
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»**

**Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ
ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ**

ΑΝΤΡΙΑ ΣΟΜΠΟΛΟΥ

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»**

**Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ
ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ**

ΑΝΤΡΙΑ ΣΟΜΠΟΛΟΥ, Α.Μ.: ΟΔΥ/1447

Επιβλέπων: Θεόδωρος Παπαλίας / Καθηγητής / Α.Ε.Ι. Πειραιά Τ.Τ.

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2017

UNIVERSITY of PIRAEUS



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Economics and Management

**ECONOMIC CRISIS AND ITS AFFECT ON HEALTH
SECTOR**

ANTRIA SOMPOLOU

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Economics and Management

Piraeus, Greece, 2017

Στο Μαρίνο

Ευχαριστίες

Φτάνοντας στο τέλος αυτής της περιπέτειας που λέγεται μεταπτυχιακό, μόνο ωραία, δημιουργικά και εποικοδομητικά πράγματα έχω να θυμάμαι. Θέλω να ευχαριστήσω μέσα από την καρδιά μου τον καθηγητή μου Θεόδωρο Παπαηλία για τη συνεργασία του και τις ευκαιρίες που μου έχει δώσει, όπως και την οικογένειά μου, χωρίς την οποία δεν θα είχα καταφέρει τίποτα. Τέλος, θα ήθελα να αναφέρω και τους φίλους μου, παλιούς και νέους, που είναι πάντα στήριγμα για μένα, όπως και τη Νίκη Δήμου, έναν από τους πιο δυναμικούς ανθρώπους που γνωρίζω και μία γιατρό που μου προσέφερε απλόχερα τη βοήθειά της χωρίς δεύτερη σκέψη.

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ & ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Σημαντικοί Όροι: οικονομική κρίση, νοσηρότητα, καρδιαγγειακά νοσήματα, υγεία

Περίληψη

Η διπλωματική εργασία αυτή έχει τίτλο οικονομική κρίση και υγεία και αποτελείται από πέντε κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο αναλύεται η οικονομική κρίση, οι φάσεις της, τα αίτια της καθώς και οι επιπτώσεις της. Επίσης, αναλύεται η οικονομική κρίση στις Η.Π.Α., στην Ευρώπη αλλά και στην Ελλάδα. Το κεφάλαιο αυτό περιλαμβάνει στατιστικά στοιχεία για το ΑΕΠ, για την ανεργία και για το Ισοζύγιο της Ελλάδας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύεται το σύστημα υγείας στην Ελλάδα. Περιγράφονται τα χαρακτηριστικά του, τα μειονεκτήματά του, τα είδη ασφάλισης της Ελλάδας καθώς και τις νέες μεταρρυθμίσεις της υγείας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης.

Το τρίτο κεφάλαιο περιλαμβάνει τους δείκτες υγείας και την ψυχική υγεία. Επίσης, περιλαμβάνει την επίδραση της οικονομικής κρίσης στην υγεία των πολιτών, στα συστήματα υγείας και στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα. Επιπλέον, περιλαμβάνει τα βασικά προβλήματα υγείας του Ελληνικού πληθυσμού.

Το τέταρτο κεφάλαιο περιλαμβάνει τη νοσηρότητα και τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Περιγράφει το πώς η οικονομική κρίση επηρεάζει τα καρδιαγγειακά νοσήματα καθώς και τη σωματική και ψυχική νοσηρότητα.

Το πέμπτο κεφάλαιο περιλαμβάνει τη μελέτη στην περιοχή του Υμηττού και το κατά πόσο έχει επιδεινωθεί ή όχι η υγεία των δημοτών του, με τη βοήθεια στατιστικών μέσων.

ECONOMIC CRISIS & MORBIDITY

Keywords: Economic crisis, morbidity, cardiovascular disease, health

Abstract

This master thesis is titled economic crisis and morbidity and consists of six chapters. The first chapter analyzes the economic crisis, its phases, its causes as well as its effects. It also analyzes the economic crisis in the United States, Europe and Greece. This chapter includes statistics on GDP, unemployment and the Balance of Payments in Greece.

The second chapter analyzes the health care system in Greece. It describes its characteristics, its disadvantages, the types of insurance and the new health reforms during the economic crisis.

The third chapter includes health indicators and mental health. It also includes the impact of the economic crisis on citizens' health, health systems and health care in Greece. In addition, it includes the basic health problems of the Greek population.

The fourth chapter includes morbidity and cardiovascular disease. It describes how the economic crisis affects cardiovascular disease as well as physical and mental morbidity.

The fifth chapter includes the study in the Hymettus area and how much its citizens' health has worsened or not, by using statistical methods.

Περιεχόμενα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	1
Η ΤΡΕΧΟΥΣΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	1
1.1 Εισαγωγή	1
1.2 Φάσεις της Κρίσης.....	2
1.3 Αίτια της Οικονομικής Κρίσης.....	5
1.4 Επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης	8
1.5 Η οικονομική κρίση στις Η.Π.Α.....	10
1.6 Η οικονομική κρίση στην Ευρώπη	11
1.7 Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα.....	12
1.8 ΑΕΠ, Ανεργία, Ισοζύγιο της Ελλάδας.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	19
ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	19
2.1 Εισαγωγή	19
2.2 Χαρακτηριστικά του ελληνικού συστήματος υγείας.....	20
2.3 Μειονεκτήματα του ελληνικού συστήματος υγείας.....	21
2.4 Τα είδη ασφάλισης της Ελλάδας	22
2.5 Άτυπες πληρωμές στο χώρο της υγείας.....	23
2.6 Οι μεταρρυθμίσεις στην εποχή της οικονομικής κρίσης.....	24
2.7 Η νέα μεταρρύθμιση του ελληνικού συστήματος ασφάλισης.....	27
2.8 Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας	28
2.9 Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	33
Δείκτες υγείας και ψυχική υγεία.....	33
3.1 Ψυχική υγεία	33
3.2 Δείκτες Υγείας.....	35
3.3 Οικονομική κρίση και η επίδρασή της στους δείκτες υγείας των πολιτών.....	42
3.4 Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην υγεία των πολιτών	43
3.5 Οικονομική κρίση και ψυχική νοσηρότητα.....	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	57
Νοσηρότητα -Καρδιαγγειακά νοσήματα	57
4.1 Βασικά προβλήματα υγείας του Ελληνικού πληθυσμού.....	57
4.2 Οικονομική κρίση και σωματική νοσηρότητα	67
4.3 Οικονομική κρίση και καρδιαγγειακά νοσήματα.....	69
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	71

Μελέτη περίπτωσης στην περιοχή του Υμηττού.....	71
5.1 Εισαγωγή	71
5.2 Η περιοχή του Υμηττού.....	72
5.3 Σκοπός και Μεθοδολογία	74
5.4 Δεδομένα της έρευνας	77
5.4.1 Στατιστική ανάλυση δεδομένων	78
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	91
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ	93
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ.....	97
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ.....	100

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1.1: 5ετή CDS, Σεπτέμβριος 2009- Φεβρουάριος 2011.....	14
Πίνακας 3.1: Δείκτες ολικής γονιμότητας.....	36
Πίνακας 3.2: Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση.....	37
Πίνακας 3.3: Προσδόκιμο ζωής ανά φύλο (2011).....	37
Πίνακας 3.4: Βρεφική θνησιμότητα και ακαθάριστος δείκτης θνησιμότητας.....	38
Πίνακας 3.5: Νεογνική θνητότητα.....	39
Πίνακας 3.6: Αδρός δείκτης θνητότητας ανά ΥΠΕ, απογραφή 2006.....	39
Πίνακας 3.7: Δείκτες θνητότητας ανά αιτίες (ηλικίες 30-70/ 100.000 κατοίκους) για την Ελλάδα και την Ε.Ε.....	39
Πίνακας 3.8: Δείκτες νοσηρότητας ανά αιτίες (ηλικίες 30-70/ 100.000 κατοίκους) για την Ελλάδα και την Ε.Ε.....	40
Πίνακας 3.9: Νοσηρότητα λοιμωδών νοσημάτων στην Ελλάδα.....	40
Πίνακας 3.10: Παράγοντες που επιδρούν στην κατάσταση άγχους.....	54
Πίνακας 3.11: Κατανάλωση φαρμάκων για ψυχικές νόσους (καθορισμένη ημερήσια δόση DDD) την περίοδο 2006- 2011.....	54
Πίνακας 4.1: Αριθμός αυτοκτονιών ανά 100.000 στην ομάδα 50-54 χρονών.....	65
Πίνακας 4.2: Δηλωθέντα κρούσματα διαφόρων νοσημάτων στο σύνολο της χώρας.....	68
Πίνακας 5.1: Δεδομένα μικροβιολογικών εξετάσεων προς επεξεργασία.....	77
Πίνακας 5.2: Μέτρα κεντρικής τάσης, διασποράς και ασυμμετρίας των υπό μελέτη μεταβλητών (N=50).....	80
Πίνακας 5.3: Κατηγοριοποίηση των υπό μελέτη μεταβλητών αναλόγως των φυσιολογικών ορίων.....	81

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1.1: Οι φάσεις του Οικονομικού Κύκλου.....	3
Διάγραμμα 1.2: Εξέλιξη του ΑΕΠ και της Ανεργίας στην Ελλάδα, 1995-2012	16
Διάγραμμα 1.3: Ρυθμοί μεταβολής του πραγματικού ΑΕΠ της Ελλάδας, της Ευρωζώνης και των χωρών-μελών οικονομικής προσαρμογής	17
Διάγραμμα 1.2: Ισοζύγιο της Γενικής Κυβέρνησης ως ποσοστό στο ΑΕΠ (2008-2017).....	18
Διάγραμμα 2.1: Σύγκριση δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα-Μ.Ο. Ε.Ε.....	30
Διάγραμμα 2.2: Δημόσια Ενδονοσοκομειακή, Δημόσια Φαρμακευτική, Δημόσια Εξωνοσοκομειακή Δαπάνη και Δημόσια Δαπάνη για Λοιπές Υπηρεσίες σε δις €.....	31
Διάγραμμα 3.1: Παράγοντες επίδρασης στην αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας.....	46
Διάγραμμα 3.2: Παράγοντες επίδρασης στην κατάθλιψη.....	47
Διάγραμμα 3.3: Μη ικανοποιηθείσες ανάγκες υγείας στην Ελλάδα, 2009-2011.....	48
Διάγραμμα 3.4: Γενική κατάσταση υγείας. Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω, κατά μεγάλη γεωγραφική περιοχή της Χώρας, 2009, 2014.....	49
Διάγραμμα 3.5: Πληθυσμός με ή χωρίς χρόνια πρόβλημα υγείας ή χρόνια πάθηση, 2009, 2014.....	50
Διάγραμμα 3.6: Ποσοστό του πληθυσμού με χρόνια πρόβλημα υγείας ή χρόνια πάθηση, 2014.....	51
Διάγραμμα 3.7: Πληθυσμός κάθε ομάδας ηλικιών ανάλογα με το βαθμό περιορισμού λόγω των προβλημάτων υγείας, 2014.....	51
Διάγραμμα 3.8: Επιπολασμός χρόνιων νοσημάτων – παθήσεων: ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού που πάσχει κάθε ομάδα ηλικιών, 2014.....	52
Διάγραμμα 3.9: Παράγοντες που επιδρούν στην κατάσταση άγχους.....	53
Διάγραμμα 3.10: Δείκτες ανεργίας και αυτοκτονίες ανά 100.000 (2000-2012).....	55
Διάγραμμα 31: Λόγος διακινδύνευσης ανάπτυξης ψυχικών νοσημάτων σε σχέση με αυξανόμενα χρέη.....	56
Διάγραμμα 4.1: Ακαθάριστο ποσοστό γεννητικότητας στην Ελλάδα και την Ε.Ε.....	57
Διάγραμμα 4.2: Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση και για τα δύο φύλλα στην Ελλάδα και στην Ε.Ε.....	58

Διάγραμμα 4: Προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 ετών και για τα δύο φύλα στην Ελλάδα και στην Ε.Ε.....	59
Διάγραμμα 4.4: Νεογνική θνησιμότητα στην Ελλάδα. Σύγκριση με το μέσο όρο της Ε.Ε.....	60
Διάγραμμα 4.5: Βρεφική θνησιμότητα στην Ελλάδα και στην Ε.Ε.	61
Διάγραμμα 4.6: Τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας ασθενειών του κυκλοφορικού συστήματος ανά 100.000 κατοίκους.....	62
Διάγραμμα 4.7: Τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας από ασθένειες του νευρικού συστήματος ανά 100.000 κατοίκους.....	62
Διάγραμμα 4.8: Τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας από ισχαιμική καρδιοπάθεια ανά 100.000 κατοίκους.....	63
Διάγραμμα 4.9: Τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας από διαβήτη ανά 100.000 κατοίκους.....	63
Διάγραμμα 4.9: Τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας από διαβήτη ανά 100.000 κατοίκους.....	64
Διάγραμμα 4.11: Τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας από νεοπλασματικές ασθένειες ανά 100.000 κατοίκους. Σύγκριση με μέσο όρο Ε.Ε.....	64
Διάγραμμα 4.12: Τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας από ψυχιατρικές ασθένειες ανά 100.000 κατοίκους. Σύγκριση με μέσο όρο Ε.Ε.....	65
Διάγραμμα 4.13: Αριθμός θανάτων από Α.Ι.Δ.Σ. ανά 100.000 κατοίκους στην Ελλάδα. Σύγκριση με μέσο όρο Ε.Ε.....	66
Διάγραμμα 4.14: Αριθμός θανάτων από ναρκωτικά στην Ελλάδα τη δεκαετία 2000-2010. Σύγκριση με μέσο όρο Ε.Ε.....	66

Κατάλογος Γραφημάτων

Γράφημα 5.1: Ιστόγραμμα (histogram) για το σάκχαρο πριν την οικονομική κρίση.....	82
Γράφημα 5.2: Ιστόγραμμα (histogram) για το σάκχαρο μετά την οικονομική κρίση.....	82
Γράφημα 5.3: Γράφημα ποσοστημορίων (normal Q-Q plot) για το σάκχαρο πριν την οικονομική κρίση.....	83
Γράφημα 5.4: Γράφημα ποσοστημορίων (normal Q-Q plot) για το σάκχαρο μετά την οικονομική κρίση.....	83
Γράφημα 5.5: Ιστόγραμμα (histogram) για τα τριγλυκερίδια πριν την οικονομική κρίση.....	84
Γράφημα 5.6: Ιστόγραμμα (histogram) για τα τριγλυκερίδια μετά την οικονομική κρίση.....	84
Γράφημα 5.7: Γράφημα ποσοστημορίων (normal Q-Q plot) για τα τριγλυκερίδια πριν την οικονομική κρίση.....	85
Γράφημα 5.8: Γράφημα ποσοστημορίων (normal Q-Q plot) για τα τριγλυκερίδια μετά την οικονομική κρίση	85
Γράφημα 5.9: Ιστόγραμμα (histogram) για τη χοληστερόλη πριν την οικονομική κρίση.....	86
Γράφημα 5.10: Ιστόγραμμα (histogram) για τη χοληστερόλη μετά την οικονομική κρίση	86
Γράφημα 5.11: Γράφημα ποσοστημορίων (normal Q-Q plot) για τη χοληστερόλη πριν την οικονομική κρίση.....	87
Γράφημα 5.12: Γράφημα ποσοστημορίων (normal Q-Q plot) για τη χοληστερόλη μετά την οικονομική κρίση.....	87
Γράφημα 5.13: Ιστόγραμμα (histogram) για τη χοληστερόλη LDL πριν την οικονομική κρίση.....	88
Γράφημα 5.14: Ιστόγραμμα (histogram) για τη χοληστερόλη LDL μετά την οικονομική κρίση.....	88
Γράφημα 5.15: Γράφημα ποσοστημορίων (normal Q-Q plot) για τη χοληστερόλη LDL πριν την οικονομική κρίση.....	90
Γράφημα 5.16: Γράφημα ποσοστημορίων (normal Q-Q plot) για τη χοληστερόλη LDL μετά την οικονομική κρίση.....	90

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η ΤΡΕΧΟΥΣΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

1.1 Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια η παγκόσμια κοινότητα έχει έρθει αντιμέτωπη με την οικονομική κρίση. Ξεκινώντας το εν λόγω κεφάλαιο, παρουσιάζεται μία σύντομη έκθεση του πιο αναμφισβήτητα πολυσυζητημένου θέματος από το 2007, ως προσπάθεια ένταξης στο πνεύμα αυτής της εργασίας.

