

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Οικονομική κρίση και επίδραση στα Εθνικά
Συστήματα Υγείας.
Επισκόπηση της
βιβλιογραφίας και προτάσεις πολιτικής για
την Ελλάδα**

Ευάγγελος Διαμάντης

Επιβλέπων καθηγητής:

Κ. Κουνετάς

Δεκέμβριος 2016



Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Οικονομική κρίση και επίδραση στα Εθνικά
Συστήματα Υγείας.
Επισκόπηση της
βιβλιογραφίας και προτάσεις πολιτικής για
την Ελλάδα**

Ευάγγελος Διαμάντης

Επιβλέπων καθηγητής
Κ. Κουνετάς
Δεκέμβριος 2016

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	7
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	8
ABSTRACT	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	11
ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	11
1.1 Ορισμός Υγείας	11
1.2 Οικονομικές κρίσεις στην Ελλάδα	12
1.2.1 Οικονομική κρίση 2010 – ένταξη Ελλάδας στο Διεθνές Νομισματικό Ταμείο	14
1.3 Η υγεία στη διάρκεια των κρίσεων	15
1.4 Το Ελληνικό σύστημα υγείας πριν και μετά την οικονομική κρίση	17
1.4.1 Δαπάνες υγείας και ΑΕΠ	24
1.4.2 Κανάλια υγείας για οικονομική ανάπτυξη	29
1.4.3 Τα μέτρα των θεσμών-τρόικας	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	33
ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	33
2.1 Ορισμός της υγείας	33
2.2 Τα βασικά χαρακτηριστικά των Υπηρεσιών Υγείας	34
2.2.1 Ε.Ο.Π.Υ.Υ – Π.Ε.Δ.Υ.	35
2.3 Οργανωτική δομή	39
2.4 Ιδιαιτερότητες στη διοίκηση Οργανισμών Υγείας	39
2.5 Οργάνωση και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας	40
2.6 Οργανωτική Δομή Δημόσιων Νοσοκομείων - Αλλαγές	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	47

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ	47
3.1 Τα Χαρακτηριστικά της Αγοράς Φαρμάκου	47
3.2 Επιπτώσεις οικονομικής κρίσης στην υγεία του ατόμου	50
3.2.1. Διατροφή και φυσική άσκηση	50
3.2.2. Κάπνισμα	51
3.2.3. Κατανάλωση αλκοόλ	52
3.2.4. Ψυχική υγεία - Δείκτες ψυχικής υγείας	53
3.2.5. Θνησιμότητα	54
3.2.6. Χρόνια νοσήματα	55
3.2.7 Τροχαία ατυχήματα	56
3.2.8 Αυτοκτονίες	56
3.2.9 Βρεφική θνησιμότητα	59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	60
ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	60
4.1 Εισαγωγή	60
4.2 Οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα Υγείας	61
4.3 Ανισότητες και ευπαθείς ομάδες	63
4.3.1 Κοινωνικό κράτος	63
4.3.2 Ανισότητες στις υπηρεσίες υγείας	65
4.3.3 Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας	67
4.3.4 Χρήση των υπηρεσιών υγείας	69
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	71
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΑ ΕΘΝΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ: ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΕΡΕΥΝΩΝ	71
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	79
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	79

6.1 Σκοπός	79
6.2 Σχεδιασμός μελέτης	80
6.3 Το δείγμα της μελέτης	80
6.4 Εργαλείο συλλογής	80
6.5 Εγκυρότητα και Αξιοπιστία	82
6.6 Δεοντολογικά θέματα	83
6.7 Διαδικασία συλλογής δεδομένων	84
6.8 Στατιστική ανάλυση	84
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	86
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	86
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8	97
ΟΙΚΟΝΟΜΕΤΡΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ	97
8.1 Μεθοδολογία	97
8.2 Αποτελέσματα και σχολιασμός	99
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9	106
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	106
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	110
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	116

Στους γονείς μου

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών Master « Διοίκηση μονάδων υγείας» του Ανοιχτού Πανεπιστημίου Κύπρου υπό την επίβλεψη του επίκουρου καθηγητή κ. Μιχαήλ Τάλια. Με την ολοκλήρωση αυτού του κύκλου θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συντέλεσαν στην επιτυχή ολοκλήρωση της παρούσας έρευνας. Ιδιαίτερα ευχαριστώ τον άμεσα επιβλέποντα καθηγητή μου κύριο Τάλια όπως και τον κύριο Κουνετά. Η ουσιώδης επιστημονική τους επίβλεψη σε συνδυασμό με την εποικοδομητική τους κριτική συνέβαλαν στην ολοκλήρωση του ερευνητικού αλλά και του συγγραφικού έργου.

Τέλος ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω σε όλους όσους συμμετείχαν στη μελέτη και μου αφιέρωσαν 10 λεπτά από τον πολύτιμο χρόνο τους για να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στόχος της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η οικονομική κρίση και η επίδρασή της στα εθνικά συστήματα υγείας. Αρχικά γίνεται εισαγωγή στην έννοια της υγείας όπως και στην οργανωτική δομή των νοσοκομείων, τις ιδιαιτερότητες στη διοίκηση οργανισμών υγείας, Υπουργείου Υγεία πριν και μετά την οικονομική κρίση με την ένταξη της Ελλάδας στο Διεθνές Νομισματικό Ταμείο. Το θεωρητικό μέρος ολοκληρώνεται με μια επισκόπηση σε έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε τοπικό και παγκόσμιο επίπεδο σχετικά με την οικονομική κρίση και την επίδρασή της στα εθνικά συστήματα υγείας.

Προκειμένου να διερευνήσουμε τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας σχεδιάσαμε την συγκεκριμένη πρωτογενή έρευνα. Πέρα από την μελέτη των συνεπειών της οικονομικής κρίσης στο ΕΣΥ και την πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας εν μέσω κρίσης, συγκεκριμένες προτάσεις αναφορικά με τις πολιτικές υγείας που θα μπορούσαν να εφαρμοστούν σε εθνικό επίπεδο αλλά και στην τοπική κοινωνία παρατίθενται. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από 11/01/2016 έως 11/02/2016 στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός- Οφθαλμιατρείο Αθηνών- Πολυκλινική» και περιέλαβε 600 εθελοντές που επισκέφτηκαν το νοσοκομείο σε εξωτερική βάση. Με βάση τα αποτελέσματα που προέκυψαν συμπεραίνουμε ότι η κατάσταση της υγείας των συμμετεχόντων σε γενικές γραμμές είναι μέτρια, ενώ το 94,2% δήλωσε πως είναι κάτοχος βιβλιαρίου υγείας. Ο επικρατέστερος λόγος (88%) που οι συμμετέχοντες επέλεξαν να επισκεφτούν δημόσιο νοσοκομείο και όχι κάποιον ιδιώτη ιατρό ήταν το εισόδημά τους. Περαιτέρω ανάλυση έδειξε μια σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των συμμετεχόντων και της συχνότητας που επισκέπτονταν το νοσοκομείο, τη διενέργεια εξετάσεων καθώς και το επίπεδο ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Τέλος χρησιμοποιήθηκε ένα οικονομετρικό υπόδειγμα τύπου probit που για να εξετάσει τους παράγοντες που επηρεάζουν τον βαθμό ικανοποίησης των ερωτώμενων

ασθενών. Το συγκεκριμένο υπόδειγμα καταδεικνύει την αρνητική επίδραση των μεταβλητών που σχετίζονται με το επίπεδο απολαβών των ασθενών και το επίπεδο εκπαίδευσης στον τρόπο που αξιολογούν το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών.

ABSTRACT

We aim to explore the financial crisis and its impact on the national health system (NHS). Initially, in a theoretical level we introduce to the exact meaning of the word «health», as well as the organizational structure of the hospitals, the health organizations and all the structures that are subject to the Greek Health System before and after the economic crisis and the accession of Greece to the International Monetary Fund in 2010. The first part of our project concludes with an overview of local and global surveys on the economic crisis and their impact on national health systems.

In order to explore the consequences of the financial crisis to our health system we conducted this preliminary study. Apart from investigating the effects of the economic crisis in the health system and the access of citizens to health services during the crisis, certain proposals concerning the health policies that could be implemented at national level and the local community are listed. Our research took place in the Evangelismos - Eye Polyclinic of Athens General Hospital in Athens from 11/01/2016 to 11/02/2016 and included 600 volunteers regularly monitored on an outpatient basis. According to our results, the health condition of participants was shown to be average while 94.2% of them had medical insurance. The predominant reason (88%) for choosing public hospitals instead of private doctors was their income. Further investigation revealed significant positive correlation between the participant's age and the frequency they visit hospital, the medical tests they perform and their satisfaction from the provided health services. Finally, a probit econometric model was used in order to evaluate all the factors that could influence their satisfaction. Therefore, it was shown the negative effect of the variants related to their income, their education level on the way they benefit from the particular hospital.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1.1 Ορισμός Υγείας

Διαχρονικά για τη λέξη «υγεία» (Health) έχουν χρησιμοποιηθεί διάφοροι ορισμοί. Στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ-WHO) το 1976 η υγεία ορίζεται ως «η κατάσταση της απόλυτης φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας» και όχι αποκλειστικά από την απουσία της νόσου ή της αναπηρίας. Έτσι, η έννοια της υγείας, δεν ορίζεται μόνο από την ιατρική σκοπιά, αλλά και από άλλους παράγοντες όπως είναι το περιβάλλον, η οικονομία, η εργασία κ.α. Ο ορισμός αυτός επιβεβαιώθηκε και στην παγκόσμια συνδιάσκεψη για την Υγεία και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που έγινε από τον ΠΟΥ τον Σεπτέμβριο του 1978. Το δικαίωμα προστασίας της υγείας είναι κοινωνικό και το περιεχόμενο του οποίου συνίσταται στην υποχρέωση του κράτους να παρέχει υπηρεσίες και να προβαίνει σε ενέργειες που αποκαθιστούν ή διατηρούν την υγεία των ανθρώπων. Αυτό το δικαίωμα θεμελιώνεται στο άρθρο 21 παρ.3 του Συντάγματος που προβλέπει ότι το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος των αναπήρων και για τη περίθαλψη των απόρων. Το άρθρο αυτό συνδυάζεται με το άρθρο 5 παρ. 2 που κατοχυρώνει το δικαίωμα στην ζωή. Οι θεμελιώδης αρχές του δίκαιου της υγείας ιεραρχούνται σε τρεις βασικές αρχές

- Της ανθρώπινης αξιοπρέπειας
- Της ελευθερίας και
- Της ισότητας

Και σε τρεις ειδικότερες αρχές

- Τη συναίνεση του ασθενούς
- Την ενημέρωση για την κατάσταση τα υγείας του και τη θεραπεία που θα ακολουθηθεί και
- Την ασφάλεια και ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών.

1.2 Οικονομικές κρίσεις στην Ελλάδα

Στη διάρκεια της Επανάστασης η κυβέρνηση έκανε συμφωνία για δύο δάνεια που δόθηκαν στην Ελλάδα από τη χρηματαγορά της Μεγάλης Βρετανίας, αναμφίβολα υπό επαχθείς όρους. Ειδικότερα, το πρώτο δάνειο 472.000 λιρών χορηγήθηκε το 1824 και χρηματοδότησε κυρίως τον εμφύλιο πόλεμο. Η συμφωνία για το δεύτερο δάνειο ύψους 1,2 εκατ. λιρών πραγματοποιήθηκε το 1825 και χρησιμοποιήθηκε για την αγορά πολεμικού υλικού που όμως δεν έφτασε ποτέ στην Ελλάδα. Ένα μόνο μικρό ποσό από τα συνολικά ποσά των δανείων δαπανήθηκε για τις ανάγκες της επανάστασης. Το μεγαλύτερο ποσό δαπανήθηκε για την πληρωμή τόκων και προμηθειών, στα χρηματιστήρια της Ευρώπης ή σε παραγγελίες πολεμικού υλικού που όμως ποτέ δεν έφτασαν στην Ελλάδα. Τα εν λόγω δάνεια και η ανησυχία των ομολογιούχων για την αποπληρωμή τους κράτησαν ενεργό το ενδιαφέρον των Άγγλων για τη δημιουργία ενός ανεξάρτητου ελληνικού κράτους. Ο ερχομός του Όθωνα το 1832 συνοδεύτηκε από εγγυήσεις για την παροχή δανείου 60 εκ. γαλλικών φράγκων, που παραχωρήθηκαν στην Ελλάδα από τις κυβερνήσεις Αγγλίας, Γαλλίας και Ρωσίας. Μέχρι το 1833 είχαν εκχωρηθεί τα 2/3 του δανείου.

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

Μετά το 1875 κυριαρχεί στο πολιτικό τοπίο ο Τρικούπης ο οποίος αναλαμβάνει το αξίωμα του Πρωθυπουργού το 1881 και υπηρετεί πιστά τις ανάγκες του μεγάλου κεφαλαίου της εποχής και εφαρμόζει πολιτικές ενεργού ζήτησης. Η οικονομική ανάπτυξη απαιτούσε τη δημιουργία έργων υποδομής (οδικό και σιδηροδρομικό δίκτυο, λιμάνια, αποξηραντικά έργα, αναδιάρθρωση της λειτουργίας του κράτους και την ενίσχυση του στρατού). Η χρηματοδότηση των έργων αυτών γινόταν με τη βοήθεια διεθνών δανεισμών.

Από το 1879 ως το 1890 η χώρα δανείζεται συνεχώς ενώ αναγκάζεται να πληρώνει σε δάνεια το 40 - 50% των εσόδων της. Ο κρατικός προϋπολογισμός είναι μονίμως ελλειμματικός. Τη δεκαετία του 1880 υπάρχει τεράστια πτώση στις εξαγωγές του κύριου εξαγωγικού προϊόντος, της σταφίδας, εξαιτίας και της ανάκαμψης των γαλλικών εξαγωγών. Η ελληνική οικονομία φτάνει στην κατάρρευση και το 1893 ο Τρικούπης αναφωνεί στη βουλή το ιστορικό « Κύριοι, δυστυχώς επτωχεύσαμεν». Ακόμη μία πτώχευση του ελληνικού κράτους ήταν γεγονός. Τα μέτρα που ελήφθησαν, αμέσως μετά την πτώχευση, περιελάμβαναν και τις πληρωμές τόκων προς τους ξένους δανειστές κατά 30%, ενώ εξαιρέθηκαν οι εγχώριοι ομολογιούχοι, δηλαδή οι ελληνικές τράπεζες.

Από το 1926 ξεκινά ένα πρόγραμμα οικονομικής ανασυγκρότησης της χώρας με την έλευση του Βενιζέλου. Ιδρύεται η Τράπεζα της Ελλάδος (ΤτΕ) και η δραχμή προσδένεται στην αγγλική λίρα. Με άλλα λόγια, η δραχμή δεν ήταν μετατρέψιμη κατευθείαν σε χρυσό, ήταν όμως μετατρέψιμη σε αγγλικές λίρες και αυτές με τη σειρά τους μπορούσαν να μετατραπούν σε αντίστοιχη ποσότητα χρυσού. Τέτοιες ενέργειες σε ένα διεθνές κλίμα πιστωτικής χαλάρωσης επέτρεπαν στην κυβέρνηση Βενιζέλου να δανείζεται στις διεθνείς αγορές, για να χρηματοδοτεί το φιλόδοξο πρόγραμμα δημόσιων επενδύσεων, η απόδοση των οποίων θα επέτρεπε τη μελλοντική αποπληρωμή του χρέους που συσσωρευόταν.

Το 1929 ξεσπάει η παγκόσμια οικονομική κρίση ύστερα από το κραχ του χρηματιστηρίου της Νέας Υόρκης. Η κρίση είχε άμεσες συνέπειες στην οικονομία της Ελλάδας. Οι εξαγωγές καπνού, το οποίο είχε υποκαταστήσει τη σταφίδα ως κύριο εξαγωγικό προϊόν, ελαττώθηκαν σε μεγάλο βαθμό εξαιτίας της γερμανικής ύφεσης.

Η Γερμανία αποτελούσε τον κύριο εισαγωγέα του ελληνικού καπνού. Ένα χρόνο πριν, η χώρα είχε επανέλθει στον «κανόνα χρυσού» με σκοπό να φέρει επενδύσεις ξένων κεφαλαίων. Το 1932 όμως η υποτίμηση της στερλίνας και η κατάρρευση των παγκόσμιων αγορών αναγκάζουν την Ελλάδα να τον εγκαταλείψει.

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

1.2.1 Οικονομική κρίση 2010 – ένταξη Ελλάδας στο Διεθνές Νομισματικό Ταμείο

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

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

1.3 Η υγεία στη διάρκεια των κρίσεων

Η αρχή του δανεισμού των κρατών είχε αρχίσει από πολύ νωρίς, από τον δωδέκατο αιώνα ήδη. Ειδικότερα, μερικά από τα κράτη είναι πιο επιρρεπή και αντιμετωπίζουν το ρίσκο να υποπέσουν στη δίνη μιας οικονομικής κρίσης. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας σχετικά με την οικονομική κρίση, σε αυτό τον κίνδυνο περιλαμβάνονται και οι ανεπτυγμένες χώρες που έχουν ζητήσει έκτακτη βοήθεια από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, όπου οι περιορισμοί των δαπανών μπορούν να επιβληθούν κατά τη διάρκεια αποπληρωμής του δανείου. Ωστόσο, εκείνες που στηρίζονται σε μεγάλο βαθμό στη χρηματοδότηση των χορηγών βοήθειας στο κινδύνου της υγείας αντιμετωπίζουν μείωση των εσόδων των ενισχύσεων. Οι πληθυσμοί στις χώρες που επηρεάζονται από τη σύγκρουση, με λίγα οικονομικά αποθέματα, χαλαρωμένους θεσμούς και κατεστραμμένες υποδομές, είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι.

Όσον αφορά τα συστήματα υγείας αντιμετωπίζουν πρόβλημα 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. Σε αντίθεση με ότι συνέβη σε προηγούμενες κρίσεις, αρκετές χώρες ανέφεραν αύξηση των προϋπολογισμών για την υγεία. Αυτοί που περίμεναν να αντιμετωπίσουν την αυξανόμενη πίεση από τα υπουργεία Οικονομικών έπρεπε να διαθέτουν

τεκμηριωμένα επιχειρήματα που να καταδεικνύουν τα οικονομικά οφέλη από τις επενδύσεις στον τομέα της υγείας.

Οι Karanikolos et al (2013) στη μελέτη τους ασχολήθηκαν με την χρηματοπιστωτική κρίση στην Ευρώπη η οποία έχει δημιουργήσει σημαντικές ευκαιρίες και απειλές για την υγεία. Από την έρευνα προκύπτει ότι η άμεση αύξηση των αυτοκτονιών εμπίπτει στους θανάτους από τροχαία ατυχήματα και άλλες συνέπειες, όπως οι επιδημίες του ιού HIV. Η Ελλάδα, η Ισπανία και η Πορτογαλία ενέκριναν την αυστηρή δημοσιονομική λιτότητα. Οι οικονομίες συνεχίζουν να υποχωρούν και η πίεση στα συστήματα υγείας τους αυξάνεται. Οι αυτοκτονίες και την εμφάνιση λοιμωδών ασθενειών γίνονται όλο και πιο συχνές σε αυτές τις χώρες, και οι περικοπές του προϋπολογισμού προκαλούν περιορισμένη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Αντίθετα, η Ισλανδία απέρριψε τη λιτότητας μέσω μιας λαϊκής ψήφου και η χρηματοπιστωτική κρίση φαίνεται ότι είχε λίγες επιδράσεις ή και καθόλου στην υγεία. Αν και υπάρχουν πολλές διαφορές μεταξύ των χωρών, μια ανάλυση δείχνει ότι, αν και οι υφέσεις εγκυμονούν κινδύνους για την υγεία, η αλληλεπίδραση της δημοσιονομικής λιτότητας με την οικονομική κρίση και την αδύναμη κοινωνική προστασία είναι αυτό που τελικά φαίνεται να κλιμακώνει την υγεία στην Ευρώπη.

Επίσης, οι Reeves et al (2014) πραγματοποίησαν έρευνα που αφορούσε την οικονομική πολιτική της λιτότητας και της υγειονομικής περίθαλψης διενεργώντας μια Cross-ανάλυση των μεταβολών των δαπανών σε 27 Ευρωπαϊκά έθνη μεταξύ 1995 – 2011. Τα ευρήματα της εν λόγω μελέτης αποκαλύπτουν πέντε σημαντικά σημεία σχετικά με την πολιτική οικονομίας των επιλογών του προϋπολογισμού υγειονομικής περίθαλψης. Κατ' αρχάς, απορρίφθηκε η «υπόθεση ορατότητας», η οποία προτείνει ότι οι τομείς της υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να προστατευθούν κατά τη διάρκεια περιόδων λιτότητας. Αντίθετα, παρατηρήθηκε ότι ένα μεγάλο μέρος των περικοπών αφορά τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, ιδίως σε χώρες που εκτίθεται σε δανεισμό από ΔΝΤ. Δεύτερον, βρέθηκε ότι οι περικοπές στην υγειονομική περίθαλψη είναι αναπόφευκτη συνέπεια της ύφεσης. Τρίτον, απορρίφθηκε, επίσης, η «υπόθεση κόμμα», παρατηρώντας ότι η ιδεολογία των κυβερνώντων κομμάτων δεν είχε καμία επίδραση στις αλλαγές στις δαπάνες

υγείας. Τέταρτον, τα επίπεδα του χρέους δεν συνδέονται με τις αλλαγές των δαπανών, που τηρούνται στο εσωτερικό των χωρών, ωστόσο το επίπεδο του χρέους συνδέεται με τις περικοπές δαπανών. Πέμπτο, η λήψη δανείων από το ΔΝΤ είναι σημαντικά συνδεδεμένη με την απόφαση να εφαρμοστούν μεγάλες περικοπές στον υγειονομικό τομέα. Τέλος, παρατηρήθηκε ότι τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης είναι λιγότερο επιρρεπή στις πολιτικές λιτότητας.

1.4 Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας πριν και μετά την οικονομική κρίση

Η διεθνής οικονομική κρίση που ξέσπασε το 2009 είχε μεγάλες συνέπειες για την οικονομία της Ελλάδας σε όλους τους τομείς και ειδικότερα στον τομέα της υγείας. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας από τη δημιουργία του κιάλας παρουσίαζε πολλά προβλήματα και χρόνιες παθογένειες. Αυτά προέκυψαν τόσο από την νοοτροπία των εμπλεκόμενων μερών, άλλα και από το θεσμικό πλαίσιο που καθόριζε τη λειτουργία του. Η οικονομική κρίση βρίσκεται ακόμη σε εξέλιξη, έχοντας αλλάξει σημαντικά τις ισορροπίες στην παγκόσμια κοινότητα και ιδιαίτερα στις ευρωπαϊκές οικονομίες. Με αυτό τον τρόπο το διεθνές περιβάλλον παραμένει ρευστό και εξακολουθεί να επικρατεί αβεβαιότητα για την πορεία της παγκόσμιας οικονομίας και την εξέλιξη της κρίσης χρέους στις ευρωπαϊκές οικονομίες.

Έτσι μέσα σε ένα έντονα μεταβαλλόμενο περιβάλλον κρίνεται σκόπιμη η ανάλυση του γενικού εξωτερικού περιβάλλοντος (οικονομικού) στο οποίο δραστηριοποιούνται οι ελληνικές επιχειρήσεις και ειδικότερα αυτές στον ιδιωτικό τομέα υγείας. Συγκεκριμένα για την Ελληνική οικονομία πολλές αποφάσεις που λαμβάνονται σε εθνικό επίπεδο, όπως π.χ. στο τομέα της υγείας έχουν επίδραση στον τρόπο λειτουργίας και οργάνωσης των ιδιωτικών μονάδων υγείας. Η παρατεταμένη ύφεση της χώρας από το 2008 έως σήμερα οδήγησε όχι μόνο στην αύξηση του ποσοστού ανεργίας αλλά και στη μείωση των επενδύσεων. Η μείωση της παραγωγής που με την σειρά της προέρχεται από την έλλειψη της ζήτησης είναι μια από τις βασικότερες αιτίες αύξησης του ποσοστού της ανεργίας.

Ένα από τα βασικά μεγέθη της ελληνικής οικονομίας είναι και το Δημόσιο χρέος, το οποίο προκύπτει από τον συσσωρευμένο δανεισμό παρελθόντων ετών. Οι βασικότερες αιτίες αύξησης του ήταν τα ελλείμματα του κρατικού προϋπολογισμού, τα χρέη κρατικών ταμείων και η παρατεταμένη ύφεση. Έτσι, η ελληνική οικονομία, όπως αποτυπώνεται και στην μείωση του Α.Ε.Π. την συγκεκριμένη χρονική περίοδο, σχεδόν σταμάτησε από το 2009 και μετά να παράγει υπεραξίες και πλούτο. Ως συνέπεια αυτού ήταν και οι μηχανισμοί διαχείρισης των υπεραξιών και του πλούτου να βρίσκονται σε βαθιά ύφεση.

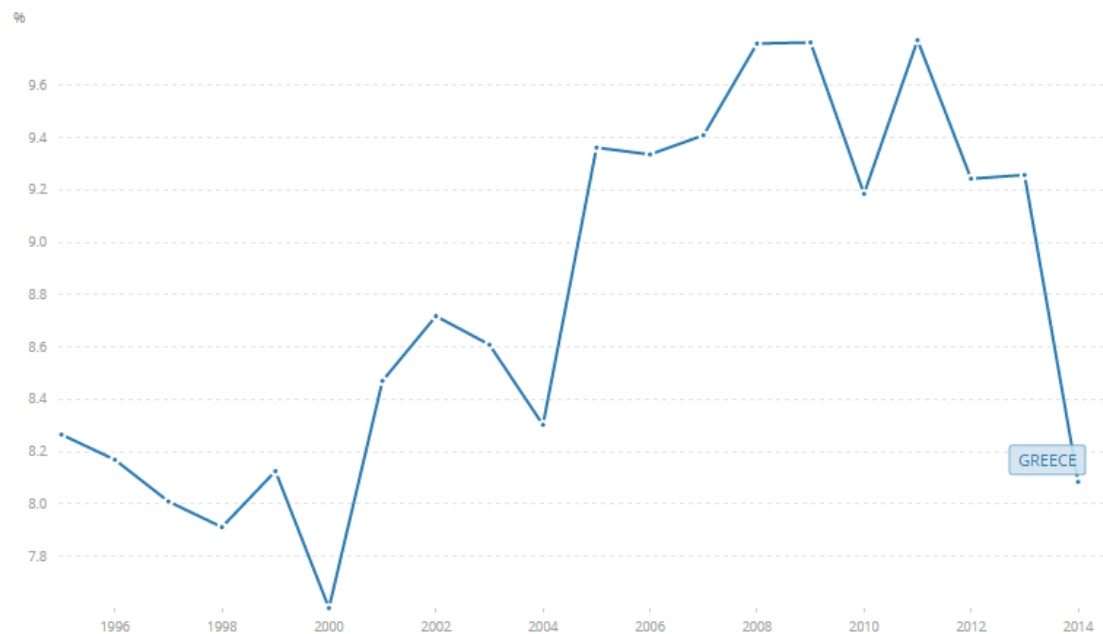
Κάποια από τα πιο σημαντικά προβλήματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας τα προηγούμενα χρόνια πριν επέλθουν οι διαρθρωτικές αλλαγές στο χώρο της υγείας με το πρόγραμμα δημοσιονομικής προσαρμογής είναι:

- Έλλειψη στρατηγικού σχεδιασμού διαρκείας.
- Χαμηλό επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης.
- Έλλειψη κουλτούρας συνεχούς βελτίωσης, αφού η ποιότητα και το κόστος των παρεχομένων υπηρεσιών δεν μετριούνται και η ευθύνη διαχέεται.
- Πρωτόγνωρη και σπάταλη οικονομική διαχείριση.

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

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται γραφήματα, πίνακες και διαγράμματα που απεικονίζουν τη χρηματοδότηση δαπανών υγείας στην Ελλάδα πριν και μετά την οικονομική κρίση. Όπως φανερώνουν η χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας με το πέρασμα των ετών μειώνονται σημαντικά. Μεγάλη πτώση των δαπανών υπάρχει κυρίως μετά το 2012, όταν η χώρα μας βρισκόταν στον δεύτερο χρόνο της οικονομικής ύφεσης.

Γράφημα 1.1: Δαπάνες υγείας στην Ελλάδα, σύνολο (% του ΑΕΠ) 1996-2014



Πηγή: World Health Organization Global Health Expenditure database

Ο πίνακας 1.1 που ακολουθεί παρουσιάζει τα ποσοστά δαπανών υγείας στην Ελλάδα τη χρονική περίοδο 1996-2014. Όπως παρατηρούμε ενώ οι δημόσιες δαπάνες έχουν πτωτικό χαρακτήρα οι ιδιωτικές αυξάνουν. Επίσης, πτωτική τάση εμφανίζουν οι κοινωνικές δαπάνες ασφάλισης για την υγεία, οι άμεσες δαπάνες και τα ιδιωτικά προπληρωμένα σχέδια.

