

Περίληψη

Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι να διερευνήσει τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας και στο επίπεδο υγείας των πολιτών της Ελλάδας. Το πρώτο κεφάλαιο μελετά τον αντίκτυπο της οικονομικής κρίσης στη ζωή του μέσου ανθρώπου. Συγκεκριμένα αναλύει τη χρηματοπιστωτική κρίση και τις επιπτώσεις της στην κοινωνική, οικονομική ζωή και στην υγεία. Εν συνεχεία παρουσιάζει την υποβάθμιση του βιοτικού επιπέδου, το κόστος ζωής εν μέσω οικονομικής κρίσης, την εργασία και το μισθό μέσα στην οικονομική κρίση αλλά και τις επιδράσεις της κρίσης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη.

Το δεύτερο κεφάλαιο εστιάζει στην οικονομική κρίση στο ελληνικό σύστημα υγείας. Αποσαφηνίζει τον όρο υγεία και πολιτική της υγείας, περιγράφει τα χαρακτηριστικά του Εθνικού Συστήματος Υγείας πριν από την οικονομική κρίση και εν συνεχεία αναλύει τις επιπτώσεις της κρίσης στο ελληνικό σύστημα υγείας. Επίσης προβαίνει σε μια σύγκριση των δημόσιων και ιδιωτικών κλινικών, παραθέτει τις δαπάνες της υγείας και περιγράφει την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού σε Ελλάδα και Ευρώπη. Στο τέλος του κεφαλαίου αναλύει τις αλλαγές στον ΕΟΠΥΥ και τις οικονομικές επιπτώσεις στο σύστημα υγείας.

Abstract

The purpose of this study is to investigate the impact of the economic crisis in the health system and the health status of the citizens of Greece. The first chapter examines the impact of the economic crisis in the life of the average man. Specific analyzes the financial crisis and its impact on social, economic life and health. Then is presented the deterioration of living standards, the cost of living in the economic crisis, the work and salary in the economic crisis and the effects of the crisis on health and health care.

The second chapter focuses on the economic crisis in the Greek health system. Clarify the term health and the term health policy, describes the characteristics of the NHS before the economic crisis, and then analyzes the impact of the crisis in the Greek health system. It also makes a comparison of public and private clinics, lists of health expenditure and describes the state of public health in Greece and Europe. At the end of the chapter are analyzed the changes in EOPYY and economic impact on the health system.

Περιεχόμενα

<i>Περίληψη</i>	1
<i>Abstract</i>	2
<i>Εισαγωγή</i>	4
Κεφάλαιο 1: Το αντίκτυπο της οικονομικής κρίσης στη ζωή του μέσου ανθρώπου	5
1.1 Από την χρηματοπιστωτική κρίση στην οικονομική ύφεση	5
1.2 Επιπτώσεις στην κοινωνική και οικονομική ζωή αλλά και στην υγεία	6
1.2.1 Ανεργία	9
1.2.1.1 Ανεργία και Υγεία	10
1.2.2 Αυτοκτονία	12
1.2.3 Οικονομική Μετανάστευση	13
1.3 Η Υποβάθμιση του βιοτικού επιπέδου	15
1.3.1 Οικονομική κρίση και ανισότητες γενικά	16
1.4 Οικονομική κρίση και κόστος ζωής	18
1.5 Εργασία και μισθός στην οικονομική κρίση	19
1.6 Οικονομική κρίση και επίδραση στην υγεία και ιατρική περίθαλψη	20
Κεφάλαιο 2: Οικονομική κρίση και ελληνικό σύστημα υγείας	25
2.1 Ορισμός της υγείας και της πολιτικής υγείας	25
2.2 Περιγραφή των χαρακτηριστικών του Εθνικού Συστήματος υγείας	26
2.2.1 Περιγραφή του ελληνικού συστήματος ΠΦΥ	27
2.3 Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα πριν από την ένταξη στα μνημόνια	29
2.3.1 Αλλαγές στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας στα χρόνια της οικονομικής κρίσης	31
2.4 Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα μετά από την ένταξη στα μνημόνια	33
2.5 Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο ελληνικό σύστημα υγείας	36
2.6 Σύγκριση δημοσίων νοσοκομείων και ιδιωτικών κλινικών	38
2.6.1 Δημόσια νοσοκομεία	38
2.6.2 Ιδιωτικά νοσοκομεία	40
2.6.3 Σύγκριση Δημοσίων Νοσοκομείων και Ιδιωτικών Κλινικών	41
2.7 Δαπάνες στην υγεία	43
2.8 Η κατάσταση της υγείας στην Ελλάδα και στην Ευρώπη	49
2.8.1 Περιγραφή της λειτουργίας του ΠΕΔΥ	52
2.9 Οι αλλαγές στον ΕΟΠΥΥ και οι οικονομικές επιπτώσεις στο σύστημα υγείας	53
Βιβλιογραφία	57

Εισαγωγή

Τον τελευταίο καιρό η ανάγκη διεξαγωγής όλο και περισσότερων και εκτενέστερων μελετών, σχετικά με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας και πιο συγκεκριμένα στο επίπεδο υγείας των πολιτών της Ελλάδας, όλο και αυξάνεται. Αυτό συμβαίνει διότι, σύμφωνα και με λεγόμενα που υποστηρίζουν τόσο πολιτικά όσο και επιστημονικά πρόσωπα, το αρχικό πλάνο ψήφισης των μνημονιακών νόμων ήταν που οδήγησε στην αρνητικά εξελισσόμενη κατάρρευση του Ελληνικού συστήματος υγείας. Ωστόσο όμως υπάρχουν δεδομένα τα οποία ξεκάθαρα δείχνουν ότι το Ελληνικό σύστημα υγείας, αντιμετώπιζε σοβαρά προβλήματα από πιο πριν. Προβλήματα τα οποία, ποτέ δεν αντιμετωπίστηκαν και τα οποία δεδομένης της παρούσας κρίσης, οφείλουν να αναγνωριστούν και να αντιμετωπισθούν.

Κεφάλαιο 1: Το αντίκτυπο της οικονομικής κρίσης στη ζωή του μέσου ανθρώπου

1.1 Από την χρηματοπιστωτική κρίση στην οικονομική ύφεση

Η κρίση που πλήττει την Ελλάδα από το 2009 μέχρι και σήμερα, ξεκίνησε το 2008 στις Ηνωμένες Πολιτείες, με τον όρο χρηματοπιστωτική κρίση, με επίκεντρο τις τραπεζικές επισφάλειες, την αγορά στεγαστικών δανείων χαμηλής εξασφάλισης και την αλόγιστη χρήση δομημένων επενδυτικών προϊόντων που εξαρτιόταν άμεσα από τη δυνατότητα αποπληρωμής των δανείων από τα οποία παράγονταν, σύντομα, λόγω της παγκοσμιοποίησης, έλαβε διαστάσεις επιδημίας (Economou, 2010).

Η χρηματοπιστωτική κρίση επεκτάθηκε πολύ γρήγορα, αρχικά στις αναπτυγμένες χώρες και στη συνέχεια σε ολόκληρο τον κόσμο, σημειώνοντας σοβαρά προβλήματα στο τραπεζικό σύστημα και τις επιχειρήσεις. Σύμφωνα με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, σήμερα γίνεται λόγος πλέον για οικονομική ύφεση ή κρίση για πολλά κράτη χαμηλού και μέσου εισοδήματος, με αποτέλεσμα την ύφεση και την πτώση της απασχόλησης. Με την πτώση της απασχόλησης, που είναι ένας από τους βασικότερους τομείς οι οποίοι πλήττονται κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης, αυξάνεται κατακόρυφα το ποσοστό της ανεργίας αλλά και αυτό της εργασιακής ανασφάλειας (International Monetary Fund, 2009).

Όλες οι χώρες φάνηκαν να αντιδρούν πολύ γρήγορα λαμβάνοντας βιαστικά μέτρα για την αντιμετώπιση της κρίσης. Αυτά τα μέτρα διέφεραν από χώρα σε χώρα και σχετίζονταν άμεσα με την μέχρι τότε οικονομική κατάσταση και δυνατότητες της εκάστοτε χώρας, αλλά σε όλες τις χώρες ο στόχος λήψης αυτών των μέτρων ήταν κοινός. Αυτά τα μέτρα αποσκοπούσαν στην βελτίωση, την κινητοποίηση των επενδύσεων με σκοπό την αναθέρμανση της οικονομίας και τη συγκράτηση της απασχόλησης (International Monetary Fund, 2009).

Οι Ηνωμένες Πολιτείες, αλλά και το Ηνωμένο Βασίλειο, επέλεξαν να ακολουθήσουν την προσέγγιση του Άγγλου οικονομολόγου John Maynard Keynes για την αντιμετώπιση της κρίσης. Η προσέγγιση αυτή, στοχεύει στην ανόρθωση της οικονομίας αυξάνοντας τις δημόσιες δαπάνες ώστε να έρθει σε ισορροπία έστω μέρος του ελλείμματος της ζήτησης. Ωστόσο όμως, η πολιτική αυτή οδηγεί σε

αύξηση των ελλειμμάτων και του δημόσιου χρέους και τα αποτελέσματα της φαίνονται μόνο εις βάθος χρόνου και δεν μπορούν να προβλεφθούν σε τόσο σύντομο χρονικό διάστημα (Svensson, 2007).

Τον Δεκέμβριο του 2008 κατατέθηκε στην Ευρωπαϊκή Ένωση το αρχικό σχέδιο με τους τρόπους αντιμετώπισης της κρίσης, και το πλάνο για στήριξη και ανάκαμψη της οικονομίας. Στόχος αυτού του σχεδίου ήταν η ανάπτυξη κοινών στρατηγικών, για τόνωση της αγοράς και η λήψη μέτρων για τη στήριξη των επιχειρήσεων και της απασχόλησης. Για να αντιμετωπιστεί η κρίση, έπρεπε να αυξηθεί η ζήτηση και να προωθηθούν οι επενδύσεις. Γι' αυτό τον λόγο έπρεπε να επιτευχθεί μεγαλύτερη ρευστότητα στην οικονομία, που θα είχε σαν αποτέλεσμα την ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας της Ευρώπης. Ωστόσο τα παραπάνω θα έπρεπε και όπως έγινε, να συμφωνούν με το Σύμφωνο Σταθερότητας, του οποίου βασική αρχή είναι η δημοσιονομική πειθαρχία και τη νομισματική σταθερότητα. (Econoμou, 2010).

Τα παραπάνω, όμως αναφέρονται σε χώρες οι οποίες έχουν μέχρι ένα βαθμό ανεπτυγμένα συστήματα κοινωνικής προστασίας και η οικονομία τους μέχρι την εμφάνιση της κρίσης ήταν σε καλά και βιώσιμα επίπεδα. Οι χώρες, όμως, χαμηλής και μέσης ανάπτυξης, εκ των οποίων οι περισσότερες δεν διαθέτουν τέτοια συστήματα κοινωνικής προστασίας, αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα αυξημένο κίνδυνο μετά την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης, κυρίως διότι είναι δύσκολο γι' αυτές να εφαρμόσουν νέα σχέδια ανόρθωσης της οικονομίας τους. Δεδομένου αυτού οι χώρες αυτές θα χρειαστούν ως και ένα τρισεκατομμύριο δολάρια για πληρωμές τραπεζικών χρεών και για τη διατήρηση ενός ελάχιστου ασφαλούς επιπέδου κοινωνικής προστασίας (Svensson, 2007).

1.2 Επιπτώσεις στην κοινωνική και οικονομική ζωή αλλά και στην υγεία

Η οικονομική κρίση, είναι ξεκάθαρο ότι οδηγεί στην μείωση ή και έλλειψη επαρκούς εισοδήματος, από τους πολίτες της χώρας η οποία βιώνει αυτήν την κρίση, προκαλεί δραματικές επιπτώσεις στην κοινωνική ζωή, δεδομένου ότι επέρχεται απώλεια στην ευημερία ενώ μεγάλα τμήματα του πληθυσμού οδηγούνται στην

φτώχεια. Βάσει αυτού, είναι πολύ εύκολο να κατανοηθεί πόσο σημαντικές είναι οι επιπτώσεις που έχει η οικονομική κρίση στην κοινωνική ζωή (WHO, 2014).

Βέβαια αυτές οι επιπτώσεις διαφέρουν από χώρα σε χώρα, καθώς οι χαμηλής και μέσης ανάπτυξης χώρες πλήττονται, όπως φαίνεται φυσιολογικό, σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι οι ανεπτυγμένες χώρες. Ακόμα, οι επιπτώσεις αυτές διαφέρουν μεταξύ των πολιτών της ίδιας χώρας όπου οι ανειδίκευτοι εργάτες και τα άτομα με χαμηλή εκπαίδευση βιώνουν την κρίση και τις επιπτώσεις της σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό, σε σχέση με τα άτομα υψηλής εκπαίδευσης της μεσαίας και ανώτερης τάξης (WHO, 2014).

Σημαντικό πλήγμα που βιώνουν πολλές χώρες λόγω της οικονομικής κρίσης, είναι η πτώση του διεθνούς εμπορίου, που για πολλές χώρες είναι βασική πηγή εσόδων. Κάποιες χώρες οι οποίες ευνοήθηκαν και αναπτύχθηκαν με την καθιέρωση της παγκοσμιοποίησης, τώρα λόγω αυτής της πτώσης, του διεθνούς εμπορίου, η ανάπτυξή τους έχει μπει σε αναμονή αν όχι ανακοπεί πλήρως. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα το υπόδειγμα της παγκοσμιοποίησης να τίθεται σε επανεξέταση, ενώ αναδεικνύει την ανάγκη για ρύθμιση των αγορών και κρατική παρέμβαση στους κανόνες επιχειρηματικής δραστηριότητας και διανομής των δημοσίων αγαθών. Παρακάτω παραθέτονται και αναλύονται οι κοινωνικοί τομείς που επηρεάζονται από την οικονομική κρίση (WHO, 2005).

Τα βιώσιμα συστήματα υγείας βασίζονται στην αξιόπιστη πρόσβαση σε ανθρώπινο κεφάλαιο και αναλώσιμους πόρους. Η εξασφάλιση αυτών των εισροών απαιτεί οικονομικούς πόρους για επενδύσεις σε κτίρια και εξοπλισμό, για αποζημίωση του προσωπικού υγείας, για τα φάρμακα και αναλώσιμα. Οι χώρες σήμερα αισθάνονται συνεχή πίεση λόγω των αυξανόμενων δαπανών και των περιορισμένων πόρων (WHO, 2014).

Οι πολιτικοί ιθύνοντες των κρατών είχαν 3 επιλογές, συγκράτηση του κόστους, αύξηση της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας ή και τα δύο. Ήδη από την δεκαετία του 1970 υπάρχει συζήτηση για την επιτακτική ανάγκη λήψης μέτρων συγκράτησης του κόστους στις βιομηχανικές χώρες (Mossialos and Le Grand, 1999).

Δεδομένου ότι η μεγάλης κλίμακας δημόσιου δανεισμού δεν θεωρείται πλέον να είναι υγιής οικονομική πολιτική στις χώρες αυτές, η ανησυχία επικεντρώθηκε σήμερα στις πολιτικές εσόδων (Mossialos et al., 2008).

Τα συστήματα υγείας στην οικονομική κρίση αντιμετωπίζουν προβλήματα χρηματοδότησης λόγω μείωσης των κρατικών δαπανών για την υγεία λόγω της οικονομικής στενότητας και λόγω της διακοπής της εξωτερικής οικονομικής βοήθειας από τις πλουσιότερες χώρες, οι οποίες κάλυπταν ένα μεγάλο τμήμα της χρηματοδότησης για την υγεία, και οι οποίες επιχείρησαν να περικόψουν τις δαπάνες τους. Τα ελλείμματα όμως στον δημόσιο τομέα και η ανεργία ασκούσαν ασφυκτικές πιέσεις τόσο στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης όσο και στις επιχειρήσεις υγείας ιδιωτικού χαρακτήρα, που αντιμετωπίζουν προβλήματα ρευστότητας και εξυπηρέτησης των δανειακών τους αναγκών (Appleby, 2008).

Η έκθεση του WHO «*The Financial Crisis and Global Health*» τον Ιανουάριο του 2014 επιβεβαίωναν ότι, εάν οι δημόσιοι προϋπολογισμοί το οικογενειακό εισόδημα υφίστανται πιέσεις η ζήτηση για τις δημόσιες υπηρεσίες αυξάνεται. Η μείωση του προϋπολογισμού για την υγεία θα μπορούσε να αποδειχθεί προβληματική, εφόσον οι απαιτήσεις για υγειονομική περίθαλψη, όπως η ψυχική υγεία, αυξάνεται κατά τη διάρκεια της οικονομικής ύφεσης. Η ίδια έκθεση επιβεβαιώνει ότι τα συστήματα υγείας επιβαρύνθηκαν λόγω αύξησης της ζήτησης κυρίως υπηρεσιών δημοσίου χαρακτήρα καθώς οι ασθενείς στρέφονται εκεί όπου τους παρέχεται ασφαλιστική κάλυψη (WHO, 2014).

Στην Αμερική αλλά και σε άλλες χώρες, η οικονομική κρίση που ξεκίνησε οδήγησε σε μείωση των δημοσίων δαπανών για την υγεία επηρεάζοντας δυσανάλογα τις φτωχότερες και πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Αναλυτές όπως οι νομπελίστες Αμάρτσα Σεν και Paul Krugman συμφωνούν ότι απάντηση στις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία αποτελούν τα εθνικά συστήματα υγείας και η εθνική ασφάλιση υγείας. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ προτείνονται διάφοροι τομείς στους οποίους η δράση σε παγκόσμιο, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο με την υποστήριξη από τον ίδιο θα βοηθήσουν να εξασφαλιστεί ότι ο τομέας της υγείας θα προστατευόταν από την κρίση (Musgrove, 1987).

Καταρχήν οι ηγέτες στον τομέα της υγείας έπρεπε να είναι προετοιμασμένοι να απαιτήσουν για τον τομέα της υγείας. Ακόμη έπρεπε να υπάρχει παρακολούθηση και ανάλυση των πληροφοριών σχετικά με τις επιπτώσεις της κρίσης σε κάθε χώρα. Να συνεχιστεί η παροχή οικονομικής βοήθειας ή χρηματοδότησης έρευνας για την υγεία από τις οικονομικά εύρωστες χώρες. Να εξασφαλιστούν πολιτικές υγείας που

αφορούν την ισότητα, την αλληλεγγύη, εφαρμογή νέων τρόπων για την επιχειρηματική δραστηριότητα σε διεθνές επίπεδο στον τομέα της υγείας (WHO, 2009).

Σύμφωνα με τον Κυριόπουλο σε διεθνές επίπεδο η ζήτηση και η χρήση υπηρεσιών υγείας αυξήθηκε κυρίως προς το δημόσιο και τον ασφαλιστικό τομέα, καθώς η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος έστρεψε την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας σε υπηρεσίες οι οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη (WHO, 2009).

1.2.1 Ανεργία

Ξεκινώντας από τον πιο άμεσα επηρεαζόμενο τομέα που είναι η ανεργία, πρέπει να αναφερθεί ότι αποτελεί τον, ίσως πιο σοβαρό ψυχοκοινωνικό παράγοντα του οποίου, οποιαδήποτε αστάθεια προκαλεί άγχος και σύγχυση ανάμεσα στις κοινωνίες οι οποίες βιώνουν τέτοιες καταστάσεις. Αυτό συμβαίνει διότι οι άνεργοι βιώνουν έντονα το αίσθημα της χαμηλής αυτοπεποίθησης και νιώθουν να απορρίπτονται από την κοινωνία, γεγονός που καταλήγει σε ανάπτυξη αισθήματος μίσους από αυτούς προς την κοινωνία. Ακόμα, αρκετοί άνεργοι τείνουν να αναπτύσσουν ψυχοσωματικά προβλήματα ή καταφεύγουν στον αλκοολισμό και την κατάχρηση ουσιών ή επιλέγουν, από αντίδραση προς την παρούσα κατάσταση, να συμμετάσχουν σε αντικοινωνικές ομάδες, βρίσκοντας «έδαφος» να εκφράσουν παραβατικές συμπεριφορές (Dooley, 1996).

Το μεγαλύτερο, όμως πρόβλημα, αντιμετωπίζουν οι άνεργοι γονείς οι οποίοι θεωρούν απαραίτητο στα «πρέπει» του ρόλου τους, να προσφέρουν οικονομικά στην οικογένεια. Αυτό όμως είναι αδύνατο να γίνει καθώς είναι άνεργοι, με αποτέλεσμα να νιώθουν ανικανότητα συντήρησης της οικογένειάς τους, παρουσιάζοντας επιθετικές συμπεριφορές προς την οικογένεια, ευερεθιστότητα, σεξουαλικές δυσλειτουργίες και τάσεις φυγής (Dooley, 1996).

Από την άλλη, για τους νέους η ανεργία έχει πιο πολύπλοκες επιδράσεις. Είτε μέσα από την εκπαίδευση, είτε μέσα από την οικογένεια, τα παιδιά μαθαίνουν ότι μορφώνονται για να αποκτήσουν τα απαραίτητα εφόδια για την μελλοντική απόκτηση μιας δουλειάς που θα τους εξασφαλίζει τα προς το ζην. Έτσι, χτίζουν τον χαρακτήρα τους και τα θέλω τους γύρω από την ιδανική δουλειά γι' αυτούς και κάνουν όνειρα για την απόκτησή της. Όταν όμως, λόγω της ανεργίας κάτι τέτοιο δεν

επιτυγχάνεται ή αναβάλλεται συνεχώς, οι νέοι απογοητεύονται και οι αντιδράσεις τους είτε προς τα όνειρά τους είτε προς την κοινωνία είναι ιδιαίτερα αρνητικά έντονες. Σύμφωνα με την Κούτση αυτός ο θυμός είναι φυσιολογικός και απαιτεί το κατάλληλο έδαφος για να εκφραστεί, ενώ προηγείται της κατάθλιψης, φαινόμενο που πρέπει να αποφευχθεί μετατρέποντας αυτόν τον θυμό σε δημιουργική αντίδραση. (Κούτση, 2008).

1.2.1.1 Ανεργία και Υγεία

Η ανεργία επηρεάζει σημαντικά όχι μόνο την γενική υγεία αλλά και την ψυχική υγεία. Σύμφωνα με την έρευνα του Moser (Moser, 1990), κοινωνικές ομάδες που πλήττονταν από την ανεργία παρουσίαζαν, κατά 25%, μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας σε σχέση με ανάλογοι κοινωνικού υπόβαθρου ομάδες που όμως εργάζονταν. Ακόμα η ανεργία σχετίζεται άμεσα με το κάπνισμα και άλλες καταχρήσεις συμπεριλαμβανομένου του αλόγιστου φαγητού το οποίο προκαλεί παχυσαρκία και παρουσιάζεται συχνά μεταξύ ανέργων λόγω της κακής ποιότητας φαγητού που καταναλώνουν σε σχέση με αυτούς που εργάζονται (Ungvary, 1995).

