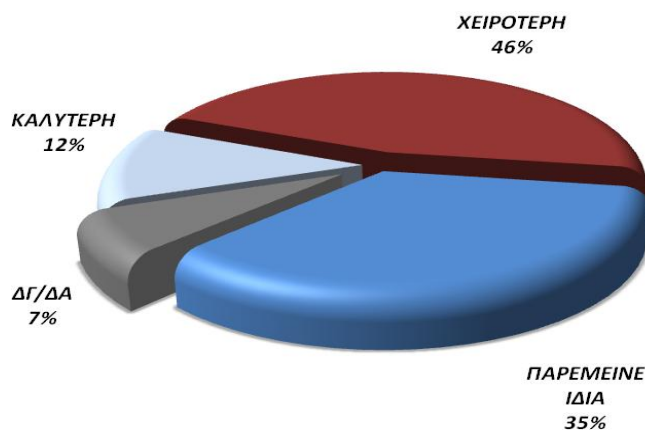
Σε ερώτηση προς τους εργαζομένους αν υπάρχει διαφορά ποιότητας μεταξύ δημοσίων και ιδιωτικών μονάδων υγείας, η πλειοψηφία σε ποσοστό 73% θεωρεί πως υπάρχει διαφορά υπηρεσιών, ενώ το 22% πιστεύει το αντίθετο.

**Επηρέαστηκε ο αριθμός των εργαζομένων λόγω οικονομικής κρίσης :**



Ο αριθμός του ανθρώπινου δυναμικού στις νοσοκομειακές μονάδες επηρεάστηκε με τη σειρά του σύμφωνα με την πλειοψηφία (85%) από την οικονομική κρίση, ενώ μόλις το 14% δεν πιστεύει πως επηρεάστηκε.

**Συντονισμός και συνεργασία νοσοκομειακού προσωπικού πριν και μετά την κρίση :**



Σε ότι έχει να κάνει με τον συντονισμό και τη συνολική συνεργασία του νοσοκομειακού προσωπικού πριν και μετά την οικονομική κρίση, αυτό που συμπεραίνεται σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων εργαζομένων είναι πως σε ποσοστό 46% έγινε χειρότερη, σε ποσοστό 35% παρέμεινε η ίδια, ενώ το 12% θεωρεί πως βελτιώθηκε.

## **Κεφάλαιο 7<sup>ο</sup>: Συζήτηση**

Σημαντική παράμετρο για την ικανοποίηση του πληθυσμού από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας ενός κράτους είναι το οικονομικό κόστος των ιατρικών δαπανών. Για πολλά χρόνια το ΕΣΥ δέχεται παρεμβάσεις από την πολιτεία με αποτέλεσμα να υπάρχουν διαφοροποιήσεις κάθε φορά που μια κυβέρνηση άλλαζε. Τα τελευταία χρόνια γίνεται στα πλαίσια της οικονομικής ύφεσης, το ΕΣΥ έχει υποστεί αρκετές μεταβολές και σημαντικές αλλαγές.

Σε παγκόσμιο επίπεδο, υπάρχει σαφής αντιστοιχία ανάμεσα την οικονομία κάθε χώρας και στην υγεία του πληθυσμού της. Η πλειοψηφία των διαφορών που παρουσιάζουν οι δείκτες υγείας από πληθυσμό σε πληθυσμό οφείλονται σε οικονομικούς λόγους (Grammatikopoulos et al, 2011). Ανεπτυγμένη και σταθερή οικονομία έχει ως συνέπεια σταθερά και επαρκή εισοδήματα. Υψηλότερο εισόδημα σημαίνει επίσης περισσότεροι πόροι για πρόληψη, περίθαλψη και άλλες κοινωνικές υπηρεσίες που στο σύνολό τους αποτελούν το αγαθό της υγείας. Από την άλλη, η υγεία επηρεάζει το εισόδημα. Ένας υγιής πληθυσμός είναι και πιο παραγωγικός (Van Doorslaer, 1997).

Η οικονομική κρίση και η ύφεση συνδέονται με αύξηση ψυχικών διαταραχών, αυτοκτονιών, προβλήματα εθισμού και κατάχρηση ουσιών, υιοθέτηση των λιγότερο υγιεινών συμπεριφορών και τρόπου ζωής, συμπεριλαμβανομένης της διατροφής και της σωματικής άσκησης και γενικότερα χαμηλότερου επιπέδου υγείας (Cham, 2009). Η οικονομική κρίση που χαρακτηρίζει τον ελληνικό χώρο αποτελεί εμπόδιο για την ανάπτυξη του αγαθού της υγείας και των υπηρεσιών της. Στην παρούσα διατριβή γίνεται προσπάθεια να αναλυθεί η σχέση της υγείας με την οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της τελευταίας στην πρώτη. Το ζήτημα των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία απασχολεί ιδιαίτερα την επιστημονική κοινότητα και τονίζουν την ανάγκη παροχής της κατάλληλης παρέμβασης από τα συστήματα υγείας.