Πίνακας 1.1: Ποσοστά δαπανών υγείας στην Ελλάδα, 1996-2014

	Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ	Δαπάνες υγείας της κυβέρνησης ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία	Ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία	Δαπάνες υγείας της κυβέρνησης ως ποσοστό των συνολικών κρατικών δαπανών	Οι κοινωνικές δαπάνες ασφάλισης για την υγεία ως ποσοστό των δαπανών της κυβέρνησης για την υγεία	Άμεσες δαπάνες ως ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία	Άμεσες δαπάνες ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία	Ιδιωτικά προπληρωμένα σχέδια ως ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία
2014	8.08	61.66	38.34	9.98	61.79	90.94	34.86	8.79
2013	9.26	65.53	33.72	9.98	61.79	90.95	30.67	8.79
2012	9.24	67.89	31.98	11.37	58.63	90.18	28.84	9.30
2011	9.77	68.39	31.44	12.32	58.46	91.32	28.71	8.40
2010	9.18	67.68	32.28	11.85	60.49	90.96	29.36	8.01
2009	9.76	69.46	30.52	12.54	61.06	93.16	28.43	6.13
2008	9.76	59.94	40.06	11.51	51.78	94.53	37.86	5.47
2007	9.41	60.35	39.65	12.06	51.78	87.16	34.56	5.47
2006	9.34	62.03	37.97	12.84	50.87	86.57	32.87	5.18
2005	9.36	60.11	39.89	12.35	49.65	87.31	34.83	4.97
2004	8.30	59.12	40.88	10.31	46.87	86.16	35.22	5.23
2003	8.61	59.79	40.21	11.05	43.52	85.18	34.25	5.46
2002	8.72	57.99	42.01	11.04	41.44	83.36	35.02	5.55
2001	8.47	60.76	39.24	11.19	41.34	82.57	32.40	5.85
2000	7.60	60.01	39.99	9.83	45.93	85.93	34.36	5.50
1999	8.13	53.42	46.58	9.40	35.38	88.57	41.26	4.13
1998	7.91	52.06	47.94	9.12	37.46	89.16	42.74	4.17
1997	8.01	52.84	47.16	9.68	26.95	89.61	42.26	4.29
1996	8.17	52.95	47.05	9.59	24.24	89.70	42.20	4.34

Πηγή: Global Health Observatory data repository

Ο Πίνακας 1.2, απεικονίζει τη χρηματοδότηση των τομέων της Γενικής Κυβέρνησης (Κεντρική Κυβέρνηση, Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης και Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης), των Νοικοκυριών, των Ιδιωτικών Ασφαλιστικών Εταιρειών, των Μη

- Κερδοσκοπικών Οργανισμών και του υπολοίπου κόσμου για δαπάνες υγείας για την περίοδο 2010-2014. Όπως παρατηρούμε, η συνολική δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες, η συνολική ιδιωτική χρηματοδότηση για δαπάνες και η συνολική χρηματοδότηση δαπανών υγεία παρουσιάζουν σημαντική πτωτική τάση με το πέρασμα των χρόνων.

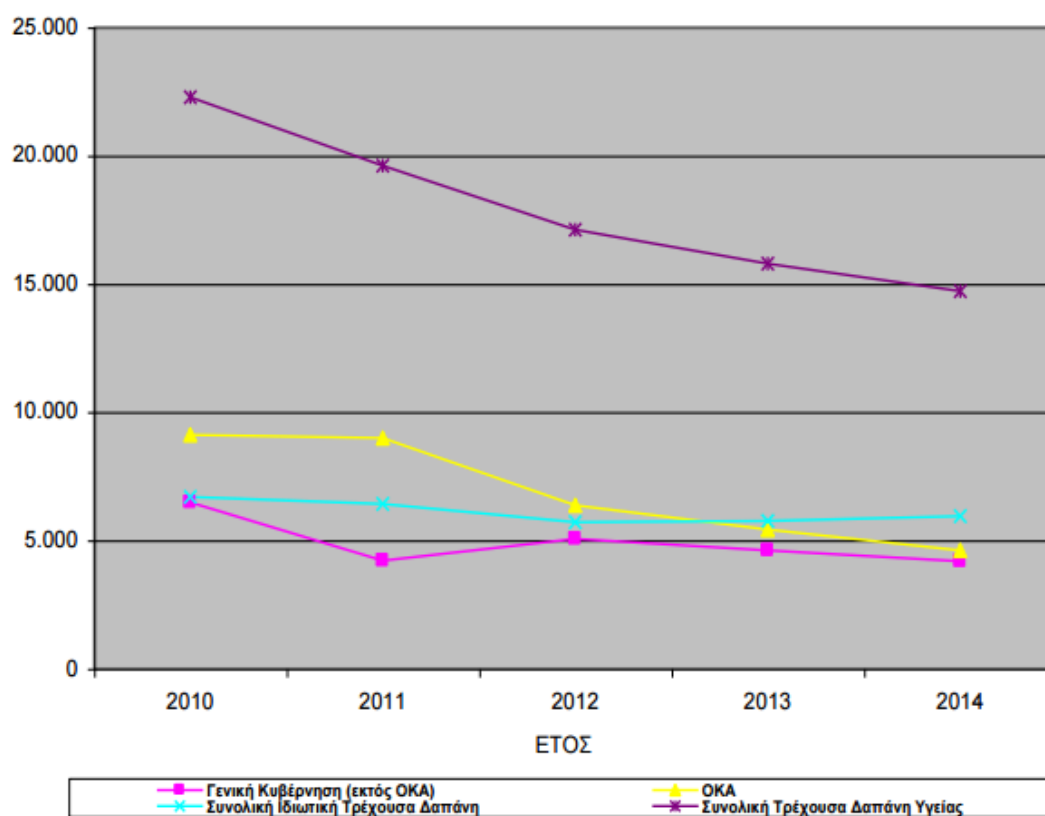
Πίνακας 1.2: Συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (σε εκατ. ευρώ)

	2010	2011	2012	2013	2014
Γενική κυβέρνηση (1)	6.475,4	4.202,2	5.046,4	4.603,1	4.176,5
ΟΚΑ (2)	9.106,1	8.986,1	6.361,3	5.417,8	4.599,2
Συνολική δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες (1)+(2)	15.581,5	13.188,3	11.407,8	10.020,9	8.775,7
Συνολική ιδιωτική χρηματοδότηση για δαπάνες (3)+(4)	6.614,6	6.358,0	5.644,6	5.616,3	5.737,8
Ιδιωτική ασφάλιση (3)	536,6	534,2	525,7	495,1	534,9
Ιδιωτικές πληρωμές (4)	6.078,0	5.823,8	5.118,9	5.121,2	5.202,9
Λοιπές δαπάνες (5)	73,2	52,4	53,5	139,3	198,4
Συνολική χρηματοδότηση δαπανών υγεία (1) έως (5)	22.269,3	19.598,7	17.105,9	15.776,5	14.711,9

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Το διάγραμμα 1.1 που ακολουθεί παρουσιάζει τη συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας για την περίοδο 2010-2014. Τα συμπεράσματα είναι όμοια με τον προηγούμενο πίνακα, όπου παρατηρείται σημαντική πτωτική τάση των δαπανών. Μάλιστα, όπως φαίνεται σχηματικά, πιο μεγάλη πτώση εμφανίζει η συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας.

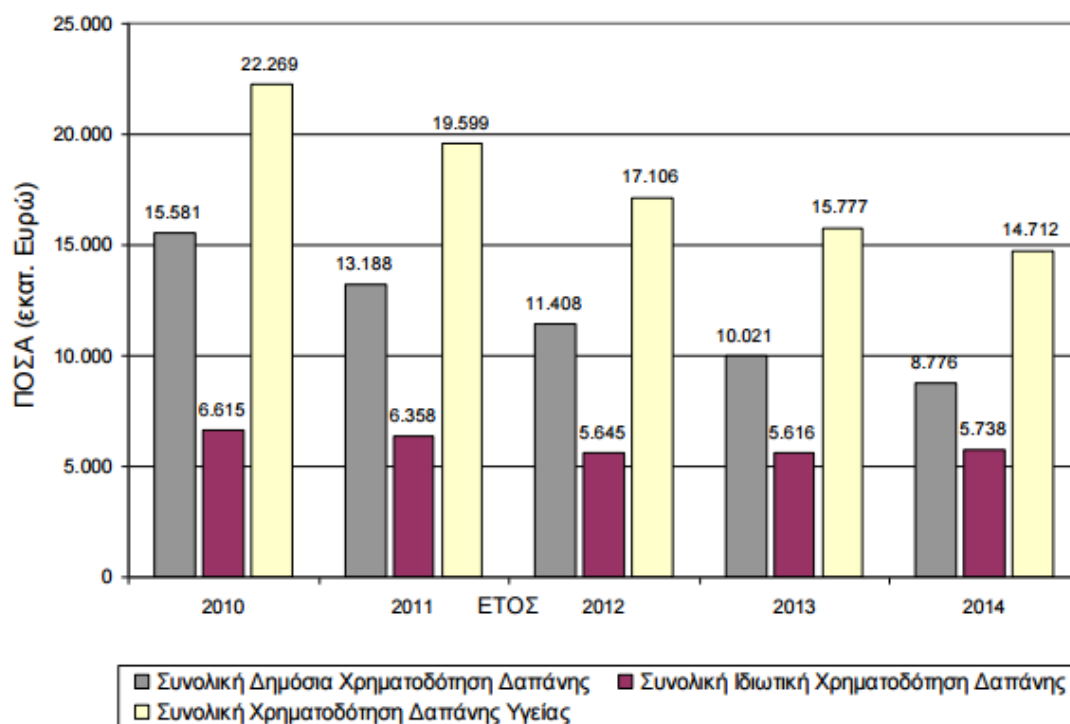
Διάγραμμα 1.1: Συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

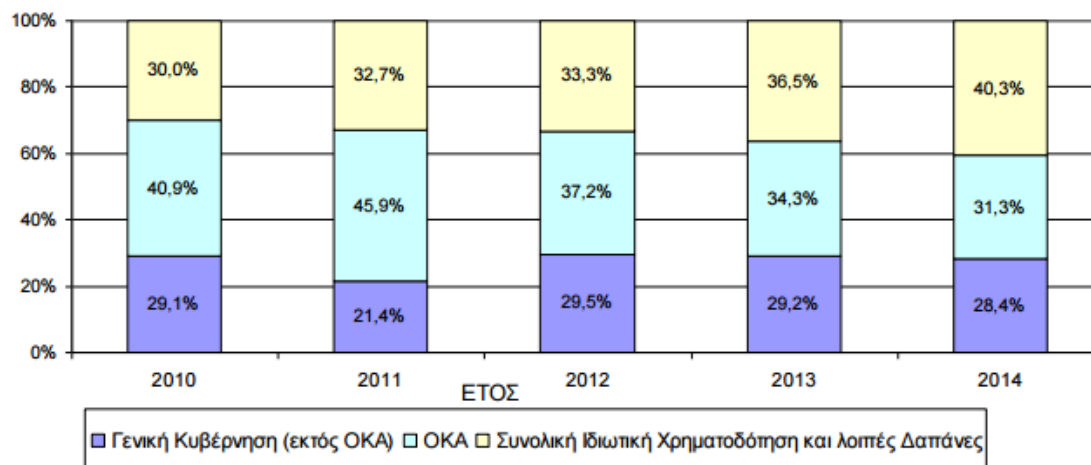
Στο διάγραμμα 1.2 παρουσιάζεται η συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας ανά φορέα χρηματοδότησης για τα έτη 2010-2014. Όπως παρατηρούμε η συνολική δημόσια δαπάνη με το πέρασμα των χρόνων μειώνεται, ενώ η ιδιωτική δεν μεταβάλλεται σημαντικά.

Διάγραμμα 1.2: Συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας ανά φορέα χρηματοδότησης



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

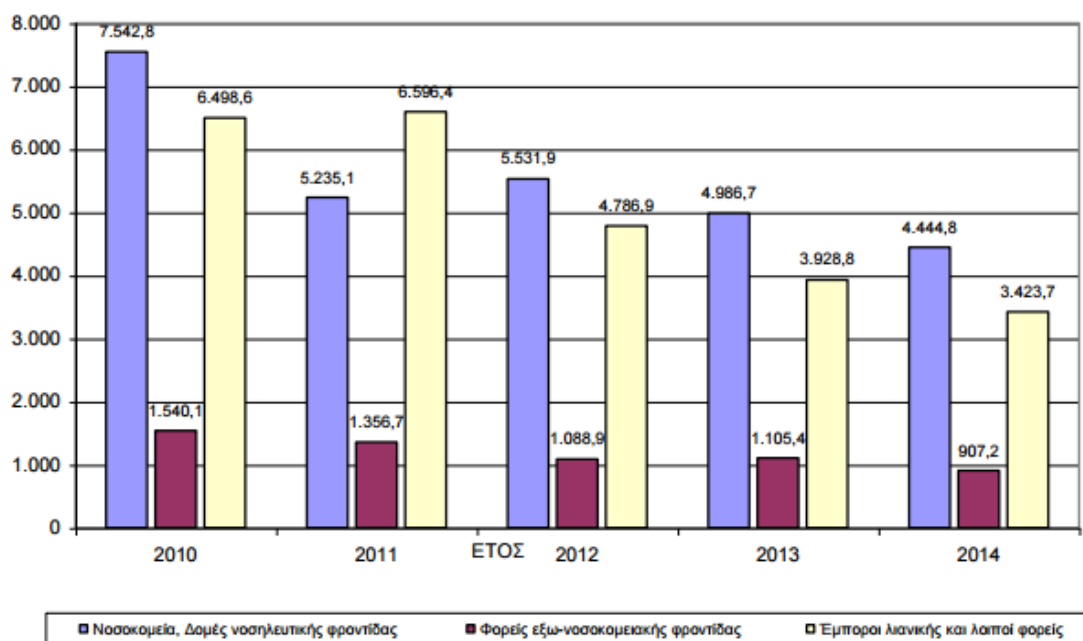
Διάγραμμα 1.3: Σύνολο χρηματοδότησης υγείας σε εκατ. ευρώ



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Στο διάγραμμα 1.4 παρουσιάζεται η κατανομή χρηματοδότησης δημοσίων δαπανών υγείας κατά έτος σε εκατ. Ευρώ για το διάστημα 2010-2014. Όπως παρατηρούμε η κατανομή χρηματοδότησης με το πέρασμα των χρόνων μειώνεται σημαντικά.

Διάγραμμα 1.4: Κατανομή χρηματοδότησης δημοσίων δαπανών υγείας κατά έτος σε εκατ. ευρώ



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

1.4.1 Δαπάνες υγείας και ΑΕΠ

Αρχικά, ο ορισμός των δαπανών υγείας, έχει να κάνει με οποιαδήποτε κατηγορία δαπάνης που πραγματοποιείται με στόχο την βελτίωση ή την πρόληψη χειροτέρευσης της κατάστασης υγείας ενός ατόμου ή πληθυσμού. Ο συγκεκριμένος ορισμός για τις δαπάνες υγείας κάνει εύκολη την μετρησιμότητα των οικονομικών δραστηριοτήτων σύμφωνα με τον πρωταρχικό σκοπό αλλά και τα αποτελέσματα που παράγονται από το σύστημα υγείας. Η έννοια των δραστηριοτήτων έχει να κάνει και με την εξυπηρέτηση του πρωταρχικού σκοπού του συστήματος υγείας αλλά αφορά και δραστηριότητες που γίνονται με σκοπό να καλυτερεύσει ή και να διατηρηθεί ένα επίπεδο υγείας. (Canadian Institute for Health Information, 2002).

Ακόμα, τα έξοδα για την υγεία έχουν την δυνατότητα σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία να χωριστούν σε τρεις κύριες κατηγορίες δαπανών:

- Ιατρικές Δαπάνες, οι οποίες αναφέρονται σε αμοιβές γιατρών, έξοδα μεταφοράς ασθενών, έξοδα για διάφορες θεραπείες π.χ. λουτροθεραπείες κ.α
- Νοσοκομειακές Δαπάνες που αφορούν έξοδα νοσηλείας, δαπάνες επεμβάσεων, δαπάνες φαρμάκων, δαπάνες παρακλινικών εξετάσεων κ.α
- Φαρμακευτικές Δαπάνες, οι οποίες αφορούν δαπάνες για φάρμακα, οπτικά και ορθοπεδικά.

Αν στα παραπάνω τοποθετηθούν και οι δαπάνες για σχολική ιατρική, για υγειονομικές υπηρεσίες στρατού, για ιατρική της εργασίας, για κατάρτιση, για πρόληψη, για έρευνα και λειτουργικές δαπάνες τότε το όλα αυτά ονομάζονται ως Συνολικές Δαπάνες υγείας. Έτσι, βλέπουμε ότι το συνολικό ποσό δαπανών υγείας ενός κράτους είναι το άθροισμα της ιδιωτικής & δημόσιας κατανάλωσης και των δημοσίων & ιδιωτικών επενδύσεων. Ακόμα, η δημόσια κατανάλωση έχει να κάνει με τα έξοδα του συστήματος υγείας που καλύπτονται από τον προϋπολογισμό του κράτους ενώ η ιδιωτική κατανάλωση έχει να κάνει με τα ίδια έξοδα και την συμμετοχή στο κόστος από την πλευρά των καταναλωτών- νοικοκυριών. Το κράτος παίρνει μέρος ακόμη στο σύστημα υγείας μέσω των δημοσίων επενδύσεων. Ο ορισμός της ιδιωτικής επένδυσης, έχει να κάνει με τη δημιουργία υποδομών από ιδιώτες με στόχο την μελλοντική απόδοση των κεφαλαίων τους, και επομένως έχουν κερδοσκοπικό χαρακτήρα (Σούλης, 1998).

Το συνολικό ύψος αλλά και η σύνθεση των δαπανών υγείας δεν είναι γνωστά σε αρκετά κράτη. Αυτό γίνεται γιατί ενώ μπορεί να υπολογιστεί το ύψος των δημοσίων και ιδιωτικών επενδύσεων και το ύψος της δημόσιας κατανάλωσης, δεν υπάρχουν στοιχεία για την ιδιωτική κατανάλωση και τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας. (Κυριόπουλος-Νιάκας, 1994).

Το πρόβλημα εκτίμησης των συνολικών δαπανών υγείας κάθε χώρας, επιτείνεται διότι δεν υπάρχει διάκριση των δαπανών ανά βαθμίδα περίθαλψης. Πράγματι,

υπάρχει αδυναμία στην προσπάθεια περιγραφής της πορείας ενός ασθενούς στο σύστημα υγείας σε όλη την διάρκεια της ζωής του ενώ αρκετές φορές χρειάζεται ταυτόχρονη χρήση ενδονοσοκομειακής - εξωνοσοκομειακής περίθαλψης για την καταπολέμηση ζητημάτων υγείας του ασθενούς. Έτσι, σύμφωνα με τα παραπάνω, παρατηρούμε ότι αν και η εκτίμηση των συνολικών εξόδων υγείας ή η εκτίμηση σύμφωνα με τα έξοδα υγείας ανά βαθμίδα περίθαλψης είναι δύσκολη, παραμένει ως γεγονός το φαινόμενο, ότι αυτές οι δαπάνες έχουν ανοδική πορεία τις τελευταίες δεκαετίες και σε παγκόσμια κλίμακα.

Στις μέρες μας, η παγκόσμια κοινότητα αντιμετωπίζει μια μεγάλης έντασης οικονομική κρίση. Η χρηματοπιστωτική κρίση εξαπλώθηκε γρήγορα στις αναπτυγμένες χώρες και μετά σε ολόκληρο τον κόσμο, με μεγάλες επιπτώσεις στο τραπεζικό σύστημα και τις επιχειρήσεις (International monetary fund, 2009).

Η αντίδραση των κρατών ήταν γρήγορη σχετικά με την λήψη μέτρων για την καταπολέμηση της κρίσης. Οι κύριοι άξονες για την καταπολέμηση της κρίσης είναι η εισαγωγή ρευστότητας στην οικονομία με σκοπό να τονωθεί η ζήτηση και η προώθηση των επενδύσεων αποσκοπώντας στην ενδυνάμωση της ανταγωνιστικότητας της Ευρώπης, πάντα όμως παίρνοντας υπόψη τους περιορισμούς του Συμφώνου Σταθερότητας, όπου δίνει έμφαση στη δημοσιονομική πειθαρχία και τη νομισματική σταθερότητα (European Commission, 2009).

Η αναγκαιότητα σωστής κατανομής των περιορισμένων οικονομικών πόρων είναι απαραίτητη σε περιόδους οικονομικής ύφεσης. Η επένδυση στην υγεία έρχεται αντιμέτωπη με τομείς, όπως είναι η εκπαίδευση και η κλιματική αλλαγή. Όμως, αυτό δεν συνεπάγεται πάντα και με ότι οι τομείς αυτοί έχουν ανταγωνισμός ανάμεσά τους. Αντιθέτως, η εκπαίδευση και το περιβάλλον είναι δύο κύριοι προσδιοριστές για την υγεία και η ενίσχυση και η στήριξή τους έχει να κάνει και τον τομέα της υγείας. Η μείωση του ρυθμού καλυτέρευσης των δεικτών υγείας του πληθυσμού δίνει πάλι έμφαση στην ανάγκη ανάδειξης των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας (εισόδημα, εκπαίδευση, απασχόληση) ως βασικών συνιστωσών στη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας, παρουσιάζοντας ταυτόχρονα και το μεγάλο ρόλο της δημόσιας υγείας στην υγειονομική πολιτική.

Η επένδυση στην υγεία είναι κύριο στοιχείο της Δέσμης Μέτρων για Κοινωνικές Επενδύσεις, που εγκρίθηκε στις 20 Φεβρουαρίου 2013 από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Είναι αποτέλεσμα της Ετήσιας Επισκόπησης της Ανάπτυξης-2013, η οποία αναγνωρίζει τη σημαντικότητα του τομέα της υγείας για μια οικονομική ανάκαμψη με αρκετές θέσεις απασχόλησης. Το έγγραφο για τις Επενδύσεις στην Υγεία παρουσιάζει τον ρόλο της υγείας ως κύριου μέρους της στρατηγικής «Ευρώπη 2020». Δυναμώνει τη σχέση των ευρωπαϊκών πολιτικών για την υγεία με τις μεταρρυθμίσεις των εθνικών συστημάτων υγείας. Η υγεία έχει αξία από μόνη της. Είναι επιπλέον προαπαιτούμενο της οικονομικής ευημερίας. Τα έξοδα για την υγεία ευνοούν την ανάπτυξη. Ο επίσημος τίτλος της δέσμης μέτρων είναι «Στοχεύοντας στις κοινωνικές επενδύσεις για την ανάπτυξη και τη συνοχή» και σκοπός της είναι να βοηθήσει κράτη της ΕΕ να χρησιμοποιούν καλύτερα τους προϋπολογισμούς για την κοινωνική πολιτική και την υγεία, μέσα από την προώθηση νέων πρακτικών και την παροχή κατευθύνσεων.

Εξυπνες επενδύσεις για βιώσιμα συστήματα υγείας

Τα κράτη της ΕΕ ευθύνονται για την οργάνωση και παροχή των δικών τους υπηρεσιών υγείας και περίθαλψης. Χρειάζεται να ξοδεύουν ευφρέστερα - όχι αναγκαστικά περισσότερα - για μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης.

Όπως αναφέρει ο ΟΟΣΑ, οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας έχουν την δυνατότητα να εξοικονομήσουν, κατά μέσο όρο, 2% του ΑΕΠ μέχρι το 2017. Κύρια είναι η καλύτερευση της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας μέσω μεταρρυθμίσεων και επενδύσεων.

Η αποτελεσματικότητα έχει την δυνατότητα να καλυτερεύσει, για παράδειγμα, με τους εξής τρόπους:

- Μείωση των εισαγωγών στο νοσοκομείο και των επισκέψεων σε ειδικούς, όταν αυτό δεν είναι απολύτως απαραίτητο.
- Ενίσχυση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

- Προώθηση της χρήσης λιγότερο ακριβών, ισοδύναμων φαρμάκων (γενόσημα).
- Αξιολόγηση της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας των τεχνολογιών στον τομέα της υγείας, ως βάσης για τη λήψη αποφάσεων (Europra, 2012).

Επενδύοντας στην υγεία των πολιτών

Η κατάσταση της υγείας των πολιτών επηρεάζει το κατά πόσο έχουν την δυνατότητα να πάρουν μέρος στον κοινωνικό και επαγγελματικό βίο, όπως και το πόσο παραγωγικοί είναι στον χώρο της δουλειάς τους. Επομένως, έχει επίδραση στα εθνικά συστήματα υγείας σε δημοσιονομικό επίπεδο. Ακόμα, οι επενδύσεις στην υγεία έχουν την δυνατότητα να βασιστούν την οικονομική ανάπτυξη, λόγο ότι τα άτομα θα έχουν την δυνατότητα να είναι σε καλή υγεία και να εργάζονται για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Η επένδυση, λόγου χάριν, στην προαγωγή της υγείας των παιδιών και των νέων βοηθά στη σωματική και κοινωνική τους ανάπτυξη, παρέχοντας τους τα απαραίτητα για να πάρουν μέρος ενεργά στην κοινωνία. Βασική ακόμα είναι η επένδυση στους εργαζομένους στον χώρο της υγείας, όπως παρουσίασε η Ευρωπαϊκή Επιτροπή σε σχέδιο δράσης του 2012 (Europra, 2012).

Επενδύοντας στη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας:

Αν και παρουσιάστηκε καλύτερευση για αρκετά χρόνια στο μέσο επίπεδο υγείας σε όλη την ΕΕ, εξακολουθούν να υπάρχουν αρκετές ανισότητες τόσο από χώρα σε χώρα όσο και στο εσωτερικό των χωρών της ΕΕ. Οι διαφορές στο προσδόκιμο επιβίωσης στην ηλικία των 30 ετών μεταξύ ατόμων με ανώτατη εκπαίδευση και ατόμων με βασική δευτεροβάθμια, ή μικρότερη, εκπαίδευση υπερβαίνουν τα 10 χρόνια σε αρκετά κράτη της ΕΕ.

Οι αποτρέψιμες ασθένειες και θάνατοι που προέρχονται από ανισότητες στον τομέα της υγείας είναι κατασπατάληση του ανθρώπινου κεφαλαίου και χρειάζεται να παρθούν μέτρα. Η καθολική πρόσβαση σε ασφαλείς, μεγάλης ποιότητας και αποτελεσματικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και η καλύτερη συνεργασία ανάμεσα των κοινωνικών υπηρεσιών και των υπηρεσιών υγείας, όπως και η

αποτελεσματική δράση για τους παράγοντες κινδύνου έχουν την δυνατότητα να παίζουν ρόλο στον τερματισμό του φαύλου κύκλου κακής υγείας/φτώχειας/κοινωνικού αποκλεισμού.

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή θα εξακολουθεί να προωθεί τη συνεργασία μεταξύ των κρατών της ΕΕ, όπως και τις προσπάθειες για καλύτερευση των γνώσεων και των δεδομένων σε επίπεδο ΕΕ. Επιπλέον δε να εκπονήσει, το 2013, έκθεση σύμφωνα με την υλοποίηση της ανακοίνωσής της του 2009 για τις ανισότητες στον τομέα της υγείας. Τέλος, οι επενδύσεις στον τομέα της υγείας σε όλη την ΕΕ έχουν την δυνατότητα να χρηματοδοτηθούν από το πρόγραμμα "Υγεία" της ΕΕ, από το ταμείο συνοχής και τα διαρθρωτικά ταμεία, όπως και από τα ταμεία για την έρευνα και την καινοτομία («Horizon 2020») (Europa, 2012).

1.4.2 Κανάλια υγείας για οικονομική ανάπτυξη

Η συσχέτιση κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων με την υγεία έχει τεκμηριωθεί από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα. Όπως αναφέρει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας τα στοιχεία είναι αδιάσειστα, ότι οι κακουχίες, οι στερήσεις, η φτώχεια, ο κοινωνικός αποκλεισμός και οι διακρίσεις έχουν ως αποτέλεσμα να χάνονται ζωές· το εργασιακό άγχος μεγαλώνει τον κίνδυνο για αρρώστια· η επαπειλούμενη απόλυση και η ανεργία έχουν ως κατάληξη την κακή υγεία και πρόωρο θάνατο· το κοινωνικό περιβάλλον επηρεάζει την κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών, τσιγάρου και ναρκωτικών με καταστροφικές συνέπειες για την υγεία· και ότι λόγω της παγκοσμιοποίησης, η διακίνηση, η ασφάλεια, η επάρκεια και η ποιότητα της τροφής είναι πολιτικό ζήτημα. 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 δίκτυο ασφαλείας για τις ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες (Πάβη, 2010).

Ουσιαστικά, αν η επένδυση στην υγεία σε καιρούς κρίσης είναι εκείνη που θα παρέχει βοήθειες στην καταπολέμηση της και στην οικονομική ανάπτυξη, όπου είναι και ο στόχος. Οι Suhreke et al., (2005) πρότειναν στο μοντέλο τους ότι η υγεία δρα θετικά στην αποδοτικότητα των ατόμων και της κοινωνίας, αυξάνει την προσφορά

εργασίας, αυξάνει την πιθανότητα το άτομο να έχει μεγαλύτερες δεξιότητες και επομένως να έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να βρει εργασία με υψηλότερες οικονομικές αποδόσεις. Επομένως, μεγαλώνει η πιθανότητα συσσώρευσης κεφαλαίου. Τα συγκεκριμένα οικονομικά αποτελέσματα, με τη σειρά τους, παίζουν θετικό ρόλο στους κοινωνικο-οικονομικούς προσδιοριστές της υγείας, άρα υπάρχει ένα κυκλικό θετικό ενισχυτικό αποτέλεσμα στην καλή υγεία.

Επιστημονικές ενδείξεις ότι ισχύει αυτό το μοντέλο, κατά το οποίο η υγεία συμβάλλει σε θετικά οικονομικά αποτελέσματα, δόθηκαν από την Επιτροπή για τη Μακροοικονομία και την Υγεία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής το 2001. Για παράδειγμα, σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, βρέθηκε ότι όταν η βρεφική θνησιμότητα ήταν χαμηλή το 1965, για τα επόμενα τριάντα χρόνια καταγράφηκαν υψηλότεροι ρυθμοί αύξησης του ΑΕΠ. Δηλαδή, σε μακρο-επίπεδο οι χώρες που ξεκίνησαν με καλύτερη υγεία πέτυχαν υψηλότερη οικονομική ανάπτυξη.

