

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ: ΟΙ ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ  
ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ ΚΑΙ ΣΤΟ  
ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ: ΚΩΤΣΗ ΕΥΔΟΞΙΑ**

**ΝΙΚΟΛΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΚΑΛΛΙΟΠΗ**

**ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : ΔΡΙΤΣΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ**

**ΠΑΤΡΑ- 2018**

**TECHNOLOGICAL EDUCATIONAL FOUNDATION OF WEST GREECE  
SCHOOL OF HEALTH AND RELIEF AND WORKS AGENCY  
DEPARTMENT OF SOCIAL WORK**

**DIPLOMA THESIS**

**ECONOMIC CRISIS: IMPACT ON CITIZENS  
HEALTH AND HEALTH SYSTEM**

**STUDENTS: KOTSI EVDOKSIA**

**NIKOLAKOPOULOU KALLIOPI**

**SUPERVISOR: DRITSAS IOANNHS**

**PATRA, MAY 2018**

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα εθνικά συστήματα υγείας αντιμετωπίζουν αυξανόμενες προκλήσεις που απορρέουν μέσα από την ιδιοτυπία της υγείας ως δημόσιο και κοινωνικό αγαθό. Πολλές χώρες αναδιαμορφώνουν συστήματα υγείας και πολιτικές με σκοπό να βελτιστοποιήσουν τους τρόπους αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων για προαγωγή της υγείας των πολιτών.

Η υγεία, κυριαρχεί στους στόχους της κοινωνικής πολιτικής των κυβερνήσεων για «δωρεάν» παροχή υπηρεσιών προς τους πολίτες. Το ενδιαφέρον μιας κοινωνίας για βελτίωση της ποιότητας του παραγόμενου αγαθού υγεία είναι αυξημένο ιδιαίτερα όταν υπάρχει οικονομική ευρωστία και ανάπτυξη. Τα θέματα οικονομική ανάπτυξη και αποτελεσματικό σύστημα υγείας είναι αλληλένδετα, αφού η ανάπτυξη του ενός εξυπακούει την ανάπτυξη του άλλου και σε τελική ανάλυση εξαρτώνται από τη διαμορφωμένη κοινωνική πολιτική της σύγχρονης κοινωνίας

Οι επιπτώσεις μιας οικονομικής κρίσης σε έναν πληθυσμό μπορούν να είναι πολύπλοκες, μακροχρόνιες και, σε κάποιες περιπτώσεις, όχι άμεσα προφανείς. Για παράδειγμα, ποιες μπορεί να είναι οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία των Ελλήνων πολιτών αλλά και στις υποδομές υγείας της χώρας; Πώς μετριούνται; Για να καταλήξουμε σε κάποια συμπεράσματα, θα πρέπει να γίνει μια προσπάθεια χαρτογράφησης της κατάστασης της υγείας (πολιτών και υποδομών) στην Ελλάδα του σήμερα.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει τα μέτρα που ελήφθησαν και να διακριβώσει τα αποτελέσματα τους αφού απαιτείται γνώση των προβλημάτων της υγείας προκειμένου αυτά να επιλυθούν.

## **ABSTRACT**

National health systems face growing challenges arising from the specificity of health as a public and social good. Many countries are reforming health systems and policies to optimize ways to use available resources to promote citizens' health.

Health is dominated by the government's social policy objectives of "free" provision of services to citizens. The interest of a society in improving the quality of good health is increased especially when there is economic robustness and growth. The issues of economic development and effective health system are interrelated, since the development of one implies the development of the other and ultimately depends on the social policy of modern society.

The impact of an economic crisis on a population can be complex, long-lasting and, in some cases, not immediately obvious. For example, what could be the impact of the crisis on the health of Greek citizens and on the country's health infrastructure? How are they measured? In order to arrive at some conclusions, an attempt should be made to map the state of health (citizens and infrastructure) in Greece today.

The purpose of this study is to investigate the measures taken and to validate their results by drawing conclusions, since it is necessary first to know the health problems to solve them.

## **ΑΡΚΤΙΚΟΛΕΞΑ**

**IFSW:** International Federation of Social Workers=ΔΙΕΘΝΗΣ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ

**IASSW:** International Association of Schools of Social Work=ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΝΩΣΗ  
ΣΧΟΛΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**WHO:** World Health Organization=ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

**A.E.Π.:** Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν

**Δ.Ν.Τ.:** Διεθνές Νομισματικό Ταμείο

**E.E.:** Ευρωπαϊκή Ένωση

**E.O.K.:** Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα

**E.O.Φ.:** Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων.

**E.Σ.Υ.:** Εθνικό Σύστημα Υγείας

**E.K.Τ.:** Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα

**I.K.A.:** Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων

**ΚΕΕΛΠΝΟ:** Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων

**M.M.E.:** Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης

**N.E.:** Νότια Ευρώπη

**O.H.E.:** Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών

**O.O.Σ.Α.:** Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

**O.N.E.:** Οικονομική Νομισματική Ένωση

**ΠΕΔΥ:** Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας.

**ΠΟΥ:** Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

_Toc512903408	
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	2
<b>ABSTRACT</b> .....	3
<b>ΑΡΚΤΙΚΟΛΕΞΑ</b> .....	4
<b>ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ</b> .....	8
<b>ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ</b> .....	9
<b>ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ</b> .....	10
<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</b> .....	11
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	12
Εισαγωγή.....	12
1.1 Ορισμός συστημάτων υγείας.....	13
1.2 Η σχέση οικονομίας και υγείας.....	14
Ανακεφαλαίωση .....	15
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ Ε.Ε. ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ</b> .....	16
Εισαγωγή.....	16
2.1. Η αντιμετώπιση της κρίσης σε παγκόσμιο επίπεδο .....	16
2.2. Η αντιμετώπιση της κρίσης στην Ευρώπη.....	17
2.3. Πολιτικές ενίσχυσης του κοινωνικού κράτους στην Ευρωπαϊκή Ένωση.....	20
Ανακεφαλαίωση .....	22
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ-ΑΙΤΙΑ</b> .....	23
Εισαγωγή.....	23
3.1. Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα .....	23
3.2. Η εξέλιξη μέσα στην κρίση των σημαντικότερων μεγεθών .....	25
3.3. Τα αίτια της ελληνικής κρίσης.....	27
Ανακεφαλαίωση .....	33
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ</b> .....	34
Εισαγωγή.....	34
4.1 Ορισμός της Υγείας.....	34
4.2. Προσδιοριστικοί Παράγοντες Υγείας .....	34
4.3. Δείκτες υγείας. ....	35
4.3.1. Ρόλος δεικτών υγείας.....	35
4.3.2. Κατηγορίες δεικτών υγείας.....	36

4.4 Δομή του Ελληνικού Συστήματος Υγείας .....	38
4.5 Η οργάνωση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας.....	39
4.5 Ο Ρόλος των Κοινωνικών Παραγόντων.....	44
4.6. Η Επίδραση της Οικονομικής Κρίσης στην Υγεία .....	46
4.7. Επιπτώσεις στα Συστήματα Υγείας .....	47
4.8. Οι επιπτώσεις στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας.....	49
4.9 Παρουσίαση Μελέτης διαΝΕΟσις .....	53
4.9.1 Πρώτα Συμπεράσματα .....	60
4.10 Συνολικές Διαπιστώσεις.....	60
4.11 Μια υγειονομική κρίση .....	62
4.12 Πρωτοβάθμια Περίθαλψη Υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση.....	73
Ανακεφαλαίωση .....	75
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΝΟΤΙΟ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ</b>	
<b>ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ.....</b>	<b>77</b>
Εισαγωγή.....	77
5.1 Μοντέλα κράτους πρόνοιας.....	77
5.2 Νότιο μοντέλο κράτους.....	78
5.2.1. Το νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο κράτους πρόνοιας.....	78
5.3 Κρίση στα Κράτη του Ευρωπαϊκού Νότου.....	82
5.4 Η οικονομική Κρίση στις Μεσογειακές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.....	83
5.5 Αίτια Οικονομικής Κρίσης στις Μεσογειακές χώρες .....	85
Ανακεφαλαίωση .....	85
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ .....</b>	<b>87</b>
Εισαγωγή.....	87
Σχεδιασμός ερωτηματολογίου .....	87
Προτάσεις για μελλοντική έρευνα:.....	88
Ανακεφαλαίωση .....	89
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....</b>	<b>90</b>
Εισαγωγή.....	90
7.1 Παρουσίαση δεδομένων ερωτηματολογίου .....	90
7.1.1 Πρώτα Συμπεράσματα .....	96
7.2 Παρουσίαση των δύο παρουσιαζόμενων ερευνών.....	96
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....</b>	<b>98</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>101</b>

<b>ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ.....</b>	<b>106</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.....</b>	<b>107</b>



## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

<b>Διάγραμμα 1:</b> Εξέλιξη Δημόσιου ελλείμματος στην Ευρωζώνη, 2011-2012 .....	32
<b>Διάγραμμα 2:</b> Έλλειμμα παραγωγικότητας στην Ελλάδα και άλλες χώρες.....	50
<b>Διάγραμμα 3:</b> Πορεία συνολικής και κατά κεφαλήν δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης μετά την εκδήλωση της οικονομικής κρίσης .....	52
<b>Διάγραμμα 4:</b> Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας Ελλάδας και μέσου όρου της ΕΕ-15 για τα έτη 2003-2013 .....	64
<b>Διάγραμμα 5:</b> Εξέλιξη της Δαπάνης Υγείας στην Ελλάδα (2003-2015).....	65
<b>Διάγραμμα 6:</b> Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη 2000-2018 (εκατ. €) .....	70
<b>Διάγραμμα 7:</b> Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας δημόσιου τομέα, Ελλάδας και μέσου όρου της ΕΕ-15 για τα έτη 2003- 2013 <b>Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.</b>	
<b>Διάγραμμα 8:</b> Διαχρονική κατά κεφαλή δαπάνη κοινωνικής προστασίας στην ΕΕ-15 για τα έτη 2003-2012 .....	71
<b>Διάγραμμα 9:</b> Διαχρονική κατά κεφαλή δαπάνη κοινωνικής προστασίας στην ΕΕ-15 για τα έτη 2003-2012 .....	72
<b>Διάγραμμα 10:</b> Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη, 2000-2018 (εκατ. ευρώ).....	20
<b>Διάγραμμα 11:</b> Ποσοστό του πληθυσμού που αντιμετωπίζει κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας .....	53
<b>Διάγραμμα 12:</b> Ποσοστιαία κατανομή του πληθυσμού κατά την κατάσταση της υγείας .....	54
<b>Διάγραμμα 13:</b> Δυσκολία πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας λόγω κόστους, απόστασης και καθυστέρησης.....	55
<b>Διάγραμμα 14:</b> Αυτοαναφερόμενη αδυναμία κάλυψης ανάγκης για ιατρική εξέταση λόγω περιορισμών στην πρόσβαση (δαπάνη, απόσταση, χρόνος) ανά φύλο, 2011 ....	56

## **ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ**

<b>Πίνακας 1:</b> Παρουσίαση των μέσων όρων του Α.Ε.Π, του Δημόσιου Χρέους και του Ετήσιου Ελλείμματος / Πλεονάσματος .....	25
<b>Πίνακας 2:</b> Ετήσιες εκατοστιαίες μεταβολές βασικών μακροοικονομικών στοιχείων .....	26
<b>Πίνακας 3:</b> Δαπάνες υγείας στην Ελλάδα ως ποσοστό % του ΑΕΠ της περιόδου 2003-2013 .....	51
<b>Πίνακας 4:</b> Δαπάνες υγείας της ΕΕ-15 ως μέσος όρος, σε ποσοστό % του ΑΕΠ της περιόδου 2003-2013.....	51
<b>Πίνακας 5:</b> Δαπάνες υγείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών.....	53
<b>Πίνακας 6:</b> Φυσική Μεταβολή 1931-2014 .....	62
<b>Πίνακας 7:</b> Δημόσιο Χρέος το δεύτερο Τρίμηνο του 2012 σε ποσοστό επί του ΑΕΠ .....	84
<b>Πίνακας 8:</b> Στοιχεία χρήσης Ιδιωτικών και Δημόσιων Νοσοκομείων .....	57
<b>Πίνακας 9 (συνέχεια):</b> Στοιχεία χρήσης Ιδιωτικών και Δημόσιων Νοσοκομείων .....	58

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

<b>Γράφημα 1:</b> Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σε σχέση με την ηλικία.....	90
<b>Γράφημα 2:</b> Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σε σχέση με το φύλο.....	90
<b>Γράφημα 3:</b> Σε ποιο βαθμό πιστεύετε η οικονομική κρίση επηρέασε τη κατάσταση της υγείας σας; .....	91
<b>Γράφημα 4:</b> Θεωρείτε πως η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την παροχή κοινωνικών υπηρεσιών στην οικογένεια σας; .....	91
<b>Γράφημα 5:</b> Σε ποιο βαθμό; (Αφορά όσους απάντησαν θετικά στα παραπάνω ερώτημα).....	92
<b>Γράφημα 6:</b> Θεωρείτε πως η οικονομική κρίση έχει επιφέρει αρνητικές συνέπειες στο κράτος πρόνοιας;.....	92
<b>Γράφημα 7:</b> Σε ποιο βαθμό; (Αφορά όσους απάντησαν θετικά στην παραπάνω ερώτηση).....	93
<b>Γράφημα 8:</b> Θεωρείτε πως ως απόρροια της οικονομικής κρίσης θα πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη προσοχή στην κοινωνική πολιτική από το κράτος; .....	93
<b>Γράφημα 9:</b> Πόσο έχει επηρεάσει την ποιότητα των παρεχομένων υγειονομικών υπηρεσιών η οικονομική κρίση; .....	94
<b>Γράφημα 10:</b> Χρησιμοποιώντας τους αριθμούς από το 0 έως το 5 όπου το 0 είναι το χειρότερο και το 5 το καλύτερο, με ποιο βαθμό θα αξιολογούσατε πρόσφατη εμπειρία υγειονομικής περίθαλψης δική σας ή άμεσου μέλους οικογένειας σας .....	94
<b>Γράφημα 11:</b> Χρησιμοποιώντας τους αριθμούς από το 0 έως το 5 όπου το 0 είναι το χειρότερο και το 5 το καλύτερο, με ποιο βαθμό θα αξιολογούσατε το επίπεδο της παρεχόμενης δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα .....	95

**Γράφημα 12:** Χρησιμοποιώντας τους αριθμούς από το 0 έως το 5 όπου το 0 είναι το χειρότερο και το 5 το καλύτερο, με ποιο βαθμό θα αξιολογούσατε το επίπεδο της παρεχόμενης ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα .....95

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Ολοκληρώνοντας την παρούσα πτυχιακή εργασία, θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες σε όσους βοήθησαν τόσο στα πλαίσια της παρούσας πτυχιακής εργασίας, όσο και κατά τη διάρκεια των σπουδών μου. Θα ήθελα να ευχαριστήσω πρώτα από όλους τον καθηγητή κ. Δρίτσα Ιωάννη για την ανάθεση και την επίβλεψη της πτυχιακής μου εργασίας καθώς και για την άμογη συνεργασία και καθοδήγηση του σε όλη τη διάρκεια της εκπόνησης αυτής της εργασίας.

Θα ήθελα επίσης, να ευχαριστήσω τα μέλη της εξεταστικής επιτροπής, καθώς και όλους τους διδάσκοντες του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας για τις γνώσεις που μου παρείχαν όλα αυτά τα χρόνια.

Τέλος, επειδή με την εργασία αυτή ολοκληρώνονται και οι σπουδές μου ως προπτυχιακός φοιτητής, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για την αμέριστη στήριξη που μου παρείχε όλα αυτά τα χρόνια.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### Εισαγωγή

Τα τελευταία έτη η Ελλάδα βρίσκεται σε πρόγραμμα δημοσιονομικής προσαρμογής. Στο πλαίσιο αυτό ελήφθησαν και μέτρα για την περικοπή των δαπανών στην υγεία. Τα μέτρα αυτά είχαν κυρίως οριζόντιο χαρακτήρα και έγιναν αμιγώς με όρους χρηματοοικονομικούς. Δεν περιλάμβαναν προμελέτη, αλλά ούτε και αναδιάρθρωση του υφιστάμενου συστήματος. Ως εκ τούτου, είναι εμφανές ότι η δημοσιονομική προσαρμογή είχε επίδραση στη δημόσια υγεία και ειδικότερα σε συγκεκριμένους δείκτες αυτής.

Για τον σκοπό αυτόν πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση, ενώ επίσης συλλέχθηκαν δεδομένα από επίσημες στατιστικές αρχές. Το βασικότερο εργαλείο για τη λήψη σωστών αποφάσεων και τη διαμόρφωση ορθών πολιτικών σχετικά με τη δημόσια υγεία είναι η ύπαρξη, η περισυλλογή και η χρήση των κατάλληλων στοιχείων, χωρίς τα οποία όλες οι εφαρμοζόμενες πολιτικές δεν είναι δυνατόν να έχουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

Πριν από την κρίση, τα λάθη στη δημόσια υγεία ήταν πολυπληθή και πολυποίκιλα. Φάνηκε ότι κατά τη διάρκεια της δημοσιονομικής προσαρμογής συνεχίστηκαν. Οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία έπεσαν στα χαμηλότερα ευρωπαϊκά επίπεδα. Ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι μέχρι σήμερα, δεν έχει γίνει καμιά παρέμβαση στη δημόσια υγεία που να έχει φέρει κάποιο αποτέλεσμα. Ως παράδειγμα των «τομών» στην υγεία αναφέρεται ότι το 2010 έγινε περικοπή των προφυλακτικών και των συρίγγων που χορηγούνταν στους τοξικομανείς κατά 10% και 24%, αντίστοιχα. Το αποτέλεσμα ήταν η αύξηση των κρουσμάτων HIV-λοίμωξης από 15 το 2009 σε > 450 το 2010, έχοντας ως γνωστή παρενέργεια των δημοσιονομικών προσαρμογών την αύξηση της χρήσης ναρκωτικών αλλά και των κρουσμάτων φυματίωσης. Το ερώτημα που μένει αναπάντητο είναι πραγματικά πόσο στοίχισε στη δημόσια υγεία η συγκεκριμένη περικοπή, αφού προκάλεσε νοσήματα που έχρηζαν πιο δαπανηρής περίθαλψης.

Η παρούσα εργασία θα επιχειρήσει μια προσπάθεια ανασκόπησης των στοιχείων της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα κατά τα έτη του μνημονίου και εξέτασης με αριθμούς της επιτυχίας ή μη των εφαρμοσμένων προγραμμάτων. Αυτό που

προκύπτει είναι η υποβάθμιση των υπηρεσιών υγείας με ταυτόχρονο μη ουσιαστικό εξορθολογισμό των δαπανών και, ειδικότερα, είχαν αρνητικό αντίκτυπο στις γεννήσεις, στους δείκτες θνησιμότητας και στις αυτοκτονίες.

## 1.1 Ορισμός συστημάτων υγείας

Ως Σύστημα Υγείας θα μπορούσε να οριστεί «το σύνολο των επιμέρους στοιχείων - υποσυστημάτων τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση μεταξύ τους όπως και με το περιβάλλον (του συστήματος), προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός ύπαρξης του, ο οποίος είναι η διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού». Ένας άλλος ορισμός για το σύστημα υγείας είναι αυτός που το θεωρεί ως «το πλέγμα των παρεμβάσεων της πολιτείας με τις οποίες ρυθμίζονται ο τρόπος παροχής υπηρεσιών, οι σχέσεις μεταξύ των φορέων κάλυψης των αναγκών, των γιατρών και των νοσοκομείων». Οι διάφορες αυτές ρυθμίσεις καθορίζουν τον τρόπο πραγματοποίησης της προστασίας από τον οποίο εξαρτάται η αποτελεσματικότητα της περίθαλψης και η ικανοποιητική λειτουργία των υπηρεσιών (ΚΕΠΕ, 1976).

Πολλοί όταν μιλούν σήμερα για τον υγειονομικό τομέα και συγκεκριμένα την παροχή υπηρεσιών υγείας, διαβλέπουν μια κρίση, μια κατάσταση όπου ο ασθενής, ο ηλικιωμένος και ο έχων ανάγκη ιατρικής περίθαλψης δεν τυγχάνουν σωστής φροντίδας στην υγεία. Περισσότερο ακόμη οι απλοί πολίτες δεν μπορούν να έχουν στη διάθεση και στο σύνολο την αντίστοιχη ιατρική φροντίδα που χρειάζονται

Στο σημερινό πολύπλοκο κόσμο που ζούμε είναι δύσκολο να καθορίσουμε επακριβώς τι είναι ένα σύστημα υγείας, από τι αποτελείται, που αρχίζει και που τελειώνει. Ένας ορισμός του συστήματος υγείας θα μπορούσε να περιλαμβάνει, όλες τις δραστηριότητες των οποίων ο κύριος στόχος είναι η προαγωγή και η επαναφορά της υγείας.

Οι άνθρωποι σήμερα στρέφονται προς το σύστημα υγείας και ζητούν βοήθεια για ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, όχι μόνο για την ανακούφιση από τον πόνο, τη θεραπεία της ασθένειας και τα ψυχολογικά προβλήματα αλλά αναζητούν και συμβουλές; για σωστή διατροφή και δίαιτα, για την ανατροφή του παιδιού, για την σεξουαλική συμπεριφορά, κ.α.

Οι άνθρωποι τυπικά έρχονται σε επαφή με ένα σύστημα υγείας ως ασθενείς και παρακολουθούνται από τους προμηθευτές μόνο μια ή δυο φορές το χρόνο. Τα συστήματα υγείας έχουν την ευθύνη όχι μόνο να βελτιώνουν την υγεία των ανθρώπων αλλά και να τους προστατεύουν έναντι του οικονομικού κόστους που συνεπάγεται η ασθένεια και να τους θεραπεύουν σεβόμενοι την αξιοπρέπεια τους. Τα συστήματα υγείας έχουν τέσσερις βασικούς στόχους .

- Ø Να βελτιώνουν την υγεία του πληθυσμού που υπηρετούν
- Ø Να ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των πολιτών
- Ø Να παρέχουν οικονομική προστασία στον πολίτη για τις δαπάνες υγείας και
- Ø Να θεραπεύουν την ασθένεια με ποιοτική ιατροφαρμακευτική φροντίδα.

## 1.2 Η σχέση οικονομίας και υγείας

Η οικονομία και η υγεία αποτελούν έννοιες οι οποίες αν και αρχικά δεν δείχνουν να σχετίζονται άμεσα, δεδομένης και της αντικειμενικής δυσκολίας αποτίμησης της υγείας ως εμπορικό προϊόν, ωστόσο υπάρχουν παράμετροι οι οποίες όχι μόνο τις συνδέουν αλλά δημιουργούν και μια σχέση αλληλεξάρτησης και αυτό διότι ο ιδιαίτερα ανεπτυγμένος στις ημέρες μας κλάδος των Οικονομικών της Υγείας, έχει επιτύχει την ορθολογική αποτίμηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε παγκόσμια κλίμακα και έχει θέσει τον μηχανισμό των κλειστών νοσηλίων ως μέτρο ελέγχου των υγειονομικών δαπανών.

Η σχέση οικονομίας και υγείας ενισχύεται περαιτέρω, σε συνθήκες και καταστάσεις όπως αυτή της οικονομικής κρίσης η οποία δύναται να επιφέρει επιπτώσεις που μπορεί να χαρακτηριστούν ως ιδιαίτερα δυσμενείς για την υγεία (Santerre, 2013:75-78). Σε επίπεδο υγείας, η οικονομική κρίση ασκεί επιρροές που συναρτώνται σημαντικά από το οικογενειακό και οικονομικό υπόβαθρο, την εργασία, την πρότερη κατάσταση της υγείας κ.ά. Οι δυσμενείς επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία κατανέμονται διαφορετικά στην κοινωνική κλιμάκωση με τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες να διατρέχουν υψηλότερα επίπεδα κινδύνων και αδυναμίας πρόσβασης στη υγείας. Η οικονομική κρίση επηρεάζει την υγεία μέσω πιθανής απώλειας εργασίας, αύξησης επιπέδου άγχους, ψυχολογικής πίεσης και συνακόλουθων νοσημάτων (Simou, 2014:112-113).

Επιπλέον, η οικονομική κρίση επηρεάζει την υγεία από τη διατάραξη των ευρύτερων εκτός εργασίας κοινωνικών σχέσεων (συζυγικές, οικογενειακές, φιλικές κλπ.) οι οποίες δοκιμάζονται λόγω της οικονομικής κρίσης. Η απώλεια της εργασίας σε πάρα πολλές περιπτώσεις έχει συνδεθεί με κινδύνους για την υγεία καθώς ο περιορισμός ή η απώλεια του εισοδήματος επηρεάζει την αυτοεικόνα, την ταυτότητα του ατόμου, τους ρόλους του, τη νοσηματοδότηση της ζωής του, στοιχεία τα οποία όταν είναι μειωμένα, εν δυνάμει επηρεάζουν και την κατάσταση της υγείας. Η μεταβολή στις οικονομικές συνθήκες και ιδιαίτερα στο περιβάλλον της οικονομικής κρίσης δημιουργεί κλυδωνισμούς στα επίπεδα υγείας που πολλές φορές είναι ιδιαίτερα δύσκολο να αντιμετωπιστούν (Αναγνωστόπουλος, 2010:2-3).

Η σχέση οικονομικής κατάστασης και υγείας έχει αποτελέσει αντικείμενο μελετών στις οποίες κατά ένα μεγάλο ποσοστό επιβεβαιώθηκε η αλληλεξάρτηση και αλληλοσύνδεση. Τα στοιχεία συνηγορούν στην άποψη ότι το οικονομικό περιβάλλον μπορεί να διαταράξει σημαντικά τα επίπεδα σωματικής υγείας καθώς αυξημένο εισόδημα οδηγεί σε βελτίωση της υγείας μέσω εξασφαλισμένων παροχών όπως η κατοικία, η επάρκεια τροφής, πόροι για πρόληψη, περίθαλψη. Η σχέση της υγείας με την οικονομία αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα εξαιτίας των πολυάριθμων παραγόντων που συνεπιδρούν (Santerre, 2013:75-78).

Η υγεία με την οικονομία αποκτούν ακόμη μεγαλύτερη συσχέτιση αν αναλογιστεί κανείς ότι ισχυρές οικονομίες επιτυγχάνουν υψηλότερα επίπεδα υγείας για τον πληθυσμό. Ωστόσο, το συγκεκριμένο επιχείρημα μεμονωμένα, δεν αποδίδει πλήρως την ουσία της σχέσης αλληλεξάρτησης οικονομίας και υγείας. Η συσχέτιση οικονομικών συνθηκών και υγείας κατ' ουσίαν προκύπτει από τον συνδυασμό των κοινωνικών παραγόντων αλλά και τη κατανομή των διαθέσιμων οικονομικών πόρων. Η ουσιαστική επίδραση της οικονομίας στη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού μπορεί να αποτυπωθεί υπό το πρίσμα του τρόπου οργάνωσης της οικονομίας και της μορφής κοινωνικής διαστρωμάτωσης (Stuckler et al., 2009:142-143).

### **Ανακεφαλαίωση**

Στο κεφάλαιο αυτό αναφερθήκαμε στις βασικές έννοιες της υγείας, των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης και τη σχέση τους με την οικονομία η οποία θα αναλυθεί εκτενώς στα επόμενα κεφάλαια. Ακόμη κάναμε μία εισαγωγή στο θέμα της εργασίας και τον σκοπό που έχει, καθώς και το τι πρόκειται να μελετήσει.



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ Ε.Ε. ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ**

### **Εισαγωγή**

Με το ξέσπασμα της κρίσης υπήρξαν και οι πρώτες αντιδράσεις για την αντιμετώπισή της. Τα μέτρα που λήφθηκαν, αν και διέφεραν από χώρα σε χώρα, είχαν ως κύριο στόχο τη βελτίωση της ρευστότητας, τη δημιουργία επενδύσεων και τον περιορισμό της επέκτασης της ανεργίας. Οι κεντρικές τράπεζες δημιούργησαν διευκολύνσεις ρευστότητας στα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα και στους εκδότες χρηματοπιστωτικών μέσων.

### **2.1. Η αντιμετώπιση της κρίσης σε παγκόσμιο επίπεδο**

Η αρχική αντίδραση της Federal Reserve το Σεπτέμβριο του 2007 ήταν να μειώσει το βασικό επιτόκιο με την ελπίδα ότι οι εμπορικές τράπεζες θα μπορούσαν να παρέχουν κεφάλαια σε επιχειρήσεις με απώτερο σκοπό την αναθέρμανση της αγοράς. Το βασικό επιτόκιο ήταν 5,25% από τον μέχρι και τον Αύγουστο του 2007 και παρά το γεγονός ότι η Fed άλλαζε συνήθως το στόχο επιτοκίου κατά είκοσι πέντε μονάδες βάσης κάθε φορά, η πρώτη μείωση τον Σεπτέμβριο ήταν κατά πενήντα μονάδες βάσης (Νταλούκα, 2011).

Όσο η ύφεση στην οικονομία συνεχιζόταν, η Fed συνέχισε να μειώνει το επιτόκιο φθάνοντας στο 3% στα τέλη του Ιανουαρίου του 2008, ενώ το Μάρτιο του 2008 έπειτα και από διάσωση Bear Stearns, το επιτόκιο φτάνει στο 2,25%. Τον Απρίλιο το βασικό επιτόκιο φτάνει το 2% όπου διατηρείται μέχρι και το Σεπτέμβριο του ίδιου έτους κατά τον οποίο η Lehman Brothers κηρύττει πτώχευση. Μια ημέρα μετά από την πτώχευση της Lehman, η Fed την AIG και τον Οκτώβριο θα μειώσει το επιτόκιο στο 1% (Θεοδοσιάδης, 2010). Από το Νοέμβριο έως και το Δεκέμβριο του 2008 η μέση απόδοση των εντόκων γραμματίων φτάνει και μένει στο μηδέν για μερικές μέρες. Όλα αυτά είχαν σαν αποτέλεσμα η οικονομική δραστηριότητα να μειωθεί σημαντικά σε εκείνο το χρονικό σημείο συμπαρασύροντας την απασχόληση και την παραγωγή σε παγκόσμιο επίπεδο (Poole, 2010).

Τα πρώτα σημάδια ανάκαμψης εμφανίστηκαν στις παγκόσμιες οικονομίες από το δεύτερο εξάμηνο του 2010 όταν υπήρξε πρόοδος στις αγορές του χρηματιστηρίου και οι συνθήκες δανεισμού σε αναπτυσσόμενες οικονομίες έγιναν λιγότερο αυστηρές. Η παγκόσμια δραστηριότητα κινήθηκε σε ρυθμούς πάνω από 3,5% προς τα τέλη του 2010. Η παγκόσμια παραγωγή αυξήθηκε κατά 7% μέχρι τα τέλη του 2012 στις προηγμένες οικονομίες, ενώ στις αναπτυσσόμενες οικονομίες η αύξηση παραμένει ανοδική στο 6,5%.

## **2.2. Η αντιμετώπιση της κρίσης στην Ευρώπη**

Όταν ξέσπασε η παγκόσμια οικονομική κρίση το 2008 οι, παρά το φόβο που δημιούργησε το άκουσμα της κατάρρευσης της Wall Street και του City, δεν έγινε άμεσα αντιληπτό το γεγονός ότι και οι ευρωπαϊκές τράπεζες, βρίσκονταν στην ίδια κατάσταση με αυτές των Η.Π.Α. Στην πραγματικότητα, τα πράγματα στην Ευρώπη ήταν ακόμη χειρότερα δεδομένου ότι εκεί που η Wall Street είχε λόγο μόχλευσης 1 προς 35, οι ευρωπαϊκές τράπεζες είχαν λόγο μόχλευσης 1 προς 55 (Βασιλάκης, 2013).

Με το ξέσπασμα της κρίσης στην Ευρώπη, η Ε.Κ.Τ., η Ευρωπαϊκή Επιτροπή και τα κράτη-μέλη προσπάθησαν να την αντιμετωπίσουν κατά τρόπο ίδιο με αυτό που την αντιμετώπισε και η κυβέρνηση των Η.Π.Α., προσπαθώντας δηλαδή να διασώσουν τις τράπεζές του με πακέτα πολλών δισεκατομμυρίων ευρώ. Η Ε.Κ.Τ. και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή προσπάθησαν να αναχαιτίσουν την μεταξύ 2008 και 2009 μετέτρεψαν τις απώλειες των τραπεζών σε δημόσιο χρέος (Χριστοφόρου, 2011). Εν τω μεταξύ, η οικονομία της Ευρώπης έμπαινε σε ύφεση, όπως ήταν αναμενόμενο. Συγκεκριμένα, το 2009, το Α.Ε.Π. της Γερμανίας μειώθηκε κατά 5%, της Γαλλίας κατά 2,6%, της Ολλανδίας κατά 4%, της Σουηδίας κατά 5,2%, της Ιρλανδίας κατά 7,1%, της Φινλανδίας κατά 7,8%, της Δανίας κατά 4,9% και της Ισπανίας κατά 3,5%. Η Ελλάδα βρισκόταν σε ύφεση ήδη από το 2008. (I.M.F.) Εκείνη την εποχή, τα hedgefunds αλλά και οι διοικήσεις των τραπεζών που φαίνεται να μην είχαν ιδιαίτερα προβλήματα, σκέφτηκαν να επενδύσουν το δημόσιο χρήμα που τους δόθηκε από την Ε.Κ.Τ. στην πιθανότητα ότι η κατάσταση στην οικονομία θα προκαλούσε τη χρεοκοπία ενός ή περισσότερων κρατών της ευρωζώνης εστιάζοντας κατά κύριο λόγο στην Ελλάδα, μέσω ασφαλιστικών συμβολαίων CDs. Όσο περισσότερο αυξανόταν ο όγκος των συναλλαγών με τα CDs τόσο περισσότερο επιδεινωνόταν η κρίση αφού η άνοδος της τιμής τους για μια ενδεχόμενη χρεοκοπία της Ελλάδας ή της Ιρλανδίας

κατά πρώτον αύξανε τα επιτόκια που έπρεπε να καταβάλουν η Αθήνα και το Δουβλίνο για να δανειστούν, με συνέπεια οι δύο αυτές χώρες να εξωθούνται ολοένα και περισσότερο προς την ουσιαστική χρεοκοπία και κατά δεύτερον ελάττωνε τα διαθέσιμα κεφάλαια για τις επιχειρήσεις που ήθελαν να δανειστούν για να επενδύσουν σε παραγωγικές δραστηριότητες, αλλά και στα κράτη που προσπαθούσαν να αναχρηματοδοτήσουν το χρέος τους.

Τα δύο θεσμικά μέσα που χρησιμοποιεί η ευρωζώνη για να αντιμετωπίσει την κρίση είναι ο Ευρωπαϊκός Μηχανισμός Σταθεροποίησης (ESM) και ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Χρηματοοικονομικής Σταθερότητας (EFSF).

Το βασικό εργαλείο του Ευρωπαϊκού Μηχανισμού Σταθεροποίησης (ESM) είναι πιστώσεις και εγγυήσεις για πιστώσεις που θα δίνονται σε υπερχρεωμένα κράτη-μέλη, με επιδοτούμενο επιτόκιο, από τα υγιέστερα οικονομικά κράτη-μέλη. Στη συμφωνία για τον ESM αναγράφεται ότι κάθε κράτος- μέλος που προσφεύγει στο μηχανισμό είναι υποχρεωμένο αφενός να υλοποιεί ένα μακροπρόθεσμο πρόγραμμα προσαρμογής, αφετέρου να αναλύσει το αν το χρέος του είναι διαχειρίσιμο. Ο ESM θα εφοδιαστεί με βασικό κεφάλαιο 80 δισεκατομμυρίων ευρώ από τα κράτη- μέλη, που θα καταβάλουν όσα τους αναλογούν σε πέντε ετήσιες δόσεις. Επιπλέον, στα πρότυπα του προσωρινού μηχανισμού, θα μπορεί να εκδώσει ομόλογα αξίας έως €420 δισ. με εγγυητές τα κράτη-μέλη (Χριστοφόρου, 2011).

Ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Χρηματοοικονομικής Σταθερότητας (EFSF), είναι μια εταιρεία ειδικού σκοπού την οποία ίδρυσαν οι 16 χώρες που ανήκαν στην ευρωζώνη τον Ιούνιο 2010. Σκοπός του EFSF είναι η διατήρηση της χρηματοοικονομικής σταθερότητας της ευρωζώνης, μέσω της παροχής προσωρινής οικονομικής βοήθειας σε δοκιμαζόμενα μέλη της. Για την επίτευξη του σκοπού του, στον EFSF δόθηκε η δυνατότητα ευέλικτης έκδοσης ομολόγων και άλλων τίτλων, με την οικονομική εγγύηση των χωρών-μελών της ευρωζώνης. Ένα μεγάλο πλεονέκτημα του EFSF είναι η δυνατότητά του να δανείζεται με φθινό επιτόκιο, επειδή και οι τρεις μεγαλύτεροι οίκοι πιστοληπτικής αξιολόγησης στον κόσμο έχουν αποδώσει στον EFSF την υψηλότερη δυνατή αξιολόγηση (AAA), λόγω των αμετάκλητων και άνευ όρων εγγυήσεων που συγκεντρώνει. Ο EFSF μπορεί να αγοράσει απ' ευθείας ομόλογα που εκδίδουν χώρες-μέλη της ευρωζώνης με οικονομικά προβλήματα (Χριστοφόρου, 2011).