Ενώ και η ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές και οι απόπειρες αυτοκτονίας αυξάνονται. Ωστόσο, η ανεργία πλήττει ψυχοσυναισθηματικά τις κοινωνίες με διάφορους τρόπους. Όχι μόνο η μειωμένη δυνατότητα εύρεσης εργασίας αλλά και το είδος της εργασίας επηρεάζει σημαντικά την ψυχική υγεία των ανθρώπων που βιώνουν τέτοιες καταστάσεις, καθώς τα άτομα που κάνουν χειρωνακτική εργασία δυσκολεύονται πολύ περισσότερο στο εργασιακό τους περιβάλλον σε σχέση με τους υπαλλήλους γραφείου. (Paul and Moser, 2009).

Όσον αφορά, πιο συγκεκριμένα, την γενική υγεία, υπάρχουν διάφορα ευρήματα τα οποία παρουσιάζουν την εικόνα ότι στις βιομηχανικές χώρες η οικονομική κρίση μικρής διάρκειας έχει ως αποτέλεσμα την αλλαγή των καταναλωτικών προτύπων προς την υιοθέτηση ενός περισσότερο υγιεινού τρόπου ζωής και κατά συνέπεια τη μείωση της θνησιμότητας. Ειδικότερα, φαίνεται ότι σε περιόδους οικονομικής ανάπτυξης αυξάνονται οι επιβλαβείς για την υγεία συνήθειες, όπως είναι το κάπνισμα και η κατανάλωση οινοπνεύματος, ειδικότερα το δεύτερο σχετίζεται άμεσα με θανάτους από αυτοκινητιστικά δυστυχήματα αλλά και λιγότερες εισαγωγές στα νοσοκομεία ενώ μειώνεται η φυσική άσκηση και η υγιεινή διατροφή,

με αποτέλεσμα την αύξηση της παχυσαρκίας (Granados, 2005; Gerdtham and Ruhm, 2006).

Επιπρόσθετα, αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι σε περιόδους οικονομικής κρίσης η θνησιμότητα μειώνεται, με εξαίρεση τις αυτοκτονίες, οι οποίες φαίνεται να αυξάνονται. Οι επιδράσεις αυτές διαφοροποιούνται κατά φύλο και ηλικία (Gerdtham and Johannesson, 2005; Svensson, 2007).

Επιπλέον, τα άτομα και οι οικογένειες που βρίσκονται σε χαμηλή θέση διατρέχουν δύο φορές περισσότερο τον κίνδυνο πρόωρου θανάτου και αυξημένης νοσηρότητας εξαιτίας των προβλημάτων στο εισόδημα, την εκπαίδευση, την ιατρική περίθαλψη, τη στέγαση και τη διατροφή, τα οποία δρουν αθροιστικά. (Gardner and Oswald, 2004; Everson, 2002)

Από την άλλη, η οικονομική κρίση, μέσα από αρκετές μελέτες, φαίνεται να πλήττει ιδιαίτερα και την ψυχική υγεία των ατόμων που την βιώνουν, αυξάνοντας την εμφάνιση καταθλιπτικών διαταραχών και αυτοκτονιών, των ψυχωτικών και καταθλιπτικών επεισοδίων. Ιδιαίτερα αλληλένδετη με την οικονομική ανέχεια φαίνεται να είναι η κατάθλιψη, ενώ σημειώνεται εκδήλωση ψυχιατρικών διαταραχών με την απότομη μείωση εισοδήματος και επιδεινώνεται η εμφάνιση κατάθλιψης και γενικά η ψυχική υγεία αυτών που έχουν οικονομικά χρέη (Jenkins, 2008)

Η ανεργία, που δημιουργεί η σημερινή οικονομική κρίση στην Ελλάδα, ωθεί πολλά άτομα και οικογένειες, στην εξαθλίωση και στο κοινωνικό περιθώριο. Τα άτομα αυτά χάνουν τη δυνατότητα να αποκτήσουν νέες δεξιότητες και να ενταχθούν ξανά στην παραγωγή όταν αυξηθεί και πάλι η ζήτηση εργασίας. Η ανεργία βαθαίνει τις κοινωνικές ανισότητες και αυξάνει τη φτώχεια. Ιδίως σε περιόδους που η οικονομία αναπτύσσεται (δηλαδή το ΑΕΠ αυξάνεται με περισσότερο από 2% ή 3% ετησίως) την ώρα που η ανεργία παραμένει υψηλή (π.χ. πάνω από 10%), το εισοδηματικό χάσμα μεταξύ των άνεργων και των εργαζόμενων ή των εισοδηματιών γίνεται όλο και πιο ανυπέρβλητο (Araya, 2003).

Όλα τα παραπάνω είχαν σημαντικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των πολιτών. Η κατάθλιψη, οι κρίσεις πανικού και γενικά τα ψυχολογικά προβλήματα αυξήθηκαν ραγδαία στην Ελλάδα, λόγω της οικονομικής κρίσης και της ανεργίας. Τους τελευταίους μήνες με τις αλλαγές στις εργασιακές σχέσεις και την αύξηση της ανεργίας, το εργασιακό άγχος έχει προσβάλει άμεσα ή έμμεσα σχεδόν το σύνολο των εργαζομένων

(Butterworth, 2009).

Οι απολύσεις αλλά και οι νέες συνθήκες εργασίας σύμφωνα με τους νέους όρους, τον όγκο δουλειάς και φυσικά τη μείωση των αποδοχών έχουν προκαλέσει αλυσιδωτές αντιδράσεις όχι μόνο συνδικαλιστικές αλλά και ψυχο-σωματικές. Σε πρόσφατο Παγκόσμιο Συνέδριο Ψυχικής Υγείας ανακοινώθηκε ότι οι αγχώδεις διαταραχές, η κατάθλιψη, οι φοβίες και οι κρίσεις πανικού είναι οι πιο διαδεδομένες ψυχικές διαταραχές που εμφανίζονται λόγω της οικονομικής κρίσης και κατ' επέκταση της περιχέουσας ανασφάλειας και αβεβαιότητας (Scutella and Wooden, 2008).

Διεθνώς, το 2009, στις ΗΠΑ παρατηρήθηκε αύξηση κατά 30% των επισκέψεων σε γιατρούς, κυρίως για αϋπνία. Τα πρώτα στοιχεία έδειξαν ότι αντίστοιχο φαινόμενο παρατηρείται και στην Ελλάδα, κυρίως από άνεργους ηλικίας 35 με 55 χρόνων. Συνολικά, περισσότεροι από δύο εκατομμύρια Έλληνες αντιμετωπίζουν διαταραχές στον ύπνο τους. Οι επιπτώσεις της αϋπνίας έχουν σοβαρότατες συνέπειες στη ζωή του ανθρώπου με άμεσο αντίκτυπο στο κοινωνικό σύνολο (Butterworth, 2009).

1.2.2 Αυτοκτονία

Μια ακραία εκδήλωση απογοήτευσης και απόγνωσης είναι η αυτοκτονία, στην οποία οδηγούνται χιλιάδες άνθρωποι σε όλο τον κόσμο. Στην Ελλάδα, η αυξητική τάση στις αυτοκτονίες καταγράφεται καθαρά και από τα στοιχεία που συγκεντρώνει η γραμμή παρέμβασης για την αυτοκτονία 1018 που λειτουργεί τα τελευταία τρία χρόνια από την Οργάνωση Κλίμακα σε συνεργασία με το υπουργείο Υγείας. Σύμφωνα με στοιχεία, το τελευταίο διάστημα, οι κλήσεις προς τη γραμμή βοήθειας αυξήθηκαν κατά 60% με 70%» (Τσακίρη, 2011).

Η σημαντικότερη και η πιο αντιπροσωπευτική, ίσως, μελέτη που πρέπει να αναφερθεί είναι αυτήν που έγινε σε 26 χώρες της Ευρώπης κατά το χρονικό διάστημα 1970 – 2006. Στη συγκεκριμένη μελέτη, τα αποτελέσματα παρουσιάζουν τις συνέπειες των οικονομικών μεταβολών σε σχέση με τα ποσοστά θνησιμότητας μέσω αυτοχειρίας. Σύμφωνα με την έρευνα αυτή, 1% αύξηση της ανεργίας αναλογούσε σε 0,8% αύξηση στις αυτοκτονίες, για ηλικίες κάτω των 65 ετών, ενώ πάνω από 3% αύξηση στην ανεργία συνεπάγονταν περισσότερο από 4% αύξηση στις αυτοκτονίες στις ίδιες ηλικίες. Από την παραπάνω έρευνα, γίνεται πολύ ξεκάθαρο το

κατά πόσο η οικονομική κρίση μπορεί να επηρεάσει την κοινωνία και την υγεία αυτής ακόμα και την επιβίωση αυτής(Τσακίρη, 2011).

1.2.3 Οικονομική Μετανάστευση

Η μετανάστευση ήταν και είναι ένα φαινόμενο το οποίο δημιουργεί κοινωνικές ανισότητες ταξικές διαφοροποιήσεις και κοινωνικό-οικονομικές αλλαγές. Ακόμα τείνει να φέρνει στην επιφάνεια αδυναμίες της δομής του κρατικού μηχανισμού και της πολιτικής ζωής της κάθε χώρας που δέχεται μετανάστες. (Ρουμπίνη, 2011).

Η Ελλάδα, στο παρελθόν υπήρξε χώρα αποστολής μεγάλου κύματος μεταναστών αλλά πάντα ανήκει στις χώρες που δεχόταν πλήθος μεταναστών. Όντας λοιπόν σε οικονομική ύφεση από το 2009 τα μέτρα προσαρμογής προκάλεσαν αύξηση της ανεργίας, που σύμφωνα με στοιχεία της ελληνικής στατιστικής αρχής τον Ιανουάριο του 2013 το ποσοστό της ανέβηκε στο 27,2% σε αντίθεση με το 21,8% που ίσχυσε τον Ιανουάριο του 2012. Ένα από τα αποτελέσματα της οικονομικής κρίσης και συνεπώς της ανεργίας είναι και η αύξηση της μετανάστευσης από και προς της Ελλάδα(Μπεζεβέγκης, 2011).

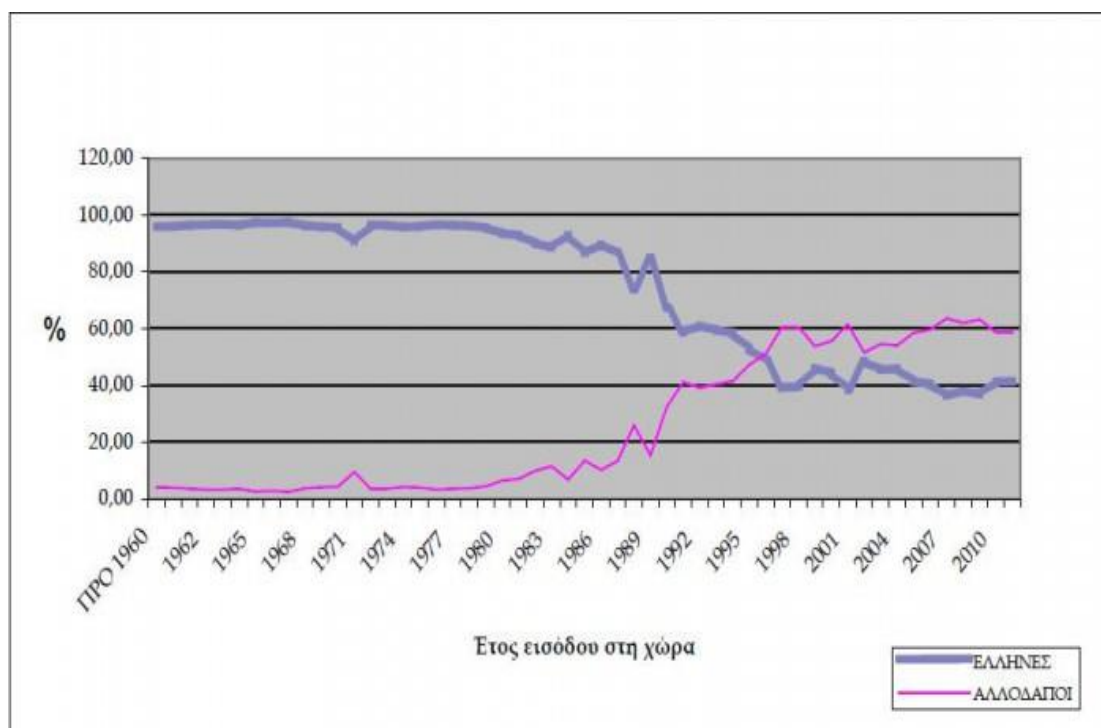
Τα αίτια της μετανάστευσης ποικίλουν από οικονομικούς, κοινωνικούς, πολιτικούς μέχρι και θρησκευτικούς και πολιτιστικούς λόγους. Ωστόσο όμως, την σημαντικότερη αιτία μετανάστευσης αποτελούν οι δύσκολες συνθήκες διαβίωσης λόγω οικονομικών προβλημάτων και περιορισμένων θέσεων εργασίας και η αναζήτηση καλύτερων συνθηκών ζωής και κοινωνικής ανεξαρτησίας. Η Ελλάδα, όπως προαναφέρθηκε, υπήρξε χώρα αποστολής μεταναστών το διάστημα 1920-1960(Ρουμπίνη, 2011).

Παρόλα αυτά, εδώ και αρκετά χρόνια έχει μετατραπεί σε χώρα υποδοχής μεταναστών, που βέβαια τα τελευταία 5 χρόνια υπάρχει εκτεταμένη μετανάστευση από τους Έλληνες πολίτες προς άλλες χώρες, λόγω της οικονομικής κρίσης που βιώνει η χώρα. Τα χαρακτηριστικά που καθιστούν την Ελλάδα κατάλληλη χώρα για μετανάστευση είναι τόσο η γεωγραφική της θέση όσο και οι ευνοϊκές κοινωνικοπολιτικές συνθήκες και η πολιτική σταθερότητα και το γεγονός ότι αποτελεί χώρα μέλος της ΕΕ, ενώ μέχρι την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης

ευνοϊκό χαρακτηριστικό αποτελούσε και η αναπτυσσόμενη οικονομία (Παυλόπουλος και Μπεζεβέγκης, 2011).

Ο αριθμός των μεταναστών στην Ελλάδα αυξάνεται συνεχώς με τα στατιστικά των απογραφών να δείχνουν ότι από το 1991 μέχρι το 2001 ο αριθμός των μεταναστών αυξήθηκε τόσο ώστε αποτελούσε το 9% του γενικού πληθυσμού της χώρας. Ωστόσο, ένας ακόμα σημαντικός παράγοντας αύξησης των μεταναστών στην Ελλάδα είναι η μεγάλη ζήτηση ανειδίκευτης εργασίας σε αντίθεση με την μικρή προσφορά αυτής, ενώ και η αυξημένη παραοικονομία και οι υψηλοί, σε σχέση με αυτών των χωρών προέλευσης, μισθοί συντελούν στην αύξηση της μετανάστευσης (Κανελλόπουλος, 2006).

Από την άλλη, υπάρχουν και αρκετοί μετανάστες, ειδικά τα τελευταία χρόνια, των οποίων τελικός προορισμός δεν είναι η Ελλάδα, ωστόσο όμως, συχνά δεν καταφέρνουν να περάσουν τα σύνορα με αποτέλεσμα να παραμένουν στην Ελλάδα. Το παρακάτω γράφημα περιγράφει την εισροή μεταναστών στην Ελλάδα ανά υπηκοότητα, και φαίνεται ότι από το 1996 η μετανάστευση αλλοδαπών στην Ελλάδα άρχισε να αυξάνεται σημαντικά, και ειδικά σε σχέση με τους Έλληνες που βρίσκονταν στο εξωτερικό και εισέρχονταν ξανά στην χώρα τους (Καψάλης, 2009).



Πηγή: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος (www.statistics.gr)

Διάγραμμα 2-1

Αριθμός εισροής μεταναστών ανά υπηκοότητα.

1.3 Η Υποβάθμιση του βιοτικού επιπέδου

Το βιοτικό επίπεδο μιας χώρας σχετίζεται άμεσα με την οικονομική κατάσταση αυτής. Έτσι όταν μια χώρα πλήττεται από οικονομική κρίση, όπως η Ελλάδα τα τελευταία χρόνια, μειώνεται σημαντικά και το βιοτικό επίπεδο σε αυτήν. Τα κυριότερα αίτια μείωσης του βιοτικού επιπέδου μιας χώρας είναι η μείωση του εισοδήματος, ο δανεισμός που αποτελεί απόρροια αυτής της μείωσης και ο πληθωρισμός(Μάλλιαρης, 1990).

Είναι σύνηθες φαινόμενο οι καταναλωτές, κυρίως ανεπτυγμένων χωρών, να παίρνουν δάνεια για αγορές για τις οποίες το εισόδημά τους δεν επαρκεί. Αυτό συμβαίνει διότι προσδοκούν μελλοντική αύξηση του εισοδήματός τους, γεγονός που θα τους επιτρέψει να αποπληρώσουν το δάνειό τους. Ωστόσο όμως, ιδιαίτερα υψηλές προσδοκίες των καταναλωτών σε συνδυασμό με την λανθασμένη αντικειμενική αξιολόγηση της πιστοληπτικής ικανότητας, οδηγεί σε δημιουργία υπέρογκων χρεών που ποτέ δεν αποπληρώνονται. Αυτός ο μεγάλος δανεισμός και η υπερχρέωση των ελληνικών νοικοκυριών είναι ένα σημαντικό κοινωνικό και οικονομικό πρόβλημα (Μάλλιαρης, 1990).

Η αγοραστική δύναμη των πολιτών άρα και η κατανάλωση επηρεάζονται άμεσα από τον πληθωρισμό. Πιο απλά, ο υψηλός πληθωρισμός συνεπάγεται γρήγορη αύξηση τιμών. Αυτήν η αύξηση σε συνδυασμό με σταθερά εισοδήματα οδηγεί σε μείωση της αγοραστικής αξίας των εισοδημάτων των καταναλωτών άρα και ελάττωση της κατανάλωσης(Μάλλιαρης, 1990).

Ο ετήσιος πληθωρισμός ορίζεται ως η ποσοστιαία μεταβολή του συνολικού επιπέδου των τιμών από μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο σε μια άλλη. Για τον καθορισμό του δείκτη τιμών του καταναλωτή, η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία ελέγχει συνολικά 600 προϊόντα και υπηρεσίες που συμπεριλαμβάνονται στον προϋπολογισμό ενός νοικοκυριού. Στο παρόν χρονικό διάστημα, στην Ελλάδα, ο πληθωρισμός είναι υψηλός ενώ οι μισθοί μειώνονται συνεχώς με αποτέλεσμα να μειώνεται με τον ίδιο ρυθμό και η αγοραστική ικανότητα των

νοικοκυριών(Καλυβίτης και Καλαϊτζιδάκης, 2008).

1.3.1 Οικονομική κρίση και ανισότητες γενικά

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

Η οικονομική κατάσταση των ατόμων επιδρά στους δείκτες υγείας, όπως το προσδόκιμο επιβίωσης, τη νοσηρότητα, τη θνησιμότητα αλλά και τη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Αυτό αποτέλεσε το συμπέρασμα μελετών από πλήθος ερευνητών, οι οποίοι στην πλειονότητά τους κατέληξαν ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της οικονομικής κατάστασης του ατόμου και του επιπέδου της υγείας του (Mackenbach, 2005; Wagstaff, 2002; Singh, 1996).

Στις περιοχές της κρίσης, οι οικονομικές κρίσεις σχετίστηκαν με επιδείνωση των διαιτητικών συνηθειών, καθώς οι άνθρωποι στρέφονταν σε φθινό πλαστικό φαγητό. Ωστόσο υπήρχαν και διαπιστώσεις που έδειχναν ότι υπήρξαν κάποιες διατροφικές βελτιώσεις καθώς σε περιόδους ύφεσης οι άνθρωποι έτρωγαν λιγότερο έξω και μαγείρευαν περισσότερο στο σπίτι (Ruhm, 2000, 2008).

Η οικονομική ύφεση αύξησε τις ανισότητες στην υγεία. Η ισότητα στην υγεία ήταν μια έννοια η οποία αντανάκλούσε ίσες ευκαιρίες στη διανομή και στην προσπέλαση των υπηρεσιών υγείας. Βρέθηκε ότι οι υγειονομικές ανισότητες συνδέονταν με κοινωνικούς δείκτες, όπως τη κοινωνική τάξη, την ανεργία πράγμα που αποδείκνυε την σχέση μεταξύ οικονομικής κατάστασης των πολιτών και της υγείας τους (Sells and Blum, 1996).

Η ανεργία, η μερική απασχόληση, οι εισοδηματικές ανισότητες, η επισφάλεια στην εργασία, η έλλειψη στέγης οδήγησαν στον κοινωνικό αποκλεισμό όλο και περισσότερων ομάδων πράγμα που αποτέλεσε πηγή για διάφορες ψυχολογικές διαταραχές (π.χ. stress, κατάθλιψη) (Χαραλάμπους και Τσίτση, 2010).

Οι άνεργοι και οι οικογένειές τους υφίσταντο σημαντικά αυξημένο κίνδυνο πρόωρου θανάτου. Είχαν πιο σοβαρές χρόνιες ασθένειες, μεγαλύτερη πιθανότητα για αναπηρία. Μακροχρόνια η ανεργία αύξησε τον κίνδυνο αυτοτραυματισμού και αυτοκτονιών (Independent Inquiry into Inequalities in Health Report, 1999).

Η ανεργία συχνά σχετίστηκε επίσης με αύξηση της ημερήσιας κατανάλωσης αλκοόλ, με προφανείς μακροπρόθεσμες συνέπειες για την υγεία. Η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος μπορούσε να οδηγήσει τους ανθρώπους να τρώνε λιγότερο υγιεινές τροφές και μπορεί επίσης να υπάρξει μια μακροπρόθεσμη μείωση στα ποσοστά του καπνίσματος (Ruhm, 2006).

Υπήρξαν βραχυπρόθεσμες μειώσεις στους θανάτους από αυτοκινητιστικά ατυχήματα δεδομένου ότι ο όγκος της κυκλοφορίας των αυτοκινήτων πέφτει. Σε έρευνα των McKee και των συνεργατών του, της οποίας τα αποτελέσματα ανακοινώθηκαν στο Lancet το 2009 καταδεικνύεται ότι αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνδέθηκε με παράλληλη αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,79%. Άλλη μελέτη από τον Οικονόμου και των συνεργατών του (2007) κατέληξε ότι η αύξηση της ανεργίας κατά 1% επέφερε αύξηση στο δείκτη θνησιμότητας κατά 2,18 (Economou, 2007).