Σύμφωνα με τις φάσεις του οικονομικού κύκλου, η οικονομική κρίση είναι το φαινόμενο που παρατηρείται μεταξύ ανάπτυξης και ύφεσης και χαρακτηρίζεται από μία συνεχή μείωση της οικονομικής δραστηριότητας. Έτσι, παρουσιάζονται προβλήματα στα ισοζύγια πληρωμών, μειώσεις στην καταναλωτική ζήτηση και στις επενδύσεις, αύξηση της ανεργίας και πτώση του (διαθέσιμου) εισοδήματος, άρα και της αγοραστικής δύναμης. Παράλληλα, εμφανίζεται έντονη αβεβαιότητα στις χρηματοοικονομικές αγορές που εκδηλώνεται με πτώση των τιμών των μετοχών και των ομολόγων, γεγονός που δυσχεραίνει το έργο των τραπεζών και των συστημάτων πληρωμής.

Η σοβαρή επιδείνωση του οικονομικού περιβάλλοντος, που ξεκίνησε το 2007 στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής –γεγονός που, μαζί με τα αίτια εμφάνισής της, αναλύονται παρακάτω – ήταν η αρχή για ένα παγκόσμιο, οικονομικά ζημιολόγο ντόμινο. Άμεσα επηρεασμένη αποδείχθηκε η Ευρωπαϊκή Ένωση και, φυσικά, η ελληνική οικονομία. Οι μακροοικονομικές παρενέργειες της χρηματοπιστωτικής αναταραχής έχουν ξεπεράσει τις αρχικές εκτιμήσεις και το αντίκτυπό τους συναντάται και στην πιο μικρή γωνιά της ελληνικής πραγματικότητας. Η ολοένα και αυξανόμενη ανεργία, οι ευπρόσβλητες συνθήκες εργασίας, η ανασφάλεια και η απώλεια εισοδήματος για διαβίωση έχουν σημαντική επίδραση και στον τομέα της υγείας.

Στη συνέχεια, γίνεται λόγος για το παγκόσμιο αυτό φαινόμενο της οικονομικής κρίσης στις ΗΠΑ, την Ε.Ε., αλλά και την Ελλάδα με απώτερο σκοπό τη βαθύτερη κατανόηση της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, η οποία επηρεάζει τον υγειονομικό κλάδο και ωθεί το ελληνικό σύστημα υγείας σε περιόδους ανήσυχες και αβέβαιες.

Πριν όμως από αυτό θα πρέπει να ξεκαθαρίσουμε τι σημαίνει το δημόσιο χρέος και το δημόσιο έλλειμμα, αφού είναι δύο όροι που θα αναφέρονται συνέχεια στο κεφάλαιο αυτό.

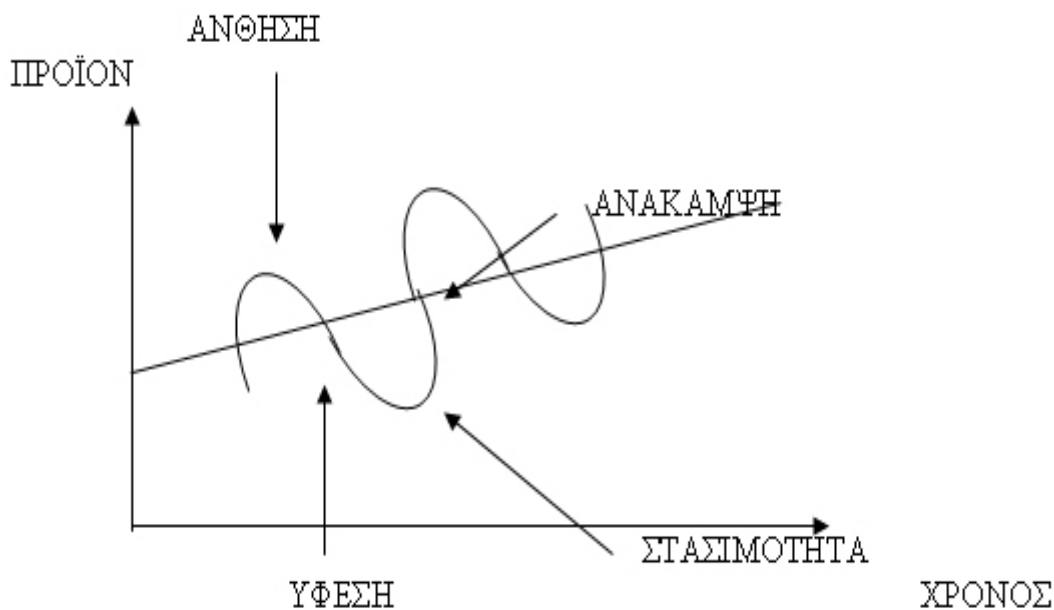
Κάθε κυβέρνηση κάθε χρόνο διαθέτει κάποια έσοδα και κάποιες δαπάνες. Όταν οι δαπάνες είναι μεγαλύτερες από τα έσοδά της τότε η κυβέρνηση αυτή έχει έλλειμμα και πρέπει να προχωρήσει σε δανεισμό με αποτέλεσμα να δημιουργείται το χρέος. Υπάρχει μια αμφίδρομη σχέση μεταξύ του ελλείματος και το χρέους γιατί το έλλειμμα σε ένα έτος αυξάνει το χρέος που έχει δημιουργηθεί από τα προηγούμενα έτη και το συσσωρευμένο χρέος των προηγούμενων ετών αυξάνει το έλλειμμα στο τρέχον έτος (Βαγιανός και συν, 2010). Σύμφωνα με τη θεωρία του Keynes, η αύξηση των χρεών και των ελλειμμάτων προκαλεί μεταβολή στο σύνολο των κύριων μακροοικονομικών δεικτών (Βάμβουκας, 2004).

1.2 Φάσεις της Κρίσης

Η συνολική ζήτηση έρχεται σε ισορροπία με τη συνολική προσφορά έχοντας ταυτόχρονα το σύνολο όλων των πόρων μιας οικονομίας να απασχολείται ολοκληρωτικά στην παραγωγική λειτουργία. Οι δαπάνες κατανάλωσης αλλά και της επένδυσης αυξάνονται συνεχώς εξαιτίας της μεγάλης κερδοφορίας των εταιρειών αλλά και των ανοδικών εισοδημάτων των νοικοκυριών. Εξαιτίας όλων αυτών παρουσιάζεται υψηλή αύξηση και των φορολογικών εισοδημάτων του κράτους.

Στην συγκεκριμένη φάση η οικονομία βρίσκεται πολύ κοντά στα όρια των παραγωγικών δυνατοτήτων της, ενώ παράλληλα ξεκινάνε να εμφανίζονται οι πρώτες απουσίες σε διάφορες ειδικότητες εργαζομένων. Το γεγονός αυτό, αναγκάζει τις επιχειρήσεις και τους οργανισμούς να αυξήσουν όλες τις τιμές με πιο γρήγορους ρυθμούς σε σύγκριση με την αύξηση των αμοιβών των απασχολούμενων.

Το συγκεκριμένο φαινόμενο μπορεί να ελαττώσει το αληθινό εισόδημα των καταναλωτών αλλά και να προκαλέσει μεγάλη μείωση της κατανάλωσης, της επένδυσης αλλά και της συνολικής ζήτησης με αποτέλεσμα η οικονομία να εισχωρήσει στην καθοδική φάση (Τσακαλογιάννης, 2008).



Πηγή: <http://eis.pspa.uoa.gr/econ/econ1071.htm>

Διάγραμμα 5.1

Οι φάσεις του Οικονομικού Κύκλου

Φεύγοντας από τη φάση της κρίσης, όπως προαναφέραμε, εισερχόμαστε στην καθοδική φάση ή όπως αλλιώς ονομάζεται στη φάση κάμψης. Στη φάση αυτήν εισερχόμαστε με την ελάττωση της κατανάλωσης είτε αυτή αφορά νοικοκυριά είτε επιχειρήσεις είτε ολόκληρες χώρες. Η μείωση αυτή προκαλεί μείωση της συνολικής ζήτησης η οποία οδηγεί σε λιγότερη ποσότητα κατανάλωσης σε σχέση με αυτήν που παράγεται (Bush, 1986).

Με τον τρόπο αυτόν οι επιχειρήσεις απολύουν εργαζόμενους και έτσι αυξάνεται η ανεργία, η οποία οδηγεί σε μεγαλύτερη συρρίκνωση της κατανάλωσης αλλά και των επενδύσεων με επίπτωση τη συνεχόμενη ελάττωση της συνολικής ζήτησης μιας οικονομίας, η οποία υποχρεώνει τη συνολική προσφορά να αλλάξει, καθώς θα πρέπει να προσαρμοστεί με πτωτικές τάσεις (Klapper, 2010).

Η συγκεκριμένη προσαρμογή αναπτύσσει ένα καινούριο κύμα ανέργων έχοντας έτσι μεγαλύτερη απώλεια αγοραστικής δύναμης. Τη συγκεκριμένη περίοδο είναι ξεκάθαρο πως η οικονομία έχει εισχωρήσει σε έναν φαύλο κύκλο ανατροφοδοτούμενης ελάττωσης της οικονομικής λειτουργίας. Την περίοδο αυτήν τα φορολογικά έσοδα ελαττώνονται εξαιτίας της πτωτικής τάσης που εντοπίζεται στην κατανάλωση αλλά και

στο εισόδημα των φορολογούμενων ενώ ταυτόχρονα οι δημόσιες δαπάνες έχουν αυξανόμενη τάση εξαιτίας της κοινωνικής στήριξης των ανέργων (Βαγιανός και συν., 2010).

Μετά τη συγκεκριμένη τάση ακολουθεί η παρακμή, στην οποία η οικονομική λειτουργία είναι σε ελεύθερη πτώση ακουμπώντας το πιο χαμηλό σημείο του οικονομικού κύκλου. Την περίοδο αυτήν η ανεργία παρουσιάζει τα μέγιστα ποσοστά και η ψυχολογία των καταναλωτών αλλά και των επιχειρηματιών βρίσκεται σε εξαιρετικά χαμηλά επίπεδα εξαιτίας της τραγικής και δυσμενούς κατάστασης στην οποία βρίσκονται, καθώς πλέον κυριαρχεί τάση η οποία θέλει τον καταναλωτή να καθυστερεί όλες τους τις αγορές αλλά και τη στροφή που πραγματοποιεί προς την αποταμίευση (Τσακαλογιάννης, 2008).

Η περίπτωση, επομένως, της ελάττωσης των τιμών αποτελεί φαινόμενο το οποίο αφορά βαθιά και συνεχόμενη παρακμή όπως για παράδειγμα είχαμε και στο μεγάλο Κραχ του 1929. Με τον παραπάνω τρόπο, όμως, οι χαμηλότερες τιμές οδηγούν σε διάφορες θετικές προϋποθέσεις για την καλυτέρευση αλλά και τη μεγαλύτερη και θεαματικότερη αύξηση των εξαγωγών, οι οποίες θα δράσουν σαν πολύ δυνατό τονωτικό στη συνολική ζήτηση της οικονομίας. Ακόμα, τα υψηλά αποθέματα αποταμίευσης, τα οποία έχουν αναπτυχθεί στην προηγούμενη φάση ασκούν πάρα πολύ μεγάλη πίεση σε όλα τα επιτόκια δανεισμού έτσι ώστε να ελαττωθούν.

Με τον παραπάνω τρόπο η επένδυση γίνεται ξανά μια ιδιαίτερα ελκυστική προοπτική στην οποία, εάν προσθέσουμε και το σύνολο των ενεργειακών πολιτικών του κράτους οι οποίες προσπαθούν να ενισχύσουν την οικονομία μέσω όλων των ελλειμματικών προϋπολογισμών του, διακρίνουμε τα αρχικά στοιχεία και χαρακτηριστικά του ξεκινήματος της νέας φάσης της ανάκαμψης όπου το βασικότερο σημάδι αποτελεί η σταθερή άνοδος της συνολικής ζήτησης η οποία τελειώνει την συγκεκριμένη φάση που αναλύσαμε παραπάνω (Τσίμας, 2011).

Στην τελευταία αυτή φάση έχουμε την ανάκαμψη ή, όπως αλλιώς καλείται, ανοδική φάση όπου η συνολική ζήτηση παρουσιάζει μεγάλη αύξηση με πάρα πολύ γρήγορους ρυθμούς, καθώς η κατανάλωση αλλά και η επένδυση εξακολουθούν να αυξάνονται με την πάροδο του χρόνου. Οι επιχειρήσεις, πλέον, προσπαθώντας να ανταποκριθούν στην άνοδο των παραγγελιών τους τείνουν περισσότερο στην επένδυση της παραγωγής ψάχνοντας παράλληλα τρόπους αύξησης της απασχόλησης τους με νέους εργαζομένους (Ευθυμίου, 2010).

Με τον τρόπο αυτόν αυξάνεται ραγδαία η ζήτηση προσφέροντας ταυτόχρονα κίνητρο στις επιχειρήσεις να αναπτύξουν καινούριους κύκλους επεκτάσεων, αλλά και να προσλάβουν νέο προσωπικό, το οποίο θα έχει την ευχέρεια να ενισχύσει ακόμα περισσότερο την συνολική ζήτηση της οικονομίας. Αυτό όμως, μπορεί να έχει και σαν αποτέλεσμα απουσία συγκεκριμένων ειδικοτήτων απασχολούμενων αλλά και πρώτων υλών αποδεικνύοντας έτσι πως η οικονομία είναι κοντά στα όρια των παραγωγικών δυνατοτήτων.

Αυτό συμβαίνει, κυρίως λόγω του γεγονότος πως όλο και περισσότεροι από τους συντελεστές εισέρχονται στην παραγωγική λειτουργία, ξεκινώντας να παρουσιάζονται οι πρώτες απουσίες και ελλείψεις που προαναφέρθηκαν. Όλα αυτά έχουν σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση των πρώτων εκρήξεων στις τιμές των προϊόντων του καταναλωτή αλλά και την παρουσία του κινδύνου ελάττωσης του αληθινού εισοδήματός του, έχοντας τρομερές και απρόβλεπτες επιπτώσεις για τη ζήτηση.

Στη φάση αυτή, τα επιτόκια τα οποία ήδη είναι πάρα πολύ υψηλά γίνονται ακόμα υψηλότερα εξαιτίας της ζήτησης του χρήματος για επένδυση αλλά και για κατανάλωση. Οι δυο απειλές που δέχεται η οικονομία είναι ο πληθωρισμός αλλά και τα ιδιαίτερα αυξημένα επιτόκια αλλά και η επιδείνωση του εξωτερικού κλάδου, προκαλώντας με αυτόν τον τρόπο αρκετά ρήγματα στις αντοχές της συνολικής ζήτησης. Η ελάττωση της συνολικής ζήτησης υποχρεώνει τη συνολική παραγωγή της οικονομίας να διαμορφώσει πτωτικές τάσεις, σπρώχνοντας με τον τρόπο αυτόν την οικονομία στην κρίση (Λαπαβίτσας, 2010).

1.3 Αίτια της Οικονομικής Κρίσης

Τα αίτια της οικονομικής κρίσης θα πρέπει να αναζητούνται σε χρόνιες διαρθρωτικές ελλείψεις και προβλήματα των πολιτικών, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν αλλά και στις διεθνείς συνθήκες που επικρατούν για τη χρηματοπιστωτική και οικονομική κρίση, η οποία έχει την δυνατότητα να εξελίξει και να αναπτύξει με εντονότερο τρόπο, την πορεία μιας χώρας.

Σύνηθες και κυρίαρχο χαρακτηριστικό στοιχείο των οικονομικών κρίσεων αποτελεί η εμφάνιση διαρθρωτικών προβλημάτων αρκετά πριν εμφανιστεί η οικονομική κρίση, τα οποία αναπτύχθηκαν μερικά χρόνια πριν (Μπούρας & Λυκούρας, 2011).