Η έρευνα των Selenko και Batinic (2011) έδειξε πως υπάρχει μια σημαντική αρνητική επίδραση της αντιληπτής οικονομικής δυσχέρειας στην ψυχική υγεία. Η διερεύνηση των επιπτώσεων της τρέχουσας οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία στην Ελλάδα αποτέλεσε στόχο της έρευνας του Γιωτάκου και συνεργατών. Ειδικότερα, βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία και στα επείγοντα του Αιγινήτειου και της ανεργίας και του μέσου εισοδήματος. Σημαντικό εύρημα της έρευνας είναι η ύπαρξη θετικής συσχέτισης της ανεργίας με τον αριθμό ανθρωποκτονιών. Από το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων πραγματοποιήθηκε έρευνα πεδίου σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 5.000 περίπου ενηλίκων ηλικίας 18-74 ετών. Σύμφωνα με την έρευνα, διαπιστώθηκε δραματική αύξηση της συμπτωματολογίας σε άτομα με μικρότερο οικογενειακό

εισόδημα ή σε άτομα που αντιμετωπίζουν σοβαρές οικονομικές δυσκολίες. Σε επόμενη έρευνα των Economou et al. (2011) που ακολούθησε τις ίδιες μεθόδους, παρατηρήθηκε ότι το 2011 υπήρξε 36% αύξηση στις αναφορές απόπειρας αυτοκτονίας τον τελευταίο μήνα πριν τη διεξαγωγή της έρευνας έναντι των αναφορών το 2009. Οι Paul και Moser (2009) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο μέσος όρος των ατόμων που έχουν ψυχολογικά προβλήματα υπερδιπλασιάζεται στους ανέργους σε σχέση με τους εργαζόμενους. Όπως συμπεραίνεται από τα παραπάνω, η σχέση της οικονομίας και της υγείας είναι αμφίδρομη. Η μια επηρεάζει την άλλη και αντίστροφα.

Τα παραπάνω έρχονται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας μιας και στην πλειοψηφία τους οι ερωτηθέντες απαντούν πως η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει πολύ έως πάρα πολύ την ψυχολογία τους. Επίσης, ως αποτέλεσμα της οικονομικής ύφεσης προκύπτει περισσότερη πίεση και άγχος στον πληθυσμό. Ερευνώντας τον πληθυσμό που έχει κάνει χρήση των υπηρεσιών υγείας τον τελευταίο καιρό, παρατηρείται πως η πλειοψηφία σε ποσοστό 57% δηλώνει ότι οι υπηρεσίες υγείας πριν την κρίση ήταν σε καλύτερη ποιότητα απ' ότι τώρα. Το τελευταίο είναι αναμενόμενο καθώς συμφωνεί με το γεγονός πως οι δαπάνες των νοσοκομείων τόσο σε επίπεδο υλικού όσο και ανθρωπίνου δυναμικού σύμφωνα και με τους εργαζομένους έχουν μειωθεί.

## **Κεφάλαιο 8<sup>ο</sup> : Συμπεράσματα**

Η οικονομική κρίση και οι μακροχρόνιες ανισορροπίες της ελληνικής οικονομίας συνθέτουν ένα ασταθές οικονομικό περιβάλλον και επηρεάζουν γενικά όλους τους κλάδους της οικονομίας και μαζί και τον κλάδο παροχής υπηρεσιών υγείας. Η οικονομική κατάσταση του πληθυσμού επιδρά αρνητικά στους δείκτες υγείας, όπως το προσδόκιμο επιβίωσης, τη νοσηρότητα, τη θνησιμότητα αλλά και τη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Ειδικότερα, τα συστήματα υγείας, είτε είναι δημόσιοι είτε ιδιωτικοί φορείς, αντιμετωπίζουν στην οικονομική κρίση τεράστια προβλήματα χρηματοδότησης. Αυτά προέρχονται από τη μείωση των κρατικών δαπανών για την υγεία, λόγω της οικονομικής στενότητας και λόγω της διακοπής της εξωτερικής οικονομικής βοήθειας από τις πλουσιότερες χώρες, οι οποίες καλύπτουν ένα μεγάλο τμήμα της χρηματοδότησης για την υγεία.