Μέσω της οικονομικής κρίσης το άτομο οδηγήθηκε σε μακρόχρονη ανεργία η οποία οδηγούσε πολλά άτομα στον κοινωνικό αποκλεισμό και στη φτώχεια, με αποτέλεσμα αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα. Ειδικότερα, η φτώχεια σχετίστηκε με την εμφάνιση ασθενειών καθώς τα άτομα αναγκάζονταν να διαβιώνουν σε υποβαθμισμένο περιβάλλον, να τρέφονται ανεπαρκώς και να εργάζονται σε επικίνδυνα και ανθυγιεινά περιβάλλοντα. Επιπλέον το χαμηλό συνήθως εκπαιδευτικό επίπεδο των φτωχών, τους στερούσε τη δυνατότητα γνώσης των κινδύνων που απειλούσαν την υγεία τους και υιοθέτησης ενός υγιεινού τρόπου διαβίωσης και το χαμηλό εισόδημά τους εμπόδισε την πρόσβασή τους σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας (Public Health Association, 2005).

Σύμφωνα με το Βρετανικό Public Health Association (2005) τα άτομα που ζούσαν σε συνθήκες κοινωνικού αποκλεισμού εκτίθονταν σε διπλάσιο κίνδυνο να νοσήσουν από σοβαρές ασθένειες ή ακόμα και να πεθάνουν από πρόωρο θάνατο. Μελέτη των Black και των συνεργατών του το 1980, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο κίνδυνος θανάτου των φτωχότερων κοινωνικοοικονομικών τάξεων ήταν δύομισι φορές μεγαλύτερος από το κίνδυνο θανάτου της υψηλότερης τάξης (Public Health Association, 2005).

Η πτώση της αγοραστικής δύναμης των νοικοκυριών αλλά και άλλων μηχανισμών κοινωνικής προστασίας, μπορούσε σαφώς να οδηγήσει σε μείωση της χρήσης υγειονομικής περίθαλψης. Δυο έρευνες οι IFLS και SUSENAS με ίδια αποτελέσματα διενεργήθηκαν σε διάφορες χώρες με στόχο να μετρηθεί ο αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης στην χρήση υπηρεσιών υγείας και στην κατάσταση υγείας του πληθυσμού και τα αποτελέσματα τους ήταν ότι η συνολική χρήση στα εξωτερικά ιατρεία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων του δημόσιου τομέα μειώθηκε κατά 8,0% από το 1997 έως το 1998, ενώ η χρήση ιδιωτικών ιδρυμάτων σε εξωτερική βάση μειώθηκε κατά 3,5%. Η νοσοκομειακή χρήση δεν φάνηκε να επηρεάζεται σημαντικά από την κρίση(European Commission, 2003).

Άλλες πάλι μελέτες κατέδειξαν ότι τα άτομα χαμηλού εισοδήματος περιορίζουν τη χρήση εκείνων των υπηρεσιών υγείας, που πρέπει τα ίδια να καταβάλουν σημαντικό μέρος της αντίστοιχης δαπάνης, όπως συμβαίνει για παράδειγμα στην περίπτωση της οδοντιατρικής περίθαλψης καθώς και άλλων υγειονομικών υπηρεσιών που δεν καλύπτονται επαρκώς από τους ασφαλιστικούς φορείς (Health Inequalities, 2005).

Το χαμηλό εισόδημα συνεπάγεται μικρότερη πρόσβαση σε προληπτικές (συμβουλευτικές) και θεραπευτικές (συνταγογράφηση φαρμάκων και νοσοκομειακή περίθαλψη) υπηρεσίες υγείας υψηλού επιπέδου. Επίσης τα άτομα ανώτερων εισοδηματικών κλιμακίων προσφεύγουν συχνότερα σε γιατρούς ειδικοτήτων σε σχέση με τους φτωχούς (European Commission, 2003).

1.4 Οικονομική κρίση και κόστος ζωής

Παραπάνω αναφέραμε τις επιπτώσεις του πληθωρισμού στο βιοτικό επίπεδο των πολιτών μιας χώρας ενώ βρίσκεται σε κρίση. Ωστόσο όμως θα πρέπει να γίνει ένας διαχωρισμός, διότι ο πληθωρισμός δεν προκαλεί αύξηση του κόστους ζωής όλων των καταναλωτών καθώς η αύξηση των τιμών των αγαθών και υπηρεσιών δεν γίνεται με το ίδιο ποσοστό. Οι καταναλωτές που πλήττονται από την αύξηση του πληθωρισμού είναι εκείνοι που δαπανούν το μεγαλύτερο μέρος του εισοδήματος τους σε αγαθά με σχετικά γρήγορη αύξηση τιμών, ενώ οι καταναλωτές που δαπανούν το μεγαλύτερο μέρος του εισοδήματος τους σε αγαθά με μικρότερη αύξηση των τιμών διατηρούν υψηλότερο βιοτικό επίπεδο(Σακελλάρης, 2008).

Ωστόσο όμως για την Ελλάδα και την κατάσταση την οποία βιώνει η αύξηση

του πληθωρισμού επηρεάζει το μεγαλύτερο μέρος του Ελληνικού πληθυσμού καθώς ο πληθωρισμός έχει προκαλέσει ανοδική πορεία των τιμών στα τρόφιμα, αλλά και στη στέγαση, η οποία αφορά κυρίως αυξήσεις στους λογαριασμούς της ύδρευσης, του ηλεκτρικού ρεύματος, του υγραερίου και του πετρελαίου θέρμανσης. Αυτό συμβαίνει διότι όλα τα παραπάνω αγαθά θεωρούνται βασικά και απορροφούν το μεγαλύτερο ποσοστό της δαπάνης των νοικοκυριών. Από την άλλη τα αγαθά πολυτελείας, για τους λόγους που προαναφέρθηκαν, δεν έχουν υποστεί μεγάλη αύξηση τιμών(Σακελλάρης, 2008).

Συμπερασματικά, από τα παραπάνω, κατά την διάρκεια οικονομικής κρίσης τα νοικοκυριά με χαμηλότερα εισοδήματα έχουν υποστεί μεγαλύτερη αρνητική επίπτωση στο βιοτικό επίπεδο από ότι τα πλούσια, καθώς, λόγω των επιπτώσεων του πληθωρισμού, αναγκάζονται να ξοδεύουν το μεγαλύτερο μέρος των εσόδων τους σε αγαθά και υπηρεσίες των οποίων οι τιμές είναι ιδιαίτερα αυξημένες (Σακελλάρης, 2008).

1.5 Εργασία και μισθός στην οικονομική κρίση

Στην αγορά εργασίας από τις αρχές, ακόμα, της περιόδου της οικονομικής κρίσης, έχουν επέλθει σημαντικές αρνητικές μεταβολές. Όπως αναφέρθηκε στο υποκεφάλαιο που αναφερόταν στην ανεργία, κάθε οικονομική κρίση συνεπάγεται και μεγάλη ανεργία και συνεπώς η αγορά εργασίας βιώνει και αυτήν κρίση, εξαιτίας των ανέργων, των ελάχιστων θέσεων εργασίας και της μείωσης των μισθών(Ξαφά,2011).

Γι' αυτό τον λόγο οι περισσότεροι, οι εργαζόμενοι από έλλειψη επιλογών και οι εργοδότες για εξυπηρέτηση προσωπικών συμφερόντων, στρέφονται στην μερική απασχόληση και την εκ περιτροπής εργασία. Κατά τα έτη 2009-2010 οι ολιγόμηνες συμβάσεις αυξήθηκαν περισσότερο από 21,73% και οι εργαζόμενοι με τέτοιες συμβάσεις το 2009 ήταν 380.014 ενώ το 2010 αυξήθηκαν στους 474.173. Ακόμα, το 2010 18.713 εργαζόμενοι υπέστησαν αλλαγή στις συμβάσεις τους από πλήρους σε μερικής απασχόλησης νούμερο που αντιστοιχεί σε ποσοστιαία αύξηση κατά 61% από το προηγούμενο έτος. (Χαρδούβελης, 2011).

Τέλος, κατά το έτος 2010 οι προσλήψεις μειώθηκαν κατά 4,5% και οι απολύσεις αυξήθηκαν κατά 1% διαμορφώνοντας αρνητικό ισοζύγιο για την

απασχόληση, διότι η σχέση ανάμεσα στις προσλήψεις και τις απώλειες θέσεων, είτε προκλήθηκαν από απολύσεις και είτε από οικιοθελείς αποχωρήσεις το 2010 ήταν 96.150 θέσεις ενώ το 2009 86.171 θέσεις (Ξαφά,2011).

1.6 Οικονομική κρίση και επίδραση στην υγεία και ιατρική περίθαλψη

Πολλές θεωρίες έχουν διατυπωθεί για το θέμα της σχέσης της ανεργίας με την υγεία. Μεγαλύτερη επιρροή είχαν αυτές της Marie Jahoda (επίσης γνωστή ως το λειτουργικό μοντέλο) και το μοντέλο του Peter Warr. Οι συγκεκριμένες θεωρίες επιχειρούν να δικαιολογήσουν την ύπαρξη μιας τέτοιας σχέσης, αλλά παραλείπουν σημαντικά στοιχεία που έρχονται στο φως από άλλους επιστήμονες (Rodgers, 1991).

Διάσημοι ψυχίατροι, όπως οι Sigmund Freud και Erik Eriksson, έχουν εκφράσει την άποψή τους, είτε στα πλαίσια μιας απόπειρας επεξήγησης των παρατηρηθέντων φαινομένων, είτε αφού μελέτησαν σχετικές περιπτώσεις. Ορισμένοι ακόμα συγγραφείς (όπως ο Harvey Brenner), αφού μελέτησαν τη σχετική με το κλάδο τους βιβλιογραφία, διατύπωσαν τα συμπεράσματά τους υπέρ ή κατά της ύπαρξης σχέσης μεταξύ ανεργίας και υγείας (Kousoulis, 2006).

Το λειτουργικό μοντέλο (η θεωρία της Marie Jahoda): Η Βρετανή κοινωνική ψυχολόγος, Marie Jahoda, πρότεινε ορισμένα λειτουργικά στοιχεία που σχετίζονται άρρηκτα με την εργασία. Διατύπωσε την άποψη ότι η εργασία: (α) επιβάλλει ένα χρονοδιάγραμμα στην ημέρα, (β) συνεπάγεται συχνή ανταλλαγή εμπειριών και επαφή με άλλους, (γ) δίνει στον εργαζόμενο στόχους και επιδιώξεις, (δ) ορίζει στοιχεία για την ατομική ταυτότητα, (ε) επιβάλλει δράση (Rodgers, 1991).

Επομένως, ο άνεργος πάσχει από την απουσία αυτών των ιδιοτήτων και η ψυχική του υγεία επηρεάζεται λόγω αυτών των αναγκών που δεν εκπληρώνει. Για την Jahoda, δεν είναι η οικονομική δυσκολία που μπορεί να εξαθλιώσει την ψυχική υγεία του ατόμου αλλά η απουσία της εργασίας, η οποία καλύπτει τις βασικές ψυχολογικές του ανάγκες. Η θεωρία της Jahoda, ωστόσο, αδυνατεί να εξηγήσει τόσο τη βελτίωση της ψυχολογίας μετά την παραίτηση από μια μη ικανοποιητική εργασία, όσο και το ερώτημα γιατί υπάρχουν μεταβλητές από

άτομο σε άτομο, όσον αφορά την επίδραση της ανεργίας στην ψυχική ισορροπία(Brady, 2003).

Σύμφωνα με την άποψη του Peter Warr, η ψυχική υγεία μπορεί να επηρεαστεί από το περιβάλλον με έναν τρόπο ανάλογο με αυτόν που η φυσική κατάσταση επηρεάζεται από τη διαθεσιμότητα βιταμινών. Ο Warr πρότεινε ότι τα περιβαλλοντικά στοιχεία της εργασίας είναι σημαντικά για την ψυχική υγεία, όπως οι βιταμίνες για τη φυσική υγεία : η απουσία τους οδηγεί σε μια φθορά της ψυχικής κατάστασης, αλλά και η παρουσία τους πάνω από κάποια επίπεδα δεν προσφέρει περαιτέρω βελτίωση. Τα στοιχεία του περιβάλλοντος που επέλεξε ο Warr ήταν τα εξής εννέα: ευκαιρίες για έλεγχο, ευκαιρίες για ανάδειξη των ταλέντων, καθορισμός στόχων, ποικιλία, ξεκάθαρο περιβάλλον, διαθεσιμότητα χρημάτων, ασφάλεια σωματικής υγείας, ευκαιρίες για διαπροσωπική επικοινωνία, κοινωνική θέση (Rodgers, 1991).

Το μοντέλο του Warr εξηγεί την αρνητική επίδραση της ανεργίας μέσω της θεωρίας του «φτωχότερου» περιβάλλοντος του ανέργου. Η θεωρία του, επίσης, λαμβάνει υπόψη και την πιθανότητα να έχει θετική επίδραση η απώλεια μιας μη ικανοποιητικής εργασίας. Η ανεργία επιδρά με ποικίλους μηχανισμούς στον ψυχισμό του ατόμου. Σύμφωνα με τα λεγόμενα του διάσημου ψυχιάτρου Sigmund Freud, «όταν δεν είμαστε υποχρεωμένοι να σηκωθούμε το πρωί και να εστιάσουμε στην εργασία μας, κινδυνεύουμε να κυριευτούμε από συναισθήματα(Brady, 2003).

Για παράδειγμα, μια πληγωμένη, άνεργη έφηβη έχει χρόνο να σκεφτεί διεξοδικά τα προβλήματά της, ενώ η κοπέλα που εργάζεται, π.χ., στο ταχυδρομείο θα πρέπει να είναι συγκεντρωμένη στην εργασία της». Ο ψυχαναλυτής Erik Erikson, στη διάσημη θεωρία του για τα στάδια της κοινωνικής ανάπτυξης του ατόμου, διαπιστώνει ότι η υγιής μετάβαση από την εφηβεία στην ενηλικίωση περιλαμβάνει την απόκτηση μίας επιθυμητής εργασιακής ταυτότητας. Επομένως, η ανεργία θα αναμένεται να ελαττώσει την αίσθηση προσωπικής αξίας του ατόμου (Rodgers, 1991).

Εκτός από τις θεωρίες που έχουν διατυπωθεί, έχουν διεξαχθεί πολλές έρευνες που επιζητούν να βρουν μία αντικειμενική απάντηση στο ερώτημα αν η ανεργία επιδρά στην υγεία. Η μελέτη 49 σχετικών ερευνών (με μέρη διεξαγωγής σε όλον τον κόσμο, ιδίως στις ΗΠΑ, σε ευρωπαϊκές χώρες και στην Αυστραλία) αποφέρει ανησυχητικά αποτελέσματα, αφού το σύνολο σχεδόν των ερευνών καταλήγουν στο ότι η μακροχρόνια ανεργία προκαλεί

αύξηση στην επίπτωση της παθολογίας στα περισσότερα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού (Brady, 2003).

Η συσχέτιση των στατιστικών δείχνει ότι, με την αύξηση των ποσοστών των ανέργων, παρατηρείται αύξηση σε συμβατά από το αναπνευστικό, από το καρδιαγγειακό, από το νευρικό και από το μυοσκελετικό σύστημα. Επιπλέον, τα στοιχεία αθροιστικά δείχνουν ότι οι μακροχρόνια άνεργοι φαίνεται να είναι βαρύτεροι καπνιστές, καταναλώνουν περισσότερο αλκοόλ, έχουν χειρότερη διατροφή και αυξημένο σωματικό βάρος (Brady, 2003).

Επιπροσθέτως, στους ανέργους παρατηρούνται με μεγαλύτερη συχνότητα διαταραχές ψυχιατρικού τύπου απόπειρες αυτοκτονίας (μία από τις πιο δραματικές επιπτώσεις της ανεργίας, που αποκαλύφθηκε μετά τη δημοσίευση συγκλονιστικών στοιχείων από τους Banfalvy και Segest από την πρώην Δυτική Γερμανία) και εξάρτηση από ουσίες (όπως ηρωίνη, μαριχουάνα και διάφορα οπιοειδή) (Kousoulis, 2006).

Τέλος, υπάρχει και ένας μικρός αριθμός ερευνών που μελετούν την επίδραση της ανεργίας ενός ατόμου στην υγεία των υπολοίπων μελών της οικογένειάς του. Για παράδειγμα, στην Αγγλία βρέθηκε κατά 20% αυξημένη θνησιμότητα στις συζύγους των μακροχρόνια ανέργων αντρών, ενώ στην Αυστραλία διαπιστώθηκε ότι παιδιά ανέργων επισκέπτονται το γιατρό με 20-30% αυξημένη συχνότητα απ' ότι παιδιά που έχουν τουλάχιστον έναν εργαζόμενο γονιό. Μία από τις πλέον πλήρεις έρευνες στο θέμα έχουν διεξάγει οι Stanislav Kasl και Beth Jones από το Πανεπιστήμιο του Yale. Προχώρησαν σε μία ιδιαίτερα κατανοητή εξήγηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας και, μελετώντας τα στατιστικά ευρήματα, κατέληξαν ότι η ανεργία δεν έχει μία απόλυτη και ευθεία συσχέτιση με τη φτωχή υγεία (Kousoulis, 2006).

Το πιο ενδιαφέρον στοιχείο της μελέτης τους έγκειται στην παρατήρηση ότι η μεθοδολογία των ερευνών όσον αφορά την απώλεια της εργασίας είναι ανεπαρκής. Διατυπώνουν, μάλιστα, το εξής ερώτημα: «Η παρατήρηση ενός ανέργου με ψυχικές διαταραχές αντανάκλα την επίδραση της ανεργίας ή φανερώνει την επίδραση προϋπαρχόντων χαρακτηριστικών του ατόμου που αργότερα θα καταλήξει άνεργος;». Είναι το σημαντικότερο αντεπιχείρημά τους το αν η ανεργία οδηγεί σε νοσηρότητα ή αν υπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις προκαλούν την απώλεια της εργασίας. Επιπλέον, σύμφωνα με τους Kasl και Jones, μία ποικιλία παραγόντων κινδύνου για φυσική και ψυχολογική νοσηρότητα φαίνεται να σχετίζονται με συνθήκες εργασιακής ανασφάλειας. Ο υψηλός αριθμός ανέργων σε μία

κοινωνία έχει αρνητική επίδραση – πιεστικά και καταθλιπτικά συμπτώματα – στους εργαζόμενους, μία κατάσταση που αποδίδεται στην απειλή απώλειας της εργασίας (Brady, 2003).

Ο Γερμανός επιστήμονας Schwefel, ο οποίος μελέτησε τη σχετική υπάρχουσα βιβλιογραφία στις γερμανόφωνες χώρες, προσπάθησε να αναλύσει ορισμένους σημαντικούς παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά τη μελέτη της, ούτως ή άλλως, πολύπλοκης σχέσης μεταξύ ανεργίας και υγείας (Kousoulis, 2006).

Ο Schwefel διατύπωσε την άποψη ότι δεν είναι εκ των ων ουκ άνευ το να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ ανεργίας και νοσηρότητας, αφού: α) η εργασία μπορεί να οδηγήσει σε διάφορες ασθένειες (επαγγελματικά νοσήματα), β) μια τέτοια ασθένεια είναι δυνατόν να προκαλέσει την ανεργία, γ) κατά την περίοδο της ανεργίας μπορεί να επιδεινωθεί η ασθένεια, δ) μετά από κάποιο χρονικό διάστημα στην ανεργία μπορεί να υπάρξει ίαση της ασθένειας. Επιπλέον, ο Schwefel παρατηρεί ότι δεν πρέπει να καταφεύγει κανείς σε γενικεύσεις, αφού η επίδραση της ανεργίας είναι διαφορετική σε κάθε άτομο (Kousoulis, 2006).

Τέλος, ο Hollederer από τη Γερμανία, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι συχνά τα στατιστικά της ανεργίας και της ποικίλης νοσηρότητας προκαλούν σύγχυση, αφού η μακροχρόνια ανεργία οδηγεί σε έναν φαύλο κύκλο, με την έννοια ότι, αν ο επι μακρόν άνεργος υποφέρει από μία επιδείνωση της υγείας του, αυτή θα τον εμποδίζει από το να εισέλθει ξανά στην αγορά εργασίας (Ξαφά, 2011).

Η μελέτη του συνόλου σχεδόν των εκπονημένων ερευνών και των διατυπωμένων θεωριών οδηγεί στο συμπέρασμα ότι είναι αρκετά πιθανό η μακροχρόνια ανεργία, μέσω διαφόρων μηχανισμών, να οδηγεί σε επιδείνωση της υγείας. Σε αυτό το συμπέρασμα καταλήγουν τα περισσότερα στατιστικά στοιχεία αλλά και αρκετές μελέτες. Το κυριότερο επιχείρημα της αντίθετης άποψης είναι ότι μία υπάρχουσα παθολογία ενός ανέργου μπορεί να μην προκλήθηκε λόγω της ανεργίας, αλλά να προϋπήρχε και να οδήγησε αυτή στην απώλεια της εργασίας (Ξαφά, 2011).

Ωστόσο, ακόμα και αν δεν μπορεί κανείς να καταλήξει με ασφάλεια στην ύπαρξη αιτιολογικής συσχέτισης μεταξύ ανεργίας και νοσηρότητας, μοιάζει αναμφίβολο ότι η αύξηση στα ποσοστά ανεργίας που επιφέρει η διεθνής οικονομική κρίση του 2008 θα έχει επίδραση στην επίπτωση διαφόρων ασθενειών διεθνώς.

Αναλύοντας τα ανωτέρω στοιχεία και λαμβάνοντας κυρίως υπόψη τις δύο μεγαλύτερες μελέτες από κάθε αντίθετο «στρατόπεδο» (αυτή του Brenner και αυτή των Kasl και Jones), αυτό θα συμβεί για δύο κυρίως λόγους (ανεξάρτητα με το ποιας θεωρίας είναι κανείς υπέρμαχος (Rodgers, 1991):

1) Ακολουθώντας τη θετική άποψη του Brenner: Δεδομένου ότι ο αριθμός των ανέργων στο τέλος του 2009 (απ' τα στοιχεία της ILO) θα φτάσει περίπου στα όρια των 200 εκατομμύριων διεθνώς, αναμένεται ποσοστιαία αύξηση της ολικής θνησιμότητας κατά 3%, ενώ μπορεί να προβλεφθεί ότι με αυτήν την αύξηση της ανεργίας θα παρατηρηθεί αύξηση κατά 4.2% στις απόπειρες αυτοκτονίας και κατά 10.5% σε ανθρώπους που θα νοσηλευτούν σε ψυχιατρικές κλινικές.