Όλα τα παραπάνω αποτελούν γενικά χαρακτηριστικά των οικονομικών κρίσεων αλλά και της δικής μας χρηματοοικονομικής κρίσης, στην οποία έχει εισχωρήσει τα τελευταία χρόνια η Ελλάδα. Τα βασικότερα αίτια όλων των χρηματοοικονομικών κρίσεων θα μπορούσαμε να τα ξεχωρίσουμε σε μερικές κατηγορίες με σκοπό να καταφέρουμε να τα κατανοήσουμε όσο το δυνατόν καλύτερα. Οι συγκεκριμένες κατηγορίες είναι οι εξής (Τσακαλογιάννης, 2008):

- Τεχνολογικές
- Φυσικές
- Κρίσεις έντονων αντιπαραθέσεων και διαμαχών
- Κρίσεις κακίας
- Άσχημες επιχειρηματικές επιλογές
- Δόλος
- Διοικητικά και πολιτικά λάθη και παραπτώματα

Οι κατηγορίες που προαναφέραμε είναι εξαιρετικά σημαντικές για την εμφάνιση και τη διατήρηση μιας οικονομικής κρίσης και συμβάλλουν ιδιαίτερα σε αυτήν. Οι πιο σημαντικές και βασικές, όμως, αιτίες μιας χρηματοοικονομική ύφεσης είναι οι παρακάτω (Ευθυμίου, 2010), (Τσίμας, 2011):

- Υπερβολική χρήση δανειακών κεφαλαίων
- Πλημμελής διαβάθμιση πιστοποιητικού κινδύνου
- Αύξηση επιτοκίων
- Αμοιβές στελεχών στον χρηματοοικονομικό τομέα
- Κίνητρα για αλόγιστη χορήγηση διαφόρων ειδών δανείων
- Στεγαστικά δάνεια με στόχο τις αγορές κατοικιών
- Μείωση τιμών των μετοχών
- Αύξηση αβεβαιότητας

- Πανικός τραπεζών
- Πτώση των τιμών η οποία δεν αναμενόταν
- Ανεπαρκές κατασταλτικό πλαίσιο
- Υπερβολική χρήση δανειακών κεφαλαίων
- Πάρα πολύ υψηλά μπόνους

Οι παραπάνω αποτελούν γενικές αιτίες μιας οικονομικής κρίσης στις οποίες μπορεί να έλθει μία χώρα. Παρακάτω θα παρουσιάσουμε μερικούς από τους λόγους της τωρινής παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, στην οποία έχει επέλθει και η Ελλάδα. Τα αίτια αυτά είναι τα εξής (Ευθυμίου, 2010):

- Η φούσκα των τιμών σε διάφορες περιοχές των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής, διευκολύνοντας έτσι την υπερκατανάλωση
- Η πάρα πολύ γρήγορη εξάπλωση των στεγαστικών δανείων υψηλού κινδύνου
- Η μεταφορά του ρίσκου από τους ισολογισμούς των τραπεζών στο κοινό, αλλά και στους επενδυτές μέσω τιτλοποιήσεων (οι παραπάνω αιτίες ήταν οι αιτίες για την παγκόσμια χρηματοοικονομική κρίση)
- Πολιτικές δραστικής ελάττωσης των φορολογικών εσόδων, οι οποίες ασκούσαν οι ελληνικές κυβερνήσεις για περισσότερο από μια δεκαετία πριν από την είσοδο της χώρας στην παγκόσμια χρηματοοικονομική κρίση
- Στη φιλελεύθερη στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η οποία απέκλειε τη στήριξη των δημοσίων οικονομικών της Ευρωζώνης με απευθείας δανεισμό από την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα, αλλά ανάγκαζε τις κυβερνήσεις να αντλούν δάνεια μόνο από διάφορες εμπορικές τράπεζες (Ντούβα, 2012).
- Η ύπαρξη του Ευρώ, η οποία βοήθησε στη μεταφορά πόρων προς τις χώρες οι οποίες είχαν πιο γρήγορη ανάπτυξη, βοηθώντας έτσι τη διατήρηση του ελλείμματος στο ισοζύγιο των συναλλαγών. Αυτό είχα

σαν αποτέλεσμα, με την είσοδο της χώρας μας στην κρίση, η παραπάνω δυνατότητα να εξανεμισθεί μιας και συρρικνώθηκαν οι κεφαλαιακές εισροές.

- Κατά τη διάρκεια του 1996-2008 (μέχρι δηλαδή τη χρονιά του 2008, όπου η παγκόσμια χρηματοοικονομική κρίση επηρέασε τη χώρα και εισήλθε σε αυτήν) η χώρα μας παρουσίασε υψηλή πραγματική άνοδο του Α.Ε.Π. κατά 61,0% σε σύγκριση με τις ανεπτυγμένες χώρες, οι οποίες είχαν περίπου τρεις φορές λιγότερο Α.Ε.Π. (INE- ΓΣΕΕ, 2008).

1.4 Επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης

Οι βασικότερες επιπτώσεις και συνέπειες που προκαλεί η οικονομική κρίση σε μια χώρα, όπως προκάλεσε τις συνέπειες αυτές και στην Ελλάδα, είναι οι πάρα πολύ μεγάλες αυξήσεις στα ποσοστά ανεργίας (έχοντας πάρα πολύ υψηλά ποσοστά ρεκόρ, φτάνοντας για το 2013 και το 28% στο σύνολό της), οι μειώσεις εξαγωγών, οι εργασιακές σχέσεις, οι τεράστιες μειώσεις της κατανάλωσης λόγω της πάρα πολύ υψηλής αύξησης σε όλες τις τιμές, ο πολύ μεγάλος επηρεασμός της κρίσης σε κλάδους όπως της ναυτιλίας, του τουρισμού αλλά και του εμπορίου, το υψηλό χρέος, το αρνητικό εμπορικό ισοζύγιο αλλά και ο πάρα πολύ υψηλός πληθωρισμός (Ντούβα, 2012).

Εκτός όμως από τους οικονομικούς δείκτες που προαναφέρθηκαν, οι οικονομικές κρίσεις έχουν άμεσες και εξαιρετικά σοβαρές συνέπειες και στην κοινωνία. Θα μπορούσαμε να πούμε με λίγα λόγια πως η οικονομική κρίση είναι η αιτία για τα ακόλουθα:

- Δεν υπάρχουν σταθερές τιμές για τους παραγωγούς
- Αφήνει παραγωγικές δυνάμεις ανενεργές, αλλά και σε μεγάλο βαθμό τις καταστρέφει
- Αυξάνει την αβεβαιότητα, το άγχος και το φόβο
- Αναδιανέμει το εισόδημα
- Παράγει φτώχεια και ενισχύει την ανισότητα

Ο μόνος λόγος, ο οποίος κάνει χρήσιμη μία αντιπαραβολή του κοινωνικού κόστους του πληθωρισμού, αλλά και εκείνου της άμεσης είναι πως όλα αυτά τα χρόνια οι πολιτικοί αλλά και οι οικονομολόγοι διαφωνούν για το πιο από τα δύο αυτά φαινόμενα αποτελεί πιο επικίνδυνο χαρακτηριστικό από το άλλο. Αυτό, επομένως, σημαίνει πως θα πρέπει να ξεκαθαρίσουν ποιο από τα δύο είναι διατεθειμένοι να αντιμετωπίσουν κάνοντας τα πάντα σαν κυβέρνηση μιας χώρας (Λαπαβίτσας, 2010).

Γενικότερα, η οικονομική κρίση είναι σε θέση να δημιουργήσει πάρα πολύ άσχημες και δραματικές συνέπειες στην κοινωνική ζωή, καθώς προκαλεί μειώσεις και ελλείψεις εισοδήματος, δημιουργώντας έτσι απώλειες στην ευημερία, ωθώντας παράλληλα πάρα πολύ μεγάλα κομμάτια του πληθυσμού στη φτώχεια και άλλα στην ανεργία. Το διεθνές εμπόριο, ο ρυθμός της οικονομικής εξέλιξης αλλά και η απασχόληση μιας χώρας είναι σε θέση να αντικατοπτρίσουν σε τεράστιο βαθμό την κατάσταση, στην οποία βρίσκεται εκείνη την περίοδο η διεθνής οικονομία (Marmot & Bell, 2009).

Οι συνέπειες μιας οικονομικής κρίσης διαφέρουν από χώρα σε χώρα, εξαιτίας της μικρής αλλά και της μέσης ανάπτυξης μερικών χωρών, οι οποίες πλήττονται σε εξαιρετικά μεγαλύτερο βαθμό σε αντίθεση με τις πιο ανεπτυγμένες χώρες. Εκτός αυτού, η οικονομική κρίση διαφέρει και στο εσωτερικό των χωρών, με αποτέλεσμα οι εργάτες αλλά και γενικότερα οι άνθρωποι χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου να δέχονται πάρα πολύ δυσμενείς συνέπειες σε σύγκριση με ανθρώπους υψηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου ή ακόμα και μεσαίου εκπαιδευτικού επιπέδου (Stiglitz, 2006).

Η οικονομική κρίση είναι σε θέση να θέσει σε καθεστώς ευπρόσβλητης εργασίας το ήμισυ περίπου των εργατών αυτών, που είναι σε μεγάλο κίνδυνο απώλεια της απασχόλησής τους, κάνοντάς τους να βρίσκονται σε μια παρατεταμένη εργασιακή ανασφάλεια και αμφιβολία (Avery & Zemsky, 1998).

Επομένως, κάποιες επιπλέον συνέπειες που θα μπορούσαμε να διακρίνουμε, που προκαλούν οι οικονομικές κρίσεις είναι οι εξής (Matsas, 2012):

- Αυξανόμενη τάση των ανισοτήτων στον εσωτερικό χώρο
- Ανισοτιμία στις συνθήκες κανονικής προστασίας και υγείας
- Επείγοντα ζητήματα της κλιματικής αλλαγής, αλλά και της οικολογικής υποβάθμισης

1.5 Η οικονομική κρίση στις Η.Π.Α.

Μετά το μεγάλο κραχ του 1929, η Διεθνής Χρηματοπιστωτική Κρίση του 2007 αποτέλεσε τη μεγαλύτερη οικονομική απειλή έκτοτε, με αρχή τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Πιο συγκεκριμένα, στις 9 Αυγούστου του 2007, ξέσπασε η μεγάλη κρίση, την οποία λίγοι ερευνητές είχαν προβλέψει και φοβηθεί.

Ο κύριος λόγος που συνέβη ήταν η αδυναμία μεγάλης μερίδας του πληθυσμού αποπληρωμής των στεγαστικών τους υποχρεώσεων. Είχε προηγηθεί, βεβαίως, η αλόγιστη προώθηση στεγαστικών δανείων *subprimes*¹, τα οποία αποτελούσαν το 13% της συνολικής στεγαστικής πίστης των ΗΠΑ. Τα δάνεια *subprimes* ή Δάνεια Χαμηλής Εξασφάλισης είναι δάνεια υψηλού κινδύνου που χορηγούνταν σε αφερέγγυους οφειλέτες, όπως χαμηλού εισοδήματος νοικοκυριά. Πιο αναλυτικά, η μη αξιόπιστη πιστοληπτική αξιολόγηση των δανειοληπτών οδηγούσε σε ανεκπλήρωση των συμβατικών υποχρεώσεων αυτών, όταν τα επιτόκια άρχιζαν να ανεβαίνουν. Ταυτόχρονα, η ρευστότητα στις τράπεζες μειωνόταν δραματικά, γεγονός που καθιστούσε δύσκολο να εξυπηρετηθούν οι καταθέτες που έσπευδαν σε αυτές για την ανάληψη των χρημάτων τους, οι πλειστηριασμοί λάμβαναν χώρα διαδοχικά και πολλοί κατέφευγαν σε μαζικές ηλεκτρονικές αναλήψεις λογαριασμών τους στη Βρετανία, φαινόμενο γνωστό ως «Πανικός μέσω Internet». Η αδυναμία είσπραξης των απαιτήσεων των αμερικανικών τραπεζών οδήγησε στην αδυναμία πληρωμής των υποχρεώσεων σε τοκομερίδια και αξίες ομολόγων και CDOs², στα οποία είχαν επενδύσει πολλές ευρωπαϊκές τράπεζες. Όλα τα παραπάνω προκάλεσαν δυσπιστία στη δυνατότητα αποπληρωμής σε περίπτωση δανεισμού μιας τράπεζας από την άλλη, με αποτέλεσμα την αύξηση των επιτοκίων της διατραπεζικής αγοράς.

Την ήδη υπάρχουσα αναταραχή ήρθε να επιτείνει η πτώχευση της τέταρτης μεγαλύτερης επενδυτικής τράπεζας των Ηνωμένων Πολιτειών, της Lehman Brothers. Η τράπεζα ιδρύθηκε το 1850 από τρεις Εβραίους μετανάστες από τη Γερμανία, κατάφερε να ξεπεράσει το κραχ του 1929, αλλά απέτυχε να προστατέψει τη θέση της, έχοντας ένα

¹ Blundell-Wignal και Atkinson, 2008

² Τα CDOs (Collateralized Debt Obligations) ή Δομημένα Χρεωστικά Ομόλογα είναι χρηματοοικονομικά προϊόντα που προκύπτουν μέσω της διαδικασίας της τιτλοποίησης και χωρίζονται βάσει της προτεραιότητας πληρωμής τους. Εκδίδονται από επενδυτικές τράπεζες ή οργανισμούς και θεωρούνται αρκετά επικερδή, καθώς το κέρδος προκύπτει από το spread μεταξύ του επιτοκίου που εισπράττουν από την απόδοσή τους και του επιτοκίου που καταβάλλουν στους επενδυτές που τα έχουν αγοράσει. (Κανονάκη, 2010)

χρέος που άγγιζε τα 613 δισεκατομμύρια δολάρια το 2008 και έχοντας μία μετοχή, η τιμή της οποίας μειωνόταν δραματικά κατά 81%. Η αμερικανική κυβέρνηση φάνηκε απρόθυμη να δαπανήσει δημόσιο χρήμα για τη σωτηρία του αμερικανικού κολοσσού, όπως και η βρετανική τράπεζα Barclays, που αρχικά είχε εκδηλώσει ενδιαφέρον για την εξαγορά της Lehman, απέσυρε όμως την πρότασή της αφού δεν μπορούσε να εξασφαλίσει τις απαραίτητες εγγυήσεις από τους Αμερικάνους και τη Wall street.

1.6 Η οικονομική κρίση στην Ευρώπη

Με το κραχ του 2008, κατέρρευσαν οι καταναλωτικές αγορές των Ηνωμένων Πολιτειών και ο μηχανισμός ανακύκλωσης των πλεονασμάτων. Έτσι, η Ευρώπη έχασε μία πολύ σημαντική πηγή ζήτησης για όλα τα προϊόντα της και διαπίστωσε ότι και οι τράπεζες αντιμετωπίζουν προβλήματα. Παρόλο που οι Ευρωπαίοι πίστευαν ότι η κρίση δεν θα επηρέαζε την Ευρώπη και τις Ευρωπαϊκές τράπεζες αποδείχτηκε ακριβώς το αντίθετο. Όταν η κρίση έφτασε και στην Ευρώπη, η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα (ΕΚΤ), η Ευρωπαϊκή Επιτροπή και τα μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης θέλησαν να εφαρμόσουν στις ευρωπαϊκές τράπεζες ό,τι είχε κάνει η αμερικανική κυβέρνηση για τη Wall Street. Έτσι, αντικατέστησαν μεγάλες ποσότητες ιδιωτικού χρήματος με δημόσιο χρήμα για να διώξουν το τοξικό - ιδιωτικό χρήμα. Η στρατηγική που εφάρμοσε η Ευρώπη ήταν ίδια με αυτή που είχαν εφαρμόσει οι Ηνωμένες Πολιτείες, αλλά είχε κάποιες βασικές διαφορές, οι οποίες ήταν (Βαρουφάκης και συν, 2011):

1. Η πιο σημαντική διαφορά ήταν ότι το ευρώ δεν μοιάζει με το δολάριο. Το δολάριο αποτελεί αποθεματικό νόμισμα και η κυβέρνηση μπορεί να εκδίδει λευκές επιταγές για όσο διαρκεί η κρίση.
2. Άλλη μία διαφορά είναι ότι η Ευρώπη δεν διαθέτει έναν εσωτερικό μηχανισμό ανακύκλωσης πλεονασμάτων έτσι ώστε να μπορεί να μεταφέρει συσσωρευμένα μονοπωλιακά κέρδη από τη μία χώρα στην άλλη.
3. Τέλος, είναι ο τρόπος που οι Ευρωπαϊκές τράπεζες χρησιμοποίησαν τη μετάγγιση του δημόσιου χρήματος με σκοπό να δημιουργήσουν ιδιωτικό χρήμα. Η Wall Street χρησιμοποίησε ένα χρηματοοικονομικό εργαλείο που έδωσε την ευκαιρία στις τράπεζες να διαγράψουν τα τοξικά CDOs σε βάρος των φορολογούμενων. Οι Ευρωπαϊκές τράπεζες θέλησαν να κάνουν το ίδιο

χωρίς, ωστόσο, να έχουν τη συνεργασία ή τη γνώση της Ευρωπαϊκής επιτροπής ή των κυβερνήσεων.