Ο τρόπος με τον οποίο προσπάθησε η Ευρώπη να αναχαιτίσει την κρίση απέτυχε κυρίως επειδή παρέβλεψε τον τρόπο που η κρίση χρέους και η τραπεζική κρίση ενισχύουν αμοιβαία η μια την άλλη (Βασιλάκης, 2013).

Υπάρχουν ακόμη τρία βασικά βήματα που θα πρέπει να ακολουθήσει η Ευρώπη προκειμένου να αναχαιτίσει οριστικά την παρούσα χρηματοπιστωτική κρίση και να ξεπεράσει με λιγότερες συνέπειες μια ενδεχόμενη επόμενη κρίση (Βασιλάκης, 2013).

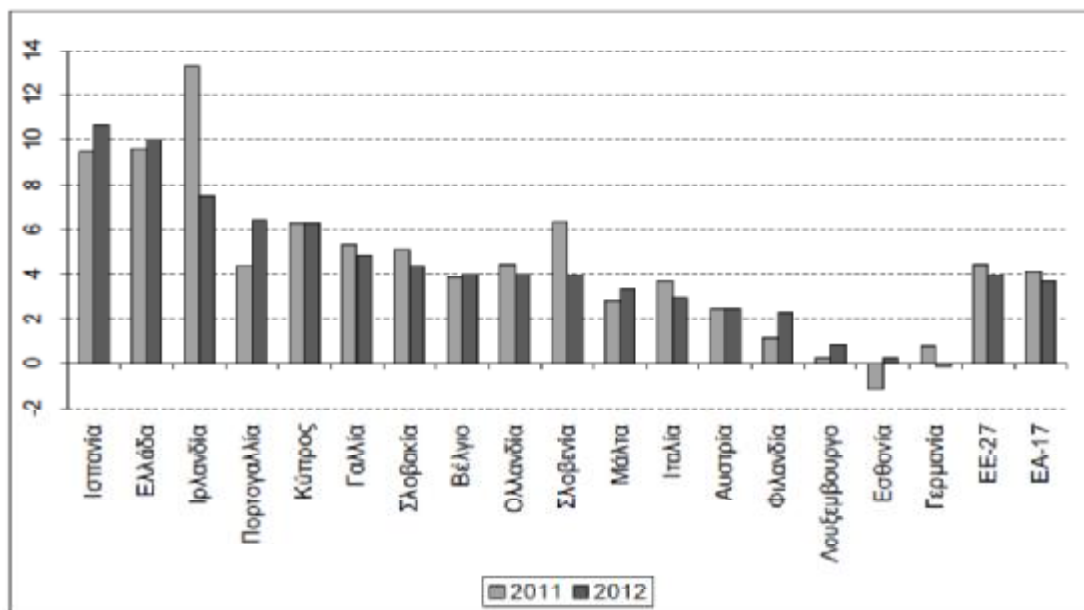
Το πρώτο βήμα είναι η ενοποίηση του τραπεζικού συστήματος της ευρωζώνης, η ευρωπαϊκή πλέον επιτήρηση των τραπεζών και ο όρος, για να συνεχίσει η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα να βοηθάει γενναιόδωρα τις τράπεζες, ότι οι τράπεζες θα αποδεχτούν να δεχτούν κεφάλαια από το EFSF, με αντάλλαγμα μετοχές τους, που θα τους καλύψουν τις κενά χρηματοδότησης (Βασιλάκης, 2013).

Το δεύτερο βήμα είναι η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα να λειτουργήσει ως μοχλός που βοηθά την ευρωζώνη να μειώσει το συνολικό δημόσιο χρέος, θέτοντας έτσι το χρέος των υπερχρεωμένων κρατών-μελών σε βιώσιμη πορεία. Η βασική ιδέα δεν είναι να τυπώνει η Ε.Κ.Τ. χρήμα για να αγοράζει τα ομόλογα των κρατών-μελών, αλλά να δανείζεται στις διεθνείς χρηματαγορές εκδίδοντας η ίδια δικά της εικοσαετή ομόλογα. Στην ουσία, η Ε.Κ.Τ. να λειτουργεί ως ο μεσάζων των κρατών-μελών στις διεθνείς χρηματαγορές (Βασιλάκης, 2013).

Το τρίτο βήμα προσθέτει στην αρχιτεκτονική της ευρωζώνης το Μηχανισμό Ανακύκλωσης των Πλεονασμάτων που ως τώρα δεν διαθέτει. Το ρόλο αυτού του Μηχανισμού θα αναλάβει η Ευρωπαϊκή Τράπεζα Επενδύσεων. Σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα, η Ευρωπαϊκή Τράπεζα Επενδύσεων θα εκπονεί ένα νέο New Deal για ολόκληρη την Ευρώπη όπου κεφάλαια της τάξης του 8% του Α.Ε.Π. της ευρωζώνης θα επενδύονται παραγωγικά ετησίως, με τη χρηματοδότηση να γίνεται 50% από την ίδια την Ευρωπαϊκή Τράπεζα Επενδύσεων και 50% από επιπλέον ομόλογα έκδοσης της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας τα οποία θα αποπληρώνονται από τις χρηματοδοτούμενες επιχειρηματικές δραστηριότητες (Βασιλάκης, 2013).

Συνοψίζοντας, τα δύο πρώτα βήματα θα αντιμετωπίσουν την κρίση τραπεζών και την κρίση χρέους αντίστοιχα, ενώ το τρίτο βήμα θα καταστήσει την ευρωζώνη βιώσιμη στη μετά το 2008 εποχή (Βασιλάκης, 2013).

Διάγραμμα 1 Εξέλιξη Δημόσιου ελλείμματος στην Ευρωζώνη, 2011-2012



Πηγή: [www.gsee.gr](http://www.gsee.gr)

### 2.3. Πολιτικές ενίσχυσης του κοινωνικού κράτους στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Έχει υποστηριχθεί (Ρομπόλης, 2013) ότι προκειμένου να επιτευχθεί βελτίωση και ανάπτυξη στην λειτουργία του κοινωνικού κράτους είναι απαραίτητη η επαναδιατύπωση των επιλογών των ευρωπαϊκών κρατών, στην οικονομική και κοινωνική τους πολιτική. Οι αρνητικές συνέπειες που έχει προκαλέσει η σημερινή οικονομία, με την ελεύθερη αγορά και τις αποκλεισμένες κοινωνίες, δείχνει πως η οικονομία δεν λειτουργεί σωστά όλο αυτό το χρονικό διάστημα και πως χρειάζεται να βρεθεί εναλλακτική λύση. Για να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα μιας κοινωνίας πρέπει να αλλάξουν οι δημόσιες πολιτικές και να γίνουν συντονισμένες ενέργειες με τις κυβερνήσεις και τις κεντρικές τράπεζες. Αυτή η κρίση του καπιταλιστικού συστήματος με την άνιση ανάπτυξη ανάμεσα στα μέλη της κοινωνίας οδηγεί στην αλλαγή του κοινωνικοοικονομικού συστήματος δηλαδή από την οικονομία της αγοράς στην οικονομία της αλληλεγγύης αλλά και στην αναθεώρηση του πολιτικού συστήματος δηλαδή στην υιοθέτηση ενός πολιτικού μηχανισμού λήψης των αποφάσεων. Η αλλαγή της σημερινής οικονομίας σε μια οικονομία της αλληλεγγύης θα επιφέρει σε μια κοινωνία δεσμούς συνεργασίας, θα αναπτυχθούν πολιτικές

αναδιανομής του εισοδήματος (δημόσιος πόλος), πολιτικές αλληλεγγύης και εμπιστοσύνης (κοινωνικός πόλος) καθώς και πολιτικές ανάπτυξης της οικονομίας (αναπτυξιακός πόλος). Προκειμένου όμως να επιτευχθεί μια τόσο ριζική αλλαγή είναι απαραίτητος ο συνδυασμός του οικονομικού, του κοινωνικού και του πολιτικού τομέα, η ύπαρξη αξιόπιστων πολιτικών κομμάτων και σωματείων και τέλος η ανάπτυξη καινούριων επιχειρήσεων (Ρομπόλης, Σ., 2013). Η απόφαση που πρέπει να πάρει η Ελλάδα και τα υπόλοιπα Ευρωπαϊκά κράτη την περίοδο της οικονομικής κρίσης είναι το αν θα καταργήσουν αυτές τις πολιτικές οι οποίες δεν έχουν κάποιο αποτέλεσμα δηλαδή την λειτουργία των αυτόματων μηχανισμών της οικονομίας και το αν θα υιοθετήσουν ένα νέο πρότυπο κοινωνικής πολιτικής, το πρότυπο της οικονομίας της αλληλεγγύης. Ειδικότερα, το "Σύμφωνο για το ευρώ" περιλαμβάνει μία οικονομική πολιτική "ορθολογικού φιλελευθερισμού" για την αντιμετώπιση της κρίσης, η οποία υιοθετήθηκε από την Γερμανία κατά την οικονομική κρίση του 1929, και η οποία καθορίζει νομοθετικά τα ανώτατα όρια του δημόσιου χρέους και του δημόσιου ελλείμματος.

Το "Σύμφωνο για το ευρώ" καθορίζει απαραίτητη την λήψη μέτρων όπως

1. την επιμήκυνση του ηλικιακού ορίου συνταξιοδότησης στα 67 χρόνια,
2. τις μειώσεις στις επικουρικές και κύριες συντάξεις,
3. τις μειώσεις των μισθοδοσιών,
4. τις αυξήσεις στους φόρους και ειδικά στους έμμεσους,
5. την ανάπτυξη της προσαρμοστικότητας στα επαγγέλματα, στις ομαδικές συμβάσεις και στις σχέσεις μεταξύ εργαζόμενου και εργοδότη, και τέλος
6. τις περικοπές ή μειώσεις στις κοινωνικές δαπάνες, ώστε να αντιμετωπιστεί το χρέος και τα δημόσια ελλείμματα και να επικρατήσει μια υγιής ανταγωνιστική ευρωπαϊκή οικονομία.

Βέβαια το πρόβλημα με το Σύμφωνο για το ευρώ έγκειται στο γεγονός πως δημιουργήθηκε με σκοπό την αντιμετώπιση της κρίσης και του αυξημένου πληθωρισμού, ενώ τώρα είναι αναγκαία η αντιμετώπιση της κρίσης και της ανεργίας. Έτσι, η πραγματοποίηση του δεν πρόκειται να στεφθεί με επιτυχία, ακόμη και αν επικρατήσουν οι στόχοι που αναφέρθηκαν παραπάνω, καθώς τα ευρωπαϊκά κράτη θα αντιμετωπίσουν μια νέα οικονομική κρίση (Ρομπόλης, Σ., 2013).

Η υιοθέτηση των πολιτικών του "Συμφώνου για το ευρώ" αποτελεί ένα ρίσκο καθώς αρχικά θα επιμηκύνει το χρέος των κρατών, στην συνέχεια όμως θα τα οδηγήσει σε μια ευρωπαϊκή οικονομική κρίση, σε αύξηση του άνεργου πληθυσμού, στην αποτυχία βελτίωσης του κοινωνικού κράτους και της ανάπτυξης της οικονομίας. Για να αντιμετωπιστεί η κρίση και να αναπτυχθεί η οικονομία είναι απαραίτητο η Ευρωπαϊκή Ένωση να εξετάσει τις προτεραιότητες και τις επιλογές της με έναν τρόπο που θα περιλαμβάνει ολόκληρο το σύνολο του πληθυσμού και όχι μόνο μέσω μιας διαμεσολάβησης μεταξύ των αγορών και των πολιτών (Ρομπόλης, Σ., 2013).<sup>1</sup>

### **Ανακεφαλαίωση**

Τα αίτια του είναι σύνθετα και έχουν να κάνουν όχι μόνο με την ύφεση αλλά και με τις από δεκαετίες διαμορφωμένες συνθήκες λειτουργίας του ελληνικού κράτους που συνίστανται κυρίως στην κατασπατάληση οικονομικών πόρων, το συνεχή εξωτερικό δανεισμό για εξυπηρέτηση όπως επίσης και στη μη ορθολογική αξιοποίηση των χρημάτων που προέρχονται από το δανεισμό. Όλα αυτά είχαν σαν αποτέλεσμα την κατακόρυφη αύξηση του δημόσιου χρέους της χώρας ώστε αυτό να είναι το με διαφορά υψηλότερο ως επί τοις εκατό ποσοστό του Α.Ε.Π. μεταξύ των χωρών που ανήκουν στην Ο.Ν.Ε.

Η Ελλάδα, βρέθηκε αντιμέτωπη με τη χρεοκοπία και την έξοδο από την Ο.Ν.Ε. δεδομένου ότι μέχρι και το 2012 δεν πληροί κανένα από τα κριτήρια χρέους και ελλείμματος για παραμονή σε αυτή.

Ωστόσο, η ευρέως αποδεκτή άποψη ότι κανένα κράτος μέλος της Ο.Ν.Ε. δεν θα πρέπει να χρεοκοπήσει λόγω του αντίκτυπου που θα έχει αυτό το γεγονός σε ολόκληρη την ένωση, είχε σαν αποτέλεσμα την ένταξη της Ελλάδας σε πρόγραμμα στήριξης απαρτιζόμενο από την Ε.Ε., την Ε.Κ.Τ. και το Δ.Ν.Τ.

---

<sup>1</sup> Βλέπε Χατζή Δήμητρα-Άννα (2014) "Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ"

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ-ΑΙΤΙΑ**

### **Εισαγωγή**

Από το 2007, όπου παρουσιάστηκε ύφεση στην οικονομία, η χώρα βρίσκεται αντιμέτωπη με μια σοβαρή, πρωτοφανή θα μπορούσαμε να πούμε οικονομική κρίση. Η κρίση αυτοί φαίνεται να έχει κάποια κοινά χαρακτηριστικά με την κρίση που πέρασαν τα προηγούμενα χρόνια και άλλες ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Ισπανία, η Ιρλανδία, η Πορτογαλία, αλλά και κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, τα οποία δυσχεραίνουν την ανάκαμψη μετά από τόσα χρόνια.

### **3.1. Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα**

Η ύφεση που διήρκεσε έξι χρόνια και συγκεκριμένα από το 2007 έως το 2013, είχε ως αποτέλεσμα να υποχωρήσει το εθνικό εισόδημα κατά ένα ποσοστό της τάξεως του 26,3% το οποίο ισοδυναμεί με 66 δις ευρώ. Ωστόσο, το 2014 μετά την παρατεταμένη ύφεση και τις δύο δανειακές συμβάσεις που υπέγραψε η χώρα, στην ελληνική οικονομία εμφανίστηκε θετικός ρυθμός ανάπτυξης, ο οποίος κυμάνθηκε στο 0,8%. Παράλληλα, η ανεργία παρουσίασε μείωση και έτσι από 27,3% το 2013 κυμάνθηκε στο 26,5% το 2014. Αξιοσημείωτο είναι ότι την ίδια περίοδο λόγω της μείωσης των εισοδημάτων, επήλθε και σημαντική μείωση των τιμών και έτσι επικράτησε παρατεταμένα αποπληθωρισμός. (Τούντας, και συν., 2016)

Ωστόσο, η ανάπτυξη που εμφανίστηκε το 2014 θα μπορούσε να χαρακτηριστεί αναιμική και συνάμα εύθραυστη, καθώς στο τέλος της ίδιας χρονιάς επικράτησε έντονη αβεβαιότητα που συνδέθηκε με την προεκλογική περίοδο, με αποτέλεσμα να περιοριστεί η δυναμική που πήγε να αναπτυχθεί το 2014, κυρίως λόγω ενίσχυσης του τουρισμού, και έτσι το 2015 και πάλι η οικονομία οδηγήθηκε στην ύφεση και στην έντονη οικονομική αβεβαιότητα. (Τούντας, και συν., 2016)

Κατά το 2015 το ΑΕΠ εμφάνισε μείωση μόλις κατά 0,2%, παρόλο που επικράτησε έντονη αβεβαιότητα το πρώτο εξάμηνο που οδήγησε σε δημοψήφισμα, σε κλείσιμο των τραπεζών, η επιβολή αυστηρών ελέγχων κεφαλαίων αλλά ακόμη και ο κίνδυνος εξόδου της χώρας από το ευρώ. Αναφορικά με το 2016, η ύφεση κατά το



πρώτο εξάμηνο του έτους ήταν πιο ήπια από την αναμενόμενη, ενώ κατά το δεύτερο εξάμηνο του έτους η οικονομία παρουσίασε θετικό ρυθμό ανάπτυξης. Το 2016, το ΑΕΠ κυμάνθηκε σε επίπεδα του 2010, αυξημένο κατά 0,3%, ενώ άλλα χαρακτηριστικά της οικονομίας για το 2016 ήταν συγκρατήθηκαν αποπληθωριστικές πιέσεις, υπήρξε ενίσχυση της απασχόλησης και η ανεργία παρουσίασε μείωση, παρόλο που παραμένει σε πολύ υψηλά επίπεδα. Τα δεδομένα αυτά αποδεικνύουν ότι υπάρχει συσσωρευμένη αναπτυξιακή δυναμική που με τη διαμόρφωση των κατάλληλων συνθηκών θα μπορέσει να εκδηλωθεί.

Πριν προχωρήσουμε στην αποτύπωση των σημαντικότερων μεγεθών της οικονομικής κρίσης και κυρίως στις αιτίες από τις οποίες προκλήθηκε, θα τονίσουμε μερικά πράγματα που κατόρθωσαν και έγιναν στα χρόνια της κρίσης αφήνοντας προοπτικές για το μέλλον, ειδικότερα αυτά είναι:

- Ø Τα χρόνια της προσαρμογής μετά το 2010 η χώρα κατάφερε να εξαλείψει τα δίδυμα ελλείμματα, τόσο το πρωτογενές δημοσιονομικό έλλειμμα, όσο και το έλλειμμα του ισοζυγίου τρεχουσών συναλλαγών.
- Ø Ανακτήθηκε μετά από προσπάθεια ετών η μεγάλη απώλεια ανταγωνιστικότητας που υπήρχε στα χρόνια προς κρίσης.
- Ø Σημαντική ήταν η συνεισφορά των εξαγωγών τα τελευταία αυτά χρόνια στο ΑΕΠ, μάλιστα, σήμερα έχει υπάρξει σχεδόν διπλασιασμός αυτών.
- Ø Οι τράπεζες ανεκεφαλαιοποιήθηκαν και πλέον με τις κατάλληλες πολιτικές για τη διαχείριση των μη εξυπηρετούμενων δανείων φαίνεται να οδεύουν προς την εξυγίανση και την κεφαλαιακή θωράκιση.
- Ø Σημαντικές μεταρρυθμίσεις έγιναν και μερικές ακόμα θα ολοκληρωθούν με την ολοκλήρωση των προγραμμάτων χρηματοδότησης της ελληνικής οικονομίας και αφορούν τόσο την αγορά εργασίας, όσο και την δομή της οικονομίας ευρύτερα (κλειστά επαγγέλματα, αδειοδοτήσεις επενδυτικών σχεδίων κτλ). (Τράπεζα της Ελλάδος, 2017).

**Πίνακας 1 Παρουσίαση των μέσων όρων του Α.Ε.Π, του Δημόσιου Χρέους και του Ετήσιου Ελλείμματος / Πλεονάσματος**

Ελλάδα	A.Ε.Π	1981-2000	91,295	2001-2007	230,261	+	2008-2012	299,834	+
	Δημ. Χρέος		56,963%		102,289%	+		142,381%	+
	Έλλειμμα/ Πλεόνασμα		-5,479%		-5,843%	+		-11,439%	+
Ιταλία	A.Ε.Π	1980-1998	862,376	1999-2007	1524,57	+	2008-2012	2140,878	+
	Δημ. Χρέος		99,122%		90,558%	-		101,641%	+
	Έλλειμμα/ Πλεόνασμα		-4,832%		-2,308%	-		-3,658%	+
Πορτογαλία	A.Ε.Π	1986-1998	87,624	1999-2007	163,504	+	2008-2012	233,505	+
	Δημ. Χρέος		49,322%		51,350%	+		89,390%	+
	Έλλειμμα/ Πλεόνασμα		-4,047%		-3,323%	-		-6,393%	+
Ισπανία	A.Ε.Π	1986-1998	495,155	1999-2007	915,975	+	2008-2012	1459,598	+
	Δημ. Χρέος		41,007%		40,977%	-		51,099%	+
	Έλλειμμα/ Πλεόνασμα		-4,447%		0,637%	-		-4,912%	+
Ευρωπαϊκή Ένωση	A.Ε.Π	1980-1998	6.036,491	1999-2007	11.803,753	+	2008-2012	17.127,903	+
	Δημ. Χρέος		n/a		n/a			n/a	
	Έλλειμμα/ Πλεόνασμα		-3,586%		-1,358%	-		-4,489%	+
Ευρωζώνη	A.Ε.Π		n/a	1999-2007	8.666,448		2008-2012	12.701,219	+
	Δημ. Χρέος		n/a		n/a			n/a	
	Έλλειμμα/ Πλεόνασμα		n/a		-1,451%			-3,890%	+

Πηγή: (Ζησιάδου, Μεταξάς, 2012)

### 3.2. Η εξέλιξη μέσα στην κρίση των σημαντικότερων μεγεθών

Η ένταξη της χώρας στην ΟΝΕ, προκάλεσε θετικές προσδοκίες τόσο στο εσωτερικό της χώρας, όσο και στο εξωτερικό. Κατά την περίοδο 2001-2007 η ελληνική οικονομία σημείωσε αύξηση στο ΑΕΠ κατά 4,2%, ενώ την περίοδο 2001-2008 ο ρυθμός αυτός κυμάνθηκε στο 3,6%, λόγω της ύφεσης που προκλήθηκε το 2008. Η ανάπτυξη αυτή είχε ως βάση την εγχώρια ζήτηση η οποία παρουσίαζε αύξηση με ρυθμό 4,5%, και στηριζόταν κατά κύριο λόγο στην ιδιωτική κατανάλωση, η οποία με τη σειρά της τροφοδοτούταν από την αύξηση των εισοδημάτων και την επέκταση της καταναλωτικής πίστης. Από την άλλη οι επενδύσεις του πάγιου κεφαλαίου αυξάνονταν με υψηλότερο μέσο ετήσιο ρυθμό (7,9%), με ένα σημαντικό

κομμάτι τους να κατευθύνεται σε κατοικίες, καθώς δόθηκε κίνητρο χαμηλότοκων δανείων, μετά την είσοδο της χώρας στην Ευρωζώνη και έτσι αγοράστηκαν μαζικά. Ο πληθωρισμός την περίοδο 2001-2007 κυμάνθηκε στο 3,3% σε ετήσια βάση, χαμηλός για τότε επίπεδα της Ελλάδας, ωστόσο ήταν διπλάσιος συγκριτικά με την υπόλοιπη Ευρωζώνη και αυτό είχε ως αποτέλεσμα η χώρα να υφίσταται απώλειες στην ανταγωνιστικότητα της. Ο πίνακας 1 αποτυπώνει σημαντικές εκατοστιαίες μεταβολές που αφορούν τα βασικά μακροοικονομικά μεγέθη την περίοδο ανάπτυξης και προ κρίσης 2001-2008. (Τράπεζα της Ελλάδος , 2013)

**Πίνακας 2 Ετήσιες εκατοστιαίες μεταβολές βασικών μακροοικονομικών στοιχείων**

Έτος	ΑΕ Π	Ιδιωτική κατανάλωση	Δημόσια κατανάλωση	Ακαθάριστες επενδύσεις κεφαλαίου	Πληθωρισμός	Ανεργία (% εργατικού δυναμικού)
2001	4,2	5,0	0,7	4,8	3,4	10,8
2002	3,4	4,7	7,2	9,5	3,6	10,3
2003	5,9	3,3	-0,9	11,8	3,5	9,7
2004	4,4	3,8	3,5	0,4	2,9	10,5
2005	2,3	4,5	1,1	-6,3	3,5	9,9
2006	5,5	4,4	3,1	14,9	3,2	8,9
2007	3,5	3,6	7,1	22,8	2,9	7,3
2008	-0,2	4,3	-2,6	-14,3	4,2	7,6
Μέσος ετήσιος ρυθμός:						
2001-2007	4,2	4,2	3,1	7,9	3,3	9,8
2001-2008	3,6	4,2	2,4	4,8	3,4	9,5

Πηγή: Τράπεζα της Ελλάδος (2013). Το Χρονικό της Μεγάλης Κρίσης - Η Τράπεζα της Ελλάδος 2008-2013. Αθήνα : Τράπεζα της Ελλάδος-Κέντρο Πολιτιστικού Έρευνας και Τεκμηρίωσης.

Από τον πίνακα που παρατέθηκε μπορούμε να κατανοήσουμε ότι κινητήρια δύναμη της οικονομίας, κατά την περίοδο της δυναμικής ανάπτυξης που εμφάνισε ήταν η διεύρυνση του δανεισμού και η ιδιωτική κατανάλωση. Η ανάπτυξη και κατασκευή κατοικιών αποτέλεσε την ατμομηχανή για την οικονομία τα χρόνια αυτά,

ενώ η εγχώρια παραγωγή δεν κατάφερε να ανταποκριθεί ποιοτικά και ποσοτικά στην διαρκώς αυξανόμενη εξέλιξη της εγχώριας ζήτησης, με αποτέλεσμα το κενό να καλυφθεί από εισαγωγές. Ειδικότερα, οι εισαγωγές την χρονική περίοδο 2001-2007 σημείωσαν αύξηση με μέσο ρυθμό 4,5%, κάτι που είχε ως αποτέλεσμα να διευρύνεται το έλλειμμα το ισοζυγίου τρεχουσών συναλλαγών. Από 3% του ΑΕΠ που ήταν την περίοδο 1994-1999, το έλλειμμα του ισοζυγίου τρεχουσών συναλλαγών έφθασε σε μη διατηρήσιμα επίπεδα 8,5% την περίοδο 2000-2007. Μάλιστα το 2007 και το 2008 παρατηρήθηκαν τα μεγαλύτερα ελλείμματα στο ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών, φθάνοντας το 2007 στο 10% και το 2008 στο 14,9% του ΑΕΠ. Παράλληλα όσον αφορά τις εξαγωγές αγαθών και υπηρεσιών, το 2008 κυμάνθηκαν σε χαμηλότερα ποσοστά από τις υπόλοιπες χώρες της ευρωπαϊκής περιφέρειας, που κυμάνθηκαν στο 26,9%. Άλλα αξιοσημείωτα στοιχεία της οικονομίας, ήταν ότι η αύξηση της ιδιωτικής κατανάλωσης οδήγησε σε διεύρυνση της συμμετοχής του εμπορίου στη συνολική προστιθέμενη αξία από 14,1% το 2000 έφθασε σε 17,4% το 2007. Θα πρέπει να σημειώσουμε ότι μεγάλο μέρος των εμπορικών δραστηριοτήτων αφορούσε τα εισαγόμενα καταναλωτικά αγαθά. Για παράδειγμα, ένα χαρακτηριστικό δείγμα είναι τα Ι.Χ. επιβατικά αυτοκίνητα τα οποία κυκλοφορούσα για πρώτη φορά στην Ελλάδα αυξήθηκαν κάθε χρόνο από 148,1 χιλιάδες την περίοδο 1990-1998 σε 270,2 χιλιάδες κατά μέσο όρο την περίοδο 1999-2008, ουσιαστικά αυτός ο ρυθμός διπλασιάστηκε. (Τράπεζα της Ελλάδος, 2013)

### **3.3. Τα αίτια της ελληνικής κρίσης**

Σύμφωνα με τον (Δοξιάδης, 2014) υπάρχουν τρεις τρόποι προσέγγισης της ελληνικής κρίσης που είναι οι ακόλουθοι:

- Ø Η τεχνοκρατική, που εστιάζει κυρίως στα κλασικά μακροοικονομικά μεγέθη, όπως είναι το ΑΕΠ, τα ελλείμματα, το χρέος, η αποταμίευση και η ανεργία.
- Ø Η «αριστερή», όπου επικεντρώνεται στον καπιταλισμό ως αίτιο της κρίσης και συνδέεται με έννοιες όπως αντιφάσεις στη συσσώρευση κεφαλαίου, στην ταξική πάλη, στον νεοφιλελευθερισμός.
- Ø Η προσέγγιση που εστιάζει στις ελληνικές παθογένειες, όπως είναι η διαφθορά, η φοροδιαφυγή, η διαπλοκή, ο ατομισμός, οι συντεχνίες.

Αναλυτικότερα, ο (Δοξιάδης, 2014) αναφέρει σχετικά με την πρώτη προσέγγιση, ότι οι μέθοδοι που χρησιμοποιούν οι ασκούντες την οικονομική πολιτική, δεν μπορούν να απεικονίσουν με σωστό τρόπο τις ελληνικές κοινωνικές ομάδες, όπως και τις ελληνικές πρακτικές, καθώς διαφέρουν αυτές από τα διεθνή πρότυπα. Ένα παράδειγμα που αναφέρει σύμφωνα με την άποψη λέει, ότι οι διεθνείς πρακτικές χωρίζουν το εθνικό εισόδημα σε μισθούς και επιχειρηματικό πλεόνασμα, ενώ συνήθως δεν γίνεται αναφορά στα έσοδα από την αυτοαπασχόληση που στην Ελλάδα όμως είναι σημαντικά. Επιπλέον, αναφέρει ότι τα τεχνοκρατικά μοντέλα ανάλυσης της οικονομίας αγνοούν την κοινωνική πολυπλοκότητα, θεωρώντας ότι οι βασικοί μηχανισμοί της οικονομίας είναι ανεξάρτητοι και δεν επηρεάζονται από κοινωνικές δομές και θεσμικές ιδιομορφίες. Η άποψη αυτή υποστηρίζει ότι η κρίση οφείλεται στις λάθος τεχνοκρατικές θεωρήσεις και στις αφαιρέσεις που έγιναν από τα μοντέλα της οικονομίας που εφαρμόστηκαν.

Έτσι, οι οικονομολόγοι και αναλυτές έπαψαν να εξετάζουν θέματα όπως ήταν οι διαφορετικοί ρόλοι των παραγωγικών τάξεων στην παραγωγή και στην κατανάλωση, η μεταβαλλόμενη ιδεολογία των υποκειμένων της οικονομίας, η σημασία των διαφορετικών θεσμών σε διάφορες χώρες. Επίσης, στη συνέχεια αφαιρέθηκε η ύλη από τα προϊόντα και έτσι το σιτάρι, το αυτοκίνητο, η χειρουργική επέμβαση, το φαγητό σε ένα εστιατόριο, μετατράπηκαν σε αλγεβρικά σύμβολα. Επιπρόσθετα, μια αλλαγή ακόμα που παρατηρήθηκε αφορούσε ότι σταμάτησε να δίνεται πλέον σημασία στην κλαδική σύνθεση της οικονομίας. Έτσι, ενώ μέχρι το 1970 απασχολούσε τους οικονομολόγους η κλαδική σύνθεση της οικονομίας, τα τελευταία χρόνια καθώς εξελισσόταν το διεθνές εμπόριο δεν είχε πλέον σημασία. Έτσι ένα κράτος δεν έδινε σημασία στο αν η οικονομία του δεν μπορούσε να παράγει τρόφιμα, αλλά σημασία είχε να μπορεί να αγοράζει από άλλη χώρα. Ουσιαστικά τις οικονομίες δεν τις απασχολούσε τι παράγουν, αλλά αν αυτό που παράγουν να μπορεί να τους δίνει έσοδα.

Καθώς η κρίση εξελίχθηκε στην Ευρώπη, μας έδειξε πόσο λάθος ήταν και για την Ελλάδα μια ακόμα αφαίρεση που έγινε από τους τεχνοκράτες οικονομολόγους στην μελέτη σημαντικών μεγεθών. Ειδικότερα, με την είσοδο της χώρας στο κοινό ευρωπαϊκό νόμισμα, ουσιαστικά αφαιρέθηκε η εντοπιότητα από τις συναλλαγές, με αποτέλεσμα πολλοί να θεωρούν ότι ακόμα και το εμπορικό ισοζύγιο δεν είχε σημασία. Ωστόσο, όπως φάνηκε η προσέγγιση αυτή ήταν λάθος καθώς οι προβληματικές χώρες του νότου εμφάνισαν κοινά στοιχεία όπως ήταν τα μεγάλα

εμπορικά ελλείμματα, οι υπερβολικές εισροές δανειακών κεφαλαίων και έτσι δημιουργήθηκαν οι διάφορες φούσκες στις τοπικές οικονομίες. (Δοξιάδης, 2014)

Στην δεύτερη άποψη, περί αριστερής προσέγγισης της κρίσης έχει και αυτή προβληματικά στοιχεία καθώς, γίνονται και εδώ πολλές αφαιρέσεις. Καταρχήν η πρώτη θεώρηση που αφορά τον χωρισμό σε ανθρώπους δύο τάξεων κεφαλαιοκράτες και εργάτες, δεν λαμβάνει υπόψη της την διαμόρφωση μια μεγάλης και πολύμορφης μεσαίας τάξης, η οποία συνείσφερε σημαντικά τόσο στην οικονομία όσο και στην πολιτική οικονομία. Επιπλέον μια ακόμα αφαίρεση αφορούσε τη διάκριση του κόσμου σε μητρόπολη και περιφέρεια, όπου στις πρώτες χώρες η εργατική τάξη ζούσε καλά επειδή στηριζόταν στην εκμετάλλευση των δεύτερων. Στις δεύτερες, υπήρχε μια ελίτ που εκμεταλλεόταν το μητροπολιτικό κεφάλαιο. Έτσι στην Ελλάδα, την εποχή του 1980 σταμάτησαν οι ξένες επενδύσεις και έγινε μια όχι και τόσο επιτυχημένη προσπάθεια να αναδειχθούν εθνικοί πρωταθλητές. Ακόμη, μία νέα διαίρεση του κόσμου, ανάμεσα στο χρηματοπιστωτικό κεφάλαιο και στους υπόλοιπους, αλλά και ανάμεσα στον καπιταλισμό-καζίνο και τους παραγωγικούς ανθρώπους. (Δοξιάδης, 2014)

Η Τρίτη άποψη, περί ελληνικών παθογενειών στηρίζεται στη άποψη των λεγόμενων νεοθεσμικών, όπου σύμφωνα με αυτούς οι θεσμοί, είτε είναι τυπικοί είτε άτυποι, καθώς και οι νοοτροπίες μπορούν να ορίσουν σε μεγάλο βαθμό τη συμπεριφορά των ανθρώπων, των επιχειρήσεων και των κυβερνήσεων ευρύτερα και να εξηγήσουν γιατί ορισμένες χώρες ευημερούν και ορισμένες άλλες όχι. Στους θεσμούς περιλαμβάνονται οι μακροθεσμοί, όπως είναι το κράτος, αλλά και οι μικροθεσμοί, όπως είναι η οικογένεια και οι επιχειρήσεις. Επίσης, οι θεσμοί μπορούν να διακριθούν σε επίσημους όπως είναι το σχολείο και σε ανεπίσημους, όπως είναι το φροντιστήριο. Επιπλέον, περιλαμβάνονται οι ρυθμίσεις, όπως είναι η ιατρική νομοθεσία, οι οργανισμοί, όπως είναι τα νοσοκομεία, αλλά και οι συμπεριφορές, όπως είναι το γνωστό και ελληνικό «φακελάκι». Επίσης, στην έννοια των θεσμών περιλαμβάνονται και έννοιες όπως είναι η ιδεολογία, που ερμηνεύει την πρόοδο, καθώς και η νοοτροπία που συνδέεται με την εργασιακή ηθική. Όπως κάθε χώρα έχει τις ιδιομορφίες τις (π.χ. στην Αγγλία υπάρχει το Σίτυ και η παγκόσμια γλώσσα, στην Γαλλία υπάρχει συγκεντρωτική και πολύ αποτελεσματική δημόσια διοίκηση), έτσι και στην Ελλάδα, υπάρχει μια ιδιομορφία που σχετίζεται με τις οικογενειακές στρατηγικές, την εκπαίδευση, τα πολυεθνή αντικείμενα. (Δοξιάδης, 2014)

Οι (Τούντας, και συν., 2016) σε μια μελέτη που έκαναν αναφορικά με το αν η κρίση επηρέασε την υγεία των Ελλήνων, παρουσιάζουν μια ερμηνεία των αιτιών της οικονομικής κρίσης, σύμφωνα με την οποία αυτή στηρίζεται στις παθογένειες της ελληνικής οικονομίας και ευρύτερα κοινωνίας θα λέγαμε. Ειδικότερα επισημαίνουν τα ακόλουθα:

- Ø Στην Ελλάδα τα τελευταία 35 χρόνια το αναπτυξιακό και κοινωνικό πρότυπο ήταν προβληματικό καθώς η χώρα (και οι πολίτες σε μεγάλο βαθμό) δαπανούσε 5-10% παραπάνω χρήματα από αυτά που παρήγαγε, καθώς εξελισσόταν ένα μεγάλο, αναποτελεσματικό, ισοπεδωτικό και κομματοκρατούμενο κράτος, το οποίο παρουσίαζε διαρκώς ελλείμματα. Κάθε χρόνο όλο αυτό το χρονικό διάστημα το κράτος παρουσίαζε έλλειμμα στα έσοδα του, ενώ λίγες ήταν οι χρονιές που κατόρθωσε να πετύχει πρωτογενή πλεονάσματα. Το έλλειμμα στο ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών οφείλεται κυρίως στο έλλειμμα που παρουσίαζε το κράτος, το οποίο μερικές χρονιές ήταν πιο συγκρατημένο και άλλες ξέφευγε κατά πολύ των στόχων, όπως έγινε για παράδειγμα το 2009 πριν την είσοδο της χώρας υπό στενή οικονομική επιτήρηση.
- Ø Στην χώρα μας εμφανίζεται το εξής παράδοξο, ενώ δίνεται το 26% του ΑΕΠ για κοινωνικές δαπάνες, όντας ένα παρόμοιο ποσοστό με την Ευρωζώνη, η χώρα εμφανίζει ποσοστό φτώχειας που ξεπερνά το 20%.