2) Με βάση την αντίθετη άποψη, των Kasl και Jones, η μεγάλη αύξηση των ανέργων στις διάφορες πόλεις παγκοσμίως θα οδηγήσει σε αναπόφευκτη ύπαρξη συνθηκών εργασιακής ανασφάλειας και αυτή η απειλή της απώλειας της εργασίας θα επιφέρει αρνητικές επιδράσεις στην υγεία των εργαζομένων.

Κεφάλαιο 2: Οικονομική κρίση και ελληνικό σύστημα υγείας

2.1 Ορισμός της υγείας και της πολιτικής υγείας

Το 1976 μέσα από το καταστατικό του Παγκόσμιου οργανισμού υγείας, ορίστηκε η υγεία μέσα από τον ακόλουθο εννοιολογικό προσδιορισμό *«Η υγεία είναι η κατάσταση της απόλυτης φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας»*. Ο παρόν ορισμός αργότερα επιβεβαιώθηκε μέσα από την παγκόσμια συνδιάσκεψη για την Υγεία και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που έγινε το 1978 από τον ΠΟΥ στην περιοχή Alma-Ata(Λιαρόπουλος, 2007).

Κατά τη διάρκεια της συνδιάσκεψης τέθηκε ένας επιμέρους ορισμός για την υγείας ο οποίος ανέφερε ότι: *«Η υγεία είναι θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και η κατάκτηση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας είναι κοινωνικός στόχος που αφορά όλο τον κόσμο και η πραγματοποίησή του απαιτεί τη δραστηριότητα πολλών τομέων»*(Κουρέα-Κρεμαστινού,2007).

Συνεχίζοντας και με βάση τους Vrachatis and Papadopoulos (2012) η πολιτική υγείας ορίζεται ως: *«Το σύνολο των μέτρων και των αποφάσεων που λαμβάνει κάθε κράτος για να προωθήσει και να αναπτύξει ευρύτερα την υγεία στο εσωτερικό του, με γνώμονα πάντα τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, τους διαθέσιμους πόρους, το θεσμικό πλαίσιο τις ευρύτερες επιδράσεις του μακρο περιβάλλοντος»* (Vrachatis and Papadopoulos, 2012).

Η πολιτική υγείας μιας χώρας θα πρέπει να εστιάζει στη βελτίωση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού, στη μεγιστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας και στην ευρύτερη αποδοτική χρήση των πόρων ειδικά όταν αυτοί είναι περιορισμένοι σε περιόδους κρίσης. Σήμερα στην Ευρώπη και στην Ελλάδα, οι στόχοι των πολιτικών υγείας εστιάζουν στο τρίπτυχο: *εκσυγχρονισμός, χαμηλό κόστος, ποιότητα*(Ευμορφίδου, 2009).

Συγκεκριμένα η κρίση έχει καταστήσει ακόμα και πιο έντονη την επιθυμία για παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών σε χαμηλό κόστος, ο συνδυασμός αυτός ειδικά στην υγεία είναι δύσκολο να επιτευχθεί, με αποτέλεσμα να παρατηρείτε σήμερα σε χώρες όπως η Ελλάδα χαμηλό επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Karaiskou, Malliarou and Safaris, 2012). Σημαίνον στοιχείο για την ανάπτυξη μιας επιτυχημένης πολιτικής υγείας, είναι η υπερκομματική αποδοχή και μεθοδολογία ανάπτυξης, η

οποία θα πρέπει να παίζει βασικό ρόλο στο σχεδιασμό και στην αναδιοργάνωση όλων των συστημάτων υγείας (Charalambous, Socratous and Charitou,2011).

2.2 Περιγραφή των χαρακτηριστικών του Εθνικού Συστήματος υγείας

Το Εθνικό Σύστημα υγείας έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: α) μεικτό σύστημα, β) η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται από τη γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση, γ) Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι ο κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας σε όλη την Ελλάδα, δ) Οι υπηρεσίες Υγείας του ΕΣΥ υπάγονται διοικητικά σε περιφέρειες (ΔΥΠε), ε) Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τους ασφαλιστικούς φορείς, από τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, από ιδιώτες ιατρούς και από κέντρα Υγείας, ζ) Η δευτεροβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία, η) Οι αμοιβές νοσοκομειακών ιατρών είναι με μισθό, των ιδιωτών ιατρών κατά υπηρεσία, θ) Η αποζημίωση των νοσοκομείων γίνεται από τη φορολογία και από πληρωμές της κοινωνικής ασφάλισης και ιδιωτών. Τα βασικά πλεονεκτήματα που παρουσιάζει το Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007, σελ.111):

- ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας
- πλήρης κάλυψη του πληθυσμού
- έμφαση στη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας
- περιορισμένη συμμετοχή πολιτών στο κόστος
- ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας

Τα βασικά μειονεκτήματα του συστήματος είναι:

- υψηλές δαπάνες υγείας
- χαμηλή ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- περιορισμένη ελευθερία επιλογής ιατρού από τους ασθενείς
- προβλήματα γεωγραφικών και οικονομικών ανισοτήτων, πολυδιάσπαση φορέων άτυπες πληρωμές, προβλήματα ηθικής άσκησης ιατρικού επαγγέλματος, πληθώρα ιατρών και έλλειψη άλλων επαγγελματιών υγείας και λίστες αναμονής των ασθενών

2.2.1 Περιγραφή του ελληνικού συστήματος ΠΦΥ

Στη παρούσα ενότητα θα γίνει περιγραφή του συστήματος ΠΦΥ, με στόχο να εντοπιστούν οι ευρύτερες αδυναμίες του. Προκειμένου να γίνει κατανοητό το πρόβλημα μη καλής ανάπτυξης και οργάνωσης του ΠΦΥ στην Ελλάδα, θα γίνει η ανάπτυξη της παρούσας υποενότητας μέσα από αναφορές στην ελληνική νομοθεσία. Σύμφωνα με τον Γιανασμίδα και Τσιαούση (2012, σελ.108) στους νόμους 1397/83 και 2194/94 προβλεπόταν ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού και ότι θα πληρωνόταν με μισθό από το τότε σύστημα υγείας το ΕΣΥ. Αργότερα με τους νόμους 2519/97 και 3235/04 υπήρξε διαφοροποίηση και προτάθηκε ο οικογενειακός γιατρός να είναι ιδιώτης και να πληρώνεται κατά κεφαλή, ενώ θα έχει και μόνους για πρόσθετες υπηρεσίες. Ο γιατρός θα ελεγχόταν σε περιφερειακό επίπεδο, ουσιαστικά ο συγκεκριμένος νόμος, επιδίωξε να ενεργοποιήσει και τους δήμους και τις κοινότητες. Στο Πίνακα 2.1 παραθέτονται συγκεντρωτικά οι νόμοι και οι εφαρμογές τους σε σχέση με τον οικογενειακό γιατρό (Γιανασμίδα και Τσιαούση, 2012).

Πίνακας 2.1

Συγκεντρωτικά οι νόμοι και οι εφαρμογές τους σε σχέση με τον οικογενειακό γιατρό

	Οικογενειακός γιατρός	Αμοιβή και εργασιακή σχέση	Ειδικότητα πληθυσμός ευθύνης, επιλογή, παραπομπή	Διοικητική υπαγωγή κέντρων υγείας	Ενιαίος φορέας υγείας	Απονομή ειδικότητας γενικής ιατρικής	Διορισμός γενικών ιατρών
1397/83	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι
1579/85	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Ναι	Όχι
2071/92	Όχι	Όχι	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι	Ναι
2194/94	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι	Όχι
2519/97	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι
2889/01	Όχι	Όχι	Όχι	Ναι	Όχι	Όχι	Όχι
3235/04	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι	Όχι
Οργάνωση 2008	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι	Όχι

Πηγή: Γιαννασμίδη, Α., και Τσιαούση, Μ.(2012) Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980–2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(1), σελ.106-115

Μέσα από τη νομοθεσία και με βάση το Πίνακα 2.1, παρατηρήθηκε ότι σε γενικές γραμμές ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού προβλεπόταν σε συνεχή βάση, όπως και ο ενεργός του ρόλος όπως στο εξωτερικό σε γιατρούς εξειδικευμένης ειδικότητας. Ουδέποτε εφαρμόστηκε πλήρως ο συγκεκριμένος θεσμός, τουλάχιστον σε τέτοιο βαθμό, ώστε να δώσει το περιθώριο να υλοποιηθεί και να προχωρήσει στη βελτίωση του ελληνικού συστήματος υγείας. Ένα άλλο ζήτημα το οποίο δεν μπόρεσε να εδραιωθεί μέσα στα χρόνια ήταν η ειδικότητα που θα έπρεπε να έχει ο οικογενειακός γιατρός(IATRONET, 2016).

Ένα άλλο ζήτημα το οποίο επίσης μέσα στα χρόνια δεν μπόρεσε να αναπτυχθεί επιτυχημένα ήταν το οργανωτικό σύστημα το οποίο θα ακολουθούσε η Ελλάδα. Συγκεκριμένα με το νόμο 1397/83 και 2194/94 τα νοσοκομεία υπάγονται διοικητικά στις νομαρχίες. Με το νόμο 2889/01 αυτό άλλαξε και τα νοσοκομεία ελέγχονται από τα περιφερειακά συστήματα. Ο νόμος 3235/04 τα ενέταξε στα ΠεΣΥ. Με το νόμο του 2008 εντάχθηκαν σε Διοικητικές Υγειονομικές Περιφέρειες(Γιανασμίδα και Τσιαούση, 2012).

Στη πορεία με τη μετάβαση στον ΕΟΠΥΥ και μετά στο ΠΕΔΥ, δεν υπήρξαν οριστικές αποφάσεις, ισχύει ο νόμος του 2008 και ουσιαστικά οργανωτικά το ελληνικό σύστημα υγείας, ελέγχεται από το Υπουργείο, οι δήμοι και οι περιφέρειες δεν έχουν ακόμα ξεκάθαρες αρμοδιότητες. Σε επίπεδο χρηματοδότησης τα ταμεία στηρίζονται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζόμενων, όμως τα τελευταία χρόνια και συγκεκριμένα μέσα στην κρίση, τα περισσότερα είναι χρεοκοπημένα. Οι πρόσφατες ρυθμίσεις με το ΠΕΔΥ σε επίπεδο συγχωνεύσεων δεν οδήγησαν πουθενά και γενικά σήμερα το σύστημα υγείας είναι χρεοκοπημένο με πολλές ελλείψεις σε όλα τα επίπεδα λειτουργίας του(IATRONET, 2016).

Η πιο πρόσφατη εξαγγελία για την αναδόμηση του ελληνικού συστήματος υγείας είναι αυτή του Κυβερνητικού Συμβουλίου Κοινωνικής Πολιτικής βάση της οποίας θα ενεργοποιηθούν 50 ιατρεία γειτονίας για τη διετία 2016-2017, τα οποία θα έχουν ως στόχο να παρέχουν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας ανά περιοχή, με στόχο την αποσυμφόρηση των νοσοκομείων, τη κατανομή των περιστατικών, τον έλεγχο των υγειονομικών συστημάτων, τη κάλυψη των ανασφάλιστων και των μεταναστών που αποτελούν τα τελευταία χρόνια δυο ομάδες ανθρώπων που εντοπίζονται σε κάθε περιοχή της Ελλάδος. Μέσα από τη συγκεκριμένη διαδικασία θα μειωθούν οι

ιδιωτικές δαπάνες.

Ως μέτρο είναι πολύ καλό, το θέμα είναι με δεδομένη και τη παρελθούσα κατάσταση να εφαρμοστεί και να διατηρηθεί μέσα στα χρόνια, να μην γίνει δηλαδή και αυτό άλλο ένα μέτρο που απλά έμεινε στα χαρτιά ή εφαρμόστηκε αλλά μετά από αλλαγή στη διοίκηση του Υπουργείου υγείας καταργήθηκε μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα. Κλείνοντας την παρούσα υποενότητα θα πρέπει να αναφερθεί ότι είναι αναγκαία η εφαρμογή μέτρων που θα βελτιώσουν το ΠΦΥ, μέτρων που κατά καιρούς έχουν θεσμοθετηθεί αλλά το κράτος δεν προχώρησε στην ουσιαστική υλοποίηση τους(Γιανασμίδα και Τσιαούση, 2012).

2.3 Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα πριν από την ένταξη στα μνημόνια

Αρχικά θα πρέπει να γίνει μια σύντομη ιστορική αναδρομή στον τρόπο λειτουργίας και διάρθρωσης του Ελληνικού συστήματος υγείας πριν και μετά την ένταξη της Ελλάδας στην κρίση άρα και τα μνημόνια, τα οποία προτάθηκαν και ψηφίστηκαν με σκοπό την ανόρθωση της οικονομίας της χώρας και κατ' επέκταση του Ελληνικού συστήματος υγείας. Αυτό είναι σημαντικό να γίνει ώστε να εντοπιστούν πιο εύκολα και να κατανοηθούν τα πιθανά προβλήματα που μπορεί να ίσχυαν και πριν την έναρξη της κρίσης, αλλά και αυτά που έκαναν την εμφάνισή τους εκ των υστέρων, με απώτερο σκοπό την ανάλυση τους και τελικά την εύρεση λειτουργικών λύσεων που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην επίλυση κάποιων από αυτά (Ευμορφίδου, 2009).

Όσον αφορά το Ελληνικό σύστημα υγείας πριν από την ένταξη της χώρας στην κρίση, δομούνταν τόσο από τον δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα, τα οποία συνυπήρχαν, καθώς και όσον αφορά τον τρόπο χρηματοδότησής του στηρίζονταν στους δημόσιους πόρους, όπως οι ασφαλιστικές εισφορές και στις ιδιωτικές πληρωμές. Ακόμα υποστηρίζεται ότι στο Ελληνικό σύστημα υγείας συνυπήρχαν στοιχεία τόσο του μοντέλου Bismarck όσο και του μοντέλου Beveridge. Για τους παραπάνω λόγους το Ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως ένα μεικτό σύστημα(Vrachatis and Papadopoulos, 2012).

Το 1983 με την ψήφιση του νόμου 1397/1983 δημιουργήθηκε το ΕΣΥ και είχε σαν στόχο την δημιουργία ενός δημόσιου συστήματος υγείας που θα λειτουργούσε μόνο σύμφωνα με τα πρότυπα του μοντέλου Beveridge. Αυτό θα αποσκοπούσε στην ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή κάλυψη όλου του ελληνικού πληθυσμού. Το ΕΣΥ είναι το πρώτο βήμα που έγινε και είχε σαν στόχο την δημιουργία ενός δημόσιου συστήματος υγείας που δίνει την δυνατότητα παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης μέσω των Κέντρων Υγείας και των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων καθώς και την παροχή δευτεροβάθμιας περίθαλψης μέσω των δημόσιων νοσοκομείων. Μέχρι την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ η πρωτοβάθμια περίθαλψη γινόταν είτε μέσω της παροχής υπηρεσιών από ιατρούς των ασφαλιστικών φορέων, είτε μέσω συμβεβλημένων με τον ασφαλιστικό φορέα ιδιωτών ιατρών, είτε μέσω των Κέντρων Υγείας και των νοσοκομείων. Από το τελευταίο φαίνεται ξεκάθαρα η συνύπαρξη του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό σύστημα υγείας (Λιαρόπουλος, 2007).

Αν και η ίδρυση του ΕΣΥ φαίνεται να ήταν μια καλή προσπάθεια συγκρότησης και σωστής λειτουργίας του Ελληνικού συστήματος υγείας, ο τρόπος χειρισμού των δυνατοτήτων του, δεν έγινε σε πολλές πτυχές του σωστά με αποτέλεσμα να μην επιτευχθεί η ενοποίηση των ασφαλιστικών Ταμείων, να μην υπάρξει ουσιαστική και αποτελεσματική αποκέντρωση του συστήματος υγείας. Αντίθετα δόθηκε έμφαση στη προσφορά υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα να αναπτυχθεί η υποδομή του συστήματος υγείας και ταυτόχρονα να περιοριστεί ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα, ενδυναμώνοντας έτσι το ρόλο του δημοσίου και του κράτους (Economou, 2010, p.22), ενώ όσο αυτό συνεχιζόταν η πρωτοβάθμια περίθαλψη περιοριζόταν όλο και περισσότερο στα πλαίσια του ΕΣΥ (Αντωνοπούλου, 2008, σελ.3), το οποίο οδήγησε στην μετατροπή του «χαρακτήρα» του σε νοσοκομειοκεντρικό, καθώς σχεδόν ταυτίστηκε με τον θεσμό του νοσοκομείου. Δεδομένων των παραπάνω στοιχείων και την συνεχόμενη κακή διαχείριση του τρόπου λειτουργίας του συστήματος υγείας, τα δημοσιονομικά ελλείμματα και τα χρέη από τις δαπάνες από την υπερκοστολόγηση υπηρεσιών και την ανεξέλεγκτη συνταγογράφηση, ολοένα και αυξάνονταν ενώ ακολουθούνταν από αδυναμία συλλογής εσόδων(Ευμορφίδου, 2009).

Η γενική εικόνα που μπορεί κάποιος να σχηματίσει από τα παραπάνω, για το

τι ίσχυε σχετικά με το Ελληνικό σύστημα υγείας πριν την ένταξη της χώρας στην οικονομική κρίση και συνεπώς στους μνημονιακούς νόμους συνοψίζεται στα παρακάτω δεδομένα(Ευμορφίδου, 2009):

- Το κράτος είχε τον πρώτο λόγο, σε σχέση με τον ιδιωτικό τομέα, όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών
- Το κράτος μέσω των ασφαλιστικών ταμείων και των δημόσιων νοσοκομείων αποτελούσε τον κύριο παραγωγό υπηρεσιών υγείας
- Οι ασφαλιστικοί φορείς λειτουργούσαν και ως αγοραστές υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης
- Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας δεν ήταν επαρκής και δεν συμβάδιζε με την κοστολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται συνεχώς ελλείμματα στο σύστημα υγείας
- Η κατανομή και πρόσβαση στις παρεχόμενες υπηρεσίες ήταν άνιση μεταξύ των πολιτών

Τα παραπάνω αποδεικνύουν ότι το σύστημα υγείας κατά την έναρξη της κρίσης βρέθηκε να αντιμετωπίζει, ήδη, σοβαρά προβλήματα, με αποτέλεσμα η εμφάνιση της κρίσης να τα διογκώσει και μην έχοντας την δυνατότητα, η χώρα, να δανειστεί από τις διεθνείς αγορές, οδηγήθηκε στο να συμφωνήσει, με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο στις 23 Απριλίου 2010, για την εφαρμογή ενός μνημονίου το οποίο όριζε ότι η Ελλάδα μπορούσε να δανειστεί χρήματα από τον « Μηχανισμό Στήριξης» (ESM/EFSSF). Ωστόσο η συγκεκριμένη συμφωνία απαιτούσε και προϋπέθετε και την λήψη ορισμένων μέτρων και δράσεων από διάφορους τομείς, συμπεριλαμβανομένου του συστήματος υγείας, με σκοπό να επέλθει ανάπτυξη. Οι αλλαγές αυτές στο σύστημα υγείας αφορούν κυρίως την αλλαγή της δομής του και τον δημοσιονομικό εκσυγχρονισμό του(Vrachatis and Papadopoulos, 2012).

2.3.1 Αλλαγές στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας στα χρόνια της οικονομικής κρίσης

Πρόσφατα δημοσιεύτηκε στις Βρυξέλες η ετήσια έκθεση Euro Health Consumer Index 2014 η οποία αφορά 36 χώρες και τη Σκωτία σε σχέση με το σύστημα υγείας τους. Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη μελέτη η Ελλάδα βρίσκεται

πολύ πιο κάτω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Δυστυχώς όλα τα μέτρα που πάρθηκαν μέσα στην κρίση δεν έχουν αναστρέψει την κατάσταση, δεν έχουν οδηγήσει σε θετικό πρόσημο την υγεία στην Ελλάδα. Από την ίδρυση του με το Ν.1397/1983 το ΕΣΥ αλλά και με βάση τους πρόσφατους νόμους και ανεξάρτητα τη μορφή που έχει πάρει μέσα στα χρόνια, δεν έχει καταφέρει να αντιμετωπίσει τα προβλήματα του που εστιάζουν σε 5 άξονες: α) Ανεπάρκεια πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, β) Απαρχαιωμένα συστήματα αποζημιώσεων των προμηθευτών, γ) Ξεπερασμένη διοικητική λειτουργία, δ) Απουσία μηχανισμού αξιολόγησης, ε) Ανυπαρξία μηχανισμού ορθολογικής κατανομής. Το βασικό ερώτημα που υπάρχει για δεκαετίες είναι το κατά πόσο οι μεταρρυθμίσεις που γίνονται έχουν ως στόχο τους τον ορθολογισμό του τρόπου λειτουργίας του συστήματος ή απλά γίνονται για να γίνουν και δεν έχουν κανένα ουσιαστικό στόχο. Παρακάτω με κριτική ανάλυση παραθέτονται οι ρυθμίσεις που έγιναν τη περίοδο της κρίσης(Bjornberg, 2016):

1. Η εστίαση στη μείωση του κόστους και στην επίτευξη λογιστικών στόχων δεν ήταν επιτυχημένες γιατί επηρέασαν την αποδοτικότητα του συστήματος και είχαν κοινωνικές επιπτώσεις.
2. Οι οριζόντιες περικοπές οδήγησαν σε μειώσεις προσωπικού, αποδυναμώνοντας τα νοσοκομεία και τα Κέντρα υγείας.
3. Η μεταρρύθμιση του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ, Ν. 4238/2014, ΦΕΚ Α' 38/17-2-2014) οδήγησε στην πλήρη αποδιοργάνωση των δημόσιων δομών στα αστικά κέντρα και σε αποδιοργάνωση των παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ.
4. Το μέτρο για τους γιατρούς μείωσε τους συνεργαζόμενους με το δημόσιο κατά 2.500, πράγμα που ανάγκασε στην προκύρηξη θέσεων για εύρεση νέων γιατρών.
5. Η Οικονομική κρίση οδήγησε τους ασθενείς προς τα δημόσια νοσοκομεία, όμως αυτά λόγω των πρόσφατων ρυθμίσεων χωρίς προσωπικό, φάρμακα, λειτουργικά μηχανήματα αδυνατούν να εξυπηρετήσουν το κοινό.
6. Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού δεν έχει ακόμα εφαρμοστεί, παρότι υπάρχουν σχετικοί νόμοι.
7. Ο Ν. 3892/2010 (ΦΕΚ Α 189/4-11-2010) προβλέπει «Ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων», το μέτρο ακόμα δεν έχει εφαρμοστεί επιτυχώς λόγω των πολλών τεχνικών και οργανωτικών

προβλημάτων τα οποία το εμποδίζουν.