Τα Ευρωπαϊκά κράτη προσπαθούσαν να διαχειριστούν τις ζημιές των ευρωπαϊκών τραπεζών που μέσα σε ένα έτος 2008-2009 τα ΑΕΠ τους μειώθηκαν σημαντικά. Τότε οι ευρωπαϊκές τράπεζες χρησιμοποίησαν ένα ποσό του δημόσιου χρήματος που είχαν λάβει. Η Ευρωζώνη δεν επέτρεπε στις χρεωμένες χώρες της όπως ήταν η Ελλάδα, η Ισπανία, η Πορτογαλία, η Ιταλία, η Ιρλανδία και το Βέλγιο να υποτιμήσουν το νόμισμά τους, επομένως κάποια στιγμή δεν θα μπορούσαν να ανταπεξέλθουν στα χρέη. Έτσι, άρχισαν να στοιχηματίζουν ότι η Ελλάδα, επειδή ήταν ο πιο αδύναμος κρίκος θα χρεοκοπούσε. Τα στοιχήματα έγιναν πάρα πολλά και οι εταιρείες στοιχημάτων του Λονδίνου δεν μπορούσαν να τα διαχειριστούν και έτσι στράφηκαν προς τα CDS (Credit Default Swaps). Τα CDS είναι ασφαλιστικά συμβόλαια, τα οποία πληρώνουν τον κάτοχό τους αν κάποιος άλλος δεν μπορεί να καταβάλει πληρωμές που είχε δεσμευτεί να καταβάλει, για παράδειγμα όταν ένας ιδιώτης δεν μπορεί να αποπληρώσει τους δανειστές του. Στην ουσία τα CDS είναι στοιχήματα ότι κάποιος ιδιώτης, επιχείρηση ή χώρα δεν θα μπορέσει να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις του. Οι τράπεζες αγόρασαν τον Οκτώβριο και τον Νοέμβριο του 2009 τέτοια στοιχήματα και έκαναν μεγάλα κέρδη.

Ανάμεσα στα ευρωπαϊκά CDS και στα αμερικάνικα CDOs υπάρχει μία βασική διαφορά. Τα CDOs είναι στοιχήματα που θεωρούν ότι οι ιδιοκτήτες των σπιτιών θα μπορούσαν να πληρώσουν τα χρέη τους, ενώ τα CDS είναι στοιχήματα που θεωρούν ότι κάποια χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης δεν θα μπορεί να αποπληρώσει το χρέος της (Βαρουφάκης και συν, 2011).

1.7 Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα

Η παγκόσμια οικονομική κρίση άργησε να επηρεάσει την Ελλάδα και υπήρχε μία αισιοδοξία ότι τελικά η Ελλάδα δεν θα επηρεαστεί σημαντικά από την παγκόσμια

οικονομική κρίση. Η αισιοδοξία αυτή οφειλόταν στο γεγονός ότι το 2008 η Ελλάδα σημείωσε ανάπτυξη 1,3% συγκριτικά με την ευρωζώνη που η ανάπτυξή της ήταν 0,4%. Η κρίση μεταφέρθηκε από το χρηματοοικονομικό τομέα στην πραγματική οικονομία και έτσι οι κυβερνήσεις και οι κεντρικές τράπεζες, σε μία προσπάθειά τους να τονώσουν τη ρευστότητα, μείωσαν τα επιτόκια και αύξησαν το ποσό των εγγυημένων τραπεζικών καταθέσεων.

Οι κυβερνήσεις υιοθέτησαν επεκτατικές δημοσιονομικές πολιτικές, οι οποίες είχαν σαν αποτέλεσμα την αύξηση του δημόσιου χρέους. Επιπλέον, η ευαισθητοποίηση των αγορών από τα γεγονότα του 2008 οδήγησαν στην εξέταση της φερεγγυότητας και του πιστωτικού κινδύνου των χωρών. Αποτέλεσμα όλων των παραπάνω ήταν η Ελλάδα, από τα μισά του 2009, να αξιολογηθεί ως χώρα με τη μικρότερη πιθανότητα ελέγχου του διογκωμένου της χρέους. Η Ελλάδα, πριν από το 2007-2008 θεωρούνταν το ίδιο αξιόπιστη χώρα με τις υπόλοιπες χώρες της ευρωζώνης (Βαρουφάκης και συν, 2011). Το δημόσιο χρέος στην Ελλάδα αυξήθηκε δραματικά τη δεκαετία του 1980, ενώ συνέχισε να αυξάνεται τις δύο επόμενες δεκαετίες, με μικρότερο όμως βαθμό. Το 1960 και το 1970 η Ελλάδα είχε περίπου ίσα έσοδα και ίσες δαπάνες. Το 1980, το δημόσιο έλλειμμα εκτινάχτηκε στο 8,1% του ΑΕΠ και το δημόσιο χρέος στο 26% του ΑΕΠ. Τη δεκαετία του 1990 το δημόσιο χρέος έφτασε στο 71% του ΑΕΠ και το 2009 έφτασε στο 115,1% του ΑΕΠ. Το δημόσιο χρέος από το 1980 μέχρι και το 2009 αυξήθηκε δραματικά και, όπως ήταν λογικό, επηρέασε την ελληνική οικονομία.

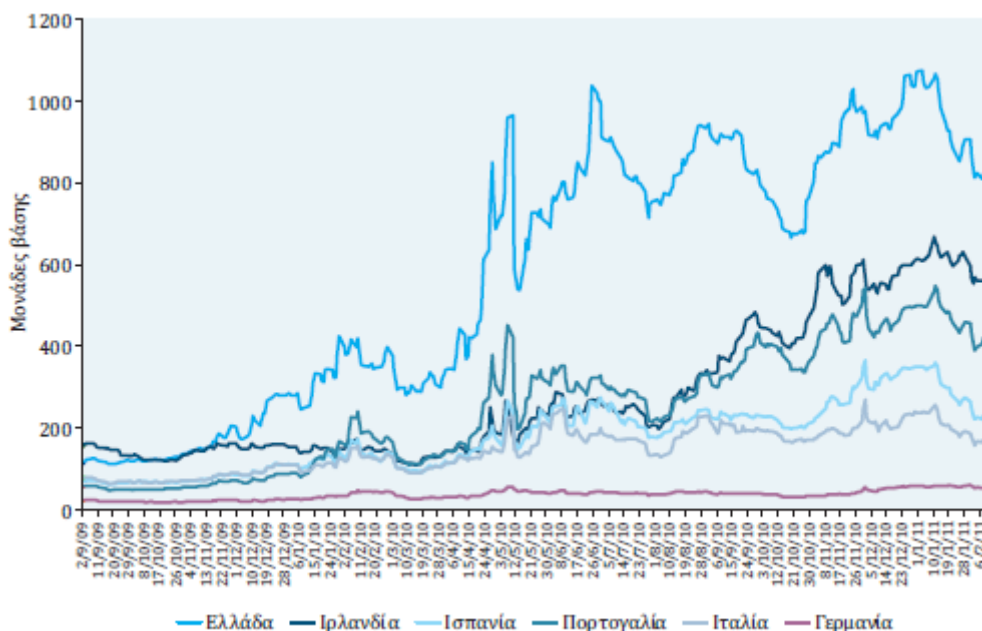
Το 2009 η Ελλάδα είχε εξωτερικό χρέος 82,5% του ΑΕΠ, που στο μεγαλύτερο μέρος του ταυτιζόταν με το εξωτερικό δημόσιο χρέος διότι ο εξωτερικός δανεισμός πραγματοποιούνταν κυρίως από την κυβέρνηση. Ο όγκος των εισαγωγών της Ελλάδας ήταν μεγαλύτερος από τον όγκο των εξαγωγών, οι κοινοτικοί πόροι μειώθηκαν και έπρεπε να πληρώνει μεγαλύτερους τόκους επειδή αυξήθηκε το εξωτερικό χρέος της. Το εξωτερικό χρέος της Ελλάδας το 2004 αυξήθηκε κι άλλο εξ' αιτίας των αυξημένων αναγκών δανεισμού, γιατί οι αποταμιεύσεις δεν έφταναν για την αγορά ομολόγων και εξαιτίας των αυξημένων δαπανών των Ολυμπιακών αγώνων του 2004.

Η κατάσταση αυτή της Ελλάδας αν και υπήρχε, έγινε ακόμα πιο έντονη το 2009 γιατί αποτυπώθηκε στα επιτόκια δανεισμού. Οι δείκτες που υπολόγιζαν το δημόσιο και το ιδιωτικό χρέος κάθε χώρας και τη πιστοληπτική φερεγγυότητα των κρατών κατέστησαν την Ελλάδα ως τη χώρα με τη μεγαλύτερη επικινδυνότητα και τα ελληνικά κρατικά ομόλογα ως τα ομόλογα με το μεγαλύτερο ρίσκο.

Τα πενταετή επιτόκια δανεισμού (CDS) της Ελλάδας, ενώ το Νοέμβριο του 2009 ήταν ήδη αρκετά υψηλά, ακολούθησαν ακόμα πιο ανοδική πορεία. Έτσι, ενώ το 2009 τα επιτόκια αυτά είχαν φτάσει στις 130 περίπου μονάδες βάσης, το 2010 έφτασαν τις 800 μονάδες βάσης, ενώ κάποια διαστήματα έφτασαν και τις 1000 μονάδες βάσης. Τα επιτόκια αυτά της Ελλάδας φαίνονται στον παρακάτω πίνακα, συγκριτικά με την Ιρλανδία, την Ισπανία, την Πορτογαλία, την Ιταλία και τη Γερμανία (Βαρουφάκης και συν, 2011).

Πίνακας 2.1

5ετή CDS, Σεπτέμβριος 2009- Φεβρουάριος 2011



Πηγή: Bloomberg.com

Η κυβέρνηση του Κωνσταντίνου Καραμανλή κήρυξε μέτρα λιτότητας που είχαν στόχο να αυξήσουν τα κρατικά έσοδα και το Οκτώβριο του 2009 κήρυξε πρόωρες εκλογές για να ζητήσει τη συναίνεση των πολιτών. Τις εκλογές κέρδισε η κυβέρνηση του Γεωργίου Παπανδρέου και ενημέρωσε ότι το 2009 το έλλειμμα της Ελλάδας ήταν 12,5%

αντί για 6% που ανέφερε η προηγούμενη κυβέρνηση. Επίσης, το δημόσιο χρέος ανέβηκε από το 107,2% του ΑΕΠ στο 113,4% του ΑΕΠ. Τελικά μετά από πολλές αναθεωρήσεις το έλλειμμα έφτασε στο 15,4% και το δημόσιο χρέος στο 126,8% του ΑΕΠ.

Η κυβέρνηση στις αρχές του 2010 εφάρμοσε ένα πρόγραμμα σταθερότητας και ανάπτυξης, το οποίο είχε στόχο τη μείωση του ελλείμματος κατά 4% το 2010 και άλλη μία μείωση 3% μέχρι το 2012. Το πρόγραμμα σταθερότητας και ανάπτυξης περιελάμβανε μεταξύ άλλων πάγωμα των προσλήψεων, αύξηση του ΦΠΑ, αύξηση των ορίων συνταξιοδότησης, πάταξη της φοροδιαφυγής και δημιουργία ενός νέου φορολογικού συστήματος.

Ενώ το πρόγραμμα σταθερότητας και ανάπτυξης εγκρίθηκε από την Ευρωπαϊκή επιτροπή το Φεβρουάριο του 2010, δεν είχε τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Έτσι, τα επιτόκια και τα CDS συνέχισαν να αυξάνονται. Κάποιες πιθανές εξηγήσεις για το γεγονός αυτό μπορεί να είναι (Βαρουφάκης και συν, 2011):

1. Η έντονη φημολογία, που υπήρχε για την πτώχευση της Ελλάδας, επηρέασε άμεσα και έντονα τις αγορές.
2. Υπήρχαν επίσης έντονες φήμες για τις ανταλλαγές που είχαν συνάψει οι προηγούμενες κυβερνήσεις, με αποτέλεσμα να πληγεί σε μεγαλύτερο βαθμό η αξιοπιστία της Ελλάδας. Μάλιστα, έφτασαν στο σημείο να αμφισβητούν τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας και να επικρατήσει η άποψη ότι η Ελλάδα μπήκε στη νομισματική ένωση με ψεύτικα στοιχεία.
3. Το πρόγραμμα σταθερότητας και ανάπτυξης της κυβέρνησης δεν έπεισε τις αγορές ότι η Ελλάδα μπορεί να διαχειριστεί το χρέος της.

Το Μάρτιο του 2010, η κυβέρνηση έλαβε νέα μέτρα όπως περικοπές μισθών, ακόμα μεγαλύτερη αύξηση του ΦΠΑ, περικοπές σε δημόσιες επενδύσεις κ.ά. Παρόλα αυτά, δεν κατάφερε να πείσει τις διεθνείς αγορές, αφού ακόμα επικρατούσε η άποψη ότι η Ελλάδα δεν μπορεί να διαχειριστεί την κρίση και μάλιστα υπήρχαν έντονες ανησυχίες ότι κινδυνεύει και το ευρώ. Οι οίκοι αξιολόγησης υποβάθμιζαν την Ελλάδα και έφτασαν σε σημείο να χαρακτηρίσουν τα ελληνικά ομόλογα ως «σκουπίδια» (junk).

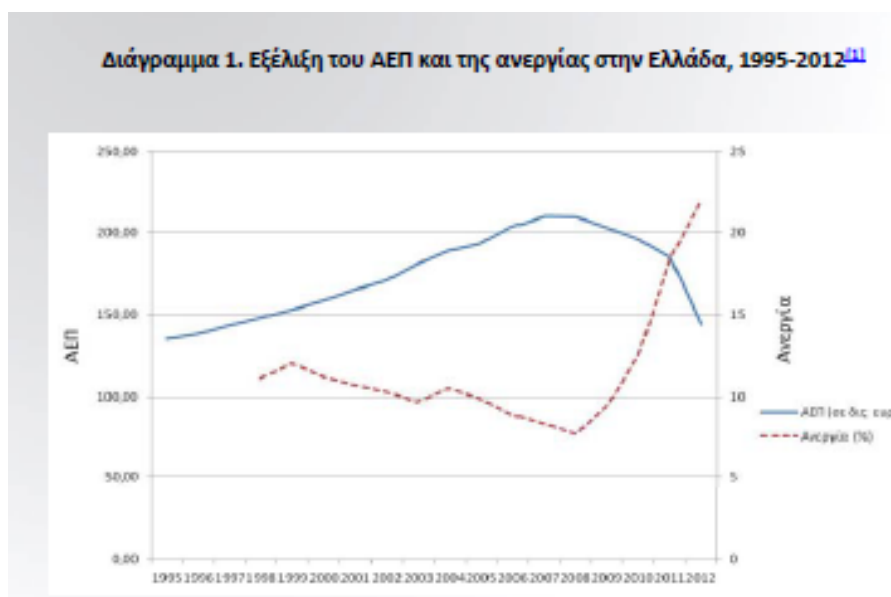
Στις 5 Μαΐου του 2010, η Ελλάδα υπέγραψε το Μνημόνιο, το οποίο έδινε στην Ελλάδα 80 δις. ευρώ από τις χώρες της ευρωζώνης με κόστος δανεισμού 4% έως 5% και 30 δις ευρώ από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο με κόστος δανεισμού 3,3%. Προκειμένου να λάβει το δανεισμό αυτό η Ελλάδα έπρεπε να κάνει διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις και να

μπει σε καθεστώς τριμηνιαίου ελέγχου και αξιολόγησης για να διαπιστωθεί ο βαθμός της συμμόρφωσής της στις μεταρρυθμίσεις αυτές.