Σε ατομικό επίπεδο, η κρίση δημιουργεί πρόβλημα ρευστότητας και απασχόλησης στον πληθυσμό της χώρας που πλήττεται από ανεργία, φτώχεια και μη επαρκής κάλυψη βασικών αναγκών. Η αύξηση της ανεργίας, ο φόβος της απόλυσης από την εργασία, η δυσμενής μεταβολή των εργασιακών σχέσεων και η μείωση του εισοδήματος αποτελούν καταστάσεις που συνδέονται με την οικονομική κρίση. Ένα χαρακτηριστικό στοιχείο της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα είναι ότι μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα οι πολίτες ήρθαν ξαφνικά αντιμέτωποι με μια νέα οικονομική και εργασιακή πραγματικότητα, στην οποία καλούνται να «προσαρμοστούν» άμεσα. Ο προγραμματισμός της ζωής τους αλλάζει ραγδαία, τα σχέδιά τους για το μέλλον αναθεωρούνται βίαια και αναδιατάσσονται οι προτεραιότητές τους. Κάποιοι οδηγούνται στη φτώχεια και την ανέχεια, ενώ αδυνατούν να καλύψουν τις βασικές ανάγκες τους (πχ. διατροφή, στέγαση) ή τις ανάγκες τους σε θέματα υγείας (πχ. ιατρικές εξετάσεις, φάρμακα).

Η οικονομική κρίση και τα αρνητικά επακόλουθα που αυτή προκαλεί έχουν άμεση σχέση με την υγεία σωματική και ψυχική των πολιτών. Η σχέση επομένως της οικονομικής κατάστασης και της υγείας είναι μια σχέση στενή και αμφίδρομη. Η οικονομία επηρεάζει τις δαπάνες των δομών υγείας και γενικότερα την ποιότητα των υπηρεσιών ενώ προκαλεί και ψυχολογικές διαταραχές στα άτομα, όταν φαινόμενα όπως η απώλεια εργασίας και μη κάλυψη βασικών αναγκών κάνουν την εμφάνισή τους. Ειδικότερα καταστάσεις όπως η κατάθλιψη κυρίως στα άτομα μέσης ηλικίας, άγχος, κατάχρηση ουσιών όπως είναι το αλκοόλ, θεωρούνται από τους επιστήμονες ως βασικότερες συνέπειες της κρίσης στην υγεία. Επίσης ο αριθμός των αυτοκτονιών σύμφωνα με μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί ανά τον κόσμο σε οικονομίες που έχουν πληγεί οικονομικά, είναι αυξημένος. Συνεπώς, δεν αποτελεί παράδοξο το ότι σε περιόδους κρίσης, όπου όλες αυτές οι αρνητικές συνθήκες ζωής επιτείνονται, παρατηρείται αύξηση της νοσηρότητας και της

θνησιμότητας. Επίσης, συνήθως γίνεται περιστολή των δαπανών, κοινωνικών και υγείας, οι οποίες θα αποτελούσαν το δίκτυ ασφαλείας για τις ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες.

Στην παρούσα διπλωματική διατριβή πραγματοποιήθηκε έρευνα τόσο σε άτομα που έχουν νοσηλευτεί στα νοσοκομεία όσο και σε συνοδούς αυτών αλλά και σε εργαζομένους νοσοκομείων. Μέσα από την έρευνα προκύψαν χρήσιμα συμπεράσματα και προβληματισμοί για μελλοντική ενασχόληση. Αρχικά όσον αφορά τα συμπεράσματα που βγήκαν από τους απλούς επισκέπτες ή συνοδούς στα νοσοκομεία, προέκυψε πως η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό την ψυχολογία των ερωτηθέντων σε ποσοστό μάλιστα 41%. Αυτό έρχεται σε πλήρη συμφωνία με τις έρευνες που αναφερθήκαν στην βιβλιογραφική επισκόπηση. Επίσης, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων εξαιτίας της οικονομικής ύφεσης έχει περισσότερο άγχος από ότι συνήθως, γεγονός που εξηγεί τα ψυχοσωματικά προβλήματα του πληθυσμού σε καιρούς δύσκολους από οικονομικής πλευράς.

Αυτό που συμπεραίνεται είναι ότι οι υπηρεσίες υγείας δεν έχουν το ίδιο ή καλύτερο βαθμό ποιότητας σε σχέση με την κατάσταση που επικρατούσε πριν την κρίση. Η πλειοψηφία δηλώνει ότι οι υπηρεσίες υγείας πριν την κρίση ήταν σε καλύτερη ποιότητα από ότι τώρα. Παρατηρείται ακόμη μια έκφραση δυσαρέσκειας παρά ικανοποίησης για τις υγειονομικές υπηρεσίες, ενώ το κόστος των υπηρεσιών αυτών είναι πολλές φορές απαγορευτικό για τα άτομα με χαμηλό εισόδημα. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δήλωσε σε ποσοστό 63% πως εξαιτίας της οικονομικής ύφεσης διαφοροποίησαν την επιλογή τους σχετικά με την δημόσια και ιδιωτική υγεία.