Ως μερικά αίτια των παραπάνω οι (Τούντας, και συν., 2016) αναφέρουν τα εξής:

- Ø Δαπανώνται κάθε χρόνο πολλά δισεκατομμύρια ευρώ για συντάξεις γήρατος σε ανθρώπους που δεν είναι καν ηλικιωμένοι, ενώ ένα ακόμα χαρακτηριστικό των συντάξεων είναι ότι τα χρήματα που λαμβάνουν οι συνταξιούχοι ως ανταπόδοση είναι πολλαπλάσια των ασφαλιστικών εισφορών που έχουν καταβάλλει. Παράλληλα, τα τελευταία χρόνια, ιδίως μέχρι το 2009 προ του ξεσπάσματος της οικονομικής κρίσης παρατηρούνταν στη χώρα πρακτικές αλόγιστης συνταγογράφησης φαρμάκων, όπως και υπερτιμολογήσεις αναλώσιμων ιατρικών υλικών από τα νοσοκομεία, καθώς υπήρχε μέχρι τουλάχιστον το 2009 έλλειψη συστημάτων ελέγχου, διοίκησης και οργάνωσης.
- Ø Στη χώρα είναι κοινώς αποδεκτό ότι ακόμα και σήμερα υπάρχει εκτεταμένη φοροδιαφυγή σε όλο το φάσμα της κοινωνίας, είτε πρόκειται για μερικά ευρώ, είτε για μερικά εκατομμύρια ευρώ, καθώς και φοροαπαλλαγές ποικίλων

εξαιρέσεων, χωρίς να υπάρχει κοινωνικό όφελος πάντοτε. Ακόμη, χαρακτηριστικό είναι η φοροδιαφυγή πετρελαίου, η καθυστερήσεις στην εκδίκαση φορολογικών υποθέσεων και γενικότερα η έλλειψη σχεδίου και θέλησης έτσι ώστε να παταχθεί η φοροδιαφυγή.

- Ø Τα τελευταία χρόνια προ κρίσης υπήρξαν αυξημένες στρατιωτικές δαπάνες, εξαιτίας του περιβάλλοντος ανασφάλειας που επικρατούσε με τις γείτονες χώρες, αλλά και λόγω της έλλειψης συντονισμού των ενόπλων δυνάμεων, ενώ καθοριστικό ρόλο διαδραμάτισε η απουσία μεταρρυθμίσεων στη διάρθρωση και δομή των ενόπλων δυνάμεων.
- Ø Ακόμη, τα χρόνια της μεταπολίτευσης, υπήρξε αναποτελεσματική διαχείριση των Δημοσίων Επιχειρήσεων (Δ.Ε.Κ.Ο), καθώς το δημόσιο χορηγούσε κρατικές εγγυήσεις χωρίς να έχει πραγματοποιήσει τους κατάλληλους ελέγχους, με αποτέλεσμα αυτές να εκπίπτουν και να μετατρέπονται ουσιαστικά σε δημόσιο χρέος. Παράλληλα, η κακοδιαχείριση αυτών οδηγούσε σε μεγάλα ελλείμματα, ενώ η ψηφοθηρική πολιτική είχε ως αποτέλεσμα τη διόγκωσή τους με προσωπικό και έτσι ήταν διαρκώς ελλειμματικές.
- Ø Ένα άλλο χαρακτηριστικό που κυριαρχούσε τα τελευταία χρόνια ήταν η απώλεια της διαρθρωτικής ανταγωνιστικότητας στην οικονομία, καθώς υπήρχε πλήθος περιορισμών που επιβάλλονταν από δημόσιο στην επιχειρηματική δραστηριότητα και στις επενδύσεις, ενώ τα κλειστά επαγγέλματα και οι κλειστές αγορές στρέβλωναν την οικονομία αυξάνοντας το κόστος προϊόντων και υπηρεσιών και οδηγώντας μεγάλο μέρος των κερδών σε μεσάζοντες. Παράλληλα, θα λέγαμε ότι λόγω της κουλτούρας που διαμορφώθηκε, δημιουργήθηκε κοινωνική αποστροφή σε έννοιες όπως είναι ανταγωνισμός, αξιοκρατία, ανταγωνιστικότητα, αριστεία, δημιουργικότητα, επιχειρηματικότητα καθώς και παραγωγικότητα. (Τούντας, και συν., 2016)

Εκτός από τη κρίση χρέους με την οποία ήταν αντιμέτωπη η Ελλάδα, μέσω των συνεχώς αυξανόμενων ελλειμμάτων, η χώρα αντιμετώπιζε και πρόβλημα που αφορούσε την αύξηση του κατά κεφαλήν εισοδήματος. Πριν το 2007, ήδη το ελληνικό κατά κεφαλήν ΑΕΠ, υπολειπόταν του ευρωπαϊκού (της ΕΕ-15) και των ΗΠΑ κατά 15% και 35% αντίστοιχα, ενώ το 2009 τα ποσοστά βρίσκονταν στο 11% και στο 33% αντίστοιχα. Κατά μια έννοια η στέρηση αυτή μπορεί να ερμηνευθεί λόγω της χαμηλότερης παραγωγικότητας συγκριτικά με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, καθώς και από την χαμηλότερη συμμετοχή του πληθυσμού στο εργατικό δυναμικό. Η παραγωγικότητα μάλιστα θα λέγαμε ότι ήταν ένα δομικό πρόβλημα, καθώς το 2009



υπολειπόταν της παραγωγικότητας των ΗΠΑ κατά 40%, και κατά 29% του ευρωπαϊκού μέσου όρου. Επίσης, ένα άλλο στοιχείο της ελληνικής ιδιομορφίας είναι η συμμετοχή του πληθυσμού στο εργατικό δυναμικό που στην Ελλάδα ήταν το χαμηλότερο της Ευρώπης. Οι απασχολούμενοι και οι άνεργοι συνολικά αποτελούσα το 66% του δυνητικού εργατικού δυναμικού, σε σύγκριση με το 73% της Ε.Ε. των 15 και του 70% της νότιας Ευρώπης. Ειδικότερα, το έλλειμμα συμμετοχής στο εργατικό δυναμικό αφορά τις γυναίκες και τους νέους, φθάνοντας προ κρίση να είναι στο 38% για τις γυναίκες και στο 69% για τους νέους. Ουσιαστικά, τα δεδομένα αυτά αναδεικνύουν ότι ένα μικρό ποσοστό του εργατικού δυναμικού εργάζεται σκληρά και περισσότερες ώρες συγκριτικά με την υπόλοιπη Ευρώπη, προκειμένου να μπορέσει να συντηρηθεί ένα μη αποδοτικό παραγωγικό σύστημα. Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η χαμηλή παραγωγικότητα συνιστά ένα δομικό εμπόδιο στην αύξηση του κατά κεφαλή ΑΕΠ, ενώ το έλλειμμα συμμετοχής στην αγορά εργασίας προκύπτει ως απόρροια των στρεβλώσεων που υπάρχουν εδώ και πολλά χρόνια καθώς και εξαιτίας της ανελαστικότητας στην αγορά εργασίας, που συνιστούν τεχνητά εμπόδια για την ανάπτυξη πολλών επαγγελματιών. Το διάγραμμα 1, παρουσιάζει το έλλειμμα παραγωγικότητας στην Ελλάδα σε σύγκριση με άλλες χώρες. (McKinsey & Company, 2011).

**Διάγραμμα 2 Έλλειμμα παραγωγικότητας στην Ελλάδα και άλλες χώρες**



Πηγή: McKinsey & Company . (2011). *Η Ελλάδα 10 Χρόνια Μπροστά - Προσδιορίζοντας το νέο Μοντέλο Ανάπτυξης* . Αθήνα : McKinesy & Company, Athes Office

## Ανακεφαλαίωση

Στο κεφάλαιο αυτό αναφερθήκαμε στην πρόσφατη οικονομική κρίση και τις συνέπειες της, την σχέση που έχει, καθώς και τις επιπτώσεις στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Ακόμη κάναμε μία εισαγωγή στο θέμα της εργασίας και τον σκοπό που έχει, καθώς και το τι πρόκειται να μελετήσει. Στη συνέχεια θα αναφερθούμε πιο αναλυτικά στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και την έκτασή τους στην Ευρώπη.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

### **Εισαγωγή**

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας ανήκει στα συστήματα τύπου Bismark βάσει του 1ου άρθρου του νόμου 1397/83, «Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υγείας στο σύνολο των πολιτών και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση».

### **4.1 Ορισμός της Υγείας**

Η Υγεία είναι ο παράγοντας που μετράει την φυσική, ψυχολογική ή ακόμα και την πνευματική κατάσταση ενός ζώντος οργανισμού. Σύμφωνα με τον ορισμό που διατυπώθηκε στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1946), η υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». (WHO, 2013)

Έτσι λοιπόν, η έννοια της υγείας, δεν αποδίδεται μόνο από την ιατρική, αλλά και από άλλους παράγοντες όπως είναι το περιβάλλον, η οικονομία, η εργασία κ.ά.

Το πώς ορίζεται βέβαια η υγεία και η ασθένεια ως κοινωνική αναπαράσταση ίσως να διαφέρει, ανάλογα με τις πολιτιστικές διαφορές, τις ιδέες και πεποιθήσεις, την εκπαίδευση και την παιδεία, αλλά και τις θρησκευτικές αντιλήψεις, καθώς και τις αντιλήψεις για το σώμα που διαφοροποιούνται ανά κοινωνία. Είναι γνωστό ακόμα, ότι ο τεράστιος αριθμός παραγόντων που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας ενός πληθυσμού βρίσκεται σε άμεση συσχέτιση με την κοινωνική αναπαράσταση που έχει ο πληθυσμός για την υγεία του.

### **4.2. Προσδιοριστικοί Παράγοντες Υγείας**

Ο WHO, επιδιώκοντας να δώσει έναν γενικό ορισμό υπό τον όρο κοινωνικοί προσδιοριστές υγείας, αναφέρει πως: «Οι κοινωνικοί προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας αφορούν στις συνθήκες υπό τις οποίες οι άνθρωποι γεννιούνται, μεγαλώνουν, ζουν, εργάζονται και γηράσκουν.» (WHO, Social Determinants)

Το 2003, ο WHO, με τη δημοσίευση του “Solid Facts”, αναφέρεται στους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας και τα στοιχεία που αποδεικνύουν την αιτιώδη σχέση ανάμεσα στους κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες και την υγεία, καθώς και την επίπτωση των πολιτικών υγείας: (Wilkinson & Marmot, 2003)

- ✓ κοινωνική τάξη
- ✓ άγχος (συμπεριλαμβανομένου και του άγχους στην εργασία)
- ✓ πρώιμη παιδική ηλικία
- ✓ κοινωνικός αποκλεισμός
- ✓ εργασία
- ✓ ανεργία
- ✓ δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης
- ✓ εθισμοί
- ✓ διατροφή
- ✓ χρήση μέσων μεταφοράς

Ειδικότερα, επισημαίνει κυρίως πως οι κακές κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες επηρεάζουν την υγεία σε όλες τις φάσεις της ζωής του ατόμου και πως, ειδικά τα άτομα που ανήκουν σε κατώτερες κοινωνικές βαθμίδες, διατρέχουν τουλάχιστον δύο φορές τον κίνδυνο σοβαρής ασθένειας και πρόωρου θανάτου, σε αντίθεση με εκείνα των ανώτερων βαθμίδων.

### **4.3. Δείκτες υγείας.**

#### **4.3.1. Ρόλος δεικτών υγείας.**

Είναι λοιπόν κατανοητό πως η υγεία του ατόμου είναι μία πολυπαραγοντική κατάσταση που καθορίζεται από το ευρύτερο πλαίσιο της ζωής του. Συνεπώς, η κατάσταση υγείας του ατόμου και του πληθυσμού δεν προσδιορίζεται μονοδιάστατα από βιολογικούς, αλλά και από κοινωνικούς, ψυχολογικούς, περιβαλλοντικούς, οικονομικούς και πολιτικούς παράγοντες, καθώς όλοι αυτοί επηρεάζουν πτυχές της σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευημερίας. Οι προαναφερθέντες παράγοντες δεν επηρεάζουν την υγεία ανεξάρτητα ο ένας από τον άλλο. Αντιθέτως, η αλληλεπίδρασή τους προσδιορίζει το αποτέλεσμα της συγκεκριμένης στιγμής.

Στο πλαίσιο μιας συστημικής προσέγγισης, η υγεία και η ασθένεια αποτελούν προϊόντα αλληλεπίδρασης όλων αυτών των παραγόντων. Η προσέγγιση

αυτή επισημαίνει τις αλληλεπιδράσεις και επιβεβαιώνεται συνεχώς ως προς την ορθότητά της σχετικά με τους αιτιακούς μηχανισμούς διαμόρφωσης της υγείας. Έτσι, η υγεία και η ασθένεια αποτελούν δύο όψεις ενός συνεχούς ενιαίου και δυναμικού συστήματος, στο οποίο η θέση ατόμων ή ομάδων προσδιορίζεται κάθε φορά για μια δεδομένη στιγμή. (Καμινιώτη Ολυμπία, 2012)

Προκειμένου να πραγματοποιηθεί η συγκέντρωση όλων εκείνων των στοιχείων, για να γίνει η τελική αποτίμηση του επιπέδου υγείας του εκάστοτε πληθυσμού, επιβάλλεται η χρήση των δεικτών υγείας.

Οι δείκτες υγείας αποτελούν τη μονάδα μέτρησης των διαφόρων συστατικών της υγείας ενός συγκεκριμένου πληθυσμού ή μιας υγειονομικής μονάδας σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Κάθε δείκτης υγείας αποτελεί τη μία πτυχή του πολυδιάστατου αγαθού της υγείας, ενώ η συνισταμένη όλων αυτών εκφράζει τη συνολική εικόνα του επιδημιολογικού προτύπου του πληθυσμού και του συστήματος υγείας και, ανάλογα με τη θέση και το χρόνο που ορίζεται κάθε φορά, είναι δυνατή η κατανόηση τόσο των διαφορετικών πτυχών της υγειονομικής εικόνας του πληθυσμού όσο και του συστήματος υγείας. (Υγειονομικός Χάρτης της Ελλάδος, 2013)

#### 4.3.2. Κατηγορίες δεικτών υγείας

Συνοπτικά, οι δείκτες υγείας επιτρέπουν τη μέτρηση, την παρακολούθηση και την αξιολόγηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και είναι οι ακόλουθοι:

**1. Θετικοί δείκτες.** Οι θετικοί δείκτες παρουσιάζουν μία πιο ολοκληρωμένη εικόνα της υγείας. Τέτοιοι δείκτες είναι :

- i) Προσδόκιμο επιβίωσης. -Μέσος χρόνος ζωής του πληθυσμού,
- ii) Δείκτης γεννητικότητας. –Μέσο ποσοστό γεννήσεων στον πληθυσμό και
- iii) Δείκτης γονιμότητας. -Μέσος αριθμός παιδιών ανά γυναίκα.

**2. Αρνητικοί δείκτες.** Οι αρνητικοί δείκτες είναι δείκτες εμφάνισης συχνότητας νοσημάτων και άλλων παθολογικών καταστάσεων και αποτελούν ένα μέτρο μέτρησης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Αυτοί οι δείκτες είναι :

- i) Δείκτης νοσηρότητας.-Το ποσοστό των νοσούντων από μία συγκεκριμένη ασθένεια σ' ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα στον πληθυσμό
- ii) Δείκτης θνησιμότητας. -Αριθμός θανάτων από ένα συγκεκριμένο νόσημα σε μία συγκεκριμένη περίοδο στο σύνολο του πληθυσμού. Ο δείκτης θνησιμότητας μπορεί

να είναι γενικός δείκτης (αδρός δείκτης θνησιμότητας) ή μπορεί να είναι δείκτης θνησιμότητας ανά φύλο, ηλικία και αιτία θανάτου. Ένας δείκτης που δείχνει το επίπεδο υγείας ενός λαού είναι ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας. Αυτός ο δείκτης δείχνει τον αριθμό των θανάτων παιδιών ηλικίας μικρότερη του ενός έτους σ' ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα στο σύνολο των γεννηθέντων παιδιών στο ίδιο χρονικό διάστημα. Αυτός ο δείκτης χρησιμοποιείται ευρέως στις λιγότερο οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες όπου το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας είναι ιδιαίτερα υψηλό. Όσο το ποσοστό αυτό μειώνεται, τόσο δείχνει τη βελτίωση του επιπέδου υγείας, την πρόοδο της ιατρικής και τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης σε αυτές τις χώρες

iii) Δείκτης θνητότητας. -Εκφράζει την πιθανότητα θανάτου από ένα νόσημα ατόμων που έχουν προσβληθεί από αυτό

**3. Οικονομικοί και Διοικητικοί δείκτες.** Αποτυπώνουν την οικονομική και διοικητική κατάσταση στο σύστημα υπηρεσιών υγείας σε μία χώρα. Οι δείκτες αυτοί είναι:

i. Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ. -Ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (δηλαδή του συνολικού εισοδήματος που παράγεται σε μία χώρα) που δαπανάται στο χώρο της υγείας.

ii. Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας. – Το ποσό των χρημάτων που έχουν δαπανηθεί στο χώρο της υγείας αντιστοιχούν σε κάθε κάτοικο της χώρας

iii. Αριθμός ιατρών ανά 100.000 κατοίκους. –ο αριθμός ιατρών που αντιστοιχούν σε 100.000 κατοίκους

iv. Αριθμός νοσηλευτών ανά 100.000 κατοίκους. – ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού ανά 100.000 κατοίκους

v. Αριθμός νοσοκομειακών κλινών ανά 100.000 κατοίκους. – ο αριθμός των κλινών σε κλινικές και νοσοκομεία ανά 100.000 κατοίκους

vi. Αριθμός εισαγωγών ή εξαγωγών σ' ένα νοσοκομείο. – Ο αριθμός των ατόμων που εισέρχονται για νοσηλεία σε νοσοκομείο ή τον αριθμό των ατόμων που παίρνουν εξιτήριο από το νοσοκομείο

vii. Μέση διάρκεια νοσηλείας. – Ο μέσος αριθμός των ημερών νοσηλείας ανά περιστατικό ασθενή. (Υπολογίζεται διαιρώντας τον αριθμό ημερών νοσηλείας σ' ένα έτος με τον αριθμό των νοσηλευθέντων ασθενών στο ίδιο έτος)

viii. Αριθμό επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία

ix. Αριθμό εργαστηριακών εξετάσεων

x. Μέσο ποσοστό κάλυψης των κλινών. –Δείχνει το μέσο αριθμό ανά έτος που είναι απασχολημένο με ασθενή μία κλίνη. Υπολογίζεται διαιρώντας τον αριθμό ετήσιων ημερών νοσηλείας με τον αριθμό των διαθέσιμων κλινών που έχει πολλαπλασιαστεί με το 365

xi. Δείκτης πολυπλοκότητας και σοβαρότητας των περιστατικών Roemer (RCI).- Η μέση διάρκεια νοσηλείας των συνολικών περιστατικών κάθε νοσοκομείου στο ποσοστό κάλυψης των κλινών. Διαιρείται το ποσοστό κάλυψης κλινών ενός νοσοκομείου με το ποσοστό κάλυψης κλινών όλων των νοσοκομείων και αυτός ο δείκτης πολλαπλασιάζεται με τη μέση διάρκεια νοσηλείας του νοσοκομείου.

Πέρα από τους προαναφερόμενους δείκτες υγείας, υπάρχουν και γενικότεροι δείκτες που απευθύνονται στο σύνολο του πληθυσμού, και όχι μόνο σε αυτούς που εμφανίζουν κάποιο σύμπτωμα, και επιτρέπουν τη σύγκριση του γενικού επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Τέτοιοι δείκτες είναι:

a. Ισοδύναμα Υγιή Χρόνια Ζωής.- Τα χρόνια ζωής σε κατάσταση τέλει υγείας

b. Ποιοτικά Σταθμισμένα Χρόνια Ζωής. -Τα χρόνια ζωής ενός ατόμου σταθμισμένα με την ποιότητα ζωής που τους αποδίδει το άτομο.

c. Δυνητικά Χαμένα Χρόνια Ζωής. -Τα συνολικά χρόνια ζωής που χάνονται από αιτίες που θα μπορούσαν να αποφευχθούν.

d. Υγιές Προσδόκιμο Ζωής. -Τα χρόνια τα οποία ένας πληθυσμός μπορεί να ζήσει χωρίς σοβαρή ανικανότητα ή βλάβης.

e. Χρόνια Ζωής Σταθμισμένα για Ανικανότητα. -Συνολικά χρόνια με καλή υγεία κατά κύριες αιτίες ανικανότητας.

#### **4.4 Δομή του Ελληνικού Συστήματος Υγείας**

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. οι βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν ένα σύστημα υγείας είναι:

α) Αποτελεσματικότητα, με την έννοια αυτή εννοούμε την επίτευξη του βασικού στόχου ενός συστήματος υγείας που δεν είναι άλλος από την βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Αναφορικά με τον στόχο αυτό χρησιμοποιούνται δείκτες όπως:

- ✓ Γενική θνησιμότητα
- ✓ Προσδόκιμο επιβίωσης
- ✓ Πρώιμη θνησιμότητα

Για την επίτευξη της βελτίωσης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού δαπανώνται πολλά χρήματα και είναι γεγονός ότι οι δαπάνες για την υγεία αποτελούν ένα από τα βασικά προβλήματα για τους προϋπολογισμούς αρκετών χωρών.

β) Μια άλλη βασική αρχή που πρέπει να διέπει ένα σύστημα υγείας είναι η αποδοτικότητα. Σε αυτό το σημείο εξετάζεται η σχέση μεταξύ εισροών και εκροών. Εισροές σε ένα σύστημα υγείας είναι:

- ✓ το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό.
- ✓ οι κτιριακές υποδομές.
- ✓ ο ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός.

Ενώ εκροές είναι ο αριθμός των ημερών νοσηλείας και η βελτίωση της υγείας των ασθενών. Στόχος εδώ είναι η ορθολογική κατανομή των πόρων προς όφελος όχι μόνο των ασθενών πολιτών αλλά και ολοκλήρου του πληθυσμού.

γ) Ισότητα στην πρόσβαση σε διαφορετικές κοινωνικές τάξεις, η οποία συνδέεται με την κοινωνική δικαιοσύνη και την κατανομή των φορολογικών βαρών των πολιτών.

#### **4.5 Η οργάνωση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας**

Το Ελληνικό σύστημα υγείας αποτελείται από ένα μεικτό σύστημα υγείας με συμμετοχή τόσο του ιδιωτικού όσο και του δημόσιου τομέα, όχι μόνο από την πλευρά παροχής υπηρεσιών υγείας, αλλά και από την χρηματοδότηση αυτών. Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί κοινωνικό δικαίωμα του Έλληνα πολίτη και σχετίζεται με την υπηκοότητα, την επαγγελματική κατάσταση και τις ασφαλιστικές εισφορές προς τους δημόσιους φορείς.



Το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί υποσύστημα του υγειονομικού τομέα της χώρας. Ο υγειονομικός τομέας απορροφά το 8% του ΑΕΠ και απασχολεί το 3% του εργατικού δυναμικού της χώρας. Εάν εξετάσουμε το σύστημα υγείας από άποψη οργάνωσης και λειτουργίας μπορούμε να καταγράψουμε μια σειρά από ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, ιδιομορφίες και αδυναμίες. Τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά τα οποία συγκεντρώνει είναι τα ακόλουθα:

Μικτό σύστημα δημόσιου χαρακτήρα με πολλές ιδιαιτερότητες

Ιστορικά το ελληνικό σύστημα υγείας αναπτύχθηκε βασισμένο, σε μεγάλο βαθμό, στην κοινωνική ασφάλιση (μοντέλο Bismarck), δηλαδή στην κάλυψη των υγειονομικών αναγκών των διάφορων επαγγελματικών ομάδων μέσω ασφαλιστικών ταμείων. Σήμερα το μοντέλο αυτό οδηγείται σταδιακά προς ένα σύστημα υγείας που από άποψη χρηματοδότησης τουλάχιστον- εξαρτάται κατά το μεγαλύτερο ποσοστό του από τον κρατικό προϋπολογισμό (μοντέλο Beveridge), ενώ ο παραδοσιακός ρόλος της κοινωνικής ασφάλισης στην κάλυψη του κινδύνου της ασθένειας αποδυναμώνεται χρόνο με τον χρόνο, χωρίς αυτό να αποτελεί συνειδητή επιλογή ούτε της κυβέρνησης ούτε βέβαια των ίδιων των ασφαλιστικών φορέων.

Το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί ένα μικτό σύστημα δημόσιου χαρακτήρα -όπως συμβαίνει σήμερα, λιγότερο ή περισσότερο, με όλα τα ευρωπαϊκά συστήματα-, στο οποίο ο δημόσιος τομέας έχει τον κυρίαρχο ρόλο (υποδομές, χρηματοδότηση, εξουσία), τα πολλά ασφαλιστικά ταμεία έχουν δευτερεύοντα ρόλο και περιορισμένη παρουσία, ενώ ο ιδιαίτερα μεγάλος ιδιωτικός τομέας απορροφά περισσότερο από το 1/3 των συνολικών δαπανών υγείας.

Με βάση την τυπολογία που υιοθετείται από τον ΟΟΣΑ, το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί ένα μείγμα του δημόσιου μοντέλου με συμβάσεις και του δημόσιου ολοκληρωμένου μοντέλου, ενώ συνυπάρχουν διάσπαρτα στοιχεία και των τεσσάρων από τα υπόλοιπα πέντε μοντέλα.

Σκοπός του Ε.Σ.Υ. είναι η βελτίωση της υγείας των ασθενών και όχι η πρόσφορα υπηρεσιών υγείας. Έτσι συχνά ο δημόσιος τομέας ικανοποιεί τις ανάγκες του πληθυσμού, ενώ ο ιδιωτικός τομέας καλύπτει την ζήτηση. Στο Ε.Σ.Υ. συνυπάρχουν τόσο η χρηματοδότηση από την γενική φορολογία (Beveridge type), που συναντάται κυρίως στην Μ. Βρετανία, Ιρλανδία, Σκανδιναβικές χώρες και τον Ευρωπαϊκό νότο, όσο και η χρηματοδότηση από την κοινωνική ασφάλιση (Bismarck type), που συναντάται στην υπόλοιπη Δυτική Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη, σε

αυτή την περίπτωση τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης «αγοράζουν» υπηρεσίες από δημόσιους και ιδιωτικούς παρόχους υπηρεσιών υγείας. Πριν από το 1983 η παροχή υγειονομικών υπηρεσιών στην Ελλάδα ακολουθούσε το μοντέλο Bismark-type, δηλαδή βασιζόταν στην κοινωνική ασφάλιση. Έως το 2010 στην Ελλάδα συνυπάρχει το Ε.Σ.Υ. το οποίο θεσμοθετήθηκε το 1983 μαζί με ένα μεγάλο αριθμό ταμείων περίπου 30 στο σύνολο τα οποία λειτουργούν υπό κρατικό έλεγχο και με ένα ιδιαίτερα αναπτυγμένο ιδιωτικό τομέα.

Το υγειονομικό σύστημα στην Ελλάδα συνίσταται σε 3 επιμέρους υποσυστήματα:

- Ø Το Ε.Σ.Υ. που περιλαμβάνει κυρίως νοσοκομεία, κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης και το Ε.Κ.Α.Β.
- Ø Το Ι.Κ.Α. και τα λοιπά ασφαλιστικά ταμεία, περίπου τριάντα το 2010, προσφέρουν κάλυψη στους δικαιούχους ανάλογα με την ικανότητα πληρωμής.
- Ø Ο ιδιωτικός τομέας που περιλαμβάνει κερδοσκοπικού τύπου νοσοκομεία, διαγνωστικά κέντρα, κλινικές μαιευτήρια, ανεξάρτητα ιατρεία και οδοντιατρεία.

Το εγχώριο υγειονομικό σύστημα διακρίνεται σε 3 κατηγορίες υγειονομικής περίθαλψης:

### **Πρωτοβάθμια περίθαλψη**

Η κατηγορία αυτή παραλαμβάνει υπηρεσίες διάγνωσης και πρόληψης ασθενειών και νοσημάτων χωρίς να απαιτείται νοσηλεία του ασθενή σε νοσοκομείο.

Παρέχεται:

- 1) Από φορείς του δημόσιου τομέα όπως κέντρα υγείας ,εξωτερικά ιατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών π.χ. Ι.Κ.Α.,Ο.Γ.Α., Ο.Π.Α.Δ. κτλ.
- 2) Από ιδιωτικούς φορείς, σε αυτή την κατηγορία συμπεριλαμβάνονται οι υπηρεσίες πρόληψης και διάγνωσης ιδιωτικών ιατρείων, διαγνωστικών κέντρων, εξωτερικών ιατρείων, ιδιωτικών κλινικών, ιδιώτες ιατροί και οδοντίατροι.

Με τον όρο Πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας ορίζεται το σύνολο των υπηρεσιών υγείας προληπτικού, διαγνωστικού και θεραπευτικού χαρακτήρα για τις οποίες δεν απαιτείται διανυκτέρευση του ασθενούς εντός νοσηλευτικής μονάδος.

Η Πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει δύο βαθμίδες υπηρεσιών, οι οποίες δεν είναι πάντα διακριτές μεταξύ τους, και είναι οι ακόλουθες:

- ✓ Την Πρωτοβάθμια παροχή προληπτικών υπηρεσιών υγείας ή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.
- ✓ Την Πρωτοβάθμια παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών υγειονομικών υπηρεσιών ή πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα - Πρόληψη είναι σαφώς αποδοτικότερη και οικονομικότερη από τη διαχείριση της ασθένειας. Το Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας - Πρόληψης καλύπτει κυρίως:

- Ø Την καταπολέμηση και την προσπάθεια εξάλειψης των αίτιο λογικών παραγόντων της αρρώστιας (που αποτελεί πρωτογενή πρόληψη) καθώς και την πρόωπη και έγκαιρη διάγνωση της αρρώστιας (δευτερογενής πρόληψη).
- Ø Την άσκηση προληπτικής ιατρικής και την υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού.
- Ø Την ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα.
- Ø Την ιατρική της εργασίας, με στόχο συγκεκριμένα τη βελτίωση των όρων υγιεινής και την ελαχιστοποίηση των επαγγελματικών νόσων και ατυχημάτων.
- Ø Την παροχή Υπηρεσιών Προσχολικής και Σχολικής Υγιεινής
- Ø Την ενημέρωση του κοινού σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού και ευγονικής, καθώς επίσης και για ασθένειες-απειλές της ανθρωπότητας, όπως το AIDS.
- Ø Τον έλεγχο της ρύπανσης του περιβάλλοντος.
- Ø Την Αγωγή Υγείας.
- Ø Την παροχή Υπηρεσιών Κοινωνικής Φροντίδας με στόχο την αντιμετώπιση κοινωνικοοικονομικών και ψυχολογικών προβλημάτων που παρατηρούνται σε άτομα ή ομάδες και παράλληλα την προστασία των ατόμων που ανήκουν στις καλούμενες ευπαθείς ομάδες πληθυσμού (υπερήλικες, άτομα με χρόνιες παθήσεις, μειονεκτικά άτομα, χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών κ.λπ.)
- Ø Την αγωγή στοματικής υγείας και την άσκηση προληπτικής οδοντιατρικής μέσα από την τακτική εξέταση του πληθυσμού δεδομένου ότι με αυτό θα

αποτραπούν σημαντικές επιπλοκές για την υγεία, ιδιαίτερα στις νεότερες ηλικίες, και φυσικά θα αποφευχθούν πολυέξοδες θεραπείες που επιβαρύνουν σημαντικά το ασφαλιστικό σύστημα.

### **Δευτεροβάθμια περίθαλψη.**

Σε αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται υπηρεσίες που απευθύνονται σε ασθενείς που χρειάζονται νοσηλεία σε νοσοκομεία ή κλινικές.

Παρέχεται από:

- 1) Φορείς του δημόσιου (δημόσια νοσοκομεία & λίγα ανεξάρτητα θεραπευτήρια που επιχορηγούνται από το κράτος).
- 2) Ιδιωτικούς φορείς (Κερδοσκοπικού χαρακτήρα νοσοκομεία και κλινικές).

Με τον όρο Δευτεροβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας ορίζεται το σύνολο των διαγνωστικών και θεραπευτικών ιατρικών τεχνικών, για την εφαρμογή των οποίων είναι αναγκαία η νοσηλεία των ασθενών εντός του νοσοκομείου, χωρίς να είναι υποχρεωτική η διανυκτέρευση σε αυτό. Λειτουργική μονάδα της Δευτεροβάθμιας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι το Νοσοκομείο.

Οι δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας παρέχονται σε όλη τη χώρα από νοσοκομεία:

- ✓ Κρατικά του Ε.Σ.Υ., στα οποία υπηρετούν γιατροί του Ε.Σ.Υ.
- ✓ Πανεπιστημιακά, στα οποία υπηρετούν πανεπιστημιακοί αλλά και γιατροί του Ε.Σ.Υ. Ο Πρόεδρος του νοσοκομείου, ο Διευθυντής της Ιατρικής Υπηρεσίας, ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου και οι Διευθυντές των κλινικών και των εργαστηρίων, απαιτείται να είναι μέλη Δ.Ε.Π. της Ιατρικής σχολής.
- ✓ Στρατιωτικά, που υπάγονται στο υπουργείο Εθνικής Άμυνας και στα οποία υπηρετούν μόνιμοι και στρατεύσιμοι γιατροί ως και πολίτες γιατροί, με ειδικές συμβάσεις σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες.
- ✓ Ειδικού καθεστώτος στο οποίο υπάγονται όσα δεν ανήκουν στο Ε.Σ.Υ. και δεν είναι του ιδιωτικού τομέα. Σε αυτά υπηρετούν γιατροί με ειδικές συμβάσεις, σύμφωνα με τον οργανισμό του νοσοκομείου.
- ✓ Ιδιωτικά θεραπευτήρια.

### **Τριτοβάθμια περίθαλψη.**

Οι Τριτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας απαιτούν ειδικές κτιριολογικές εγκαταστάσεις, σύγχρονο ιατρομηχανολογικό εξοπλισμό υψηλής στάθμης, κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό όλων των ειδικοτήτων και κατηγοριών και σημαντικά υψηλές δαπάνες λειτουργίας. Σήμερα υπάρχουν αρκετές μονάδες, με διάφορα αντικείμενα εργασιών (εξειδικευμένα Ινστιτούτα, Κλινικές και Εργαστήρια) τα οποία λειτουργούν υπό διαφορετικό καθεστώς ή υποχρηματοδοτούνται. Η άσκηση της κοινωνικής πολιτικής που γίνεται από το Υπουργείο Υγείας περιλαμβάνει γενικότερα τον σχεδιασμό, προγραμματισμό, εφαρμογή, παρακολούθηση, αξιολόγηση, επανεκτίμηση του έργου με τη συμμετοχή των φορέων του κοινωνικού συνόλου.