Με την βοήθεια πολλών στοιχείων, η Επιτροπή οδηγήθηκε στο αποτέλεσμα ότι σε κράτη μικρού και μεσαίου εισοδήματος η υγεία δεν είναι απλά ένα «παράπλευρο» αποτέλεσμα της οικονομικής ανάπτυξης, αλλά βασικός προσδιοριστής της οικονομικής ανάπτυξης και μείωσης της φτώχειας. Ένα 10% μεγέθυνσης του προσδόκιμου επιβίωσης έχει την δυνατότητα να επιφέρει 0,3% έως 0,4% ετήσια μεγέθυνση του ΑΕΠ. Παρόμοιες έρευνες για τις αναπτυγμένες χώρες παρουσιάζουν ότι τόσο το ύψος όσο και το βάρος έχουν να κάνουν με μεγαλύτερο μισθό και εισόδημα. Επιπλέον, η καλύτερη υγεία έχει να κάνει με μεγαλύτερη πιθανότητα συμμετοχής στο εργατικό δυναμικό. Αντίθετα, σε περίπτωση αρρώστιας ενός μέλους της οικογένειας επηρεάζεται η προσφορά εργασίας: οι άνδρες μειώνουν την προσφορά εργασίας για να φροντίσουν το άρρωστο μέλος, ενώ οι γυναίκες αυξάνουν την προσφορά εργασίας για να αντιμετωπίσουν τις οικονομικές ανάγκες της οικογένειας. Επίσης, στις αναπτυγμένες χώρες, όπου κατά τεκμήριο υπάρχουν συστήματα κοινωνικής ασφάλισης, η αρρώστια αυξάνει την προσδοκία συνταξιοδότησης, δηλαδή την έξοδο από την αγορά εργασίας (Πάβη, 2010).

Σε έρευνες μακροοικονομικής επίδρασης της υγείας παρουσιάστηκε ότι το μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης και μικρότερη θνησιμότητα έχουν να κάνουν με

επακόλουθη άνοδο του πλούτου. Η καλή υγεία αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα επακόλουθης οικονομικής ανάπτυξης σε όλες τις μελέτες σε χώρες χαμηλού εισοδήματος. Σε χώρες υψηλού εισοδήματος, όπου το νοσολογικό προφίλ είναι διαφορετικό, η χαμηλή θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα συνδέεται με επακόλουθη οικονομική ανάπτυξη.

Σύμφωνα με τον Usher (1973), ο οποίος εντόπισε ότι σε Καναδά, Γαλλία και Ιαπωνία, η κάθοδος της θνησιμότητας ευθύνεται στο 30% της αύξησης του πλούτου. Σχετικά αποτελέσματα για τις ΗΠΑ (Nordhaus, 2003) παρουσίασαν ότι στην άνοδο του πλούτου ευθυνόταν πιο πολύ η υγεία παρά τα άλλα αγαθά και οι υπηρεσίες. Για χώρες της Ευρώπης, (McKee και συν., 2005), με βάση την αξία της μείωσης της θνησιμότητας, οι αποδόσεις των δαπανών υγείας βρέθηκαν να κυμαίνονται από 47% για τη Γαλλία έως 274% για τη Σουηδία. Τέλος, πρέπει να τονιστεί ότι στην Ευρώπη των 15 ο τομέας της υγείας αντιπροσωπεύει το 7% του ΑΕΠ και ότι στην υγεία και την πρόνοια απασχολείται το 9% του εργατικού δυναμικού.

Επομένως, οι έρευνες παρουσιάζουν ότι η καλή υγεία βοηθά στην κοινωνική συνοχή, στην παραγωγικότητα του εργατικού δυναμικού, στην απασχόληση και στην οικονομική ανάπτυξη. Σε συνθήκες οικονομικής κρίσης, η επένδυση στην υγεία δεν αποτελεί απλά κοινωνική πολιτική αλλά αναπτυξιακή πολιτική που είναι άκρως απαραίτητη (Πάβη, 2010).

1.4.3 Τα μέτρα των θεσμών-τρίκας

Στην Ελλάδα, ο κύριος στόχος της τρίκας ήταν να υπάρξει πλεόνασμα 4,5% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόν (ΑΕΠ). Ειδικότερα, το 2012, η Ελλάδα έπρεπε να εφαρμόσει περικοπές δαπανών ύψους 1,5% του ΑΕΠ, που ισοδυναμεί με 3,3 δις €. Πρόσθετη εξοικονόμηση 5,5% του ΑΕΠ θα έπρεπε να γίνει την περίοδο 2013 - 2014 (Karaniolos et al, 2013).

Το πρόγραμμα λιτότητας περιλάμβανε σημαντικές μεταρρυθμίσεις στο εργατικό δυναμικό του δημόσιου τομέα, με μείωση 150.000 θέσεων εργασίας μεταξύ 2011 και 2015, 15.000 απώλειες θέσεων εργασίας το 2012 και την απασχόληση να παγώνει. Οι ελάχιστοι μισθοί μειώθηκαν περισσότερο από 20%. Ο δημόσιος τομέας στην Ελλάδα

αντιπροσωπεύει ένα μεγάλο μερίδιο των δημοσίων δαπανών, και έτσι το κύμα μέτρων λιτότητας εφαρμόστηκε κυρίως σε αυτόν τον τομέα. Οι μειώσεις στις κοινωνικές μεταβιβάσεις είχαν ελπίδα την εξοικονόμηση περίπου 4% του ΑΕΠ, και αυτό θα γινόταν κυρίως μέσω περικοπών στις συντάξεις και την εξάλειψη των προγραμμάτων κοινωνικής στήριξης .

Παρά το γεγονός ότι η υγεία θεωρείται θέμα εσωτερικής διακυβέρνησης, η τρόικα απαίτησε ότι οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία δεν πρέπει να υπερβαίνουν το 6% του ΑΕΠ. Η εξοικονόμηση θα προερχόταν κυρίως από τη μείωση των δημόσιων δαπανών για φάρμακα, τη μείωση του εργατικού δυναμικού, καθώς και αλλαγές στην αγορά υπηρεσιών υγείας. Ο στόχος ήταν να επιτευχθεί σημαντική εξοικονόμηση κόστους σε σύγκριση με το 2010 μέχρι το τέλος του 2012, συμπεριλαμβανομένης μιας μείωσης κατά 25% των δαπανών για ιατρικές υπηρεσίες και αγαθά μέσω των συμφωνιών τιμών-όγκου, μείωση κατά 50% του διοικητικού προσωπικού στο κεντρικό ταμείο κοινωνικής ασφάλισης και 25% μείωση σε συμβεβλημένους ιατρούς με το ταμείο, μείωση κατά 30% του κόστους των υπηρεσιών που ανατίθεται σε ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών, 15% μείωση του κόστους του νοσοκομείου, και μείωση κατά 25% μισθών και αμοιβών γιατρών (Karaniolos et al, 2013).

Η αναδιάρθρωση του δημόσιου νοσοκομειακού τομέα το 2011 για τη δημιουργία περαιτέρω εξοικονόμησης και αποτελεσματικότητας κερδών περιλάμβανε την κατάργηση ή τη συγχώνευση των 370 εξειδικευμένων μονάδων, μείωση των δημοσίων νοσοκομειακών κλινών από 35.000 σε 33.000, το πάγωμα των προσλήψεων νέων γιατρών, και την άδεια στους ιδιώτες ιατρούς να είναι συμβεβλημένοι με τα ασφαλιστικά ταμεία για να εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία μια φορά την εβδομάδα (Karaniolos et al, 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Ορισμός της υγείας

Σχετικά με τον ορισμό της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Π.Ο.Υ): «Υγεία χαρακτηρίζεται η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ανθρώπου». Αυτός είναι ένας θετικός ορισμός της υγείας, όπου η έμφαση στοχεύει στην παρουσίαση συγκεκριμένων χαρακτηριστικών. Ακόμα, στον συγκεκριμένο ορισμό βλέπουμε ότι εκτός από τη σωματική υγεία περιέχονται και επιπλέον παράγοντες (ψυχο-κοινωνικοί), που λέγεται ότι βοηθούν στον καθορισμό αυτού που θα είχαμε την δυνατότητα να πούμε «υγεία υψηλού επιπέδου».

Σύμφωνα το λειτουργικό ορισμό (Parsons, 1979), υγεία χαρακτηρίζεται η ικανότητα που κατέχει το άτομο να ανταποκρίνεται στους κοινωνικούς του ρόλους. Εδώ η υγεία ορίζεται σχετικά με τη σχέση του ατόμου με το κοινωνικό του περιβάλλον. Σε αντίθεση με το λειτουργικό ορισμό ο βιωματικός (Kelman, 1975), στοχεύει κυρίως στο άτομο και στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται την υγεία. Εδώ δεν είναι η κοινωνία αλλά το ίδιο το άτομο που μέσα από τις προσωπικές του εμπειρίες ίσως χαρακτηρίσει τον εαυτό του υγιή ή μη (Ε. Ιωαννίδη, Α. Λοπατατζίδης, Π. Μάντη, 1999:19).

Επίσης, ο κλάδος Υγείας στην Ελλάδα είναι ίσως ο κλάδος που θα αντιμετωπίσει τις περισσότερες, από άποψη μεγέθους αλλαγών, προκλήσεις μελλοντικά. Οι συγκεκριμένες προκλήσεις -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 ευθύνονται περισσότερο από τα

μεγαλωμένα επίπεδα ποιότητας, ασφάλειας και ρυθμιστικών standards των υπηρεσιών Υγείας, τις αυστηρότερες κυβερνητικές πολιτικές, τις μεγάλες προσδοκίες και απαιτήσεις των ατόμων, τους περιορισμούς των προϋπολογισμών των ασφαλιστικών ταμείων, τη γήρανση του πληθυσμού και την πιθανότητα συνεχών εξαγορών, συγχωνεύσεων ή και «ιδιωτικοποιήσεων». Με τέτοιες σημαντικές διαφοροποιήσεις, που μόνιμα μεγαλώνουν, εμφανίζεται το ερώτημα με ποιο τρόπο οι υπεύθυνοι των νοσοκομείων και των λοιπών οργανισμών Υγείας θα δημιουργούν τις στρατηγικές τους και θα παίρνουν την σωστή πληροφόρηση και γνώση για να έχουν την δυνατότητα να προσδιορίζουν γρήγορα κατά πόσον αυτές γίνονται επιτυχημένα.

2.2 Τα βασικά χαρακτηριστικά των Υπηρεσιών Υγείας

Οι Dikaios et al. (όπως αναφέρονται στους Τρακατέλλης και συν., 1993) συμπέραναν ότι οι υπηρεσίες υγείας χρειάζεται να έχουν κάποια βασικά χαρακτηριστικά, με σκοπό να έχουν την δυνατότητα να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τις ανάγκες του πληθυσμού. Αυτά τα βασικά χαρακτηριστικά είναι:

- α) Η διαθεσιμότητά τους στον πληθυσμό, σε οποιαδήποτε ζήτηση ιατρικής φροντίδας και περίθαλψης.
- β) Η δυνατότητα των πολιτών να τις προσπελάσουν για να τις χρησιμοποιήσουν στη διάρκεια ολόκληρου του εικοσιτετραώρου.
- γ) Η προσφορά υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό δεν οριοθετείτε συγκεκριμένα στο στάδιο της καταπολέμησης μιας ασθένειας, αλλά καλύπτει ακόμα και τα στάδια πριν και μετά την παρουσίασή της. Οπότε, χρειάζεται να είναι εξασφαλισμένη η συνέχεια της προσφοράς τους.
- δ) Η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας και η συνέχεια της προσφοράς τους δε συνεπάγεται και με επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι πολίτες που τις

χρησιμοποιούν. Χρειάζεται έτσι, να είναι αποδεκτές από τους πολίτες (Δικαίος κ.ά., 1999).

2.2.1 Ε.Ο.Π.Υ.Υ – Π.Ε.Δ.Υ.

Με τον νέο νόμο για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τον νέο ΕΟΠΥΥ αλλάζει ριζικά ο τρόπος προσέλευσης των ασφαλισμένων στους γιατρούς. Ακόμη, αλλάζει και ο τρόπος εισαγωγής των ασθενών σε νοσοκομεία, ενώ προβλέπονται συγκεκριμένες προληπτικές εξετάσεις που θα είναι υποχρεωτικές για συγκεκριμένες ηλικίες ασφαλισμένων. Στο χώρο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που αφορά πάνω από 9 εκατ. Έλληνες ασφαλισμένους και μη σημειώνονται σημαντικές αλλαγές.

Ο ΕΟΠΥΥ προήλθε από συνένωση των Κλάδων Υγείας των παρακάτω ασφαλιστικών Ταμείων:

- ΙΚΑ (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων), από 1η Ιανουαρίου 2012
- ΟΓΑ (Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων), από 1η Ιανουαρίου 2012
- ΟΑΕΕ (Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών), από 1η Ιανουαρίου 2012
- ΟΠΑΔ (Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου), από 1η Ιανουαρίου 2012
- ΤΥΔΚΥ (Ταμείο Υπαλλήλων Δήμων και Κοινοτήτων), από 1η Ιανουαρίου 2012
- Οίκος Ναύτου ή ΝΑΤ, από 1η Απριλίου 2012
- ΤΑΥΤΕΚΩ, από 1η Μαΐου 2012
- ΕΤΑΑ, από 1η Νοεμβρίου 2012
- ΕΤΑΠ-ΜΜΕ, από 1η Δεκεμβρίου 2012

- Το ΛΙΜΕΝΙΚΟ από Μάιο 2013 με ένταξη στον ΟΠΑΔ.

Τα Ασφαλιστικά Ταμεία ΔΕΝ εντάχθηκαν

- Στρατός Ξηράς, Ναυτικό, Αεροπορία
- ΤΥΠΙΕΤ (Εθνική Τράπεζα)
- ΤΥΠΙΑΤΕ (Αγροτική Τράπεζα)
- ΤΡΑΠΕΖΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ
- ΕΔΟΕΑΠ (Δημοσιογράφων)
- ΕΥΔΑΠ
- ΑΕΙ-ΤΕΙ

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

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

Ο ΕΟΠΥΥ είναι αγοραστής υπηρεσιών τόσο από τον δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα. Ο νέος φορέας με την ονομασία ΠΕΔΥ (Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας) περιλαμβάνει:

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

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

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

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

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

Με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας καθορίζονται:

- ο αριθμός των δικαιούχων που μπορούν να επιλέξουν τον ίδιο οικογενειακό ιατρό,
- ο αναγκαίος αριθμός των οικογενειακών ιατρών ανά Δ.Υ.Πε,

- ο τρόπος και η διαδικασία επιλογής τους,
- η διαδικασία ανάθεσης καθηκόντων οικογενειακού ιατρού σε ιατρούς των Κέντρων Υγείας,
- ο τρόπος παροχής υπηρεσιών και το περιεχόμενο τους,
- η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των οικογενειακών ιατρών, και
- κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια.

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

Όλοι οι ασφαλισμένοι στον ΕΟΠΥΥ θα πρέπει να είναι εγγεγραμμένοι στον οικογενειακό γιατρό χωρίς καμία εξαίρεση αφού θα είναι υπεύθυνος και για τις προληπτικές εξετάσεις του ασφαλισμένου. Έτσι για πρώτη φορά θεσπίζονται υποχρεωτικές προληπτικές εξετάσεις για όλους τους ασφαλισμένους. Με το νέο σύστημα αλλάζει η διαδικασία που θα μπορεί κάποιος να απευθυνθεί στα νοσοκομεία που θεωρούνται δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες μονάδες Υγείας αφού θα χρειάζεται υποχρεωτικά παραπεμπτικό από τον οικογενειακό γιατρό. Για πρώτη φορά και οι ανασφάλιστοι θα έχουν ακριβώς τα ίδια δικαιώματα με τους ασφαλισμένους αφού θα έχουν και αυτοί υποχρέωση επιλογής οικογενειακού ιατρού αλλά δεν θα έχουν της ασφαλιστικής κάλυψης σε παροχές υγείας. Οι ασφαλισμένοι των άλλων ταμείων που δεν εντάσσονται στον ΕΟΠΥΥ δεν θα έχουν οικογενειακό γιατρό αφού αφορά μόνο τους ασφαλισμένους του Οργανισμού.

2.3 Οργανωτική δομή

Οποιοδήποτε περιφερειακό γενικό και ειδικό νοσοκομείο απαρτίζεται από τέσσερις υπηρεσίες, την ιατρική, τη νοσηλευτική, τη διοικητική και τη τεχνική. Στα νομαρχιακά γενικά νοσοκομεία οι υπηρεσίες είναι τρεις, η ιατρική, η νοσηλευτική και η διοικητική. Όλες οι υπηρεσίες είναι ισότιμες και συνεργάζονται μεταξύ τους, με σκοπό να πραγματοποιούν το όσο γίνεται καλύτερο αποτέλεσμα (Δικαίος κ.ά., 1999:95).

Οι Διοικητικές-Οικονομικές δραστηριότητες που αναπτύσσονται σε νομαρχιακό νοσοκομείο είναι η διαχείριση και ο προγραμματισμός για την κάλυψη αναγκών του νομού. Η ιδιαιτερότητα των δραστηριοτήτων που αναπτύσσονται σε περιφερειακό νοσοκομείο είναι η διοίκηση-διαχείριση, η ανάπτυξη μεθόδων σύγχρονου μάνατζμεντ, η υψηλή διοικητική ικανότητα (management capacity), ο προγραμματισμός για κάλυψη αναγκών της περιφέρειας και η εξειδικευμένη υποδομή για τριτοβάθμια περίθαλψη (Δικαίος κ.ά., 1999:80- 81).

Η διοικητική υπηρεσία του δημόσιου νοσοκομείου χωρίζεται σε δύο Υποδιευθύνσεις του διοικητικού και του οικονομικού. Οι δραστηριότητες που αναπτύσσει αφορούν στο συντονισμό της λειτουργίας και στην υποστήριξη του έργου των άλλων υπηρεσιών, στη διαχείριση της κινητής και ακίνητης περιουσίας του νοσοκομείου, στη φροντίδα για αυτοδύναμη λειτουργία και ανάπτυξη του νοσοκομείου, στην εκπαίδευση των στελεχών της σε θέματα διοίκησης-διαχείρισης και σε θέματα που αφορούν γενικά στο νοσοκομείο (Δικαίος κ.ά., 1999:100).

2.4 Ιδιαιτερότητες στη διοίκηση Οργανισμών Υγείας

Η άσκηση της διοίκησης στις Μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας επηρεάζεται και από τις ακόλουθες παραμέτρους:

α. Από το ιδιαίτερο ενδιαφέρον και τη μεγάλη ευαισθησία που συνοδεύουν κάθε πρόβλημα υγείας.

β. Από την κατάσταση συνεχούς λειτουργίας και ετοιμότητας.

γ. Από την έντονη και καθολική απαίτηση για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.

δ. Από το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας.

ε. Από τις προσδοκίες της κοινωνίας (Δικαίος κ.ά., 1999:400-402).

“Η διοίκηση της Μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας χρειάζεται να επιδιώκει το άμεσο και ποιοτικά το καλύτερο αποτέλεσμα στην καταπολέμηση των υγειονομικών προβλημάτων των ασθενών”. Για να πραγματοποιηθεί ο συγκεκριμένος στόχος η Μονάδα πρέπει να είναι μόνιμα σε ετοιμότητα και το προσωπικό της να συμμετέχει ενεργά. Η ικανότητα των ηγετικών στελεχών έχει αποφασιστική σημασία σε κάθε Οργανισμό υγείας, όπου κυριαρχεί το ανθρώπινο στοιχείο και η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται έχουν να κάνουν από το ανθρώπινο δυναμικό των συγκεκριμένων Οργανισμών (Δικαίος κ.ά., 1999:403).

2.5 Οργάνωση και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας

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

Το σύστημα υγείας έχει ως στόχο τη βελτιστοποίηση της υγείας του πληθυσμού με βάση τις οικονομικές δυνατότητες της εκάστοτε κοινωνίας, μέσα από προγραμματισμένες υπηρεσίες. Λειτουργεί σύμφωνα με την αρχή της κλινικής αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ισότητας, ενώ εμφανίζει χαρακτηριστικά, όπως μονοπωλιακές τάσεις στην αγορά, μη αποτελεσματική αξιολόγηση των υπηρεσιών και ανισότητες.

Γενικότερα, το σύστημα υγείας αποτελεί ένα σύνολο υποσυστημάτων που σχετίζονται και επηρεάζονται μεταξύ τους και που έχουν ως σκοπό τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού της χώρας. Για να θεωρείται ένα σύστημα υγείας αποτελεσματικό θα

πρέπει να παρέχει τις καλύτερες δυνατές υπηρεσίες στο κοινωνικό σύνολο, μειώνοντας στο ελάχιστο δυνατό το κόστος περίθαλψης.

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

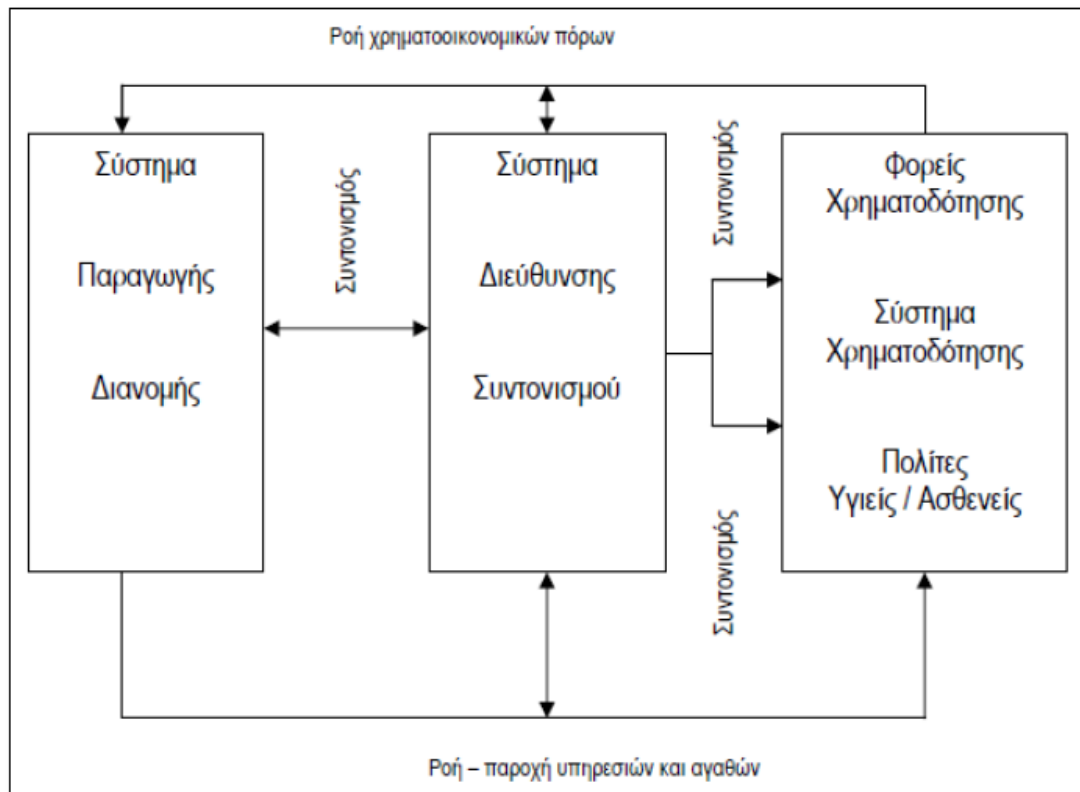
Το 1983 ιδρύθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας το οποίο ξεκίνησε τη λειτουργία του έχοντας ως στόχο την ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό και την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Στο ελληνικό σύστημα υγείας ο κύριος φορέας που καθορίζει τη λειτουργία του συστήματος υγείας και εποπτεύει τους Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης είναι το Υπουργείο Υγείας. Το Υπουργείο Άμυνας είναι υπεύθυνο για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στον τομέα του στρατού, ενώ το Υπουργείο Εμπορικής Ναυτιλίας είναι με τη σειρά του υπεύθυνο για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στο ναυτικό.

Όπως προαναφέραμε, το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα μεικτό σύστημα το οποίο λαμβάνει τους απαραίτητους για τη λειτουργία του πόρους μέσω της φορολογίας, της κοινωνικής ασφάλισης και τις ιδιωτικές δαπάνες. Η Αβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από τα νοσοκομεία, από τα κέντρα υγείας και από τους ασφαλιστικούς φορείς, τα οποία χρηματοδοτούνται από τον προϋπολογισμό του κράτους (Λιαρόπουλος, 2007 · Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007).

Ειδικότερα, το σύστημα υγείας αποτελεί ένα ανοικτό σύστημα υγείας το οποίο αποτελείται από το σύστημα διεύθυνσης – συντονισμού, το σύστημα χρηματοδότησης και το σύστημα παραγωγής και διανομής (Μπουρσανίδης, 1993). Στο παρακάτω σχήμα (Σχήμα 1.1) παρουσιάζεται η δομή και η λειτουργία του συστήματος υγείας. Το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελείται από τρία υποσυστήματα, τα οποία είναι τα εξής (Θεοδώρου et al, 2001):

- Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) (Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας και ΕΚΑΒ)

- Το ΙΚΑ και τα υπόλοιπα Ασφαλιστικά Ταμεία
- Ο ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας



Σχήμα 1.1: Δομή και λειτουργία του συστήματος υγείας (Μπουρσανίδης, 1996)

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

- ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας
- πλήρης κάλυψη του πληθυσμού
- έμφαση στη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας

Από την άλλη, τα βασικά μειονεκτήματα του ελληνικού συστήματος υγείας συμπεριλαμβάνονται στα εξής (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007):

- Οι δαπάνες υγείας είναι ιδιαίτερα υψηλές
- Το επίπεδο ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας εμφανίζεται πολύ χαμηλό
- Οι ασθενείς δεν έχουν τη δυνατότητα επιλογής ιατρού
- Ύπαρξη προβλημάτων γεωγραφικών και οικονομικών ανισοτήτων του πληθυσμού
- Ύπαρξη λίστας αναμονής ασθενών
- Επαναλαμβανόμενη εμφάνιση περιστατικών άτυπων πληρωμών

Ωστόσο, το εθνικό σύστημα υγείας παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα λειτουργίας. Αρχικά, τα οικονομικά προβλήματα που αντιμετωπίζει είναι ιδιαίτερα αυξημένα και έχουν επιβαρυνθεί σε μεγαλύτερο βαθμό εξαιτίας της οικονομικής κρίσης που επικρατεί τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας. Η εμφάνιση αλόγιστων σπαταλών στο εθνικό σύστημα υγείας και οι υπερτιμολογημένες αγορές νοσοκομειακού υλικού οδήγησαν το σύστημα υγείας σε οικονομικό αδιέξοδο, με αποτέλεσμα να αδυνατεί να καλύψει τις τρέχουσες ανάγκες σε νοσοκομειακό και ιατρικό υλικό. Επιπλέον, το ελληνικό εθνικό σύστημα υγείας παρουσιάζει μεγάλο ποσοστό αναποτελεσματικότητας. Οι ασθενείς έρχονται συχνά αντιμέτωποι με υπερτιμημένο κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας που συχνά αδυνατούν να πληρώσουν και δεν τους προσφέρεται ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες του εθνικού συστήματος υγείας.

2.6 Οργανωτική Δομή Δημόσιων Νοσοκομείων - Αλλαγές

Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., τα δημόσια νοσοκομεία εκτός Ε.Σ.Υ., όπως και τα νοσοκομεία ιδιωτικού δικαίου που δέχονται επιχορήγηση από το κράτος, οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τον Οργανισμό τους. Ακόμα, με τον Οργανισμό κάθε νοσοκομείου, ορίζονται η νομική του μορφή, η επωνυμία του, οι υπηρεσίες του και ο διαχωρισμός του σε τομείς (υποδιευθύνσεις) και τμήματα, ο συνολικός αριθμός των κλινών και η κατανομή τους στους τομείς, οι ειδικές αρμοδιότητες των υπηρεσιών, τομέων (υποδιευθύνσεων) και τμημάτων, οι θέσεις κατά κατηγορία και κλάδο προσωπικού που προβλέπεται να απασχολεί και η ιεραρχική διαβάθμιση αυτών των θέσεων. (Δίκαιος, 1999)

Οποιοδήποτε περιφερειακό γενικό νοσοκομείο και οποιοδήποτε ειδικό νοσοκομείο αποτελείται από τέσσερις υπηρεσίες, την ιατρική, τη νοσηλευτική, τη διοικητική και την τεχνική. Ακόμα, στα νομαρχιακά γενικά νοσοκομεία οι υπηρεσίες κάθε νοσοκομείου είναι τρεις, η ιατρική, η νοσηλευτική και η διοικητική. Οι τεχνικές δραστηριότητες στα νομαρχιακά γενικά νοσοκομεία αναπτύσσονται από την Υποδιεύθυνση ή το Τμήμα τεχνικού της διοικητικής τους υπηρεσίας. (Δίκαιος, 1999)

Επιπλέον, όλες οι υπηρεσίες του νοσοκομείου είναι ιεραρχικά ισότιμες μεταξύ τους και συνεργάζονται αρμονικά, με σκοπό να πραγματοποιούν όσο γίνεται καλύτερα αποτελέσματα, που συνεπάγονται με την σωστή διάγνωση και αφετέρου η γρήγορη και αποτελεσματική θεραπεία των ασθενών. Όλες οι υπηρεσίες του νοσοκομείου έχουν τη δική τους ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχική διάρθρωση, αποτελούν σε διοικητικό επίπεδο Διεύθυνση και όλες οι υπηρεσίες του νοσοκομείου υπάγονται ιεραρχικά στον γενικό διευθυντή του νοσοκομείου. Όταν δεν έχει προβλεφθεί θέση γενικού διευθυντή στο νοσοκομείο ή έχει προβλεφθεί θέση, αλλά δεν έχει διοριστεί ο γενικός διευθυντής, τότε οι υπηρεσίες του νοσοκομείου υπάγονται ιεραρχικά στον πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου. (Δίκαιος, 1999)

Το μεταρρυθμιστικό πλαίσιο στον υγειονομικό τομέα, το οποίο η ελληνική κυβέρνηση σε συμφωνία με την Τρόικα υιοθέτησε, μάλλον δεν έχει σαφή προσανατολισμό και προκαλεί εκ του αποτελέσματος μια τάση μεγαλύτερης ιδιωτικοποίησης των υπηρεσιών υγείας και αποκλεισμού των ανασφαλιστών. Αν και το 2009 το 1/3 των συνολικών δαπανών ήταν ιδιωτικές, ήτοι το 2,9% του ΑΕΠ και επομένως το σύστημα υγείας ήταν ένα μείγμα δημοσίου-ιδιωτικού, και η χώρα μας κατελάμβανε τις πρώτες θέσεις στις χώρες της Ε.Ε. στις ιδιωτικές δαπάνες υγείας, η τάση αυτή δεν αλλάζει, αφού οι τελευταίες εξακολουθούν να είναι στα ίδια επίπεδα του ΑΕΠ και το 2012. Ταυτόχρονα οι δημόσιες δαπάνες παρά την σημαντική τους μείωση κατά 4,1 δις, δεν έφτασαν τον στόχο του 6% του ΑΕΠ, και παρέμειναν στο 6,2%, επειδή και το ΑΕΠ την ίδια περίοδο είχε την ίδια καθοδική πορεία (Νιάκας, 2014).