Από την πλευρά των εργαζομένων στα νοσοκομεία, το επίπεδο της δημόσιας υγείας θεωρείται μέτριο για την πλειοψηφία. Το Ε.Σ.Υ. αποτελεί έναν κοινωνικό φορέα που όπως τονίστηκε και στη βιβλιογραφία έχει υποστεί σημαντικές διαφοροποιήσεις και αλλαγές χωρίς, ωστόσο, να μπορεί να αποδώσει κάποια στιγμή τα αναμενόμενα. Η οικονομική κρίση δυσχεραίνει τις ενέργειες για ενίσχυση της υγείας και εφαρμογής αποδοτικών λύσεων για την ανάκαμψή της. Σύμφωνα με τους εργαζομένους, η δημόσια υγεία έχει επηρεαστεί σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ότι η ιδιωτική. Όσον αφορά στις δαπάνες υγείας, τα ευρήματα της έρευνας έρχονται σε πλήρη αντιστοιχία με άλλες έρευνες που έχουν γίνει κατά καιρούς αλλά και με τα συμπεράσματα από την θεωρητική ανασκόπηση των ερευνών άλλων επιστημόνων. Τα λειτουργικά έξοδα των νοσοκομείων μειώθηκαν, οι δαπάνες για υγειονομικό υλικό μειώθηκαν με την σειρά τους. Επίσης δαπάνες για χημικά αντιδραστήρια, για φάρμακα, για ορθοπεδικό υλικό, ακόμα και οι μισθοί των υπαλλήλων διαφοροποιήθηκαν κινούμενοι σε πτωτική πορεία.

Κοινός τόπος των παραπάνω φαίνεται πως είναι η ρύθμιση της οικονομικής λειτουργίας του υγειονομικού τομέα, δεδομένων των έντονων πιέσεων που ασκούν οι δυσμενείς οικονομικές συνθήκες, όπως αυτές έχουν διαμορφωθεί τόσο από εξωγενείς ως προς το σύστημα υγείας

συνθήκες όπως για παράδειγμα η πρόσφατη κρίση του παγκόσμιου χρηματοπιστωτικού συστήματος, αλλά και εξελίξεις σε αυτή καθαυτή τη λειτουργία του τομέα της υγείας όπως για παράδειγμα η εμφάνιση νέων και δαπανηρών μεθόδων διάγνωσης και θεραπείας, η δημογραφική γήρανση, ο ιατρικός πληθωρισμός καθώς και άλλοι παράγοντες που συνδέονται με την αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας κ.ά.

Οι αρμόδιοι φορείς και το κράτος κατά κύριο λόγο, πρέπει να προστατέψουν το πολύτιμο αγαθό της υγείας, έχοντας ως βασική προτεραιότητα την παροχή υψηλής ποιότητας υγείας, ιδιαίτερα σε συνθήκες οικονομικών δυσκολιών. Η έγκαιρη και αποτελεσματική λήψη μέτρων, η εύρεση εναλλακτικών πηγών χρηματοδότησης των υγειονομικών δομών και η σωστή οργάνωσή τους, μπορούν να αποτρέψουν την εξαθλίωση και την συρρίκνωση του συστήματος υγείας. Προγράμματα οικονομικής ανάπτυξης, η καταπολέμηση της ανεργίας, η εξάλειψη των κοινωνικών ανισοτήτων, η ενίσχυση των φορέων δημόσιας υγείας και η στήριξη των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού, όπως είναι οι άνεργοι, πρέπει να αποτελέσουν βασικές προτεραιότητες της πολιτείας σε περιόδους οικονομικής κρίσης.

Σε μελλοντική έρευνα, θα ήταν ενδιαφέρον να αναλυθεί ο βαθμός που έχουν επηρεαστεί οι δομές υγείας στον ελληνικό χώρο από την οικονομική κρίση. Ειδικότερα, να γίνει διάκριση της δημόσιας με την ιδιωτική υγεία και να μελετηθούν οι επιπτώσεις της ύφεσης σε κάθε μία ξεχωριστά και συγκριτικά.