8. Υπήρξε σχετικό ψήφισμα Ν.3918/2011, ΦΕΚ Α' 31/02-03-2011, για τις ηλεκτρονικές προμήθειες, το οποίο έχει εφαρμοστεί σχετικά επιτυχημένα, όμως είναι αναγκαία η βελτίωση σε επίπεδο ανεφοδιασμού των νοσοκομείων και αμεσότητα στις πληρωμές των προμηθευτών.

9. Η ηλεκτρονική κάρτα ασθενούς δεν μπορεί να εφαρμοστεί δεδομένης της αδυναμίας επικοινωνίας του ΕΟΠΥΥ με τα δημόσια νοσοκομεία, αφού τα περισσότερα στερούνται τεχνολογικών υποδομών.

2.4 Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα μετά από την ένταξη στα μνημόνια

Η πρώτη αλλαγή, η οποία πρέπει να αναφερθεί είναι η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ. Σύμφωνα λοιπόν, με τον νόμο Ν. 3918/2011 τα επτά μεγαλύτερα ασφαλιστικά ταμεία (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ, ΤΥΔΚΥ, Οίκος Ναύτου) συγχωνεύονται και δημιουργούν ένα ενιαίο ασφαλιστικό ταμείο, τον ΕΟΠΥΥ, το οποίο καλείται να παράσχει υπηρεσίες υγείας πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας σε όλους όσους ανήκαν στα προαναφερθέντα ασφαλιστικά ταμεία. Λόγω της ύπαρξης μόνο ενός ενιαίου ταμείου, ο ΕΟΠΥΥ λειτουργεί ως πάροχος υπηρεσιών υγείας αλλά και ως αγοραστής αυτών. Έχει δικούς τους ιατρούς οι οποίοι εργάζονταν στις υγειονομικές μονάδες του ΙΚΑ, αλλά και ιατρούς οι οποίοι αμείβονται από τον ΕΟΠΥΥ κατά πράξη(Niakas, 2013, p.2).

Ο ΕΟΠΥΥ φαίνεται να είναι μια καλή και λειτουργική αλλαγή στο σύστημα υγείας καθώς έχει σαν στόχο την ενιαία παροχή υπηρεσιών υγείας, ωστόσο όμως η βιαστική δημιουργία του και στη συνέχεια λειτουργία του οδήγησε σε περαιτέρω προβλήματα σύγχυσης των πολιτών, αλλά και του προσωπικού του συστήματος υγείας. Επίσης δημιουργήθηκαν προβλήματα σχετικά με τις ληξιπρόθεσμες οφειλές των ασφαλιστικών Ταμείων στο χώρο της Υγείας αφού ο προβλεπόμενος προϋπολογισμός δεν είναι επαρκής (Νεκτάριος, 2010).

Λόγω των ελλিপών ιδιοτήτων του ΕΟΠΥΥ σύμφωνα με την αρχική του δημιουργία, χρειάστηκε να ψηφιστεί νέος νόμος, ο νόμος Ν. 4238/2014, ο οποίος προέβλεπε την αλλαγή της φυσιογνωμίας και του ρόλου του ΕΟΠΥΥ από πάροχο

και αγοραστή υπηρεσιών υγείας, μόνο σε αγοραστή τόσο από τον δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα της υγείας. Σκοπός αυτής της αλλαγής, είναι η συγκέντρωση όλων των πόρων σε ένα φορέα, να επιτευχθεί ορθότερη διαχείριση των δαπανών και να επέλθει αύξηση των χρηματοδοτικών πόρων. Γενικά η αλλαγή της φυσιογνωμίας και του τρόπου λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ φαίνεται να οδηγεί στην αντικατάσταση του δημόσιου τομέα από τον ιδιωτικό, στα θέματα υπηρεσιών υγείας (Niakas, 2013, p.2).

Μετά την είσοδο της χώρας στην οικονομική κρίση και την ψήφιση των μνημονίων, ψηφίστηκαν νόμοι οι οποίοι αποσκοπούν στον μείωση των δαπανών του συστήματος υγείας όπως η αλλαγή του τρόπου αποζημίωσης των νοσηλείων των δημόσιων νοσοκομείων, η ανάπτυξη ενός συστήματος προμηθειών υγείας σύμφωνα με τον νόμο Ν. 3918/2011 και η παροχή ηλεκτρονικών υπηρεσιών, από τον ΕΟΠΥΥ, σχετικά με τους παρόχους υγείας μέσω των εφαρμογών e-ΔΑΠΥ και e-prescription (Μάλλιαρης, 1990).

Ακόμα έγιναν μεταρρυθμίσεις οι οποίες αποσκοπούν στην αύξηση των εσόδων, όπως η θεσμοθέτηση του clawback σύμφωνα με την οποία καθορίζεται ανώτατη μηνιαία δαπάνη του ΕΟΠΥΥ για τους ιδιώτες παρόχους υγείας, οι οποίοι οφείλουν να επιστρέψουν στον ΕΟΠΥΥ τα χρήματα που ξεπερνούν αυτό το ανώτατο ποσό. Μια ακόμη θεσμοθέτηση είναι αυτή του rebate κατά την οποία γίνεται υποχρεωτική έκπτωση επί του τιμολογίου των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους ιδιώτες παρόχους υγείας, συμπεριλαμβανομένων και των φαρμακοποιών, καθώς επίσης και αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας και των συνταγογραφούμενων φαρμάκων(Μάλλιαρης, 1990).

Τέλος πάρθηκαν μέτρα με σκοπό την αύξηση της πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας με τη θεσμοθέτηση του Health Voucher το οποίο δίνει το δικαίωμα της ελεύθερης πρόσβασης σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας σε πρώην ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ με εισόδημα μικρότερο των 15000 ευρώ ετησίως και της νοσοκομειακής και φαρμακευτικής κάλυψης των ανασφάλιστων σύμφωνα με τους ΦΕΚ 1465/2014 και 1753/2014.

Όπως φαίνεται από την παραπάνω ιστορική αναδρομή, σε ότι ίσχυε πριν και μετά την είσοδο της Ελλάδας στην κρίση, για τον τρόπο λειτουργίας του συστήματος υγείας της χώρας, έχουν γίνει σημαντικές αλλαγές όχι μόνο στον τρόπο παροχής

υπηρεσιών αλλά και στον τρόπο κίνησης εσόδων - εξόδων από και προς αυτό. Ωστόσο το σύστημα υγείας στην Ελλάδα δείχνει να επιδέχεται και άλλων αλλαγών ή μεταρρυθμίσεων με στόχο την επιδιόρθωση του και την ανόρθωση της οικονομίας σε αυτό, με σκοπό την καλύτερη λειτουργία του και την αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών στους Έλληνες πολίτες(Niakas, 2013, p.2).

Με την παγκόσμια οικονομία σε κρίση, παρατηρείται μια συνολική αρνητική επίπτωση στην υγεία και απαιτείται η δέσμευση τουλάχιστον 1,1 τρις δολαρίων σε δανειοδοτήσεις για την εξυπηρέτηση τμήματος της κλινικής θεραπευτικής δραστηριότητας. Οι κυβερνήσεις, οι καταναλωτές και οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί υγείας βρίσκονται υπό πίεση, καθώς η ανεργία αυξάνεται, το άγχος των εργαζομένων εντείνεται και η απώλεια θέσεων εργασίας οδηγεί σε μείωση της ασφαλιστικής κάλυψης.

Η χρηματοδοτική πίεση στον υγειονομικό τομέα αναδεικνύει δύο σημαντικές συνιστώσες(Νεκτάριος, 2010):

- Την εξαιρετική σημασία της βιωσιμότητας των συστημάτων ασφαλιστικής κάλυψης και κοινωνικής προστασίας
- Την ανάδειξη της θεμελιώδους σημασίας των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας.

Οι προϋπολογισμοί ασφάλισης δέχονται πολλές πιέσεις από την ύπαρξη των δημόσιων ελλειμμάτων, ενώ τα ιδρύματα παροχής υγειονομικής φροντίδας που ελέγχονται από την κεντρική διοίκηση, καθώς και επιχειρήσεις υγείας ιδιωτικού χαρακτήρα, που αντιμετωπίζουν προβλήματα ρευστότητας και εξυπηρέτησης των δανειακών αναγκών βιώνουν την ίδια κατάσταση.

Οι αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία λόγω της οικονομικής κρίσης δημιουργούν, όπως είναι λογικό, μια επιπλέον ζήτηση στις υπηρεσίες υγείας. Η ζήτηση αυτή θα επιβαρύνει κυρίως τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς έχει αποδειχθεί ότι κατά τις περιόδους που σημειώνεται ελάττωση των εισοδημάτων των καταναλωτών οι οποίοι αποτελούν και τους ασθενείς τείνουν να απευθύνονται σε υπηρεσίες οι οποίες προσφέρουν ασφαλιστική κάλυψη(Μάλλιαρης, 1990).

Τα συστήματα υγείας των αναπτυσσόμενων χωρών θα αντιμετωπίσουν προβλήματα χρηματοδότησης για δύο κυρίως λόγους. Ο πρώτος αφορά στη μείωση

των κρατικών δαπανών για την υγεία λόγω της οικονομικής στενότητας. Ο δεύτερος σχετίζεται με τη διακοπή 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. Ωστόσο όμως, είναι πιθανό η συνέχιση της ροής οικονομικών πόρων προς τις οικονομικά ασθενέστερες χώρες να αποτελεί το συμφέρον των πλουσιότερων χωρών, αφού υγιής πληθυσμός συνεπάγεται οικονομική ανάπτυξη, πολιτική σταθερότητα και ασφάλεια. Η πίεση στους προϋπολογισμούς υγείας, στις χαμηλής και μέσης ανάπτυξης χώρες, αποτελεί απειλή σε παροχές όπως οι εμβολιασμοί, η έλλειψη των οποίων αυξάνει την βρεφική θνησιμότητα (Νεκτάριος, 2010).

2.5 Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο ελληνικό σύστημα υγείας

Κατά την διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης τόσο οι κυβερνήσεις όσο και οι καταναλωτές βιώνουν σοβαρές επιπτώσεις όπως για τους δεύτερους η πιθανή μείωση εισοδήματος και ασφαλιστικής κάλυψης. Αυτό συνεπάγεται ανωμαλίες στην σωστή λειτουργία του υγειονομικού συστήματος μιας χώρας, η οποία σχετίζεται άμεσα με τα συστήματα ασφάλισης. Επιπλέον, ο υπερδανεισμός λόγω των υπέρογκων χρεών, φαίνεται να επηρεάζουν ιδιαίτερα τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. (Appleby, 2008).

Καθώς τα εισοδήματα μειώνονται ενώ ταυτόχρονα ο τομέας της υγείας πλήττεται όλο και περισσότερο από τις αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, οι ασθενείς στρέφονται σε δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας με αποτέλεσμα οι κρατικές δαπάνες ολοένα και να αυξάνονται. (WHO- b, 2009; Κυριόπουλος και Τσιάντου, 2009). Ωστόσο όμως αποτέλεσμα της περικοπής δαπανών από τις υπηρεσίες υγείας είναι και ο περιορισμός της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών, άρα και η ικανοποιητική εξυπηρέτηση των ασθενών (Erman, 2009).

Έτσι, καθώς αυξάνεται η ζήτηση στις δημόσιες υπηρεσίες, αναλογικά μειώνεται στον ιδιωτικό τομέα. Αυτό όμως οδηγεί σε μείωση της αποδοτικότητας και ρευστότητας του ιδιωτικού τομέα, οπότε και εκεί πρέπει να γίνουν περικοπές στις διοικητικές δαπάνες, να ελαττωθεί το προσωπικό, να περιοριστούν οι προσφερόμενες

υπηρεσίες με αποτέλεσμα τον περιορισμό, από κάθε άποψη, αυτού του τομέα. (American Hospital Association, 2008).

Στην παραπάνω παράγραφο αναφέρονται γενικά οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας. Στη συνέχεια θα αναλυθεί η ελληνική πραγματικότητα σε αυτόν τον τομέα. Τα αίτια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, είναι πολλά και ποικίλα. Αρχικά αξίζει να αναφερθεί ότι η ελληνική οικονομία, ούσα πάντα ελλειμματική, και ως μέρος της ευρωπαϊκής και της παγκόσμιας οικονομίας, δανειζόταν κάθε χρόνο δεκάδες δισεκατομμύρια ευρώ, προκειμένου να καλύψει τις ανάγκες του Δημοσίου αλλά και τους τόκους του εξωτερικού της χρέους, που φτάνει τα 250 δισ. Ευρώ. Σε μια περίοδο, όπως η σημερινή, όπου οι πιστώσεις έχουν σταματήσει, η Ελλάδα δεν μπορούσε να βρει δανεικά. Στο μεταξύ οι ελληνικές τράπεζες μη μπορώντας και αυτές να βρουν εύκολα δανεικά από το διεθνές σύστημα, πάγωσαν τα δάνεια δημιουργώντας προβλήματα σε όλες τις επιχειρήσεις και τους ιδιώτες δανειολήπτες (Βενετσάνος, 2009).

Το υψηλό δημόσιο χρέος και το έλλειμμα των συναλλαγών της Ελλάδας με το εξωτερικό, το οποίο πλησιάζει τα 40 δισ. ευρώ, είναι δύο από τα πολλά προβλήματα της ελληνικής οικονομίας. Γενικότερα υπάρχει πρόβλημα εσόδων. Η ελληνική οικονομία στηρίζεται κατά 50% στο Δημόσιο (που έχει έλλειμμα και χρέος) και σε τέσσερις βασικούς κλάδους: στις τράπεζες- που έχουν πρόβλημα-, στη ναυτιλία- που έχει καταρρεύσει παγκοσμίως -, στην οικοδομή- που έχει παγώσει και στον τουρισμό- που αναμένεται ότι θα μειωθεί σημαντικά(Βενετσάνος, 2009).

Όλοι οι άλλοι κλάδοι στηρίζονται σε αυτούς τους τέσσερις τομείς και στο Δημόσιο και κανένας αυτή τη στιγμή δεν παράγει έσοδα. Ταυτόχρονα, η φοροδιαφυγή, η διαφθορά και η γραφειοκρατία έχουν καταδικάσει τον δημόσιο τομέα, που δυσκολεύεται να βοηθήσει σε περιόδους κρίσεων (Κρουγκμαν, 2008).

Κάποιες από αυτές τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, που βιώνει το Ελληνικό σύστημα υγείας είναι οι υγειονομικές ανισότητες, η αδυναμία κάλυψης αναγκών πρωτοβάθμιας φροντίδας, η αύξηση της ζήτησης λόγω γήρανσης του πληθυσμού, ο πληθωρισμός ιατρών και έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, η χαμηλή παραγωγικότητα και ποιότητα των υπηρεσιών, η σπατάλη πόρων και η διοχέτευσή τους στην παραοικονομία. Αποτελέσματα των παραπάνω είναι η δημιουργία τεράστιων ελλειμμάτων που παρουσιάζουν τα νοσοκομεία και οι

ασφαλιστικοί οργανισμοί υγείας(Κρουγκμαν, 2008).

Όπως φαίνεται από στοιχεία ερευνών, η συνεχόμενη οικονομική κρίση και το υψηλό εθνικό έλλειμμα θα συνεχίσει να χειροτερεύει τις ήδη αρνητικές συνέπειες στους προϋπολογισμούς για το Ελληνικό σύστημα υγείας (Καραϊσκού,2012). Στην Ελλάδα ο ιδιωτικός τομέας της υγείας έχει να αντιμετωπίσει προβλήματα λόγω μειωμένης ζήτησης, με αποτέλεσμα οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες να μην μπορούν να χρηματοδοτηθούν, λόγω της μειωμένης ζήτησης σύναψης ιδιωτικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων υγείας(Κυριόπουλος και Τσιάντου, 2009).

Το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας φαίνεται να βρίσκεται σε δύσκολη θέση σχετικά με την βιωσιμότητά του. Ωστόσο μπορούν να παρθούν μέτρα για την συνέχιση αυτού και πάνω απ' όλα μέτρα τα οποία θα πρέπει να τηρηθούν. Ένα τέτοιο μέτρο αποτελεί είναι η εξάλειψη της σπατάλης και αναποτελεσματικότητας, ενώ μια άλλη καλή λύση αποτελεί η αναδιάρθρωση βάσει ουσιαστικής οργάνωσης και ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Άλλα σημαντικά μέτρα είναι η βελτίωση του τρόπου χρηματοδότησης και αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας, η χρηματοοικονομική διαχείριση των νοσοκομειακών μονάδων, η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών των υγειονομικών φορέων, αλλά και αξιοποίηση και ανάπτυξη του προσωπικού (Κυριόπουλος και Τσιάντου, 2009).

2.6 Σύγκριση δημοσίων νοσοκομείων και ιδιωτικών κλινικών

2.6.1 Δημόσια νοσοκομεία

Σύμφωνα με τον Ν.3370/2005 άρθρο 1 και 2 *«Η Δημόσια Υγεία είναι επένδυση για τη διατήρηση και βελτίωση του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας. Δημόσια Υγεία ,ορίζεται το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της πολιτείας και της κοινωνίας, που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και αποβλέπουν στην πρόληψη νοσημάτων, στην προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής...».*

«Στενά συνδεδεμένες με την έννοια της Δημόσιας Υγείας είναι οι έννοιες της ανάπτυξης και προαγωγής της υγείας, της εκτίμησης των επιπτώσεων στην υγεία διαφόρων πολιτικών και προγραμμάτων, της διαχείρισης του κινδύνου για την υγεία, της βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών και των συνθηκών διαβίωσης, καθώς και

των προτεραιοτήτων για την υγεία. Στην ευρύτερη έννοια της Δημόσιας Υγείας περιλαμβάνονται, επίσης, ο σχεδιασμός και η αποτίμηση των υπηρεσιών υγείας, καθώς και η κοινωνικοοικονομική αξιολόγηση των υγειονομικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων...».

Σε γενικές γραμμές, η Δημόσια Υγεία αναφέρεται στην «υγεία του πληθυσμού», και η εφαρμογή της είναι θέμα κυρίως «πολιτικής επιλογής». Διαχρονικά έχουν καταγραφεί πολλοί ορισμοί για τη Δημόσια Υγεία, οι κυριότεροι εκ των οποίων παρατίθενται στη συνέχεια του κειμένου. Το 1923, σύμφωνα με τον Winslow δημόσια Υγεία είναι η επιστήμη και η τέχνη να προλαμβάνεται η νόσος, να επιμηκύνεται η ζωή, να προάγεται η φυσική υγεία και η αποδοτικότητα του ανθρώπου, μέσα από την οργανωμένη προσπάθεια της κοινωνίας για την εξυγίανση του περιβάλλοντος, τον έλεγχο των λοιμωδών νόσων, την εκπαίδευση κάθε ατόμου στην ατομική υγιεινή, την οργάνωση των ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών υγείας για την πρόωπη διάγνωση και προληπτική θεραπεία των νόσων και την ανάπτυξη μιας «κοινωνικής μηχανής» που να εξασφαλίζει σε κάθε άτομο ένα επίπεδο ζωής ικανό για τη διατήρηση της υγείας του (Bjornberg, 2016).

Αυτό θα έπρεπε να είναι και ο στόχος των δημόσιων νοσοκομείων. Ωστόσο αν και η κάλυψη της δημόσιας υγείας είναι ο βασικός στόχος των δημόσιων νοσοκομείων, υπάρχουν βασικές ελλείψεις είτε στο κομμάτι του προσωπικού, είτε στο κομμάτι των εγκαταστάσεων ακόμα και στα φάρμακα που χρειάζονται, ενώ και το σύστημα με το οποίο λειτουργούν τα δημόσια νοσοκομεία και το κατά πόσο αυστηρά τηρείται όλα αυτά τα χρόνια το λειτουργίας αυτών, έχουν καταστήσει τα δημόσια νοσοκομεία δευτερεύουσα επιλογή των πολιτών και έχουν προκαλέσει αναγκαία αύξηση εμφάνισης ιδιωτικών κλινικών.

Πιο συγκεκριμένα, στην υποβάθμιση των δημόσιων νοσοκομείων συνέβαλε το γεγονός ότι, σήμερα τα δημόσια νοσοκομεία διαθέτουν το 70% του συνόλου των νοσοκομειακών κλινών, ενώ ένας μεγάλος αριθμός, κυρίως περιφερειακών, νοσοκομείων λόγω έλλειψης σύγχρονου ιατρικού εξοπλισμού και ελλιπούς στελέχωσης με κατάλληλο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, δεν μπορεί να αντιμετωπίσει ένα ευρύ φάσμα δύσκολων περιστατικών με αποτέλεσμα να λειτουργεί με χαμηλή πληρότητα (40%-60%) όταν τα νοσοκομεία του κέντρου, κυρίως τα πανεπιστημιακά, αντιμετωπίζουν το πρόβλημα των μεγάλων λιστών

αναμονής (Bjornberg, 2016).

2.6.2 *Ιδιωτικά νοσοκομεία*

Ένας ιδιαίτερα σημαντικός κλάδος για την ελληνική οικονομία, με κερδοφορία και συνεχείς προοπτικές ανάπτυξης τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό, είναι αυτός των ιδιωτικών νοσοκομείων. Ο κλάδος των υπηρεσιών ιδιωτικής υγείας παρουσιάζει σημαντική ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα, η οποία αντανακλάται στη συνεχή και δυναμική αύξηση των συνολικών (ιδιωτικών και δημόσιων) δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ. Πιο συγκεκριμένα, τα ιδιωτικά νοσοκομεία κερδίζουν μερίδιο αγοράς έναντι των δημοσίων κυρίως λόγω των δυσλειτουργιών στις υπηρεσίες δημόσιας υγείας. Η ανάπτυξη των ιδιωτικών νοσοκομείων στηρίζεται στην σύγχρονη ιατρική τεχνολογία, στις ανώτερες υπηρεσίες φροντίδας και καθαριότητας, ενώ ταυτόχρονα εστιάζει στις πιο προσοδοφόρες υπηρεσίες υγείας (Erman, 2009).

Για να γίνει κατανοητή η εξέλιξη των ιδιωτικών κλινικών και να αιτιολογηθεί η αναγκαία αύξηση που παρουσιάζουν τα τελευταία χρόνια θα πρέπει να γίνει αναφορά σε αυτές από την δεκαετία του 1980 όπου όπως φαίνεται οι ιδιωτικές κλινικές περιορίστηκαν σημαντικά κυρίως λόγω της ακολουθούμενης πολιτικής, που είχε ως σκοπό την ενίσχυση του νεοσύστατου τότε Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Ειδικότερα με βάση τον νόμο 1397/83 είχε σταματήσει η χορήγηση αδειών για ίδρυση νέων κλινικών ή επέκταση υφιστάμενων. Μια δεκαετία αργότερα με το Προεδρικό Διάταγμα 247/91 επιτράπηκε ξανά η ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών, καθώς επίσης και η δημιουργία ανεξάρτητων διαγνωστικών μονάδων μέσα σε αυτές. Παράλληλα το ΠΔ 517/91 έθεσε νέες, αυστηρότερες προδιαγραφές οικοδομής και εξοπλισμού των ιδιωτικών κλινικών (Krugman 2010).