Η έλλειψη προσανατολισμού κυβέρνησης-τρόικας, φάνηκε με την σύλληψη και δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), ο οποίος συγχώνευε μέσω αντικατάστασης τα κύρια ταμεία της υγειονομικής ασφάλισης των πολιτών (ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ, ΟΓΑ και Κοινής Ωφέλειας-Ιδιωτικών Τραπεζών). Είναι χαρακτηριστικό ότι παρά την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ που θα μπορούσε ως μεγαλύτερος οργανισμός να λειτουργεί με οικονομίες κλίμακας και να ελέγξει τις δαπάνες αυτό μάλλον δεν επιτεύχθηκε. Πρώτον γιατί τα ταμεία υγείας ή οι κλάδοι τους, εξακολουθούν να υπάρχουν μέχρι σήμερα και να διατηρούν παράλληλες υπηρεσίες και διοικητικές δομές. Ταυτόχρονα αν και ο ΕΟΠΥΥ σχεδιάστηκε να αποτελέσει τον κύριο φορέα ασφάλισης υγείας όλων των πολιτών, αυτό τελικά δεν επιτεύχθηκε (βλ. π.χ. Οίκο Ναύτη και άλλα μικρά Ταμεία).

Η κυριότερη όμως αδυναμία του ήταν ότι δεν υπήρξε καμία πρόβλεψη, στην εποχή της αποασφάλισης, για εκείνους που έχασαν ή χάνουν το ασφαλιστικό τους δικαίωμα λόγω της κρίσης και της ανεργίας. Με δεδομένο ότι η πλειονότητα των συμπολιτών μας που έχασαν την δουλειά τους την περίοδο αυτή, έχασαν και το ασφαλιστικό τους δικαίωμα (υπολογίζονται σε περίπου δύο εκατομμύρια), ερωτηματικά τίθενται για την συγκεκριμένη μεταρρύθμιση που δεν έλαβε καμία πρόνοια για όλους αυτούς και τους άφησε χωρίς το δικαίωμα πρόσβασης σε αναγκαίες υπηρεσίες υγείας.

Ταυτόχρονα, ο νέος φορέας προκειμένου να γίνει εύκολα αποδεκτός από το σύνολο των ασφαλισμένων και ιδίως από τα ασφαλιστικά ταμεία, των ελευθέρων επαγγελματιών, των δημοσίων υπαλλήλων και των υπαλλήλων της κοινής ωφέλειας-τραπεζών, διατήρησε όλες τις μορφές των παροχών υπηρεσιών υγείας στην εξωνοσοκομειακή και τη νοσοκομειακή φροντίδα με την ελεύθερη χρήση και τη χρησιμοποίηση ιδιωτικών υπηρεσιών. Οι μορφές αυτές επεκτάθηκαν για όλους και δόθηκε η ίδια δυνατότητα πρόσβασης. Έτσι οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ που αποτελούσαν το 50% του νέου οργανισμού, μπορούσαν να χρησιμοποιούν και να επισκέπτονται ιδιωτικές δομές και επαγγελματίες υγείας με τους ίδιους όρους που είχαν οι ασφαλισμένοι δημόσιοι υπάλληλοι, αφού υπήρξε επέκταση των συμβάσεων σχεδόν με όλους τους προμηθευτές του ιδιωτικού τομέα. Σε ότι αφορά τη νοσοκομειακή φροντίδα, οι αλλαγές περιορίζονται στην ένταξη 4 μικρών νοσοκομείων του ΙΚΑ στο ΕΣΥ μαζί με το προσωπικό τους (Νιάκας, 2014).

Μια άλλη αλλαγή αφορούσε τη μέθοδο χρηματοδότησης των νοσοκομείων. Η κυβέρνηση αποφάσισε σε ένα σύντομο διάστημα το 2011 και με ένα πρόχειρο και αποσπασματικό τρόπο να εφαρμόσει, μια αποτελεσματική και προοπτική μέθοδο αποζημίωσης που στηρίζεται στις διαγνωστικές κατηγορίες των ασθενειών στα διεθνώς καθιερωμένα (DRGs) ή Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια κατά την ελληνική εκδοχή τους. Χωρίς να υπάρχουν οι προϋποθέσεις που απαιτούνται, όπως μια τεκμηριωμένη μελέτη προς τον σκοπό αυτό, η άδεια χρήσης του εργαλείου, η προσαρμογή τους στο ελληνικό περιβάλλον και στον ελληνικό τρόπο παροχής των νοσοκομειακών υπηρεσιών και κυρίως ορθολογική αποτίμηση του κόστους μαζί με ένα φορέα (π.χ. το Υπουργείο Υγείας ή τον ΕΟΠΥΥ) που θα αναλάμβανε να χρηματοδοτεί- αποζημιώνει τα νοσοκομεία, η υλοποίηση των ΚΕΝ προκαλεί τελικά αύξηση των δαπανών της νοσοκομειακής περίθαλψης (Νιάκας, 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

3.1 Τα Χαρακτηριστικά της Αγοράς Φαρμάκου

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

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

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

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

φαρμάκων, καθώς ο ιατρός τα συνταγογραφεί στον ασθενή, ο ασθενής τα καταναλώνει και η Κ.Α ή το Ε.Σ.Υ πληρώνει το κόστος τους.

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

Πίνακας 4.1: Βασικά στοιχεία αγοράς φαρμάκου

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

Από την άλλη θα πρέπει να τονίσουμε το γεγονός ότι ο ρόλος του ρυθμιστικού μηχανισμού στην αγορά φαρμάκου είναι ιδιαίτερα απαιτητικός, καθώς θα πρέπει από τη μια πλευρά να διασφαλίζει την αποτελεσματικότητα και τη διατήρηση της χαμηλής τιμής των φαρμάκων θέτοντας αυστηρές ρυθμίσεις και από την άλλη να μην εμποδίζει με τις ρυθμίσεις αυτές τις επενδύσεις στη φαρμακευτική βιομηχανία με σκοπό την παραγωγή νέων φαρμακευτικών σκευασμάτων. Στοιχεία για τη λειτουργία του συστήματος αυτόματων επιστροφών από τις φαρμακευτικές εταιρείες (claw back) διαβίβασε εγγράφως στη Βουλή ο υφυπουργός Υγείας, Αντώνης Μπέζας, απαντώντας σε σχετική ερώτηση του ανεξάρτητου βουλευτή, Νίκου Νικολόπουλου. Όπως

τονίζεται στην απάντηση του κ. Μπέζα: «Με βάση τα διαθέσιμα στοιχεία για το 2012, υπήρξε συμμόρφωση, με το στόχο διαμόρφωσης της φαρμακευτικής δαπάνης, μετά την επιβολή του ποσού αυτόματης επιστροφής προς τις φαρμακευτικές εταιρείες ύψους 78,9 εκατ. ευρώ». Ο κ. Μπέζας επεσήμανε ότι, με βάση τα ίδια στοιχεία μεταξύ των ετών 2011 και 2012, επιτεύχθηκε μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης ύψους 1 δισ. ευρώ. Ο κ. Μπέζας υπενθύμισε ότι, με βάση το μνημόνιο, είχε θεσπιστεί στόχος μείωση δαπάνης 1,076 δισ. ευρώ. Αναφερόμενος στο 2013, ο κ. Μπέζας σημείωσε ότι ο προϋπολογισμός εξωνοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης καθορίστηκε στα 2,37 δισ. ευρώ.

3.2 Επιπτώσεις οικονομικής κρίσης στην υγεία του ατόμου

Η ανεργία, το χαμηλό εισόδημα και η ανέχεια οδηγούν στον περιορισμό των δαπανών για την υγεία και τη μη προσβασιμότητα στις υπηρεσίες της. Ακόμα, η οικονομική ύφεση και τα φαινόμενα που προκαλεί, έχουν σοβαρές επιπτώσεις τόσο στην ψυχική όσο και στην σωματική υγεία των πολιτών. Προβλήματα εξαρτήσεων, υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής και η πλημμελής διαχείριση των νοσημάτων από τις επιβαρυνόμενες υπηρεσίες υγείας είναι κάποιες από τις αρνητικές συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην υγεία (Simou & Koutsogeorgou, 2014).

3.2.1. Διατροφή και φυσική άσκηση

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

3.2.2. Κάπνισμα

Αρκετές μελέτες φανέρωσαν την ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα στον επιπολασμό καπνίσματος και των ποσοστών ανεργίας. Έχει φανεί μέσα από μελέτες ότι οι άνεργοι είναι πιο μανιώδεις καπνιστές από τους μισθωτούς, ενώ οι καπνιστές έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να μείνουν άνεργοι. Αυτή η διαφορά μπορεί να ερμηνευθεί από φαινόμενα, όπως η συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης, καθώς επίσης μέσω της σχέσης καπνίσματος και χαμηλής κοινωνικοοικονομικής τάξης (Πατελάρου κ συν, 2012).

Το κάπνισμα είναι επιβαρυντικός παράγοντας για την υγεία και έχει ενοχοποιηθεί για διάφορες ασθένειες. Για τον λόγο αυτό, έχουν αναπτυχθεί πολιτικές περιορισμού της κατανάλωσης καπνού και συγχρόνως έχουν τεθεί κανόνες απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους και χώρους εργασίας, προκειμένου να μειωθούν και οι παθητικοί καπνιστές. Με την έρευνα (ΕΛΣΤΑΤ, 2014) συλλέγονται πληροφορίες αναφορικά με τις καπνιστικές συνήθειες του πληθυσμού και την έκθεση στον καπνό τσιγάρου στην κατοικία, στην εργασία, αλλά και σε δημόσιους χώρους. Καταγράφονται οι συστηματικοί καπνιστές και διερευνάται κατά πόσον εφαρμόζονται τα υφιστάμενα μέτρα απαγόρευσης του καπνίσματος στην εργασία και άλλους δημόσιους χώρους.

- στους 10 (27,3%) ηλικίας 15 ετών και άνω καπνίζουν καθημερινά και
- 1 στους 20 (5,3%) καπνίζει περιστασιακά.
- 7 στους 10 (67,4%) δεν καπνίζουν. Από αυτούς το 51,4% δεν έχει καπνίσει ποτέ ενώ το 16,0% κάπνιζε στο παρελθόν και το έχει διακόψει για περισσότερους από 6 μήνες.

Σε σχέση με τα αποτελέσματα της έρευνας έτους 2009, μείωση 14,4% καταγράφεται στο ποσοστό των καθημερινών καπνιστών (2009: 31,9%, 2014: 27,3%) και μείωση 11,7% στο ποσοστό όσων καπνίζουν περιστασιακά (2009: 6,0%, 2014: 5,3%).

3.2.3. Κατανάλωση αλκοόλ

Η ανεργία ως φαινόμενο που βρίσκεται σε έξαρση σε περιόδους οικονομικής ύφεσης οδηγεί σε αυξανόμενο άγχος και κατ' επέκταση σε αύξηση της κατανάλωσης οινοπνεύματος ιδιαίτερα σε νεαρά άνεργα άτομα. Επιπλέον, η κατανάλωση αλκοόλ περιορίζεται σε περιόδους ανεργίας λόγω έλλειψης χρημάτων. Μια μακροχρόνια μελέτη, στην οποία νέα άτομα παρακολούθηθηκαν για πέντε χρόνια μετά την ολοκλήρωση της υποχρεωτικής τους εκπαίδευσης, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι όσοι από αυτούς υπήρξαν άνεργοι για μεγάλο χρονικό διάστημα παρουσίαζαν σημαντικά μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ, σε σχέση με αυτούς που εργάζονταν ή ήταν άνεργοι για μικρή χρονική περίοδο. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι καταναλωτές αλκοόλ που εργάζονται καταφέρνουν να μην ξεπερνούν τα επιτρεπόμενα όρια κατανάλωσης, ενώ τα ίδια άτομα όταν μείνουν άνεργα συχνά γίνονται αλκοολικοί ξεπερνώντας τα επιτρεπτά όρια. Συνεπώς, η απασχόληση μπορεί να θεωρηθεί σημαντική μέθοδος βελτίωσης της ποιότητας της ζωής και της προαγωγής της υγείας ενός ατόμου (Πατελάρου κ συν, 2012).

Με την έρευνα της ΕΛΣΤΑΛ (2014) καταγράφονται πληροφορίες για την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών, οποιουδήποτε είδους (μπύρας, κρασιού, ούισκι, λικέρ, ούζου, τσίπουρου, ρακί κ.ά.).

- Ποσοστό 6,9% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω καταναλώνει καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά αλκοολούχα ποτά. Καταγράφεται, σε σχέση με το 2009 (9,7%), μείωση 28,9%.
- στους 10 (32,1%), ηλικίας 15 ετών και άνω δεν καταναλώνουν καθόλου αλκοόλ, είτε δεν έχουν καταναλώσει ποτέ στη ζωή τους είτε δεν καταναλώνουν πλέον. Το αντίστοιχο ποσοστό έτους 2009 ήταν 32,0%.

3.2.4. Ψυχική υγεία - Δείκτες ψυχικής υγείας

Η ψυχική υγεία είναι ένας από τους περισσότερο μελετημένους παράγοντες που επηρεάζονται σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Κατά τη διεξαγωγή αντίστοιχων μελετών τα άτομα συχνά δίνουν ψευδείς απαντήσεις στα ερωτηματολόγια, οδηγώντας έτσι τους μελετητές σε λανθασμένα συμπεράσματα. Στην προκειμένη περίπτωση δεδομένου ότι η ανεργία και η οικονομική κρίση είναι αρνητικές καταστάσεις για τη ζωή ενός ατόμου, στις ερωτήσεις για τυχόν επιπτώσεις που έχει η ανεργία και η κρίση στην υγεία τους τα άτομα είναι προδιατεθειμένα να απαντήσουν θετικά οδηγώντας τους ερευνητές σε σφάλμα πληροφορίας (information bias). Η αρτηριακή πίεση όμως αποτελεί ένα δείκτη που δεν μπορεί κανείς να ελέγξει και μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ένα σημαντικός δείκτης ψυχικής υγείας.

Τα αποτελέσματα των μελετών που διαπραγματεύονται τη σχέση ανεργίας με τη ψυχική υγεία ποικίλουν και διαφέρουν ανάλογα με το δείγμα, τον πληθυσμό και την ψυχική ασθένεια την οποία μελετούν, αποδεικνύοντας ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της ανεργίας και της εκδήλωσης επιθετικότητας, της αύξησης του αριθμού των διαζυγίων, της παιδικής κακοποίησης, της εγκληματικότητας και της παραβατικότητας (Πατελάρου κ συν, 2012).

Οι ψυχικές διαταραχές και ιδιαίτερα οι συναισθηματικές, κρίνονται πρωταρχικής σημασίας για την δημόσια υγεία καθώς κατατάσσονται στις πρώτες αιτίες που προκαλούν σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας και μάλιστα σύμφωνα με τον ΠΟΥ αναμένονται μέχρι το 2020 να καταστούν δεύτερες σε συχνότητα εμφάνισης, μετά την ισχαιμική καρδιοπάθεια (Γιωτάκος, 2010).

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. Στο περιοδικό Lancet αναφέρεται ότι οι καταθλιπτικές διαταραχές και ο αριθμός των αυτοκτονιών θα αυξηθούν σημαντικά (Kentikelenis et al, 2011). Μάλιστα, σύμφωνα με άρθρο του Γιωτάκου (2010), στο Ηνωμένο Βασίλειο αναμένεται τριπλασιασμός των ψυχωτικών επεισοδίων, διπλασιασμός της κατάχρησης αλκοόλ και δι- ή τριπλασιασμός των καταθλιπτικών επεισοδίων ενώ πρόσφατες αναφορές δείχνουν ήδη αύξηση των

αυτοκτονιών στην Ιαπωνία. Στη Χιλή βρέθηκε ισχυρή σχέση μεταξύ απότομης περικοπής του εισοδήματος και εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών, με τη μείωση του εισοδήματος να πραγματοποιείται 6 μήνες πριν από την έναρξη της συμπτωματολογίας (Γιωτάκος, 2010).

Η έρευνα των Selenko & Batinic (2011), που διενεργήθηκε το 2009 στην Αυστρία σε δείγμα 106 ατόμων που βρισκόταν στα πρόθυρα της χρεοκοπίας, εξετάζει τη σχέση μεταξύ αντιληπτής οικονομικής δυσχέρειας και ψυχικής υγείας καθώς και τις ατομικές μεταβλητές που επηρεάζουν τη σχέση αυτή.

Η έρευνα της ΕΛΣΤΑΤ (2014) περιλαμβάνει ερωτήματα τα οποία άπτονται του ευαίσθητου θέματος των κοινωνικών σχέσεων και της κοινωνικής στήριξης και αλληλεγγύης. Συγκεκριμένα, καταγράφει τη λήψη στήριξης και βοήθειας από άλλα άτομα, καθώς και την παροχή στήριξης και φροντίδας σε άλλα άτομα με προβλήματα υγείας.

- 1 στους 20 (4,7%) ηλικίας 15 ετών και άνω δηλώνει ότι δεν έχει κανέναν να απευθυνθεί, σε περίπτωση που αντιμετωπίσει σοβαρά προσωπικά προβλήματα και να ζητήσει βοήθεια οικονομική ή άλλη ή έστω απλά συμβουλή.
- Περισσότεροι από 5 στους 10 (55,1%) έχουν 1 ή 2 άτομα να απευθυνθούν και
 - Περισσότεροι από 3 στους 10 (34,3%) έχουν 3 ή 5 άτομα να απευθυνθούν.

Σε σχέση με το 2009, καταγράφεται αύξηση 17,5% (2009: 4,0%, 2014: 4,7%) στο ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω που δεν έχει κανέναν να βασιστεί, και ταυτόχρονα αύξηση 16,5% (2009: 47,3%, 2014: 55,1%) σε όσους έχουν 1 ή 2 άτομα να απευθυνθούν / βασιστούν.

3.2.5. Θνησιμότητα

Σε περιόδους οικονομικής κρίσης το στρες, η κατάθλιψη, οι αλλαγές στον τρόπο ζωής μπορεί να οδηγήσουν σε αύξηση της θνησιμότητας. Σοβαρές οικονομικές υφέσεις έχει αποδειχθεί ότι αυξάνουν τους κινδύνους για την υγεία και τα ποσοστά

θνησιμότητας. Οι περίοδοι των οικονομικών κρίσεων σχετίστηκαν με την αύξηση στη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες, και με αύξηση στη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα. Η μειωμένη χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης είναι ένας παράγοντας που μπορεί να συμβάλει στην αύξηση της θνησιμότητας σε περιόδους οικονομικής κρίσης, ιδίως αν αυτό συνδέεται με τις προσωπικές δαπάνες. Αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα έχουν άτομα τα οποία ανήκουν σε μειονότητες, όπως οι μετανάστες και οι χρονίως πάσχοντες από ψυχικά ή σωματικά νοσήματα (Πατελάρου κ συν, 2012).

Με βάση τα πιο πρόσφατα αποτελέσματα, που αφορούν στο έτος 2013, το Προσδόκιμο ζωής (ΠΖ) στην ηλικία των 65 ετών ανέρχεται σε 21,6 έτη για τις γυναίκες και σε 18,7 έτη για τους άνδρες, παρουσιάζοντας αύξηση σε σχέση με το 2004 κατά 1,8 έτη και για τα δύο φύλα. Για το χρονικό διάστημα 2004 – 2013, τα Έτη Υγιούς Ζωής (ΕΥΖ) στην ηλικία των 65 ετών – δηλαδή τα υπολειπόμενα έτη ζωής χωρίς περιορισμό δραστηριοτήτων που αναμένεται να περάσει ένα άτομο ηλικίας 65 ετών – παρουσιάζουν μείωση κατά 1,6 έτη στην περίπτωση των ανδρών, ενώ για τις γυναίκες η μείωση είναι αρκετά μεγαλύτερη και ανέρχεται σε 3,0 έτη. Διαπιστώνεται ότι, παρόλο που το σύνολο των ετών ζωής των ανδρών είναι μικρότερο από αυτό των γυναικών, όλοι οι δείκτες για το προσδόκιμο υγείας δείχνουν ότι οι άνδρες περνούν περισσότερα χρόνια της ζωής τους με καλή κατάσταση υγείας σε σχέση με τις γυναίκες. Σε σύγκριση με το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, για το 2013, το Προσδόκιμο Ζωής ήταν μεγαλύτερο από το μέσο όρο της ΕΕ28 κατά 0,3 έτη για τις γυναίκες (21,3 και 21,6έτη αντίστοιχα), και κατά 0,7 έτη για τους άνδρες (17,9 και 18,7 αντίστοιχα). Ο μέσος όρος ΕΥΖ στην Ελλάδα το 2013 είναι χαμηλότερος σε σχέση με τον αντίστοιχο μέσο όρο της ΕΕ28 κατά 0,5 έτη για τους άνδρες (8,5 έτη στην ΕΕ και 8,0 έτη στην Ελλάδα), ενώ για τις γυναίκες είναι χαμηλότερος κατά 1,8 έτη (8,6 έτη στην ΕΕ και 6,8 έτη στην Ελλάδα) (ΕΛΣΤΑΤ, 2013).

3.2.6. Χρόνια νοσήματα

Ψυχολογικές παράμετροι όπως το άγχος και η κατάθλιψη που αυξάνονται σε περιόδους οικονομικής κρίσης θεωρείται ότι αποτελούν παράγοντες για αύξηση της καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Η ανεργία που αυξάνεται σε

περιόδους οικονομικής κρίσης συνδέεται, επίσης, με χαμηλή αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας και παράγοντες κινδύνου για τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Σύμφωνα με μελέτες, αύξηση έχει παρατηρηθεί στην καρδιαγγειακή θνησιμότητα σε χρονική συσχέτιση με την περίοδο οικονομικής κρίσης. Τα αναπνευστικά προβλήματα σύμφωνα με ερευνητές αυξάνονται σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Συγκεκριμένα, σε μελέτες αναφέρεται ότι αυξήθηκε η θνησιμότητα λόγω της πνευμονίας ή γρίπης σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Επίσης, ασθένειες που σχετίζονται με το αλκοόλ, ηπατικά νοσήματα και κυρίως κίρρωση ήπατος έχουν συσχετιστεί με αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας κατά τη διάρκεια οικονομικών κρίσεων (Πατελάρου κ συν, 2012).

3.2.7 Τροχαία ατυχήματα

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

3.2.8 Αυτοκτονίες

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

Μία εκτενής έρευνα των Chang et al. (2009) μελέτησε τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης (1997-1998) σε ασιατικές χώρες, όπως η Ιαπωνία, το Χονγκ Κονγκ, η Νότια Κορέα, η Ταϊβάν, η Σιγκαπούρη και η Ταϊλάνδη. Τα δεδομένα για τις αυτοκτονίες και τον πληθυσμό για την περίοδο 1985-2006 εξήχθησαν από την βάση δεδομένων θνησιμότητας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και από τα στατιστικά θνησιμότητας της Ταϊβάν. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι αυτοκτονίες ελαττώθηκαν στα τέλη της δεκαετίας του '80 και τις αρχές του '90 αλλά ότι αργότερα κατά την οικονομική κρίση αυξήθηκαν σημαντικά σε όλες τις χώρες.

Στην Ταϊλάνδη, διενεργήθηκε έρευνα (Tangcharoensathien et al, 2000) που εξετάζει και αναλύει τις βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία χρησιμοποιώντας υπάρχοντα δεδομένα και κάποιες ειδικές έρευνες και συνεντεύξεις κατά την διάρκεια 1998-1999. Βρέθηκε ότι η ανεργία και η οικονομική δυσχέρεια έχουν σε σημαντικό βαθμό δυσμενείς επιπτώσεις στην ψυχική υγεία, τα επίπεδα του στρες και τον αυτοκτονικό ιδεασμό.

Μία άλλη έρευνα των Taylor et al. (2005) εξετάζει τη σχέση μεταξύ ποσοστών αυτοκτονίας και επιπολασμού των ψυχικών διαταραχών και αποπειρών αυτοκτονίας σε ομάδες διαφορετικού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου Αυστραλών κατοίκων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, για τους Αυστραλούς άνδρες το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο σχετίζεται πιο στενά με την αυτοκτονία απ' ό,τι οι ψυχικές παθήσεις και μάλιστα ο κίνδυνος αυτοκτονίας ατόμων χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου παρέμενε σημαντικά υψηλός σε όλες τις ηλικίες. Αυτό δείχνει ότι το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο σχετίζεται με τον κίνδυνο αυτοκτονίας πέρα και πάνω από την ύπαρξη ψυχικών διαταραχών, ένα εύρημα περισσότερο σύμφωνο με την ύπαρξη αιτιώδους συνάφειας.

Οι Stuckler et al.(2009) μελέτησαν σε 26 χώρες της Ευρώπης για το διάστημα 1970-2006, τον τρόπο που οι οικονομικές μεταβολές επηρέασαν τα ποσοστά θνησιμότητας στην Ευρώπη κατά τις τελευταίες τρεις δεκαετίες καθώς επίσης και τον τρόπο που οι κυβερνήσεις θα μπορούσαν να περιστείλουν τις δυσμενείς επιπτώσεις αυτών. Βρήκαν ότι για κάθε αύξηση 1% στην ανεργία υπήρχε αύξηση 0,8% στις αυτοκτονίες, στις ηλικίες κάτω των 65 ετών, καθώς και αύξηση 0,8% στις ανθρωποκτονίες. Επίσης,

αύξηση πάνω από 3% στην ανεργία είχε αντίστοιχα ακόμη μεγαλύτερη επίδραση στις αυτοκτονίες (αύξηση >4%), στις ηλικίες κάτω των 65 ετών καθώς και στους θανάτους από χρήση αλκοόλ. Τέλος, βρήκαν ότι τα αυξανόμενα ποσοστά ανεργίας δεν είχαν καμία επίπτωση στο ποσοστό των αυτοκτονιών όταν οι δαπάνες σε ενεργά προγράμματα στήριξης της αγοράς εργασίας, τα οποία αποσκοπούν στη διατήρηση θέσεων εργασίας και την επανένταξη των απολυόμενων, ήταν πάνω από 190\$ ανά άτομο ανά έτος.

Το 2009 υπήρξε κατά μέσο όρο 1 αυτοκτονία την ημέρα στην Ελλάδα. Το 2010 υπήρξαν 2. Οι διπλασιασμός αυτός αποδίδεται κυρίως στην οικονομική κρίση. Οι πληροφορίες για τον ακριβή αριθμό των αυτοκτονιών ανά έτος είναι συγκεχυμένες. Ανατρέχοντας σε στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ μας πληροφορεί ότι οι αυτοκτονίες ανέρχονται σε 377 άτομα τον πρώτο χρόνο της κρίσης (2010), σε 477 το 2011 και 508 το 2012. Παρά την αύξηση του 2010 η Ελλάδα παραμένει χαμηλά στη συχνότητα των αυτοκτονιών. Το 2008 ήταν στην 84η θέση παγκοσμίως με συχνότητα 2,8 / 100.000 κατοίκους. Μετά την αύξηση του 2010 ανεβαίνει στο 5,7 περίπου, ποσοστό πολύ χαμηλότερο από το 10/100.000 της Ιταλίας, Ισπανίας, Ολλανδίας, το 13/100.000 των ΗΠΑ και το 25/100.000 της Σκανδιναβίας, Γερμανίας, Ανατολικών χωρών, Ιαπωνίας. Παρόλα αυτά, το πρόβλημα είναι σοβαρό διότι ο διπλασιασμός σε ένα έτος είναι αρνητικό ρεκόρ. Τα ίδια συμπεράσματα βγαίνουν και από τις κλήσεις στην γραμμή άμεσης ανάγκης 1018 που αναφέρουν διπλασιασμό των τηλεφωνημάτων το 2010.

Οι αυτοκτονίες, γενικώς, έχουν κάποιες ενδιαφέρουσες παραμέτρους. Ενώ οι απόπειρες είναι 3 φορές συχνότερες στις γυναίκες, οι άνδρες επιτυγχάνουν τον θάνατο 3 φορές περισσότερο από αυτές. Προφανώς οι απόπειρες αυτοκτονίας, είναι περισσότερο αποδεκτές σαν αντίδραση διαμαρτυρίας στο γυναικείο φύλο, στην κοινωνία μας. Το 90% των αυτοχειρών έχουν σοβαρή σωματική ή ψυχική νόσο (κυρίως κατάθλιψη). Αυτοκτονίες για οικονομικούς λόγους αφορούν κυρίως άνδρες 35-50 ετών επιχειρηματίες ή ανέργους. Εάν εστιάσουμε την προσοχή μας στις αυτοκτονίες λόγω της οικονομικής κρίσης που αυξάνει δραματικά τις πτωχεύσεις, την οικονομική ανέχεια, την ανεργία, θα παρατηρήσουμε ότι:

- Η οικονομική καταστροφή και δυσπραγία στην εποχή μας έχει χαρακτηριστικά ενός συνεχούς και παρατεταμένου stress. Δεν είναι εύκολο τώρα κάποιος να ανακάμψει από οικονομική καταστροφή, ανέχεια ή ανεργία. Το παρατεταμένο stress είναι εξαιρετικά ψυχοφθόρο για τον ανθρώπινο ψυχισμό.
- Η αυτοκτονία μοιάζει τελικά σαν τη μόνη διέξοδο να γλυτώσει κανείς από τον πόνο της ανέχειας, της κοινωνικής υποβάθμισης, της αυτουποτίμησης, της αδυναμίας να βρεθούν διέξοδοι.
- Μαζί με την οικονομική κρίση συνήθως έρχεται κρίση και σε όλες τις κοινωνικές, οικογενειακές, προσωπικές σταθερές.
- Είναι εύκολα αντιληπτό ότι όσο πιο ψηλά ευρίσκεται κανείς, τόσο μεγαλώνει η επίπτωση από την πτώση. Οι πλούσιοι που ξαφνικά γίνονται φτωχοί βιώνουν δραματική διαφορά στην καθημερινότητά τους.