#### **4.5 Ο Ρόλος των Κοινωνικών Παραγόντων**

Η προστασία της υγείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο γεννιέται, μεγαλώνει, εκπαιδεύεται, εργάζεται και ζει κάθε άτομο. Το κοινωνικό περιβάλλον επιδρά στην υγεία με διάφορους τρόπους. Οι οικονομικές δυνατότητες κάθε ατόμου ή κάθε ομάδας ατόμων, η μορφή της κοινωνικής οργάνωσης, η οικογένεια, η εκπαίδευση, η εργασία, οι υπηρεσίες υγείας, και βέβαια ο πολιτισμός που σφραγίζει την ιδιαιτερότητα και τη διαφορετικότητα κάθε κοινωνίας, αποτελούν μείζονος σημασίας παράγοντες που επιδρούν στην υγεία. Απ' όλους αυτούς τους παράγοντες, ο πιο σημαντικός, όπως ήδη προαναφέρθηκε, είναι ασφαλώς η οικονομική κατάσταση. Η φτώχεια αποτελεί τη μεγαλύτερη απειλή για την υγεία. Εκτός όμως από την οικονομία, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και άλλοι κοινωνικοί παράγοντες, και κυρίως η μορφή της κοινωνικής οργάνωσης. Η σημασία αυτών των παραγόντων, και ιδιαίτερα της σχέσης της οικονομίας με την κοινωνική οργάνωση, έχουν οδηγήσει πολλούς ερευνητές να προσεγγίζουν τα ζητήματα αυτά από τη σκοπιά της «κοινωνικοοικονομικής κατάστασης» (ΚΟΚ) του ατόμου, που συνδυάζει την οικονομία με την κοινωνική θέση -χωρίς αυτό να αναιρεί την ξεχωριστή επίδραση που καθεμιά ασκεί στην υγεία. Κατά σειρά σπουδαιότητας, ακολουθούν η εργασία, η οικογένεια και η εκπαίδευση, ενώ ο ρόλος των υπηρεσιών υγείας και της ιατρικής είναι σχετικά πιο περιορισμένος. Συχνά τα τελευταία χρόνια, ορισμένοι απ' αυτούς τους κοινωνικούς παράγοντες συμπεριλαμβάνονται στην έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου. Το κοινωνικό κεφάλαιο περιλαμβάνει θεσμούς κοινωνικής ασφάλειας και υποστήριξης, λειτουργία δικτύων αλληλεγγύης, ισχυρούς ανθρώπινους δεσμούς, κ.ά., που διευκολύνουν το συντονισμό και τη συνεργασία προς

αμοιβαίο όφελος. Τα κοινωνικά αυτά δεδομένα συνδέουν σημαντικούς τομείς της κοινωνίας και γεφυρώνουν κοινωνικές ρωγμές, με αποτέλεσμα να ενισχύεται η κοινωνική συνοχή. Ισχυρό κοινωνικό κεφάλαιο διαθέτουν οι επονομαζόμενες «κοινωνίες των πολιτών», οι οποίες ορίζονται ως οι κοινωνίες που δίνουν αξία και προτεραιότητα στην ισότητα, στη δικαιοσύνη, στην αλληλεγγύη, στη συμμετοχή των πολιτών, στη συνεργασία, στο ήθος και στην ακεραιότητα, αλλά και στις οποίες οι κοινωνικοί και πολιτικοί ιστοί είναι οργανωμένοι κυρίως οριζόντια, και όχι κάθετα/ιεραρχικά. Επειδή, όμως, οι ανθρώπινες κοινωνίες χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη ανισοτήτων, είναι φανερό ότι οι κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία είναι επίσης άνισα κατανομημένοι σε κάθε πληθυσμό. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα να παρατηρούνται σοβαρές διαφοροποιήσεις στην υγεία, όχι μόνο από κοινωνία σε κοινωνία, αλλά και μεταξύ των μελών κάθε κοινωνίας, ανάλογα με τη θέση που κατέχουν σε αυτήν. Οι διαφοροποιήσεις είναι λιγότερο έντονες στα πρώτα χρόνια της ζωής, ενώ αυξάνονται με το πέρασμα των χρόνων. Η σχέση ανάμεσα στο κοινωνικό περιβάλλον και στην υγεία είναι σχέση δυναμική. Οι κοινωνίες αλλάζουν, το κοινωνικό περιβάλλον διαφοροποιείται, οι νοσογόνοι παράγοντες μεταβάλλονται. Όλες αυτές οι αλλαγές επιδρούν στην εκδήλωση της αρρώστιας και τροποποιούν την κοινωνική κατανομή της. Η κοινωνική κινητικότητα, εξάλλου, επηρεάζει την εμφάνιση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία. Τα άτομα που ανέρχονται την κοινωνική κλίμακα έχουν επιβαρημένη υγεία λόγω της κοινωνικής τους προέλευσης, ενώ το αντίθετο συμβαίνει με τα άτομα που κατέρχονται την κοινωνική κλίμακα. Η οικονομική κρίση απειλεί τις χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης και στο εσωτερικό των χωρών αυτών, κυρίως τα χαμηλά κοινωνικά στρώματα και αναδεικνύει τρία βασικά αλληλοσυνδεόμενα προβλήματα:

- (α) την αυξανόμενη τάση κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων στο εσωτερικό των χωρών.
- (β) την ανισοτιμία στις συνθήκες κοινωνικής προστασίας και υγείας.
- (γ) τις κοινωνικές ανισότητες στη χρήση των υπηρεσιών υγείας και στα αποτελέσματά τους, δηλαδή στο επίπεδο υγείας.

Για τη μελέτη του φαινομένου των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία έχουν προταθεί διάφοροι τρόποι κοινωνικής ταξινόμησης. Ένας από τους πλέον διαδεδομένους και διεθνώς καταξιωμένους είναι του Βρετανικού Γενικού Ληξιαρχείου, που βασίζεται στην επαγγελματική απασχόληση. Επειδή, όμως, το

επάγγελμα και το εισόδημα μπορεί να παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις και ανάμεσα στα μέλη της ίδιας κοινωνικής τάξης, έχουν διαμορφωθεί πιο σύγχρονοι δείκτες, που συνδυάζουν περισσότερες κοινωνικές παραμέτρους.<sup>2</sup>

#### **4.6. Η Επίδραση της Οικονομικής Κρίσης στην Υγεία**

Οι περίοδοι κρίσεων, οικονομικών, κοινωνικών ή άλλων, λόγω των ειδικών συνθηκών που διαμορφώνονται κατά τη διάρκειά τους, έχουν συγκεντρώσει στο παρελθόν το ενδιαφέρον πολλών επιστημονικών κλάδων. Μεταξύ άλλων, έχουν μελετηθεί και οι συνέπειές τους στον τομέα της δημόσιας υγείας. Ωστόσο, είναι γεγονός, ότι η υγεία ενός πληθυσμού διαμορφώνεται από πλήθος παραγόντων, οι οποίοι αλληλεπιδρούν μεταξύ τους μέσω εξαιρετικά πολύπλοκων σχέσεων, τις οποίες πολλές φορές είναι αδύνατο να διερευνήσουμε. Τα δεδομένα που υπάρχουν για τις συνέπειες των οικονομικών κρίσεων στην υγεία προέρχονται από μελέτες παρατήρησης, όπου οι συγχυτικοί παράγοντες είναι δύσκολο να ελεγχθούν. Επιπλέον, οι οικονομικές κρίσεις σε διαφορετικές χώρες και εποχές μπορεί να έχουν πολύ διαφορετικά χαρακτηριστικά, αιτιολογία, διάρκεια και ένταση, ενώ και οι πολιτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των συνεπειών τους ποικίλουν σε σημαντικό βαθμό.

Κάθε οικονομική κρίση, σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό, μειώνει το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (ΑΕΠ), προκαλεί απώλεια του οικογενειακού και ατομικού εισοδήματος των περισσότερων πολιτών, αυξάνει την ανεργία και τον κίνδυνο απώλειας της εργασίας, χειροτερεύει τις συνθήκες κατοικίας και εργασίας, περιορίζει τις κοινωνικές παροχές και την ασφαλιστική κάλυψη, δυσχεραίνει τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας, καθώς και την πρόσβαση των πολιτών σ' αυτές. Οι αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης έχουν σαν αποτέλεσμα τη χειροτέρευση της σωματικής και ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Στις περισσότερες περιπτώσεις που μελετήθηκαν διεθνώς, διαπιστώθηκε μείωση του προσδόκιμου ζωής, αύξηση των δεικτών θνησιμότητας και νοσηρότητας, χειροτέρευση της Ποιότητας Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία (ΠΖσΥ) και υιοθέτηση ορισμένων ανθυγιεινών συμπεριφορών. Στον τομέα της σωματικής υγείας, οι πιο ισχυρές επιπτώσεις αφορούν τα λοιμώδη και τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ενώ σε ό,τι αφορά τη ψυχική υγεία,

---

<sup>2</sup> Βλέπε Πεχλιβανίδου Παρθένα (2017) "Δημόσια Υγεία, Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα. Προβλήματα και Προοπτικές.

παρατηρείται μεγάλη αύξηση της κατάθλιψης, η οποία σχετίζεται σημαντικά με την παρατηρούμενη αύξηση των αυτοκτονιών.

#### 4.7. Επιπτώσεις στα Συστήματα Υγείας

Οι πιέσεις της οικονομικής κρίσης στις κυβερνήσεις και στους καταναλωτές-ασθενείς που απειλούνται με απώλεια του εισοδήματός τους και άρα απώλεια της ασφαλιστικής τους κάλυψης είναι ασφυκτικές. Το γεγονός αυτό απειλεί την ομαλή και αποδοτική λειτουργία του υγειονομικού τομέα που εξαρτάται άμεσα από τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής προστασίας.

Δεδομένου ότι οι κυβερνήσεις δεσμεύουν εκατοντάδες δισεκατομμυρίων για να υποστηρίξουν τα τραπεζικά συστήματα, να προσφέρουν εγγύηση στους καταθέτες τα επόμενα χρόνια και δανείζονται τεράστια ποσά αυξάνοντας τα δημόσια ελλείμματα, είναι εξαιρετικά δύσκολο να μην ασκηθούν ασφυκτικές πιέσεις στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης και να μην προκύψει επίπτωση (περιορισμός δαπανών) έστω και μικρή στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας ακόμη και των ανεπτυγμένων κρατών (Appleby, 2008). Αυτό επιβεβαιώνει και το θέμα “Health System Priorities when Money is Tight”, (δηλαδή η «επιβίωση» των συστημάτων υγείας), που τέθηκε στη συνάντηση των Υπουργών Υγείας των χωρών του ΟΟΣΑ το 2010.

Η αύξηση των αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία σε συνδυασμό με τη μερική ή και ολική απώλεια του εισοδήματος στρέφει τους καταναλωτές – ασθενείς σε δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα την αύξηση των δαπανών στο τομέα αυτό και την ανάγκη αύξησης της χρηματοδότησης από τους ήδη στραγγαλισμένους κρατικούς προϋπολογισμούς (WHO-b, 2009 □ Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2009). Οι υπηρεσίες υγείας θα κληθούν λοιπόν να λειτουργήσουν εξίσου αποτελεσματικά παρά τις περικοπές των δαπανών, γεγονός που μπορεί να μην είναι εφικτό και ως εκ τούτου να περιοριστεί η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και η ικανοποίηση των προσδοκιών των χρηστών (Erman, 2009).

Η στροφή στις δημόσιες υπηρεσίες οδηγεί στη μείωση της ζήτησης στον ιδιωτικό τομέα και αυτή συνεπάγεται τη μείωση της αποδοτικότητας και της ρευστότητας του και απαιτεί τον περιορισμό διοικητικών δαπανών, την επανεξέταση ή την αναβολή των επενδύσεων, τη μείωση του προσωπικού, τη μείωση των



υπηρεσιών, την εκποίηση περιουσιακών στοιχείων, τη πιθανή συγχώνευση και τέλος τη συρρίκνωσή του (American Hospital Association, 2008).

Σύμφωνα με την αμερικανική ένωση νοσηλευτικών ιδρυμάτων (2008), πολλά νοσοκομεία βλέπουν τις επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης στον αριθμό και το μίγμα των ασθενών που αναζητούν φροντίδα. Λόγω της μη ασφάλισης τα άτομα βάζουν σε αναμονή τα προβλήματα υγείας ή αναβάλλουν τις προγραμματισμένες διαδικασίες με αποτέλεσμα να υπάρχουν λιγότερες τακτικές εισαγωγές και διαδικασίες σε αντίθεση με τις επείγουσες επισκέψεις. Έτσι η πλειοψηφία των νοσοκομείων βλέπει αύξηση του ποσοστού των ασθενών που αδυνατεί να πληρώσει και την ανάγκη για επιδοτούμενη φροντίδα να αυξάνεται αντιστρόφως ανάλογα. Η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος θα στρέψει την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας σε υπηρεσίες οι οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη. Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Κυριόπουλου (2010-β) έχουν αυξηθεί περίπου 30% οι επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων, ενώ αντίστοιχα έχουν περιοριστεί στις απολύτως αναγκαίες οι επισκέψεις στα ιδιωτικά ιατρεία. Αυτό ταυτόχρονα δείχνει ότι και ο ιδιωτικός τομέας υγείας αντιμετωπίζει ήδη πρόβλημα μειωμένης ζήτησης, ενώ οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες αντιμετωπίζουν δυσχέρειες στη χρηματοδότησή τους, καθώς η ζήτηση για τη σύναψη ιδιωτικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων υγείας μειώνεται εξαιτίας της μείωσης του διαθέσιμου εισοδήματος (Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2009).

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

Σε δυσκολότερη θέση βρίσκονται τα συστήματα υγείας των αναπτυσσόμενων χωρών που θα αντιμετωπίσουν προβλήματα χρηματοδότησης αφενός λόγω της μείωσης των δαπανών συνεπεία της οικονομικής στενότητας, αφετέρου λόγω τη διακοπής της εξωτερικής οικονομικής βοήθειας από τις πλουσιότερες χώρες, οι οποίες καλύπτουν ένα μεγάλο τμήμα της χρηματοδότησης για την υγεία, και οι οποίες θα επιχειρήσουν να περικόψουν τις δαπάνες τους (WHO-a, 2009 WHO-b, 2009).

#### **4.8. Οι επιπτώσεις στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας**

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

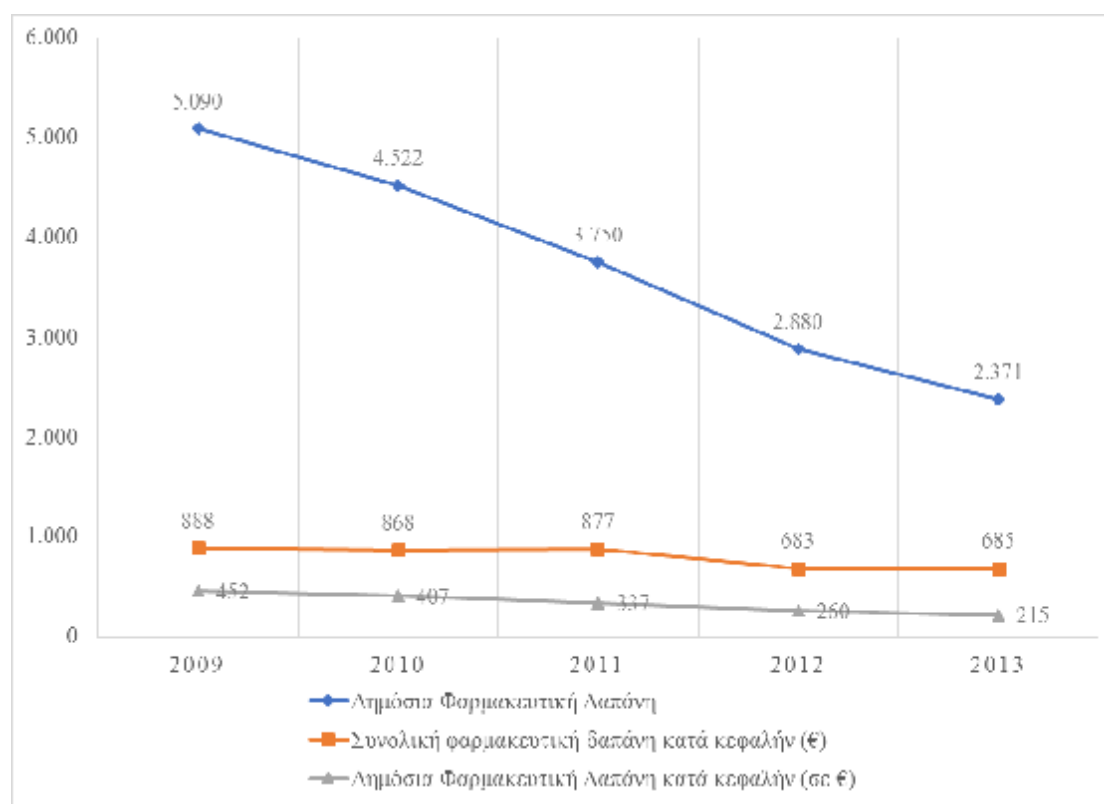
Η παρούσα οικονομική κρίση σε συνδυασμό με το πολύ υψηλό εθνικό έλλειμμα συρρίκνωσε την ελληνική οικονομία γεγονός που υποδεικνύει ότι θα υπάρξουν συνέπειες και στους προϋπολογισμούς για το ΕΣΥ, προϋπολογισμοί που αναγκαστικά θα διατεθούν για τη μικροδιαχείριση σε βάρος του σχεδιασμού για ένα καλύτερο σύστημα υγείας.

Οι περικοπές της τάξεως του 1 δις. ευρώ από τους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων θα δυσκολέψουν ακόμη περισσότερο την κατάσταση γιατί θα κληθούν να αντιμετωπίσουν ακόμη μεγαλύτερη ζήτηση, εφόσον μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος θα στρέψει την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας σε υπηρεσίες οι οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη. Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Κυριόπουλου (2010-β) έχουν αυξηθεί περίπου 30% οι επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων, ενώ αντίστοιχα έχουν περιοριστεί στις απολύτως αναγκαίες οι επισκέψεις στα ιδιωτικά ιατρεία. Αυτό ταυτόχρονα δείχνει ότι και ο ιδιωτικός τομέας υγείας αντιμετωπίζει ήδη πρόβλημα μειωμένης ζήτησης, ενώ οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες αντιμετωπίζουν δυσχέρειες στη χρηματοδότησή τους, καθώς

η ζήτηση για τη σύναψη ιδιωτικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων υγείας μειώνεται εξαιτίας της μείωσης του διαθέσιμου εισοδήματος (Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2009).

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

**Διάγραμμα 3 Πορεία συνολικής και κατά κεφαλήν δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης μετά την εκδήλωση της οικονομικής κρίσης**



Πηγή: Μανιάτης και συν. (2012); OECD (2016)

Η κρίση, τέλος, είχε αναπόφευκτες επιπτώσεις και στο σύστημα υγείας. Τα χρέη του ΕΟΠΠΥ αυξήθηκαν μόνο μέσα στο 2015 κατά 1 δισ. ευρώ. Επίσης, η δυσκολία στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα ήταν πάντοτε μεγαλύτερη από το μέσο όρο της Ε.Ε., αλλά μετά το 2010 η διαφορά έχει μεγαλώσει πολύ.<sup>3</sup>

**Πίνακας 3 Δαπάνες υγείας στην Ελλάδα ως ποσοστό % του ΑΕΠ της περιόδου 2003-2013**  
**Δαπάνες του τομέα Υγείας στην Ελλάδα, σε ποσοστό % επί του ΑΕΠ, διαχρονικά**

Ετος	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Δημόσιος Τομέας	5,1	4,8	5,6	5,7	5,6	5,8	6,8	6,2	6,7	6,2	6
Ιδιωτικός Τομέας	3,1	3,1	3,4	3,3	3,5	3,9	3	3	3,1	2,9	3,1
Συνολική Δαπάνη	8,2	8	9	9	9,1	9,8	9,8	9,2	9,7	9,1	9,2

Πηγή: (OECD , 2015)

**Πίνακας 4 Δαπάνες υγείας της ΕΕ-15 ως μέσος όρος, σε ποσοστό % του ΑΕΠ της περιόδου 2003-2013**

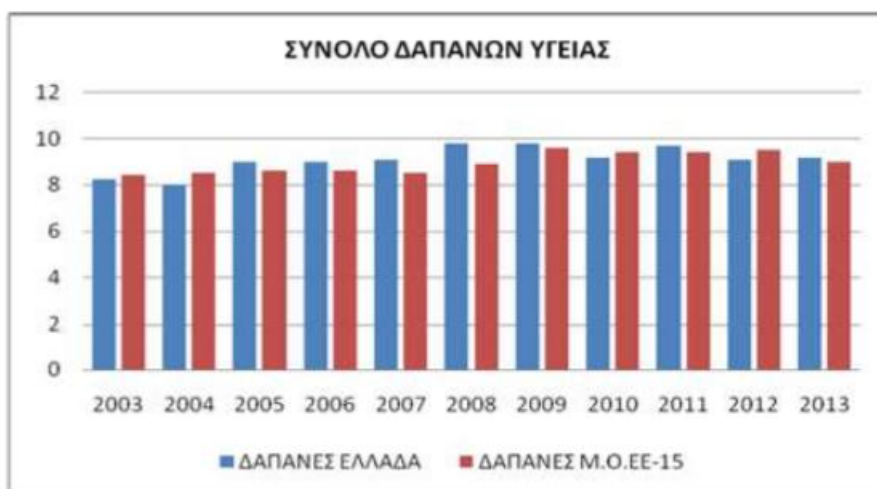
**Δαπάνες του τομέα Υγείας στην ΕΕ-15, Μέσος Όρος ΕΕ-15, σε ποσοστό % επί του ΑΕΠ, διαχρονικά**

ΕΤΟΣ	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Δημόσιος τομέας	6,3	6,4	6,6	6,6	6,6	6,9	7,5	7,3	7,3	7,3	6,9
Ιδιωτικός τομέας	2,1	2,1	2,1	2	2	2	2,1	2,1	2,1	2,2	1,9
Συνολική Δαπάνη	8,4	8,5	8,6	8,6	8,5	8,9	9,6	9,4	9,4	9,5	8,8

Πηγή: (OECD , 2015)

<sup>3</sup> Βλέπε ΛΕΖΙ ΑΡΙΟΛΑ, ΜΠΟΥΝΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ (2014) " Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ (2008-2014) ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ".

**Διάγραμμα 4 Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας Ελλάδας και μέσου όρου της ΕΕ-15 για τα έτη 2003-2013**



Πηγή: (OECD , 2015)

Στην περίοδο 2008-2012 μειώθηκαν οι αξονικές ή μαγνητικές εξετάσεις (από 321,8 αξονικές ανά 1000 κατοίκους σε 180,3 -δηλαδή μείωση 44% σε τρία χρόνια) και έτσι η χώρα μας υποχώρησε στη λίστα των χωρών του ΟΟΣΑ από την πρώτη θέση (με διαφορά) στην τέταρτη στις αξονικές και από την πρώτη στην έκτη στις μαγνητικές τομογραφίες. Το ίδιο διάστημα, όμως, αυξήθηκε σημαντικά ο αριθμός των μηχανημάτων στη χώρα. Το 2012 η Ελλάδα είχε περισσότερους αξονικούς τομογράφους (κατά 19% -πλέον δεύτερη ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ) και περισσότερους μαγνητικούς τομογράφους (κατά 13% -πρώτη στον ΟΟΣΑ) από ό,τι είχε το 2008.

Από τους Έλληνες που έκαναν χρήση υπηρεσιών υγείας σε νοσοκομείο το 2009, ένα 73,5% επέλεξε δημόσιο νοσοκομείο. Το ποσοστό αυτό εκτινάχθηκε στο 94,1% μόλις την επόμενη χρονιά, ενώ στα πρώτα χρόνια της κρίσης παρατηρήθηκε μείωση της ζήτησης στα εξωτερικά ιατρεία και τα εργαστήρια. Η δε μέση διάρκεια νοσηλείας μειώθηκε πάνω από μισή ημέρα μέσα σε μόλις τρία χρόνια.

Η Ελλάδα διαθέτει τον υψηλότερο αριθμό ιατρών ανά 1.000 κατοίκων μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ (σχεδόν διπλάσιο αριθμό κατά κεφαλήν από τον μέσο

όρο), αλλά τη μικρότερη αντιστοιχία ιατρικού/νοσηλευτικού προσωπικού από τις χώρες του ΟΟΣΑ.

Πίνακας 5 Δαπάνες υγείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών

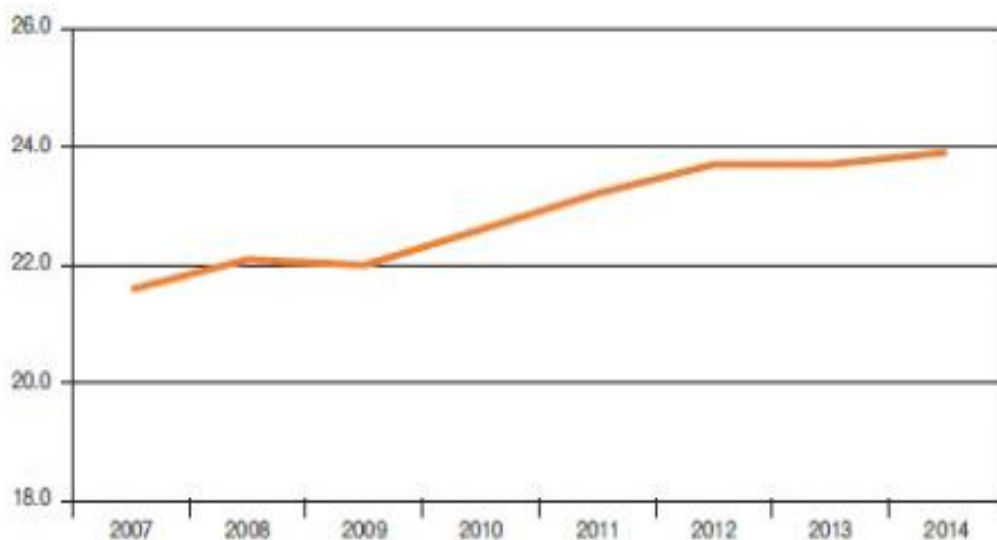
Χώρα	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	% Μεταβολή (2003- 2009)
Αυστραλία	66,1	66,7	66,9	66,6	67,5	68,0	-	-	2,85%
Αυστρία	75,5	75,7	76,1	76,0	76,4	77,2	77,7	-	2,82%
Βέλγιο	74,8	76,0	75,9	73,9	73,5	75,0	75,1	-	0,44%
Καναδάς	70,2	70,2	70,2	69,8	70,2	70,5	70,6	70,5	0,48%
Χιλή	38,8	39,9	40,0	42,1	43,2	44,0	47,4	-	22,06%
Τσεχία	89,8	89,2	87,3	86,7	85,2	82,5	84,0	-	-6,51%
Δανία	84,5	84,3	84,5	84,6	84,4	84,7	85,0	-	0,58%
Εσθονία	77,0	75,5	76,7	73,3	75,6	77,8	75,3	-	-2,19%
Φινλανδία	74,6	75,0	75,4	74,8	74,4	74,4	74,7	75,1	0,67%
Γαλλία	78,9	78,8	78,8	78,7	78,3	77,7	77,9	-	-1,26%
Γερμανία	78,4	76,7	76,6	76,4	76,4	76,6	76,9	-	-2,01%
Ελλάδα	59,8	59,1	60,1	62,0	60,3	-	-	-	0,94%
Ουγγαρία	72,8	72,4	72,3	72,5	70,3	71,0	69,7	-	-4,29%
Ισλανδία	81,7	81,2	81,4	82,0	82,5	82,6	82,0	80,5	-1,38%
Ιρλανδία	76,5	77,4	77,0	76,8	76,9	76,7	75,0	-	-1,92%
Ισραήλ	61,7	60,9	59,3	59,0	58,3	58,4	58,5	-	-5,20%
Ιταλία	74,5	76,0	76,2	76,6	76,6	77,5	77,9	77,6	4,20%
Ιαπωνία	80,4	80,8	81,6	79,4	80,4	80,8	-	-	0,46%
Κορέα	52,4	52,6	52,9	55,3	55,8	55,9	58,2	58,3	11,15%
Λουξεμβούργο	84,2	84,8	84,9	85,1	84,1	84,1	84,0	-	-0,24%
Μεξικό	44,2	45,2	45,0	45,2	45,4	46,9	48,3	47,3	7,13%
Νέα Ζηλανδία	78,3	76,9	77,1	77,5	79,8	80,3	80,5	59,0	-24,66%
Νορβηγία	83,7	83,6	83,5	83,8	84,1	84,3	84,1	-	0,47%
Πολωνία	69,9	68,6	69,3	69,9	70,8	72,2	72,2	-	3,21%
Πορτογαλία	68,0	67,1	67,1	66,1	65,7	65,1	-	-	-4,24%
Σλοβακία	88,3	73,8	74,4	68,3	66,8	67,8	65,7	-	-25,62%
Σλοβενία	71,9	73,1	72,1	72,3	72,3	73,4	73,4	-	2,14%
Ισπανία	70,3	70,4	70,6	71,3	71,5	72,6	73,6	-	4,81%
Σουηδία	82,0	81,4	81,2	81,1	81,4	81,5	81,5	-	-0,63%
Ελβετία	58,3	58,4	59,5	59,1	59,1	59,5	59,7	-	2,35%
Τουρκία	71,9	71,2	67,8	68,3	67,8	73,0	-	-	1,52%
Ην. Βασίλειο	80,0	81,3	81,9	81,3	81,3	82,4	84,1	-	5,15%
Ην. Πολιτείες	43,6	44,0	44,1	44,9	45,1	46,0	47,7	-	9,34%

Πηγή OECD 2011

#### 4.9. Παρουσίαση Μελέτης διαNEOσις

Συνολικά, το ποσοστό του πληθυσμού που αντιμετωπίζει κάποια χρόνια πάθηση το 2014 (περίπου 24%), παρουσιάζει αύξηση ιδιαίτερα κατά την περίοδο 2009-2012

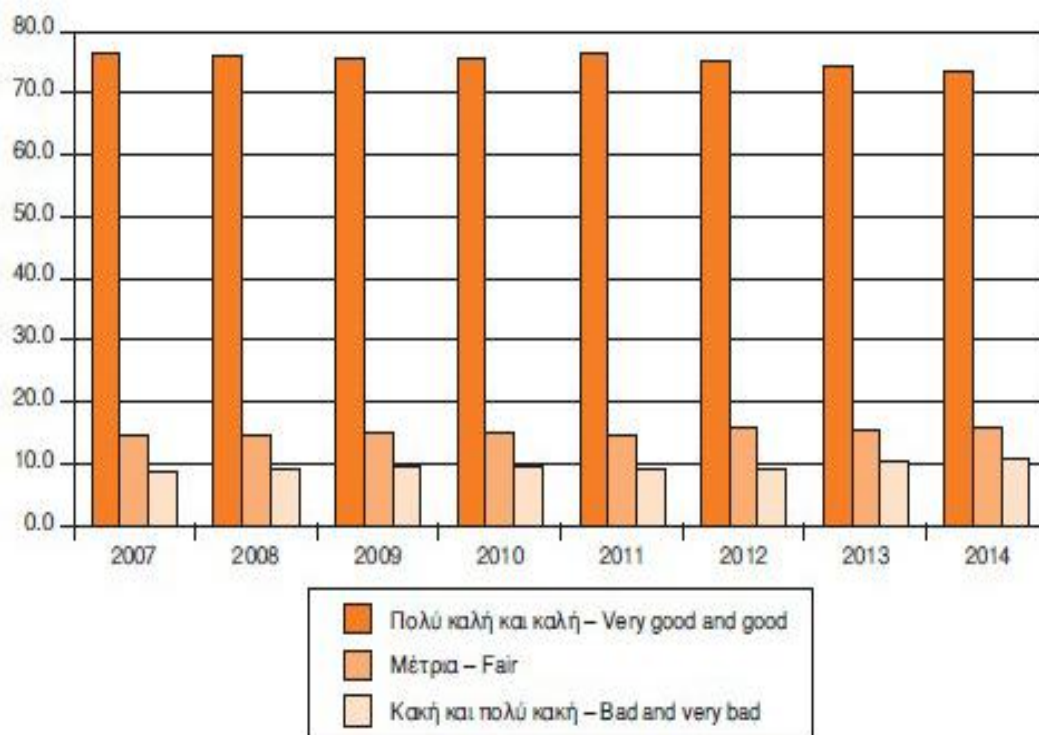
Διάγραμμα 11 Ποσοστό του πληθυσμού που αντιμετωπίζει κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015

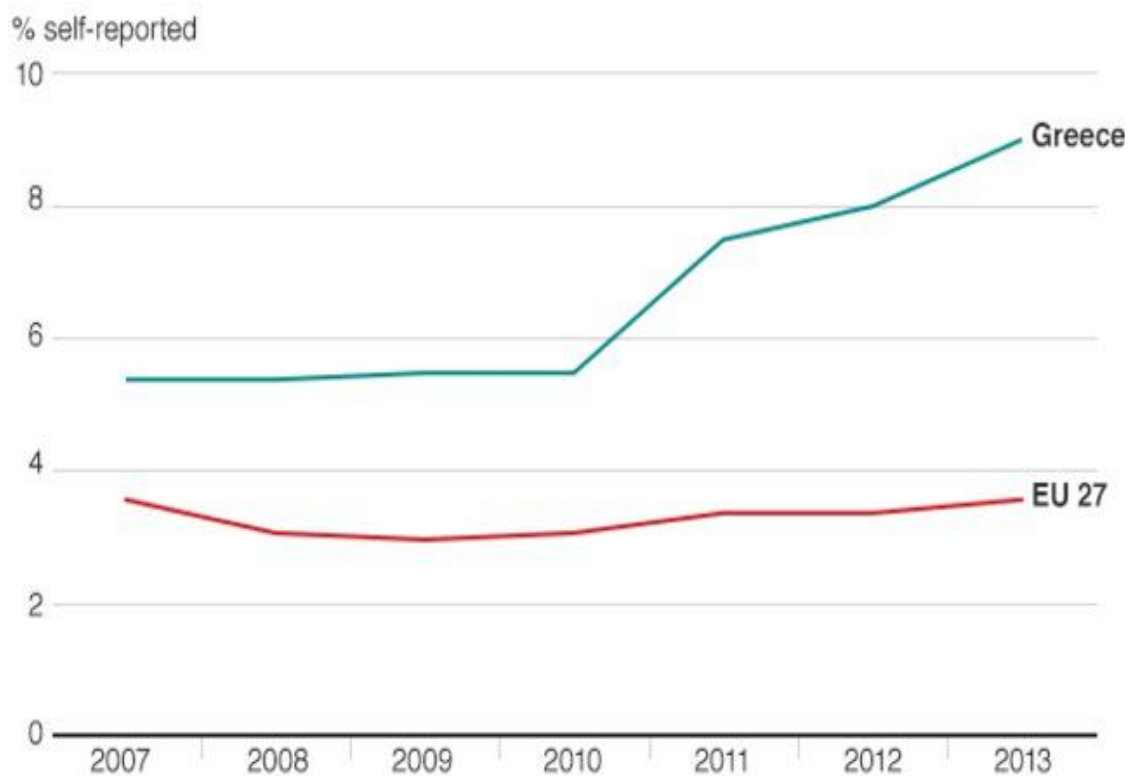
Σε ότι αφορά την υποκειμενική εκτίμηση της υγείας, σύμφωνα με το Σχήμα 10, στο διάστημα 2007-2014, παρατηρείται μικρή μείωση του ποσοστού που αναφέρουν «πολύ καλή» και «καλή» και μικρή αύξηση όσων αναφέρουν «κακή».

Διάγραμμα 12 Ποσοστιαία κατανομή του πληθυσμού κατά την κατάσταση της υγείας



Η δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα ήταν πάντοτε μεγαλύτερη από το μέσο όρο της Ε.Ε. Αυτό κυρίως οφειλόταν στην καθυστέρηση στην παροχή υπηρεσιών, πχ δυσκολία για να κλείσεις κάποια εξέταση και χρονική καθυστέρηση για την εξέταση. Τα τελευταία χρόνια, από το 2010 και μετά η δυσκολία αυτή έχει αυξηθεί σημαντικά σε σχέση με τα υπόλοιπα κράτη της Ε.Ε. καθώς προστέθηκαν και οικονομικά προβλήματα.

Διάγραμμα 13 Δυσκολία πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας λόγω κόστους, απόστασης και καθυστέρησης



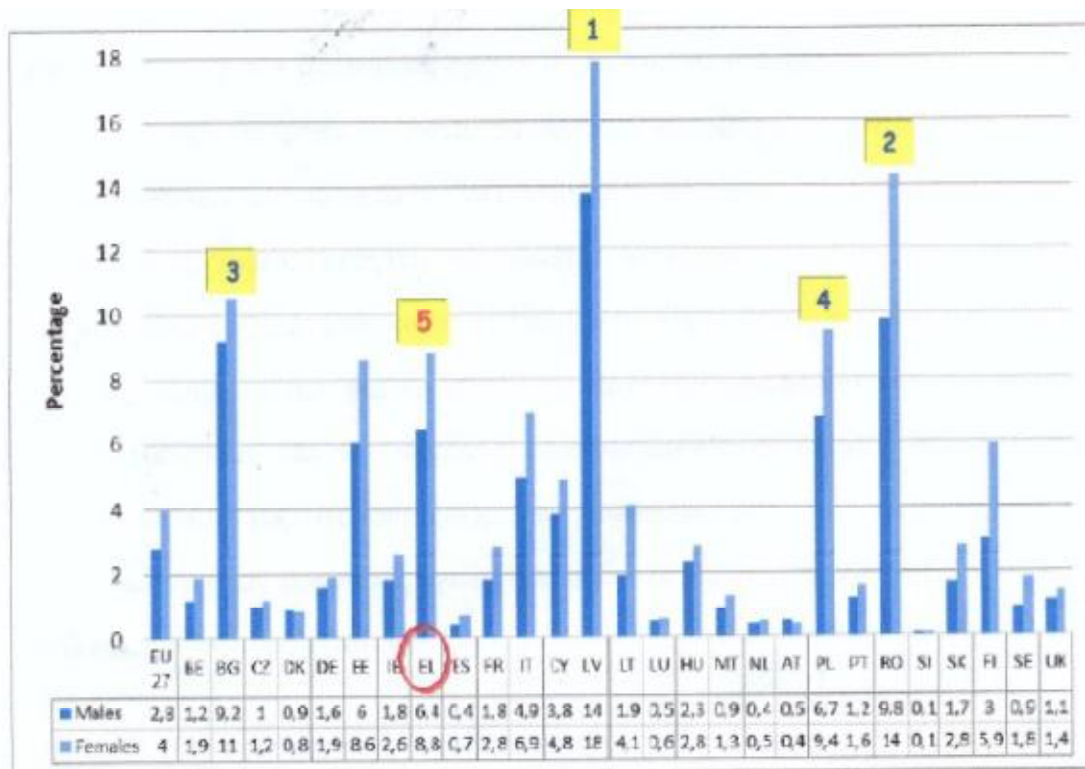
Πηγή: Eurostat, 2014



Το 2010 παρατηρείται μείωση στη χρήση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και κυρίως στα ιδιωτικά μαιευτήρια, την οδοντιατρική περίθαλψη και τις χειρουργικές επεμβάσεις στα ιδιωτικά νοσοκομεία, η οποία εκτιμάται ότι ανήλθε το 2011 στο 50%<sup>3</sup>, από 25-30% μείωση που παρατηρήθηκε στο διάστημα 2009-2010.

Σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ), το 59% των Ελλήνων αναγκάστηκε να μειώσει τη χρήση υπηρεσιών υγείας μεταξύ 2011 και 2012 λόγω οικονομικών δυσχερειών ή/και εξαιτίας εμποδίων ως προς την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, ενώ πάνω από 4 στους 10 Έλληνες δήλωσαν ότι οι νέες υγειονομικές δομές κατέστησαν δυσχερέστερη την πρόσβαση σε φάρμακα και εξετάσεις.

**Διάγραμμα 14 Αυτοαναφερόμενη αδυναμία κάλυψης ανάγκης για ιατρική εξέταση λόγω περιορισμών στην πρόσβαση (δαπάνη, απόσταση, χρόνος) ανά φύλο, 2011**



Πηγή: European Commission: Report on health inequalities in the European Union, September

Το 2009 από τον πληθυσμό που έκανε χρήση υπηρεσιών υγείας σε νοσοκομείο, το 73,5 % επέλεξε δημόσιο νοσοκομείο, με το ποσοστό αυτό το 2010 εκτοξεύτηκε σε 94,1% λόγω των οικονομικών προβλημάτων του πληθυσμού. Η αύξηση από το 2009 στο 2010 είναι 24% και από το 2010 στο 2011 η αύξηση ήταν 6%, ενώ παρατηρήθηκε μείωση της ζήτησης στα εξωτερικά ιατρεία και τα εργαστήρια κατά 9% και 11% αντιστοίχως. Η μέση διάρκεια νοσηλείας μειώθηκε πάνω από μισή ημέρα μέσα σε 3 χρόνια, όταν το μέσο συνολικό κόστος που περιλαμβάνει και το μισθολογικό κόστος, από 3.179 ευρώ μειώθηκε στα 2.255 ευρώ, μείωση 29%.

**Πίνακας 9 Στοιχεία χρήσης Ιδιωτικών και Δημόσιων Νοσοκομείων**

ΕΤΟΣ	ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ ΕΣΥ		ΕΞΕΛΘΟΝΤΕΣ ΑΠΟ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ		ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΕΣΥ
	ΠΛΗΘΟΣ	(%)	ΠΛΗΘΟΣ	(%)	
2009	1684673	73,5%	607415	26,5%	4,84
2010	2088199	94,1%	131636	5,9%	4,25
2011	2218465				4,13

**Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2012**

**Πίνακας 6 (συνέχεια) Στοιχεία χρήσης Ιδιωτικών και Δημόσιων Νοσοκομείων**

ΕΤΟΣ	ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΕΣΥ	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ ΕΣΥ	ΜΕΣΟ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
2009	145639726	417843	3179
2010	129584563	436405	2584
2011	153154593	461677	2255

**Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2012**

Για τα δημόσια νοσοκομεία το μέσο πλήθος εξετάσεων ανά ασθενή αυξήθηκε 5% και τα χειρουργεία κατά 10%. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε χρήση των δημοσίων νοσοκομείων και για σοβαρότερες καταστάσεις, όπου παλαιότερα ο ασθενής επέλεγε να εισαχθεί σε ιδιωτική κλινική. Αυξημένη προσέλευση στις υπηρεσίες υγείας του δημόσιου τομέα κατέγραψε και η πανελλαδική έρευνα Ε.ΜΕ.ΝΟ. με μικρή όμως ικανοποίηση από τους χρήστες των υπηρεσιών με το 42% να δηλώνει μέτρια/κακή/πολύ κακή ικανοποίηση. Ποσοστό 22% δήλωσε ότι έχει πρόβλημα στην πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας με κύριο αναφερόμενο φράγμα το οικονομικό κόστος. Σύμφωνα με τις Έρευνες Υγείας της ΕΛΣΤΑΤ οι εισαγωγές σε νοσοκομεία με διανυκτέρευση παραμένουν σταθερές το 2014 σε σχέση με το 2009 (το 9,5% του πληθυσμού κατά τους τελευταίους 12 μήνες), ενώ στις ημερήσιες νοσηλείες παρατηρείται αύξηση 25,5%.

Η οικονομική κρίση ανάγκασε τους πολίτες να αλλάξουν συμπεριφορά ως προς την λήψη υπηρεσιών υγείας και να στραφούν περισσότερο στις δημόσιες δομές υγείας για να μειώσουν τη δαπάνη, καθώς δεν μπορούν να καλύψουν τα έξοδα.

Στον αριθμό των νοσηλευόμενων εσωτερικών ασθενών κατά τα έτη 2009-2012 σημειώνεται συνεχής αύξηση, ενώ παραμένουν σταθερές την περίοδο 2012-2014. Στις ημερήσιες νοσηλείες παρατηρείται για την περίοδο αυτή αύξηση 25,5%.

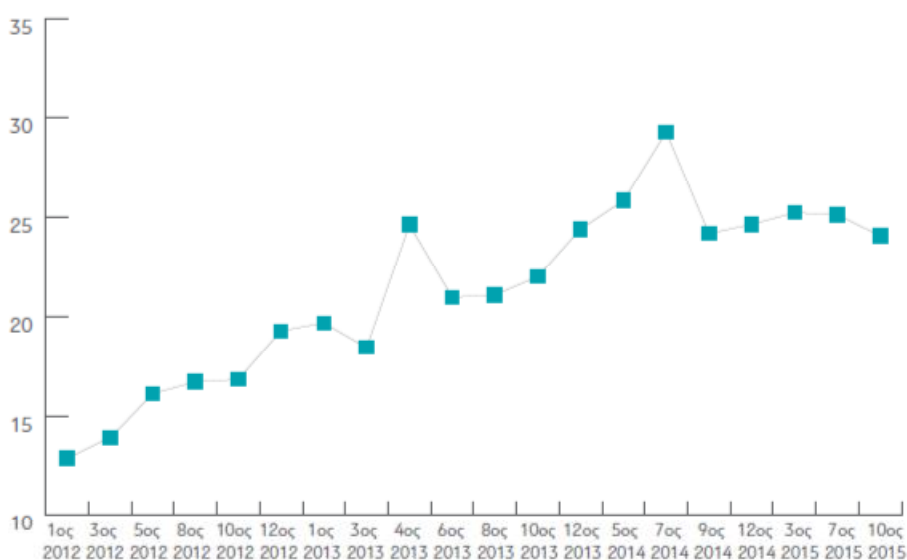
Μικρή ικανοποίηση καταγράφεται από τους χρήστες των υπηρεσιών με το 42% να δηλώνει μέτρια/κακή/πολύ κακή ικανοποίηση.

Ποσοστό 22% δήλωσε ότι έχει πρόβλημα στην πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας με κύριο αναφερόμενο φράγμα το οικονομικό κόστος. Κατά το 2014,

χρειάστηκαν και δεν είχαν την οικονομική δυνατότητα να λάβουν ιατρική φροντίδα ή θεραπεία, το 13,9% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω. Οδοντιατρική φροντίδα ή θεραπεία δεν έλαβε το 15,4% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω.

Η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης επιβάρυνε, πέρα από τους φορείς του κλάδου (φαρμακευτικές επιχειρήσεις, φαρμακαποθήκες, φαρμακοποιοί κ.λπ.), και τους ασθενείς, η συμμετοχή των οποίων στο κόστος των φαρμάκων αυξήθηκε σημαντικά (από 12,8% τον Ιανουάριο του 2012 σε 29,3% τον Ιούλιο του 2014 για να παγιωθεί στο 25% περίπου στη συνέχεια) (Σχήμα 12), την ίδια στιγμή που τα εισοδήματα έχουν μειωθεί κατά 30% περίπου. Το αυξημένο αυτό ποσοστό έρχεται να προστεθεί σε μια διαχρονικά υψηλή ιδιωτική δαπάνη υγείας -και άρα επιβάρυνση των νοικοκυριών- η οποία κατατάσσει τη χώρα σε μια από τις υψηλότερες θέσεις παγκοσμίως.

**Διάγραμμα 15** Εξέλιξη της συμμετοχής των ασθενών στη φαρμακευτική δαπάνη



#### 4.9.1. Πρώτα Συμπεράσματα

1. Λήψη μειωμένης ιατρικής περίθαλψης, κυρίως εξωνοσοκομειακής, πρωτίστως λόγω κόστους αλλά και λόγω των αλλαγών μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ. Το πρόβλημα αυτό είναι ιδιαίτερα οξύ για τους άνεργους, τους συνταξιούχους και εν γένει για το κατώτερο κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο.

2. Σημαντικό πρόβλημα παρουσιάζει η πρόσβαση στο φάρμακο, κυρίως λόγω αυξημένου κόστους, ιδιαίτερα για συνταξιούχους και ανέργους και εν γένει για το κατώτερο κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο.

3. Σημαντικές παρουσιάζονται οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας, ιδιαίτερα για φάρμακα και για επισκέψεις σε γιατρούς. Οι δαπάνες αυτές αποτελούν σημαντικό ποσοστό του οικογενειακού εισοδήματος.

4. Από τη συσχέτιση των δαπανών υγείας με το εισόδημα προκύπτει σημαντική επιβάρυνση όλων των εισοδηματικών κατηγοριών. Ιδιαίτερης όμως σημασίας είναι η επιβάρυνση όσων βρίσκονται κάτω ή κοντά στο όριο της φτώχειας.

5. Για τα άτομα αυτά διαπιστώνεται σημαντική ετήσια επιβάρυνση του εισοδήματός τους για ιατρικές ανάγκες και για φάρμακα. Οι φαρμακευτικές δαπάνες αποτελούν το 3,6% του εισοδήματός τους και οι φαρμακευτικές, το 10,30% αυτού, σε ποσοστό 34,8% και άνω του 30% του εισοδήματος τους σε ποσοστό 12,8%.

#### 4.10 Συνολικές Διαπιστώσεις

Από το σύνολο της έρευνας και την ανάλυση των ευρημάτων προκύπτουν οι εξής βασικά διαπιστώσεις:

**1 ) Η κρίση είχε -και εξακολουθεί να έχει- δομικές επιπτώσεις στην κοινωνία.** Μια από τις πιο σημαντικές είναι η εξής: Η Ελλάδα μικραίνει. Από το 2010 ο πληθυσμός της χώρας μας έχει μειωθεί κατά περίπου 250.000 ανθρώπους, εξαιτίας δύο παραγόντων: Της μείωσης των γεννήσεων και της μετανάστευσης.

Από το 2010 και μετά, η "καθαρή μετανάστευση" στην Ελλάδα είναι αρνητική, δηλαδή οι Έλληνες που μεταναστεύουν στο εξωτερικό είναι περισσότεροι από τους μετανάστες που έρχονται στη χώρα (μέχρι, τουλάχιστο, να ξεκινήσει η

μεγάλη προσφυγική κρίση του 2015, που συνεχίζεται). Αυτό είναι ένα φαινόμενο που είχε να εμφανιστεί από τη δεκαετία του '70.

Οι δε γεννήσεις έπεσαν κάτω από τις 100.000 ετησίως το 2013 για πρώτη φορά στη σύγχρονη ιστορία της Ελλάδος. Ποτέ δεν γεννιούνταν τόσο λίγα παιδιά από το 1932 που υπάρχουν στοιχεία. Το 2014 ο αριθμός των γεννήσεων έπεσε ακόμη περισσότερο.

## **2) Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία των πολιτών είναι σημαντικές.**

Τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την ποσοτική έρευνα που διεξήχθη τον Απρίλιο του 2015 από το ΙΚΠΙ για λογαριασμό της διαNEOσις είναι χαρακτηριστικά, και συνοψίζονται επιγραμματικά στα εξής:

- Ø Παρατηρείται επιδείνωση της υγείας, κυρίως της ψυχικής, ιδιαίτερα για τα κατώτερα στρώματα.
- Ø Λήψη μειωμένης ιατρικής περίθαλψης, ειδικά για τους ανέργους και τους συνταξιούχους.
- Ø Γίνεται προβληματική η πρόσβαση στο φάρμακο.
- Ø Αυξάνονται οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας.
- Ø Επιβαρύνονται οικονομικά όλες οι εισοδηματικές κατηγορίες.

**3) Η κρίση είχε επίπτωση και στις δαπάνες υγείας του κράτους.** Το ποσοστό του ΑΕΠ που δαπανά το κράτος για την υγεία παρέμεινε σχεδόν σταθερό τα χρόνια της κρίσης -ένα ποσοστό που, πάντως, ήταν χαμηλότερο από το μέσο όρο της Ε.Ε.. Το ΑΕΠ, όμως, στα χρόνια της κρίσης μειώθηκε πολύ. Κατά συνέπεια, ο προϋπολογισμός για την υγεία την περίοδο 2010-2014 μειώθηκε κατά 60% περίπου.

**4) Η κρίση, τέλος, είχε αναπόφευκτες επιπτώσεις και στο σύστημα υγείας.** Τα χρέη του ΕΟΠΠΥ αυξήθηκαν μόνο μέσα στο 2015 κατά 1 δισ. ευρώ. Επίσης, η δυσκολία στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα ήταν πάντοτε μεγαλύτερη από το μέσο όρο της Ε.Ε., αλλά μετά το 2010 η διαφορά έχει μεγαλώσει πολύ.

#### 4.11 Μια υγειονομική κρίση

Οι επιπτώσεις μιας οικονομικής κρίσης σε έναν πληθυσμό μπορούν να είναι πολύπλοκες, μακροχρόνιες και, σε κάποιες περιπτώσεις, όχι άμεσα προφανείς. Για παράδειγμα, ποιες μπορεί να είναι οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία των Ελλήνων πολιτών αλλά και στις υποδομές υγείας της χώρας; Πώς μετριοούνται; Για να καταλήξουμε σε κάποια συμπεράσματα, σχεδιάσαμε μια εκτεταμένη χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας (πολιτών και υποδομών) στην Ελλάδα σήμερα.

Η κρίση είχε -και εξακολουθεί να έχει- δομικές επιπτώσεις στην κοινωνία. Μια από τις πιο σημαντικές είναι η εξής: Η Ελλάδα μικραίνει. Από το 2010 ο πληθυσμός της χώρας μας έχει μειωθεί κατά περίπου 250.000 ανθρώπους, εξαιτίας δύο παραγόντων: Της μείωσης των γεννήσεων και της μετανάστευσης.

Πίνακας 7 Φυσική Μεταβολή 1931-2014

Έτος	Γεννήσεις	Θάνατοι	Φυσική μεταβολή
1931	199.243	114.369	84.874
1950	151.134	53.755	97.379
1960	157.239	60.563	96.676
1970	144.928	74.009	70.919
1980	148.134	87.282	60.852
1990	102.229	94.152	8.077
2000	103.274	105.170	-1.896
2010	114.766	109.084	5.682
2011	106.428	111.099	-4.671
2012	100.371	116.668	-16.297
2013	94.134	111.794	-17.660
2014	92.148	113.740	-21.592

Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ, 2015

Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ 2015

Επιπλέον, οι Έλληνες έγιναν φτωχότεροι κατά 40% από το 2008 στο 2015. Τα εισοδήματα του 2014 είναι μικρότερα από τα εισοδήματα του 2003. Αυτές οι

σημαντικές αλλαγές στην οικονομική κατάσταση των πολιτών είχαν συνέπειες και στην υγεία του πληθυσμού.<sup>4</sup>

Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία των πολιτών είναι σημαντικές. Τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την ποσοτική έρευνα που διεξήχθη τον Απρίλιο του 2015 από το ΙΚΠΙ για λογαριασμό της διαΝΕΟσις είναι χαρακτηριστικά, και συνοψίζονται επιγραμματικά στα εξής:

- Ø Παρατηρείται επιδείνωση της υγείας, κυρίως της ψυχικής, ιδιαίτερα για τα κατώτερα στρώματα.
- Ø Λήψη μειωμένης ιατρικής περίθαλψης, ειδικά για τους ανέργους και τους συνταξιούχους.
- Ø Γίνεται προβληματική η πρόσβαση στο φάρμακο.
- Ø Αυξάνονται οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας.
- Ø Επιβαρύνονται οικονομικά όλες οι εισοδηματικές κατηγορίες.

Το 2014 το 4,7% του πληθυσμού δήλωσε κατάθλιψη -ποσοστό αυξημένο κατά 80,8% σε σχέση με το ποσοστό του 2009. Από το ποσοστό αυτό, 3 στους 10 είναι άνδρες και 7 στους 10 γυναίκες.

Από το 2006 μέχρι το 2011, δε, η κατανάλωση αντικαταθλιπτικών αυξήθηκε κατά σχεδόν 35% από το γενικό πληθυσμό.

Οι θάνατοι που αποδίδονται σε αυτοκτονίες πριν από την κρίση κυμαίνονταν από 370 – 400 ετησίως στην Ελλάδα. Από το 2010 ο αριθμός αυτός αυξήθηκε, παραμένοντας ωστόσο σε πολύ χαμηλά επίπεδα συγκριτικά με τις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι αυτοκτονίες ανά 100.000 κατοίκους στην Ελλάδα είναι ακόμα σχεδόν τρεις φορές λιγότερες από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ.

Γενικότερα, οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία και στον αριθμό των αυτοκτονιών φαίνεται να επιφέρονται μέσω παραγόντων όπως η ανεργία, το μειούμενο εισόδημα και η οικονομική ύφεση. Ωστόσο, η διατύπωση αιτιακών σχέσεων αποδεικνύεται περίπλοκη και συχνά είναι δύσκολο να περιγραφούν και να ερμηνευτούν οι σχετιζόμενοι μηχανισμοί.

---

<sup>4</sup> Βλέπε ΣΙΑΡΚΟΥ ΜΑΡΙΑ (2014) "ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ".



Το ποσοστό των Ελλήνων που δηλώνουν ότι πάσχουν από κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας ή χρόνια πάθηση, δε, αυξήθηκε κατά 24,2% από το 2009 στο 2014.

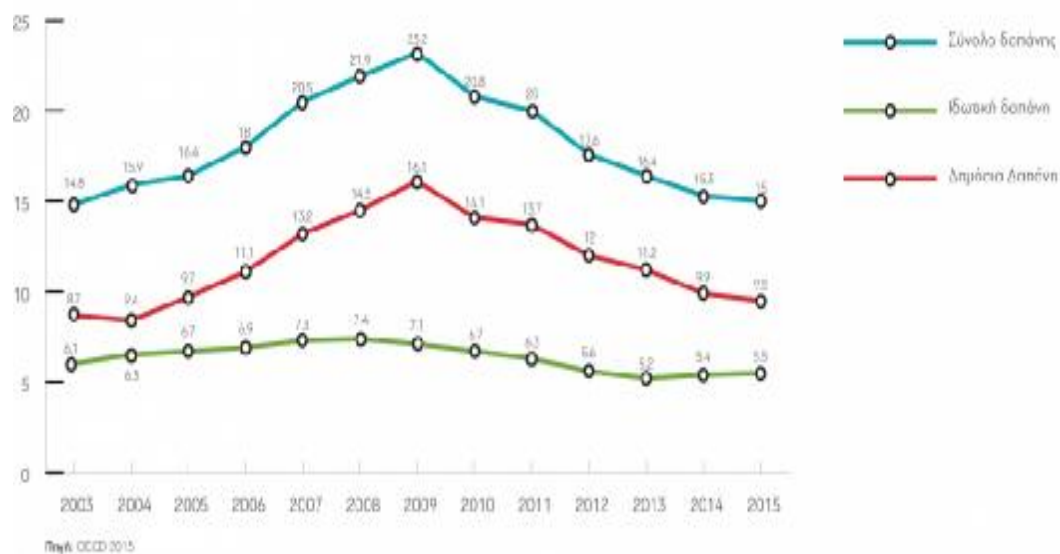
Οι επιπτώσεις της κρίσης σε επιμέρους ομάδες του πληθυσμού υπήρξαν πολύ σοβαρές. Σε περιόδους κρίσης διεθνώς εμφανίζεται έξαρση σε λοιμώδη νοσήματα (φυματίωση, γρίπη, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα), λόγω της επιδείνωσης των συνθηκών διαβίωσης και τη δυσκολία πρόσβασης σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Στην Ελλάδα το 2010 καταγράφηκε επανεμφάνιση της ελονοσίας και κρούσματα του ιού του Δυτικού Νείλου, ενώ η μόλυνση από τον ιό HIV σε χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών αυξήθηκε το 2011 πάνω από 1000%, λόγω της διακοπής του προγράμματος διανομής δωρεάν συρίγγων.

Η έρευνα της διαNEOσις, εξάλλου, χαρτογραφεί την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού όπως καταγράφεται από τη βιβλιογραφία και σε θέματα στα οποία η επίδραση της κρίσης δεν είναι – σε πρώτη ανάγνωση – προφανής. Έτσι, μεταξύ άλλων, καταγράφεται πως το 35,7% των Ελληνίδων ηλικίας άνω των 40 δεν έχουν κάνει ποτέ μαστογραφία, ότι στην παιδική παχυσαρκία η Ελλάδα είναι πρώτη ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ και πως τελευταία χρόνια οι Έλληνες έχουν περιορίσει την κατανάλωση αλκοόλ και καπνού. Από το 2014, δε, σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, σχεδόν 30% του πληθυσμού ηλικίας άνω των 15 δήλωνε πως έχει περιορίσει τις δραστηριότητές του λόγω προβλημάτων υγείας.

Η κρίση είχε επίπτωση και στις δαπάνες υγείας του κράτους. Το ποσοστό του ΑΕΠ που δαπανά το κράτος για την υγεία παρέμεινε σχεδόν σταθερό τα χρόνια της κρίσης -ένα ποσοστό που, πάντως, ήταν χαμηλότερο από το μέσο όρο της Ε.Ε.. Το ΑΕΠ, όμως, στα χρόνια της κρίσης μειώθηκε πολύ. Κατά συνέπεια, ο προϋπολογισμός για την υγεία την περίοδο 2010-2014 μειώθηκε κατά 60% περίπου.

#### **Διάγραμμα 5 Εξέλιξη της Δαπάνης Υγείας στην Ελλάδα (2003-2015)**

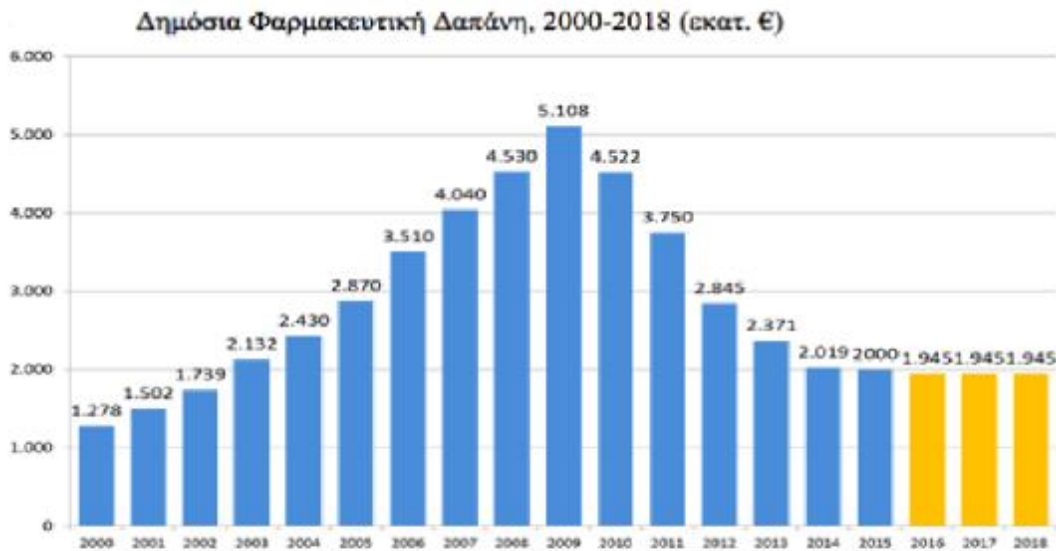
## Εξέλιξη της Δαπάνης Υγείας στην Ελλάδα (2003 - 2015)



Πηγή: OECD, 2015

Η φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε ραγδαία από το 2009 και μετά (εκτιμάται ότι θα σταθεροποιηθεί τα επόμενα χρόνια).

Διάγραμμα 6 Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη 2000-2018 (εκατ. €)



**Πηγή: ΙΚΠΠ, 2015**

Όσον αφορά την ιδιωτική δαπάνη για την υγεία, η εικόνα είναι η αναμενόμενη. Το 2014 οι δαπάνες υγείας έφτασαν στο 7,2% των συνολικών δαπανών των νοικοκυριών, από 6,5% το 2009. Η ίδια η δαπάνη, όμως, μειώθηκε κατά 21% το ίδιο διάστημα (από 134,4 ευρώ ανά νοικοκυριό σε 105,8 ευρώ) πράγμα που δείχνει τη μειωμένη αγοραστική δύναμη των νοικοκυριών.

Από τους Έλληνες που έκαναν χρήση υπηρεσιών υγείας σε νοσοκομείο το 2009, ένα 73,5% επέλεξε δημόσιο νοσοκομείο. Το ποσοστό αυτό εκτινάχθηκε στο 94,1% μόλις την επόμενη χρονιά, ενώ στα πρώτα χρόνια της κρίσης παρατηρήθηκε μείωση της ζήτησης στα εξωτερικά ιατρεία και τα εργαστήρια. Η δε μέση διάρκεια νοσηλείας μειώθηκε πάνω από μισή ημέρα μέσα σε μόλις τρία χρόνια.

Η Ελλάδα διαθέτει τον υψηλότερο αριθμό ιατρών ανά 1.000 κατοίκων μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ (σχεδόν διπλάσιο αριθμό κατά κεφαλήν από τον μέσο όρο), αλλά τη μικρότερη αντιστοιχία ιατρικού/νοσηλευτικού προσωπικού από τις χώρες του ΟΟΣΑ

Από το 2010 και μετά, η “καθαρή μετανάστευση” στην Ελλάδα είναι αρνητική, δηλαδή οι Έλληνες που μεταναστεύουν στο εξωτερικό είναι περισσότεροι από τους μετανάστες που έρχονται στη χώρα (μέχρι, τουλάχιστο, να ξεκινήσει η μεγάλη προσφυγική κρίση του 2015, που συνεχίζεται). Αυτό είναι ένα φαινόμενο που είχε να εμφανιστεί από τη δεκαετία του ’70.

Οι δε γεννήσεις έπεσαν κάτω από τις 100.000 ετησίως το 2013 για πρώτη φορά στη σύγχρονη ιστορία της Ελλάδος. Ποτέ δεν γεννιούνταν τόσο λίγα παιδιά από το 1932 που υπάρχουν στοιχεία. Το 2014 ο αριθμός των γεννήσεων έπεσε ακόμη περισσότερο.

Τα πρώτα συμπεράσματα αφορούν το ποσοστό θνησιμότητας από αυτοκτονίες και ανθρωποκτονίες στους άνδρες που αυξήθηκε κατά 22,7% και 27,6%, αντίστοιχα, μεταξύ 2007 και 2009. «Αλλά και οι ψυχικές διαταραχές, η κατάχρηση ουσιών και τα λοιμώδη νοσήματα παρουσίασαν επιδείνωση των τάσεων κατά το 2010 και το 2011. Η χρήση της δημόσιας ενδονοσοκομειακής παροχής υπηρεσιών και η αξιοποίηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αυξήθηκαν κατά 6,2% και 21,9%, αντίστοιχα, μεταξύ των ετών 2010 και 2011, ενώ οι συνολικές δαπάνες του υπουργείου Υγείας μειώθηκαν κατά 23,7% μεταξύ 2009 και 2011».

Πρόκειται για φαινόμενα που θα έπρεπε κανείς να αναμένει: «Σε μια περίοδο οικονομικής κρίσης, η αύξηση των αναγκών φροντίδας της υγείας και η αύξηση της ζήτησης για δημόσιες υπηρεσίες συγκρούονται με τις πολιτικές λιτότητας και ιδιωτικοποιήσεων, εκθέτοντας την υγεία του πληθυσμού στην Ελλάδα σε περαιτέρω κινδύνους».

Η μελέτη αναφέρεται εκτενώς στις οικονομικές διαστάσεις της εφαρμογής των Μνημονίων και αναλύει τα πρώτα στοιχεία για την επίδραση της πολιτικής ακραίας λιτότητας στον χώρο της υγείας. Απευθυνθήκαμε στον Αλέξη Μπένο, καθηγητή στην Ιατρική Σχολή του ΑΠΘ, συντονιστή της επιστημονικής ομάδας που συντάξε τη μελέτη και του ζητήσαμε να συνοψίσει τα συμπεράσματά της, σε συνδυασμό με νεότερα στοιχεία που έχουν προκύψει. Σύμφωνα με όσα μας είπε, στις σημερινές κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες είναι ήδη δυστυχώς ορατά τα πρώτα σημάδια μετατροπής της τρέχουσας οικονομικής κρίσης σε επιδημιολογική και υγειονομική κρίση.

- ▼ Σύμφωνα με τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, η βρεφική θνησιμότητα, οι θάνατοι δηλαδή βρεφών κάτω του ενός έτους, αυξήθηκε στη χώρα μας κατά 51% μεταξύ 2008 και 2011 (από 2,65 θανάτους ανά 1.000 γεννήσεις ζώντων το 2008 σε 4 θανάτους ανά 1.000 γεννήσεις ζώντων το 2011), αντανακλώντας με άμεσο και ευθύ τρόπο την επιδείνωση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών στην Ελλάδα.

- ✓ Σύμφωνα επίσης με τα πλέον πρόσφατα στοιχεία της Eurostat, η θνησιμότητα από αυτοκτονίες και ανθρωποκτονίες στον γενικό πληθυσμό αυξήθηκε κατά 11,5% και 40% αντίστοιχα μεταξύ 2007 και 2010 (από 2,6 και 1,0 θανάτους ανά 1.000 κατοίκους αντίστοιχα το 2008 σε 2,9 και 1,4 θανάτους ανά 1.000 κατοίκους το 2010).
- ✓ Στον ανδρικό πληθυσμό παραγωγικής ηλικίας (κάτω δηλαδή των 65 ετών), ο οποίος και δέχτηκε τη μεγαλύτερη συγκριτικά πίεση της ανεργίας, οι αυξήσεις της θνησιμότητας από αυτοκτονίες και ανθρωποκτονίες είναι σαφώς πιο έκδηλες. Μελέτη που αξιοποιεί στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) για τα έτη 1997-2009 είχε ήδη δείξει ότι το 2008 και το 2009 η θνησιμότητα από αυτοκτονίες, ανθρωποκτονίες και λοιμώδη νοσήματα στον ανδρικό πληθυσμό στην Ελλάδα ήταν σημαντικά υψηλότερη σε σχέση με την αναμενόμενη βάσει των τάσεων θνησιμότητας της δεκαετίας 1997-2007, της δεκαετίας δηλαδή προ κρίσης. Νέα μελέτη της ίδιας ομάδας επιστημόνων που αξιοποιεί στοιχεία της Eurostat αυτή τη φορά για τα έτη 2000-2010 επιβεβαιώνει δυστυχώς τις τάσεις αυτές, καταδεικνύοντας ότι η θνησιμότητα από αυτοκτονίες στον ανδρικό πληθυσμό κάτω των 65 ετών αυξήθηκε κατά 20% μεταξύ 2007-2010.

Επιπρόσθετα, σε επίπεδο νοσηρότητας, μια σειρά ήδη δημοσιευμένων μελετών καταγράφει τη σοβαρή επιδείνωση της επίπτωσης των ψυχικών και λοιμωδών νοσημάτων στον γενικό πληθυσμό της χώρας:

- Τα αποτελέσματα τριών πανελλαδικών τηλεφωνικών ερευνών έχουν ήδη καταγράψει την αύξηση του επιπολασμού της κατάθλιψης και της αυτοκτονικότητας κατά 2,48 και 2,5 φορές αντίστοιχα (από 3,3% και 0,6% στο σύνολο του δείγματος το 2008 σε 8,2% και 1,5% το 2001) μέσα στα τρία πρώτα μόλις χρόνια της κρίσης (2008-2011).
- Αντίστοιχα, τα στοιχεία του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ) ήδη καταδεικνύουν την κατά 11,6% αύξηση των ατόμων με προβληματική χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (και κύρια ουσία κατάχρησης την ηρωίνη), μεταξύ 2008 και 2010. Είναι δε εντυπωσιακό ότι στην ηλικιακή ομάδα των εξαρτημένων ατόμων ηλικίας 35-64 ετών η αντίστοιχη αύξηση φτάνει το 88%, υποδηλώνοντας πιθανόν ένα κύμα υποτροπών συνεπεία της τρέχουσας οικονομικής κρίσης και των επιπτώσεών της (φτώχεια, ανεργία κ.τ.λ.).

- Ø Τέλος, είναι ήδη γνωστό ότι η χώρα μας μεταξύ Ιουλίου 2010 και Δεκεμβρίου 2011 βρέθηκε αντιμέτωπη με τρεις σοβαρές επιδημίες (επιδημία του ιού του Δυτικού Νείλου στη Βόρεια Ελλάδα, επιδημία ελονοσίας στη Νότια Ελλάδα και την εν εξελίξει επιδημία του AIDS μεταξύ του πληθυσμού χρηστών ενδοφλέβιων ουσιών). Και οι τρεις σχετίζονται με τη χαλάρωση ή και εγκατάλειψη μέτρων δημόσιας υγείας (κωνοποκτονίες και δωρεάν διανομή συριγγών) συνεπεία της οικονομικής κρίσης και των πολιτικών λιτότητας.

Όσο για τις έμμεσες συνέπειες της κρίσης, τα πράγματα εδώ φαίνεται να είναι όλο και πιο ξεκάθαρα:

- Ø Μελέτη της ίδιας ομάδας επιστημόνων, η οποία αξιολογεί τα στοιχεία της Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών της ΕΛΣΤΑΤ για σειρά ετών, δείχνει ότι η ιδιωτική δαπάνη υγείας στη χώρας μας σε σταθερές/αποπληθωρισμένες (άρα συγκρίσιμες) τιμές για πρώτη φορά έπειτα από μια δεκαετή πορεία συνεχούς αύξησης (1998-2008) παρουσιάζει σαφή κάμψη από το 2009 και μετά (μείωση της συνολικής ιδιωτικής δαπάνης υγείας σε απόλυτες τιμές κατά 16,2% μεταξύ 2008-2010). Η κάμψη αυτή δεν αποτυπώνει τίποτε άλλο παρά την αδυναμία των νοικοκυριών να πληρώσουν από την τσέπη τους για υπηρεσίες υγείας, συνεπεία της μείωσης της συνολικής τους αγοραστικής δύναμης.
- Ø Από την άλλη, η ζήτηση για δημόσιες υπηρεσίες υγείας (βάσει επεξεργασίας των στοιχείων νοσηλευτικής κίνησης της ΕΛΣΤΑΤ και του υπουργείου Υγείας) μοιάζει να αυξάνεται εκθετικά κατά τη διάρκεια της κρίσης. Για παράδειγμα, οι ασθενείς οι νοσηλευθέντες στα δημόσια νοσοκομεία αυξήθηκαν κατά 37% μεταξύ 2009-2011. Ο δε ρυθμός αύξησης των νοσηλευθέντων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ την τριετία της κρίσης ήταν κατά 4,9 φορές υψηλότερος από τον ρυθμό αύξησης των νοσηλευθέντων κατά την περίοδο 2000-2008 προ κρίσης (11,3% μέση ετήσια αύξηση την περίοδο 2009-2011, έναντι 2,3% μέση ετήσια αύξηση την περίοδο 2000-2008).

Τη στιγμή λοιπόν που οι ανάγκες υγείας (εξαιτίας της αυξημένης νοσηρότητας) γίνονται όλο και πιο πιεστικές και τα ελληνικά νοικοκυριά συμπιέζουν τη ζήτησή τους για υπηρεσίες υγείας άμεσα συναρτώμενες από το εισόδημα, αυξάνοντας εκθετικά τη ζήτησή τους για δημόσιες υπηρεσίες υγείας, το ελληνικό κράτος απαντά στην κρίση με περιοριστικές πολιτικές, όπως η συρρίκνωση και η υποχρηματοδότηση του δημόσιου τομέα υγείας και η μετακύλιση του

χρηματοδοτικού φορτίου του συστήματος υγείας στους ίδιους τους ασθενείς. Ενδεικτικά και μόνο αναφέρεται ότι:

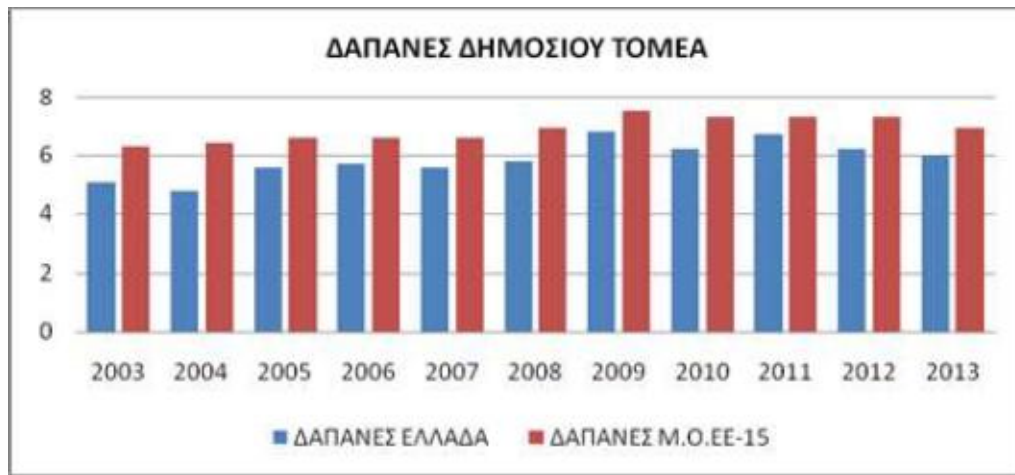
- ✓ Από το 2009 έως το 2011 οι συνολικές δαπάνες του υπουργείου Υγείας μειώθηκαν κατά 1,8 δισ. ευρώ (μια μείωση της τάξης του 23,7% σε μόλις δύο χρόνια).
- ✓ Στην ίδια περίοδο οι δαπάνες των δημόσιων νοσοκομείων μειώθηκαν κατά 0,74 δισ. ευρώ (μια μείωση της τάξης του 12,5%). Το 75% της μείωσης αυτής (δηλαδή 0,56 δισ. ευρώ) προήλθε από μείωση απλά του μισθολογικού κόστους στα δημόσια νοσοκομεία (περικοπές μισθών, υπερωριακής απασχόλησης, μειώσεις προσωπικού).
- ✓ Την ίδια στιγμή οι ασθενείς, μόνο το 2011 και μόνο από την εφαρμογή της καταβολής 5 ευρώ στα δημόσια νοσοκομεία, κατέβαλαν 25,7 εκατ. ευρώ για υπηρεσίες, οι οποίες ήταν δωρεάν κατά τη στιγμή της χρήσης πριν από την κρίση.