## **Βιβλιογραφία**

### **Ελληνική**

Αθανάτου Ε., (2007), *Κλινική Νοσηλευτική Βασικές και Ειδικές Νοσηλίες*, Έκδοση 16<sup>η</sup> Αναθεωρημένη, Εκδόσεις Παπανικολάου, Αθήνα

Βαγιανός Δ., Χαλιάσος Μ., (2011), Κρίση και ευκαιρίες ανάπτυξης, *Intelligent Life*, Τεύχος 1, <http://www.intelligentlife.gr/emagazine/1/files/82.html>, (21/1/2015)

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

Γιωτάκος Ο, Καράμπελας Δ, Καυκάς Α., (2012), Επίπτωση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία στην Ελλάδα, *Ψυχιατρική*, 22(2): 109–119

Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., (2001), *Συστήματα Υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα

Κουφάρης Γ., (2010), Η παγκόσμια οικονομική κρίση και οι χρηματιστηριακές αγορές, *Περιοδικό Χρήμα*

Λιαρόπουλος Λ., (2010), *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας. Διεθνή Συστήματα Υγείας*, Β τόμος. Εκδόσεις Βήτα medical arts, Αθήνα

Λιοδάκης, Α., Φαλελάκης Γ., Γιαννουλόπουλος Γ., (2006), Το ταξίδι της Τρέλας- Μαρτυρίες. ΚΟΙΝΩΝΙΑ & ψυχική ΥΓΕΙΑ, *Επιτροπή Ερευνών Α.Π.Θ*, <http://www.socialexclusion.gr/UserFiles/File/2ndVolume.pdf> , (12/1/2015)

Μαλλιαρού Μ., Σαράφης Π., (2012), Οικονομική κρίση. Τρόπος επί- δρασης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 11:202–212



Οικονόμου Μ., Πέππου Ε., Λουκή Ε., Κομπορόζος Α., Μέλλου Α., Στεφανής Κ., (2012), Γραμμή βοήθειας για την κατάθλιψη: Αναζήτηση βοήθειας σε περίοδο οικονομικής κρίσης, *Ψυχιατρική*, 23 (2):17–28

Παβή Ε., (2010), Η επένδυση στην υγεία σε περιόδους οικονομικής κρίσης, *Νέα Υγεία* 70:7

Παπαδόπουλος Γ., (2005), Για στρατηγικούς στόχους στην Υγεία, <http://www.kathimerini.gr/206017/article/oikonomia/epixeirhseis/ar8ro> (3/2/2015)

Παπανικολάου Β., (2007), *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Αρχές – Μέθοδοι & Εφαρμογές*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

Πατελάρου Α.,(2011), Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία- Προτάσεις για παρέμβαση, *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης*, Τόμος 4, Τεύχος 3, σελ.53-61.

Πράπα Π., Φακή Μ., (2008), Θεωρητική προσέγγιση της έννοιας «υγεία», *Info Respiratory & Internal Medicine*, 51, 40-42. Διαθέσιμο στο URL: [http://www.iatrikionline.gr/Respiratory\\_51/11.pdf](http://www.iatrikionline.gr/Respiratory_51/11.pdf) (2/2/2015)

Σουλιώτης Κ., (2000), *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα,

Σκαπινάκης Π., (2011), Επιδημιολογία Ψυχικών διαταραχών στην Ελλάδα, *1η Πανελλήνια Έρευνα Ψυχικής Υγείας*. Paper presented at 21ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, 5-8 Μαΐου 2011, Αθήνα,

Τσουλφίδης Λ., (2009), *Οικονομική Ιστορία της Ελλάδας*, Εκδόσεις Πανεπιστημίου Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη

Χαραλάμπους Α, Τσίτση Θ., (2010), Οι επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης στον τομέα της υγείας και η ανάπτυξη ενός υπερεθνικού ρυθμιστικού πλαισίου, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27:106–112

## Ξενόγλωσση

Appleby J., (2008), The credit crisis and health care, *BMJ*, London

Aro S., Aro H., Keskimaki I., (1995), Socio-economic mobility among patients with schizophrenia or major affective disorder. A 17-year retrospective follow-up, *Br J Psychiatry*, Vol. 166:759–767

Birdsall N., (2009), How to unlock the \$1 trillion that developing countries urgently need to cope with the crisis, *Center for Global development*, p.1-5

Bouras G., Lykouras L., (2011), The economic crisis and its impact on mental health, *Encephalos*, Vol. 48(2):54-61

Butterworth P., Rodgers B., Windsor T., (2009), Financial hardship, socio-economic position and depression: results from the PATH Through Life Survey, *Social Science Medicine*, 69(2):229-37

Chang SS, Gunnell D, Sterne JAC, (2009), Was the economic crisis 1997–1998 responsible for rising suicide rates in east/ southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Soc Sci Med* , Vol. 69:1322–1331