Μετά από το Μνημόνιο αυτό, τα επιτόκια στις αγορές μειώθηκαν προσωρινά και, μετά από λίγο, εκτινάχτηκαν πάλι. Παρά το γεγονός ότι η Ελλάδα εφάρμοσε τους όρους του μνημονίου, θεωρείται ακόμα αφερέγγυα και αναφέρεται ως η χώρα με τη μεγαλύτερη πιθανότητα χρεοκοπίας.

1.8 ΑΕΠ, Ανεργία, Ισοζύγιο της Ελλάδας

Στο παρακάτω διάγραμμα φαίνεται η εξέλιξη του ΑΕΠ και της Ανεργίας στην Ελλάδα από το 1995 μέχρι το 2012. Το ΑΕΠ της Ελλάδας αυξάνεται σταδιακά μέχρι το 2008 και έπειτα μειώνεται μέχρι το 2012. Η Ανεργία μειώνεται κι αυτή μέχρι το 2008 και έπειτα αυξάνεται σημαντικά μέχρι το 2012.



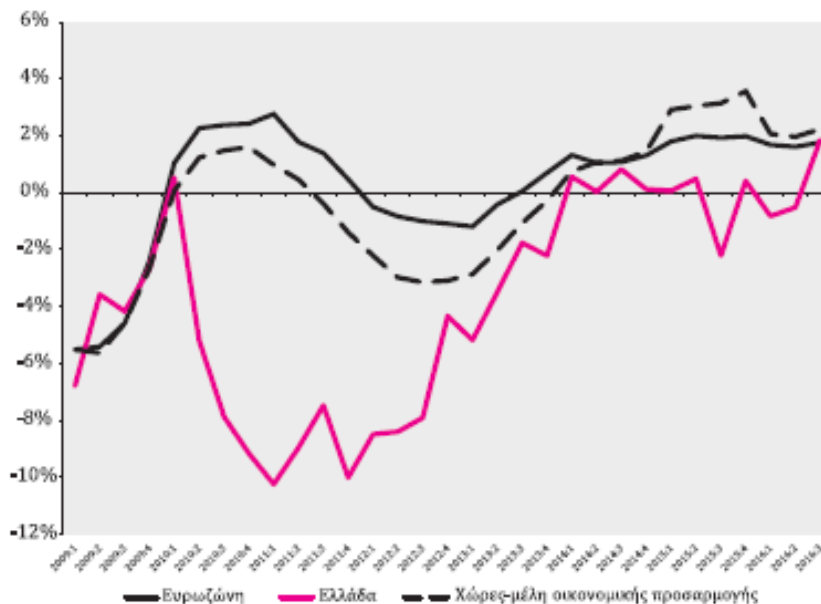
Πηγή: <http://ec.europa.eu>

Διάγραμμα 1.2

Εξέλιξη του ΑΕΠ και της Ανεργίας στην Ελλάδα, 1995-2012

Στο πιο κάτω διάγραμμα φαίνονται οι ρυθμοί μεταβολής του πραγματικού ΑΕΠ της Ελλάδας, της Ευρωζώνης και των χωρών-μελών οικονομικής προσαρμογής από το 2009 μέχρι το 2016. Παρατηρούμε ότι η Ελλάδα παρουσιάζει έντονες διακυμάνσεις και μία μεγάλη απώλεια εισοδήματος. Από το 2009 μέχρι το 2011, η οικονομική δραστηριότητα της Ελλάδας συρρικνώθηκε σε μεγάλο βαθμό και τα επόμενα έτη μέχρι το 2014 άρχισε να σταθεροποιείται και να δείχνει σημάδια οριακής ανάκαμψης. Το 2015 η κατάσταση

αυτή αντιστράφηκε και το 2016 ο ρυθμός μεταβολής του πραγματικού ΑΕΠ ήταν αρνητικός τα πρώτα δύο τρίμηνα, ενώ το τρίτο τρίμηνο είχαν αύξηση 1,5% (INE ΓΣΕΕ, 2007).

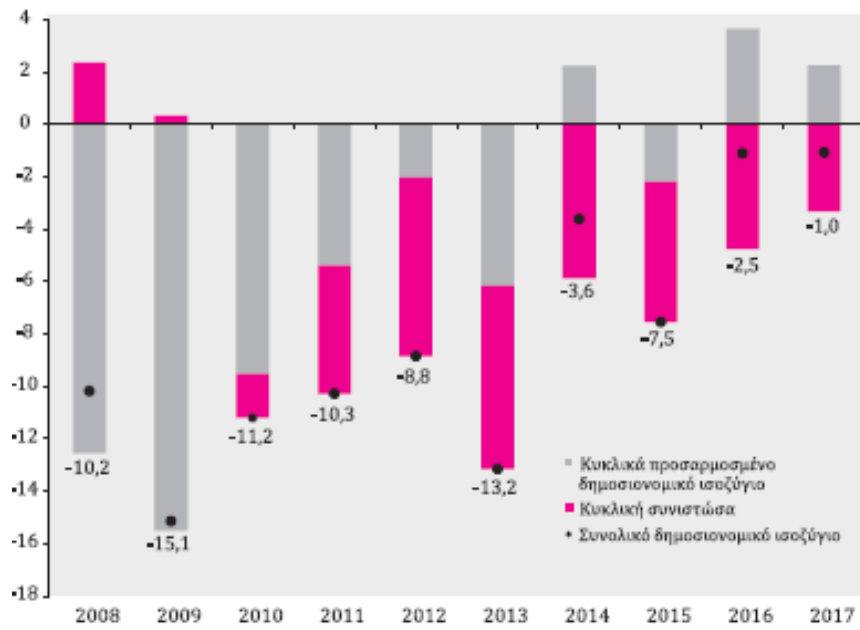


Πηγή: Eurostat (επεξεργασία INE ΓΣΕΕ)

Διάγραμμα 1.3

Ρυθμοί μεταβολής του πραγματικού ΑΕΠ της Ελλάδας, της Ευρωζώνης και των χωρών-μελών οικονομικής προσαρμογής

Στο Διάγραμμα 1.4 φαίνεται η εξέλιξη του συνολικού ισοζυγίου της Γενικής κυβέρνησης προς το ΑΕΠ ως αποτύπωση του κυκλικά προσαρμοσμένου ισοζυγίου και της κυκλικής συνιστώσας του την περίοδο 2008-2017. Την περίοδο 2011-2015 το δημοσιονομικό ισοζύγιο της Γενικής Κυβέρνησης κινήθηκε σταθερά σε αρνητικά επίπεδα εξαιτίας της ύφεσης. Το 2016 το συνολικό δημοσιονομικό έλλειμμα διαμορφώνεται σε 1,1% του ΑΕΠ, παρουσιάζοντας βελτίωση 6,4 ποσοστιαίες μονάδες σε σχέση με το 2015 (INE ΓΣΕΕ, 2017).



Πηγή: ΙΝΕ ΓΣΣΕ, 2017

Διάγραμμα 1.4

Ισοζύγιο της Γενικής Κυβέρνησης ως ποσοστό στο ΑΕΠ (2008-2017)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

2.1 Εισαγωγή

Με την παγκόσμια οικονομία σε κρίση, παρατηρείται μία συνολική αρνητική επίπτωση στην υγεία και στα συστήματα υγειονομικών υπηρεσιών. Τα βιώσιμα συστήματα υγείας βασίζονται στην αξιόπιστη πρόσβαση σε ανθρώπινο κεφάλαιο και αναλώσιμους πόρους. Καθώς αυτό όμως, στην Ελλάδα δεν επιτυγχάνεται, ο ρόλος και οι στόχοι του ελληνικού συστήματος υγείας καθίστανται ασαφείς και τείνουν να παραπαίουν.

Στο κεφάλαιο αυτό, γίνεται λόγος για το ελληνικό σύστημα υγείας, τα βασικά στοιχεία του και το status quo, το πλήγμα που έχει υποστεί από τη χρηματοοικονομική αλλά και κοινωνική κρίση, οι ελλείψεις που παρουσιάζει και το πώς αυτές έχουν ενταθεί τα τελευταία χρόνια και τέλος, τα νούμερα που επιβεβαιώνουν τη δυσκολία επίτευξης ενός καθολικού συστήματος με κοινωνικό και ασφαλιστικό χαρακτήρα.

Χωρίς, λοιπόν, την οικονομική στήριξη της υγειονομικής περίθαλψης καθίσταται σαφές ότι η παροχή της ασφαλιστικής κάλυψης από τη σκοπιά της αποδοτικότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης, που σκοπό έχει την αποφυγή κινδύνων στον κλάδο Υγείας, δέχεται όλο και μεγαλύτερες πιέσεις, με αποτέλεσμα τη μη ικανοποίηση των πολιτών. Το γεγονός αυτό, πολλές φορές, τους οδηγεί σε άλλα μέσα, πιο «άτυπα», πράγμα που δημιουργεί ένα φαύλο κύκλο και θρέφει την αταξία της νωθρής αυτής κατάστασης.

2.2 Χαρακτηριστικά του ελληνικού συστήματος υγείας

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) ιδρύθηκε στην Ελλάδα το 1983 και στόχευε στη γενικότερη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας. Μέχρι τότε υπήρχε μόνο υποτυπώδης ιατρική προστασία (Παπαηλίας, 2015). Οι στόχοι του ΕΣΥ, όπως και όλων των συστημάτων υγείας που στηρίζονται στην αρχή της κοινωνικής αλληλεγγύης, ήταν η ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας με πλήρη κάλυψη του πληθυσμού, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και η βελτίωση της οργάνωσης των υγειονομικών υπηρεσιών. Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό, αφού ένα μέρος της χρηματοδότησης προέρχεται από την άμεση και έμμεση φορολογία των πολιτών και βασίζεται βέβαια και στην υποχρεωτική ασφάλιση. Ωστόσο, η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα είναι εξίσου σημαντική τόσο στην παροχή, όσο και στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.

Στα πλαίσια του ΕΣΥ, η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα Κέντρα Υγείας, τα Περιφερειακά ιατρεία, τα πολυιατρεία του ΕΟΠΥΥ, τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και τους ιδιώτες ιατρούς. Διαχρονικά η ΠΦΥ μεταρρυθμίζεται με νομοσχέδια, χωρίς όμως να προκύπτουν υλικά -πέρα από νομοθετικά- αποτελέσματα, γι' αυτό και η ανάπτυξή της είναι χαμηλή. Αυτό που ουσιαστικά συμβαίνει είναι ότι κατατίθενται νομοσχέδια που απλά μεταρρυθμίζουν τις ονομασίες των ήδη υπαρχόντων δομών ή εμφανίζουν ρυθμίσεις, οι οποίες ποτέ δεν εφαρμόζονται. Ενώ, για παράδειγμα, έχουν θεσμοθετηθεί τα κέντρα υγείας αστικού τύπου, η πολιτική πρόληψης και η ηλεκτρονική κάρτα/φάκελος ασθενή, το μόνο τελικά που διαχρονικά υπάρχει είναι τα κέντρα υγείας εκτός αστικού ιστού με την κάλυψη του θεσμού του αγροτικού ιατρού. Το κόστος της έλλειψης σοβαρών και συντονισμένων δομών ΠΦΥ είναι, ωστόσο, μεγαλύτερο από τη δημιουργία τους. Αφενός γιατί απουσιάζει ο έλεγχος της ροής εξετάσεων και φαρμακευτικής κάλυψης μέσω του ιδιωτικού συστήματος και αφετέρου, γιατί η έλλειψη προληπτικής ιατρικής επιβαρύνει τη λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων (Fortney et al, 2005), πολλαπλασιάζοντας ουσιαστικά το κόστος τους (Godager et al, 2012).

Η δευτεροβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία. Το ΕΣΥ δίνει ιδιαίτερη έμφαση στη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας. Οι ιατροί που απασχολούνται στα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα είναι πλήρους απασχόλησης, αμείβονται με μισθό και δεν επιτρέπεται να ασκούν ιδιωτική πρακτική. Η αποζημίωσή τους χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό, από τη φορολογία και από πληρωμές της κοινωνικής ασφάλισης και ιδιωτών.

Ο ιδιωτικός τομέας περιλαμβάνει τα κερδοσκοπικά νοσοκομεία, τα διαγνωστικά κέντρα, τα εργαστήρια και τους ιδιώτες ιατρούς και χρηματοδοτείται πρωτίστως από άμεσες πληρωμές των ασθενών και σε μικρότερο βαθμό από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Η τελευταία, εκτός της αποζημίωσης για χρησιμοποίηση και επίσκεψη επαγγελματιών υγείας, μπορεί να λάβει και τη μορφή ασφαλιστικής κάλυψης της πρόσβασης είτε σε Δίκτυα Επιλεγμένων Προμηθευτών είτε σε Οργανισμούς Διατήρησης της Υγείας. Μεγάλη μερίδα του ιδιωτικού τομέα συνάπτει συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία για την παροχή κυρίως πρωτοβάθμιων υπηρεσιών και χρηματοδοτείται κατά πράξη και περίπτωση, σε προσυμφωνημένες τιμές (INE-ΓΣΕΕ, 2012).

2.3 Μειονεκτήματα του ελληνικού συστήματος υγείας

Το ελληνικό σύστημα υγείας παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα, τα οποία θέτουν σε κίνδυνο την ίδια του την υπόσταση και την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας. Ο τρόπος χρέωσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών που είναι χαμηλότερος του πραγματικού κόστους, οι υπερτιμολογημένες αγορές νοσοκομειακού και άλλου υλικού, οι σπατάλες εντός του συστήματος υγείας, η μείωση των εσόδων λόγω της εισφοροδιαφυγής και της αδήλωτης εργασίας έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία δημοσιονομικών ελλειμμάτων στο χώρο της υγείας. Όλα αυτά έχουν ως συνέπεια την ελάττωση των πόρων και τη διαρκώς αυξανόμενη ανάγκη για υπηρεσίες υγείας.

Έτσι, η ελλιπής χρηματοδότηση και η κακή κατανομή των, συνεχώς μειούμενων, πόρων αποτελούν τροχοπέδη για το σύστημα υγείας. Πέρα από αυτά, σημειώνεται και γενική δυσαρέσκεια από το επίπεδο των υγειονομικών υπηρεσιών και τη δυσχερή πρόσβαση σε αυτές από την πλευρά μεγάλης μερίδας πολιτών. Αυτό συμβαίνει, καθώς υπάρχουν προβλήματα γεωγραφικών και οικονομικών ανισοτήτων, πολυδιάσπαση φορέων και έλλειψη συντονισμού. Επίσης, όσον αφορά στο ανθρώπινο δυναμικό, σημειώνεται πληθώρα ιατρών, αλλά έλλειψη γενικών ιατρών, οι οποίοι αποτελούν μόλις το 2,5% του συνόλου. Παράλληλα, το νοσηλευτικό προσωπικό αντιστοιχεί σε ποσοστό 0,8 ανά ιατρό. Τέλος, υπάρχει δυσλειτουργία του συστήματος, η οποία οφείλεται κυρίως σε διοικητικά προβλήματα. Τα νοσοκομεία είναι οικονομικές μονάδες και πρέπει να τα διοικούν πρόσωπα με τις κατάλληλες γνώσεις. Όλα αυτά έρχεται να διογκώσει το έντονο φαινόμενο της γραφειοκρατίας, η οποία δυσχεραίνει την ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας και αυξάνει το κόστος παροχής των υπηρεσιών.