3.2.9 Βρεφική θνησιμότητα

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 Εισαγωγή

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

Η ανεργία, η ανασφάλεια στην εργασία και η απώλεια εισοδήματος οδηγούν στην απώλεια εισοδήματος με αποτέλεσμα να έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία. Τα ιδρύματα παροχής υγειονομικής φροντίδας αλλά και επιχειρήσεις υγείας ιδιωτικού χαρακτήρα δέχονται πιέσεις από την κεντρική διοίκηση εξαιτίας της ύπαρξης των δημόσιων ελλειμμάτων και της ανεργίας, με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν προβλήματα ρευστότητας και εξυπηρέτησης των δανειακών αναγκών τους.

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

4.2 Οι επιπτώσεις στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας

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

Πιο συγκεκριμένα, η επίπτωση της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας είναι εμφανής. Αρχικά, οι προϋπολογισμοί των νοσοκομείων μειώθηκαν μέχρι και 40%. Το 2010, σε σχέση με το 2009, αυξήθηκαν οι εισαγωγές στα νοσοκομεία κατά 24% και κατά 8% το πρώτο εξάμηνο του 2011 σε σχέση με το αντίστοιχο εξάμηνο του 2010. Σημαντικός αριθμός ανθρώπων δεν επισκέπτονται πλέον το γιατρό, ενώ υπάρχει ανάγκη. Σημειώθηκε, επίσης, αξιόλογη αύξηση των χρηστών απαγορευμένων ουσιών και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Μάλιστα, η αύξηση των κρουσμάτων aids το 2011 ξεπέρασε το 50% σε σχέση με το 2010. Οι αυξήσεις αυτές είναι σχετικές και με τις περικοπές του 1/3 των ανοικτών προγραμμάτων στην κοινότητα. Επιπλέον, αυξήθηκαν οι επισκέψεις σε ιατρεία Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων και σύμφωνα με τους Ιατρούς του Κόσμου, ο αριθμός των Ελλήνων αναλογικά με το συνολικό αριθμό ανθρώπων που αναζητούν υπηρεσίες υγείας σε τέτοιους Οργανισμούς, βρίσκεται σήμερα στο 30% σε σχέση με 3-4% το 2007 (ΥΥΚΑ, 2012).

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

Η ανάδειξη κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας (εκπαίδευση απασχόληση, εισόδημα) ως σημαντικών συνιστωσών στη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας,

αναδεικνύει τον σημαντικό ρόλο της δημόσιας υγείας στην υγειονομική πολιτική και ως εκ τούτου την αναγκαιότητα έμφασης στον τομέα αυτό:

Η αύξηση της νοσηρότητας κατά τη διάρκεια της ύφεσης ωθεί σε μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας, οι οποίες πολλές φορές δεν δύναται να ανταποκριθούν στην ζήτηση και αυτό έχει ως αποτέλεσμα την πλημμυρή διαχείριση των ασθενειών.

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

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

Η χρήση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας μειώνονται αφού οι ασθενείς αναβάλλουν την φροντίδα εντελώς. Στη χώρα μας η ζήτηση και η χρήση των υπηρεσιών υγείας στρέφεται προς το δημόσιο και ασφαλιστικό τομέα με αύξηση 3%. Αυτό γίνεται δεδομένου ότι η περίθαλψη είναι διαθέσιμη σε χαμηλότερο κόστος (ΥΥΚΑ 2012).

Η κατάσταση αυτή δημιουργεί μεγάλες πιέσεις στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας και στις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στη χρήση των υπηρεσιών υγείας, τα αποτελέσματα των οποίων έχουν επιδεινωθεί.

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

4.3 Ανισότητες και ευπαθείς ομάδες

4.3.1 Κοινωνικό κράτος

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

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

Η οικονομική πρόσβαση συνδέεται με την ισότιμη διάθεση αγαθών ανεξάρτητα της οικονομικής δυνατότητας του ατόμου και με την προσφορά κοινωνικών αγαθών βάσει αναγκών και όχι βάσει κόστους/παραγωγικότητας του φορέα και οικονομικής ανταποδοτικότητας/συμβολής του ατόμου. Η γεωγραφική πρόσβαση, αν και συνήθως συνδέεται με την ισότιμη διανομή των υπηρεσιών σε διαφορετικές περιοχές, πολλές φορές σχετίζεται με τη δυνατότητα μετακίνησης του ασθενή, προσφυγής του στις κατάλληλες υπηρεσίες και συνεχούς παρακολούθησης και συμμετοχής στις γραφειοκρατικές διαδικασίες που απαιτούνται για τη παροχή των υπηρεσιών. Τέλος, η πολιτισμική πρόσβαση συνδέεται με τη σχέση ανάμεσα στους ασθενείς και τους επαγγελματίες υγείας ή τους υπαλλήλους των φορέων και το βαθμό στον οποίο οι διαφορές ως προς το φύλο, την καταγωγή ή την εθνικότητα δημιουργούν εμπόδια στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών (Φούσκας & Οικονόμου 2011).

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

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

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

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

στην υγεία, το χάσμα μεταξύ των οικονομικά ισχυρών και των οικονομικά αδύνατων συνεχώς διευρύνεται.

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι οι ανισότητες στην υγεία δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν μόνο από το σύστημα υγείας, καθώς απαιτείται ο καθορισμός των σχετικών κοινωνικών και οικονομικών προσδιοριστικών παραγόντων. Είναι σαφές ότι η μείωση των ανισοτήτων στην υγεία μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσα από στενή συνεργασία με άλλα πεδία πολιτικών. Στην περίπτωση αυτή, είναι απαραίτητη η ύπαρξη των κατάλληλων δομών για να επιτευχθεί η δια-κυβερνητική και δια-τομεακή συνεργασία.

4.3.2 Ανισότητες στις υπηρεσίες υγείας

Οι ανισότητες στην υγεία αφορούν (α) τις ανισότητες ή, καλύτερα, τις διαφορές στη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα και (β) τις ανισότητες στην πρόσβαση και στην χρήση των υπηρεσιών υγείας (Kohler & Martin 1986). Οι ανισότητες στην πρόσβαση και στην χρήση των υπηρεσιών υγείας οφείλονται σε δημογραφικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς, πολιτισμικούς και δομικούς παράγοντες του συστήματος υγείας. Οι ανισότητες στην υγεία συνδέονται με τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα και τις αρχές της ισότητας, της κοινωνικής δικαιοσύνης και της αλληλεγγύης, ενώ σχετίζονται άμεσα με ζητήματα δημόσιας υγείας, κοινωνικής ενσωμάτωσης και κοινωνικού αποκλεισμού. Η αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία και στην κοινωνία βασίζεται στην παραδοχή ότι οι αιτίες περιλαμβάνουν δομικούς παράγοντες στο κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον, πέρα από τα ατομικά χαρακτηριστικά.

Ο κοινωνικός αποκλεισμός, τα τελευταία χρόνια, λαμβάνεται σοβαρά υπόψη στη χάραξη της κοινωνικής πολιτικής σε εθνικό και κοινοτικό επίπεδο. Η φτώχεια και η περιθωριοποίηση πολλών ομάδων του πληθυσμού στις διάφορες χώρες της ΕΕ σε συνδυασμό με τη μαζική και χωρίς σχεδιασμό υποδοχή μεταναστών προερχομένων από τις χώρες του λεγόμενου τρίτου κόσμου, αλλοίωσαν σε μεγάλο βαθμό τον εύρυθμο και αρμονικό χαρακτήρα της κοινωνικής πραγματικότητας. Στις μεγάλες πόλεις, μάλιστα, παρατηρήθηκαν για πρώτη φορά και φαινόμενα «γκετοποίησης» με κύρια χαρακτηριστικά την απομόνωση και το διαχωρισμό ολόκληρων κοινωνικών ομάδων με βάση την οικονομική κατάσταση ή την εθνική ή φυλετική καταγωγή.

Αναφορικά με τη φτώχεια, είναι ήδη δυνατή η συλλογή και η αποτίμηση των πρώτων προσπαθειών καταγραφής και σύγκρισης του φαινομένου στα κράτη-μέλη της ΕΕ. Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που συντελούν στον κοινωνικό αποκλεισμό. Ένας τέτοιος παράγοντας είναι η υγεία, που αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την πρόοδο και την ενσωμάτωση των ευπαθών κοινωνικά ομάδων, όπως οι μετανάστες, οι πρόσφυγες, οι ROMA κ.ά. Τόσο η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας όσο και η συνολική φυσική κατάσταση και η ψυχολογική υγεία είναι στοιχεία τα οποία είναι ικανά, να οδηγήσουν σε κοινωνικό αποκλεισμό.

Ο κοινωνικός αποκλεισμός πέρα από τη διάσταση της οικονομικής φτώχειας συμπεριλαμβάνει και τη διάσταση της κοινωνικής φτώχειας. Κοινωνικός αποκλεισμός είναι αθέτηση βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Όλοι οι πολίτες έχουν ισότιμα δικαιώματα στην εκπαίδευση, την απασχόληση, τη στέγαση, την υγειονομική περίθαλψη, την οικογένεια, την κοινωνική προστασία και την πολιτιστική ζωή. Κοινωνικός αποκλεισμός είναι η παρεμπόδιση της πρόσβασης στα παραπάνω κοινωνικά και δημόσια αγαθά και υπηρεσίες, η έλλειψη των οποίων συνήθως οδηγεί και στην οικονομική ανέχεια. Ο κοινωνικός αποκλεισμός χαρακτηρίζει δηλαδή τόσο μια κατάσταση όσο και μία διαδικασία.

Η φτώχεια είναι μία κατάσταση και ένας από τους βασικούς τομείς κοινωνικής ενσωμάτωσης, ικανή να προκαλέσει ή να εντείνει μία διαδικασία αποκλεισμού, αλλά και το αποτέλεσμα αυτής της διαδικασίας (Κολλιός και Κατσορίδας 2002). Εντούτοις, δεν ταυτίζονται οι δύο έννοιες, καθώς ο παράγοντας της φτώχειας δεν είναι από μόνος του αρκετός να οδηγήσει σε κοινωνικό αποκλεισμό, εφόσον ενδέχεται ορισμένοι άλλοι παράγοντες να διακόψουν τη διαδικασία αυτή, όπως π.χ. η χορήγηση επιδομάτων από το κράτος, η οικονομική στήριξη από μέλη της οικογενείας κ.ά.

Ο κοινωνικός αποκλεισμός αποτελεί μία διαδικασία και ταυτόχρονα το αποτέλεσμα αυτής. Αποκλεισμός σημαίνει παρεμπόδιση στην πρόσβαση σε κάτι. Ο κοινωνικός αποκλεισμός νοείται ως η παρεμπόδιση απορρόφησης κοινωνικών και δημόσιων αγαθών, κοινωνικού και δημόσιου πλούτου (Τσιάκαλος 2001). Σημασία δεν έχει το γεγονός ότι κατέστη αδύνατη για ένα άτομο η πρόσβαση σε κάποιες υπηρεσίες

κοινωνικών παροχών, σε κάποιες συγκεκριμένες περιπτώσεις. Σημασία δεν έχει η μη πρόσβαση, αλλά η μη προσβασιμότητα (η συστηματική αφαίρεση της δυνατότητας για πρόσβαση) στις υπηρεσίες κοινωνικών παροχών, η οποία έχει τελικά ως συνέπεια την αδυναμία χρήσης των αντίστοιχων υπηρεσιών. Η παρεμπόδιση αυτή μπορεί να είναι θεσμικής διάστασης (από το νόμο) ή να εφαρμόζεται στην πράξη ως προϊόν κάποιων κοινωνικών πρακτικών. Έτσι, κοινωνικός αποκλεισμός νοείται μόνο στην περίπτωση που τελικά, σε δεδομένη χρονική στιγμή και κοινωνική πραγματικότητα, συμβαίνει κατάργηση του δικαιώματος στην ικανοποίηση ενός κοινωνικού ή δημόσιου αγαθού. Ως κοινωνικός αποκλεισμός περιγράφονται οι διαδικασίες που τελούνται σε μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο σε μια ορισμένη κοινωνία και έχουν ως αποτέλεσμα τη συστηματική αδυναμία άσκησης κοινωνικών δικαιωμάτων ή την αδυναμία ικανοποίησης κοινωνικών αγαθών/ευεργετημάτων ή την αδυναμία πρόσβασης στις κοινωνικές υπηρεσίες.

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

4.3.3 Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Στις ΗΠΑ, τα περισσότερα προβλήματα αναφορικά με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αντιμετωπίζουν (α) οι υπερήλικες μετανάστες, (β) οι μετανάστες που διέμεναν

στις ΗΠΑ λιγότερο από 5 έτη, (γ) οι μετανάστες με χαμηλότερο εισόδημα και (δ) οι μετανάστες που προέρχονται από τη Νότια Αμερική (Carrasquillo και συν. 2000, Choi 2006, Alegria και συν. 2006). Επιπλέον, οι μετανάστες εμφανίζουν σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά ιδιωτικής ασφάλισης σε σχέση με τους γηγενείς (Buchmueller και συν. 2007, Shah & Carrasquillo 2006).

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

4.3.4 Χρήση των υπηρεσιών υγείας

Με δεδομένο ότι η επικύρωση της προσβασιμότητας είναι η χρήση των υπηρεσιών υγείας και όχι απλά η διαθεσιμότητά τους, διατυπώθηκε η άποψη ότι η πρόσβαση στις υπηρεσιών υγείας αδυνατεί να εξηγήσει τους λόγους που τα άτομα επιθυμούν να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες υγείας και τελικά το κάνουν. Επομένως, η ολοκληρωμένη μελέτη της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας πρέπει να γίνεται σε συνδυασμό με τη μελέτη της χρήσης τους. Σύμφωνα με την οικονομική προσέγγιση, οι παράγοντες που καθορίζουν την χρήση των υπηρεσιών υγείας είναι επιδημιολογικοί, δημογραφικοί, κοινωνικοοικονομικοί και δομικοί του συστήματος υγείας. Με δεδομένο όμως ότι η χρήση των υπηρεσιών υγείας αποτελεί επιλογή μέσω μιας διαδικασίας λήψης απόφασης στη μελέτη της χρήσης, απαιτείται να ληφθούν υπόψη και τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά των χρηστών. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά αναφέρονται στα ατομικά χαρακτηριστικά όπως η ηλικία και το φύλο. Τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά αναφέρονται στο ευρύτερο περιβάλλον στο οποίο ζει και εργάζεται το άτομο και περιλαμβάνουν το εισόδημα, το εκπαιδευτικό επίπεδο και την κοινωνική θέση. Τέλος, τα δομικά χαρακτηριστικά συνδέονται με την οργάνωση και τη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας και με το είδος και την έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης, καθώς φαίνεται πως καλύτερη ποιοτικά ασφάλιση οδηγεί σε αύξηση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας. Η σημασία της χρήσης των υπηρεσιών υγείας στον προσδιορισμό των υγειονομικών προτεραιοτήτων, τη

διαμόρφωση πολιτικής και τη λήψη αποφάσεων απορρέει από το γεγονός ότι η κατανόηση των αιτίων που προκαλούν τις ανισότητες, τόσο στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, όσο και στη συχνότητα και ένταση της χρήσης των ιατρικών πόρων, αποτελεί προαπαιτούμενο για την αποδοτική και αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών υγείας.

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

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

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΑ ΕΘΝΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ: ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΕΡΕΥΝΩΝ

Σύμφωνα με την Καϊτελίδου (2014), τα σημαντικά επιτεύγματα στον υγειονομικό τομέα κατά τα τελευταία 50 χρόνια έχουν οδηγήσει σε αύξηση του προσδόκιμου ζωής κατά περισσότερα από 11 έτη, ενώ σημαντική μείωση σημειώθηκε και στον αριθμό των δυνητικά απωλεσθέντων ετών ζωής. Οι θετικές αυτές εξελίξεις όμως συνοδεύτηκαν από σημαντική αύξηση των υγειονομικών δαπανών, περισσότερο από 2% ετησίως στις αναπτυγμένες χώρες, υπερβαίνοντας το μέσο ετήσιο ρυθμό αύξησης του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ) των περισσότερων χωρών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ). Η αντίδραση του τομέα υγείας στην οικονομική κρίση, ωστόσο, παρουσιάζει δύο διαφορετικές όψεις. Από τη μια πλευρά περιλαμβάνει μέτρα που ελήφθησαν για την αύξηση της αποδοτικότητας στη χρήση των πόρων και την εισαγωγή διαρθρωτικών αλλαγών που εν πολλοίς ήταν αναγκαία και πολύ πριν από την οικονομική κρίση. Τέτοια μέτρα περιλαμβάνουν τον εξορθολογισμό των προμηθειών των νοσοκομείων, τον έλεγχο της συνταγογράφησης, την καλύτερη οργάνωση και το συντονισμό της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), την καταγραφή, την ανάλυση και τη μελέτη των οικονομικών μεγεθών της υγείας μέσω του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας. Από την άλλη πλευρά, όμως, ελήφθησαν μέτρα οριζόντιων περικοπών, τα οποία απέρρεαν κυρίως από τις υποχρεώσεις που ανέλαβε η χώρα μέσω των δανειακών συμβάσεων, τις οποίες υπέγραψε.

Συνεπώς, προκειμένου για να διασφαλίσει το σύστημα υγείας τη βιωσιμότητά του, χρειάζεται μέτρα που απευθύνονται τόσο στην προσφορά όσο και στη ζήτηση. Στρατηγικές για βέλτιστη αξιοποίηση πόρων και αύξηση της αποδοτικότητας θα

πρέπει να υιοθετηθούν και να ενισχυθούν. Στην Ελλάδα, τέτοιες στρατηγικές πρέπει να εμπεριέχουν, εκτός των άλλων, επαρκή χρηματοδότηση του δημόσιου συστήματος υγείας, πρόβλεψη των μελλοντικών αναγκών του και ενίσχυση της καινοτομίας. Για τη θωράκιση του συστήματος υγείας στις συνέπειες της κρίσης, είναι απαραίτητο να καθοριστούν και να αναλυθούν οι νέες ανάγκες και να επανεξεταστούν οι προτεραιότητες της δημόσιας υγείας (Καϊτελίδου, 2014).

Με τη σειρά τους οι Μαλλιάρου & Σαράφη (2012), διεξήγαγαν έρευνα με σκοπό την ανάλυση του τρόπου επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας. Από την έρευνα βρέθηκε ότι η οικονομική κρίση οδηγεί σε επισφαλή εργασία, ανεργία, και τελικά φτώχεια που οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό όλο και περισσότερων ομάδων πράγμα που αποτελεί πηγή για διάφορες ψυχικές διαταραχές. Η ανεργία σχετίζεται επίσης με αύξηση της ημερήσιας κατανάλωσης αλκοόλ, αύξηση στις αυτοκτονίες, στην ενδοοικογενειακή βία, αλλά και μείωση των θανάτων από τροχαία κατά 1,4%. Ειδικότερα η φτώχεια σχετίζεται με την εμφάνιση ασθενειών καθώς τα άτομα αναγκάζονται να διαβιώνουν σε υποβαθμισμένο περιβάλλον, να τρέφονται ανεπαρκώς και να εργάζονται σε επικίνδυνα και ανθυγιεινά περιβάλλοντα. Συνεπώς, η οικονομική κατάσταση των ατόμων επιδρά στους δείκτες υγείας, όπως το προσδόκιμο επιβίωσης, τη νοσηρότητα, τη θνησιμότητα αλλά και τη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Ειδικότερα Τα συστήματα υγείας από την άλλη 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.

Οι Καραϊσκου et al (2012) στην έρευνά τους ασχολήθηκαν με την οικονομική κρίση και την επίδρασή της στην υγεία των πολιτών και στα Συστήματα Υγείας. Τόνισαν ότι η σημερινή κατάσταση της οικονομίας, για την οποία χρησιμοποιήθηκε ο όρος Χρηματοπιστωτική κρίση του 2008, ξεκίνησε από τις ΗΠΑ για να εξαλιχθεί λόγω της παγκοσμιοποίησης διεθνώς σε κρίση πολλαπλών κλάδων της οικονομίας με αποτέλεσμα σήμερα να μιλούμε πλέον για οικονομική ύφεση ή κρίση για πολλά

κράτη χαμηλού και μέσου εισοδήματος. Η απασχόληση είναι ένας από τους βασικότερους τομείς οι οποίοι πλήττονται κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης και ως εκ τούτου αυξάνεται κατακόρυφα το ποσοστό της ανεργίας αλλά και αυτό της εργασιακής ανασφάλειας. Τα τελευταία 20 χρόνια σε όλες τις σχετικές μελέτες φαίνεται ότι η ανεργία και η ανασφάλεια οδηγούν σε απώλεια ευημερίας και φτώχεια και έχουν δραματικές αν και όχι απόλυτα διευκρινισμένες επιπτώσεις στην υγεία. Η πλειοψηφία τους υποδεικνύει την ανάλογη σχέση της μακρόχρονης ανεργίας με αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα και κυρίως ψυχικές διαταραχές που πυροδοτούν ένα νέο κύκλο προβλημάτων όπως τις αυτοκτονίες και τους βίαιους θανάτους (εγκλήματα, θανατηφόρα τροχαία, θάνατοι από υπερβολική δόση αλκοόλ και ναρκωτικών). Ο ΠΟΥ προειδοποιεί ότι οι αρνητικές συνέπειες της κρίσης θα είναι πολύ μεγαλύτερες για κράτη που έχουν χαμηλά χρηματοδοτικά αποθέματα, αδύναμους κοινωνικούς θεσμούς και κατεστραμμένες δομές, για αναπτυσσόμενα κράτη που θα περιοριστεί η οικονομική τους στήριξη, για ανεπτυγμένα κράτη που έχουν ζητήσει επείγουσα βοήθεια από το ΔΝΤ αλλά και για ευαίσθητες πληθυσμιακές ομάδες στο εσωτερικό των εύρωστων οικονομικά χωρών ενώ ο περιορισμός τους φαίνεται να στηρίζεται σε πολιτικές οικονομικής και κοινωνικής στήριξης. Συμπεραίνουμε, λοιπόν, ότι η οικονομική κρίση δημιουργεί επίσης προβλήματα στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, ενώ ταυτόχρονα επιβαρύνεται η λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης. Έτσι, η ανάγκη ορθής κατανομής των περιορισμένων οικονομικών πόρων με γνώμονα τις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης και της αλληλεγγύης γίνεται σήμερα ακόμη πιο επιτακτική.

Μια άλλη έρευνα του Ευκαρπίδη (2012) ασχολήθηκε με την επίδραση της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας και τις προτεινόμενες πολιτικές υγείας σε εθνικό και διεθνές επίπεδο. Επεσήμανε ότι η παγκόσμια οικονομική κρίση και η οικονομική ύφεση που την ακολουθεί, επιβαρύνει ιδιαίτερα τους πολίτες αλλά και το σύστημα υγείας των χωρών που θα την υποστούν μέσω του φαύλου κύκλου που δημιουργείται από την αύξηση της ανεργίας, την απώλεια της ασφάλισης υγείας, την μείωση των εισοδημάτων, την μη ανταπόκριση στα έξοδα για την υγεία και τη δυνατότητα περίθαλψης και εν τέλει την κακή υγεία που έχει ως αποτέλεσμα την

αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας μέσω της συνεχόμενης επίτασης της φτώχειας. Σκοπός της εν λόγω έρευνας ήταν η ανάδειξη μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση των συνεπειών της οικονομικής κρίσης στην υγεία των πολιτών, η επίδραση της πολιτικής υγείας στην οικονομική και κοινωνική κατάσταση των πολιτών, καθώς και η αποτύπωση των πολιτικών υγείας που προτείνονται για την τρέχουσα περίοδο σε εθνικό και διεθνές επίπεδο. Από την έρευνα τεκμηριώνεται η συνάφεια μεταξύ της πολιτικής υγείας και της γενικότερης πολιτικής και οικονομικής κατάστασης μιας χώρας και αποδεικνύεται η ανάγκη μη υποτίμησης των ζητημάτων υγείας και η ανάδειξή τους ως ζητήματα πρώτης προτεραιότητας για τους πολίτες σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Συνεπώς, βρέθηκε ότι σε περιόδους οικονομικής κρίσης, δεν πρέπει να γίνεται περικοπή των δαπανών για ζητήματα υγείας, καθώς η περικοπή οδηγεί σε μειωμένη διαθεσιμότητα περίθαλψης και αυτή με τη σειρά της επιδρά άμεσα και επιβαρυντικά τόσο στα άτομα όσο και στα συστήματα υγείας.

Οι Κυριόπουλος & Τσιάντου (2012) ασχολήθηκαν με την οικονομική κρίση και τις επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. Στη μελέτη τους παρουσιάστηκε ότι η πρόσφατη χρηματοπιστωτική κρίση αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες στην παγκόσμια οικονομία και έχει μεταφερθεί με σφοδρότητα στην πραγματική οικονομία, με αποτέλεσμα την ύφεση και την πτώση της απασχόλησης σε παγκόσμια κλίμακα. Η παρούσα κρίση πλήττει δυσανάλογα τις χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης αλλά και τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα στο εσωτερικό των χωρών. Η ανεργία, η ευπρόσβλητη εργασία και η ανασφάλεια έχουν σημαντική αρνητική επίδραση στην υγεία. Η αύξηση των ψυχικών διαταραχών, των προβλημάτων εθισμού και εξάρτησης σε ουσίες, των αυτοκτονιών και της θνησιμότητας από ισχαιμική καρδιοπάθεια είναι οι πιο εμφανείς επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία του πληθυσμού, οι οποίες κατανέμονται διαφορετικά μεταξύ των κατοίκων μιας χώρας, με τις χαμηλότερα κοινωνικές τάξεις να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο. Η οικονομική κρίση δημιουργεί επίσης προβλήματα στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, απειλεί τη βιωσιμότητα των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών και επιβαρύνει τη λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης. Υπό το πρίσμα αυτό, αναδεικνύεται η σημασία των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας στη

διαμόρφωση του επιπέδου της υγείας και η ανάγκη αντιμετώπισης των κοινωνικών και οικονομικών ανισοτήτων στην υγεία.

Στην έρευνά τους οι Πατελάρου κ συν (2012) μελέτησαν τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και εισήγαγαν προτάσεις για παρέμβαση. Τόνισαν πως η οικονομική κρίση συνοδεύεται από φαινόμενα όπως η ανεργία, η οικονομική εξαθλίωση του πληθυσμού, η αποδυνάμωση του συστήματος υγείας, η αύξηση του επιπολασμού συγκεκριμένων ασθενειών και η γενικότερη κατάπτωση του οικοδομήματος της υγείας σε μια κοινωνία. Από τη βιβλιογραφική ανασκόπησή τους βρήκαν ότι η ανεργία, το χαμηλό εισόδημα και η ανέχεια έχουν ως αποτέλεσμα τον περιορισμό των δαπανών για την υγεία, την καθυστέρηση της θεραπείας και συχνά τη μη προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας. Επιπρόσθετα, η οικονομική ύφεση και τα συνοδή φαινόμενα αυτής συνεπάγονται σοβαρές επιπτώσεις τόσο στην ψυχική όσο και στην σωματική υγεία των πολιτών. Προβλήματα εθισμού, εξαρτήσεις, υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής με αυξανόμενη κατανάλωση τροφίμων χαμηλής διατροφικής αξίας, καπνού και οινοπνεύματος, καθώς επίσης και η πλημμελής διαχείριση των νοσημάτων από τις επιβαρυνόμενες υπηρεσίες υγείας είναι κάποιες από τις αρνητικές συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην υγεία. Τέλος, επεσήμαναν ότι οι ιθύνοντες οφείλουν να προστατέψουν και να υπερασπιστούν το αγαθό της υγείας θέτοντάς το σε βασική προτεραιότητα ανεξάρτητα από τις δύσκολες οικονομικές συνθήκες. Η αποτελεσματική και έγκαιρη λήψη μέτρων, οι αναδιαρθρώσεις και η εύρεση εναλλακτικών πηγών χρηματοδότησης μπορούν να αποτρέψουν φαινόμενα, όπως η εξαθλίωση και η καταρράκωση του συστήματος υγείας. Η ανάπτυξη προγραμμάτων οικονομικής ανάπτυξης, η καταπολέμηση της ανεργίας, η ενίσχυση των φορέων δημόσιας υγείας και η στήριξη των ευπαθών ομάδων, όπως οι άνεργοι, θα πρέπει να αποτελέσουν βασικές προτεραιότητες της πολιτείας σε περιόδους οικονομικής ύφεσης.