Economou M., Madianos M., Theleritis C., (2011), Increased suicidality amid economic crisis in Greece, *Lancet*, Vol. 378:1459

Eurofound, (2013), *Impacts of the crisis on access to healthcare services in the EU*, Dublin, [http://eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef\\_files/pubdocs/2013/85/en/1/EF1385EN.pdf](http://eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/pubdocs/2013/85/en/1/EF1385EN.pdf), (20/12/2014)

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), (2013), *Health inequalities, the financial crisis, and infectious disease in Europe*, Stockholm

European Commission, (2010), *Mental Health*, Eurobarometer 73.2, [http://ec.europa.eu/health/mental\\_health/eurobarometers/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/mental_health/eurobarometers/index_en.htm)

Fountoulakis K., Grammatikopoulos I., Koupidis S., Siamouli M., Theodorakis P., (2012), Health and the financial crises in Greece, *Lancet*, Vol. 379:1001

Frenk J., (2009), Όταν η οικονομία νοσεί, αυξάνεται η θνησιμότητα, *Healthview*, <http://www.healthview.gr/node/6242>, (17/1/2015)

Grammatikopoulos I., Koupidis S., Petelos E., Theodorakis P., (2011), Mental health policy in greece: implications into practice in the era of economic crisis, *Eur. Psych*, Vol. 26:01-535

Jack A., (2009), Commentary: Look after the pennies, *BMJ*, Vol.338:1380

Judge T., Bono J., (2001), Relationship of core self-evaluations traitsself-esteem, generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability-with job satisfaction and job performance: A meta-analysis, *J Applied Psychol*, Vol. 86:80–92

Kentikelenis A., Karanikolos M., Papanicolas I., Basu S., McKee M., Stuckler D., (2011), Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy, *Lancet*, Vol. 378: 1457-1458

Kindleberger C., (2005), *Manias, Panics, and Crashes: A History of Financial Crisis*, 5<sup>st</sup> edition. New York: Wiley

Luna P., (2011), Is the economic crisis affecting the quality of neurological services? *Lancet*, Vol.10:602-603

Mackenbach J., (2005), *Health inequalities: Europe in profile. An independent expert report commissioned by and published under the auspices of the United Kingdom*, Presidency of the European Union

Madianos M., Economou M., Alexiou T., Stefanis C., (2011), Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide, *Social Psychiatr Epidemiol* Vol. 46:943–52

Marmot M., Bell R., (2009), How will the financial crisis affect health? *BMJ*, Vol. 338:1314

McKee M., Suhrcke M., Nolte E., Lessof S., Figueras J., Duran A., (2009), Health systems, health, and wealth: A European perspective, *Lancet*, Vol. 373:349–351

Minsky H., (1972), Financial Instability Revisited: The Economics of Disaster, Washington, *Reappraisal of the Federal Reserve Discount Mechanism* :97-136

Mossialos E., Le Grand J., (1999), *Health Care and Cost Containment in the European Union*, Aldershot, Ashgate

Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J., (2002), *Funding health care: options for Europe*, Open University Press, Philadelphia

Musgrove P., (1987), The economic crisis and its impact on health and health care in Latin America and the Caribbean, *International Journal of Health Services*, Vol. 17: 411– 41.

Ortega T., Johnson R., Beeson G., Craft J., (1994), The Farm Crisis and Mental Health: A Longitudinal Study of the 1980s, *Rural Sociology*, 59(4):598-619.

Patel V., Kleinman A., (2003), Poverty and common mental disorders in developing countries, *Bull World Health Organ*, Vol. 81:609–615

Paul K., Moser K., (2009), Unemployment impairs mental health: Meta-analyses, *J. Vocational Behaviour*, Vol. 74:264–282

Philips M., Liu H., Zhang Y., (1999), Suicide and social change in China, *Culture Med Psych*, Vol. 23:25–50

Polyzos N., (2012), Health and the financial crisis in Greece, *Lancet*, Vol. 379:1000

Ruhm CJ., (2006), Macroeconomic conditions, health and mortality, In: Jones A (ed) *Elgar companion to health economics*. Edward Elgar Publishing Ltd, Cheltenham, UK

Sargent-Cox K., Butterworth P., Anstey K., (2011), The global financial crisis and psychological health in a sample of Australian older adults: A longitudinal study, *Social Science Medicine*, Vol. 73(7): 1105-1112

Selenko E, Batinic B., (2011), Beyond debt. A moderator analysis of the relationship between perceived financial strain and mental health, *Social Science Medicine*, Vol. 73(12): 1725-1732

Sells C., Blum R., (1996), Morbidity and mortality among US adolescents: an overview of data and trend American, *To Βήμα του Ασκληπιού*, 11ος Τόμος, 1ο Τεύχος, 86(4): 513- 519