2.4 Τα είδη ασφάλισης της Ελλάδας

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από την πολυπλοκότητα και τον πολυκερματισμό των υπηρεσιών. Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας πραγματοποιείται με άνισο καταμερισμό ανάμεσα στις διάφορες κοινωνικές ομάδες. Η Ελλάδα διαθέτει δύο κύρια είδη ασφάλισης την κύρια ασφάλιση και την επικουρική ασφάλιση. Η κύρια ασφάλιση ξεκίνησε στην Ελλάδα το 1836 από τα έσοδα των εργαζομένων και των εργοδοτών του Ναυτικού Απομαχικού Ταμείου (Ν.Α.Τ). Από εκεί και πέρα η κύρια ασφάλιση περιέλαβε και τους δημόσιους υπαλλήλους το 1861 και το 1922 περιέλαβε όλους τους μισθωτούς. Όπως είναι λογικό και οι δημόσιοι υπάλληλοι και οι μισθωτοί αλλά και οι εργοδότες τους καταβάλουν εισφορές για να έχουν την κύρια ασφάλιση.

Η κύρια ασφάλιση στην αρχή αφορούσε μόνο τους εργαζόμενους αλλά στην συνέχεια περιέλαβε και όλα τα εξαρτώμενα μέλη του. Σήμερα, περιλαμβάνει και άλλες ανάγκες όπως είναι η συνταξιοδότηση, η φροντίδα των ηλικιωμένων και οι περιπτώσεις θανάτου ή αναπηρίας.

Το 1937 δημιουργήθηκε ένα μεγάλο ασφαλιστικό ταμείο, το Ι.Κ.Α., το οποίο κάλυπτε την κύρια ασφάλιση των εργαζομένων και των εξαρτώμενων μελών του, την σύνταξη και την παροχή ιατρικής φροντίδας για όλα τα μέλη του. Σκοπός του ασφαλιστικού αυτού ταμείου ήταν να καλύψει το σύνολο του πληθυσμού. Παρόλα αυτά είχε κάποια προβλήματα όπως η μη ορθολογική κατανομή των πόρων και η ασφάλιση των εργαζομένων μόνο σε κωμοπόλεις. Το Ι.Κ.Α. αν και προσπάθησε δεν κατάφερε να καλύψει όλο το πληθυσμό της χώρας. Τα κενά που άφησε το Ι.Κ.Α. ήρθε να καλύψει το ταμείο του Ο.Γ.Α.

Τα κενά της κύριας ασφάλισης τα συμπλήρωσε η επικουρική ασφάλιση, η οποία δημιουργήθηκε το 1861 και περιλαμβάνει τις παροχές στους ελεύθερους επαγγελματίες και στους μισθωτούς που εργάζονται σε συγκεκριμένους κλάδους. Αργότερα, το 1979 με τον Ν.997/1979 η επικουρική ασφάλιση άρχισε να καλύπτει συντάξεις που αφορούσαν τα γηρατειά, καθώς και συντάξεις αναπηρίας ή και θανάτου.

Το ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης παρουσιάζει ελλείμματα τα οποία οφείλονται σε κακή διαχείριση, πολυκερματισμό επειδή περιλαμβάνει μεγάλο εύρος

συντάξεων και πολλά επίπεδα παροχών, έχει ελαστικότητα στην απόκτηση σύνταξης και αδυνατεί να ελέγχει τον ακριβή αριθμό των συνταξιούχων (OECD, 1996-1997).

2.5 Άτυπες πληρωμές στο χώρο της υγείας

Εξετάζοντας το Ελληνικό Σύστημα Υγείας, παρόλο που σχηματικά ακολουθεί το πρότυπο του Beveridge, όσον αφορά στην προσφορά και λειτουργεί σύμφωνα με το πρότυπο του Bismarck όσον αφορά στη ζήτηση, έχει αναφερθεί ότι ο ιδιωτικός τομέας καλύπτει μεγάλο μέρος από τις ανάγκες υγειονομικής φροντίδας του πληθυσμού.

Η συστηματική υποχρηματοδότηση του ΕΣΥ, όλα τα παραπάνω προβλήματα που προαναφέρθηκαν και το ζήτημα των χαμηλών αμοιβών από την πλευρά των υγειονομικών έχουν οδηγήσει στις άτυπες πληρωμές στο χώρο της υγείας, που συμβάλλουν στην ενίσχυση της παραοικονομίας, κάτι που εντείνει και εντείνεται κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης περισσότερο.

Η παραοικονομία στο χώρο της υγείας περιλαμβάνει τις άτυπες – υπόγειες πληρωμές στο δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομειακό τομέα, καθώς και το μέρος εκείνων των πρόσθετων και απευθείας πληρωμών, οι οποίες διαφεύγουν των φορολογικών καταγραφών (φοροδιαφυγή). Πρόκειται για φαινόμενο απάτης όπου πραγματοποιείται όταν κάποιος εσκεμμένα προκαλεί ή βοηθά κάποιον να προκαλέσει οικονομική ζημιά, σχετιζόμενη με τις παροχές φορέων υπηρεσιών υγείας. Αυτή μπορεί να προκληθεί από παρόχους υλικών και υπηρεσιών, όπως γιατροί, κλινικές, φαρμακοποιοί, φαρμακευτικές εταιρείες και προμηθευτές ή ακόμα και από τους ίδιους τους ασφαλισμένους, με βασικό τους κίνητρο τους αυξανόμενους οικονομικούς δεσμούς μεταξύ ορισμένων εξ αυτών. Το πιο διαδεδομένο είδος άτυπης πληρωμής είναι το λεγόμενο «φακελάκι». Με τον όρο «φακελάκι» υποδηλώνεται ο βαθμός υποχρεωτικότητας από τους γιατρούς σε βάρος των ασθενών. Η πρώτη αιτία καταβολής άτυπων πληρωμών σε δημόσια νοσοκομεία είναι η διασφάλιση της πρόσβασης σε αυτά ή η μείωση της αναμονής, καθώς και η καλύτερη μεταχείριση των ιατρών προς τους ασθενείς.

Σε περίοδο οικονομικής κρίσης όπως ακριβώς βιώνει η Ελλάδα, η παραοικονομία της υγείας είναι σε ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό εδραιωμένη, γεγονός που καταδεικνύει την ανασφάλεια των ασθενών για μη ποιοτικές υπηρεσίες και τη λανθασμένη νοοτροπία του ιατρικού προσωπικού που πιέζουν να τους δοθεί «φακελάκι». Επίσης, το φαινόμενο αυτό υπογραμμίζει την ελλειμματική οργάνωση του ελεγκτικού μηχανισμού που θα είχε αναστείλει την εμφάνιση των κρουσμάτων διαφθοράς και κακοδιαχείρισης ώστε να

αποφευχθούν οι ολέθριες συνέπειες τόσο για τους πολίτες όσο και τον Κρατικό προϋπολογισμό.

2.6 Οι μεταρρυθμίσεις στην εποχή της οικονομικής κρίσης

Η οικονομική κρίση και οι εφαρμοζόμενες μνημονιακές πολιτικές στον ελληνικό κοινωνικό σχηματισμό μετά το 2010 είχαν επιπτώσεις στο χώρο της υγείας. Έτσι, πραγματοποιήθηκαν τα παρακάτω:

- Η ενοποίηση των πολυιατρείων του ΙΚΑ και των υπόλοιπων ασφαλιστικών φορέων υπό το φορέα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) με το προσωπικό να βρίσκεται σε καθεστώς πλήρους απασχόλησης. Στον ΕΟΠΥΥ εντάχθηκαν οι κλάδοι των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών φορέων, δηλαδή του ΙΚΑ, του ΟΓΑ, του ΟΠΑΔ και του ΟΑΕΕ, με σκοπό να ενταχθούν αργότερα σε αυτόν κλάδοι υγείας και άλλων ταμείων. Η βασική επιδίωξη της ίδρυσης ενός ενιαίου ταμείου υγείας ήταν να συγκεντρωθούν σε αυτό όλοι οι πόροι υγείας και να λειτουργήσει ως ένας αγοραστής, με αυξημένη διαπραγματευτική δύναμη έναντι των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας. Με αυτό τον τρόπο, επιτυγχάνεται η ομογενοποίηση των υπηρεσιών προς όλους τους ασφαλισμένους και η πρόσβαση σε ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας ως προς το είδος, την έκταση, το ύψος, τον τρόπο και τη διαδικασία χορήγησης.
- Υπήρξε η δυνατότητα χρήσης γενόσημων φαρμακευτικών σκευασμάτων με ταυτόχρονη αύξηση της συμμετοχής του ασφαλισμένου επί της αγοράς του σκευάσματος σε περίπτωση επιλογής του πρωτοτύπου. Όμως, η χρήση τους πραγματοποιήθηκε χωρίς τη συντεταγμένη ενημέρωση του γενικού πληθυσμού και κυρίως χωρίς την ύπαρξη αξιόπιστων κριτηρίων πιστοποίησης των σκευασμάτων (Καθημερινή, 2015).
- Η θεσμοθέτηση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία και όχι την εμπορική ονομασία και την υποχρεωτική αναγραφή ασθενειών με βάση το σύστημα ICD-10. Σύμφωνα με την τροπολογία, οι ιατροί των ασφαλιστικών ταμείων και του ΕΟΠΥΥ είναι υποχρεωμένοι να συνταγογραφούν αποκλειστικά και μόνο τη δραστική ουσία και τη συνιστώμενη περιεκτικότητά της και όχι την εμπορική ονομασία των

φαρμάκων. Αυτό αποτελεί ένα θετικό βήμα για τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, γιατί εκτός της χαμηλότερης τιμής των γενοσήμων, περιορίζεται η προκλητή συνταγογράφηση των ιατρών που οφείλεται στις ανήθικες συνδιαλλαγές τους με τις φαρμακευτικές εταιρίες. Η μορφή και η λειτουργία της, παρόλα αυτά, δεν διευκόλυνε ουσιαστικά τον πολίτη αφού δεν είχε την απαραίτητη ενημέρωση, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, ούτε ουσιαστικό δικαίωμα επιλογής και μάλιστα επιβαρυνόταν για αυτό.

- Η θεσμοθέτηση του clawback (επιστροφή) και του rebate (έκπτωση) με αναδρομική, όμως, ισχύ και χωρίς να υπολογιστούν οι ιδιαιτερότητες γεωγραφικών χωρών και ειδικοτήτων. Ο αυτόματος μηχανισμός επιστροφής υπερβάσεων -clawback- και οι υποχρεωτικές εκπτώσεις -rebate- αφορούν όλες τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας από συμβεβλημένους ιδιώτες παρόχους, όπως διαγνωστικές εξετάσεις, νοσηλεία, φυσικοθεραπείες, ειδική αγωγή, παροχή ιατροτεχνολογικών προϊόντων και συμπληρωμάτων διατροφής από συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ επαγγελματίες υγείας. Τα ποσά υπολογίζονται κάθε εξάμηνο, με βάση τη διαφορά ανάμεσα στο επιτρεπόμενο όριο και την πραγματική δαπάνη, έπειτα από την αφαίρεση τυχόν εκπτώσεων (rebates) και μη αποδεκτών δαπανών, όπως αυτές προκύπτουν κατά τη διαδικασία ελέγχου και εκκαθάρισης³.

Εκτός των παραπάνω, έχουν υιοθετηθεί επιπρόσθετα μέτρα, που αφορούν τη διακυβέρνηση και την παρακολούθηση του συστήματος υγείας. Μεταξύ αυτών είναι η καθιέρωση περισσότερης δημοσιονομικής και λειτουργικής επίβλεψης των δαπανών υγείας από το Υπουργείο Οικονομικών, η δημοσίευση ελεγμένων λογαριασμών των νοσοκομείων και η βελτίωση των μηχανισμών τιμολόγησης και κοστολόγησης. Επίσης, ολοκληρώθηκε το πρόγραμμα μηχανοργάνωσης των νοσοκομείων με την αναβάθμιση των συστημάτων κατάρτισης των προϋπολογισμών τους και τη μεταρρύθμιση των συστημάτων διοίκησης, λογιστικής διαχείρισης, συμπεριλαμβανομένου διπλογραφικού λογιστικού συστήματος και χρηματοοικονομικής διαχείρισης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη δημοσίευση μηνιαίων στατιστικών στοιχείων σε ταμειακή βάση για τα έσοδα, τις δαπάνες, τη χρηματοδότηση και τις ληξιπρόθεσμες οφειλές των νοσοκομείων.

Παράλληλα, δημιουργήθηκαν στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης δύο διαδικτυακές βάσεις, το «Esy.net», για τη συλλογή και αποτίμηση

³ iatronet.gr

μηνιαίων λειτουργικών και οικονομικών δεδομένων των δημόσιων νοσοκομείων και ο Υγειονομικός Χάρτης για την παρακολούθηση της περιφερειακής κατανομής των υγειονομικών πόρων και του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Οι δύο αυτές βάσεις έχουν ως στόχο να συμβάλλουν στην αποδοτικότερη χρήση των πόρων υγείας και στην τεκμηριωμένη διαμόρφωση και εφαρμογή πολιτικής υγείας.

Όσον αφορά τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, αυξήθηκαν οι φόροι «υπέρ της υγείας», όπως ο φόρος στην κατανάλωση του αλκοόλ και των τσιγάρων. Επιπροσθέτως, όπως έχει ήδη αναφερθεί, αυξήθηκε η συμμετοχή των πολιτών για επισκέψεις σε κέντρα υγείας και νοσοκομεία σε 5 ευρώ. Ένα ακόμα μέτρο είναι η εφαρμογή της κατά κεφαλήν αποζημίωσης των συμβεβλημένων με τα ασφαλιστικά ταμεία ιατρών, βάσει των κλιμακίων περιθαλπομένων δικαιούχων περίθαλψης. Αυτό προβλέπεται στον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας του ΕΟΠΥΥ.

Τέλος, για την αποζημίωση των νοσοκομείων, άρχισε να λειτουργεί η μέθοδος των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ), τα οποία προσιδιάζουν με τις Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τεθούν ορισμένα ζητήματα που χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης. Πρώτον, είναι γεγονός ότι το σύστημα αυτό φέρνει πιο κοντά τη χρέωση των ασφαλιστικών ταμείων με το πραγματικό κόστος νοσηλείας. Δεύτερον, η μέθοδος αυτή συμβάλλει στην ορθολογικότερη διαχείριση των νοσοκομείων, εφόσον όμως αντανακλά το πραγματικό κόστος. Τρίτον, θα πρέπει να διερευνηθούν οι ενστάσεις που έχουν διατυπωθεί από το ιατρικό σώμα ότι οι μέρες νοσηλείας που ορίζουν τα ΚΕΝ για κάθε περιστατικό είναι λιγότερες και δεν ανταποκρίνονται στις πραγματικές μέρες που είναι αναγκαίες για την αποτελεσματική θεραπεία.

Μια ακόμα θεμελιώδης δομική παρέμβαση αφορά τη λειτουργική αναδιάταξη των μονάδων του ΕΣΥ (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011) και έχει στόχο τη συνδιοίκηση νοσοκομείων, τη συνένωση ομοειδών κλινικών μονάδων και εργαστηρίων εντός του ίδιου νοσοκομείου ή νοσοκομείων που γειτνιάζουν, τη μετατροπή μικρών μονάδων (γενικών νοσοκομείων – κέντρων υγείας) σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ή βραχείας, εξειδικευμένης νοσηλείας, τη συγχώνευση ομοειδών δραστηριοτήτων σε υποστηρικτικές υπηρεσίες (διοικητικές, τεχνικές, ξενοδοχειακές κ.λπ.) και την ορθολογική κατανομή προσωπικού και άλλων πόρων. Από την παραπάνω παρέμβαση, είναι δυνατό να επιτευχθούν οικονομίες κλίμακας, καλύτερη αξιοποίηση των πόρων και αποδοτικότερη και αποτελεσματικότερη λειτουργία των μονάδων υγείας, καθώς θα προκύψει μείωση αναγκών εφημερίας ιατρών και απαιτήσεων για επικουρικούς

ιατρούς, μείωση της κατάτμησης του νοσηλευτικού προσωπικού σε πολλά μικρά νοσηλευτικά τμήματα που οδηγεί σε αδυναμία να διεκπεραιωθούν οι βάρδιες του νοσηλευτικού προσωπικού, μείωση των απαιτήσεων σε αποθέματα/ανάγκες φαρμάκων και υγειονομικού υλικού που βρίσκεται στα φαρμακεία των τμημάτων, λόγω μείωσης του αριθμού των τμημάτων και άρα και των αντίστοιχων φαρμακείων και διαχειρίσεων/προμηθειών, μείωση του διοικητικού κόστους συντονισμού και τροφοδοσίας των νοσηλευτικών τμημάτων και παράλληλα μείωση των γραφειοκρατικών διαδικασιών, συνεπώς και λειτουργικών δαπανών.