Περισσότερες κλινικές εξαρτώνται από τους δημόσιους ασφαλιστικούς οργανισμούς οι οποίοι κρατούν χαμηλές τις τιμές ενώ δύσκολα προχωρούν στην σύναψη συμβάσεων με ιδιωτικούς ασφαλιστικούς οργανισμούς λόγω του ότι δεν μπορούν τις περισσότερες φορές να ανταποκριθούν στην ζήτηση υψηλής ποιότητας υπηρεσιών.

Έτσι, οι ιδιωτικές κλινικές είναι κυρίως δυο κατηγοριών (Erman, 2009):

- Στην πρώτη κατηγορία ανήκει το μεγαλύτερο μέρος των ιδιωτικών κλινικών οι οποίες είναι κλινικές μικρής εμβέλειας και δυνατοτήτων. Οι κλινικές αυτές εξαρτώνται κυρίως από τα διάφορα δημόσια ταμεία όπου η τιμολόγηση των υπηρεσιών είναι χαμηλότερη του κόστους, ενώ λόγω των οικονομικών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν δεν υπάρχουν οι απαιτούμενοι πόροι ώστε να αναβαθμιστεί ο ξενοδοχειακός, ιατρικός και μηχανολογικός εξοπλισμός τους, ενώ λόγω των παραπάνω, αναμένεται να είναι ιδιαίτερα δύσκολη η προσαρμογή τους στους κοινοτικούς κανονισμούς(Ανδριώτη,1988).
- Στην δεύτερη κατηγορία ανήκουν οι μεγάλες πολυδύναμες κλινικές που βρίσκονται κυρίως στα μεγάλα αστικά κέντρα. Οι μονάδες αυτές είναι οργανωμένες με σύγχρονο εξοπλισμό και προσφέρουν το σύνολο των υπηρεσιών τόσο σε πρωτοβάθμια όσο και σε δευτεροβάθμια περίθαλψη

2.6.3 Σύγκριση Δημοσίων Νοσοκομείων και Ιδιωτικών Κλινικών

Σε συνεχή ανοδική πορεία βρίσκεται ο τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας από ιδιωτικές επιχειρήσεις τα τελευταία χρόνια. Η ανελαστική φύση των δαπανών που αφορούν στην ανθρώπινη υγεία και τα πλούσια περιθώρια καθαρού κέρδους που χαρακτηρίζουν τον κλάδο σχεδόν 4πλάσια σε σύγκριση με την μέση επίδοση στην ελληνική οικονομία αποτέλεσαν θετικό στοιχείο για την προσέλκυση των τεράστιων απαιτούμενων επιχειρηματικών κεφαλαίων Krugman P. (2010).

Οι πρώτες μεγάλης κλίμακας ιδιωτικές επενδύσεις υλοποιήθηκαν ήδη από τα μέσα της δεκαετίας του 70, ενώ παράλληλα, ολιγομελείς ομάδες ιατρών σύναπταν μεταξύ τους συνεργασίες για τη δημιουργία πολυιατρείων, με στόχο την προσέλκυση και ανταλλαγή πελατείας μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων, αλλά και την εξοικονόμηση πόρων μέσω του επιμερισμού των γενικών εξόδων (στέγαση, αναλώσιμα, γραμματειακή υποστήριξη). Όμως από τα μέσα της δεκαετίας του 90 παρατηρείται έντονη αναπτυξιακή δράση των ιδιωτικών κλινικών καθώς η συνεργασία με τις εταιρείες ιδιωτικής ασφάλισης λειτούργησε καταλυτικά στην ανάπτυξη του τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, σε όλη τη

διάρκεια της δεκαετίας του 1990.

Ο ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι κατεξοχήν πελατοκεντρικός, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στις ανθρώπινες σχέσεις και τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες, στους τομείς δηλαδή όπου οι Δημόσιες Υπηρεσίες κατά γενική ομολογία πάσχουν. Οι ασφαλιστικές εταιρείες πραγματοποιούν επιθετική είσοδο στον κλάδο της υγείας, είτε μέσω συνεργασιών με ιδιωτικές κλινικές, είτε ιδρύοντας δικά τους ιατρικά και διαγνωστικά κέντρα (Rodgers, 1991).

Τα ιδιωτικά νοσοκομεία κερδίζουν μερίδιο αγοράς έναντι των δημοσίων κυρίως στις πιο προσοδοφόρες υπηρεσίες υγείας. Ο κλάδος της ιδιωτικής υγείας στην Ελλάδα έχει ευνοηθεί από τα προβλήματα των υπηρεσιών δημόσιας υγείας καθώς και από την δυνατότητα εφαρμογής τιμολογιακής πολιτικής από τα ιδιωτικά νοσοκομεία χωρίς του περιορισμούς που επιβάλλουν τα δημόσια ταμεία. Έτσι το 2008 το μερίδιο αγοράς των ιδιωτικών νοσοκομείων κάλυπτε το 27% των συνολικών εσόδων του κλάδου. Ο ιδιωτικός τομέας παροχής νοσοκομειακών υπηρεσιών εστιάζει και επιλέγει κυρίως «προσοδοφόρες» χειρουργικές περιπτώσεις σύντομης νοσηλείας. Οι χειρουργικές περιπτώσεις στο σύνολο των ασθενών που νοσηλεύονται σε ιδιωτικά νοσοκομεία είναι αισθητά μεγαλύτερη σε σχέση με τα δημόσια, ενώ οι σοβαρές και μακροχρόνιες θεραπείες αντιμετωπίζονται σχεδόν αποκλειστικά από τα δημόσια νοσοκομεία (Krugman, 2010).

Η στρατηγική ανάπτυξης των ιδιωτικών νοσοκομείων στηρίζεται στα εξής ανταγωνιστικά πλεονεκτήματα έναντι των δημοσίων: α) Υψηλού επίπεδου υπηρεσίες φροντίδας, β) Μικροί χρόνοι αναμονής, γ) Μηχανήματα σύγχρονης τεχνολογίας. Ωστόσο, πρέπει να αναφερθεί ότι η Δημόσια Υγεία τα τελευταία χρόνια μπαίνει σταδιακά σε τροχιά βελτίωσης, καθώς με αφορμή τους Ολυμπιακούς Αγώνες υλοποιήθηκαν πολυάριθμα έργα δημιουργίας, επέκτασης και αναβάθμισης των νοσοκομειακών εγκαταστάσεων.

Στα πλαίσια του Ν. 3329/2005 «Εθνικό σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» προβλέπεται η εφαρμογή του θεσμού «Σύμπραξη Ιδιωτικών και Δημοσίων Κεφαλαίων» (ΣΔΙΤ) για την ανάληψη επενδύσεων στο χώρο της δημόσιας υγείας και ανάθεσης μέρους των υποστηρικτικών υπηρεσιών σε ιδιωτικούς φορείς. Η έστω και με χαμηλούς

ρυθμούς σύγκλιση του επιπέδου προσφερόμενων υπηρεσιών από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς λειτουργεί για τους επιχειρηματίες του τομέα υγείας ως μοχλός πίεσης για διαρκή βελτίωση και αναβάθμιση των προσφερόμενων υπηρεσιών(Rodgers, 1991).

2.7 Δαπάνες στην υγεία

Στην Ελλάδα, το σύνολο της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας εκδηλώνεται από τα ασφαλιστικά ταμεία υγείας συμπεριλαμβανομένων των κρατικών ενισχύσεων για την κάλυψη των ελλειμμάτων και από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες και τους ανασφάλιστους πολίτες (Νεκτάριος, 2010) Για τα δημόσια νοσοκομεία υπάρχει ένα καθεστώς μικτής χρηματοδότησης, το οποίο περιλαμβάνει πληρωμές από τον κρατικό προϋπολογισμό, τους ασφαλιστικούς φορείς και ένα ποσοστό ιδιωτικής συμμετοχής. Θεσμοθετημένα κίνητρα παραγωγικότητας δεν υπάρχουν και οι ποινές που επιβάλλουν τα πειθαρχικά συμβούλια είναι σπάνιες ενώ ο κυριότερος παράγοντας που συμβάλει στην νοσοκομειακή αποδοτικότητα είναι το ύψος της χρηματοδότησης που λειτουργεί ως «τιμωρία» ή ως «επιβράβευση» (Feldstein,1988).

Μέχρι το 2009, το Υπουργείο Υγείας δεν διέθετε την κατάλληλη υποδομή για τη συλλογή αξιόπιστων και ολοκληρωμένων δεδομένων σχετικά με την κοστολόγηση και τη λειτουργία των νοσοκομείων. Προφανώς, αυτό το γεγονός προσέδιδε μια περιορισμένη ικανότητα παρακολούθησης της οικονομικής λειτουργίας των νοσοκομείων του εθνικού συστήματος υγείας (ΕΣΥ), καθώς και σύγκρισης των επί μέρους επιδόσεων. Για να ξεπεραστεί αυτός ο περιορισμός, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ανέπτυξε και εφάρμοσε μια διαδικτυακή πλατφόρμα δεδομένων, με την ονομασία “ESY. net”, για τη συλλογή αξιόπιστων και ενημερωμένων δεδομένων. Κάθε νοσοκομείο πρέπει να παρουσιάζει σε αυτή την πλατφόρμα τα στατιστικά δεδομένα τα οποία αφορούν στην είσπραξη των εσόδων, στους μισθούς του προσωπικού, στα λοιπά ιατρικά έξοδα, καθώς και σε στοιχεία του αναφορικά με το φόρτο εργασίας (όπως ο αριθμός εισαγωγών και ο αριθμός εξωτερικών ασθενών) σε μηνιαία βάση (Ruhm, 2006).

Σύμφωνα με τη διεθνή εμπειρία (π.χ. περίπτωση του βρετανικού ΕΣΥ), κρίθηκε απαραίτητος ο διαχωρισμός των λειτουργιών της «προσφοράς» και της

«ζήτησης» υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με το Νόμο 3918/2011 «διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις», ο συντονισμός της αγοράς των μεγάλων ασφαλιστικών ταμείων (ΟΠΑΔ, ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ) και όποιων άλλων ταμείων πραγματοποιείται από ένα ενιαίο συντονιστικό όργανο (με τη μορφή ΝΠΔΔ), το οποίο διαπραγματεύεται εκ μέρους όλων των ταμείων τις τιμές και τις συμβάσεις, με ιατρούς, νοσοκομεία και διαγνωστικά κέντρα. Τα ταμεία, μέσω του συντονιστικού οργανισμού (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, ΕΟΠΥΥ), έχουν ενιαία μηχανογράφηση και μεγαλύτερη διαπραγματευτική δύναμη. Τα νοσοκομεία που ανήκαν στο ταμείο του ΙΚΑ μεταφέρονται οργανικά πλέον στο ΕΣΥ (Ruhm, 2006).

Το σύστημα υγείας έως τώρα ήταν ανοικτό ως προς τη χρηματοδότησή του, με συνέπεια το κράτος και τα ασφαλιστικά ταμεία να πληρώνουν αναδρομικά οποιαδήποτε ιατρική πράξη. Ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ είναι από τη μια πλευρά η συλλογή εσόδων από τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης υγείας και κρατικής συμμετοχής (επιχορηγήσεις) κι από την άλλη πλευρά η σύναψη συμβάσεων με δημόσιους ή ιδιωτικούς προμηθευτές νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Από τα παραπάνω συμπεραίνεται ότι οι κύριες πηγές χρηματοδότησης του Ελληνικού υγειονομικού συστήματος είναι τρεις (Feldstein, 1988):

- Ο κρατικός προϋπολογισμός που αποτελείται από άμεσους και έμμεσους φόρους και αποτελεί την κύρια πηγή χρηματοδότησης για τις δημόσιες μονάδες υγείας, δηλαδή τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας του ΕΣΥ, στρατιωτικά νοσοκομεία κτλ. Επίσης, όσον αφορά τον τομέα της υγείας, μέσω αυτού καλύπτεται η ασφάλιση υγείας των αγροτών και το μεγαλύτερο κόστος ασφάλισης των δημοσίων υπαλλήλων, οι δαπάνες για την δημόσια υγεία και η έρευνα στον τομέα υγείας.
- Η κοινωνική ασφάλιση που περιλαμβάνει τις εισφορές των εργαζομένων και εργοδοτών η οποία καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος του κόστους της εξωνοσοκομειακής και ένα σημαντικό μέρος του κόστους της νοσοκομειακής περίθαλψης των ασφαλισμένων. Σήμερα τα μεγαλύτερα ασφαλιστικά ταμεία με κλάδο υγείας είναι το ΙΚΑ, το ΤΕΒΕ και το ταμείο δημοσίων υπαλλήλων. Επίσης η κρατική επιχορήγηση αποτελεί και αυτή με την σειρά της πηγή εσόδων των ταμείων υγείας. Το ύψος των εισφορών

καθορίζεται από την εκάστοτε κυβέρνηση και εισπράττεται με τους μηχανισμούς που το κάθε ταμείο διαθέτει. Το κόστος της υπηρεσίας που παρέχεται υπολογίζεται βάσει του κρατικού τιμολογίου, το οποίο το καλύπτει εξολοκλήρου το ασφαλιστικό ταμείο. Μερικές φορές όμως υπάρχει διαφορά μεταξύ κρατικού τιμολογίου και πραγματικής τιμής, και αυτήν καλείται να καλύψει ο ίδιος ο ασφαλισμένος. Αυτές οι δαπάνες συγκαταλέγονται στις ιδιωτικές.

- Οι ιδιωτικές πληρωμές, η χρηματοδότηση από τις οποίες, αποτελείται από τις πληρωμές που γίνονται από ασφαλισμένους με χρήματα τα οποία προέρχονται από το οικογενειακό ή το προσωπικό τους εισόδημά. Οι πληρωμές αυτές, για την συμμετοχή του ασθενή στο κόστος των υπηρεσιών που παρέχονται από το ΕΣΥ, μπορεί να καλύπτουν τη φαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, τις δαπάνες για επισκέψεις σε ιδιώτες γιατρούς μη συμβεβλημένους με τα ταμεία, τη διαφορά της πραγματικής τιμής από την τιμή που εγκρίθηκε ότι θα καταβληθεί από τα ασφαλιστικά και τέλος σε ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Το ύψος των ιδιωτικών δαπανών στην Ελλάδα είναι μεγαλύτερο σε σύγκριση με αυτήν της Ευρώπης, και γι' αυτό ευθύνεται η αδυναμία του δημόσιου συστήματος να καλύψει όλες τις ανάγκες του πληθυσμού.

Τέλος, ένας ακόμα τρόπος χρηματοδότησης των έργων υγείας είναι οι Συμπράξεις δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ). Οι ΣΔΙΤ προωθούν την χρηματοδότηση όλου ή μέρους του έργου από τον ιδιωτικό τομέα με εκμετάλλευσή του από αυτόν για καθορισμένο χρονικό διάστημα. Η μέθοδος αυτή αν και εξοικονομεί δημόσιους πόρους, μειώνει το δημόσιο έλλειμμα και τονώνει την επιχειρηματικότητα, δέχεται έντονη κριτική ως προς την ποιότητα των αποτελεσμάτων της και την μεταβολή της φύσης, αλλά και της τιμής των αγαθών και υπηρεσιών. Κύριος σκοπός του ΕΟΠΥΥ είναι η δημιουργία μηχανισμού αγοράς και ελέγχου της ποιότητας και της ποσότητας, καθώς και της οικονομικής αποδοτικότητας, των υπηρεσιών υγείας. Όσον αφορά στην οικονομική λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων, από τις αρχές του 2012 οι πληρωμές από τους αγοραστές υπηρεσιών υγείας γίνονται με βάση το σύστημα DRG (καθιέρωση «πακέτου νοσηλείας» ανά διαγνωστική κατηγορία) και καταργήθηκαν, αντίστοιχα,

τα κρατικά τιμολόγια για τα ημερήσια νοσήλια και οι πρόσθετες ιατρικές πράξεις στις νοσηλείες (Polyzos, 2013).

Για τη δόμηση του ελληνικού μηχανισμού αποζημίωσης των DRGs-KEN (κλειστά ενοποιημένα νοσήλια) αξιοποιήθηκε η εμπειρία από άλλες χώρες κατά τη διάρκεια των αντίστοιχων προσπαθειών υιοθέτησης του εν λόγω μηχανισμού. Έμφαση δόθηκε σε χώρες με συστήματα υγείας παρόμοια με το ελληνικό όσον αφορά στην παροχή υπηρεσιών και στους μηχανισμούς χρηματοδότησης. Η επιλογή του Υπουργείου Υγείας, καθώς και εξειδικευμένων επιστημόνων στα θέματα των Οικονομικών της Υγείας ήταν η εστίαση και η προσαρμογή στα ελληνικά δεδομένα του αυστραλιανού (version 6.0, 2008–2009) και του γερμανικού (version 2011) συστήματος ταξινόμησης DRG. Η ταξινόμηση με βάση το γερμανικό μοντέλο, το οποίο βασίστηκε στη δημιουργία του από το αυστραλιανό, επιλέχθηκε γιατί η Ελλάδα αντιμετωπίζει παρόμοια προβλήματα πλεονάζουσας δυναμικής παραγωγικότητας και έλλειψης ορθής κατανομής πόρων βάσει κριτηρίων ζήτησης (Schmid, 2009).

Μια σημαντική έλλειψη του ΕΣΥ είναι η απουσία ενός επίσημου συστήματος πληροφόρησης των ασθενών για τις επιδόσεις των μονάδων υγείας. Κατά συνέπεια, δεν μπορεί να γίνει ούτε σύγκριση ούτε αξιολόγηση του κινδύνου. Αντίθετα, η πληροφόρηση γίνεται με το στόμα (world of mouth) και δεν είναι τεκμηριωμένη. Κατά συνέπεια, ο χρήστης δεν διευκολύνεται στις επιλογές του και οι προμηθευτές δεν έχουν κίνητρο βελτίωσης της απόδοσής τους. Υποχρεωτική θα πρέπει να είναι και η χρήση διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων. Η μη τήρησή τους θα συνεπάγεται και τις ανάλογες συνέπειες (Γείτονας και Κυριόπουλος, 2000).

Η αύξηση των ορίων ηλικίας, η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας και η εμφάνιση νέων ασθενειών αυξάνοντας τις δαπάνες για την υγεία έχουν εγείρει ζήτημα βιωσιμότητας των συστημάτων υγείας. Η Ελλάδα συγκαταλέγεται στις χώρες που δαπανούν αρκετά για την υγεία, με το μερίδιο των δημοσίων δαπανών να θεωρείται από τα χαμηλότερα στις χώρες του ΟΟΣΑ. Οι κύριες πηγές χρηματοδότησης σύμφωνα με τους Γείτονα και Κυριόπουλο, όπως προαναφέραμε, είναι η κοινωνική ασφάλιση (κυρίως εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών) και η γενική φορολογία, ενώ η ιδιωτική ασφάλιση συμμετέχει σε μικρό ποσοστό, αν και ολοένα αυξάνεται. Παρατηρείται η παραδοξολογία ότι όσο

διευρύνεται η έννοια της υγείας, οι δικαιούχοι της και το εύρος του δικαιώματος κατά την αρνητική, αλλά και την θετική του όψη, τόσο «ορθολογοποιούνται» τα δημοσιονομικά που αφορούν την υγεία και τόσο περισσότερο αυξάνεται η διεισδυτικότητα του ιδιωτικού τομέα σε όλους τους βαθμούς παροχής της(Γείτονας και Κυριόπουλος, 2000).

Ο πολυσχιδής χαρακτήρας της υγείας ως προς την δομή της, αλλά και ως προς τις επιπτώσεις της σε άλλους τομείς, καθιστά αναγκαία όχι μόνο την λογιστική, αλλά και την οικονομική αποτίμηση των δαπανών της. Παραδείγματα του παρελθόντος, ιδιαίτερα σε περιόδους οικονομικών κρίσεων μας δίδαξαν ότι οι περικοπές στην υγεία εξασθενούν το σύστημα και προσθέτουν μμία κρίση υγείας που μπορεί να έχει ακόμη πιο μακροχρόνιες επιπτώσεις από ότι η οικονομική κρίση. Απάντηση σε αυτήν την δυσμενή εξέλιξη αποτελεί η πολιτική εισαγωγής ασφάλισης της υγείας των φτωχών, η εκτεταμένη πολιτική πρόληψης, εξορθολογισμός του συστήματος, με ταυτόχρονα παράπλευρες πολιτικές ενίσχυσης των αδυνάτων. Ο συνδυασμός ιδιωτικής και δημόσιας παροχής υπηρεσιών υγείας, ιδίως σε ένα μη ανταγωνιστικό περιβάλλον, εγκυμονεί διττό ζήτημα ανισότητας: την υποβάθμιση υπηρεσιών του δημοσίου τομέα και την μείωση της αποτελεσματικότητας του συνολικού συστήματος, με παράλληλη αύξηση του κόστους του(Krugman,2010).

Οι ανισότητες στην προσβασιμότητα και την χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας, εμφανίζονται όπου επικρατούν οι μηχανισμοί της αγοράς και όπου η εξισορρόπηση της ζήτησης και της προσφοράς γίνεται δια μέσου των τιμών. Η αναγνώριση της αρχής της ισότητας στην πρόσβαση των ασθενών στα αγαθά και τις υπηρεσίες υγείας έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη της κοινωνικής ασφάλισης ή και τη χρηματοδότηση της δαπάνης υγείας μέσω του κρατικού προϋπολογισμού. Η ασθενής και δυσλειτουργική πρωτοβάθμια φροντίδα οδήγησε στην διόγκωση των δαπανών για θεραπεία, επέκταση του ιδιωτικού τομέα, με συνέπεια την αύξηση των τιμών, την αύξηση των εξόδων των νοικοκυριών και την αύξηση του χάσματος στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και τελικά έλλειμμα στην εμπιστοσύνη στο δημόσιο σύστημα. Απαιτείται, λοιπόν, η αναδιοργάνωση της προ-νοσοκομειακής φροντίδας, η οποία θα προλαμβάνει τις «ακριβότερες» θεραπείες», θα λειτουργήσει ανταγωνιστικά προς τον ιδιωτικό τομέα, περιστελλοντας τον πληθωρισμό των τιμών, θα αξιοποιήσει το ιατρικό δυναμικό, θα ενισχύσει τα εισοδήματα των νοικοκυριών, θα συνδέσει ομαλά

την πρωτοβάθμια με την νοσοκομειακή φροντίδα και θα ενδυναμώσει την πρόληψη παρέχοντας ποιότητα, ασφάλεια και οικονομία(Πατελάρου,2011).