Stiglitz JE.,(2006) , *Making globalization work*, Norton WW & Co, New York

Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., McKee M., (2009), The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis, *Lancet*, Vol. 374: 315–323

Tivendell J., Bouronnais C., (2008), Job insecurity in a sample of Canadian civil servants as a function of personality and perceived job characteristics, *Psycholog Rep*, Vol. 87:55–60

Uutela A., (2010), Economic crisis and mental health, *C. O. Psychiatry*, Vol. 23:127–130

Van Doorlaer S., (1997), Socioeconomic inequalities in health: Measurement, computation, and statistical inference, *Journal of Econometrics*, Vol. 77(1):87-103

Wagstaff A., (2002), Poverty and health sector inequalities, *Bull World Health Organ*, Vol. 80(2):97–105.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, (2001), *The world health report. Mental health: New understanding, new hope*, Geneva, <http://www.who.int>

## Παράρτημα

### **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

*Το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί αποτελεί μέρος της έρευνας στα πλαίσια εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας, με θέμα «Ο αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης στις υπηρεσίες υγείας και τον πληθυσμό». Το παρόν ερωτηματολόγιο, έχει σχεδιαστεί με τρόπο που να απαιτήσει όσο το δυνατό λιγότερο από τον πολύτιμο χρόνο σας. Σας διαβεβαιώνουμε πως για τα στοιχεία που θα μας αποστείλετε θα τηρηθεί απολύτως η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα, και θα χρησιμοποιηθούν για στατιστικές και μόνο αναλύσεις.*

*Με εκτίμηση*

#### **Είστε:**

- Εργαζόμενος στο ΝΟΣ
- Επισκέπτης

#### **ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ**

##### **Φύλο**

- Άνδρας
- Γυναίκα

##### **Ηλικία**

- 18-25
- 26-40
- 40-55

- 55 +

### **Οικογενειακή Κατάσταση**

- Άγαμος
- Παντρεμένος
- Χήρος
- Διαζευγμένος

### **Βαθμίδα Εκπαίδευσης**

- Δημοτικό
- Γυμνάσιο
- Λύκειο
- Ανωτάτη Εκπαίδευση
- Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό

### **Εθνικότητα Ελληνική**

- Ναι
- Όχι

### **Εργασιακή Κατάσταση**

- Εργαζόμενος
- Άνεργος
- Φοιτητής
- Συνταξιούχος

### **Ασφαλιστικός Φορέας**

- ΙΚΑ
- ΟΓΑ
- ΟΑΕΕ
- ΕΤΑΑ
- Δημόσιο
- Ιδιωτικό
- Άλλο

### **ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ**

#### **Φύλο**

- Άνδρας
- Γυναίκα

#### **Ηλικία**

- 18-25
- 26-40
- 40-55
- 55 +

#### **Οικογενειακή Κατάσταση**

- Άγαμος
- Παντρεμένος
- Χήρος
- Διαζευγμένος



### **Βαθμίδα Εκπαίδευσης**

- Δημοτικό
- Γυμνάσιο
- Λύκειο
- Ανωτάτη Εκπαίδευση
- Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό

### **Θέση που κατέχετε**

- Γιατρός
- Νοσηλευτικό Προσωπικό
- Διοικητικό Προσωπικό
- Άλλο

### **Ερωτήσεις Πληθυσμού**

**Πως κρίνετε την κατάσταση της υγείας σας σήμερα (1 = πολύ κακή, 2= κακή, 3= μέτρια, 4= καλή, 5=πολύ καλή)**

1      2      3      4      5

**Πάσχετε από κάποιο χρόνια νόσημα;**

Ναι    Όχι    ΔΓ/ΔΑ

**Υπάρχει κάποιο πρόβλημα που σας παρουσιάστηκε/δημιουργήθηκε λόγω του άγχους/στενοχώριας από την οικονομική κρίση**

Ναι Όχι ΔΓ/ΔΑ

**Σε ποιο βαθμό επηρέασε η οικονομική κρίση την ψυχολογική σας κατάσταση (1= Πολύ λίγο, 2=Λίγο, 3= Σε μέτριο βαθμό, 4= Πολύ, 5=Πάρα πολύ)**

1 2 3 4 5

**Αισθάνεστε πίεση / άγχος λόγω της οικονομικής κατάστασης;**

Καθόλου/Όχι περισσότερο από ότι συνήθως

Περισσότερο από ότι συνήθως/Πολύ

**Χρειάστηκε να κάνετε χρήση των υπηρεσιών υγείας τον τελευταίο καιρό ;**

Ναι Όχι ΔΓ/ΔΑ

**Αν ναι, παρατηρήσατε διαφορές στην εξυπηρέτηση στις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με παλαιότερες περιόδους πριν την κρίση**