2.7 Η νέα μεταρρύθμιση του ελληνικού συστήματος ασφάλισης

Σύμφωνα με το Ν.4387/2016, ο οποίος αναμόρφωσε το σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης ορίστηκε η εξασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης και κοινωνικής προστασίας με όρους ισότητας προς τους πολίτες. Έτσι, σύμφωνα με τον νόμο αυτό το ΙΚΑ-Ε.Τ.ΑΜ. μετονομάστηκε σε Εθνικό Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (Ε.Φ.Κ.Α) και αποτελεί το μοναδικό φορέα παροχής κύριας κοινωνικής ασφάλισης. Σε αυτόν τον φορέα εντάσσονται όλοι οι ασφαλιζόμενοι με εξαίρεση του Ν.Α.Τ και του Ο.Γ.Α που διατηρούν αυτοτελή νομική προσωπικότητα για την άσκηση των μη ασφαλιστικών τους αρμοδιοτήτων.

Επίσης, μαζί με τον Ε.Φ.Κ.Α. ιδρύθηκε και ένας φορέας επικουρικής ασφάλισης, το Ενιαίο Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης (Ε.Τ.Ε.Α.), το οποίο ενσωματώνει και το εφάπαξ. Σε περίπτωση που υπάρξουν ελλείματα θα καλύπτονται από τα περιουσιακά στοιχεία της Επικουρικής Ασφάλισης. Επίσης, δημιουργήθηκε ένας μόνιμος μηχανισμός παρακολούθησης και αντιμετώπισης ελλειμμάτων, ο οποίος θα λειτουργεί ως προάγγελος μελλοντικών περικοπών.

Σχέδιο της κυβέρνησης είναι η εθνική σύνταξη να αναπληρώσει τη σταδιακή κατάργηση του Επιδόματος Κοινωνικής Αλληλεγγύης Συνταξιούχων (Ε.Κ.Α.Σ.). Επίσης, το μέλλον θέλει να αυξήσει τις ασφαλιστικές εισφορές κατά μιάμιση μονάδα για τις επικουρικές συντάξεις και την κύρια σύνταξη θέλει να την αυξήσει κατά 20% για όλους.

2.8 Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας

Για να είναι αποδοτικά τα συστήματα υγείας θα πρέπει να διαθέτουν τους απαραίτητους πόρους και το κατάλληλο ανθρώπινο δυναμικό. Τα συστήματα υγείας θα πρέπει να διαθέτουν τους κατάλληλους οικονομικούς πόρους για να έχουν τις κατάλληλες υποδομές, τα κατάλληλα φάρμακα και το κατάλληλο προσωπικό υγείας. Στις περισσότερες χώρες τα συστήματα υγείας χαρακτηρίζονται από υψηλές δαπάνες και από περιορισμένους πόρους, γι' αυτό το λόγο θα πρέπει ή να περιοριστούν οι δαπάνες ή να αυξηθεί η χρηματοδότησή τους (Mossialos & Le Grand, 1999).

Η οικονομική κρίση επηρεάζει σημαντικά τα συστήματα υγείας, γιατί μειώνονται οι κρατικές δαπάνες που αφορούν την υγεία. Η ανεργία και τα ελλείμματα του δημοσίου τομέα επηρεάζουν τους προϋπολογισμούς της ασφάλισης και τις επιχειρήσεις υγείας του ιδιωτικού τομέα, αφού αντιμετωπίζουν προβλήματα με τη ρευστότητα (Appleby, 2008).

Σύμφωνα με την έκθεση του WHO «The Financial Crisis and Global Health» το 2009, όταν μειώνεται το εισόδημα των πολιτών τότε αυξάνεται η ζήτηση για τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Αυτό συμβαίνει, γιατί οι πολίτες στρέφονται στην ιατρική περίθαλψη με το μικρότερο κόστος. Όμως κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης αυξάνονται και τα προβλήματα των πολιτών, αφού όπως αναφέραμε παραπάνω οι πολίτες αρρωσταίνουν πολύ περισσότερο σωματικά και ψυχικά. Επομένως, η μείωση των δαπανών της περίθαλψης θα μπορούσε να αποβεί καταστροφική (The financial crisis and global health, 2009).

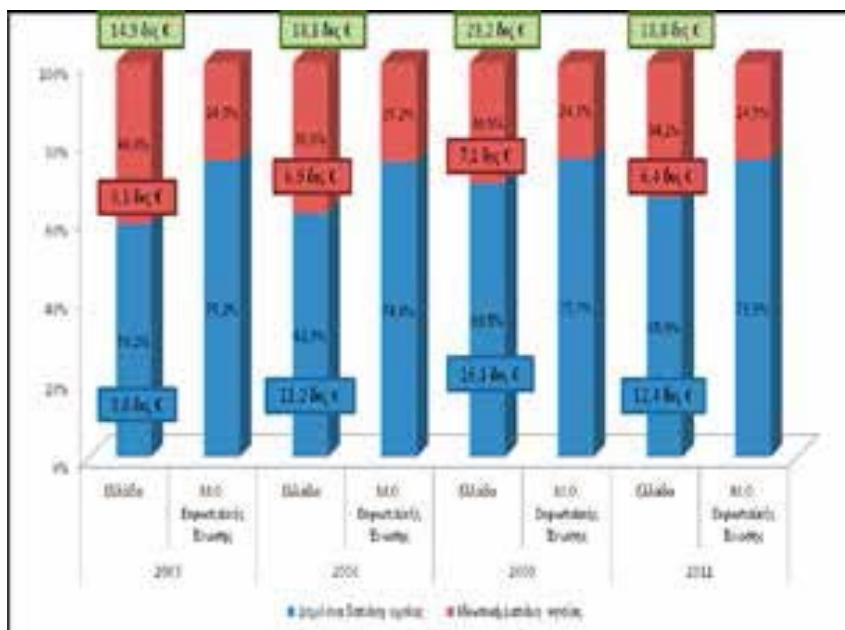
Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας πρότεινε κάποιες δράσεις έτσι ώστε σε μια περίοδο οικονομικής ύφεσης να εξασφαλιστεί ο τομέας της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Πρέπει αρχικά, να απαιτηθούν τα κεφάλαια που απαιτούνται για τον τομέα της υγείας. Οι υπεύθυνοι θα πρέπει να παρακολουθούν τις επιπτώσεις της κρίσης στον τομέα της υγείας των άλλων χωρών. Η έρευνα σχετικά με την υγεία που πραγματοποιείται στις πιο οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες θα πρέπει να συνεχιστεί και δεν θα πρέπει να επηρεαστεί στο ελάχιστο. Θα πρέπει να υπάρξουν πολιτικές υγείας που να στοχεύουν στην ισότητα, στην αλληλεγγύη και στην εφαρμογή νέων τρόπων στον τομέα στην υγείας διεθνώς (Κυριόπουλος, 2010).

2.9 Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα

Η Ελλάδα αντιμετωπίζει σοβαρά οικονομικά προβλήματα από το 2009 και μετά, διότι διαθέτει το δεύτερο μεγαλύτερο ετήσιο έλλειμμα κρατικού προϋπολογισμού και το δεύτερο μεγαλύτερο δημόσιο χρέος στην Ευρωπαϊκή Ένωση μετά την Ισπανία. Η κρίση εμφανίστηκε με την αύξηση του δημοσιονομικού ελλείμματος στο 15,6% του ΑΕΠ, το οποίο συνέχισε να παραμένει σε υψηλά επίπεδα παρά τις διαρθρωτικές ενέργειες που έγιναν, και το 2012 ήταν 15% του ΑΕΠ.

Τη δεκαετία 2000-2009 οι δαπάνες υγείας (δημόσιες και ιδιωτικές) αυξήθηκαν σημαντικά και το έλλειμμα έφτασε τα 50 δις. Από το 8,6% του ΑΕΠ το 2003 οι δαπάνες υγείας αυξήθηκαν σε 9,4% του ΑΕΠ το 2009. Αντίστοιχα, οι δημόσιες δαπάνες υγείας από 59,2% αυξήθηκαν σε 69,5% των συνολικών δαπανών υγείας από το 2003 μέχρι το 2009. Επίσης, οι πληρωμές των χρηστών μειώθηκαν από 38,5% σε 28,4% των συνολικών δαπανών υγείας από το 2003 στο 2009. Με αυτά τα δεδομένα ο τομέας της υγείας συνέβαλε στο δημόσιο έλλειμμα και γι' αυτό το λόγο εφάρμοσαν πολιτικές εξυγίανσης ίσες με 2,5% του ΑΕΠ.

Στην Ελλάδα, η δημόσια δαπάνη υγείας το 2011 είναι το 65,9% των συνολικών δαπανών υγείας και η ιδιωτική είναι το 34,1%. Στις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τα ποσά αυτά ξεπερνούν το 75% και το 24% κατά μέσο όρο (Καϊτελίδου και συν, 2016).



Πηγή: Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας-ΕΚΠΑ & ΕΛΣΤΑΤ, 2013

Διάγραμμα 2.1

Σύγκριση δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα- Μ.Ο. Ε.Ε.

Η δημόσια δαπάνη αυξήθηκε από το 2005 μέχρι το 2009 και η δημόσια ενδονοσοκομειακή δαπάνη αυξήθηκε κατά 63% από 4,3 δις ευρώ σε 7 δις ευρώ. Από το 2009 μέχρι το 2011, οι συνολικές τρέχουσες δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν κατά 4,4 δις ευρώ (μείωση 19%). Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε από 5,2 δις το 2009 σε 4 δις το 2011 (Economou et al., 2013). Οι πληρωμές των χρηστών (ιδιωτικές δαπάνες) αυξήθηκαν στο 30,9% των συνολικών δαπανών υγείας



Πηγή: Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας-ΕΚΠΑ & ΕΛΣΤΑΤ, 2013

Διάγραμμα 2.2

Δημόσια Ενδονοσοκομειακή, Δημόσια Φαρμακευτική, Δημόσια Εξονοσοκομειακή Δαπάνη και Δημόσια Δαπάνη για Λοιπές Υπηρεσίες σε δισ €

Όπως είναι λογικό εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, οι πολίτες της Ελλάδας έχουν στραφεί στις υπηρεσίες υγείας του δημόσιου τομέα γιατί αυτές διαθέτουν ασφαλιστική κάλυψη. Όσο μεγαλώνει η ζήτηση του δημόσιου τομέα, τόσο θα πρέπει το σύστημα υγείας αυτό να είναι αποδοτικό (Κυριόπουλος, 2010, Δημολιάτης και συν, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Δείκτες υγείας και ψυχική υγεία

3.1 Ψυχική υγεία

Δεν λογίζεται καλή υγεία δίχως καλή ψυχική υγεία. Στους πολίτες, η ψυχική υγεία παρέχει την ευχέρεια να αναπτύξουν το πνευματικό αλλά και το συναισθηματικό τους δυναμικό και να αποκτήσουν και να εκπληρώσουν τον καθοριστικό ρόλο τους στην κοινωνία, στο σχολικό περιβάλλον αλλά και στην επαγγελματική τους ζωή και καθημερινότητα.

Στις κοινωνίες, η καλή ψυχολογική υγεία των πολιτών βοηθάει καθοριστικά στην ευημερία, την αλληλεγγύη και την κοινωνική δικαιοσύνη. Αντιθέτως, η κακή ψυχική υγεία έχει σαν αποτέλεσμα πολλές και διαφοροποιημένες δαπάνες, απώλειες αλλά και πολλές επιβαρύνσεις για τους συγκεκριμένους πολίτες αλλά και τα γενικότερα κοινωνικά συστήματα.

Έννοιες της ψυχικής υγείας περιλαμβάνουν την υποκειμενική ευημερία, την αντίληψη, την αυτο-αποτελεσματικότητα, παρέχοντας υπεράσπιση, την αυτονομία, την ικανότητα, την εξάρτηση μεταξύ των γενεών και την αναγνώριση της δυνατότητας να αναπτύξουν το πνευματικό και συναισθηματικό τους δυναμικό. Επίσης, έχει οριστεί ως μια κατάσταση ευημερίας, σύμφωνα με την οποία τα άτομα μπορούν να αναγνωρίσουν τις ικανότητές τους, είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν τα άγχη της ζωής, να εργαστούν παραγωγικά και γόνιμα και να συνεισφέρουν στις κοινότητές τους. Η ψυχική υγεία αφορά στην βελτίωση των ικανοτήτων των ατόμων και των κοινωνιών και την διευκόλυνση αυτών να καταφέρνουν τους προσωπικούς τους στόχους. Η ψυχική υγεία θα πρέπει να είναι μια ανησυχία για όλους μας, όχι μόνο για εκείνους που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή. Τα προβλήματα της ψυχικής υγείας επηρεάζουν την κοινωνία ως σύνολο και όχι μόνο ένα μικρό ξεχωριστό τμήμα της. Για αυτό λοιπόν το λόγο αποτελούν μια πρόκληση στην παγκόσμια ανάπτυξη (Λιοδάκης και συν., 2006).

Ψυχική υγεία είναι η κατάσταση όπου το άτομο ζει με άνεση μέσα στην κοινότητα και ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα. Ψυχικά υγιές είναι το άτομο που έχει επίγνωση της ατομικής του ταυτότητας, συγκρίνει τον εαυτό του με πρότυπο διαχρονικό, είναι αυτοδύναμο, μπορεί να επιλύει τα προβλήματά του,

αισθάνεται ότι είναι χρήσιμο στην κοινωνία, αντιμετωπίζει το στρες και την κατάθλιψη σε αλλαγές που πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια της ζωής του, όπως είναι, για παράδειγμα, η μεταβατική περίοδος που ακολουθεί την συνταξιοδότηση, επηρεάζει και διαμορφώνει τις συνθήκες του περιβάλλοντός του. Έχει ικανότητα να αγαπά, να προσαρμόζεται στο χρόνο και στις συνθήκες, έχει αρμονία στα «θέλω» και στα «πρέπει» και διασκεδάζει. Οι δείκτες που επηρεάζουν το ευ ζην είναι οι κοινωνικές σχέσεις, η οικογενειακή ζωή και η διαχείριση του ελεύθερου χρόνου με δραστηριότητες που δίνουν νόημα, καλή φυσική υγεία, τάξη και ηρεμία. Ο εαυτός του κάθε ανθρώπου θα πρέπει να εμπλουτίζεται από κοινωνικούς ρόλους συνέχεια, για την εξέλιξη της ταυτότητάς του, ιδιαίτερα όταν βιώνει το αίσθημα της απώλειας της δουλειάς λόγω συνταξιοδότησης (Λιοδάκης και συν., 2006).

Γενικότερα, η ψυχική υγεία και κυρίως η κακή ψυχική υγεία αποτελεί βασικό παράγοντα για έναν άνθρωπο. Πολλές σύγχρονες έρευνες περιγράφουν την ψυχική υγεία σαν ένα γεγονός ευεξίας, όπου ένας άνθρωπος υλοποιεί τις ικανότητές του και είναι εφικτό να αντιμετωπίσει τα κανονικά άγχη και στρες της καθημερινότητας και να εργαστεί παραγωγικά και εποικοδομητικά. Παράλληλα έχει την ευχέρεια να συνεισφέρει στην κοινότητά του.

Η κακή ψυχική υγεία συνεπάγεται σε διαφοροποιημένα ζητήματα ψυχικής υγείας και έντασης, ελαττωμένη δράση η οποία έχει άμεση σχέση με την αγωνία, τα συμπτώματα αλλά και με διαγνώσιμες διανοητικές διαταραχές, όπως είναι για παράδειγμα, η σχιζοφρένεια αλλά και η κατάθλιψη (Gazzaniga & Heatherton, 2006).