Οι Reeves et al (2014) πραγματοποίησαν έρευνα που αφορούσε την οικονομική πολιτική της λιτότητας και της υγειονομικής περίθαλψης διενεργώντας μια Cross-ανάλυση των μεταβολών των δαπανών σε 27 Ευρωπαϊκά έθνη μεταξύ 1995 – 2011. Τα ευρήματα της εν λόγω μελέτης αποκαλύπτουν πέντε σημαντικά σημεία σχετικά με

την πολιτική οικονομίας των επιλογών του προϋπολογισμού υγειονομικής περίθαλψης. Κατ' αρχάς, απορρίφθηκε η «υπόθεση ορατότητας», η οποία προτείνει ότι οι τομείς της υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να προστατευθούν κατά τη διάρκεια περιόδων λιτότητας. Αντίθετα, παρατηρήθηκε ότι ένα μεγάλο μέρος των περικοπών αφορά τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, ιδίως σε χώρες που εκτίθεται σε δανεισμό από ΔΝΤ. Δεύτερον, βρέθηκε ότι οι περικοπές στην υγειονομική περίθαλψη είναι αναπόφευκτη συνέπεια της ύφεσης. Τρίτον, απορρίφθηκε, επίσης, η «υπόθεση κόμμα», παρατηρώντας ότι η ιδεολογία των κυβερνώντων κομμάτων δεν είχε καμία επίδραση στις αλλαγές στις δαπάνες υγείας. Τέταρτον, τα επίπεδα του χρέους δεν συνδέονται με τις αλλαγές των δαπανών, που τηρούνται στο εσωτερικό των χωρών, ωστόσο το επίπεδο του χρέους συνδέεται με τις περικοπές δαπανών. Πέμπτο, η λήψη δανείων από το ΔΝΤ είναι σημαντικά συνδεδεμένη με την απόφαση να εφαρμοστούν μεγάλες περικοπές στον υγειονομικό τομέα. Τέλος, παρατηρήθηκε ότι τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης είναι λιγότερο επιρρεπή στις πολιτικές λιτότητας.

Οι Simou & Koutsogeorgou (2014) ασχολήθηκαν με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα μεταξύ 2009 – 2013. Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκειμένου να προσδιοριστούν τα άρθρα που δημοσιεύθηκαν από τον Ιανουάριο 2009 μέχρι το Μάρτιο 2013 και αναφέρονται ρητά στις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία ή την υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα. Τελικά βρέθηκε ότι οι πρόσφατες προσπάθειες για τη μεταρρύθμιση του ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας εστιάζουν κυρίως στις βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις από τη μείωση των δαπανών, ενώ τα μέτρα που επιβάλλονται φαίνεται να έχουν αμφίβολες μακροπρόθεσμες συνέπειες για την ελληνική δημόσια υγεία και φροντίδα υγείας.

Οι Karanikolos et al (2013) στη μελέτη τους ασχολήθηκαν με την χρηματοπιστωτική κρίση στην Ευρώπη η οποία έχει δημιουργήσει σημαντικές ευκαιρίες και απειλές για την υγεία. Στην παρούσα μελέτη συγκρίνονται οι προβλέψεις των συγγραφέων με τα διαθέσιμα στοιχεία για το ETA ECTS της κρίσης στον τομέα της υγείας. Προκύπτει ότι η άμεση αύξηση των αυτοκτονιών εμπίπτει στους θανάτους από τροχαία

ατυχήματα και άλλες συνέπειες, όπως οι επιδημίες του ιού HIV. Η Ελλάδα, η Ισπανία και η Πορτογαλία ενέκριναν την αυστηρή δημοσιονομική λιτότητα. Οι οικονομίες συνεχίζουν να υποχωρούν και η πίεση στα συστήματα υγείας τους αυξάνεται. Οι αυτοκτονίες και την εμφάνιση λοιμωδών ασθενειών γίνονται όλο και πιο συχνές σε αυτές τις χώρες, και οι περικοπές του προϋπολογισμού προκαλούν περιορισμένη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Αντίθετα, η Ισλανδία απέρριψε τη λιτότητας μέσω μιας λαϊκής ψήφου και η χρηματοπιστωτική κρίση φαίνεται ότι είχε λίγες επιδράσεις ή και καθόλου στην υγεία. Αν και υπάρχουν πολλές διαφορές μεταξύ των χωρών, μας ανάλυση δείχνει ότι, αν και οι υφέσεις εγκυμονούν κινδύνους για την υγεία, η αλληλεπίδραση της δημοσιονομικής λιτότητας με την οικονομική κρίση και την αδύναμη κοινωνική προστασία είναι αυτό που τελικά φαίνεται να κλιμακώνει την υγεία στην Ευρώπη.

Οι Kygiourou et al (2014) μελέτησαν τα εμπόδια στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για ασθενείς με χρόνια προβλήματα σε καιρούς λιτότητας στην Ελλάδα. Στόχος ήταν να διερευνηθεί το μέγεθος των εμποδίων στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για τους ασθενείς με χρόνια νοσήματα και τα κοινωνικοοικονομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά που τους αφορούν. Διεξήχθη μια μελέτη σε 1594 ασθενείς που πάσχουν από διαβήτη, υπέρταση, ΧΑΠ και Αλτσχάιμερ. Βρέθηκε, συνολικά ότι το 25% των ασθενών με χρόνια προβλήματα αντιμετωπίζουν γεωγραφικά εμπόδια ενώ το 63,5% και το 58,5% από αυτούς αντιμετωπίζουν οικονομικά εμπόδια και εμπόδια αναμονής, αντίστοιχα. Οι άνεργοι, τα άτομα με χαμηλό εισόδημα και χαμηλό μορφωτικό επίπεδο είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίσουν οικονομικά εμπόδια στην πρόσβαση. Επιπλέον, οι γυναίκες, οι ασθενείς με χαμηλό εισόδημα, και οι ασθενείς με χαμηλότερη κατάσταση της υγείας είναι πιο πιθανόν να είναι μπροστά από γεωγραφικά εμπόδια. Επιπλέον, η πιθανότητα εμφάνισης αναμονής είναι μεγαλύτερη για τους άνεργους, και τους ασθενείς με χαμηλό εισόδημα. Συμπερασματικά, τα εμπόδια στην πρόσβαση μπορεί να αποδοθούν κυρίως στη μείωση των εισοδημάτων και την ανεργία. Στο πλαίσιο αυτό, μέτρα πολιτικής για την υγεία είναι απαραίτητα για την άρση των εμποδίων στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας. Διαφορετικά, μπορεί να αυξηθούν οι ανισότητες και να

επιβαρυνθεί επιπλέον η κατάσταση της υγείας ασθενών με χρόνια προβλήματα. Οι συνέπειες αυτές συνεπάγονται δυσμενείς επιπτώσεις στις δαπάνες υγείας.

Το ερευνητικό σημείωμα των Rodrigues et al (2013), παρέχει ανάλυση των τάσεων των ανεκπλήρωτων αναγκών για την υγειονομική περίθαλψη πριν και κατά τη διάρκεια της πρόσφατης χρηματοπιστωτικής και οικονομικής κρίσης. Συγκεκριμένα, έχει ως στόχο να διερευνήσει το βαθμό στον οποίο έχει υπάρξει μια αύξηση στις ανεκπλήρωτες ανάγκες, χάρη στην προσιτή και μη διαθέσιμότητα των υπηρεσιών, και για τον εντοπισμό των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων. Για τους σκοπούς της παρούσας ανάλυσης, επιλέχθηκαν εκείνες οι χώρες της ΕΕ που έχουν πληγεί περισσότερο από την κρίση: η Ιρλανδία, Ελλάδα, Ισπανία, Ιταλία, Κύπρος, Λετονία, Πορτογαλία και Σλοβενία. Το ερευνητικό σημείωμα εξετάζει επίσης τις πιθανές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας και παρέχει μια επισκόπηση των μεταρρυθμίσεων της υγειονομικής περίθαλψης και των μέτρων του κόστους που έχουν υλοποιηθεί από την αρχή της κρίσης στις οκτώ επιλεγμένες χώρες. Βρέθηκε ότι οι χώρες που επλήγησαν περισσότερο από την οικονομική κρίση στην Ευρώπη, έχουν εισαγάγει μια σειρά μέτρων εξοικονόμησης στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης τους. Αυτά έχουν αλλάξει πραγματικά τον καθολικό χαρακτήρα των συστημάτων (εκτός από την Κύπρο και την Ιρλανδία), αλλά έχουν μετατοπίσει το κόστος για τα νοικοκυριά, είτε μέσω της αύξησης συμπληρωμών για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας ή μέσω υψηλότερων τελών για τα φαρμακευτικά προϊόντα, και που θα μπορούσε να απειλήσει τη μείωση της διαθεσιμότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, μέσω συγχωνεύσεων των παρόχων ή μέσω περικοπών προσωπικού. Επιπλέον, τα ευρήματα της έρευνας δείχνουν ότι οι αναγκαστικές ακάλυπτες ανάγκες έχει αυξηθεί λόγω της κρίσης, αλλά η αύξηση αυτή είναι συχνά λιγότερο σοβαρή για τις ομάδες εκείνες που έχουν αναφερθεί στο παρελθόν ως υψηλότερου κινδύνου. Είναι, λοιπόν, αναγκαίο οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής στην Ευρώπη - και ιδιαίτερα σε εκείνες τις χώρες που πλήττονται περισσότερο από την κρίση - να σταθμίσουν τις πιθανές επιπτώσεις που περιορίζουν την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, σχετικά με το δυναμικό της ευημερίας, της παραγωγικότητας και της ανάπτυξης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των συνεπειών της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας και της πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας εν μέσω κρίσης, καθώς και η παράθεση ορισμένων προτάσεων αναφορικά με τις πολιτικές υγείας που θα μπορούσαν να εφαρμοστούν σε εθνικό επίπεδο αλλά και στην τοπική κοινωνία. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από 11/01/2016 έως 11/2/2016 στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός- Οφθαλμιατρείο Αθηνών- Πολυκλινική».

Τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν είναι τα εξής:

- Τι ποσοστό συμμετεχόντων δεν έχει ασφαλιστική κάλυψη από κάποιον ασφαλιστικό φορέα;
- Το χρηματικό κόστος νοσηλείας είναι ο επικρατέστερος λόγος μη επίσκεψης κάποιου νοσοκομείου;
- Η επίσκεψη σε νοσοκομείο επηρεάζεται από την ηλικία;
- Η διενέργεια εξετάσεων εξαρτάται από την ηλικία;
- Η ικανοποίηση από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας εξαρτάται από την ηλικία;

6.2 Σχεδιασμός μελέτης

Τη διατύπωση του προβλήματος ακολούθησε η επιλογή ερευνητικής μεθόδου, η οποία αποφασίστηκε ότι θα είναι η ποσοτική συλλογή δεδομένων με τη χρήση ερωτηματολογίου.

6.3 Το δείγμα της μελέτης

Για την πραγματοποίηση της μελέτης, χρησιμοποιήθηκε δείγμα ευκολίας Ελλήνων πολιτών. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από 11/01/2016 έως 11/2/2016 στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός- Οφθαλμιατρείο Αθηνών- Πολυκλινική». Σύμφωνα με τα στοιχεία από τη γραμματεία των τακτικών εξωτερικών ιατρείων, 75 άτομα κατά μέσο όρο επισκέπτονται το νοσοκομείο σε καθημερινή βάση για εξέταση από το ιατρικό προσωπικό. Προκειμένου να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα από ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα συνολικά μοιράστηκαν και συμπληρώθηκαν 600 ερωτηματολόγια, αριθμός που αντιστοιχεί στο 40 % των ασθενών αυτών .

6.4 Εργαλείο συλλογής

Επιλέχτηκε ένα ερωτηματολόγιο το οποίο ως ερευνητικό μέσο, μπορεί να βοηθήσει στην ταχεία συγκέντρωση δεδομένων και να διευκολύνει την οργάνωση και ανάλυση τους (Cohen & Manion, 1997). Το αντικείμενο της έρευνας του ερωτηματολογίου αναλύθηκε με ακρίβεια στα άτομα για γίνει εύκολα κατανοητό από όλους. Οπότε, κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, τα άτομα είχαν την δυνατότητα να απαντούν εντάσσοντας την κάθε απάντηση στη σφαίρα της ικανοποίησής τους για τις πτυχές του θέματος που απασχολούσαν την έρευνα.

Ακόμα, το ερωτηματολόγιο είναι ένα έντυπο στο οποίο βρίσκεται ένας αριθμός δομημένων ερωτήσεων που είναι τοποθετημένες με κατάλληλη σειρά και όπου τα άτομα πρέπει να δώσουν γραπτές απαντήσεις (Ζαφειρίου, 2003).

Τα σημαντικότερα θετικά των ερωτηματολογίων σχετίζονται με το γεγονός ότι στοιχίζουν πολύ φθηνότερα από τις συνεντεύξεις, μπορούν να σταλούν σε μεγάλο

αριθμό ανθρώπων, είναι εύκολη η κατασκευή και η χρήση του και οι ερωτώμενοι μπορούν να εκφραστούν ελεύθερα λόγω έλλειψης άμεσης επικοινωνίας. Ακόμη είναι τυποποιημένοι οι τρόποι ανάλυσης του υλικού, ο ερευνητής δεν μπορεί να επηρεάσει τις απαντήσεις και είναι η λιγότερο χρονοβόρα μέθοδος (Ζάβαλη, 2007).

Από την άλλη τα σημαντικότερα μειονεκτήματα των ερωτηματολογίων είναι ότι ο ερευνητής δεν είναι σε θέση να αποσαφηνίσει τις ανοιχτές ερωτήσεις και μάλιστα υποχρεώνει τον ερωτηθέντα να απαντήσει με ένα συγκεκριμένο τρόπο (Ζαφειρίου, 2003). Σχετικά με τα θετικά που παρουσιάζονται παραπάνω, και λόγω της απειρίας του ερευνητή όπως και του λιγοστού χρόνου που απαιτεί η έρευνα, μιας και πρόκειται για μεταπτυχιακή εργασία, κρίθηκε ότι το ερωτηματολόγιο είναι το πιο σωστό μέσο για την διεκπεραίωση της συγκεκριμένης ερευνητικής μελέτης.

Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο είναι το μέσον επικοινωνίας (interface) μεταξύ ερευνητή και ερωτώμενων, με άμεσο ή έμμεσο τρόπο, σχετικά με τη διαδικασία συγκέντρωσης των δεδομένων. Λέγεται χαρακτηριστικά ότι "καμία στατιστική έρευνα δεν έχει τη δυνατότητα να είναι πιο αποτελεσματική από το ερωτηματολόγιο που επιλέχτηκε σ' αυτή" (Παρασκευόπουλος, 1993). Με τη φράση αυτή τονίζεται το γεγονός ότι σε μια έρευνα ακόμη και αν εφαρμοστεί αποτελεσματικό σχέδιο δειγματοληψίας ή η πλέον ενδεδειγμένη ανάλυση των στοιχείων δεν είναι εύκολο να πάρουμε ορθά συμπεράσματα αν πάρουμε μη συγκρίσιμες απαντήσεις από ένα ερωτηματολόγιο με λάθος ή ασαφείς ερωτήσεις.

Για να φτιαχτεί ένα σωστό ερωτηματολόγιο, εάν θέλουμε να έχουμε μια αποτελεσματική έρευνα, χρειάζεται να λάβουμε υπόψη μας συγκεκριμένα χαρακτηριστικά μεταξύ άλλων πληρότητα, σαφήνεια, συνοχή, κατάλληλη δομή. Επίσης ένα σωστό ερωτηματολόγιο χρειάζεται να περιλαμβάνει ερωτήματα ελέγχου, να είναι κατά το δυνατόν σύντομο, να έχει τελειότητα παρουσίασης από τεχνικής πλευράς, να περιλαμβάνει βασικές οδηγίες συμπλήρωσης και εννοιολογικές επεξηγήσεις και να επιδέχεται κωδικογραφική και μηχανογραφική επεξεργασία (Javeau, 1996, Ρούσσοι, Τσαούσης 2002).

Για την διατύπωση των ερωτήσεων που αφορούν το λεξιλόγιο και την φρασεολογία του ερωτηματολογίου, αποφασίσθηκε οι ερωτήσεις να ακολουθούν τους κανόνες της

γραμματικής και του συντακτικού και να είναι διατυπωμένες με σαφήνεια και με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι κατανοητές από όλους τους χρήστες. Επιπλέον ορίστηκε να μην περιέχουν τεχνικούς όρους, ιδιοματισμούς, λέξεις σπάνιες και δύσκολες. Υπήρξαν όμως και κάποιοι τεχνικοί όροι οι οποίοι ήταν απαραίτητο να χρησιμοποιηθούν για την διατύπωση της ερώτησης. Έτσι, προστέθηκε κάποια επεξήγηση μέσα σε παρένθεση προκειμένου να κατανοήσουν πλήρως όλοι οι χρήστες τις έννοιες αυτές και τέλος από πλευράς περιεχομένου οι ερωτήσεις, αποφασίστηκε να είναι απλές και περιεκτικές (Javeau, 1996).

Σχετικά με το Χλουβεράκη, (2002) , ένα ερωτηματολόγιο το οποίο έχει πολλές ερωτήσεις και σελίδες δεν θα έχει την πιο μεγάλη αποδοχή από τα άτομα. Οπότε με σκοπό να έχουμε λιγότερες σελίδες επιλέξαμε τη σωστή γραμματοσειρά, η οποία είχε ένα αρκετά ικανοποιητικό μέγεθος ώστε να μην καταναλώνει μεγάλο χώρο αλλά και οι χαρακτήρες να είναι ευανάγνωστοι. Επίσης, επιλέχθηκε οι ερωτήσεις να είναι συνοπτικές και περιεκτικές με στόχο τα άτομα να μπορούν με ευκολία να τις συμπληρώνουν. Έγινε, παράλληλα, προσπάθεια να αποφευχθούν άσκοπες και δίχως νόημα ερωτήσεις. Επιπλέον, έγινε προσπάθεια όχι μόνο να κερδίσει την πρώτη εντύπωση των ερωτώμενων, αλλά και να γίνει, όσο το δυνατό, λιγότερο φορτικό και χρονοβόρο.

6.5 Εγκυρότητα και Αξιοπιστία

Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία μιας έρευνας αποτελούν βασικές συνιστώσες για την επιτυχία της. Ο όρος εγκυρότητα αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο μια άποψη παρουσιάζει με ακρίβεια τα φαινόμενα στα οποία αναφέρεται. Από την άλλη, ο όρος αξιοπιστία αναφέρεται στην εξαγωγή ίδιων αποτελεσμάτων σε επαναληπτικές έρευνες κάτω από τις ίδιες συνθήκες σε μια προσπάθειας γενικευμένης ισχύος των ευρημάτων (Bird et al, 1999).

Η εξασφάλιση αυτών των χαρακτηριστικών αποτελεί τη μεγαλύτερη δυσκολία στη σύνταξη ερωτηματολογίων, ώστε πολλοί ερευνητές στοχεύουν στη σχετική και όχι στην απόλυτη προσέγγιση τους (Oppenheim,1986). Με δεδομένο ότι για την εξασφάλιση των δυο παραπάνω όρων απαιτείται μεγάλη ερευνητική εμπειρία

προσπαθήσαμε να επιτύχουμε τη σχετική και όχι απόλυτη εφαρμογή τους πάντα μέσα στο μέτρο των δυνατοτήτων μας. Για τη μελέτη των απόψεων δεν χρησιμοποιήθηκαν ερωτήσεις γνώμης, αλλά αναπτύχθηκαν κλίμακες τύπου Likert οι οποίες μπορούν να πετύχουν μεγαλύτερο βαθμό αξιοπιστίας (Oppenheim, 1986, Mocher & Kalton, 1979). Επιπλέον οι κλίμακες αυτές έχουν το πλεονέκτημα ότι μπορούν να καταγράψουν διαβαθμισμένες τις τοποθετήσεις των ερωτώμενων.

Την εγκυρότητα και την αξιοπιστία φροντίσαμε να την εξασφαλίσουμε σε όλα τα στάδια διεξαγωγής της έρευνας:

- Στο στάδιο σχεδιασμού: η αξιοπιστία εξασφαλίστηκε με την ύπαρξη στην αρχή του ερωτηματολογίου ενός εισαγωγικού κειμένου που ενημερώνει τους ερωτώμενους για το σκοπό και την χρησιμότητα της έρευνας και τους διαβεβαιώνει για την τήρηση του απορρήτου προσωπικών στοιχείων, ενέργειες που συμβάλλουν στην εγκυρότητα και αξιοπιστία (Cohen & Manion, 1994).
- Στο στάδιο συλλογής δεδομένων. Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε με την προσωπική παρουσία του ερευνητή, η οποία έδωσε τις κατάλληλες διευκρινήσεις στους συμμετέχοντες κατά τη διάρκεια της διαδικασίας διαπραγμάτευσης.
- Στο στάδιο ανάλυσης δεδομένων: Επιχειρήθηκε η κατάλληλη διαχείριση των δεδομένων με αποφυγή της υποκειμενικής ερμηνείας τους. Ωστόσο το ευκαιριακό και περιορισμένο δείγμα (200 άτομα), όπως είδαμε, καθιστά την έρευνα περιορισμένης αξιοπιστίας.

6.6 Δεοντολογικά θέματα

Οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν χρησιμοποιήθηκαν μόνο για τους σκοπούς της μελέτης. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα εθελοντικά, ενημερώθηκαν για το σκοπό της μελέτης και τη διαδικασία στην οποία θα λάμβαναν μέρος, καθώς και για το χρόνο που θα έπρεπε να αφιερώσουν. Επιπλέον, ενημερώθηκαν για τη διατήρηση του προσωπικού απορρήτου, που είναι πολύ

σημαντικό στοιχείο, ώστε να εξασφαλιστεί ένα επίπεδο άνεσης για περισσότερο ακριβείς απαντήσεις. Σε όλα τα στάδια της μελέτης διαφυλάχθηκε η ανωνυμία των συμμετεχόντων.

6.7 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από 11/01/2016 έως 11/2/2016 στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός- Οφθαλμιατρείο Αθηνών- Πολυκλινική». Το δείγμα επιλέχθηκε τυχαία και αποτελούνταν από άτομα που προσεγγίστηκαν στο τμήμα των πρωινών εξωτερικών ιατρείων. Η προσέγγιση έγινε με αυτόν τον τρόπο ώστε να εξασφαλιστεί η τυχαιότητα του δείγματος. Η έρευνα στηρίχθηκε σε αυτό-συμπλήρωση, η οποία δεν απαιτούσε πάνω από 15 λεπτά και ολοκληρωνόταν υπό την εποπτεία του ερευνητή, μέθοδος που εξασφαλίζει τα πλεονεκτήματα τόσο της προσωπικής συνέντευξης, όσο και της αυτό-συμπλήρωσης. Έτσι, εξασφαλίστηκε η καλύτερη ποιότητα συλλογής δεδομένων, διότι ο ερευνητής είχε τη δυνατότητα να παρακινεί τους ερωτώμενους, να αποσαφηνίζει τις ερωτήσεις εκεί που χρειαζόταν και να εξηγεί το τι ζητάει ακριβώς η κάθε ερώτηση, ελαχιστοποιώντας τον αριθμό των μη απαντημένων ερωτήσεων. Επίσης επέτρεψε στους συμμετέχοντες να απαντήσουν μόνοι τους σε ερωτήσεις που έθιγαν ευαίσθητα θέματα και να μην επιλέγουν κοινωνικά αποδεκτές απαντήσεις (Bowling, 2005). Ακολουθήθηκε η ίδια σειρά συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων σε όλα τα άτομα. Η προσέγγιση έγινε με προσωπική επαφή και τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε διάφορους εργασιακούς και μη χώρους. Δεν υπήρξε κάποιος περιορισμός στην ηλικία ή σε κάποιον άλλο παράγοντα σχετικά με την επιλογή του δείγματος. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε γενικές ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής, αλλά και εξειδικευμένες ερωτήσεις κλίμακας, στις οποίες οι συμμετέχοντες καλούνταν να βαθμολογήσουν από το 1-5 το βαθμό της ικανοποίησής τους σε διάφορα θέματα σχετικά με την έρευνα.

6.8 Στατιστική ανάλυση

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η περιγραφική στατιστική. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο

SPSS Statistics 19.0, με τη βοήθεια του οποίου ερμηνεύτηκαν τα αποτελέσματα που προέκυψαν από το σύνολο των ερωτηματολογίων που επεστράφησαν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων ξεκινά με την παράθεση των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος. Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 1 πρόκειται για ένα δείγμα 600 ατόμων εκ των οποίων το 35,3% είναι άνδρες και το υπόλοιπο 64,7% γυναίκες. Στην πλειοψηφία του το δείγμα έχει ηλικία πάνω από 60 ετών με ποσοστό 35,3% και ακολουθούν όσοι έχουν ηλικίες μεταξύ 50-59 ετών με 20,5%. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είναι έγγαμοι με ποσοστό 49,2%. Όσον αφορά το επίπεδο σπουδών τους οι περισσότεροι με ποσοστό 36,8% είναι απόφοιτοι ΑΕΙΤΕΙ και ακολουθούν με 29,7% οι απόφοιτοι Λυκείου/ΙΕΚ. Επίσης, σχετικά με την επαγγελματική τους δραστηριότητα η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είναι συνταξιούχοι με ποσοστό 32,2% και ακολουθούν οι Ιδιωτικοί υπάλληλοι με 20,7% και οι Δημόσιοι υπάλληλοι με 15,7%. Τέλος, οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν πως το εισόδημά τους είναι μέχρι 600 ευρώ με ποσοστό 47,2% και ακολουθούν με 20,2% όσοι δήλωσαν ότι είναι μεταξύ 1000-1500 ευρώ και με 18,2% όσοι δήλωσαν ότι είναι μεταξύ 600-800 ευρώ.

Πίνακας 1

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Χαρακτηριστικό	Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Φύλο		
Άρρεν	212	35,3
Θήλυ	388	64,7
Ηλικία		
Μέχρι 20 ετών	9	1,5
20-29 ετών	93	15,5
30-39 ετών	55	9,2

40-49 ετών	108	18,0
50-59 ετών	123	20,5
Πάνω από 60 ετών	212	35,3
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμος/η	295	49,2
Άγαμος/η	138	23,0
Χήρος/α	69	11,5
Διαζευγμένος/η	98	16,3
Επίπεδο σπουδών		
Δημοτικό	74	12,3
Γυμνάσιο	75	12,5
Λύκειο/ΙΕΚ	178	29,7
ΑΕΙ/ΤΕΙ	221	36,8
Μεταπτυχιακό	34	5,7
Διδακτορικό	18	3,0
Επάγγελμα		
Δημόσιος υπάλληλος	94	15,7
Ιδιωτικός υπάλληλος	124	20,7
Αυτοεργοδοτούμενος	45	7,5
Συνταξιούχος	193	32,2
Οικιακά	47	7,8
Φοιτητής/Στρατιώτης	18	3,0
Άνεργος	79	13,2
Εισόδημα		
Μέχρι 600 ευρώ	283	47,2
600-800 ευρώ	109	18,2
800-1000 ευρώ	70	11,7
1000-1500 ευρώ	121	20,2
Πάνω από 1500 ευρώ	17	2,8

Στο δεύτερο μέρος της έρευνας οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις που αφορούσαν την κατάσταση της υγείας τους. Όσον αφορά την κατάσταση της υγείας τους σε γενικές γραμμές οι περισσότεροι απάντησαν ότι αυτή είναι μέτρια με ποσοστό 35,3% και ακολουθούν όσοι πιστεύουν ότι είναι κακή με 28,5% ή πολύ κακή με ποσοστό 18,5%. Επίσης ρωτήθηκαν αν λαμβάνουν τακτικά

κάποια φάρμακα, όπου το 68,5% απάντησε θετικά. Όσον αφορά το γεγονός αν ακολουθούν κάποια θεραπεία, οι περισσότεροι απάντησαν θετικά με ποσοστό 75,7%. Σχετικά με το αν έχουν κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας και χρειάζεται να επισκέπτονται συχνά το γιατρό, οι περισσότεροι με ποσοστό 67,2% συμφώνησαν. Τέλος, το 94,2% δήλωσε πως είναι κάτοχος βιβλιαρίου υγείας (Πίνακας 2).

Πίνακας 2

Κατάσταση υγείας

Χαρακτηριστικό	Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Συνολική κατάσταση υγείας		
Πολύ καλή	58	9,7
Καλή	48	8,0
Μέτρια	212	35,3
Κακή	171	28,5
Πόλυ κακή	111	18,5
Φάρμακα		
Ναι	411	68,5
Όχι	189	31,5
Θεραπεία		
Ναι	454	75,7
Όχι	146	24,3
Χρόνια πρόβλημα		
Ναι	403	67,2
Όχι	197	32,8
Βιβλιάριο υγείας		
Ναι	565	94,2
Όχι	35	5,8

Το τρίτο μέρος της έρευνας περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τους λόγους επίσκεψής τους στο νοσοκομείο. Αρχικά όσον αφορά τη συχνότητα που οι συμμετέχοντες επισκέπτονται ένα κρατικό νοσοκομείο, το 59,2% δήλωσε πως

πηγαίνει 1-5 φορές το χρόνο και ακολουθούν με 26,3% όσοι πηγαίνουν 1-5 φορές το εξάμηνο. Όσον αφορά την επίσκεψη στα κρατικά νοσοκομεία πριν το 2009, παρατηρούμε ότι το 73,8% δήλωσε πως τα επισκεπτόταν. (Πίνακας 3).

Πίνακας 3

Επίσκεψη σε κρατικά νοσοκομεία

Χαρακτηριστικό	Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Συχνότητα επίσκεψης		
1-5 φορές την εβδομάδα	25	4,2
1-5 φορές το μήνα	62	10,3
1-5 φορές το εξάμηνο	158	26,3
1-5 φορές το χρόνο	355	59,2
Επίσκεψη πριν το 2009		
Ναι	443	73,8
Όχι	157	26,2

Σχετικά με τους λόγους μη επίσκεψής των συμμετεχόντων στα κρατικά νοσοκομεία ο πλέον πιο σημαντικό λόγος ήταν ο οικονομικός με ποσοστό 88% (Πίνακας 4).