Το υψηλό χρέος του κράτους, έναντι των ασφαλιστικών ταμείων και των παρόχων αγαθών και υπηρεσιών υγείας, ενισχύει την υποχρηματοδότηση του συστήματος, τις διαπλεκόμενες σχέσεις και την δυνατότητα εγγυοδοσίας του. Τα χρέη των ασφαλιστικών ταμείων προς τα δημόσια νοσοκομεία και τα χρέη των τελευταίων προς τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις, καθώς επίσης οι παράλληλες εξαγωγές και η έλλειψη μηχανοργάνωσης του δημόσιου τομέα, δυσχεραίνουν τη μείωση της δαπάνης. Θα πρέπει το κράτος να εξοφλεί έγκαιρα τις οφειλές του στα ταμεία και στους προμηθευτές του, καταρτίζοντας αληθής και αξιόπιστους προϋπολογισμούς(Πατελάρου,2011).

Ένα βήμα προς την κατεύθυνση της αλλαγής είναι η προσπάθεια για την ενοποίηση των ταμείων υγείας για λόγους διοικητικής ευελιξίας και οικονομίας, με ενίσχυση του ρόλου τους στην διαμόρφωση της αγοράς της υγείας. Η ενεργητική παρέμβαση τους στην αγορά των υπηρεσιών υγείας, θα προωθούσε τον υγιή ανταγωνισμό, με την επιλογή των συμφερότερων παραγωγών υπηρεσιών.

Επίσης, η αποζημίωση των παραγωγών θα μπορούσε να γίνεται βάσει της αξίας των αποτελεσμάτων που επιτυγχάνονται. Στην διαμόρφωση της ανταγωνιστικής αγοράς στον χώρο της υγείας θα μπορούσαν να συμμετέχουν και οι δημόσιοι φορείς μέσω δημιουργίας οικονομικών αγορών. Έτσι, με την ανάπτυξη του ανταγωνισμού και την αύξηση της ποιότητας, με παράλληλη μείωση των τιμών και δεδομένης της ισχύς του Νόμου 4213/2013 - ΦΕΚ 261/Α/3-12-2013 θα περιοριζόταν η εκροή πόρων προς το εξωτερικό για αγορά υπηρεσιών και αγαθών υγείας με πιθανή εισροή πόρων από το εξωτερικό(Πατελάρου,2011).

Οι προμήθειες πρέπει να αποκεντρωθούν και να εφαρμοσθεί μηχανογραφικό ενιαίο διπλογραφικό σύστημα, προσβάσιμο στον δημόσιο έλεγχο και συγκρίσιμο με τις προμήθειες άλλων φορέων μέσω κοινής κωδικοποίησης, εξασφαλίζοντας την διαφάνεια των δαπανών, και ενισχύοντας τον ανταγωνισμό. Σχετική είναι και η προμήθεια φαρμάκου, όπου για τον έλεγχό της και την πάταξη της πολυφαρμακίας θα πρέπει να μηχανογραφηθεί η συνταγογράφηση, να ρυθμιστεί η τυποποίησή του, να εξορθολογιστεί η «λίστα φαρμάκου» και η τιμολόγησή του και να ελεγχθεί η προσβασιμότητα των φαρμακοβιομηχανιών στην διακυβέρνηση.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η υγεία αποτελεί ατελή αγορά, μμιας που ο ιατρός λόγω της αυθεντίας που διαθέτει αποφασίζει τις θεραπευτικές πράξεις, αλλά παράλληλα τις παρέχει. Επίσης, η ανάληψη των δαπανών για την υγεία από τρίτους (κράτος ή ασφαλιστικός φορέας), ενδέχεται να οδηγήσει σε αύξηση της ζήτησης για αγαθά και υπηρεσίες υγείας. Η σημαντικότητα του παρεχόμενου αγαθού και η πληρωμή των υπηρεσιών από τρίτον συχνά προκαλεί έλλειμμα ανταγωνιστικότητας, αλλά και υπερκατανάλωση, αυξάνοντας τις τιμές στις υπηρεσίες υγείας ως αποτέλεσμα της μειωμένης τιμής που αντιμετωπίζει ο ασθενής καταναλωτής(Καράμπελας, και Καύκας, 2011).

Παρατηρείται αύξηση της δαπάνης υγείας των νοικοκυριών και ταχεία ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα, που φαίνεται να συνδέονται με την υποχρηματοδότηση και την υπολλειματικότητα του δημόσιου συστήματος υγείας. Δυσλειτουργίες παρουσιάζονται ως ύπαρξη μεγάλου ποσοστού άτυπων πληρωμών εντός των δημόσιων νοσοκομείων, στην ελλιπή στελέχωση των δημόσιων πρωτοβάθμιων δομών φροντίδας υγείας στην περιφέρεια, στο έλλειμμα δημόσιας οδοντιατρικής φροντίδας, στην ανισοκατανομή ιατρικών ειδικοτήτων, στην γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών, στην άνιση πρόσβαση οικονομικών στρωμάτων κ.α.

Απαιτείται, λοιπόν, ισχυρή πολιτική βούληση και συναίνεση, επαγγελματισμός στην αντιμετώπιση των προβλημάτων και εκμετάλλευση των εξειδικευμένων γνώσεων και επακριβών στοιχείων. Έχει προταθεί για τον έλεγχο των δαπανών η δημιουργία θέσης Ειδικού Γραμματέα Οικονομικού Σχεδιασμού και Ελέγχου στο Υπουργείο Υγείας, με αρμοδιότητα τον προϋπολογισμό, τον μεσοπρόθεσμο οικονομικό σχεδιασμό και τις προμήθειες, με απώτερο στόχο την οικονομική βιωσιμότητα του ΕΣΥ και την ένταξή του στο συνολικότερο οικονομικό και δημοσιονομικό σχεδιασμό μιας υγιούς οικονομίας(Καράμπελας, και Καύκας, 2011).

2.8 Η κατάσταση της υγείας στην Ελλάδα και στην Ευρώπη

Σύμφωνα με τον OECD(2012) η οικονομική κρίση, αυξάνει τους δείκτες της φτώχειας στην Ελλάδα, αλλά και στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Συγχρόνως

δεδομένου ότι οι δημόσιοι προϋπολογισμοί βρίσκονται σε συνεχή πίεση δεν υπάρχουν οι πόροι να στηριχτεί το σύστημα υγείας των χωρών, άρα και να υποθαλφτούν αξιοπρεπώς όλοι αυτοί οι πολίτες οι οποίοι δεν έχουν ασφάλιση(Πατελάρου,2011).

Ουσιαστικά η κρίση από τη μια αύξησε την ανάγκη για πρόσβαση στη δημόσια υγεία και από την άλλη μείωσε τη δυναμική των εθνικών συστημάτων υγείας, τα οποία δεν μπορούν να εξυπηρετήσουν τις αυξημένες ανάγκες των πολιτών. Συγχρόνως σύμφωνα με τη Πατελάρου κ.α(2011) η ιδιωτική ασφάλιση είναι πολυτέλεια, μια πολυτέλεια την οποία δεν μπορεί να έχει το μεγαλύτερο μέρος των Ευρωπαίων πολιτών, ειδικά μάλιστα στην Ελλάδα όπως αναφέρει η συγγραφέας η ιδιωτική ασφάλιση σ' επίπεδο υγείας αποτελεί προνόμιο των λίγων(Μπουρας και Λύκουρας,2011).

Η Ελλάδα το διάστημα 2000-2009 είχε αυξημένες δαπάνες για την υγεία, συγκεκριμένα ξοδευόταν το 6,1% του ετήσιου προϋπολογισμού, για ενίσχυση των νοσοκομείων αλλά και ευρύτερα των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης. Από τη στιγμή που ξέσπασε η κρίση και ειδικά από το 2010 όπου έγινε πολύ πιο έντονη και διακριτή για το σύνολο του ελληνικού πληθυσμού, οι δαπάνες για την υγεία προκειμένου να μειωθούν τα κόστη και τα δημόσια ελλείμματα, μειώθηκαν σε μεγάλο βαθμό (Πατελάρου κ.α,2011).

Ένα στοιχείο που δείχνει τις αυξημένες δαπάνες που είχε η Ελλάδα για την υγεία μέχρι το 2010, είναι από τη μια ο μεγάλος αριθμός γιατρών ανά 1000 κατοίκους περίπου 6,1 γιατροί, αλλά και ο αριθμός των νοσηλευτών όπου ήταν 3,3 ανά 1000 κατοίκους. Στα χρόνια της κρίσης οι δαπάνες έχουν μειωθεί, ενώ έχουν αυξηθεί οι ανάγκες των πολιτών για υπηρεσίες υγείας, πράγμα που είχε ως αποτέλεσμα την επιβάρυνση του Εθνικού υγειονομικού συστήματος της χώρας(ΙΟΒΕ,2013).

Σημαντικό είναι να αναφερθεί μέσα από τις απόψεις των θεωρητικών της υγείας (Bloom and Canning, 2003; Bloom, Canning and Sevilla, 2004; Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2011) ότι η υποβάθμιση του συγκεκριμένου συστήματος, πράγμα που έχει γίνει ήδη στην Ελλάδα, μειώνει τη παραγωγική δεινότητα των εργαζομένων και επιδρά στη παραγωγική ανάπτυξη της χώρας θέτοντας σε κίνδυνο την ευρύτερη βιωσιμότητα της. Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας η επένδυση στην υγεία όταν

γίνετε σωστά, μπορεί να επιφέρει ευρύτερη οικονομική ανάπτυξη σε ένα κράτος(Μπουρας και Λύκουρας,2011).

Η Ευρωπαϊκή Ένωση δίνει μεγάλη βαρύτητα στο συγκεκριμένο κλάδο και τον θέτει ως σημαίνον παράγοντα στη στρατηγική της για το μέλλον, ειδικά στην ανακοίνωση της 29^{ης} Ιουνίου του 2011 «*Προϋπολογισμός για την Ευρώπη*», ανέφερε ότι: «*Η προώθηση της καλής υγείας αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα των στόχων της στρατηγικής "Ευρώπη 2020" για μια έξυπνη, και χωρίς αποκλεισμούς ανάπτυξη*»(Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2011).

Όλα τα παραπάνω δηλώνουν εμπράκτως, ότι λόγω της κρίσης η υγεία έχει υποβαθμιστεί, αυτό έχει αντίκτυπο στην υγεία των πολιτών, μια και λόγω της οικονομικής ύφεσης, παρουσιάζονται πολλά κρούσματα ψυχικών, σωματικών διαταραχών κ.λ.π. Η αυξημένη ζήτηση για τις υπηρεσίες υγείας, σε συνδυασμό με τη μείωση των δαπανών σε Ευρώπη και Ελλάδα, δικαιολογεί σε μεγάλο βαθμό το αδιέξοδο και τους εσωτερικούς κλειδονισμούς που βιώνουν σήμερα όλες οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης(Καράμπελας, και Καύκας, 2011).

Τα Κράτη Μέλη, στην προσπάθεια τους να ενισχύσουν τους βασικούς οικονομικούς κοινωνικούς και υγειονομικούς παράγοντες, εισήγαγαν μεταρρυθμίσεις εστιάζοντας σε τρεις τομείς πολιτικής(Marmot et al,2012): α) τη χρηματοδότηση του συστήματος, β) το βαθμό, τον τύπο και το εύρος της υγειονομικής κάλυψης και γ) το σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας.

Τα μέτρα που πάρθηκαν από τις χώρες της Ε.Ε εστίασαν στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, στην αναδιάρθρωση του νοσοκομειακού δικτύου, στην καλύτερη παρακολούθηση των δαπανών, στη βελτίωση του συστήματος τιμολόγησης, στη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης και στην ορθότερη χρήση των φαρμάκων, στην εφαρμογή διαλειτουργικών λύσεων και υπηρεσιών ηλεκτρονικής υγείας(Marmot et al,2012).

Οι μεταρρυθμίσεις σε κρίσιμους τομείς για την κοινωνία όπως είναι η υγεία, έχουν ανάγκη τη συνολική πολιτική αποδοχή, αλλά και τη πολιτική συνέχεια. Η διαδικασία αυτή επιφέρει το μικρότερο κοινωνικό και πολιτικό κόστος, ενώ βοηθά στην επίτευξη των στόχων των μεταρρυθμίσεων (Charalambous and Socratous and Charitou,2011).

Η πολιτική υγείας θα πρέπει να είναι ευδιάκριτη από όλους, να είναι

κοινωνικά αποδεκτή και να μπορεί να είναι οικονομικά ανεξάρτητη και οικονομικά βιώσιμη. Προκειμένου να γίνει κάτι τέτοιο θα πρέπει να ισχύουν κατά την ανάπτυξη μιας νέας πολιτικής στην υγεία τα ακόλουθα στάδια (Πετράκης,2011): α) Διερεύνηση των επιλογών πολιτικής, β) Εκτίμηση αποτελεσματικότητας συγκεκριμένης πολιτικής, γ) Έγκριση και αποδοχή της πολιτικής, δ) Εφαρμογή της πολιτικής, ε)Αξιολόγηση της πολιτικής.

Η κατάσταση αυτή οδήγησε και την Ελλάδα τον Ιανουάριο του 2014 στη δημιουργία του ΠΕΔΥ, το οποίο αποτελεί ένα ανανεωμένο φορέα υγείας, όπου η κυβέρνηση ευελπιστεί να αποτελέσει τη λύση στη σημερινή αρνητική κατάσταση που βιώνει το υγειονομικό περιβάλλον της χώρας(Καράμπελας, και Καύκας, 2011).

2.8.1 Περιγραφή της λειτουργίας του ΠΕΔΥ

Οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν στην Ελλάδα εστίασαν στην αναδιοργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μέσα από την ίδρυση του εθνικού δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΕΔΥ). Συγχρόνως πάρθηκαν μέτρα που είχαν ως στόχο την αντιστάθμιση των προβλημάτων πρόσβασης των ανασφάλιστων πολιτών, όπως με την εισαγωγή του «voucher υγείας» και την καθολική πρόσβαση στο ΠΕΔΥ ανεξάρτητα από την ασφαλιστική κατάσταση του καθενός (Lentza, et al,2014).

Σύμφωνα με τις πρόσφατες μεταρρυθμίσεις στην υγεία ο νέος ΕΟΠΥΥ θα λέγεται ΠΕΔΥ, δηλαδή Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας. Σε αντίθεση με τα νοσοκομεία που θα αποτελούν το δευτεροβάθμιο δίκτυο (ΔΕΠΥ). Ο ΕΟΠΥΥ λειτουργεί πια ως αγοραστής υπηρεσιών υγείας και όχι ως πάροχος. Ουσιαστικά θα είναι ένα ασφαλιστικό όργανο. Το προσωπικό κατέστη σε διαθεσιμότητα και θα ανήκουν στην ΔΥΠΕ. Όσοι από τους γιατρούς επιλέξουν να δουλεύουν σε πλήρη απασχόληση οφείλουν να κλείσουν τα ιατρεία τους. Πέρα από τα παραπάνω επιπρόσθετα βασικά σημεία του ΠΕΔΥ είναι τα ακόλουθα(Υπουργείο Υγείας,2014):

1. Να επικεντρωθεί ο ΕΟΠΥΥ για να γίνει πιο αποτελεσματικός και λιγότερο γραφειοκρατικός στο ρόλο του ως αγοραστή υπηρεσιών υγείας σε συνδυασμό με τη κατάργηση του ρόλου του ως αγοραστής.
2. Ανάπτυξη ενός συστήματος υγείας στην Ελλάδα, το οποίο προέρχεται από τις υπηρεσίες του ΕΟΠΥΥ και του ΕΣΥ. Στόχος η ορθολογική διαχείριση των δομών, του ανθρώπινου δυναμικού, των γιατρών, των νοσηλευτών και των λοιπών

επαγγελματιών υγείας.

3. Οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ του ΕΟΠΥΥ εντάσσονται στην δομή και λειτουργία του ΔΥ.Πε. Εξαιρούνται τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ τα οποία παραμένουν στον οργανισμό.

4. Σε σχέση με την άσκηση του επαγγέλματος του οικογενειακού γιατρού, οι μόνοι που μπορούν να το ασκήσουν είναι οι γιατροί ειδικότητας Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας και Παιδιατρικής.

5. Το σύνολο του προσωπικού που συγχρόνως ασκεί ένα άλλο επάγγελμα είναι υποχρεωμένο να προχωρήσει σε διακοπή δραστηριοτήτων.

6. Το ωράριο λειτουργίας των πολυϊατρείων είναι από τις 7 το πρωί έως της 7 το απόγευμα. Οι δομές υγείας λειτουργούν με βάρδιες από τις 8 το πρωί μέχρι της 4 το απόγευμα και από τις 11 το πρωί μέχρι και τις 7 το απόγευμα. Το ωράριο του ιατρικού προσωπικού αυξάνεται με αποτέλεσμα να εξυπηρετούνται καθημερινά περίπου 30 ραντεβού, πράγμα που θεωρητικά θα μειώσει στο μέλλον τις αναμονές και τις μεγάλες ουρές.

7. Οι πολίτες δεν κλείνουν πια ραντεβού, απευθύνονται στις δομές υγείας του ΠΕΔΥ κατά τις ώρες και ημέρες λειτουργίας, περιμένοντας στην αναμονή. Σε κάθε μονάδα ο ιατρός υποδοχής θα ελέγχει τα περιστατικά και θα παραπέμπει άμεσα τα έκτακτα σε ειδικευμένο γιατρό. Με την τελική ολοκλήρωση της τηλεφωνικής υπηρεσίας οι γιατροί θα δέχονται και πάλι τα περιστατικά μετά από ραντεβού εκτός από τα επείγοντα περιστατικά, που θα έχουν προτεραιότητα.

8. Η συνταγογράφηση για να αποφορτιστεί το σύστημα θα παραπέμπετε στους οικογενειακούς γιατρούς, πράγμα που θα βοηθήσει στην άμεση εξυπηρέτηση των ασθενών. Σε σχέση με τη συνταγογράφηση στόχος είναι οι διαδικασίες να χαρακτηρίζονται από διαφάνεια, ταχύτητα ενώ είναι αναγκαία και η μείωση του κόστους των φαρμάκων.

2.9 Οι αλλαγές στον ΕΟΠΥΥ και οι οικονομικές επιπτώσεις στο σύστημα υγείας

Σύμφωνα με την Μπουλούτζα(2014) το ΠΕΔΥ και το ΔΥΠΕ που ουσιαστικά είναι τα νέα συστήματα υγείας στην Ελλάδα, αποτελούν μια ξεκάθαρη πρόταση για την

αναδιάρθρωση της υγείας στην Ελλάδα, όμως λόγω έλλειψης καλού προγραμματισμού, αλλά και βεβιασμένων κινήσεων υστερεί σε πολλούς τομείς, επιδρώντας αρνητικά στα οικονομικά της υγείας, όντας άδικο σε σχέση με το περιεχόμενο και τη λειτουργία του (Μπουλούτζα, 2014).

Στη παρούσα ενότητα θα γίνει μια προσπάθεια να μελετηθούν πως οι αρχές που διέπουν το ΠΕΔΥ, οι οποίες αναλύθηκαν εκτενώς στη προηγούμενη ενότητα επηρεάζουν την υγεία σε σχέση με τη λειτουργία της, αλλά και σε σχέση με την οικονομική της υπόσταση. Αρχικά το μέτρο το οποίο οδήγησε πανελλαδικά στο κλείσιμο των πολυιατρείων του ΕΟΠΥΥ, τα οποία στη συνέχεια επαναλειτούργησαν, επιβάρυνε οικονομικά αλλά και σε άποψη επισκεψιμότητας και παροχής υπηρεσιών για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα τη λειτουργία των νοσοκομείων. Επιβαρύνοντας αυτά σε επίπεδο κόστους αλλά και σε επίπεδο λειτουργίας και κάλυψης των αναγκών των πολιτών (Μπουλούτζα, 2014).

Οι ρυθμίσεις του ΠΕΔΥ σε σχέση με τα νοσοκομεία, επιβάρυναν τους γιατρούς σε επίπεδο εξυπηρέτησης, ενώ δημιουργεί και ένα ασαφές πλαίσιο εξυπηρέτησης, το οποίο έχει και αυξημένο κόστος για τους πολίτες, μια και μην μπορώντας αρχικά να βρουν ιατρική φροντίδα στα πολυιατρεία, συνωστίζονταν όλοι στις ουρές των νοσοκομείων έχοντας κατά νου ότι είναι πιθανό να πληρώσουν και ένα μικρό αντίτιμο, που για κάποιους όμως που μέσα στη κρίση αντιμετωπίζουν μεγάλα οικονομικά προβλήματα, είναι δύσκολο να το καλύψουν (Reuters, 2014).

Το προαναφερόμενο αντίτιμο το πρώτο καιρό δεν καταβλήθηκε, αλλά υπάρχει μια γενικότερη ασάφεια για το μέλλον. Το βασικό πρόβλημα είναι ότι στη παρούσα φάση έχουν μειωθεί οι πόροι για τα δημόσια νοσοκομεία, ότι ουσιαστικά υπάρχει μια μετάβαση στο άλλο άκρο, από υπεραπασχόληση στην υποαπασχόληση, πράγμα που ενέχει το κίνδυνο οι πρωτοβάθμιες δομές να καταρρεύσουν. Το βασικό οικονομικό κόστος το οποίο και μετακυλιέται στον ασφαλισμένο είναι το κόστος επίσκεψης σε ιδιωτικό γιατρό, μια και με την απόλυση των εξωτερικών ιατρών και με την αποδυνάμωση του συστήματος υγείας, οι πολίτες πρέπει ειδικά αυτοί που θέλουν συνεχή παρακολούθηση, να επισκέπτονται ιδιωτικούς ιατρούς για να τους παρακολουθούν, πράγμα που τους δημιουργεί ένα επιπρόσθετο έξοδο. Συγχρόνως και για τους γιατρούς υπάρχει αυξημένο κόστος μια και δεν μπορούν πια να δουλεύουν και στο δημόσιο και να έχουν ιατρείο, πράγμα που μειώνει σε μεγάλο βαθμό τα έσοδα τους (ΗΜΕΡΑ, 2014).

Η κατάσταση αυτή αυξάνει από τη μια το κόστος για τον ασθενή που πρέπει μόνο για τη συνταγογραφησή του να πληρώσει το μήνα 3 ή 4 διαφορετικούς γιατρούς, ενώ από την άλλη δημιουργείτε ένα κενό στις δημόσιες μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, το οποίο πιθανόν να καλυφτεί από νέους και λιγότερο έμπειρους γιατρούς, που μέχρι να αποκτήσουν την απαραίτητη εμπειρία δεν θα είναι τόσο παραγωγικοί, ενώ θα κοστίζουν και στο σύστημα σ' επίπεδο εκπαίδευσης(HΜΕΡΑ,2014).