Οι περιοριστικές αυτές πολιτικές, κοινωνικά άδικες και δυνητικά επικίνδυνες για την υγεία του πληθυσμού σε συνθήκες οικονομικής κρίσης, δεν αποτελούν φυσικά προνόμιο μόνο της Ελλάδας. Σε όλες τις χώρες της Ευρώπης, με ή χωρίς Μνημόνιο, οι πολιτικές λιτότητας λαμβάνουν επιδημικές διαστάσεις. Ιρλανδία, Ιταλία, Ισπανία και Πορτογαλία ήδη προχώρησαν σε δραστικές μειώσεις της κρατικής χρηματοδότησης για την υγεία, σε πάγωμα ή μειώσεις των μισθών του υγειονομικού προσωπικού, σε πάγωμα των προσλήψεων. Καταλονία, Ιρλανδία και Ηνωμένο Βασίλειο σχεδιάζουν το κλείσιμο δημόσιων νοσοκομειακών κλινικών στον όνομα των ελλειμμάτων του δημόσιου τομέα. Ιταλία, Ελλάδα, Ισπανία και Πορτογαλία ήδη εισήγαγαν νέες απευθείας πληρωμές και αύξηση της συνεισφοράς των ασθενών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας.<sup>5</sup>

**Διάγραμμα 7 Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας δημόσιου τομέα, Ελλάδα και μέσου όρου της ΕΕ-15 για τα έτη 2003- 2013**

---

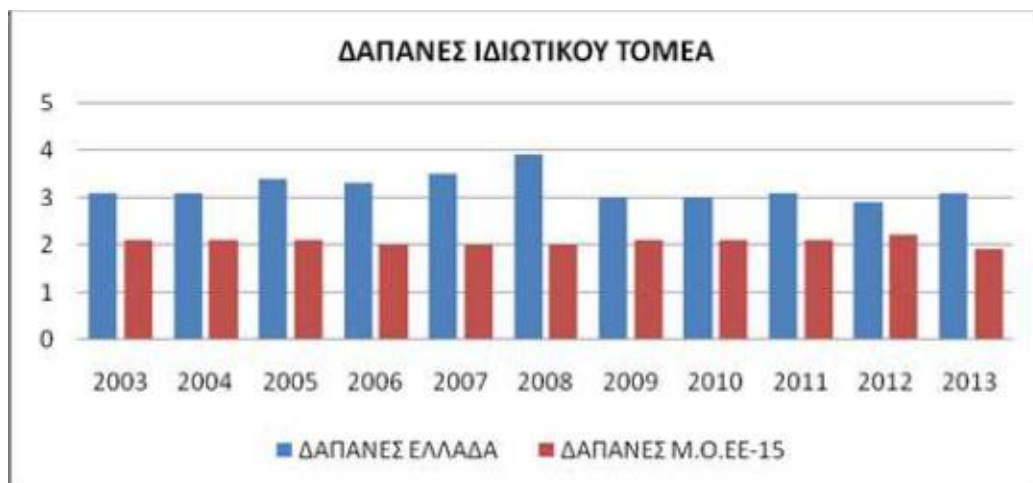
<sup>5</sup> Βλέπε Κουκουφιλίππου Ιωάννης, Παπαβασιλείου Ευανθία, Κοϊνης Αριστοτέλης (2016) "Κοινωνική πολιτική και δαπάνες κοινωνικής προστασίας και υγείας"



Πηγή: ΟΕCD, 2015

Από το παραπάνω διάγραμμα εμφανίζεται η υστέρηση σε δαπάνες υγείας στην Ελλάδα του δημοσίου τομέα σε σχέση με το μέσο όρο της Ε.Ε. ιδιαίτερα στα χρόνια της οικονομικής κρίσης.

**Διάγραμμα 8 Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας ιδιωτικού τομέα, Ελλάδας και μέσου όρου της ΕΕ-15 για τα έτη 2003- 2013**

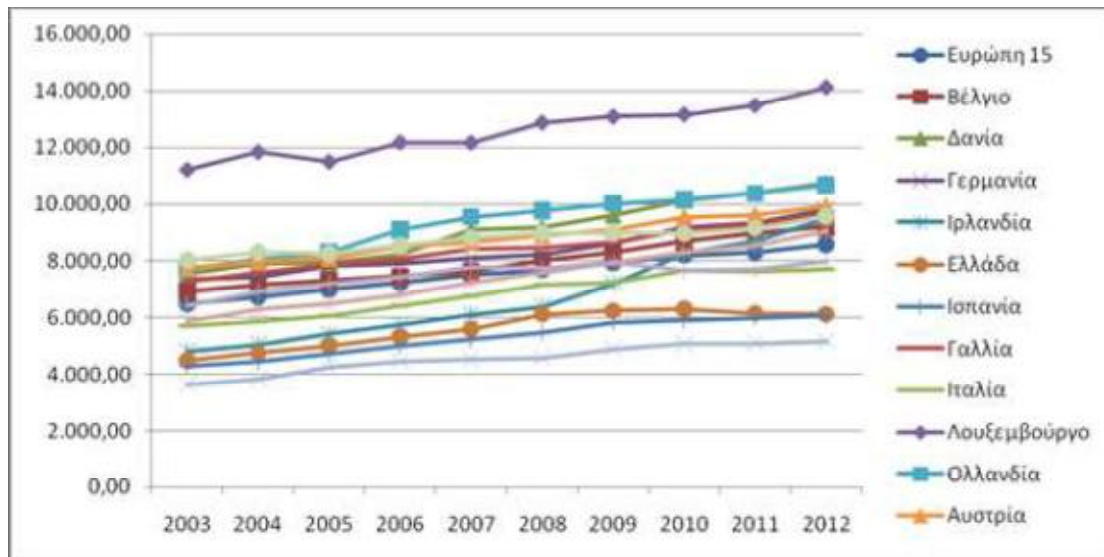


Πηγή: ΟΕCD, 2015

Η εικόνα είναι διαφορετική όσον αφορά τον ιδιωτικό τομέα υγείας στην Ελλάδα σε σχέση με το μέσο όρο της Ε.Ε.

**Διάγραμμα 9 Διαχρονική κατά κεφαλή δαπάνη κοινωνικής προστασίας στην ΕΕ-15 για τα έτη 2003-2012**

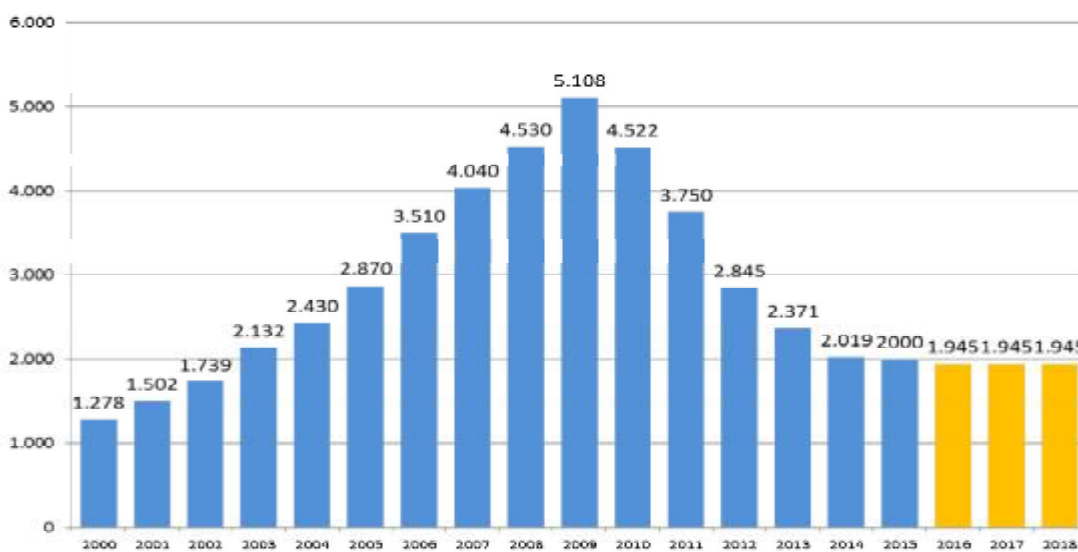




Πηγή: ESSPROS, 2015

Από τον παραπάνω διάγραμμα φαίνεται η Ελλάδα να βρίσκεται στις τελευταίες θέσεις της Ε.Ε.

Διάγραμμα 10 Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη, 2000-2018 (εκατ. ευρώ)



Πηγή: ΙΚΠΠ, 2015

Από το παραπάνω διάγραμμα είναι ολοφάνερη η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης από την αρχή της οικονομικής κρίσης.

#### 4.12 Πρωτοβάθμια Περίθαλψη Υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Τοποθετώντας την υγεία σε άμεση προτεραιότητα και αντιμετωπίζοντας πολλές απειλές όπως τη γήρανση του πληθυσμού, τις ανισότητες στην περίθαλψη, τη μετανάστευση, τις διασυνοριακές απειλές, τη κινητικότητα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού αλλά και των ασθενών, τις πανδημίες, τη βιοτρομοκρατία, τη παγκοσμιοποίηση αλλά και τις κλιματικές αλλαγές, η Ε.Ε πρότεινε ένα πλαίσιο δράσης μέχρι το 2013 με σκοπό να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τις ανάγκες αυτές του πληθυσμού της. Η Λευκή Βίβλος καθόριζε μια νέα στρατηγική για την υγεία 2008-2013 προκειμένου να αντιμετωπιστούν όλα τα καίρια προβλήματα τόσο σε ευρωπαϊκό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο. Η στρατηγική στόχευε στην ενίσχυση της κοινοτικής συνεργασίας όπου τα κράτη μέλη δεν μπορούν να δράσουν από μόνα τους και στην επίτευξη καλύτερης κατανόησης των θεμάτων υγείας.

Με την καθιέρωση του ΕΣΥ το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, σε αντίθεση με τη Γαλλία, Γερμανία και Ολλανδία, όπου τα συστήματα τους ανήκουν στο μοντέλο Bismark, ανήκει στην κατηγορία του μοντέλου Beveridge μαζί με την Ιταλία, Ισπανία και Σουηδία. Ωστόσο, ο ιδιωτικός τομέας από τα τέλη της δεκαετίας του 90 και μέχρι και σήμερα διαρκώς αναπτύσσεται, πραγματοποιώντας επενδύσεις και εξαγορές, τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό.

Παρατηρώντας την πορεία του κλάδου, αξίζει να σημειωθεί ότι τα τελευταία χρόνια διαπιστώνεται μια σταδιακή εγκατάλειψη των παραδοσιακών μοντέλων που αναφέρθησαν, υιοθετώντας ένα μοντέλο μικτής περιφερειακής διοίκησης σε συνδυασμό με την αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας, όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και στις άλλες χώρες κυρίως της Ανατολικής Ευρώπης. Σύμφωνα με δημοσιευμένα στοιχεία του ΟΟΣΑ στην Ελλάδα οι δαπάνες για την υγεία μεταξύ το 2000 και 2006 αυξήθηκαν κατά 7,2%, ξεπερνώντας το μέσο όρο αύξησης των χωρών του ΟΟΣΑ κατά 2,8%.

Αξίζει να σημειωθεί ότι το δημόσιο φαίνεται να είναι ο κύριος χρηματοδότης των υπηρεσιών υγείας για όλα τα κράτη του ΟΟΣΑ και στην Ελλάδα κατά 62% κατά το έτος 2006 με το μέσο όρο να φτάνει στο 73% για τα κράτη του ΟΟΣΑ. Σύμφωνα και πάλι με τα επίσημα στοιχεία του ΟΟΣΑ, οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα

κατά το 2006 έφθασαν στο 9,1% του ΑΕΠ, κατά 0,2% περισσότερο από το μέσο όρο του συνόλου των χωρών του ΟΟΣΑ.

Θα πρέπει να τονισθεί επίσης ότι οι ΗΠΑ βρίσκονται πρώτες στην κατάταξη δαπανών υγείας κατά το έτος 2005 με ποσοστό 15,3% του ΑΕΠ και ακολουθεί η Ελβετία με ποσοστό 11,3%, η Γαλλία με 11,1% και η Γερμανία με 10,6%. Να σημειωθεί ότι σε σχέση με τα υπέρογκα ποσά που δαπανώνται για την υγεία στις ΗΠΑ, τα μέχρι τώρα αποτελέσματα του κλάδου βρίσκονται σε χαμηλά επίπεδα σε σχέση με τις άλλες χώρες.

Ακολουθούν τα βασικά γεγονότα σχετικά με την υγεία και την περίθαλψη της υγείας στα 15 κράτη μέλη της Ε.Ε:

- ✓ Συνθήκη του Μάαστριχτ 1991, έδωσε στην Ένωση νέες αρμοδιότητες της δημόσιας υγείας και περισσότερες δυνατότητες διεθνούς συνεργασίας.
- ✓ Συνθήκη του Άμστερνταμ 1997, προβλέπει ένα νέο προσανατολισμό της κοινοτικής δράσης για την ασθένεια και την άμβλυνση των πηγών κινδύνου για την ανθρώπινη υγεία. Η αύξηση της μετανάστευσης, από κράτη μέλη και από οικονομικούς μετανάστες χωρών με χαμηλό δείκτη ανάπτυξης, στο εσωτερικό της Ένωσης διαφοροποιούν την κρατούσα αντίληψη πρωτοβάθμιας παροχής υπηρεσιών υγείας, επιβάλλοντας ανταλλαγή της ιατρικής τεχνολογίας, αρχών υπηρεσιών υγείας, ανθρώπινο δυναμικό κ.ά.

Ωστόσο, σήμερα είναι επιτακτικό οι πολιτικές για την υγεία να διέπονται από την αρχή της επικουρικότητας. Η εναρμόνιση των εθνικών νομοθεσιών εξαιρείται ρητά από το άρθρο 129 της Συνθήκης της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η υγειονομική περίθαλψη των συστημάτων απορρέει από ειδικές πολιτικές, ιστορικές, πολιτιστικές και κοινωνικοοικονομικές παραδόσεις. Ως αποτέλεσμα, οι οργανωτικές ρυθμίσεις για την πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των κρατών-μελών, όπως και η κατανομή του κεφαλαίου και του ανθρώπινου δυναμικού.

Τα κράτη μέλη αντιμετωπίζουν κοινές προκλήσεις όσον αφορά την παροχή ίσων, αποτελεσματικών και υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας σε προσιτό κόστος σε μια εποχή όταν το ποσό της φροντίδας που πρέπει να παραδοθεί έχει αρχίσει να υπερβεί τον πόρο βάσης. Η ζήτηση για υγειονομική περίθαλψη στην Ευρώπη όπως και αλλού μεταξύ των βιομηχανικών χωρών αυξάνεται ως αποτέλεσμα της γήρανσης του πληθυσμού και της αύξησης των προσδοκιών του κοινού.

Ο συνδυασμός της δημογραφικής μεταβολής και της τεχνολογικής εξέλιξης αυξάνει το κόστος της παροχής Πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης, στις περισσότερες χώρες της ΕΕ. Οι πολίτες των χωρών της νότιας Ευρώπης εν γένει, παρουσιάζουν χαμηλότερη ικανοποίηση από την υγειονομική περίθαλψη παροχής υπηρεσιών από τις βόρειες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

### **Ανακεφαλαίωση**

Από τα παραπάνω παρατηρούμε πως στην Ευρώπη, οι χώρες είναι χωρισμένες σε εκδοχές των μοντέλων Beveridge και Bismarck, με τις περισσότερες να μαζεύονται στην πρώτη κατηγορία (όπως και η Ελλάδα), ενώ στην δεύτερη να συναντάμε πιο ανεπτυγμένες και πλούσιες χώρες. Η κάθε μία από αυτές έχει σε ένα δικό της ποσοστό – μέγεθος ακολουθήσει το εκάστοτε μοντέλο, το οποίο λειτουργεί για εκείνη την συγκεκριμένη χρονική περίοδο.

Το κράτος πρόνοιας σε περιόδους οικονομικής κρίσης δυσκολεύεται να διασφαλίσει τα δικαιώματα και τις ανάγκες των πολιτών του όπως τα δικαιώματα υγειονομικής περίθαλψης, δωρεάν εκπαίδευσης, παροχής επιδομάτων και κοινωνικής ασφάλισης.<sup>6</sup>

Η οικονομική κρίση του 21ου αιώνα έχει οδηγήσει την κοινωνία σε αρνητικές συνέπειες. Κάποιες από αυτές είναι η φτώχεια, η ανεργία, το φαινόμενο της μετανάστευσης, ο κοινωνικός αποκλεισμός, ο αλκοολισμός, η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Οι συνέπειες αυτές είναι διαφορετικές σε κάθε χώρα, παραδείγματος χάρη οι εργαζόμενοι οι οποίοι διαθέτουν χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζονται σε μεγαλύτερο βαθμό από την ισχύουσα οικονομική κρίση σε σχέση με τους εργαζόμενους που έχουν υψηλότερη εκπαίδευση. Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί μια τεράστια αύξηση των περιστατικών υγείας όπως των ψυχικών διαταραχών, του άγχους, της κατάθλιψης και των προβλημάτων εθισμού. Δυστυχώς οι νομοθεσίες που

---

<sup>6</sup> Βλέπε Αναστασία Ορφανού (2013) "Από το Κράτος Δικαίου στο Κοινωνικό Κράτος: Η κρίση του κράτους πρόνοιας και το δικαίωμα της κοινωνικής ασφάλισης".

έχουν εφαρμοστεί κατά καιρούς δεν κατόρθωσαν να αλλάξουν την κατιούσα πορεία της οικονομίας.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Βλέπε Μήτρου Α. Αντωνία, Σπανού Λ. Χαρίκλεια, Ψυχογιού Κ. Διαμαντούλα (2015) "ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΣΤΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ".

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΝΟΤΙΟ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ**

### **Εισαγωγή**

Το κράτος πρόνοιας είναι ο καθολικός τύπος οργάνωσης όλων των σύγχρονων βιομηχανικών χωρών και περιγράφει τη θεσμική οργάνωση των κοινωνικών υπηρεσιών. (Κατρούγκαλος, 2004) Ο όρος κράτος πρόνοιας αναφέρεται στην περίοδο εξέλιξης του αστικού κράτους, που χαρακτηρίζεται από τη διεύρυνση της κοινωνικής του λειτουργίας και την έντονη αναπαραγωγική δράση στη σφαίρα της κοινωνικής αναπαραγωγής. (Στασινοπούλου, 1997) Μία άλλη θεώρηση του κράτους πρόνοιας, προκύπτει από το διπολικό σχήμα, ανθρωπιστικές αξίες και οικονομική αποτελεσματικότητα, πρεσβεύοντας ως απαραίτητη την προώθηση των πρώτων για την επίτευξη της δεύτερης. (Μαλούτας & Οικονόμου, 1988).

### **5.1 Μοντέλα κράτους πρόνοιας**

Ιδιαίτερη θέση στη βιβλιογραφία κατέχει η κατηγοριοποίηση, με κριτήριο τις σχέσεις μεταξύ κράτους, αγοράς και οικογένειας και δείκτη την από-εμπορευματοποίηση της εργασίας. (Esping Andersen, 1990)

Διακρίνουμε τρεις τύπους προνοιακού καθεστώτος:

α) το φιλελεύθερο μοντέλο που χαρακτηρίζεται από την κοινωνική αρωγή του ελέγχου εισοδήματος, μεταβιβάσεις και συστήματα κοινωνικής ασφάλισης περιορισμένης κλίμακας. Τα κλασσικά παραδείγματα είναι οι ΗΠΑ, ο Καναδάς και η Αυστραλία. Στα μειονεκτήματα του μοντέλου περιλαμβάνονται, η επέκταση θέσεων χαμηλής ειδίκευσης και αμοιβής, η εμπορευματοποίηση της εργασίας, η ιδιωτικοποίηση μέρους του κράτους πρόνοιας.

β) Το συντηρητικό μοντέλο το οποίο συνδέεται με τις σύγχρονες μορφές του κορπορατισμού. Κύριο μέλημα αυτού του μοντέλου είναι η διαφοροποίηση μεταξύ κοινωνικών ομάδων και η απονομή προνομίων μέσω διαφορετικών ρυθμίσεων, με κριτήρια την κοινωνική τάξη και την κοινωνική θέση. Χώρες στις οποίες συναντάται το μοντέλο είναι οι Αυστρία, Γαλλία, Γερμανία και Ιταλία. Το μοντέλο αυτό προσφέρει παθητική μορφή παροχών με αποτέλεσμα την κρατική εξάρτηση, την

έλλειψη κινήτρων και την ύπαρξη αντικινήτρων απασχόλησης σε περιπτώσεις όπως η ένταξη γυναικών στην αγορά εργασίας. Χαρακτηρίζεται από γραφειοκρατική ακαμψία και απροθυμία μεταρρυθμίσεων στην αγορά.

γ) το κοινωνικο-δημοκρατικό μοντέλο στο οποίο η καθολική κάλυψη και η απο-εμπορευματοποίηση επεκτείνεται στα μεσαία στρώματα. Με τον τρόπο αυτό επιδιώκεται διευρυμένη απο-εμπορευματοποίηση μαζί με τη δυνατότητα εξατομίκευσης των παροχών στα επιθυμητά από τους πολίτες επίπεδα. Το μοντέλο αυτό συναντάται στις Σκανδιναβικές χώρες. Η κριτική του συνίσταται στα προβλήματα κόστους παροχών και δημιουργίας θέσεων εργασίας, στην ανομοιομορφία παροχών σε πλούσιες και φτωχές κοινότητες και στη δυσκολία υιοθέτησης του από άλλα κράτη.

## 5.2 Νότιο μοντέλο κράτους

Επειδή οι προτεινόμενες τυπολογίες, αναφέρονται στα κράτη της Βόρειας Ευρώπης προτείνεται ένα τέταρτο μοντέλο το οποίο αναφέρεται στις χώρες του ευρωπαϊκού νότου με την Ελλάδα, την Ιταλία, την Πορτογαλία και την Ισπανία να συμμετέχουν σε αυτό. Το νότιο μοντέλο περιλαμβάνει στοιχεία από το μοντέλο του Bismark (ιδιαίτερα σε ότι αφορά τον τομέα κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής προστασίας) και στοιχεία από το μοντέλο του Beveridge (σε ότι αφορά τον τομέα της υγείας). (Ferrera, 1996)

### 5.2.1. Το νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο κράτους πρόνοιας

Ορισμένοι θεωρητικοί προτείνουν ένα τέταρτο περιφερειακό μοντέλο κράτους πρόνοιας, το οποίο αναφέρεται τις χώρες του μεσογειακού νότου, το λεγόμενο latin-rim model<sup>59</sup>. Στην Ισπανία, την Πορτογαλία, την Ελλάδα και την Ιταλία το κοινωνικό κράτος αναπτύχθηκε με χρονική καθυστέρηση, ενώ σημαντικές δυσχέρειες προκάλεσαν η οικονομική υπανάπτυξη και οι συνθήκες λιτότητας. Οι υπηρεσίες σε μεγάλο βαθμό ήταν αναποτελεσματικές και η κατανομή τους ανομοιόμορφη.

Τα ιδιαίτερα γνωρίσματα του νοτιοευρωπαϊκού κράτους πρόνοιας είναι τα εξής:

α) η εσωτερική πόλωση των νοτιοευρωπαϊκών συστημάτων αναπλήρωσης εισοδήματος. Η πιο χαρακτηριστική ιδιομορφία των συστημάτων είναι ο διπολικός χαρακτήρας της προστασίας που παρέχεται. Ειδικότερα, τα προγράμματα αυτά παρέχουν απεριόριστη προστασία στις τάξεις που αποτελούν τον πυρήνα του εργατικού δυναμικού και βρίσκονται στην επίσημη αγορά εργασίας, ενώ την ίδια στιγμή προσφέρουν πενιχρή επιδότηση σε εκείνους που βρίσκονται στην ανεπίσημη ή μη θεσμοποιημένη εργασία. Τα κράτη της Ισπανίας, της Ιταλίας, της Ελλάδας και της Πορτογαλίας αποτελούν τις μοναδικές εξαιρέσεις στην ΕΕ, όπου δε λειτουργεί στη βάση νομοθετικού δικαιώματος εθνικό πρόγραμμα ελάχιστου εισοδήματος για άτομα και οικογένειες με ανεπαρκείς πόρους.

β) Η ανισόρροπη κατανομή προστασίας σε όλο το φάσμα των λειτουργιών της κοινωνικής πολιτικής. Συγκεκριμένα, είναι χαρακτηριστική η υπερπροστασία των ηλικιωμένων ως κοινωνική ομάδα, η υπανάπτυξη των παροχών προς την οικογένεια και υπανάπτυξη της δημόσιας στεγαστικής πολιτικής και στεγαστικών παροχών, γ) η παροχή της υγειονομικής περίθαλψης σε καθολική βάση συνδέεται άμεσα με την κοινωνική ιδιότητα του πολίτη, δ) η συνύπαρξη δημόσιων και μη φορέων και θεσμών με έντονα διαπλεκόμενο χαρακτήρα. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις - με χαρακτηριστικό παράδειγμα την περίπτωση της εγκαθίδρυσης του ΕΣΥ - που δεν προήγαγε την ενίσχυση της δημόσιας σφαίρας και τον εκτοπισμό της ιδιωτικής παροχής, αλλά αντίθετα ενίσχυσε μια διαπλοκή του δημοσίου με το ιδιωτικό συχνά με όφελος για το τελευταίο. ε) η θεσμική ευνοιοκρατία σε συνδυασμό με μηχανισμούς «πατρωνείας» και πελατειακά κυκλώματα για τη διανομή επιδοτήσεων, ενώ παράλληλα οι κρατικοί θεσμοί είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι σε ευνοιοκρατικές και κομματικές πιέσεις. στ) Χαμηλή αποδοτικότητα υπηρεσιών εκ μέρους του κράτους. Συγκεκριμένα, οι χρήστες κοινωνικών υπηρεσιών των νότιων χωρών της μεσογείου δηλώνουν δυσαρεστημένοι από τη λειτουργία των υπηρεσιών και τέλος ζ) ανομοιόμορφη κατανομή βαρών στις ποικίλες κοινωνικές ομάδες λόγω εκτεταμένης παραοικονομίας και φοροδιαφυγής.

Η ταχεία αύξηση της φορολογίας, η συγκέντρωσή της σε ορισμένες κατηγορίες επαγγελματιών, η ανομοιόμορφη κατανομή της φορολογικής επιβάρυνσης, οι σχέσεις πατρωνείας και τα φαινόμενα απάτης και η χαμηλή αποδοτικότητα των υπηρεσιών αποτελούν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των χωρών της νότιας Ευρώπης και προσφέρουν ένα εξαιρετικά γόνιμο έδαφος την έκρηξη αντίδρασης κατά του συστήματος.



Οι χώρες αυτές παρουσιάζουν κοινά θεσμικά χαρακτηριστικά (Μακαρόνης & Παλουκτσή, 2009) όπως:

### **A. Περιβάλλον**

Στις χώρες αυτές υπάρχει εθνική ομοιογένεια και συνοχή, πλην της Ισπανίας (Βάσκοι), καθώς επίσης και θρησκευτική ομοιογένεια άνω του 94%, με επικρατούσα θρησκεία τον χριστιανισμό. Πρέπει να αναφερθεί η έντονη συμβολή του θρησκευόμενου στην εξέλιξη πολιτικών γεγονότων και στη διαμόρφωση κοινωνικών δομών και αξιών.

Στα κράτη αυτά παρατηρείται καθυστέρηση στην εκβιομηχάνιση τους, διπολισμός μεταξύ πλούσιου Βορρά και φτωχού Νότου, ένταση αστικοποίησης, συρρίκνωση αγροτικού τομέα και ανάπτυξη βιομηχανικών κέντρων. Όσο αφορά το ρυθμό ανάπτυξης του ΑΕΠ, παρατηρείται σύγκλιση Ελλάδας-Πορτογαλίας ως φτωχότερα κράτη και Ισπανίας-Ιταλίας ως ισχυρότερες οικονομίες. Στόχευση και των τεσσάρων κρατών, αποτέλεσε η συμμετοχή τους σε υπερεθνικούς οργανισμούς όπως το ΝΑΤΟ και η ΕΟΚ. Η πολιτική ιστορία των χωρών αυτών, χαρακτηρίζεται από μακρές περιόδους ηγεμονίας απολυταρχικών καθεστώτων, όπου συμμετοχοί διακυβέρνησης ήταν συνδικάτα και συντεχνίες, από περιόδους αστάθειας, σκάνδαλα και εμφυλίου. (διαγράμματα 3-4 και πίνακας 1)

Τέλος αναφέρεται η μετανάστευση ως κοινό φαινόμενο, όπου μετά τον Β΄ παγκόσμιο πόλεμο τα κράτη αυτά εξήγαγαν μετανάστες, ενώ σήμερα αποτελούν πύλες εισροής μεταναστών από φτωχότερα κράτη. (διάγραμμα 5)

### **B. Εισοδηματικές μεταβιβάσεις**

Οι χώρες του νοτιο-ευρωπαϊκού μοντέλου, συνιστούν ακραία εκδοχή του «επιδοματοκεντρικού μοντέλου», ηπειρωτικής Ευρώπης με προνοιακή πολιτική βασισμένη σε χρηματικές παροχές, που εμπίπτουν στη βισμαρκιανή λογική και διανέμονται από ένα κατακερματισμένο προνοιακό σύστημα. Η προστασία που παρέχεται αγγίζει τα όρια του διπολισμού, από τη μια παρέχονται παροχές σε στρώματα του πυρήνα του εργατικού δυναμικού, από την άλλη παρέχεται πενιχρή επιδότηση σε εκείνους που βρίσκονται σε μη επίσημη ή μη θεσμοθετημένη εργασία.

Στις χώρες αυτές δεν υφίσταται εθνικό πρόγραμμα ελάχιστου εισοδήματος για άτομα και οικογένειες με ανεπαρκείς πόρους, αν και παρουσιάζεται μια κινητικότητα προ την κατεύθυνση αυτή.

### **Γ. Προστασία από κινδύνους**

Οι χώρες του νοτιου-ευρωπαϊκού μοντέλου, δεν κατανέμουν ισόρροπα την προστασία σε όλο το φάσμα των κινδύνων, αλλά και μεταξύ των διαφόρων λειτουργιών της κοινωνικής πολιτικής. Το μεγαλύτερο μέρος των κοινωνικών δαπανών το καταλαμβάνουν οι συντάξεις, οι παροχές και οι υπηρεσίες προς την οικογένεια είναι ελλιπείς, τα ποσοστά ιδιοκατοίκησης είναι χαμηλά ως αποτέλεσμα ελλιπούς στεγαστικής πολιτικής. Η έλλειψη ή η απουσία κοινωνικής πολιτικής υποκαθίσταται από ισχυρούς οικογενειακούς και φιλικούς δεσμούς που λειτουργούν ως «πρωταρχικό κοινωνικό δίκτυο ασφαλείας». (Διάγραμμα 8)

### **Δ. Υγειονομική περίθαλψη**

Η παροχή υγειονομικής περίθαλψης χαρακτηρίζεται από καθολικότητα μέσω ενός θεσμοθετημένου Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), εμπνευσμένο από το βρετανικό μοντέλο, το οποίο πέραν της Ιταλίας αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα ολοκλήρωσης.

### **Ε. Διείδυση Κράτους**

Θα περίμενε κανείς πως η εγκαθίδρυση του Ε.Σ.Υ. στις χώρες του νοτιου-ευρωπαϊκού μοντέλου, να εκτοπίσει την ιδιωτική παροχή από τον τομέα της υγείας. Αντίθετα αναπτύχθηκε μια ιδιαίτερη διαπλοκή του δημοσίου με τον ιδιωτικό τομέα, συχνά με μεγάλο όφελος για τον τελευταίο.

### **Ζ. Θεσμική ευνοιοκρατία**

Στα κράτη της νότιας Ευρώπης παρατηρείται σε έκταση το φαινόμενο της «θεσμικής ευνοιοκρατίας», σχηματίζοντας σύνθετους μηχανισμούς ««πατρωνίας»» για τη διανομή των χρηματικών επιδοτήσεων. Ο βαθμός διείδυσης του κράτους στους θεσμούς κοινωνικής προστασίας είναι χαμηλός ενώ οι κρατικοί θεσμοί στις χώρες αυτές είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι σε κομματικές πιέσεις.

### **Η. Αποδοτικότητα του δημόσιου τομέα**

Στις χώρες του ευρωπαϊκού νότου παρατηρείται χαμηλή αποδοτικότητα των υπηρεσιών του δημόσιου τομέα και των δημοσίων υπαλλήλων που οφείλεται στον

ελλιπή βαθμό επαγγελματισμού τους, καθώς και στις μεθόδους προσλήψεων και οργάνωσης της εργασίας του διοικητικού μηχανισμού.

## **Θ. Χρηματοδότηση**

Η χρηματοδότηση των προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής έχει ως γνώρισμα την ανομοιόμορφη κατανομή βαρών στις διάφορες επαγγελματικές ομάδες, λόγω ανομοιογένειας του θεσμικού πλαισίου, εκτεταμένης παραοικονομίας και φοροδιαφυγής, με συνέπειες για το κοινωνικό κράτος και τη χρηματοδότηση του.

## **Ι. Πρόσθετα κοινωνικά στοιχεία**

Ορισμένα κοινά κοινωνικά στοιχεία του νότου είναι η αποσύνθεση των κοινωνικών αξιών και δεσμών και η γεωγραφική πόλωση λόγω της έξαρσης του φαινομένου της αστυφιλίας, που έχει σαν αποτέλεσμα την ερήμωση της υπαίθρου. Το εθελοντικό κίνημα πλην της εκκλησίας είναι αποδυναμωμένο, στον αντίποδα όμως υπάρχει η ανάπτυξη Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων με τη προτροπή και την υποστήριξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

### **5.3 Κρίση στα Κράτη του Ευρωπαϊκού Νότου**

Κατά την περίοδο 2009 - 2011 σε χώρες όπως η Ελλάδα, η Πορτογαλία, η Ισπανία, η Ιρλανδία και η Ρουμανία ακολουθήθηκαν πολιτικές λιτότητας, οι οποίες τις οδήγησαν σε οικονομική κρίση, σε ελάττωση των εισοδημάτων, σε αύξηση της ανεργίας καθώς και σε μείωση του ρυθμού ανάπτυξης του κοινωνικού κράτους. Οι συγκεκριμένες χώρες που διακρίνονται από έναν χαμηλό βαθμό επαγγελματικής απασχόλησης και υψηλής μείωσης των μισθών, μελλοντικά θα αντιμετωπίσουν μεγαλύτερα ποσοστά ανεργίας από τα έτη 2009 - 2011. Στα ευρωπαϊκά κράτη η ανεργία έφτασε τα ποσοστά των 16,2 εκατ. ανθρώπων το 2011 δηλαδή ολόκληρος ο πληθυσμός της Ολλανδίας. Συνεπώς, το "Σύμφωνο για το ευρώ" δεν διαθέτει τις αναπτυξιακές αρχές για την επιβολή δημοσιονομικών μέτρων στα ευρωπαϊκά κράτη και οδεύει την οικονομία τους σε μια μείωση της ζήτησης και της κατανάλωσης στις αγορές καθώς και σε μια νέα οικονομική κρίση την δεκαετία του 2010 - 2020. Επιπροσθέτως, το Ινστιτούτο Oliver Wiman ( 2011 ) και ο P. Artus ( 2011 ) υποστηρίζουν πως θα επέλθει μια σοβαρή ευρωπαϊκή οικονομική κρίση την δεκαετία 2010 - 2020 λόγω:

- 1) της επέκτασης του χρέους και της χειροτέρευσης της οικονομικής κατάστασης,
- 2) της συνεχόμενης αύξησης των τιμών, και
- 3) της έλλειψης κοινωνικών πολιτικών, με αποτέλεσμα να οδηγούνται τα κράτη σε νέα κρίση και σε αύξηση του άνεργου πληθυσμού.