Καλύτερα

Χειρότερα

Το ίδιο

ΔΓ/ΔΑ

**Είστε ικανοποιημένος/η από τις υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας;**

Ναι Όχι ΔΓ/ΔΑ

**Σε τι βαθμό μπορείτε να ανταποκριθείτε στο οικονομικό κόστος των ιατρικών δαπανών (1= Πολύ λίγο, 2=Λίγο, 3= Σε μέτριο βαθμό, 4= Πολύ, 5=Πάρα πολύ)**

1      2      3      4      5

**Η οικονομική κρίση διαφοροποίησε την επιλογή σας σχετικά με την δημόσια και ιδιωτική υγεία;**

Ναι      Όχι      ΔΓ / ΔΑ

**Έχετε κατανοήσει τις αλλαγές στο υγειονομικό σύστημα;**

Ναι      Όχι      ΔΓ/ΔΑ

**Ποιές από τις παρακάτω ιατρικές/νοσηλευτικές υπηρεσίες έχουν επηρεαστεί στο χειρότερο βαθμό από την οικονομική κρίση; (επιλέξτε μία ή περισσότερες απαντήσεις)**

Παθολογικός Τομέας

Χειρουργικός Τομέας

Εργαστηριακός Τομέας

Ψυχιατρικός Τομέας

Αντιμετώπιση Επειγόντων Περιστατικών

Αντιμετώπιση Ομαδικών Ατυχημάτων

Αντιμετώπιση ενδεχόμενων φυσικών ή μαζικών καταστροφών

ΔΓ/ΔΑ

## **Εργαζόμενοι Ερωτήσεις**

**Πως κρίνετε το επίπεδο της Δημόσιας Υγείας κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης**

1      2      3      4      5

**Η δημόσια ή ιδιωτική υγεία θεωρείτε πως έχει επηρεαστεί περισσότερο**

Δημόσια

Ιδιωτική

Το ίδιο

ΔΓ/ΔΑ

**Θεωρείτε πως οι αλλαγές που πραγματοποιήθηκαν στο ΕΣΥ λόγω της οικονομικής ύφεσης μείωσαν τα λειτουργικά έξοδα του νοσοκομείου;**

Ναι    Όχι    ΔΓ/ΔΑ

**Σε ποιό βαθμό επηρεαστήκαν οι ακόλουθες δαπάνες από το 2009 στο νοσοκομείο που εργάζεστε;**

•      Υγειονομικό υλικό

Αυξηθήκαν    Μειώθηκαν    Παρέμειναν ίδιες    ΔΓ/ΔΑ

•      Χημικά Αντιδραστήρια

Αυξηθήκαν    Μειώθηκαν    Παρέμειναν ίδιες    ΔΓ/ΔΑ

•      Φάρμακα

Αυξηθήκαν    Μειώθηκαν    Παρέμειναν ίδιες    ΔΓ/ΔΑ

•      Outsourcing / Λοιπές Δαπάνες

Αυξηθήκαν    Μειώθηκαν    Παρέμειναν ίδιες    ΔΓ/ΔΑ

•      Ορθοπαιδικό Υλικό

Αυξηθήκαν    Μειώθηκαν    Παρέμειναν ίδιες    ΔΓ/ΔΑ

• Μισθοδοσία – Οικονομικές Απολαβές

Αυξηθήκαν    Μειωθήκαν    Παρέμειναν ίδιες    ΔΓ/ΔΑ

**Θεωρείτε πως το επίπεδο των ιατρικών/νοσηλευτικών υπηρεσιών έχει μειωθεί κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης;**

Ναι    Όχι    ΔΓ/ΔΑ

**Θεωρείτε πως η παρεχόμενη ποιότητα προς τους ασθενείς διαφέρει ανάμεσα στα δημόσια νοσοκομεία και τις ιδιωτικές κλινικές;**

Ναι    Όχι    ΔΓ/ΔΑ

**Επηρεάστηκε αρνητικά ο αριθμός εργαζομένων στο νοσοκομείο λόγω της οικονομικής κρίσης;**

Ναι    Όχι    ΔΓ/ΔΑ

**Πώς κρίνετε τον συντονισμό και την συνεργασία του νοσοκομειακού προσωπικού σε σχέση με την περίοδο πριν την κρίση;**

Καλύτερη    Χειρότερη    Παρέμεινε ίδια    ΔΓ/ΔΑ

***Ευχαριστούμε για την συμμετοχή σας!***