Πίνακας 4

Λόγοι μη επίσκεψης στα κρατικά νοσοκομεία

Λόγος μη επίσκεψης	Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Οικονομικοί λόγοι		
Καλές κριτικές για ιατρικό/νοσηλευτικό προσωπικό	528	88,0
Άμεση εξυπηρέτηση	60	10,0
Έλλειψη εμπιστοσύνης σε ορισμένα ιδιωτικά κέντρα	1	0,2
	11	1,8

Στη συνέχεια οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν σχετικά με το κατά πόσο θεωρούν ότι η κρίση επηρέασε το ρυθμό επίσκεψης σε ιδιώτες, την επισκεψιμότητα σε ιδιωτικές

κλινικές/εργαστήρια και την επισκεψιμότητα σε δημόσια νοσοκομεία. Όπως δείχνει και ο Πίνακας 5 οι περισσότεροι δήλωσαν πως ο ρυθμός επίσκεψης σε ιδιώτες μειώθηκε πάρα πολύ με ποσοστό 41%, η επισκεψιμότητα σε ιδιωτικές κλινικές/εργαστήρια μειώθηκε επίσης πάρα πολύ με 45% και η επισκεψιμότητα σε δημόσια νοσοκομεία μειώθηκε κι αυτή αλλά με ελαφρώς μικρότερο ποσοστό της τάξης του 36%.

Πίνακας

Βαθμός που η κρίση επηρέασε το ρυθμό επίσκεψης σε ιδιώτες, την επισκεψιμότητα σε ιδιωτικές κλινικές/εργαστήρια και την επισκεψιμότητα σε δημόσια νοσοκομεία.

Κατά πόσο η κρίση επηρέασε:	Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Ρυθμό επίσκεψης σε ιδιώτες		
Καθόλου	49	8,2
Αρκετά	136	22,7
Πολύ	169	28,2
Πάρα πολύ	246	41,0
Επισκεψιμότητα σε ιδιωτικές κλινικές/εργαστήρια		
Καθόλου	39	6,5
Λίγο	7	1,2
Αρκετά	109	18,2
Πολύ	175	29,2
Πάρα πολύ	270	45,0
Επισκεψιμότητα σε δημόσια νοσοκομεία.		
Καθόλου	79	13,2
Λίγο	59	9,8
Αρκετά	95	15,8
Πολύ	151	25,2
Πάρα πολύ	216	36,0

Το τέταρτο μέρος της έρευνας περιλάμβανε ερωτήσεις που αφορούσαν τη γνώση και αντίληψη των ασθενών για τις συμμετοχές και τις ιδιωτικές δαπάνες. Αρχικά, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σχετικά με το αν γνωρίζουν ότι πρέπει να

πληρώνουν κάποια χρήματα ως συμμετοχή, κάθε φορά που επισκέπτονται γιατρούς του δημοσίου, για να τους εξετάσουν, να τους γράψουν φάρμακα ή εργαστηριακές εξετάσεις. Εδώ οι περισσότεροι δήλωσαν πως έχουν γνώση σε αυτό το θέμα με ποσοστό 76,5% (Πίνακας 6).

Πίνακας 6

Γνώση και αντίληψη ασθενών για τις συμμετοχές και τις ιδιωτικές δαπάνες

Γνωρίζετε ότι πρέπει να πληρώνετε κάποια χρήματα ως συμμετοχή, κάθε φορά που επισκέπτεστε γιατρούς του δημοσίου, για να σας εξετάσουν, να σας γράψουν φάρμακα ή εργαστηριακές εξετάσεις;	Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Ναι	459	76,5
Όχι	141	23,5

Στη συνέχεια η έρευνα ζητούσε από τους συμμετέχοντες να απαντήσουν σχετικά με το πόσο συχνά αγόραζαν και λάμβαναν τα φάρμακά τους τους τελευταίους 12 μήνες. Όπως δείχνει και ο Πίνακας 7 οι περισσότεροι αγόραζαν σχεδόν πάντα τα φάρμακά τους και τα χρησιμοποιούσαν σύμφωνα με την συνταγογράφηση του γιατρού σε ποσοστό 86,8%. Ωστόσο, όμως υπήρξαν και συμμετέχοντες που δήλωσαν ότι κάποιες φορές δεν αγόρασαν τα φάρμακά τους γιατί δεν είχα τα χρήματα με ποσοστό 5%, ενώ υπήρξαν και κάποιοι που σταμάτησαν να τα αγοράζουν γιατί δεν είχαν τα χρήματα με ποσοστό 0,7%.

Πίνακας 7

Συχνότητα λήψης φαρμάκων τους τελευταίους 12 μήνες

Λήψη φαρμάκων	Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Τα αγόρασα σχεδόν πάντα και τα χρησιμοποίησα σύμφωνα με την συνταγογράφηση του γιατρού	521	86,8
Τα αγόρασα σχεδόν πάντα αλλά δεν θεώρησα σκόπιμο να τα χρησιμοποιήσω όλες τις φορές	20	3,3
Τα αγόρασα αλλά μερικές φορές έκανα οικονομία στις δόσεις	16	2,7
Δεν τα αγόρασα όλες τις φορές γιατί δε το θεώρησα απαραίτητο		

Κάποιες φορές δεν τα αγόρασα γιατί δεν είχα τα χρήματα	9	1,5
Σταμάτησα να τα αγοράζω γιατί δεν είχα τα χρήματα	30	5,0
	4	0,7

Έπειτα, ακολουθεί μια σειρά ερωτήσεων που ζητούσε την άποψη των συμμετεχόντων σχετικά με το πόσο τους έχει επηρεάσει η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών ή η αύξηση του ποσού συμμετοχής. Όπως δείχνει και ο Πίνακας 8, οι περισσότεροι συμφώνησαν ότι η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών ή η αύξηση του ποσού συμμετοχής έχει περιορίσει αρκετά τις άσκοπες επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου με ποσοστό 41,5%, τη σπατάλη και την κατάχρηση των φαρμάκων με ποσοστό 32,7% και τις άσκοπες και αχρείαστες εργαστηριακές εξετάσεις αρκετά με ποσοστό 32,2%. Επίσης, οι περισσότεροι συμφώνησαν ότι η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών ή η αύξηση του ποσού συμμετοχής έχει λίγο αναγκάσει κάποιους να πάνε στον ιδιωτικό τομέα με ποσοστό 38,8%, έχει κάνει τον κόσμο να το σκέφτεται δύο φορές πριν πάει στο γιατρό επίσης λίγο με 34,3% και έχει περιορίσει λίγο την συμμόρφωση του κόσμου ως προς την λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής με ποσοστό 33,3%. Τέλος, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων συμφώνησε ότι τα χρήματα που εξοικονομήθηκαν από αυτά τα μέτρα δεν θα χρησιμοποιηθούν καθόλου για την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας με ποσοστό 42,3%.

Πίνακας 8

Συνέπειες εφαρμογής μέτρου πληρωμών ή αύξησης του ποσού συμμετοχής

Χαρακτηριστικό	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
Έχει περιορίσει τις άσκοπες επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου.	142 (23,7%)	125 (20,8%)	249 (41,5%)	37 (6,2%)	47 (7,8%)
Έχει περιορίσει τη σπατάλη και την κατάχρηση των φαρμάκων	67 (11,2%)	169 (28,2%)	196 (32,7%)	98 (16,3%)	70 (11,7%)
Έχει περιορίσει τις άσκοπες και αχρείαστες εργαστηριακές εξετάσεις	115 (19,2%)	126 (21%)	193 (32,2%)	123 (20,5%)	43 (7,2%)
Τα χρήματα που εξοικονομήθηκαν θα χρησιμοποιηθούν για την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας	254 (42,3%)	178 (29,7%)	121 (20,2%)	42 (7%)	5 (0,8%)

Έχει αναγκάσει κάποιους να πάνε στον ιδιωτικό τομέα	173 (28,8%)	233 (38,8%)	125 (20,8%)	35 (5,8%)	34 (5,7%)
Έχει κάνει τον κόσμο να το σκέφτεται δύο φορές πριν πάει στο γιατρό	55 (9,2%)	206 (34,3%)	152 (25,3%)	78 (13%)	109 (18,2%)
Έχει περιορίσει την συμμόρφωση του κόσμου ως προς την λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής (πχ λαμβάνει μικρότερη δόση ή δεν αγοράζει τα φάρμακα)	129 (21,5%)	200 (33,3%)	142 (23,7%)	70 (11,7%)	59 (9,8%)

Το πέμπτο και τελευταίο μέρος της έρευνας είχε σκοπό να διερευνήσει την ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας. Αρχικά, ρωτήθηκαν πόσο ικανοποιημένοι είναι από τις υπηρεσίες που προσφέρουν τα δημόσια νοσοκομεία. Εδώ οι περισσότεροι συμμετέχοντες απάντησαν ότι είναι αρκετά ικανοποιημένοι με ποσοστό 35,7% και ακολουθούν όσοι απάντησαν ότι είναι πολύ ικανοποιημένοι με 28,2% (Πίνακας 9).

Πίνακας 9

Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες που προσφέρουν τα δημόσια νοσοκομεία

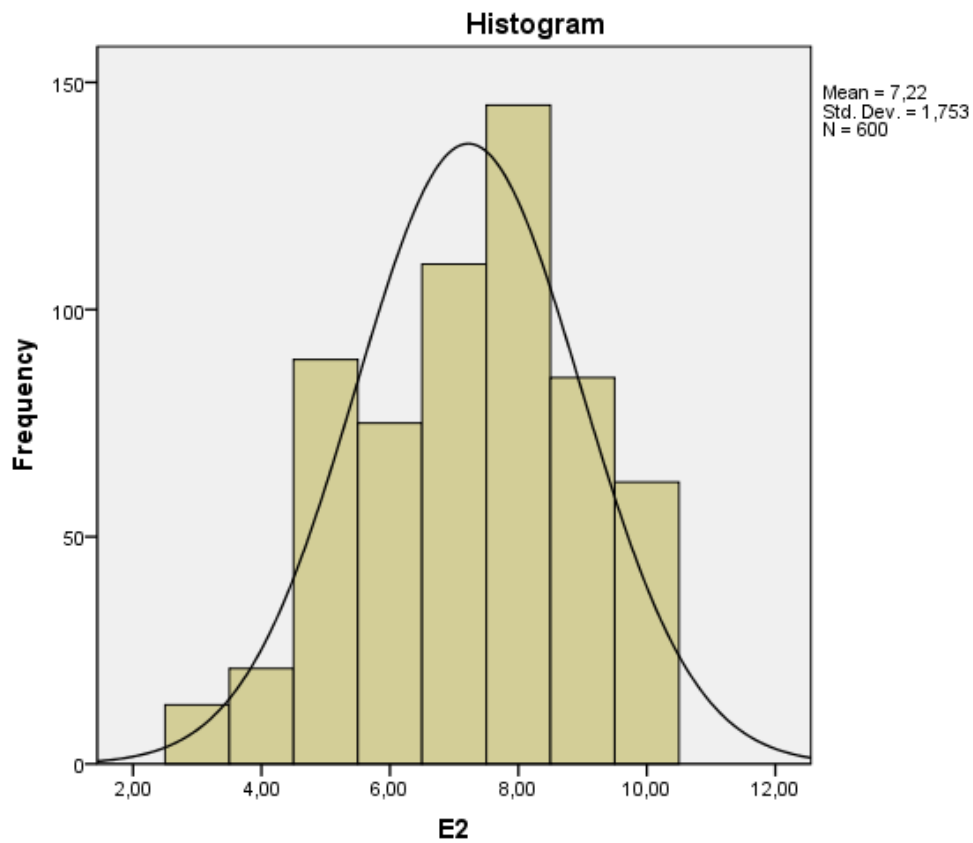
Ικανοποίηση	Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Καθόλου	3	,5
Λίγο	115	19,2
Αρκετά	214	35,7
Πολύ	169	28,2
Πάρα πολύ	99	16,5

Στη συνέχεια ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να βαθμολογήσουν την παρεχόμενη φροντίδα υγείας λαμβάνοντας υπόψη συνολικά την εμπειρία τους από το δημόσιο νοσοκομείο. Παρατηρούμε ότι οι περισσότερες βαθμολογίες είναι πάνω από 5 με μέσο όρο βαθμολογίας 7,22 όπως φαίνεται στον Πίνακα 10 και στο ιστόγραμμα συχνοτήτων που ακολουθεί.

Πίνακας 10

Βαθμολογία συνολικής ικανοποίησης

Βαθμολογία	Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
3	13	2,2
4	21	3,5
5	89	14,8
6	75	12,5
7	110	18,3
8	145	24,2
9	85	14,2
10	62	10,3



Γράφημα 1: Βαθμολογία συνολικής ικανοποίησης

Η τελευταία ερώτηση ζητούσε από τους συμμετέχοντες να σημειώσουν σε ποιο θέμα θα ήθελαν περισσότερη ενημέρωση, διότι η γνώση που έχετε σήμερα δεν καλύπτει τις

ανάγκες τους. Παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες ζήτησαν περισσότερη ενημέρωση για τα δικαιώματά τους αναφορικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας με ποσοστό 40,8% και ενημέρωση για την ασφάλεια υγείας τους ή τον ΕΟΠΥΥ με ποσοστό 31,7% (Πίνακας 11).

Πίνακας 11

Περισσότερη ενημέρωση

Περισσότερη ενημέρωση	Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Ενημέρωση για την ασφάλεια υγείας μου/τον ΕΟΠΥΥ	190	31,7
Ενημέρωση για τα δικαιώματά μου αναφορικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας	245	40,8
Ενημέρωση για την πρόσβαση σε νοσοκομεία	27	4,5
Ενημέρωση για την πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας	90	15,0
Ενημέρωση για την πρόσβαση σε γενικό ιατρό ή παθολόγο	28	4,7
Ενημέρωση για το κόστος επίσκεψης σε ιατρό ή υπηρεσία υγείας	20	3,3

Στη συνέχεια της ανάλυσης πραγματοποιήθηκαν συσχετίσεις προκειμένου να διαπιστωθούν πιθανές εξαρτήσεις μεταξύ των μεταβλητών και να επαληθευτούν ή όχι τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν. Αρχικά πραγματοποιήθηκε συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και της συχνότητας επίσκεψης σε κάποιο κρατικό νοσοκομείο. Διενεργώντας τον έλεγχο χ^2 βρέθηκε ότι αυτές οι δύο μεταβλητές σχετίζονται ($p=0,000$) και μάλιστα από τον έλεγχο Pearson βρέθηκε ότι σχετίζονται αρνητικά ($r=-0,298$). Με άλλα λόγια αυτό σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο πιο συχνή είναι η επίσκεψη των συμμετεχόντων σε κάποιο νοσοκομείο.

Στη συνέχεια έγινε διερεύνηση σχετικά με το αν η ηλικία επηρεάζει τη διενέργεια εξετάσεων. Από τον μη παραμετρικό έλεγχο Kruskal Wallis βρέθηκε ότι αυτές οι μεταβλητές σχετίζονται ($p=0,037$) και μάλιστα από τον έλεγχο Pearson βρέθηκε ότι σχετίζονται ελαφρώς θετικά ($r= 0,008$). Με άλλα λόγια αυτό σημαίνει ότι όσο

αυξάνεται η ηλικία τόσο πιο συχνή είναι η διενέργεια εξετάσεων από τους συμμετέχοντες.

Τέλος, πραγματοποιήθηκε συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και της συνολικής βαθμολογίας για τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας. Διενεργώντας τον έλεγχο χ^2 βρέθηκε ότι αυτές οι δύο μεταβλητές σχετίζονται ($p=0,000$) και μάλιστα από τον έλεγχο Pearson βρέθηκε ότι σχετίζονται ελαφρώς θετικά ($r= 0,097$). Με άλλα λόγια αυτό σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο πιο μεγάλη είναι η ικανοποίηση των συμμετεχόντων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΟΙΚΟΝΟΜΕΤΡΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

8.1 Μεθοδολογία

Στο παρόν κεφάλαιο επιχειρείται να αποδοθεί μια πρώτη εκτίμηση για τους πιθανούς λόγους που μπορεί να επηρεάσουν τον βαθμό ικανοποίησης ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα πεδίου μας. Υποθέτουμε ότι ο κάθε ασθενής μπορεί να επιτύχει ένα μέγιστο επίπεδο ικανοποίησης, επιλέγοντας την θεραπεία του, που μπορεί να θεωρηθεί ως μία γραμμική συνάρτηση, του τύπου:

$$s_i^* = \beta' \mathbf{x} + e_i \quad (8.1),$$

όπου \mathbf{x} είναι ένα $k \times 1$ διάνυσμα εξωγενών μεταβλητών, β είναι ένα διάνυσμα προς εκτίμηση παραμέτρων και e_i είναι ένας διαταρακτικός όρος, που κατανέμεται κανονικά με μέσο μηδέν και σταθερή διακύμανση. Η μεταβλητή s_i^* είναι μη παρατηρήσιμη. Από την άλλη πλευρά αυτό που παρατηρείται είναι οι τιμές της μεταβλητής s_i που αντιστοιχούν στις τιμές της μεταβλητής s_i^* ως $s_0 = 0$ εαν $s_i^* \leq 0$ (μη-ικανοποιημενος) (8.2),
 $s_1 = 1$ εαν $1 < s_i^*$ (ικανοποιημενος)

Η σχέση (8.2) στην πραγματικότητα αποτυπώνει ένα μηχανισμό φίλτρου (censoring). ενώ στο υπόδειγμα εισάγεται μεροληψία επιλογής (selectivity bias) που μπορεί να διορθωθεί προσθέτοντας ένα μηχανισμό επιλογής ως εξής (Greene, 1997):

$$\theta^* = \mathbf{a}'\mathbf{z} + u$$

$$\theta = \begin{cases} 1 & \text{if } \theta^* > 0 \\ 0 & \text{if } \theta^* \leq 0 \end{cases} \quad (8.3\alpha),$$

και

$$\Pr(\theta=1) = \Phi(\mathbf{a}'\mathbf{z})$$

$$\Pr(\theta=0) = 1 - \Phi(\mathbf{a}'\mathbf{z}) \quad (8.3\beta),$$

όπου θ^* είναι τα μη επίπεδα ικανοποίησης, \mathbf{z} είναι ένα σετ εξωγενών μεταβλητών, $\Phi(\cdot)$ είναι η αθροιστική συνάρτηση κατανομής μιας τυποποιημένης κανονικής κατανομής και $u \sim N(0,1)$. Αν θεωρήσουμε ως $\theta=1$ το γεγονός ότι ο ασθενής λαμβάνει πλήρη ικανοποίηση και 0 διαφορετικά, το υπόδειγμα όπως αυτό περιγράφεται από τις εξισώσεις (8.3α) και (8.3β) είναι ένα πολυμετάβλητο υπόδειγμα probit και S_k παρατηρείται εάν και μόνο εάν $\theta=1$. Η εξίσωση (8.1) μπορεί να ορισθεί ως ένα πρόβλημα επιλογής δειγμάτων (Heckman, 1979):

$$E[S|\mathbf{x}, \theta^* > 0] = \boldsymbol{\beta}'\mathbf{x} + E[e|x, \theta^* > 0] \quad (8.4)$$

Εάν e και u ακολουθούν διμετάβλητη κατανομή με συντελεστή συσχέτισης ρ , τότε η εξίσωση (8.4) γίνεται:

$$E[e|\mathbf{x}, \theta^* > 0] = E[e|x, u > -\mathbf{a}'\mathbf{z}] = \rho\lambda \quad (8.5),$$

όπου λ ορίζεται ως ο λόγος της συνάρτησης πυκνότητας πιθανότητας και της συνάρτησης αθροιστικής κατανομής για μια τυποποιημένη κανονική μεταβλητή:

$$\hat{\lambda} = \frac{\phi(-\mathbf{a}'\mathbf{z})}{\Phi(\mathbf{a}'\mathbf{z})} \quad (8.6),$$

Η εκτίμηση των εξισώσεων (8.3^α) και (8.3β) γίνεται με τη μέθοδο μεγίστης πιθανοφάνειας. Συνεπείς και αποτελεσματικά ασυμπτωτικοί εκτιμητές των παραμέτρων του υποδείγματος λαμβάνονται, μεγιστοποιώντας την συνάρτηση

πιθανοφάνειας (5.14) (Greene, 1997; Maddala, 1983). Παραγωγίζοντας την εξίσωση (5.12) και λαμβάνοντας υπόψη την μεροληψία (selectivity bias), βρίσκουμε τις οριακές επιδράσεις (marginal effects) των επεξηγηματικών μεταβλητών στην πιθανότητα ως:

$$\begin{aligned} \frac{\partial \text{Pr ob}(s=0)}{\partial x} &= -\phi(\beta'x + \rho\lambda)\beta \\ \frac{\partial \text{Pr ob}(s=1)}{\partial x} &= [\phi(-\beta'x - \rho\lambda) - \phi(\mu - \beta'x - \rho\lambda)]\beta \end{aligned} \quad (8.7)$$

8.2 Αποτελέσματα και Σχολιασμός

Όπως είναι ήδη εμφανές από το θεωρητικό πλαίσιο που υπάρχει, η εμπειρική μας προσέγγιση θα πρέπει να προσαρμοστεί, αναλόγως με τις σχέσεις (8.3β) και (8.7) προκειμένου να απαντηθεί το κύριο ερευνητικό μας ερώτημα που αναφέρεται στον προσδιορισμό των παραγόντων που καθορίζουν το επίπεδο ικανοποίησης παροχής πληροφοριών, το οποίο οι ασθενείς λαμβάνουν.

Στην προσέγγιση μας, έχουμε χρησιμοποιήσει μεταβλητές οι οποίες προέκυψαν από το ερωτηματολόγιο το οποίο και διανεμήθει στους ασθενείς του νοσοκομείου «Ευαγγελισμός». Αρχικά, ψάξαμε για έναν σημαντικό σύνολο επεξηγηματικών μεταβλητών, μεταξύ των διαθέσιμων βασικών οικονομικών μεταβλητών με βάση την βιβλιογραφία, όπως και του μετασχηματισμού ή των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των μεταβλητών αυτών. Οι μεταβλητές αυτές περιλαμβάνουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα πεδίου και αφορούν το επίπεδο εκπαίδευσης και εισοδήματός τους, τη συχνότητα θεραπείας, συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που αφορούν την θεραπεία τους όπως και το επίπεδο εκπαίδευσης και την οικογενειακή τους κατάσταση. Τέλος χρησιμοποιήθηκαν μεταβλητές οι οποίες συσχετίζουν την σχέση των ασθενών με την παροχή υγείας που λαμβάνουν. Ο παρακάτω πίνακας περιέχει τις μεταβλητές και τα αντίστοιχα στατιστικά τους μέτρα.

Πίνακας 12

Μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν κατά την έρευνά μας.

Μεταβλητή	Μέσος	Τυπική απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη τιμή	Περιγραφή Μεταβλητής
satisf	0.446	0.497	0	1	Επίπεδο ικανοποίησης (1 εάν ο ασθενής είναι πλήρη ικανοποιημένος και 0 διαφορετικά)
Sex	0.34	0.474	0	1	Φύλλο (1 εάν είναι άνδρας και 0 διαφορετικά)
spoudes1	0.435	1.169	0	7	Επίπεδο Σπουδών 1 (1 εάν έχει λάβει την υποχρεωτική εκπαίδευση και 0 διαφορετικά)
spoudes2	0.085	0.279	0	1	Επίπεδο Σπουδών 2 (1 εάν είναι απόφοιτος Λυκείου και 0 διαφορετικά)
spoudes3	0.127	0.247	0	1	Επίπεδο Σπουδών 3 (1 εάν είναι απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ και 0 διαφορετικά)
Therapy	0.756	0.429	0	1	Παίρνει την τιμή 1 εάν ο ασθενής ακολουθεί κάποια θεραπεία και 0 διαφορετικά
Medication	0.673	0.469	0	1	Παίρνει την τιμή 1 εάν ο ασθενής ακολουθεί παίρνει τακτικά φάρμακα και 0 διαφορετικά
provlimag	0.671	0.469	0	1	Έχετε κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας και χρειάζεται να έρχεστε συχνά στο γιατρό;
Vivliario	0.941	0.234	0	1	Εργασιακό καθεστώς (1 εάν ο ερωτώμενος εργάζεται και 0 διαφορετικά)
Occup1	0.131	0.338	0	1	Εργασιακό καθεστώς (1 εάν ο ερωτώμενος εργάζεται και 0 διαφορετικά)
inc1	0.471	0.499	0	1	Εισόδημα 1 (1 εάν ο ερωτώμενος έχει μισθός έως 600 ευρώ)
inc2	0.181	0.385	0	1	Εισόδημα 2 (1 εάν ο ερωτώμενος έχει μισθό 600-800 ευρώ)
inc3	0.116	0.321	0	1	Εισόδημα 3 (1 εάν ο ερωτώμενος έχει μισθό 800-1000 ευρώ)
inc4	0.201	0.401	0	1	Εισόδημα 4 (1 εάν ο ερωτώμενος έχει μισθό 1000-1500 ευρώ)

Αφετέρου, αναζητήσαμε τα μοντέλα με τις καλύτερες οικονομετρικές ιδιότητες μεταξύ άλλων εναλλακτικών, τα οποία θα είναι δυνατόν να εκτιμηθούν με τα διαθέσιμα στοιχεία και το σύνολο των διαθέσιμων μεταβλητών. Το γεγονός αυτό συνεπάγεται ότι οι μεταβλητές οι οποίες δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα, έχουν συμπεριληφθεί στο τελικό μας υπόδειγμα, δεδομένου ότι αυτό είναι επίσης μια σημαντική εύρεση, και φυσικά μέχρι το σημείο που δεν έχουν επιπτώσεις στη στατιστική ισχύ του υποδείγματος. Μια σειρά από ξεχωριστά τεστ, που αφορούν τον έλεγχο της αρχικής μας υπόθεσης, ότι οι συντελεστές των επεξηγηματικών μεταβλητών είναι στατιστικά διάφοροι του μηδενός, καθώς και ένα κοινό τεστ που αφορά τον έλεγχο της υπόθεσης ότι όλες οι παράμετροι που συνδέονται με τις επεξηγηματικές μεταβλητές είναι στατιστικά διαφορετικά του μηδενός, πραγματοποιούνται. Επιπλέον, τα τεστ εξειδίκευσης του επιλεχθέντος υποδείγματος, περιλάμβαναν ένα τεστ ομοσκεδαστικότητας (Greene, 1997, p.890), καθώς και έναν έλεγχο για την παράλειψη συγκεκριμένων μεταβλητών. Η παράλειψη μιας στατιστικά σημαντικής μεταβλητής, στα πλαίσια ενός δυαδικού, διχοτομικού υποδείγματος επιλογής, υπονοεί ότι ακόμα κι αν η παραληφθείσα μεταβλητή είναι ασυσχέτιστη με το συμπεριλαμβανόμενο, ο συντελεστής της μεταβλητής αυτής θα είναι ασυνεπής (Yatchew και Griliches, 1984). Επιπλέον εκτιμήθηκε ένα μέτρο προσαρμογής του υποδείγματος στα δεδομένα (goodness-of-fit measure) το οποίο συνήθως αναφέρεται ως McFadden's measure, ως rho-square (Maddala, 1983), καθώς και το ποσοστό των σωστά προβλεπόμενων τιμών .

Προσδιοριστικοί Παράγοντες του επιπέδου ικανοποίησης

Το ερευνητικό ερώτημα, εξετάζεται με την χρησιμοποίηση ενός υποδείγματος τύπου probit, το οποίο περιγράφει το επίπεδο ικανοποίησης που οι ασθενείς λαμβάνουν από το νοσοκομείο «Ο Ευαγγελισμός-Οφθαλμιατρείο Αθηνών-Πολυκλινική», όπως αυτό αποτυπώνεται από την εξαρτημένη δυαδική μεταβλητή . Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφέρουμε ότι με βάση το ερωτηματολόγιό μας η συγκεκριμένη μεταβλητή έπαιρνε πέντε διαδοχικές τιμές ωστόσο για λόγους εκτιμήσεως μετατράπηκε σε

δυναδικά όπου η τιμή 1 ανταποκρίνεται στο πολύ και πάρα πολύ ενώ η τιμή 0 στο διαφορετικά. Το υπόδειγμα αυτό, χρησιμοποιήθηκε επίσης, για να “προβλέψει”, κατά πόσον ένας τυχαίος ασθενής που νοσηλεύεται στο συγκεκριμένο νοσοκομείο είναι ικανοποιημένος ή όχι. Επίσης χρησιμοποιείται για να εξετάσει και το ποιοι παράγοντες επηρεάζουν την πιθανότητα αυτή.

Οι εκτιμήσεις μέγιστης πιθανοφάνειας των ανεξάρτητων μεταβλητών και τα βασικά στατιστικά του probit model, παρουσιάζονται στο αριστερό μέρος του πίνακα 13. Η τιμή του τεστ χ^2 απορρίπτει την υπόθεση ότι η συνδυασμένη επίδραση όλων των ερμηνευτικών μεταβλητών είναι στατιστικά ίση με μηδέν. Το υπόδειγμα που χρησιμοποιήθηκε προβλέπει σωστά ποσοστό 89.02% (528 από τις 600) των παρατηρήσεων. Στον ίδιο πίνακα, παρατίθενται και οι οριακές επιδράσεις μόνο για τις στατιστικά σημαντικές μεταβλητές, καθώς η έννοια των οριακών επιδράσεων, είναι χωρίς νόημα για τις μεταβλητές που είναι στατιστικά μη σημαντικές. Δέκα από τις δεκατρείς μεταβλητές που συμπεριλάβαμε στο υπόδειγμα μας βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο σημαντικότητας 5%, ενώ άλλη μια μεταβλητή, σε επίπεδο σημαντικότητας 10% .

Μη σημαντικές, βρέθηκαν το γεγονός της κατοχής βιβλιαρίου από τον ερωτώμενο ασθενή , όπως επίσης και της μεταβλητής η οποία και αποτυπώνει το γεγονός ότι ο ερωτώμενος ασθενής είναι απόφοιτος ΑΕΙ ή ΤΕΙ αντανακλώντας υψηλό επίπεδο μόρφωσης.

Με βάση τα αποτελέσματα του υποδείματός μας μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι οι μεταβλητές που αποτυπώνουν το επίπεδο εισοδήματος των ασθενών έχουν στατιστικά σημαντική επίδραση στην πιθανότητα ο συγκεκριμένος ασθενής να θεωρεί ότι το επίπεδο ικανοποίησης του είναι αρκετά υψηλό. Μάλιστα η συγκεκριμένη πιθανότητα, επηρεάζεται αρνητικά από τις μεταβλητές εκφράζοντας την εξωτερική δυσχέρεια που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς και συνδέει το επίπεδο εισοδήματος το οποίο κατέχουν στην συγκεκριμένη χρονική περίοδο με την επιθυμία τους για καλύτερη παροχή υπηρεσιών.