#### **5.4 Η οικονομική Κρίση στις Μεσογειακές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης**

Η οικονομική κρίση που βιώνουν σήμερα οι χώρες της Νότιας Ευρώπης σε συνδυασμό με τον άκρατο ανταγωνισμό που επιβάλλει η παγκοσμιοποίηση, πιέζουν τα κράτη να αλλάξουν τον τρόπο άσκησης της κοινωνικής τους πολιτικής και να περιορίσουν δραματικά την έννοια του κράτους πρόνοιας. (Μπούτσιου, Σαράφης, 2013).

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι χώρες της Ε.Ε. δεν παρουσιάζουν ομοιομορφία ως προς τα μοντέλα κράτους πρόνοιας που κυριαρχούν σ' αυτές, καθώς στις κεντρικές της χώρες επικρατεί το «Συντηρητικό μοντέλο κράτους πρόνοιας», στις βόρειες το «Κοινωνικό-δημοκρατικό μοντέλο» και στις νότιες χώρες το «Νότιο μοντέλο κράτους πρόνοιας». Τα τρία αυτά μοντέλα επικεντρώνονται σε διαφορετικούς τομείς, παρουσιάζοντας το καθένα τα προτερήματα και τις αδυναμίες του. Το Νότιο μοντέλο κράτους πρόνοιας συναντάται στις χώρες της Ελλάδας, της Ιταλίας, της Ισπανίας και της Πορτογαλίας, χώρες οι οποίες εκτός από την κοινή γεωγραφική τους θέση στο νότο της Ευρώπης, έχουν επίσης κοινή Θρησκεία (Χριστιανισμός), πολιτική ιστορία (π.χ. περιόδους αστάθειας, εμφύλιους πολέμους), ιδιομορφίες στην παραγωγή (π.χ. ελλιπή εκβιομηχάνιση), δημογραφική ανομοιομορφία στο εσωτερικό τους (αστικοποίηση) και ομοιότητες στο μεταναστευτικό ζήτημα (π.χ. υποδοχή μεταναστευτικών ρευμάτων). Επίσης, στις ομοιότητες τους είναι και η τακτική τους να επικεντρώνονται στην επιδοματική πολιτική και να ξοδεύουν το μεγαλύτερο ποσοστό των κοινωνικών τους δαπανών στην εξυπηρέτηση του συνταξιοδοτικού τους συστήματος. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) των χωρών αυτών παραμένει ανολοκλήρωτο –με εξαίρεση της Ιταλίας- και επιβαρυνόμενο από τις σχέσεις διαπλοκής που ανέπτυξε με τον ιδιαίτερα προηγμένο ιδιωτικό τομέα υγείας. Παρατηρούνται επίσης, χαλαροί κρατικοί θεσμοί καθοδηγούμενοι απ' της εκάστοτε κυβερνήσεις που βρίσκονται στην εξουσία, αναποτελεσματικότητα των δημοσίων υπαλλήλων και των δημόσιων υπηρεσιών

γενικότερα, (όπως φαίνεται στο σχήμα 2) και συστήματα πελατειακών σχέσεων, διαπλοκής και παραοικονομίας. Τέλος, κοινό χαρακτηριστικό αποτελεί και το γεγονός της απουσίας του εθελοντικού κινήματος, το οποίο όμως αντικαθίσταται από την ίδρυση Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων (Μ.Κ.Ο.) που αναπτύσσονται με τη βοήθεια της Ε.Ε. (Μπούτσιου, Σαράφης, 2013) Σύμφωνα με τον Χατζημιχάλη η οικονομική κρίση που πλήττει την Ευρωζώνη στην αρχή της εμφάνισής, επηρέασε τον τραπεζικό τομέα (ξεκινώντας από την Ιρλανδία), τον τομέα της αγοράς ακινήτων (Ισπανία) και το δημόσιο και ιδιωτικό χρέος. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι οι χώρες τις μεσογείου που πλήττονται από την οικονομική κρίση (Ελλάδα, Πορτογαλία, Ισπανία, Ιταλία) έχουν ένα κοινό παρανομαστή: ανήκουν όπως αναφέρθηκε και παραπάνω στην Ευρώπη του Νότου, η οποία στην ουσία «είναι χρεωμένη στις βόρειο-κεντρικές χώρες της Ευρωζώνης και της Ευρωπαϊκής Ένωσης». Η κρίση χαρακτηρίζεται κυρίως ως μακροοικονομική και χρηματοπιστωτική με τις χώρες του νότου να παρουσιάζουν μεγάλα δημοσιονομικά ελλείμματα και δημόσια χρέη. (Χατζημιχάλης, 2012) Πιο συγκεκριμένα, χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι το δεύτερο τρίμηνο του 2012 το δημόσιο χρέος της Ελλάδας έφτασε στο ποσοστό του 150,3% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ), ενώ η Ιταλία έφτασε στο 126,1% την ίδια περίοδο. Η Πορτογαλία είχε δημόσιο χρέος 117,5% και η χώρα της Ισπανίας 76% (Πίνακας 1). (Μπούτσιου Στ, Σαράφης Π, 2013)

**Πίνακας 8 ΔΗΜΟΣΙΟ ΧΡΕΟΣ ΤΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΤΡΙΜΗΝΟ ΤΟΥ 2012 ΣΕ ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙ ΤΟΥ ΑΕΠ**

Ελλάδα	150,3%
Ιταλία	126,1%
Πορτογαλία	117,5%
Ισπανία	76%

Πηγή: Μπούτσιου Στ, Σαράφης Π, 2013

Μέσα στις συνθήκες της οικονομικής κρίσης και κατ' επέκταση του δημοσιονομικού ελλείμματος το ευρωπαϊκό μοντέλο κράτους πρόνοιας αποπροσανατολίζεται από τις θεμελιώδεις του αρχές και αξίες περί δικαιοσύνης, κοινωνικής ευαισθησίας και αλληλεγγύης. Στην προσπάθειά του να καλύψει τα δημοσιονομικά του κενά οδηγείται στον αυστηρό έλεγχο και την περικοπή των δαπανών του για την υγεία, την παιδεία, την οικογενειακή και επιδοματική πολιτική

και γενικά για την άσκηση της κοινωνικής πολιτικής με συνέπεια την παρακμή του κοινωνικού κράτους, όπως αυτό διαμορφώθηκε τον 20ο αιώνα. (Μπαμπανάσης, 2012).

### **5.5 Αίτια Οικονομικής Κρίσης στις Μεσογειακές χώρες**

Η οικονομική κρίση που γνωρίζουν οι χώρες της Ν.Ε. είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων με μεγαλύτερη ή μικρότερη σημασία. Άλλοι παράγοντες αφορούν εσωτερικά εθνικά σφάλματα της κάθε χώρας και άλλοι σφάλματα της Ε.Ε. (Χατζημιχάλης 2012). Η συνηθέστερη αιτία που προβάλλεται για την κρίση χρέους τόσο της Ελλάδας, όσο και των υπόλοιπων χωρών (Πορτογαλία, Ισπανία Ιταλία) είναι ο δημοσιονομικός εκτροχιασμός τους και η αδυναμία τους στην εξορθολόγηση του κρατικού προϋπολογισμού τους. Επιπλέον, οι χώρες αυτές βαρύνονται με την γενικότερη κρατική τους αναποτελεσματικότητα, την διαφθορά τόσο των κυβερνόντων, όσο και των πολιτών, την άλογη χρήση των οικονομικών τους, το πελατειακό τους πολιτικό σύστημα και τη χαμηλή παραγωγικότητα σε σχέση με τις δαπάνες τους (Ματσαγγάνης, 2011).

Ακόμα, και οι τέσσερις παραπάνω χώρες βασιζόμενες στη διεθνή αξιοπιστία της Ευρωζώνης και στην προσφορά δανείων με χαμηλά επιτόκια, προχώρησαν σε υπερβολικούς κρατικούς δανεισμούς με αποτέλεσμα την απειλή του δημόσιου χρέους όταν η φερεγγυότητα της Ευρωζώνης μετατράπηκε σε στερεότυπη δυσκαμψία συνάμα με την κερδοσκοπία των τραπεζών και των οίκων αξιολόγησης το 2009.<sup>8</sup>

### **Ανακεφαλαίωση**

Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στο νότιο μοντέλο κράτους πρόνοιας που περιλαμβάνει χώρες όπως η Ελλάδα, η Ιταλία, η Πορτογαλία και η Ισπανία και το οποίο δίνει μεγαλύτερη σημασία στην εξασφάλιση της κοινωνικής ασφάλισης και προστασίας των πολιτών. Το κράτος πρόνοιας μιας κοινωνίας έχει ως βασικό του ρόλο την κατανομή των κοινωνικών δαπανών και την στήριξη των πολιτών του με την παροχή υλικών αγαθών ή χρημάτων. Στις νότιες μεσογειακές χώρες τα τελευταία

---

<sup>8</sup> Βλέπε Μήτρου Α. Αντωνία, Σπανού Λ. Χαρίκλεια, Ψυχογιού Κ. Διαμαντούλα (2015) " Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΣΤΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ"

δέκα χρόνια ακολουθούνται πολιτικές λιτότητας λόγω του δημόσιου χρέους, δηλαδή υπάρχει μείωση των διάφορων κοινωνικών δαπανών και αύξηση των περικοπών. Παρόλα αυτά το κράτος πρόνοιας εξακολουθεί να αποτελεί θεσμό για την σωστή λειτουργία κάθε κοινωνίας. Για να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά από το κράτος πρόνοιας τα προβλήματα κάθε κοινωνίας είναι απαραίτητο να ληφθούν κοινωνικές πολιτικές που θα καλύψουν τις ανάγκες όλων των πολιτών και θα οδηγήσουν την κοινωνία σε περιόδους ανάπτυξης.

Οι χώρες της Ν.Ε. (Ελλάδα, Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία) παρουσιάζουν πολλές ομοιότητες στη γεωγραφική τους θέση, στη Θρησκεία τους, στην πολιτική τους ιστορία στην παραγωγική διαδικασία, στη δημογραφική τους ανομοιομορφία, στο μεταναστευτικό ζήτημα, αλλά και η τακτική τους να επικεντρώνονται στην επιδοματική πολιτική. Επιπλέον, και στις τέσσερις επικρατεί το «Νότιο μοντέλο κράτους Πρόνοιας».

Οι χώρες του νότου πλέον παρουσιάζουν μεγάλα δημοσιονομικά ελλείμματα, δημόσια χρέη και έρχονται αντιμέτωπες με την οικονομική κρίση. Μέσα στη δύνη των οικονομικών ελλειμμάτων λοιπόν, οδηγούνται στον αυστηρό έλεγχο και την περικοπή των δαπανών τους για την υγεία, την παιδεία, την οικογενειακή και επιδοματική πολιτική και γενικά για την άσκηση της κοινωνικής πολιτικής τους κράτους πρόνοιας. Η οικονομική κρίση που ξέσπασε το δεύτερο εξάμηνο του 2008 στις χώρες της Νότιας Ευρώπης είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων. Άλλοι παράγοντες αφορούν εσωτερικά εθνικά σφάλματα της κάθε χώρας, όπως ο δημοσιονομικός εκτροχιασμός τους, η αδυναμία τους στην εξορθολόγηση του κρατικού προϋπολογισμού τους, η διαφθορά, το πελατειακό τους πολιτικό σύστημα, οι υπερβολικοί κρατικοί δανεισμοί και τη χαμηλή παραγωγικότητα σε σχέση με τις δαπάνες τους. Οι μεσογειακές χώρες στις συνθήκες της παρούσας οικονομικής κρίσης παρουσιάζουν αποκλείσεις στα ποσοστά των ετήσιων ελλειμμάτων, αύξηση στο δημόσιο χρέος τους, κατακόρυφη αυξητική πορεία της ανεργίας.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Βλέπε Σιάρκου Μαρία (2014) "ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ"

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

### **Εισαγωγή**

Οι επιπτώσεις μιας οικονομικής κρίσης σε έναν πληθυσμό μπορούν να είναι πολύπλοκες, μακροχρόνιες και, σε κάποιες περιπτώσεις, όχι άμεσα προφανείς. Για παράδειγμα, ποιες μπορεί να είναι οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία των Ελλήνων πολιτών αλλά και στις υποδομές υγείας της χώρας; Πώς μετριοούνται;

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία αρχικά συναντάται η βιβλιογραφική ανασκόπηση, η οποία έχει σκοπό τη διερεύνηση του φαινομένου της οικονομικής κρίσης και των συνεπειών αυτής στο ελληνικό κράτος πρόνοιας. Γίνεται μια προσπάθεια περιγραφής του κράτους πρόνοιας αναφέροντας τα μοντέλα αυτού και τις ερμηνευτικές τους προσεγγίσεις. Επίσης, αναφέρονται τα μοντέλα κοινωνικής πολιτικής και η επιρροή της οικονομικής κρίσης τόσο σε αυτή, όσο και στο ελληνικό κράτος πρόνοιας. Παρουσιάζονται οι ομοιότητες των μεσογειακών χωρών, καθώς και οι αιτίες και οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης που υπάρχει σε αυτές. Περιλαμβάνεται μια αναλυτική ανασκόπηση των δεδομένων και της βιβλιογραφίας που έχουν εκδοθεί από ελληνικούς και διεθνείς φορείς και ερευνητές και αφορούν σε όλες τις πτυχές της υγείας, της παροχής περίθαλψης και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τους Έλληνες πολίτες κατά τη διάρκεια της κρίσης.

Το επόμενο μέρος της εργασίας είναι το ερευνητικό, στο οποίο αποπειράται να μελετηθεί ερευνητικά η επιρροή της οικονομικής κρίσης στις κοινωνικές δομές, στους αποδέκτες των υπηρεσιών των φοιτητών της σχολής. Παρουσιάζονται η μεθοδολογία της έρευνας και τα αποτελέσματά της σχετικά με τα ερευνητικά ερωτήματα. Η έρευνα διενεργήθηκε με την αποστολή και την επιτόπια συμπλήρωση ερωτηματολογίων. Η δειγματολογική έρευνα καταβλήθηκε με ανώνυμη διαδικασία ώστε να υπάρξει η δυνατότητα όσο το δυνατόν πιο αληθινών και πραγματικών απαντήσεων από τους ερωτώμενους .

### **Σχεδιασμός ερωτηματολογίου**

Το ερευνητικό εργαλείο που επιλέχθηκε για την εκπόνηση της έρευνας ήταν το ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις κλειστού τύπου. Η σωστή διαμόρφωση και κατασκευή του ερωτηματολογίου απαιτεί τα παρακάτω βήματα:

- ✓ Απόφαση σχετικά με τους στόχους-σκοπούς της μελέτης, ποιές είναι οι κατευθύνσεις και οι προσδοκίες του ερευνητικού μέρους.



- ✓ Κατανόηση του θέματος.
- ✓ Προσδιορισμός απαραίτητων περιγραφικών πληροφοριών, τα στοιχεία που προσδιορίζουν το δείγμα μας (φύλο, ηλικία, πόλη).
- ✓ Διαμόρφωση υποθέσεων, υποθέσεις που προήρθαν από την βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η απλή τυχαία δειγματοληψία με τα εξής χαρακτηριστικά:

- Ø Τα άτομα του δείγματος επιλέχθηκαν από την ευρύτερη ομάδα του αντίστοιχου πληθυσμού.
- Ø Κάθε ερωτώμενος έχει τις ίδιες πιθανότητες επιλογής.
- Ø Το δείγμα της ερευνητικής διαδικασίας αποτελείται από 30 φοιτητές του τμήματος.

Οι υποθέσεις για την έρευνα μας είναι:

- Ø Η οικονομική κρίση έχει άμεσα επηρεάσει την υγεία του δείγματος
- Ø Η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει τη παροχή των υπηρεσιών υγείας
- Ø Η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει τις υπηρεσίες του κράτους πρόνοιας
- Ø Υποθέτουμε ότι παρούσα διατριβή θα απαντήσει στο ερώτημα αν το ερωτηματολόγιο που συντάχθηκε είναι πράγματι λειτουργικό και μπορεί να αποτελέσει εργαλείο κατανόησης της αξιολόγησης από την ελληνική κοινωνία για την παρεχόμενη ιατρική φροντίδα κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης.

**Προτάσεις για μελλοντική έρευνα:**

- Ø Ποσοτική Έρευνα με Μεγαλύτερο δείγμα.
- Ø Να πραγματοποιηθεί η ίδια έρευνα σε άλλες πόλεις της Ελλάδας
- Ø Να γίνει για το ίδιο ερευνητικό θέμα η αντίστοιχη έρευνα, σε βάθος χρόνου και να επέλθει η σύγκριση αυτών.
- Ø Να εκπονηθεί η ίδια έρευνα χρησιμοποιώντας τη μέθοδο των συνεντεύξεων ή/και της παρατήρησης από το εκάστοτε δείγμα.
- Ø Ο πληθυσμός της έρευνας να αποτελείται από εξυπηρετούμενους των κοινωνικών υπηρεσιών.

- Ø Να γίνει μια έρευνα αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών από εξωτερικό αξιολογητή.
- Ø Να πραγματοποιηθεί μια παρόμοια έρευνα στις χώρες της Νότιας και της Βόρειας Ευρώπης με συνεργασία των σχολών της Υγείας.
- Ø Να δημιουργηθεί η ίδια έρευνα, διαφοροποιώντας το θεωρητικό υπόβαθρο, περιλαμβάνοντας τη μελέτη για το κράτος πρόνοιας των σκανδιναβικών χωρών.

Για να καταλήξουμε σε κάποια ασφαλή και αντικειμενικά συμπεράσματα επιπρόσθετα παρουσιάζεται η έρευνα που διεξήχθη η διαΝΕΟσις, σε συνεργασία με το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, που διήρκεσε περίπου οκτώ μήνες. Σχεδιάστηκε μια εκτεταμένη χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας (πολιτών και υποδομών) στην Ελλάδα σήμερα.

Στο πρώτο μέρος της εν λόγω έρευνας μελετήθηκε η χρήση δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας από τους πολίτες, καθώς και οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην κατάσταση της υγείας τους. Η ποσοτική έρευνα διεξήχθη στο πλαίσιο της πανελλαδικής έρευνας Hellas Health VI που υλοποίησε το ΙΚΠΙ το Μάιο του 2015.

Η έρευνα, με τα δύο συμπληρωματικά μέρη της, αποτελεί μια εκτενή και αναλυτική χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας των Ελλήνων και του συστήματος υγείας της χώρας. Διαπιστώσαμε ότι εν μέσω κρίσης η υγεία των πολιτών έχει επηρεαστεί (ειδικά η ψυχική υγεία), οι δαπάνες στον τομέα της υγείας έχουν επηρεαστεί επίσης, ενώ το σύστημα υγείας έχει πιεστεί έντονα.

## **Ανακεφαλαίωση**

Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκαν οι επιδράσεις της δημοσιονομικής προσαρμογής στην υγεία. Η Μεθοδολογία που ακολουθήθηκε είναι η ανασκόπηση βιβλιογραφικών κυρίως πηγών καθώς και η αναζήτηση πηγών μέσω του ηλεκτρονικού διαδικτύου. Για τον σκοπό αυτόν χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα από επίσημες στατιστικές αρχές, καθώς και από τη διεθνή βιβλιογραφία. Τέλος με το μέθοδο του ερωτηματολογίου που διανεμήθηκε σε δείγμα των φοιτητών της σχολής του ΤΕΙ Πατρών αντλήθηκαν χρήσιμα συμπεράσματα.

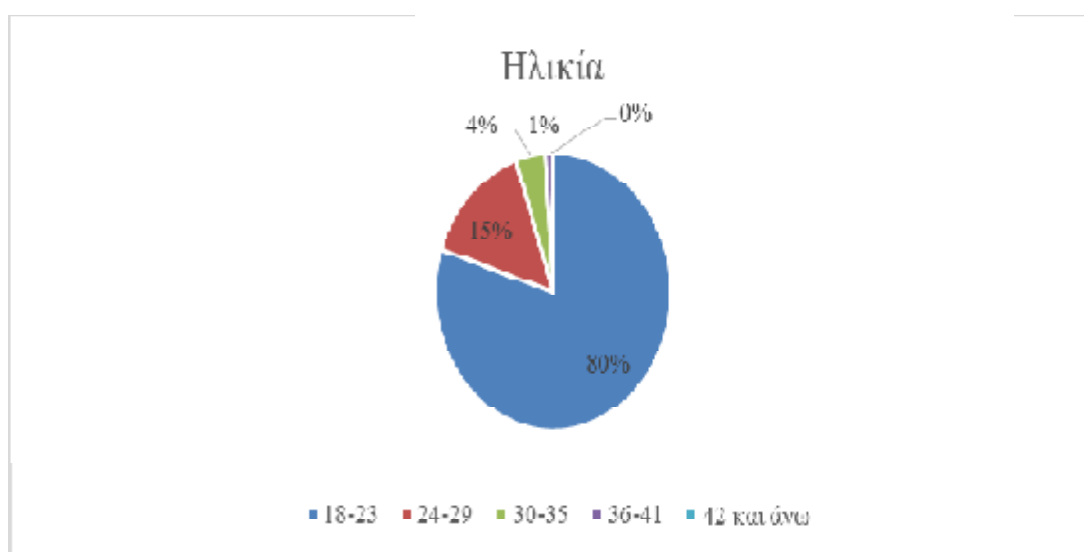
## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΣΥΖΗΤΗΣΗ

### Εισαγωγή

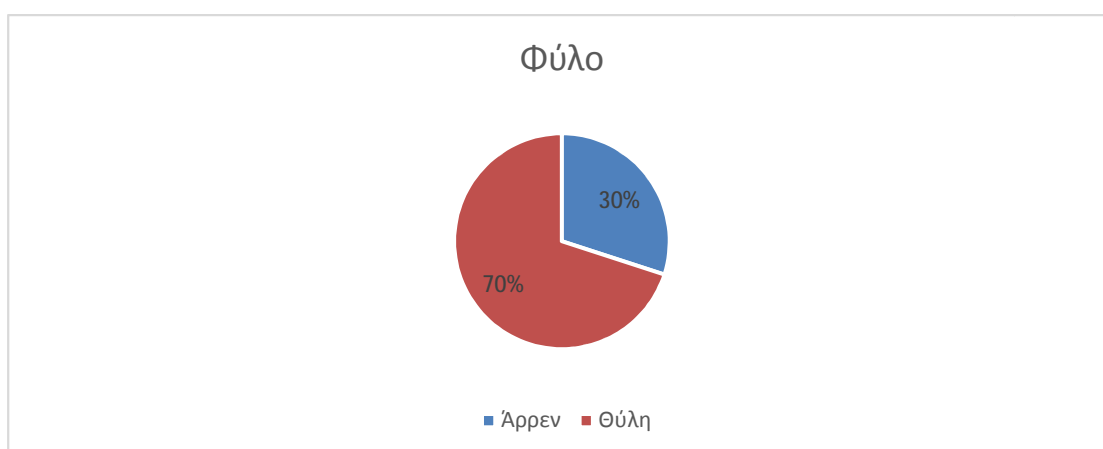
Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζουμε και αναλύουμε τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου το οποίο διανεμήθηκε στον διάδρομο ΤΕΙ σε φοιτητές με τυχαία δειγματοληψία.

### 7.1 Παρουσίαση δεδομένων ερωτηματολογίου

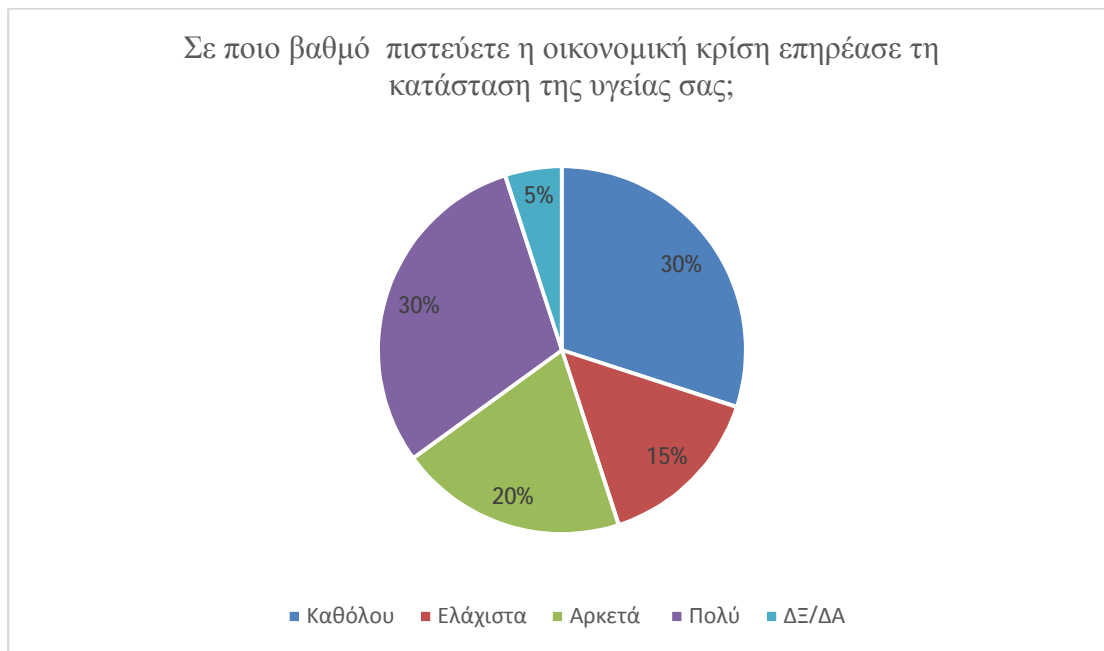
Γράφημα 1 Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σε σχέση με την ηλικία



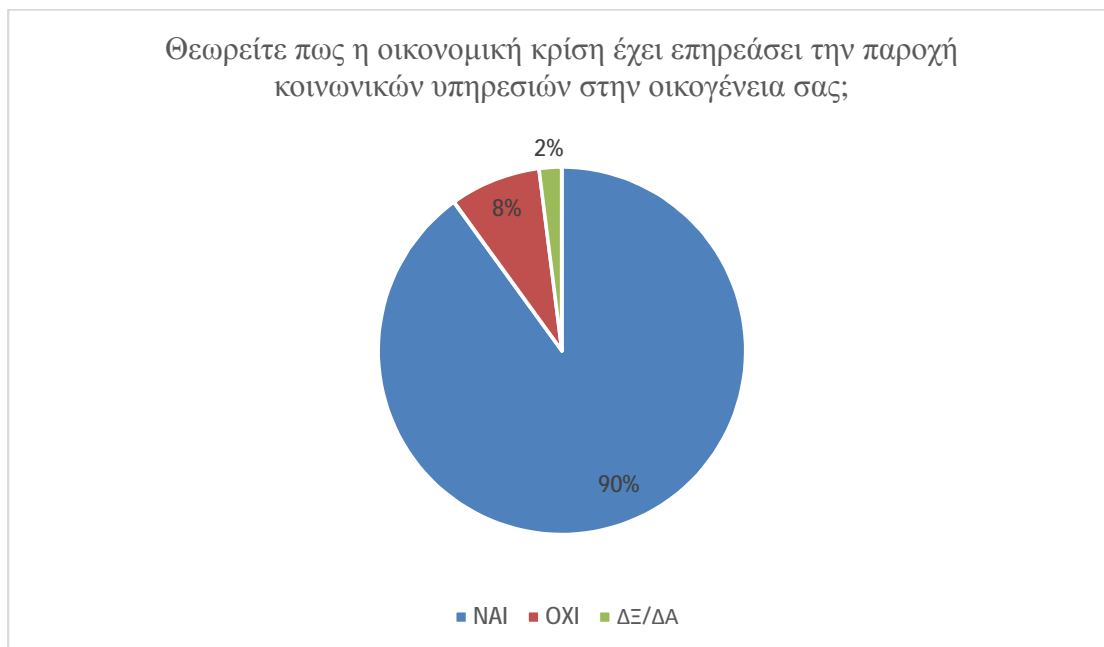
Γράφημα 2 Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σε σχέση με το φύλο



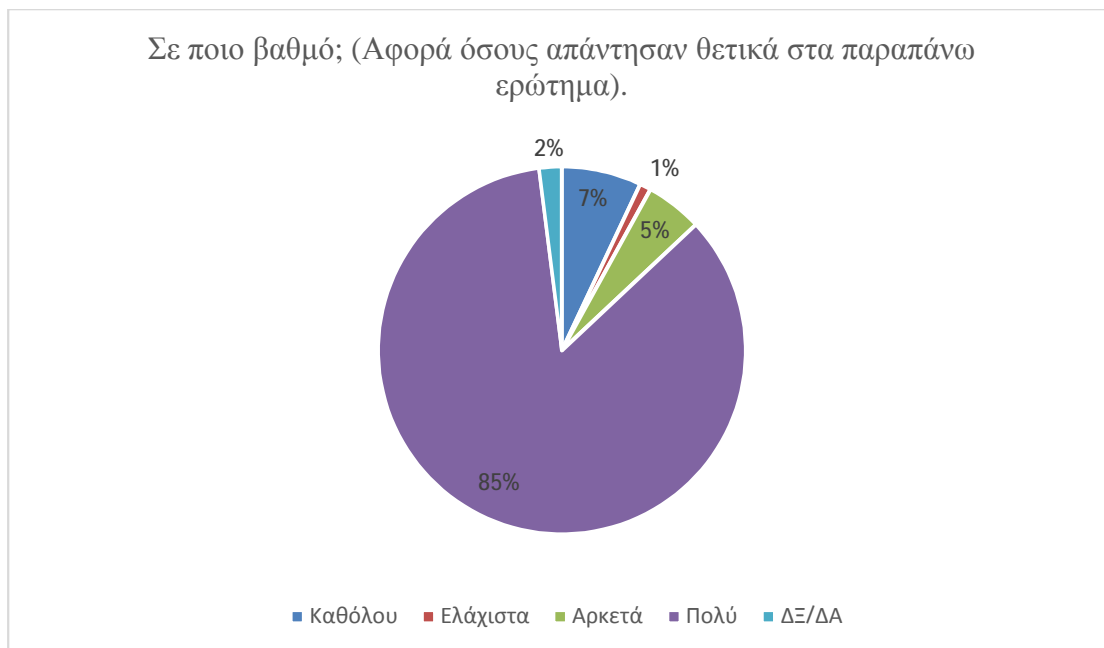
**Γράφημα 3 Σε ποιο βαθμό πιστεύετε η οικονομική κρίση επηρέασε τη κατάσταση της υγείας σας;**



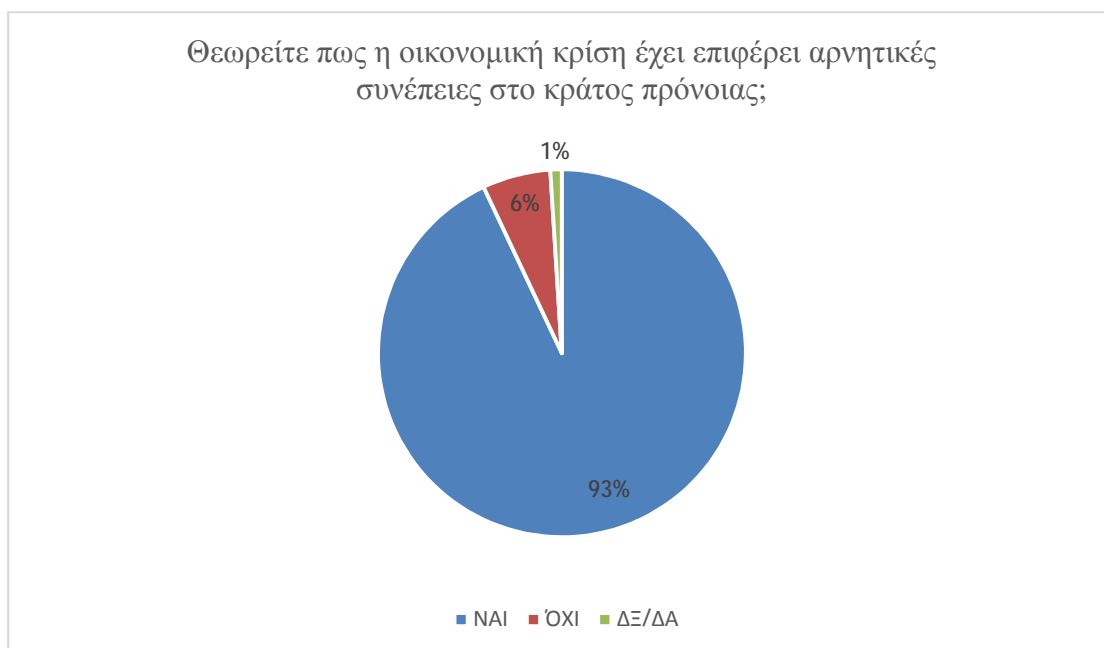
**Γράφημα 4 Θεωρείτε πως η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την παροχή κοινωνικών υπηρεσιών στην οικογένειά σας;**



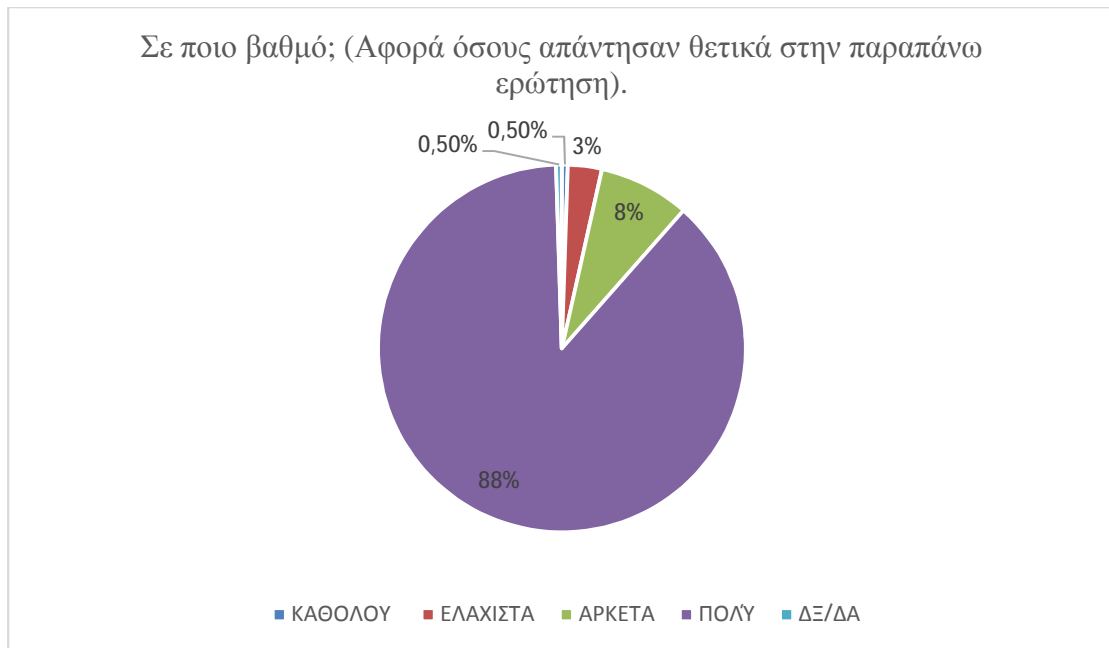
**Γράφημα 5 Σε ποιο βαθμό; (Αφορά όσους απάντησαν θετικά στα παραπάνω ερώτημα)**



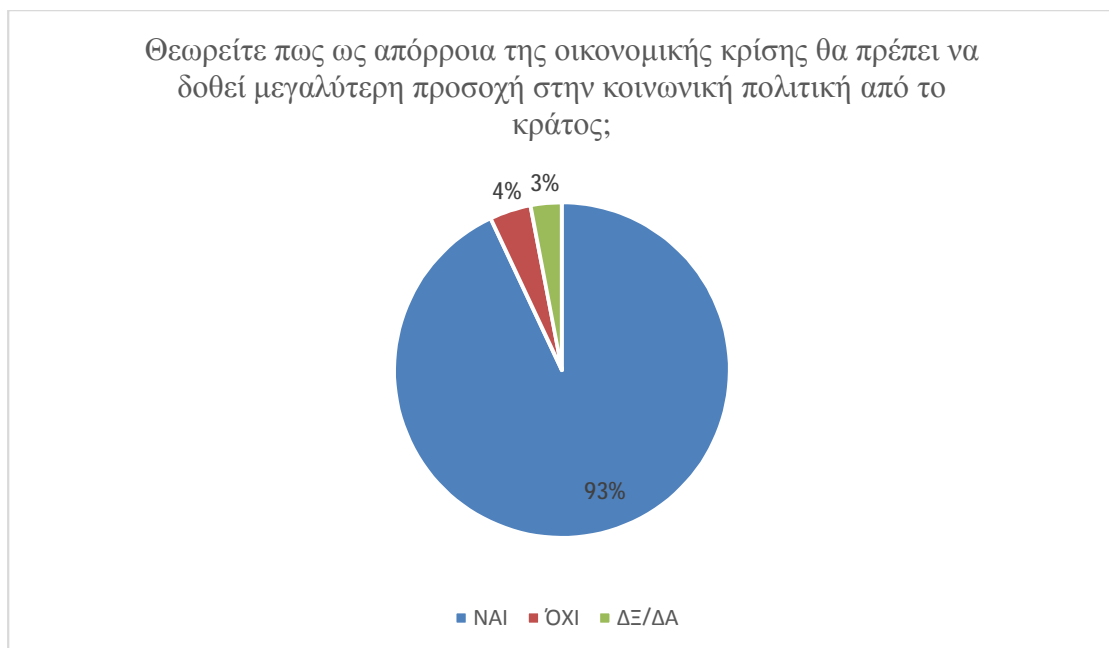
**Γράφημα 6 Θεωρείτε πως η οικονομική κρίση έχει επιφέρει αρνητικές συνέπειες στο κράτος πρόνοιας;**