Ένα άλλο σημαντικό κόστος για τον ασθενή και ευρύτερα για το Εθνικό σύστημα υγείας, είναι το πλαφόν συνταγογράφησης. Συγκεκριμένα Το πλαφόν συνταγογράφησης που επιβλήθηκε στους γιατρούς, έβαλε μηνιαίο χρηματικό όριο στο πόσες συνταγές θα εκδίδουν και εάν το υπερβούν κλειδώνει αυτόματα γι' αυτούς το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Το πλαφόν που υπάρχει μια γενικότερη συζήτηση βελτίωσης του ή κατάργησής του, αυξάνει σε μεγάλο βαθμό το κόστος της υγείας για τους ασθενείς αλλά και για όλους τους εμπλεκόμενους(BHMA,2014).

Σύμφωνα με τον Καθηγητή της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών Κωνσταντίνο Ουλή το πλαφόν είναι ανεπίτρεπτο και επιφέρει αυξημένο κόστος για τον ασθενή, σε μια περίοδο που λόγω της κρίσης, οι πολίτες αντιμετωπίζουν μεγάλα οικονομικά προβλήματα. Σύμφωνα με τον ίδιο, «Δεν είναι δυνατό ο γιατρός να έχει πλαφόν μια και το ύψος της συνταγογράφησης εξαρτάται από τα περιστατικά ανά μήνα και αυτός ο αριθμός δεν είναι σταθερός. Συγχρόνως η νέα τάξη αυτά πραγμάτων θα αναγκάσει τους ασθενείς να περιφέρονται από ιατρείο σε ιατρείο για να βρουν γιατρό που να έχει πλαφόν» (BHMA,2014).

Στη περίπτωση που ένας γιατρός γράψει φάρμακα για ένα καρκινοπαθή στις αρχές του μήνα, δεν θα έχει περιθώριο να συνταγογραφήσει άλλο ασθενή όλο το χρόνο, λόγω του κόστους των φαρμάκων των καρκινοπαθών. Το μέτρο αυτό έγινε για να περιορίσει την αλόγιστη συνταγογράφηση και τη διαφθορά αλλά ουσιαστικά οδήγησε την υγεία στο άλλο άκρο, όπου ο ασθενής δεν θα μπορεί να αγοράζει φάρμακα μια και το κόστος θα είναι υπέρογκο γιαυτόν. Τέλος στην επαρχία που οι γιατροί είναι ελάχιστοι, θα δημιουργηθεί για τους ασθενείς ένα νέο κόστος μετακίνησης προς τις μεγάλες πόλεις για την εύρεση ιατρού.

Ένα επιπρόσθετο κόστος στην υγεία είναι αυτό που εφαρμόστηκε στην αγορά φαρμάκων από τα φαρμακεία. Στη περίπτωση που ο ασθενής αποφασίσει να μη συνταγογραφήσει το φάρμακο και πάει να το αγοράσει από το φαρμακείο, τότε επωμίζεται

μια συμμετοχή της τάξεως του 33%, η οποία επηρεάζει τη λιανική τιμή των φαρμάκων που τα τελευταία χρόνια μειώθηκε αρκετά (Μαλατάρης,2014).

Αποτέλεσμα των νέων μέτρων που συνδυάστηκαν με το ΠΕΔΥ, είναι ο ασθενής να αγοράζει ακριβότερο το φάρμακο, να μειώνετε η ισχύς του γιατρούς, να αυξάνονται οι ουρές στα νοσοκομεία και γενικά όλες οι ρυθμίσεις δεδομένων και των αλλαγών που έχουν γίνει, να αυξάνουν το κόστος υπηρεσιών υγείας. Τέλος οι αυξημένες απολύσεις αλλά και η κατάργηση του δικαιώματος για το γιατρό να δουλεύει στο δημόσιο και να έχει ιατρείο, μειώνει τις αμοιβές του γιατρού και απαξιώνει σε ένα βαθμό το επάγγελμα.

Τέλος σε συνδυασμό με την αδυναμία των ταμείων να λειτουργήσουν λόγω οικονομικών προβλημάτων παύει να εξασφαλίζεται η δωρεάν περίθαλψη. Δημιουργείται υγεία δύο ταχυτήτων, όσοι έχουν την οικονομική δυνατότητα θα λαμβάνουν υγειονομική φροντίδα ενώ οι οικονομικά ασθενείς θα πάνε να έχουν περίθαλψη από το κράτος, θα αντιμετωπίζονται ως πολίτες δεύτερης κατηγορίας(BHMA,2014).

Βιβλιογραφία

- AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION (2008), The Economic Crisis: Impact on Hospitals. *Rapid Response Survey*. Trendwatch.
- APPBLEY, J. (2008), The credit crisis and health care. *Br Med J*, 337: a 2259, Διαθέσιμο : <http://www.bmj.com/content/337/bmj.a2259.full>
- ARAYA R, LEWIS G, ROJAS G et al. (2003), Education and income: which is more important for mental health? *J Epidem Comm Health*, 57:501-505
- BJOMBERG, A. (2016) *Outcomes in EHCI 2015*. [Online] Available from: http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2015/EHCI_2015_report.pdf[20 September 2016]
- BLOOM, D. E., CANNING, D., (2003) Health as a Human Capital and its impact on economic performance, *Geneva Papers on Rickand Insurance*, Vol.28, pp.304-315
- BLOOM, D. E., CANNING, D., and SEVILLA J., (2004) The Effect of Health on Economic Growth: A production Function Approach, *World Development* Vol. 32, No.1, pp. 1-13
- BRADY, D., (2003) "Rethinking the Sociological Measurement of Poverty" *Social Forces* 81#3 2003, pp. 715–751
- BUTTERWORTH, P. RODHERS, B. WINDSOR, T. D., (2009), Financial hardship,socio- economic position and depression.results from the PA TH Through the Life survey. *Soc Sci Med*, 69:229-237
- CHARALAMPOUS, A. SOCRATOUS, S. & CHARITOU, A. (2011) «Globalization, “Health and Health Policy», *Nosileftiki*, 50(1).
- DOOLEY, D. FIELDING, J. LEVI, L. (1996) Health and unemployment. *Annu Rev Public Health*. 17:449-65.
- ECONOMOU, C. (2010) *Greece. Health system review, in Health System in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies*
- ERMAN, J. (2009), *Economic Crisis: Impact to Hospitals, All Nursing-Sense and More*, <http://aNnursingsense.blogspotcom/2009/12/economic-crisis-impact-to-hospitals.html>
- EUROPEAN COMMISSION. (2003) *The Social Situation in the European Union*.

- Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities;
- EVERSON, S. A. et al. (2002), Epidemiologic Evidence for the Relation between Socioeconomic Status and Depression, Obesity, and Diabetes. *J of Psychos Res*, 53:891-895
- FELDSTEIN, P. J. (1988) *Health Care Economics* (3rd ed) New York, John, Wiley and Sons
- GARDNER, J. OSWALD, A. (2004), How is Mortality Affected by Money, Marriage and Stress? *J Health Econ*, 23:1181-1207
- GERDTHAM, U. JOHANNESSON, M. (2005), Business cycles and mortality: Results from Swedish microdata. *Soc Scien Med*, 60:205-218
- GERDTHAM, U. RUHM, C. J. (2006), Deaths rise in good economic times: evidence from the OECD. *Econ Human Biol*, 4:298-31611
- GRANADOS TAPIA, J. A. (2005), Recessions and mortality in Spain, 1980,1997. *Europ J Popul*, 21:393-422
- HEALTH INEQUALITIES. (2005) *UK Public Health Association*. [online] 29-9-2016: available at: www.ukpha.org.uk
- IATRONET. (2016) Νέα Εξαγγελία για τη δημιουργία ιατρείων γειτονίας-50 νέες μονάδες για τη διατροφή 2016-2017. [Online] Ανάκτηση από: <http://www.iatronet.gr/eidiseis-nea/perithalpsi-asfalisi/news/33991/nea-exaggelia-gia-ti-dimioyrgia-iatreiwn-geitonias-50-nees-monades-ti-dietia-2016-2017.html> [Πρόσβαση 5 Οκτωβρίου 2016]
- INDEPENDENT INQUIRY INTO INEQUALITIES IN HEALTH REPORT. (1999) *The Stationery Office*, London.
- INTERNATIONAL MONETARY FUND. (2009) *Global Economic Slump Challenges policies*. Available at: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2009/update/01/pdf/0109.pdf>
- JENKINS, R. BHUGRA, D. BEBBINGTON, P. et al. (2008), Debt, income and mental disorder in the general population. *Psycholog Med*, 38:1485-1493
- KARAISSKOU, A., MALLIAROU, M., & SARAFIS, P. (2012). Economic crisis: impact on the health of citizens and consequences on health systems. *Interscientific Health Care*, 4(2).
- KOUSOULIS, A. (2006). “Does unemployment affect health?”, academic research, Athens.

- KRUGMAN, P. (2010) *Η κρίση του 2008 και η επιστροφή των οικονομικών της*
- LENTZA, V., MONTGOMERY, A. J., GEORGANTA, K., & PANAGOPOULOU, E. (2014). Constructing the health care system in Greece: responsibility and powerlessness. *British journal of health psychology*, 19(1), 219-230.
- MACKKENBACH, J. P. (2005) *Health Inequalities: Europe in profile*. Expert report, UK Presidency of the EU
- MARMOT, M., ALLEN, J., BELL, R., BLOOMER, E., & GOLDBLATT, P. (2012) “WHO European review of social determinants of health and the health divide”, *The Lancet*, 380(9846), 1011-1029.
- MOSER, K., et al. (1990), *Unemployment and mortality*. In: Goldblatt P (ed) Longitudinal study: mortality and social organisation. England and Wales, 1971-1981. London, Stationery Office, 1990:81-108
- MOSSIALOS, E., DIXON, A., FIGUERAS, J., KUTZIN, J. (2002) *Funding health care: options for Europe*. Open University Press, Philadelphia.
- MOSSIALOS, E., LE GRANT, J., (1999) *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot, Ashgate.
- MUSGROVE, P., (1987) The economic crisis and its impact on health and health care in Latin America and the Caribbean. *International Journal of Health Services*; 17: 411–41.
- NIAKAS, D., (2013) "Greek economic crisis and health care reforms: correcting the wrong prescription", *International Journal of Health Services*, vol 43, No 4, p.597 – 602
- PAUL, K., MOSER, K., (2009), Unemployment impairs mental health: metaanalyses. *J Vocat Behav*, 74:264-282
- POLYZOS, N., KARANIKAS, H., THIREOS, E., KASTANIOTI, C., KONTODIMOPOULOS, N., (2013) Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: Implementation of a DRG system. *Health Policy*
- REUTERS. (2014) *Πρεμιέρα για το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας*, Ανάκτησης τις 30-9-2016 από <http://news.in.gr/greece/article/?aid=1231304825>
- RODGERS, B., (1991). Socio-economic status, employment and neurosis”, *Soc.Psychiatry Psychiatry. Epidemiology*. 26, 104-114.

- RUHM, C., (2000) Are recessions good for your health? *Q J Econ*; 115(2):617- 50.
- RUHM, C., (2006) *Macroeconomic conditions, health and mortality*. In: Jones A, editor. *Elgar Companion to Health Economics*. Edward Elgar Publishing Ltd, Cheltenham, UK.
- RUHM, C., (2008) *Macroeconomic conditions, health and government policy*. In: Schoeni R, House JS, Kaplan GA, Pollack H. *Making Americans healthier: Social and economic policy as health policy*. Russell Sage, New York.
- SCHMID A, GÖTZE R. (2009) Cross-national policy learning in health system reform: The case of diagnosis related groups. *Int Soc Secur Rev*, 62:21–40
- SCUTELLA, R., WOODEN, M., (2008), The effects of hardship and joblessness on mental health. *Soc Sci Med*.
- SELLS, C. W., BLUM, R. W. (1996) Morbidity and mortality among US adolescents: an overview of data and trend. *American Journal of Public Health*; 86(4): 513-519.
- SINGH, G. K, YU, S. M. (1993) US childhood mortality, 1950 through 1993: trends and socioeconomic differentials. *American Journal of Public Health*, 86(4): 505-512.
- SVENSSON, M., (2007), Do not go breaking your heart: do economic upturns really increase heart attack mortality? *Soc Scien Med*, 651:833-841
- UNGVARY, G., et al. (1995), Health Risk of Unemployment. *Centr Eur J Occupat Environ Med*, 5:91-112
- VRACHATIS, D. A., & PAPADOPOULOS, A. (2012). “Primary Health Care in Greece: Current Data and Perspectives”, *Nosileftiki*, 51(1)
- WAGSTAFF, A. (2002) Poverty and health sector inequalities. *Bulletin of the World Health Organization*; 80: 97-105.
- WHO (2005) "*Distribution of health payments and catastrophic expenditures. Methodology*", Discussion Paper No 2, Dept. Health System Financing and Cluster "Evidence and information for policy", Geneva.
- WHO (2009) *The financial crisis and global health*. Geneva: Πρόσβαση στις 29-9-2016: διαθέσιμο:
http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009_financial_crisis_report_en_.pdf

- WHO (2009-b), *The financial crisis and global health: report of a high- level consultation*. World Health Organization, Geneva.
- WHO (2014) "*Making fair choices on the path to universal health coverage. Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage, Geneva.*
- WHO. (2014) *The financial crisis and global health*. Geneva.: Πρόσβαση στις 29-9-2016: διαθέσιμο: http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009_financial_crisis_report_en_.pdf
- WISLOW, C.-E. A. (1923). *The evolution and significance of the modern public health campaign*. New Haven, CT: Yale University Press.
- ΑΝΔΡΙΩΤΗ, Δ. (1988) *Τα επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα*, Εκδόσεις Εξάντας. Πολιτικές Υγείας. Αθήνα.
- ΑΝΤΩΝΟΠΟΥΛΟΥ, Λ. (2008) "Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα. Συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία", *Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη*, 3(2) : 109-120
- ΒΕΝΕΤΣΑΝΟΣ Κ. Η., (2009), *Η οικονομική κρίση στην Ευρωζώνη*, ανακτημένο από: www.ebdomi.com/images/pdfgallery/2011/679-16.04.2011.pdf [πρόσβαση στις 15-9-2016
- ΒΗΜΑ. (2014) *Οδηγός Υγεία: «Πόλεμος» για το πλαφόν στα φάρμακα*, Ανάκτηση στις 30-9-2016 από <http://www.tovima.gr/health-fitness/article/?aid=638157>
- ΓΕΙΤΟΝΑ, Μ., ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ., (2000). *Η Ισότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, στο Δόλγερας Α.,Κυριόπουλος Γ., (επιμ.), *Ισότητα Αποτελεσματικότητα και Αποδοτικότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, Θεμέλιο, Αθήνα.
- ΓΙΑΝΝΑΣΜΙΔΗ, Α., και ΤΣΙΑΟΥΣΗ, Μ. (2012) Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980–2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(1), σελ.106-115
- ΕΥΜΟΡΦΙΔΟΥ, Π., (2009), Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα .Κριτική της εξέλιξης της και οι προκλήσεις του μέλλοντος, *Διοικητική ενημέρωση*, 50, 76-87
- ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ, (2011), *Θέσπιση του προγράμματος "Υγεία για την*

- Ανάπτυξη", του τρίτου πολυετούς προγράμματος δράσης της ΕΕ στον τομέα της υγείας για την περίοδο 2014-2020, Ανάκτηση στις 30-9-2016 από http://ec.europa.eu/health/programme/docs/prop_prog2014_el.pdf*
- ΗΜΕΡΑ. (2014) *Καλούνται να διαλέξουν στρατόπεδο οι πρώην γιατροί του ΕΟΠΥΥ*, Ανάκτηση στις 25-9-2016 από <http://imerazante.gr/2014/10/30/90896>
- ΙΟΒΕ, (2013), *Η Ελληνική οικονομία 1/13*, Τριμηνιαία Έκδοση Αρ. Τεύχους 71
- ΚΑΛΥΒΙΤΗΣ, Σ., ΚΑΛΑΪΤΖΙΔΑΚΗΣ, Π., (2008), *Οικονομική Μεγέθυνση - Θεωρία και Πολιτική*, Εκδόσεις «Κριτική ΑΕ»
- ΚΑΝΕΛΛΟΠΟΥΛΟΣ, Κ. Ν., ΓΡΕΓΟΥ, Μ., ΠΕΤΡΑΛΙΑΣ, Α., (2006), *Παράνομοι Μετανάστες στην Ελλάδα Αθήνα*, ΚΕΠΕ
- ΚΑΡΑΪΣΚΟΥ, Α., ΜΑΛΛΙΑΡΟΥ, Μ., ΣΑΡΑΦΗΣ, Π., (2012), Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα Συστήματα Υγείας, *Διεπιστημονική φροντίδα Υγείας*, Τόμος 4, Τεύχος 2, 49-54
- ΚΑΡΑΜΠΕΛΑΣ, Δ., & ΚΑΥΚΑΣ, Α. (2011) «Επίπτωση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία στην Ελλάδα», *Ψυχιατρική*, 22, 109-119.
- ΚΑΨΑΛΗΣ, Α., (2009), Οικονομική Κρίση και Μεταναστευτικές Πολιτικές, *Τετράδια του ΙΝΕ*, Τεύχος 31 σελ. 26-42, ΙΝΕ/ ΓΣΕΕ – ΑΔΕΔΥ
- ΚΟΥΡΕΑ-ΚΡΕΜΑΣΤΙΝΟΥ Τ., (2007), *Δημόσια Υγεία, Θεωρία-Πράξη-Πολιτικές*, Τεχνόγραμμα
- ΚΟΥΤΣΗ, Ε., (2008), *Οι Ψυχολογικές Συνέπειες της Ανεργίας στους Νέους*, Κέντρο Ψυχικής Υγείας Κέρκυρας - Ι.Κ.Π.
- ΚΡΟΥΓΚΜΑΝ, (2008), Η οικονομική κρίση, Το Βήμα, ανακτημένο από: www.tovima.gr/politics/article/?aid [πρόσβαση στις 15-9-2016]
- ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Ι., ΤΣΙΑΝΤΟΥ, Β. (2009), Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(5):834-840
- ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ, Λ., (2007), *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*, ΒΗΓΑ
- ΜΑΛΑΤΑΡΑΣ, Κ. (2014) *Οι περικοπές δαπανών να συνδυαστούν με βελτιστοποίηση των υπηρεσιών*, Ανάκτησης στις 30-9-2016 από <http://www.tovima.gr/health-fitness/article/?aid=638148>
- ΜΑΛΛΙΑΡΗΣ, Π. (1990), *Εισαγωγή στο Μάρκετιγκ*, εκδόσεις Σταμούλης
- ΜΠΟΥΛΟΥΤΖΑ, Π. (2014) *Νέο Εθνικό Σύστημα Υγείας εντός δυο μηνών*,

Ανάκτηση στις 30-9-2016 από
<http://www.kathimerini.gr/753727/article/epikairothta/ellada/neo-e8niko-diktyo-ygeias-entos-dyo-mhnwn>

- ΜΠΟΥΡΑΣ, Γ., ΛΥΚΟΥΡΑΣ, Λ., (2011), Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στη ψυχική υγεία, *Εγκέφαλος* 48, 54-61
- ΝΕΚΤΑΡΙΟΣ, Μ. (2010) Στρατηγική εκσυγχρονισμού του τομέα υγείας. Επιθεώρησης Δικαίου Κοινωνικής Ασφαλίσεως, *NB* (12/622):1097–1108
- ΞΑΦΑ, Μ. (2011), *Το μέλλον της Διαχείρισης των αποταμιεύσεων*, στο: Νικόλαος Β. Καραμούζης και Γκίκας Χαρδούβελης, 'Από τη διεθνή κρίση στην κρίση της Ευρωζώνης και της Ελλάδας: Τι μας επιφυλάσσει το μέλλον', Αθήνα, Λιβάνη
- ΠΑΤΕΛΑΡΟΥ, Α., (2011), Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία- Προτάσεις για παρέμβαση, *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης*, Τόμος 4, Τεύχος 3, σελ.53-61
- ΠΑΥΛΟΠΟΥΛΟΣ, Β., ΜΠΕΖΕΒΕΓΚΗΣ, Η. (2011), *Ποιοτικά χαρακτηριστικά τηςπροσαρμογής ενηλίκων μεταναστών: Ο ρόλος των διεργασιώνεπιπολιτισμού στο: Η εργασία ως παράγων ανάπτυξης: Μετανάστευση- Οικονομία- Τεχνολογία*, Επιμέλεια Α. Κόντης, Παπαζήση, Αθήνα
- ΠΕΤΡΑΚΗΣ, Π. Ε, (2011), *Η Ελληνική Οικονομία και η Κρίση: Προκλήσεις και Προοπτικές*
- ΠΟΥΛΥΖΟΣ Ν, ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Ι. (2000) Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. *Αρχ Ελλ Ιατρ*
- ΡΟΥΜΠΙΝΗ, Γ. (2011), *Ελληνική οικονομία και μετανάστευση: Μύθοι και πραγματικότητες*, ΕΛΙΑΜΕΠ
- ΣΑΚΕΛΛΑΡΗΣ, Π. (2008), Η κρίση του παγκόσμιου χρηματοοικονομικού συστήματος: ο αντίκτυπος στη διεθνή και στην ελληνική οικονομία, *Φιλελεύθερη Έμφαση*, Τεύχος 37
- ΤΣΑΚΙΡΗ Τ. (2011). *Η κρίση βλέπει σοβαρά την (ψυχική) υγεία*. Εφημερίδα Το Β <http://www.tovima.gr/science/psychology-sociology/article/?aid=386448>ήμα. [πρόσβαση στις 15-9-2016]
- ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ. Διαθέσιμο στο: <http://www.moh.gov.gr/articles/esynet/311-esy-net-eisagwgh-stoixeiwn->

monadwn-ygeias

ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ. (2006) *Τα οικονομικά της υγείας*. Θεωρία και πολιτική.

Εκδόσεις Τυπωθήτω-Δαρδανός, Αθήνα

ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ, Α, ΤΣΙΤΣΗ, Θ. (2010), Οι επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης στον τομέα της υγείας και η ανάπτυξη ενός υπερεθνικού ρυθμιστικού πλαισίου.

Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27(1):106-112.

ΧΑΡΔΟΥΒΕΛΗΣ, Γ. (2011), *Το χρονικό της διεθνούς και της συνακόλουθης ελληνικής και ευρωπαϊκής κρίσης: Αίτια, αντιδράσεις, επιπτώσεις, προοπτική* στο: Νικόλαος, Καραμούζης και Γκίκας Χαρδούβελης, 'Από τη διεθνή κρίση στην κρίση της Ευρωζώνης και της Ελλάδας: Τι μας επιφυλάσσει το μέλλον', Αθήνα, Λιβάνη