Επίσης στατιστικά σημαντική και επίσης αρνητική επίδραση, όπως άλλωστε αναμενόταν, φαίνεται ότι παρουσιάζει η μεταβλητή που αντανακλά το γεγονός ότι ο

ερωτώμενος ασθενής είναι άνεργος. Από τις μεταβλητές οι οποίες είναι στατιστικά σημαντικές αλλά με αρνητική επίδραση θα πρέπει να σημειώσουμε και την μεταβλητή . Η συγκεκριμένη μεταβλητή αποτυπώνει μια πιο μακροχρόνια σχέση ανάμεσα στο επίπεδο ασθένειας που έχουν οι ερωτώμενοι και το επίπεδο υπηρεσιών που λαμβάνουν. Τέλος στο ίδιο μήκος φαίνεται ότι κινείται και η επίδραση της μεταβλητής που αποτυπώνει το γεγονός του επιπέδου θεραπείας (μακροχρόνιου-βραχυχρόνιου) με το επίπεδο ικανοποίησης.

Η θετική επίδραση της κατοχής βιβλιαρίου από τον ασθενή καθώς και της μεταβλητής που ενσωματώνει το γεγονός ότι ο ασθενής επισκέπτεται το νοσοκομείο για θεραπεία μπορεί να ερμηνευθεί με έναν τρόπο.

Από την άλλη πλευρά, σύμφωνα με τα εμπειρικά αποτελέσματα, η μεταβλητή η οποία αποτυπώνει το επίπεδο εκπαίδευσης φαίνεται να παρουσιάζει έναν μικτό χαρακτήρα. Ασθενείς με βασικό επίπεδο εκπαίδευσης αξιολογούν ως θετική και στατιστικά σημαντική την πιθανότητα η παροχή αυτή να χαρακτηριστεί πολύ καλή έως πάρα πολύ καλή. Ωστόσο ασθενείς με επίπεδο εκπαίδευσης Λυκείου αξιολογούν αρνητικά την συγκεκριμένη πιθανότητα. Τέλος στατιστικά σημαντική και θετική βρέθηκε και η επίδραση του φύλου που αποτυπώνει το γεγονός ότι οι άνδρες αξιολογούν θετικά το επίπεδο ικανοποίησης που λαμβάνουν. Στον ίδιο πίνακα αναφέρονται και οι οριακές επιδράσεις οι οποίες αποτυπώνουν την μεταβολή η οποία θα υπάρχει στην πιθανότητα ικανοποίησης από την μεταβολή μιας μονάδας από τις ερμηνευτικές μεταβλητές *ceteris paribus*.

Σε αυτό το σημείο, πρέπει να σημειώσουμε ότι διάφορες άλλες μεταβλητές που περιλήφθηκαν ως επεξηγηματικές μεταβλητές όχι μόνο βρέθηκαν μη στατιστικά σημαντικές, αλλά και η εισαγωγή τους, οδήγησε στην επιδείνωση-χειροτέρευση του ποσοστού των σωστά προβλεφθέντων περιπτώσεων. Στις μεταβλητές αυτές, περιλαμβάνονται η κατοχή βιβλιαρίου υγείας (VIVL) και η παράμετρος (EDUCL3) η οποία αποτυπώνει το αν ο ερωτώμενος είναι απόφοιτος ΑΕΙ ή ΤΕΙ αντανακλώντας υψηλό επίπεδο μόρφωσης.

Πίνακας 13

Εκτιμηθείσες παράμετροι και οριακές επιδράσεις (*Marginal Effects*) του βασικού μοντέλου. Εξαρτημένη μεταβλητή:

Μεταβλητές	Εκτιμηθείσα Παράμετρος	Οριακές Επιδράσεις (Marginal Effects)	Μεταβλητές	Εκτιμηθείσα Παράμετρος	Οριακές Επιδράσεις (Marginal Effects)
Σταθερα	0.207 (2.32)	0.189 (3.42)	<i>SEX</i>	-1.024 (-4.51)*	-0.391 (-4.59)
<i>EDUCL1</i>	0.381 (3.48) *	0.15 (3.45)	<i>VIVL</i>	0.363 (1.37)	-
<i>EDUCL2</i>	-0.728 (-2.76)*	-0.258 (0.001)	<i>OCCUP1</i>	-1.087 (-5.31)*	-0.361 (-7.17)
<i>EDUCL3</i>	-0.169 (-1.18)	-	<i>INC1</i>	-1.27 (-2.91)*	-0.468 (-3.32)
<i>THERAP</i>	-0.433 (-1.98)**	-0.171 (-1.98)	<i>INC2</i>	-2.224 (-4.98)*	-0.579 (-10.15)
<i>MEDICAT</i>	1.197 (5.56)*	0.42 (6.63)	<i>INC3</i>	-1.356 (-2.91)*	-0.415 (-4.59)
<i>SEX</i>	0.480 (3.42)*	0.035 (2.93)	<i>INC4</i>	-1.964 (-4.31)*	-0.555 (-7.74)

Ποσοστό σωστών προβλέψεων

στις συνολικές παρατηρήσεις =

79.42%

- Οι αριθμοί στις παρενθέσεις παριστάνουν τους ασυμπτωτικούς λόγους t
- Ένας και δύο αστερίσκοι παριστάνουν στατιστική σημαντικότητα σε 5% και 10% ε.σ αντίστοιχα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σκοπός της έρευνας που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση των συνεπειών της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας και της πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας εν μέσω κρίσης, καθώς και η παράθεση ορισμένων προτάσεων αναφορικά με τις πολιτικές υγείας που θα μπορούσαν να εφαρμοστούν σε εθνικό επίπεδο αλλά και στην τοπική κοινωνία Επίσης έγινε προσπάθεια να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν εξ αρχής και αφορούσαν το ποσοστό συμμετεχόντων που δεν έχει ασφαλιστική κάλυψη από κάποιον ασφαλιστικό φορέα, αν το χρηματικό κόστος νοσηλείας είναι ο επικρατέστερος λόγος μη επίσκεψης κάποιου νοσοκομείου, αν η επίσκεψη σε νοσοκομείο επηρεάζεται από την ηλικία, αν η διενέργεια εξετάσεων εξαρτάται από την ηλικία και αν η ικανοποίηση από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας εξαρτάται από την ηλικία.

Αρχικά, στην έρευνα έλαβαν μέρος 600 άτομα εκ των οποίων οι περισσότερες ήταν γυναίκες. Στην πλειοψηφία του το δείγμα έχει ηλικία πάνω από 60 ετών και ήταν έγγαμοι. Όσον αφορά το επίπεδο σπουδών τους οι περισσότεροι ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ και σχετικά με την επαγγελματική τους δραστηριότητα η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν συνταξιούχοι. Τέλος, οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν πως το εισόδημά τους είναι μέχρι 600 ευρώ και ακολουθούσαν όσοι δήλωσαν ότι είναι μεταξύ 1000-1500 ευρώ.

Στο δεύτερο μέρος της έρευνας οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις που αφορούσαν την κατάσταση της υγείας τους. Όσον αφορά την κατάσταση της υγείας τους σε γενικές γραμμές οι περισσότεροι απάντησαν ότι αυτή είναι μέτρια. Επίσης, η πλειοψηφία δήλωσε ότι λαμβάνει τακτικά κάποια φάρμακα και ακολουθεί κάποια θεραπεία, ενώ σχετικά με το αν έχουν κάποιο χρόνιο πρόβλημα

υγείας και χρειάζεται να επισκέπτονται συχνά το γιατρό, οι περισσότεροι συμφώνησαν. Τέλος, το 94,2% δήλωσε πως είναι κάτοχος βιβλιαρίου υγείας.

Το τρίτο μέρος της έρευνας περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τους λόγους επίσκεψής τους στο νοσοκομείο. Αρχικά όσον αφορά τη συχνότητα που οι συμμετέχοντες επισκέπτονται ένα κρατικό νοσοκομείο αυτή είναι κυρίως 1-5 φορές το χρόνο. Ακολούθως, όσον αφορά την επίσκεψη στα κρατικά νοσοκομεία πριν το 2009, παρατηρούμε ότι το 73,8% δήλωσε πως τα επισκεπτόταν. Σχετικά με τους λόγους μη επίσκεψής των συμμετεχόντων στα κρατικά νοσοκομεία ο πλέον πιο σημαντικό λόγος ήταν ο οικονομικός με ποσοστό 88%. Σχετικά με το κατά πόσο θεωρούν ότι η κρίση επηρέασε το ρυθμό επίσκεψης σε ιδιώτες, την επισκεψιμότητα σε ιδιωτικές κλινικές/εργαστήρια και την επισκεψιμότητα σε δημόσια νοσοκομεία, σε όλα οι περισσότεροι συμμετέχοντες συμφώνησαν ότι η επισκεψιμότητα μειώθηκε πάρα πολύ.

Το τέταρτο μέρος της έρευνας περιλάμβανε ερωτήσεις που αφορούσαν τη γνώση και αντίληψη των ασθενών για τις συμμετοχές και τις ιδιωτικές δαπάνες. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι οι περισσότεροι έχουν γνώση σε αυτό το θέμα. Όσον αφορά τη συχνότητα που αγόραζαν τα φάρμακά τους παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι τα αγόραζαν σχεδόν πάντα και τα χρησιμοποιούσαν σύμφωνα με την συνταγογράφηση του γιατρού. Έπειτα, ακολούθησε μια σειρά ερωτήσεων που ζητούσε την άποψη των συμμετεχόντων σχετικά με το πόσο τους έχει επηρεάσει η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών ή η αύξηση του ποσού συμμετοχής. Προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμφώνησαν ότι η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών ή η αύξηση του ποσού συμμετοχής έχει περιορίσει αρκετά τις άσκοπες επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου, τη σπατάλη και την κατάχρηση των φαρμάκων και τις άσκοπες και αχρείαστες εργαστηριακές εξετάσεις. Επίσης, οι περισσότεροι συμφώνησαν ότι η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών ή η αύξηση του ποσού συμμετοχής έχει λίγο αναγκάσει κάποιους να πάνε στον ιδιωτικό τομέα, δεν έχει κάνει σε μεγάλο βαθμό τον κόσμο να το σκέφτεται δύο φορές πριν πάει στο γιατρό και έχει περιορίσει λίγο την συμμόρφωση του κόσμου ως προς την λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής. Τέλος, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων συμφώνησε

ότι τα χρήματα που εξοικονομήθηκαν από αυτά τα μέτρα δεν θα χρησιμοποιηθούν καθόλου για την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας.

Το πέμπτο και τελευταίο μέρος της έρευνας είχε σκοπό να διερευνήσει την ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας. Παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι αρκετά ή πολύ ικανοποιημένοι, ενώ ο μέσος όρος βαθμολογίας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας λαμβάνοντας υπόψη συνολικά την εμπειρία τους από το δημόσιο νοσοκομείο είναι 7,22 με άριστα το 10. Τέλος, οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι επιθυμούν να έχουν περισσότερη ενημέρωση σε ότι αφορά τα δικαιώματά τους αναφορικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και ενημέρωση για την ασφάλεια υγείας τους ή τον ΕΟΠΥΥ

Τέλος, από τις συσχετίσεις που πραγματοποιήθηκαν προκειμένου να διαπιστωθούν εξαρτήσεις μεταξύ των μεταβλητών βρέθηκε ότι όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο πιο συχνή είναι η επίσκεψη των συμμετεχόντων σε κάποιο νοσοκομείο, όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο πιο συχνή είναι η διενέργεια εξετάσεων από τους συμμετέχοντες και όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο πιο μεγάλη είναι η ικανοποίηση των συμμετεχόντων.

Η οικονομετρική εκτίμηση των αποτελεσμάτων μας έδειξε ότι οι μεταβλητές που σχετίζονται με το επίπεδο εισοδήματος των ασθενών έχουν στατιστικά σημαντική αρνητική επίδραση στην πιθανότητα ο συγκεκριμένος ασθενής να θεωρεί ότι το επίπεδο ικανοποίησης του είναι αρκετά υψηλό. Όπως ήταν αναμενόμενο ίδια επίδραση παρουσίαζαν και οι μεταβλητές που αντανάκλα το γεγονός ότι ο ερωτώμενος ασθενής είναι άνεργος όπως και η που αποτυπώνει μια πιο μακροχρόνια σχέση ανάμεσα στο επίπεδο ασθένειας που έχουν οι ερωτώμενοι και το επίπεδο υπηρεσιών που λαμβάνουν. Τέλος στο ίδιο μήκος φαίνεται ότι κινείται και η επίδραση της μεταβλητής που υπογραμμίζει το επίπεδο θεραπείας (μακροχρόνιο-βραχυχρόνιο) με το επίπεδο ικανοποίησης.

Στον αντίποδα, η κατοχή βιβλιαρίου υγείας και οι επαναλαμβανόμενες επισκέψεις του ασθενούς στο νοσοκομείο για θεραπεία είχαν θετική επίδραση στο βαθμό ικανοποίησης του ασθενούς. Τέλος στατιστικά σημαντική και θετική βρέθηκε και η

επίδραση του φύλου που αποτυπώνει το γεγονός ότι οι άνδρες αξιολογούν θετικά το επίπεδο ικανοποίησης που λαμβάνουν

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η μελέτη της μεταβλητής που σχετίζεται με το επίπεδο εκπαίδευσης και φαίνεται να παρουσιάζει έναν μικτό χαρακτήρα. Συγκεκριμένα, ασθενείς με βασικό επίπεδο εκπαίδευσης είναι σε μεγάλο βαθμό ικανοποιημένοι από το επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας σε αντίθεση με ασθενείς με επίπεδο εκπαίδευσης Λυκείου οι οποίοι αξιολογούν αρνητικά την συγκεκριμένη πιθανότητα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

Bird, M., Hammersley, M., Gomm, R., Woods, P. (1999). Εκπαιδευτική Έρευνα στην Πράξη – Εγχειρίδιο Μελέτης, Πάτρα: ΕΑΠ.

Boowling, A. (2005). Mode of questionnaire administration can have serious effects on data quality. Oxford: Journal of Public Health, 27 (3): 281-291.

Chang S, Gunnell D, Sterne J, Lu T-H, Cheng A. 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 2009; 68(7):1322–133

Cohen, L. & Manion, L. (1994). Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας. Αθήνα: Μεταίχμιο.

W.H. Greene Econometric Analysis (3rd ed.), Prentice-Hall International, London (1997)

Javeau, C. (1996). Η έρευνα με ερωτηματολόγιο – Το εγχειρίδιο του καλού ερευνητή (Μτφ.: Κ. Τζαννόνε-Τζώρτζη). Αθήνα: Τυπωθήτω.

Kanabos P., (2002), Pharmaceutical Pricing and Reimbursement in Europe, Scrip Report.

Karanikolos M., Mladovsky P., Cylus J., Thomson S., Basu S., Stuckler D., Mackenbach J. & McKee M. (2013), Financial crisis, austerity, and health in Europe, www.thelancet.com.

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

Kyriopoulos H., Zavras D., Skroumpelos A., Mylona K., Athanasakis K. & Kyriopoulos J. (2014), Barriers in access to healthcare services for chronic patients in times of austerity: an empirical approach in Greece, *International Journal for Equity in Health*, 13:54.

Maddala, G. S. (1983): *Limited-dependent and Qualitative Variables in Econometrics*, New York : Cambridge University Press.

Mocker, D., Noble, E. (1981). *Training part-time instructional staff* στο: Grabowski, S. (επιμ) *Preparing Educators of Adults*, San Fransisco: Jossey-Bass

Mossialos E and Mrazek M. (2002), Entrepreneurial behavior in Pharmaceutical Markets and the Effects of Regulation, in *Regulating Entrepreneurial Behavior in European Health Care Systems*, European Observatory of Health Care Systems, Open University Press, Buckingham.

Oppenheim, A.N. (1986). *Questionnaire design and attitude measurement*. London: Gower.

Reeves A., McKeeb M., Basub, S. & Stuckler D. (2014), The political economy of austerity and healthcare: Cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995–2011, *Health Policy* 115, 1–8.

Rodrigues R., Zólyomi E., Kalavrezou N. & Matsaganis M. (2013), The impact of the financial crisis on unmet needs for healthcare, *Employment, Social Affairs & Inclusion*, European Commission, Research note 7.

Selenko E, Batinic B. Beyond debt. A moderator analysis of the relationship between perceived financial strain and mental health. *Soc Sci Med* 2011; 73(12): 1725-1732.

Simou E. & Koutsogeorgou E. (2014), Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review, *Health Policy* 115, 111–119.

Souliotis, K., Lionis C. (2005). “Creating an Integrated Health Care System in Greece: A Primary Care Perspective,” *Journal of Medical Systems*, 29(2):187-196.

Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet* 2009; 374: 315–23

Tangcharoensathien V, Harnvoravongchai P, Pitayarangsarit S, Kasemsup V. Health impacts of rapid economic changes in Thailand. *Soc Sci Med* 2000; 51:789±807

Taylor R, Page A, Morrella S, Harrison J, Carter G. Mental health and socio-economic variations in Australian suicide. *Soc Sci Med* 2005; 61:1551–1559

Ελληνική

Αντωνοπούλου, Λ. (2002). Δαπάνες και πολιτικές υγείας στην Ευρώπη. Εκδόσεις Ζυγός, Θεσσαλονίκη.

Βανδώρου Χ., Σουλιώτης Κ. (2004). Οι εξελίξεις του Υγειονομικού τομέα και ο ρόλος των Οικονομικών της Υγείας. *ΣfE E*, Τεύχος 50.

Βασιλάς, Μ. (2005). Η ποιότητα στο φάρμακο. Αθήνα: ΙΦΕΤ.

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

Γκόλνα, Χ. (2006). Ιδιαιτερότητες της αγοράς υπηρεσιών υγείας. Στο: Σουλιώτης, Κ., (επιμ), Πολιτική και Οικονομία της Υγείας: Στρατηγικός σχεδιασμός – Οργάνωση και Διοίκηση – Οικονομική Λειτουργία – Τομεακές πολιτικές. Αθήνα: Παπαζήσης.

Ευκαρπίδης Α. (2012), Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας και οι προτεινόμενες πολιτικές υγείας σε εθνικό και διεθνές επίπεδο, *Ελληνικό περιοδικό Νοσηλευτικής επιστήμης*.

Ζάβαλη, Μ. (2007). Γυναικείοι Αγροτουριστικοί Συνεταιρισμοί-Η Συμβολή τους στην Τοπική και Περιφερειακή Ανάπτυξη και Πολιτικές Εξυγίανσης. Μεταπτυχιακή εργασία. Αθήνα: Γεωπονικό Πανεπιστήμιο.

Ζαφειρίου, Γ., (2003). Μέθοδοι έρευνας στη Βιβλιοθηκονομία. Διδακτικές σημειώσεις. Θεσσαλονίκη: Α.Τ.Ε.Ι, Σίνδος

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

Καϊτελίδου Δ. (2014), Οικονομική Κρίση και Βιωσιμότητα του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, *HELLENIC JOURNAL OF NURSING*, 53(2): 129–132.

Καραϊσκού Α., Μαλλιάρου Μ. & Σαράφης Π. (2012), Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα Συστήματα Υγείας, *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, Τόμος 4, Τεύχος 2, 49-54.

Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π., (2007). *Υπηρεσίες Υγείας*, τόμος Α, Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα.

Κοντοζαμάνης Β., Κουσουλάκου Χ. (2004). Το ρυθμιστικό πλαίσιο της Αγοράς Φαρμάκου, στο βιβλίο *Οικονομική Αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας*, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας.

Κουσουλάκου Χ., *Η Αγορά του Φαρμάκου στην Ελλάδα*, Εκδόσεις Ι.Ο.Β.Ε., (2006).

Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ. (2005). *Η Φαρμακευτική Πολιτική στην Ελλάδα*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ., Γείτονα Μ., (1999). *Η Αγορά του Φαρμάκου στην Ελλάδα: Πολιτικές, Οικονομικές και Υγειονομικές Συνιστώσες*, στο βιβλίο *Πολιτική και Οικονομία του Φαρμάκου στην Ελλάδα*, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.

Κυριοπούλου Γ., Σουλιώτη Κ. (2002). *Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Κυριόπουλος, Γ. & Τσιάντου Β. (2012), *Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη*, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Athens Medical Society, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα.

Λιαρόπουλος, Λ., (2007). *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*, Α τόμος, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.

Μαλλιαρού Μ. & Σαράφης Π. (2012), Οικονομική κρίση. Τρόπος επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας, Τριμηνιαίο επιστημονικό, ηλεκτρονικό περιοδικό του τμήματος Νοσηλευτικής, Α' Τεχνολογικό Ίδρυμα Αθηνών.

Μανασσάκης, Ν. (2004). Κυβερνήσεις και διεθνής φαρμακοβιομηχανία. Στο: Γείτονα Μ (επιμ). Οικονομική αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας – Φαρμακοοικονομία και λήψη αποφάσεων. Βόλος: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλία.

Μπουρσανίδης, Χ. (1993). *Σημειώσεις*, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα.

Μπουρσανίδης, Χ. (1996). *Ο ενιαίος φορέας υγείας ως ζήτημα βέλτιστης κοινωνικο-πολιτικής δόμησης του συστήματος υγείας*», στα *Πρακτικά Ημερίδας «Η υγειονομική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα*. Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Θεσσαλονίκη.

Πατελάρου Α., Μανιδάκη Α., Μπαλολάκης Α., Ορφανού Ε., Πατελάρου Ε. (2012) *Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία- Προτάσεις για παρέμβαση*, Βιβλιογραφική Ανασκόπηση, Τόμος 4, Τεύχος 3.

Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1993). *Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας* (τομ. 1 & 2). Αθήνα: Ιδίου.

Πατελάρου Α., Μανιαδάκη Α., Μπαλολάκης Α., Ορφανού Ε. & Πατελάρου Ε. (2012), *Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία. Προτάσεις για παρέμβαση*, Ελληνικό περιοδικό Νοσηλευτικής επιστήμης.

Ρούσσο, Π., Τσαούσης, Γ. (2002). *Στατιστική εφαρμοσμένη στις κοινωνικές επιστήμες*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Χλουβεράκης, Γ. (2002). *Εισαγωγή στη Στατιστική: Περιγραφικές μέθοδοι και εφαρμογές στην ψυχολογική έρευνα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Πηγές από το Διαδίκτυο

Δαγκαλίδης Α. (2011). Κλαδική μελέτη «Παραγωγή και εμπορία φαρμάκων», Τράπεζα Πειραιώς. Διαθέσιμο: www.piraeusbankgroup.com/~media/Com/.../Greek.../Factoring.ashx

Διαμαντόπουλος Δ. (2005). *Μηχανογράφηση και Έλεγχος Κυκλοφορίας Φαρμάκων*. Παρουσίαση για την Ημερίδα Φαρμακευτικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης. Διαθέσιμο: <http://www.fsth.gr/FilesUP/diamantopoulos.ppt>

Λοπατατζίδης, Α. (2010). Συστήματα υγείας. Διαθέσιμο: etarmme.files.wordpress.com/2010/02/3605.pdf

ΣΦΕΕ. (2012). Η Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2012. Διαθέσιμο: <http://www.sfee.gr>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Οικονομική κρίση και επίδραση στα Εθνικά συστήματα Υγείας

Α. Προσωπικά στοιχεία ερωτώμενου

1. Ποιό είναι το φύλο σας;

Άρρεν Θήλυ

2. Ποιά είναι η ηλικία σας;

Μέχρι 20 ετών 20-29 ετών 30-39 ετών 40-49 ετών
50-59 ετών 60 ετών και άνω

3. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

Έγγαμος Άγαμος Χήρος Διαζευγμένος

4. Ποιο είναι το επίπεδο σπουδών σας;

Δημοτικό Γυμνάσιο Λύκειο/ΙΕΚ ΑΕΙ/ΤΕΙ
Μεταπτυχιακό Διδακτορικό

5. Ποια είναι η επαγγελματική σας κατάσταση;

Δημόσιος υπάλληλος Ιδιωτικός υπάλληλος Αυτοεργοδοτούμενος
Συνταξιούχος Οικιακά Φοιτητής, στρατιώτης Άνεργος

6. Ποιο το μηνιαίο εισόδημα σας;

Μέχρι 600 ευρώ 600-800 ευρώ 800-1000 ευρώ
1000-1500 ευρώ Πάνω από 1500 ευρώ

B. Κατάσταση υγείας ερωτώμενου

7. Σε γενικές γραμμές, πόσο καλή θα χαρακτηρίζατε γενικά την κατάσταση της υγείας σας, σήμερα;

Πολύ καλή Καλή Μέτρια Κακή Πολύ κακή

8. Παίρνετε τακτικά κάποια φάρμακα;

Ναι Όχι

9. Ακολουθείτε κάποια θεραπεία;

Ναι Όχι

10. Έχετε κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας και χρειάζεται να έρχεστε συχνά στο γιατρό;

Ναι Όχι

11. Έχετε βιβλιάριο υγείας;

Ναι Όχι

Γ. Λόγοι επίσκεψης

12. Πόσο συχνά επισκέπτεστε ένα κρατικό νοσοκομείο;

1-5 φορές την εβδομάδα 1-5 φορές το μήνα

1-5 φορές το εξάμηνο 1-5 φορές το χρόνο

13. Επισκεπτόσασταν τα κρατικά νοσοκομεία πριν το 2009;

Ναι Όχι

14. Αν όχι, για ποιο λόγο τα επισκέπτεστε τώρα;

Οικονομικοί λόγοι Καλές κριτικές για ιατρικό/νοσηλευτικό προσωπικό

Άμεση εξυπηρέτηση Δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί από ιδιώτη

Έλλειψη εμπιστοσύνης σε ορισμένα ιδιωτικά κέντρα

15. Κατά πόσον θεωρείτε ότι η κρίση επηρέασε το ρυθμό επίσκεψης σε ιδιώτες;

Πάρα πολύ Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου

16. Κατά πόσον θεωρείτε ότι η κρίση επηρέασε την επισκεψιμότητα σε ιδιωτικές κλινικές/εργαστήρια;

Πάρα πολύ Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου

17. Κατά πόσον θεωρείτε ότι η κρίση επηρέασε την επισκεψιμότητα σε δημόσια νοσοκομεία;

Πάρα πολύ Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου

Δ. Γνώση και αντίληψη ασθενών για τις συμμετοχές και τις ιδιωτικές δαπάνες

18. Γνωρίζετε ότι πρέπει να πληρώνετε κάποια χρήματα ως συμμετοχή (εξέταστρο), κάθε φορά που επισκέπτεστε γιατρούς του δημοσίου (πχ εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, κέντρα υγείας), για να σας εξετάσουν, να σας γράψουν φάρμακα ή εργαστηριακές εξετάσεις;

Ναι Όχι

19. Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, τα φάρμακα που παίρνετε για την ασθένειά σας:

- Τα αγόρασα σχεδόν πάντα και τα χρησιμοποίησα σύμφωνα με την συνταγογράφηση του γιατρού
- Τα αγόρασα σχεδόν πάντα αλλά δεν θεώρησα σκόπιμο να τα χρησιμοποιήσω όλες τις φορές
- Τα αγόρασα αλλά μερικές φορές έκανα οικονομία στις δόσεις
- Δεν τα αγόρασα όλες τις φορές γιατί δε το θεώρησα απαραίτητο
- Κάποιες φορές δεν τα αγόρασα γιατί δεν είχα τα χρήματα

- Σταμάτησα να τα αγοράζω γιατί δεν είχα τα χρήματα

20. Κατά την γνώμη σας, η εφαρμογή του μέτρου των πληρωμών, ή η αύξηση του ποσού συμμετοχής:

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
Έχει περιορίσει τις άσκοπες επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου;					
Έχει περιορίσει τη σπατάλη και την κατάχρηση των φαρμάκων;					
Έχει περιορίσει τις άσκοπες και αχρείαστες εργαστηριακές εξετάσεις;					
Τα χρήματα που εξοικονομήθηκαν θα χρησιμοποιηθούν για την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας;					
Έχει αναγκάσει κάποιους να πάνε στον ιδιωτικό τομέα					
Έχει κάνει τον κόσμο να το σκέφτεται δύο φορές πριν πάει στο γιατρό					
Έχει περιορίσει την συμμόρφωση του κόσμου ως προς την λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής (πχ λαμβάνει μικρότερη δόση ή δεν αγοράζει τα φάρμακα)					

Ε. Ικανοποίηση από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας

21. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες που προσφέρουν τα δημόσια νοσοκομεία;

Πάρα πολύ Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου

22. Λαμβάνοντας υπόψη συνολικά την εμπειρίας σας από το δημόσιο νοσοκομείο, πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας; Βαθμολογείστε με άριστα το 10 :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

23. Σε ποιο από τα παρακάτω θα θέλατε περισσότερη ενημέρωση, διότι η γνώση που έχετε σήμερα δεν καλύπτει τις ανάγκες σας;

- Ενημέρωση για την ασφάλεια υγείας μου/τον ΕΟΠΥΥ
- Ενημέρωση για τα δικαιώματά μου αναφορικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας
- Ενημέρωση για την πρόσβαση σε νοσοκομεία (π.χ. τοποθεσία, τρόπος πρόσβασης)
- Ενημέρωση για την πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- Ενημέρωση για την πρόσβαση σε γενικό ιατρό ή παθολόγο
- Ενημέρωση για το κόστος επίσκεψης σε ιατρό ή υπηρεσία υγείας
- Άλλο (προσδιορίστε)_____

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελεί ερευνητικό εργαλείο για την εκπόνηση μεταπτυχιακής εργασίας στο πρόγραμμα.....

Ευχαριστούμε για τον χρόνο που διαθέσατε για την συμπλήρωση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου. Για οποιαδήποτε απορία παρακαλώ επικοινωνήστε με ... (Για στοιχεία σου)