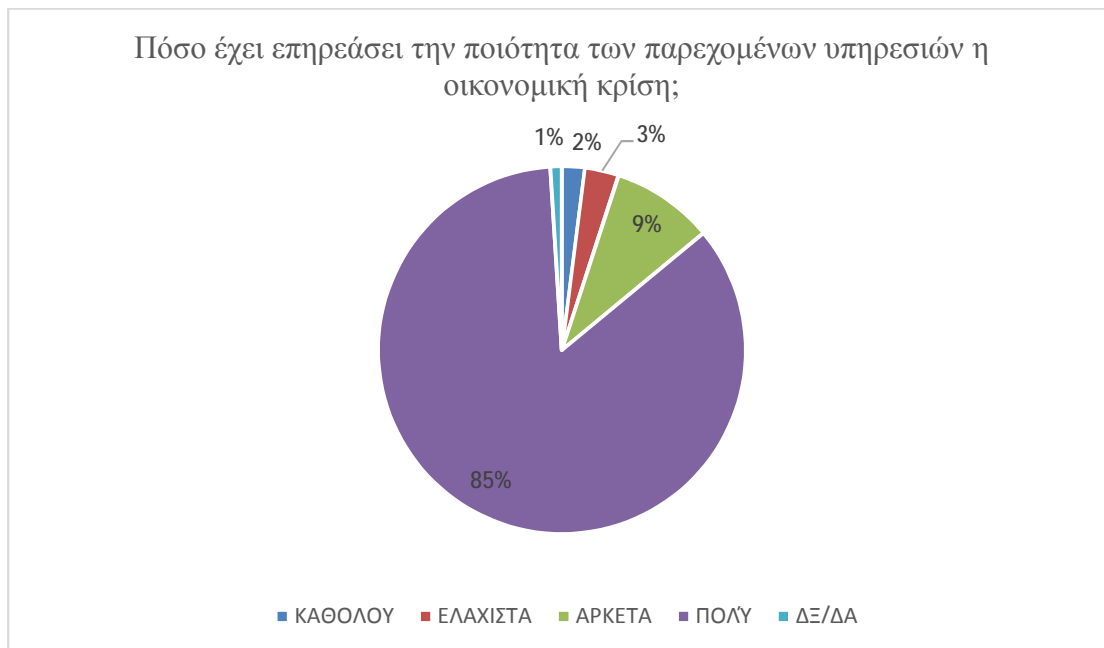
**Γράφημα 7 Σε ποιο βαθμό; (Αφορά όσους απάντησαν θετικά στην παραπάνω ερώτηση)**



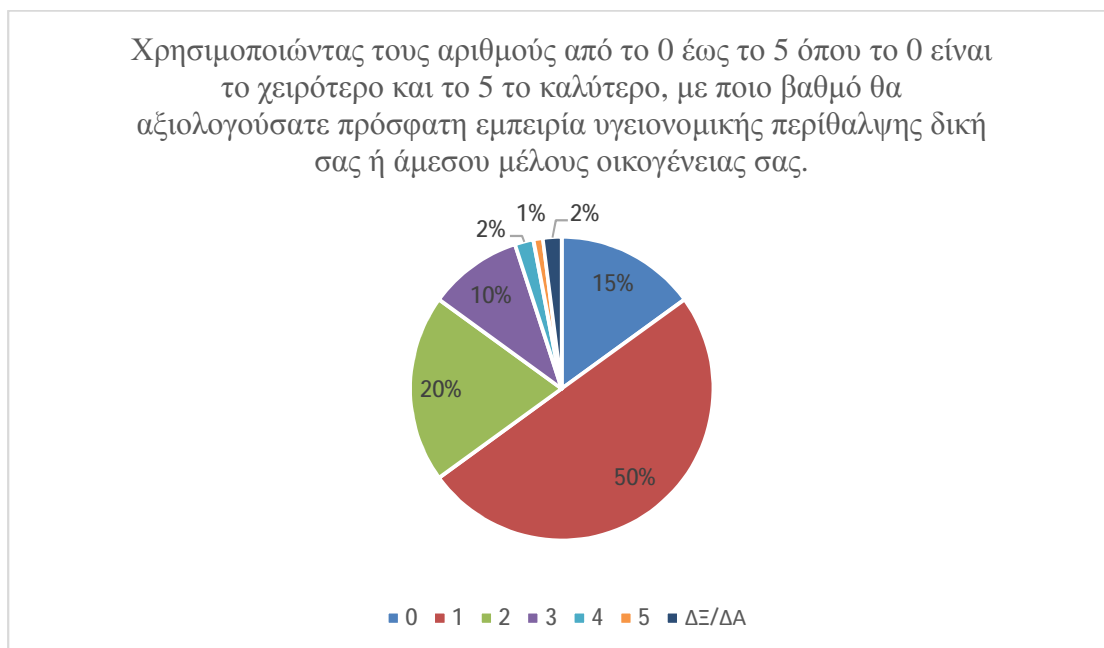
**Γράφημα 8 Θεωρείτε πως ως απόρροια της οικονομικής κρίσης θα πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη προσοχή στην κοινωνική πολιτική από το κράτος;**



**Γράφημα 9 Πόσο έχει επηρεάσει την ποιότητα των παρεχομένων υγειονομικών υπηρεσιών η οικονομική κρίση;**

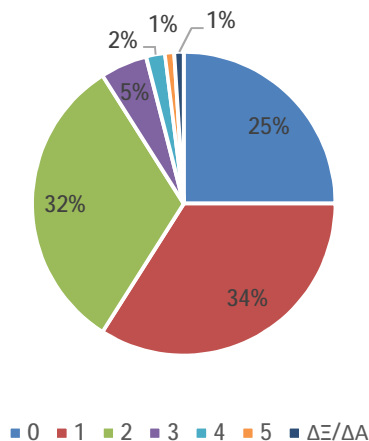


**Γράφημα 10 Χρησιμοποιώντας τους αριθμούς από το 0 έως το 5 όπου το 0 είναι το χειρότερο και το 5 το καλύτερο, με ποιο βαθμό θα αξιολογούσατε πρόσφατη εμπειρία υγειονομικής περίθαλψης δική σας ή άμεσου μέλους οικογένειάς σας**



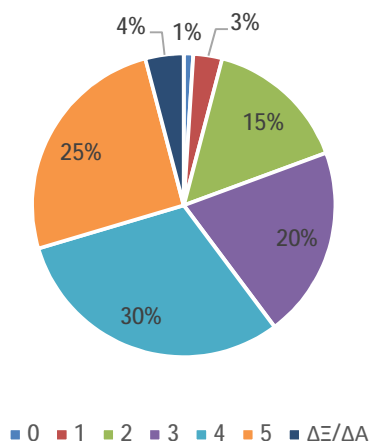
**Γράφημα 11 Χρησιμοποιώντας τους αριθμούς από το 0 έως το 5 όπου το 0 είναι το χειρότερο και το 5 το καλύτερο, με ποιο βαθμό θα αξιολογούσατε το επίπεδο της παρεχόμενης δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα**

Χρησιμοποιώντας τους αριθμούς από το 0 έως το 5 όπου το 0 είναι το χειρότερο και το 5 το καλύτερο, με ποιο βαθμό θα αξιολογούσατε το επίπεδο της παρεχόμενης δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα.



**Γράφημα 12 Χρησιμοποιώντας τους αριθμούς από το 0 έως το 5 όπου το 0 είναι το χειρότερο και το 5 το καλύτερο, με ποιο βαθμό θα αξιολογούσατε το επίπεδο της παρεχόμενης ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα**

Χρησιμοποιώντας τους αριθμούς από το 0 έως το 5 όπου το 0 είναι το χειρότερο και το 5 το καλύτερο, με ποιο βαθμό θα αξιολογούσατε το επίπεδο της παρεχόμενης ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα.





### 7.1.1. Πρώτα Συμπεράσματα

Από την ανάγνωση των αποτελεσμάτων όπως παρουσιάζονται από τις απαντήσεις των φοιτητών αρχικά εμφανίζεται η γνώμη ότι η οικονομική κρίση επηρέασε τόσο την υγεία των πολιτών όσο και το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα.

Ακόμα εμφανίζεται η άποψη ότι το Κράτος στα χρόνια της κρίσης θα πρέπει να ασκήσει εντονότερη κοινωνική πολιτική προς υποβοήθηση των πολιτών.

Τέλος μια μορφή δυσaráσκείας εμφανίζεται για το επίπεδο της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης κυρίως του δημοσίου τομέα.

## 7.2. Σύγκριση των δύο παρουσιαζόμενων ερευνών

Από την έρευνα που διεξήχθη μέσω του ερωτηματολογίου σε φοιτητές στη σχολή εμφανίζεται στο γράφημα 3 ένα ποσοστό 30% να υποστηρίζει ότι η οικονομική κρίση επηρέασε πολύ την υγεία των ερωτώμενων ενώ ένα ίδιο ποσοστό 30% απάντησε πως σε επηρεάστηκε καθόλου. Σε αντιπαραβολή με την έρευνα της διαNEOσις στο διάγραμμα 11 εμφανίζεται το ποσοστό του πληθυσμού που αντιμετωπίζει κάποια χρόνια πάθηση το 2014 (περίπου 24%), ενώ παρουσιάζεται αύξηση ιδιαίτερα κατά την περίοδο 2009-2012 επιπρόσθετα αναφορικά με την υποκειμενική εκτίμηση της υγείας, σύμφωνα με το Διάγραμμα 12, στο διάστημα 2007-2014, παρατηρείται μικρή μείωση του ποσοστού που αναφέρουν «πολύ καλή» και «καλή» και μικρή αύξηση όσων αναφέρουν «κακή».

Στο Γράφημα 9 της έρευνας ερωτηματολογίου στο ερώτημα κατά πόσο έχει επηρεάσει την ποιότητα των παρεχομένων υγειονομικών υπηρεσιών η οικονομική κρίση, ένα ποσοστό του 85% απάντησε πως η οικονομική κρίση επηρέασε πολύ την ποιότητα των παρεχομένων υγειονομικών υπηρεσιών ενώ η έρευνα της διαNEOσις εμφανίζει στα διαγράμματα 13 και 14, το 59% των Ελλήνων αναγκάστηκε να μειώσει τη χρήση υπηρεσιών υγείας μεταξύ 2011 και 2012 λόγω οικονομικών δυσχερειών ή/και εξαιτίας εμποδίων ως προς την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, ενώ πάνω από 4 στους 10 Έλληνες δήλωσαν ότι οι νέες υγειονομικές δομές κατέστησαν δυσχερέστερη την πρόσβαση σε φάρμακα και εξετάσεις.

Στην έρευνα της διαNEOσις εμφανίζεται αυξημένη προσέλευση στις υπηρεσίες υγείας του δημόσιου τομέα όπως καταγράφηκε από τα στοιχεία της

πανελλαδικής έρευνα E.ME.NO. με μικρή όμως ικανοποίηση από τους χρήστες των υπηρεσιών με το 42% να δηλώνει μέτρια/κακή/πολύ κακή ικανοποίηση. Στην έρευνα που διεξήχθη για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας, στο γράφημα 11 ένα συντριπτικό ποσοστό των φοιτητών, με βαθμολόγηση από 0 έως 5, βαθμολογεί ιδιαίτερα χαμηλά το επίπεδο της παρεχόμενης δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα.

Από τα ανωτέρω εκτεθέντα, σαν πρώτη διαπίστωση, μπορούμε να αναφέρουμε ότι οι δύο έρευνες σε κοινά σημεία έρευνας κινούνται προς την ίδια κατεύθυνση συμπερασμάτων.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

Η οικονομική κρίση, η οποία πυροδοτήθηκε από τις δυσκολίες εντός της αγοράς των στεγαστικών δανείων των ΗΠΑ και η γρήγορη εξάπλωσή της με κίνδυνο κατάρρευσης του διεθνούς τραπεζικού συστήματος, συνεχίζει να εξαπλώνεται. Ορισμένες χώρες όπως η Ελλάδα έχουν ήδη λάβει μεγάλης κλίμακας επείγουσες δανειοδοτήσεις από το ΔΝΤ ενώ άλλες βρίσκονται σε συζητήσεις για το εάν θα έχουν ανάλογη υποστήριξη. Κάποιες χώρες του ΟΟΣΑ ήδη βρίσκονται σε οικονομική ύφεση (αρνητική ανάπτυξη του ΑΕΠ) ενώ το παγκόσμιο εμπόριο συρρικνώθηκε για πρώτη φορά από 1980.

Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης θα ποικίλλουν μεταξύ των κρατών, μεταξύ διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων και ανάλογα με το χρόνο. Το σίγουρο είναι ότι η οικονομική κρίση θα έχει βραχυπρόθεσμες δυσμενείς συνέπειες που θα οφείλονται σε μεγάλο βαθμό στην προσπάθεια των κρατών για την εξεύρεση και διατήρηση των περιορισμένων οικονομικών πόρων και την εξισορρόπηση των προϋπολογισμών, αλλά και μακροπρόθεσμες που προκύπτουν από την αναγκαιότητα να αποσβέσουν τα εθνικά ελλείμματα καθώς και το παγκόσμιο χρέος, προκαλούμενο από τις διογκωμένες δαπάνες για τη στήριξη του παγκόσμιου και εθνικού χρηματοπιστωτικού συστήματος.

Μια σοβαρή οικονομική κρίση, όπως η παρούσα, έχει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία, δημιουργεί 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. Η κοινωνία και το κοινωνικό κράτος δοκιμάζουν τα όρια της αντοχής τους προσπαθώντας να διαχειριστούν τους μειωμένους προϋπολογισμούς για την υγεία, αν και αρκετές χώρες αναφέρουν αύξηση των επενδύσεων στην υγεία και ιδιαίτερα την πρόληψη έχοντας πείσει για το πόσο σημαντικό είναι αυτό σε περιόδους κρίσεων.

Η ανάγκη ορθής κατανομής των περιορισμένων οικονομικών πόρων γίνεται ακόμη πιο επιτακτική. Τα επόμενα χρόνια οι πιέσεις θα εστιάζονται όχι στην επιπλέον ζήτηση χρημάτων για την υγεία αλλά στο πόσο σωστά θα κατανεμηθούν οι σπάνιοι πόροι για τις βασικές υπηρεσίες υγείας και την προστασία των ευάλωτων ομάδων είτε

στο εσωτερικό των εύρωστων κρατών είτε άλλων κρατών που έχουν χαμηλά χρηματοδοτικά αποθέματα, αδύναμους κοινωνικούς θεσμούς, κατεστραμμένες δομές και έχουν ίσως να αντιμετωπίσουν και το μεγάλο πρόβλημα της κλιματικής αλλαγής (WHO- b, 2009). Οι επιλογές καθοδηγούμενες από τις μελέτες των επιπτώσεων στην υγεία προηγούμενων χρηματοπιστωτικών κρίσεων (Jack, 2009) πρέπει κυρίως να βασίζονται στην προσπάθεια διατήρησης του κοινωνικού κράτους και στις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης και της αλληλεγγύης μεταξύ των κρατών, με τη συνέχιση της στήριξης των δυνατών στα αδύναμα κράτη, μεταξύ των κυβερνήσεων και των πολιτών, με τη διατήρηση και ενδυνάμωση της κοινωνικής στήριξης και των κοινωνικών παροχών που θα μειώσουν το επίπεδο της φτώχειας (ΕΣΥΕ, 2007) και μεταξύ των πολιτών που θα μοιράζονται τους κινδύνους και τις ευθύνες (WHO-b, 2009).

Συνοψίζοντας θα λέγαμε ότι απαιτείται η απάντηση στη κρίση να είναι πολυεπίπεδη. Τα οφέλη στην υγεία θα προκύψουν μόνο εάν υπάρχουν πολιτικές και επενδύσεις στους κοινωνικούς και οικονομικούς καθοριστικούς παράγοντες της.

Αποτελεσματικές ενέργειες για την άρση των προβλημάτων ενδέχεται να αποτελέσουν τα παρακάτω:

- Η επένδυση στην υγεία, η οποία ουσιαστικά είναι επένδυση στην ανθρώπινη ανάπτυξη, την κοινωνική ευημερία και τον πλούτο,
- Η προστασία των προγραμμάτων δημόσιας υγείας από την σπατάλη,
- Η προστασία και η διασφάλιση των δαπανών για την πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη,
- Η εξασφάλιση της πρόσβασης στις υγειονομικές υπηρεσίες
- Η δημιουργία κοινωνικών δικτύων ασφάλειας για τις πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες,
- Η επιβολή δικαιοσύνης στη χρηματοδότηση μέσω της υποχρεωτικής και αναδιανεμητικής μορφής συλλογής οικονομικών πόρων,
- Ο εντοπισμός των τρεχουσών αναγκών των επαγγελματιών υγείας,
- Η προσέλκυση και εκπαίδευση νέων στα επαγγέλματα υγείας,
- Η μεταβολή νοοτροπίας έτσι ώστε να παραμείνει το μακροπρόθεσμο όφελος,
- Η εφαρμογή εθνικών κλινικών πρωτοκόλλων για την διαχείριση της νόσου και του ασθενούς, με τιμές που αντανakλούν στο πραγματικό κόστος για την πλήρη αντιμετώπιση τους,

- Η φαρμακευτική πολιτική, με έμφαση στα γενόσημα, με διασφάλιση της ποιότητας, με σαφή ανατιμολόγηση καθώς και η εξέταση της θέσπισης ασφαλιστικής τιμής αναφοράς, ώστε να εκφράζονται οι προτιμήσεις των χρηστών και η ελεγχόμενη και τεκμηριωμένη συνταγογράφηση των γιατρών,
- Η πολιτική εισαγωγής νέου πλαισίου προσδιορισμού των ποσοστών συνασφάλισης οφείλει να τεκμηριωθεί και να επιδιωχθεί επίσης, με κατεύθυνση την ενίσχυση-πλην της αποδοτικής χρήσης των πόρων- της δίκαιης κατανομής των βαρών.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- § διαΝεοσις Οργανισμός Έρευνας & Ανάλυσης. (2016). Η υγεία των Ελλήνων στην κρίση. Μια χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας των Ελλήνων και των δομών υγείας της χώρας. Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής. Διαθέσιμο στο:  
[http://www.dianeosis.org/wpcontent/uploads/2016/03/ygeia\\_singles\\_complete\\_ver02.pdf](http://www.dianeosis.org/wpcontent/uploads/2016/03/ygeia_singles_complete_ver02.pdf) Ανάκτηση 7-11- 2016
- § Δοξιάδης Α. (2014). Το Αόρατο Ρήγμα . Αθήνα : Εκδόσεις Ίκαρος .
- § Τούντας, Γ., Βαρδαβάς, Κ., Γιαννοπούλου, Κ., Γιώτη, Γ., Καντζανού, Μ., Καστανιώτη, Κ., και συν. (2016). Η Υγεία των Ελλήνων Στην Κρίση. Αθήνα: διαΝΕΟσις - Οργανισμός Έρευνας & Ανάλυσης.
- § Τούντας Ι. (2005). Η Μεταρρύθμιση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας. Στο Ε. Χατζηανδρέου & Κ. Σουλιώτης επιμ. Μεταρρυθμίσεις Συστημάτων Υγείας, Διεθνής Εμπειρία και Ελληνική Πραγματικότητα. Αθήνα: Παπαζήση.
- Τούντας Γιάννης (2008). Υπηρεσίες υγείας. Αθήνα: Οδυσσέας.
- § Τράπεζα της Ελλάδος (2013). Το Χρονικό της Μεγάλης Κρίσης - Η Τράπεζα της Ελλάδος 2008-2013. Αθήνα : Τράπεζα της Ελλάδος-Κέντρο Πολιτιστικού Έρευνας και Τεκμηρίωσης .
- § Τράπεζα της Ελλάδος. (2017). Έκθεση του Διοικητή για το έτος 2016. Αθήνα : Τράπεζα της Ελλάδος-Ευρωσύστημα.
- § Αθανασιάδης Θ., Μανιάτης Γ., Ντεμούσης Φ. (2013). Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα. Αθήνα: Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας.
- § Αμίτσης Γ. (2001). Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας: Το ελληνικό μοντέλο των κοινωνικών υπηρεσιών και η Ευρωπαϊκή εμπειρία. Αθήνα: Παπαζήσης.
- § Αναγνωστόπουλος Φ. (2010). Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία. Νέα Υγεία, 70(1):2-3.
- § Αντωνοπούλου Λ. (2002). Δαπάνες και πολιτικές υγείας στην Ευρώπη. Θεσσαλονίκη: Ζυγός.
- § Γαλάνη Π. (2009). Συστηματική ανασκόπηση και μετά – ανάλυση. Εφαρμοσμένη ιατρική έρευνα. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 26(6):826-841.
- § Γιαννίτσης Τ. (2016). Το ασφαλιστικό και η κρίση. Αθήνα: Πόλις.
- § Γκόλνα Χ., Κοντιάδης Ξ., Σουλιώτης Κ. (2005). Φαρμακευτική πολιτική στην Ελλάδα και την Ευρώπη - Λειτουργία της αγοράς και ρυθμιστικό πλαίσιο. Αθήνα: Παπαζήσης.
- § Δαγκαλίδης Α. (2011). Παραγωγή και εμπορία φαρμάκων. Αθήνα: Τράπεζα Πειραιώς.
- § Δρέττα Α. (2010). Κυβερνητική προτεραιότητα η ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Η Ναυτεμπορική, 24392:10.
- § Ζαχαρόπουλος Γ. (2014). Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στο ευρωπαϊκό κράτος πρόνοιας και στην φαρμακευτική πολιτική της Ελλάδας. Επιστημονικά Χρονικά 19(3): 272-286.

- § Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE) (2016). Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία. Αθήνα: IOBE.
- § Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE) (2014). Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και στοιχεία. Αθήνα: Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας, IOBE.
- § Καϊτελίδου Δ. (2014). Οικονομική κρίση και βιωσιμότητα του ελληνικού συστήματος υγείας. *Νοσηλευτική*, 53(2): 129–132.
- § Καϊτελίδου Δ., Καλογεροπούλου Μ., Γαλάνης Π., Λιαρόπουλος Λ. (2014). Οικονομική κρίση και βόμβα νοσηρότητας στην Ελλάδα. *Νοσηλεία και Έρευνα*, 37(1):254-265.
- § Καλογεροπούλου Μ., Μουρδουκούτας Π. (2007). Υπηρεσίες υγείας. Αθήνα: Κλειδάριθμος.
- § Κάππος Δ. (2004). Όρια και περιθώρια στον χώρο του φαρμάκου. Αθήνα: Media Network for Sustainable Consumption and Corporate Social.
- § Καραϊσκού Α., Μαλλιάρου Μ., Σαράφης Π. (2012). Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα συστήματα υγείας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 4(2):49-54.
- § Καρακώστα Ν. (2010). Ανθυγιεινές οι περικοπές δαπανών. Αθήνα: Εφημερίδα Διάγνωση, 198:12.
- § Κοντοζαμάνης Β., Κουσουλάκου Χ. (2004). Το ρυθμιστικό πλαίσιο της αγοράς φαρμάκου. Στο: Γείτονα Μ. (2012). Οικονομική αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας. Αθήνα: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας.
- § Κυριόπουλος Ι., Τσιάντου Β. (2009). Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(5):834-840.
- § Κυριόπουλος Γ. (2010). Τα οικονομικά της τρόικα στην υγεία. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.
- § Κυριόπουλος Ι. (2010). Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. Αθήνα: Πρακτικά των εργασιών του 16ου Πανελληνίου Συνεδρίου Εσωτερικής Παθολογίας.
- § Κυριόπουλος Γ. κ.ά. (2003). Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας στα Βαλκάνια. Αθήνα: Παπαζήση. 55
- § Κυριόπουλος Γ. & Τσιάντου Β. (2010). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 27(5), σ.834-840. Διαθέσιμο στο <http://www.mednet.gr/archives/2010-5/pdf/834.pdf>  
[Ανάκτηση 8-2-2016](#)
- § Μανιάτης Γ., Αθανασιάδης Θ. (2012). Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και στοιχεία 2012. Αθήνα: Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας, IOBE.
- § Μουρτζίκου Α., Σταμούλη Μ., Χήτου Π., Πουλιάκης Α. (2015). Η αγορά του φαρμάκου και η προώθηση αυτού στην Ελλάδα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 32(3):344-353.
- § Ν. 4337/2015. Μέτρα για την εφαρμογή της συμφωνίας δημοσιονομικών στόχων και διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων. Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο, ΦΕΚ 129/Α/17.10.2015.

- § Νιάκας Δ. (2014). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας. Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας-Διατροφής, 5 (1):3-7.
- § Ξανθοπούλου Ξ., Κατσαλιάκη Κ. (2016). Αξιολόγηση της χρήσης των γενοσήμων φαρμάκων στην ελληνική αγορά κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2016, 33(5):583-595.
- § Πατελάρου Ε., Μπροκαλάκη Η. (2010). Μεθοδολογία της συστηματικής ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης. Νοσηλευτική, 49(2): 122-130.
- § Πνευματικού Α. (2005). Η κατανόηση των διαφημίσεων των φαρμάκων. Πάτρα: Πανεπιστήμιο Πατρών.
- § Ρομπόλης Σ. (2014). Το σύστημα των κοινωνικών ασφαλίσεων στην Ελλάδα: Προβλήματα, τάσεις και προοπτικές. ΙΝΕ/ΓΣΕΕ.
- § Στουρνάρας Γ. (2011). Φαρμακευτική δαπάνη και πολιτικές υγείας στην Ελλάδα. Τα Νέα της ΕΟΠΕ,14(1):8-11.
- § Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδας - ΣfEE (2009-2016). Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και στοιχεία. Αθήνα: ΣfEE.
- § Τούντας Ι. (2008). Υπηρεσίες υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας.
- § Τσακανίκας Α., Αθανασιάδης Θ., Παύλου Γ. (2014). Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2013. Αθήνα: Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας, ΙΟΒΕ.
- § Τσακανίκας Α., Αθανασιάδης Θ., Παύλου Γ. (2015). Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2014. Αθήνα: Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας, ΙΟΒΕ.
- § Τσακανίκας Α., Αθανασιάδης Θ., Παύλου Γ. (2016). Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία (2015 -2016). Αθήνα: Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας, ΙΟΒΕ.
- § Δοξιάδης Α. (2014). Το Αόρατο Ρήγμα . Αθήνα : Εκδόσεις Ίκαρος .
- § Τούντας Γ., Βαρδαβάς Κ., Γιαννοπούλου Κ., Γιώτη Γ., Καντζανού Μ., Καστανιώτη Κ., και συν. (2016). Η Υγεία των Ελλήνων Στην Κρίση. Αθήνα: διαΝΕΟσις - Οργανισμός Έρευνας & Ανάλυσης.
- § Τράπεζα της Ελλάδος . (2013). Το Χρονικό της Μεγάλης Κρίσης - Η Τράπεζα της Ελλάδος 2008-2013. Αθήνα : Τράπεζα της Ελλάδος-Κέντρο Πολιτιστικού Έρευνας και Τεκμηρίωσης .
- § Τράπεζα της Ελλάδος. (2017). Έκθεση του Διοικητή για το έτος 2016. Αθήνα : Τράπεζα της Ελλάδος-Ευρωσύστημα.



- § McKinsey & Company . (2011). *Η Ελλάδα 10 Χρόνια Μπροστά - Προσδιορίζοντας το νέο Μοντέλο Ανάπτυξης* . Αθήνα : McKinesy & Company, Athes Office.
- § Ahmed Z. S. (2005). *Poverty, Family Stress & Parenting*. Ανάκτηση 2013, από <http://www.humiliationstudies.org>
- § Bartley M. (1994). Unemployment and ill health: understanding the Relationship. *Journal of Epidemiology and Community Health* , 333-337.
- § Blum R. W. & Gates W. H. (2011). Morbidity and Mortality among Adolescents and Young Adults in the United States. *Astra Zeneca Fact Sheet 2011*. Ανάκτηση από <http://www.jhsph.edu>
- § Chang S.-S., Stuckler D., Yip P. & Gunelli D. (2013, September). *Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries*. Ανάκτηση από BMJ: <http://www.bmj.com>
- § Davis C. G. & Mantler J. (2004, March). *The consequences of Financial Stress for Individuals, Families, and Society*. Centre for Research on Stress. Ανάκτηση από <http://http-server.carleton.ca>
- § Dieter H. (2011). *Unemployment and Substance Use: A Review of the Literature(1990-2010)*. Current Drug Abuse Reviews, University Of Applied Science, Institute of Addiction Research, Frankfyrt.
- § Dooley D., Catalano R. & Wilson, G. (1994, December). *Depression and unemployment: panel findings from the Epidemiologic Catchment Area study*. Ανάκτηση 2013, από PubMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- § European Agency For Safety And Health At Work. (2013). Ανάκτηση 2013, από <http://osha.europa.eu/en/topics/stress>
- § European Commission. (2013, March 13). A growing EU illicit drugs market shows the impact of the crisis. Brussels. Ανάκτηση 2013, από A growing EU illicit drugs market shows the impact of the crisis.: <http://europa.eu>
- § *European Commission Mental Health*. (n.d.). Ανάκτηση από <http://ec.europa.eu>
- § European Commission. (2014). *Poverty and social exclusion*. Ανάκτηση 2014, από <http://ec.europa.eu>
- § Irwin A. & Scali E. (2010, November 4). Action of the social determinants of health: a historical prespective.

- § Likatavicius G. & Laar M. V. (2012, 11 29). *HIV and AIDS in the European Union, 2011*. Ανάκτηση 2013, από Eurosurveillance: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20329>
- § Linn M. W., Sandifer R. & Stein S. (1985). Effects of Unemployment on Mental and Physical Health. *American Journal of public health* , 75 (5).
- § Ludwig D. S. & Pollack H. A. (2009). *Obesity and the economy: from crisis to opportunity*. Ανάκτηση 2013, από NCBI: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- § OECD. (2012). *Health at a Glance Europe 2012*. OECD Publishing.
- § OECD. (2014, March). *Society At A Glance 2014, Highlights: GREECE. The crisis and its aftermath*.
- § Peck D. F. & Plant M. A. (1986). *Unemployment and illegal drug use: concordant evidence from a prospective study and national trends*. Ανάκτηση 2013, από NCBI: <http://www.ncbi.com.nlm.nih.gov/>
- § Price R. H., Choin J. N. & Vinocur A. D. (2002). Links in the chain of adversity following job loss: how financial strain and loss of personal control lead to depression, impaired functioning and poor health. *Journal of occupational Health Psychology* . , 302-312. *Psychosocial risks and stress at work*. (2013). Ανάκτηση 2013, από European Agency for safety and health at work.: <http://osha.europa.eu>
- § Simou E. & Koutsogeorgou E. (2014). *Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009-2013: A systematic review*. Ανάκτηση 2014, από <http://www.nsph.gr>
- § Vogler S., Zimmerman N., Leopold C. & Joncheere K. D. (2011). Pharmaceutical policies in European countries in response to the global financial crisis. *Southern Med Review* (2).
- § Whitehead M., Dahlgren G. & Gilson. L. (2001). Developing the policy response to inequities in Health. A global perspective in : *Challenging inequities in health care: from ethics to action*. *Oxford University Press* , 309-322.
- § WHO. (2013). *Definition of Health*. Ανάκτηση 2013, από WHO:
- § WHO. (2009, January 19). *Report of a high- level Consultation*. Ανάκτηση από <http://www.who.int>
- § WHO. (2007). *The world health report 2007*. WHO.
- § WHO. (2009). *The world health report 2009*. WHO.

- § WHO. *World Health Organization*. Ανάκτηση 2013, από [http://www.who.int/social\\_determinants/en/](http://www.who.int/social_determinants/en/)
- § Wilkinson R. & Marmot M. (2003). *Social Determinants of Health: the solid facts* (2 εκδ.). WHO.

### **ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ**

- § <http://www.gsee.gr>
- § <http://www.enne.gr>
- § <http://ec.europa.eu/eurostat/data/statistics>
- § <http://www.eiead.gr>
- § <http://positiveemotions.gr>
- § <http://www.keelpno.gr>
- § <http://www.oecd.org/greece/>
- § <http://www.statistics.gr>
- § <http://www.epipsi.gr>
- § <http://www.ektepn.gr>
- § <http://www.ygeianet.gr>
- § <http://www.who.int/en/>

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

### ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΦΥΛΛΟ

Είμαστε φοιτήτριες στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι Δυτικής Ελλάδος. Το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας είναι μέρος της πτυχιακής μας εργασίας υπό την επίβλεψη του Δρ. Δρίτσα Ιωάννη. Σκοπός της έρευνάς είναι να διερευνήσουμε την επίδραση της οικονομικής κρίσης στην υγεία. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει συνολικά 12 ερωτήσεις.

- § Μας ενδιαφέρουν οι απόψεις σας και οι εμπειρίες σας.
- § Δεν υπάρχουν ορθές ή λανθασμένες απαντήσεις.
- § Παρακαλούμε απαντήστε σε όλα τα ερωτήματα, χωρίς να παραλείπετε κανένα.

Σε κάθε ερώτημα είναι δυνατή μόνον μία απάντηση, εκτός και αν δηλώνεται διαφορετικά. Μερικές φορές θα σας ζητηθεί να προσπεράσετε ορισμένες ερωτήσεις σε αυτό το ερωτηματολόγιο. Όταν αυτό συμβαίνει, θα δείτε σημείωση σε παρένθεση που σας λέει πως αφορά απάντηση προηγούμενης ερώτησης, όπως σημειώνεται παρακάτω:

- § Σε ποιο βαθμό; (Αφορά όσους απάντησαν θετικά στην παραπάνω ερώτηση).
  - ΚΑΘΟΛΟΥ
  - ΕΛΑΧΙΣΤΑ
  - ΑΡΚΕΤΑ
  - ΠΟΛΥ
  - ΔΞ/ΔΑ

#### **ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΑΣ ΘΑ ΚΡΑΤΗΘΟΥΝ ΑΥΣΤΗΡΩΣ ΑΠΟΡΡΗΤΕΣ.**

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή της έρευνας θα μπορείτε να αποσύρετε την συμμετοχή σας. Εάν χρειαστείτε οποιαδήποτε πληροφορία ή διευκρίνιση, μη διστάσετε να ρωτήσετε.

Εάν συμφωνείτε να συμμετάσχετε στην έρευνα παρακαλώ σημειώνετε:

- ΝΑΙ                       ΟΧΙ

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Ποιο είναι το φύλο σας;

ΑΡΡΕΝ

ΘΥΛΗ

2. Ποια είναι η Ηλικία σας;

18-23

24-29

30-35

36-41

42 και άνω

3. Σε ποιο βαθμό πιστεύετε η οικονομική κρίση επηρέασε τη κατάσταση της υγείας σας;

ΚΑΘΟΛΟΥ

ΕΛΑΧΙΣΤΑ

ΑΡΚΕΤΑ

ΠΟΛΥ

ΔΞ/ΔΑ

4. Θεωρείτε πως η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την παροχή κοινωνικών υπηρεσιών στην οικογένεια σας;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΔΞ/ΔΑ

5. Σε ποιο βαθμό; (Αφορά όσους απάντησαν θετικά στα παραπάνω ερωτήματα).

ΚΑΘΟΛΟΥ

ΕΛΑΧΙΣΤΑ

ΑΡΚΕΤΑ

ΠΟΛΥ

ΔΞ/ΔΑ

- 6. Θεωρείτε πως η οικονομική κρίση έχει επιφέρει αρνητικές συνέπειες στο κράτος πρόνοιας;**
- ΝΑΙ
  - ΟΧΙ
  - ΔΞ/ΔΑ
- 7. Σε ποιο βαθμό; (Αφορά όσους απάντησαν θετικά στην παραπάνω ερώτηση).**
- ΚΑΘΟΛΟΥ
  - ΕΛΑΧΙΣΤΑ
  - ΑΡΚΕΤΑ
  - ΠΟΛΥ
  - ΔΞ/ΔΑ
- 8. Θεωρείτε πως ως απόρροια της οικονομικής κρίσης θα πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη προσοχή στην κοινωνική πολιτική από το κράτος;**
- ΝΑΙ
  - ΟΧΙ
  - ΔΞ/ΔΑ
- 9. Πόσο έχει επηρεάσει την ποιότητα των παρεχομένων υγειονομικών υπηρεσιών η οικονομική κρίση;**
- ΚΑΘΟΛΟΥ
  - ΕΛΑΧΙΣΤΑ
  - ΑΡΚΕΤΑ
  - ΠΟΛΥ
  - ΔΞ/ΔΑ

10. Χρησιμοποιώντας τους αριθμούς από το 0 έως το 5 όπου το 0 είναι το χειρότερο και το 5 το καλύτερο, με ποιο βαθμό θα αξιολογούσατε πρόσφατη εμπειρία υγειονομικής περίθαλψης δική σας ή άμεσου μέλους οικογένειάς σας.

0

1

2

3

4

5

ΔΞ/ΔΑ

11. Χρησιμοποιώντας τους αριθμούς από το 0 έως το 5 όπου το 0 είναι το χειρότερο και το 5 το καλύτερο, με ποιο βαθμό θα αξιολογούσατε το επίπεδο της παρεχόμενης δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα.

0

1

2

3

4

5

ΔΞ/ΔΑ

12. Χρησιμοποιώντας τους αριθμούς από το 0 έως το 5 όπου το 0 είναι το χειρότερο και το 5 το καλύτερο, με ποιο βαθμό θα αξιολογούσατε το επίπεδο της παρεχόμενης ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα.

0

1

2

3

4

5

ΔΞ/ΔΑ