Η συγκεκριμένη ψυχική κατάσταση των ατόμων οριοθετείται από διαφοροποιημένους παράγοντες περιέχοντας και βιολογικούς παράγοντες (όπως είναι για παράδειγμα γενετική και φύλο), ατομικούς παράγοντες (όπως είναι για παράδειγμα η ατομική πείρα), οικογενειακούς αλλά και κοινωνικούς παράγοντες (όπως είναι για παράδειγμα η κοινωνική υποστήριξη), αλλά και το σύνολο των οικονομικών αλλά και των περιβαλλοντικών παραγόντων (όπως είναι η κοινωνική θέση, καθώς επίσης και το σύνολο των συνθηκών διαβίωσης) (Μεγαλοοικονόμου και συν, 2011).

3.2 Δείκτες Υγείας

Η υγεία ενός ατόμου είναι μία πολυπαραγοντική κατάσταση και δεν επηρεάζεται μόνο από βιολογικούς παράγοντες αλλά και από κοινωνικούς, ψυχολογικούς, περιβαλλοντικούς, οικονομικούς και πολιτικούς παράγοντες. Όλοι οι παραπάνω παράγοντες είναι σημαντικοί και επηρεάζουν τη σωματική, την πνευματική και την κοινωνική ευημερία. Οι παράγοντες αυτοί δεν επηρεάζουν την υγεία του ανθρώπου ανεξάρτητα ο ένας από τον άλλο, αλλά αλληλεπιδρούν μεταξύ τους.

Η υγεία και η ασθένεια είναι δύο παράγοντες που αλληλοεπιδρούν συνεχώς μεταξύ τους και επηρεάζουν τον άνθρωπο συνεχώς. Είναι οι δύο όψεις του νομίσματος ενός ενιαίου και δυναμικού συστήματος, μέσα στο οποίο η θέση των ομάδων και των ατόμων προσδιορίζεται κάθε δεδομένη στιγμή (Καμινιώτη, 2012).

Οι δείκτες υγείας βοηθούν στο να συγκεντρωθούν όλα τα απαραίτητα στοιχεία σχετικά με την υγεία και να αξιολογηθούν τα αποτελέσματα για το επίπεδο υγείας του κάθε πληθυσμού. Στην ουσία, αποτελούν τη μονάδα μέτρησης των διαφόρων μεταβλητών της υγείας για έναν συγκεκριμένο πληθυσμό και για μία συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Ο κάθε δείκτης υγείας αποτελεί ένα συστατικό της υγείας και ο συνδυασμός όλων των δεικτών εκφράζει τη συνολική εικόνα του συστήματος υγείας και του προτύπου του πληθυσμού (Υγειονομικός Χάρτης της Ελλάδος, 2013).

Οι δείκτες υγείας που μπορούν να βοηθήσουν στην παρακολούθηση και στην αξιολόγηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού είναι:

- Οι θετικοί δείκτες, είναι αυτοί που παρουσιάζουν μία πιο ολοκληρωμένη εικόνα της υγείας. Οι θετικοί δείκτες είναι (Ιωαννίδη και συν, 1999):
 - ο Το προσδόκιμο επιβίωσης: δείχνει το μέσο χρόνο ζωής του πληθυσμού υπό φυσιολογικές συνθήκες
 - ο Ο δείκτης γεννητικότητας (γεννήσεις σε 1.000 κατοίκους): δείχνει το μέσο ποσοστό γεννήσεων στον πληθυσμό
 - ο Ο δείκτης ολικής γονιμότητας: δείχνει το μέσο αριθμό ζωντανών παιδιών που θα γεννήσει μία γυναίκα κατά τη διάρκεια τη ζωής της.

Ο δείκτης γεννητικότητας μειώθηκε το χρονικό διάστημα από το 1950 μέχρι το 1980 από 20 σε 16 γεννήσεις και αργότερα, μειώθηκε ακόμα περισσότερο φτάνοντας το 2001 στις 9 γεννήσεις ανά 1.000 κατοίκους. Την πενταετία 2005-2010, ο δείκτης γεννητικότητας αυξήθηκε λίγο και έφτασε τις 10 γεννήσεις ανά 1.000 άτομα.

Ο δείκτης ολικής γονιμότητας χρησιμοποιείται για να προσδιοριστεί το επίπεδο αντικατάστασης των γονέων. Στις ανεπτυγμένες χώρες ο δείκτης είναι 2,1, ενώ στην Ελλάδα ο δείκτης αυτός από τη δεκαετία του '80 που ήταν 2,23 μετά φτάνει το 2010 στο 1,51.

Πίνακας 3.1
Δείκτες ολικής γονιμότητας

2010	1,51
2009	1,51
2008	1,51
2007	1,41
2006	1,40
2005	1,33
2004	1,30
2003	1,28
2002	1,27
2001	1,25
2000	1,26
1990	1,39
1980	2,23

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2012

Πίνακας 3.2
Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση

Έτος	Άρρενες	Θήλειες
2010	78,1	82,8
2009	77,7	82,8
2008	77,5	82,5
2007	77,0	82,0
2006	77,1	82,0
2005	76,8	81,7
2004	76,6	81,5
2003	76,5	81,3
2002	76,2	81,1
2001	75,9	81,0
2000	75,5	80,5
1999	75,5	80,6
1998	75,4	80,4
1997	75,6	80,8
1996	75,1	80,4

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2012

Πίνακας 3.3
Προσδόκιμο ζωής ανά φύλο (2011)

Υγεία	Μονάδες	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση: άνδρες	Χρόνια	76.5	76.6	76.8	77.2	77.1	77.7	77.8
Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση: γυναίκες	Χρόνια	81.2	81.3	81.6	81.9	81.8	82.3	82.7

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2012

Οι υποκειμενικοί είναι (Burekhard & Anderson, 2003):

- ▶ Η ευεξία του ατόμου, γενικοί δείκτες (βάρος, ύψος, ηλικία), δείκτες γενικής συμπεριφοράς (κάπνισμα, αλκοόλ, ναρκωτικά) περιβαλλοντικοί δείκτες (ρύπανση ατμόσφαιρας κλπ.)

- ▶ Η ποιότητα ζωής, άριστο επίπεδο της ψυχικής, κοινωνικής και σωματικής λειτουργίας.
- Οι αρνητικοί δείκτες είναι αυτοί που εμφανίζουν τη συχνότητα νοσημάτων και άλλων παθολογικών καταστάσεων και με αυτόν τον τρόπο μετριέται το επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Οι αρνητικοί δείκτες είναι:
 - ο Ο δείκτης νοσηρότητας: δείχνει το ποσοστό των νοσούντων καθώς και την αιτία της νοσηλείας σε κάποιο συγκεκριμένο χρονικό διάστημα
 - ο Ο δείκτης θνησιμότητας: δείχνει τον αριθμό των θανάτων καθώς και την αιτία του θανάτου και σε κάποιο συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Μπορεί να είναι είτε γενικός δείκτης, είτε δείκτης ανά φύλο, ηλικία ή αιτία θανάτου.
 - ο Ο δείκτης θνητότητας: δείχνει την πιθανότητα θανάτου που υπάρχει από ένα συγκεκριμένο νόσημα.

Η βρεφική θνησιμότητα μειώνεται την τελευταία δεκαετία συνέχεια στην Ελλάδα, ενώ η θνησιμότητα παραμένει σταθερή.

Πίνακας 3.4
Βρεφική θνησιμότητα και ακαθάριστος δείκτης θνησιμότητας

Έτος	Βρεφική θνησιμότητα	Ακαθάριστος δείκτης θνησιμότητας
2010	3,80	9,70
2009	3,10	9,60
2008	2,65	9,60
2007	3,55	9,80
2006	3,70	9,50
2005	3,80	9,50
2004	4,06	9,50
2003	4,02	9,60
2002	5,12	9,50
2001	5,10	9,40
2000	5,43	9,60

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2012

Πίνακας 3.5
Νεογνική θνητότητα

	<i>Μονάδα</i>	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Νεογνική θνησιμότητα	Ανά 100.000	4	4.1	3.8	3.7	3.5	2.7	3.1

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2012

Πίνακας 3.6
Αδρός δείκτης θνητότητας ανά ΥΠΕ, απογραφή 2006

<i>Όνομα</i>	<i>Πληθυσμός</i>	<i>Θάνατοι</i>	<i>Δείκτης</i>
1η Αττικής	3131719	25186	8,04
2η Πειραιώς - Αιγαίου	1170928	10458	8,93
3η Μακεδονίας	677842	7293	10,76
4η Μακεδονίας - Θράκης	2010929	19489	9,69
5η Θεσσαλίας - Στερεάς Ελλάδας	1235901	14301	11,57
7η Κρήτης	569776	5854	10,27
6η Πελοποννήσου - Ιονίων νήσων - Δυτικής Ελλάδας - Ηπείρου	1821680	22416	12,31

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2012

Πίνακας 3.7
Δείκτες θνητότητας ανά αιτίες (ηλικίες 30-70/ 100.000 κατοίκους) για την Ελλάδα και την Ε.Ε.

	<i>Ελλάδα</i>		<i>Ε.Ε.</i>	
Όλες οι περιπτώσεις το 2008	325		
Καρκίνος το 2008	137		
Καρδιοαγγειακά νοσήματα και διαβήτης το 2008	109			
Χρόνια αναπνευστικά προβλήματα το 2008	11		
AIDS το 2000 και το 2009	2,8	1,8	2,6	9,6
Φυματίωση το 2000 και το 2010	0,8	0,7	8,6	6,8

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2012

Πίνακας 3.8
Δείκτες νοσηρότητας ανά αιτίες (ηλικίες 30-70/ 100.000 κατοίκους) για την
Ελλάδα και την Ε.Ε.

	Ελλάδα		Ε.Ε.	
AIDS επίπτωση το 2000 και το 2009	26	18
AIDS επιπολασμός το 2000 και το 2009	73	79	132	257
Φυματίωση επίπτωση το 2000 και το 2010	7,6	4,6	56	47
Φυματίωση επιπολασμός το 2000 και το 2010	9,8	5,7	77	63

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2012

Πίνακας 3.9
Νοσηρότητα λοιμοδόν νοσημάτων στην Ελλάδα

Λοιμώδη νοσήματα	2000	2010	2011
Αιμορραγικοί πυρετοί, ιογενείς	0	263	101
Αλλαντίαση	3.137	0	0
Ανεμοβλογιά με επιπλοκές	547	5	3
Βρουκέλλωση	1	97	100
Γρίπη (επιβεβαιωμένη εργαστηριακά)	0	3334	1504
Ηπατίτιδα οξεία Α'	0	58	42
Ηπατίτιδα οξεία Β'	0	34	39
Λεγμονέλλωση	0	9	18
Λεπτοσπείρωση	0	24	20
Λύσσα	50	0	0
Μηνιγγίτιδα ιογενής	13	201	156
Μηνιγγίτιδα βακτηριακή	0	155	140
Μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος	1	56	47
Πανώλη	396	0	0
Παρωτίτιδα	181	2	1
Πολιομυελίτιδα	258	0	0
Σαλμονέλλωση	32	299	475
Σιγκέλλωση	0	33	47
Σύφιλη συγγενής	0	1	3
Τέτανος	234	5	11
Φυματίωση	17	487	478

Πηγή: ΚΕΕΛΠΝΟ- ΥΥΚΑ, 2012

- Οι οικονομικοί ή διοικητικοί δείκτες είναι αυτοί που δείχνουν την οικονομική και διοικητική κατάσταση στο σύστημα υπηρεσιών υγείας σε μια χώρα. Αναλυτικότερα, οι οικονομικοί ή διοικητικοί δείκτες είναι (Noulas, 2014):
 - Οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ: δείχνουν το ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος, το οποίο δαπανάται στο χώρο της υγείας.
 - Οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας: δείχνουν το ποσό των χρημάτων που έχουν δαπανηθεί στο χώρο υγείας και αντιστοιχούν σε κάθε κάτοικο της χώρας.
 - Ο αριθμός των ιατρών ανά 100.000 κατοίκους: δείχνει τον αριθμό των ιατρών που αντιστοιχούν σε 100.000 κατοίκους.
 - Ο αριθμός νοσηλευτών ανά 100.000 κατοίκους: δείχνει τον αριθμό του νοσηλευτικού προσωπικού ανά 100.000 κατοίκους.
 - Ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών ανά 100.000 κατοίκους: δείχνει τον αριθμό των κλινών σε κλινικές και νοσοκομεία ανά 100.000 κατοίκους.
 - Ο αριθμός των εισαγωγών και των εξαγωγών σε ένα νοσοκομείο: δείχνει τον αριθμό των ατόμων που εισέρχονται σε ένα συγκεκριμένο νοσοκομείο προκειμένου να νοσηλευτούν και τον αριθμό των ατόμων που λαμβάνουν εξιτήριο από αυτό το νοσοκομείο.
 - Η μέση διάρκεια νοσηλείας: δείχνει το μέσο αριθμό νοσηλείας ανά ασθενή.
 - Ο αριθμός επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία: δείχνει τον αριθμό των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία.
 - Ο αριθμός των εργαστηριακών εξετάσεων: δείχνει τον αριθμό των εργαστηριακών εξετάσεων.
 - Το μέσο ποσοστό κάλυψης των κλινών: δείχνει το μέσο αριθμό μέσα σε ένα χρόνο που μία κλίνη περιέχει κάποιον ασθενή.
 - Ο δείκτης πολυπλοκότητας και σοβαρότητας των περιστατικών Roemer (RCI): δείχνει τη μέση διάρκεια νοσηλείας όλων των περιστατικών σε κάθε νοσοκομείο στο ποσοστό κάλυψης των κλινών.

Οι πιο σημαντικοί δείκτες υγείας αναλύθηκαν παραπάνω. Εκτός όμως από αυτούς υπάρχουν και δείκτες υγείας που είναι πιο γενικοί και που αφορούν το σύνολο του

πληθυσμού και όχι μόνο τους ανθρώπους που έχουν κάποιο σύμπτωμα. Οι δείκτες αυτοί έχουν το πλεονέκτημα ότι επιτρέπουν την σύγκριση του γενικού επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Οι δείκτες αυτοί είναι:

- **Ισοδύναμα Υγιή Χρόνια Ζωής:** ο δείκτης αυτός δείχνει τα χρόνια ζωής σε κατάσταση τέλει υγείας
- **Ποιοτικά Σταθμισμένα Χρόνια Ζωής:** ο δείκτης αυτός δείχνει τα χρόνια ζωής ενός ατόμου σταθμισμένα με την ποιότητα ζωής που τους αποδίδει το άτομο.
- **Δυνητικά Χαμένα Χρόνια Ζωής:** ο δείκτης αυτός δείχνει τα συνολικά χρόνια ζωής που χάνονται από αιτίες που θα μπορούσαν να αποφευχθούν.
- **Υγιές Προσδόκιμο Ζωής:** ο δείκτης αυτός δείχνει τα χρόνια τα οποία ένας πληθυσμός μπορεί να ζήσει χωρίς σοβαρή ανικανότητα ή βλάβης.
- **Χρόνια Ζωής Σταθμισμένα για Ανικανότητα:** ο δείκτης αυτός δείχνει τα συνολικά χρόνια με καλή υγεία κατά κύριες αιτίες ανικανότητας.

3.3 Οικονομική κρίση και η επίδρασή της στους δείκτες υγείας των πολιτών

Η οικονομική κρίση που μαστίζει τα τελευταία χρόνια την παγκόσμια κοινότητα επηρεάζει τους δείκτες υγείας του πληθυσμού. Οι επιπτώσεις της δεν φαίνονται μόνο στο επίπεδο υγείας μιας κοινότητας αλλά και στη δυνατότητα των συστημάτων υγείας να παρέχουν αποτελεσματικές και επαρκείς υπηρεσίες υγείας στους πολίτες τους.

Λόγω της οικονομικής κρίσης πολλές κυβερνήσεις έχουν μειώσει τη δημόσια χρηματοδότηση για τις δαπάνες υγείας, γεγονός που οδήγησε στην αύξηση των ιδιωτικών δαπανών. Αποτέλεσμα της μείωσης της χρηματοδότησης είναι ότι δεν υπάρχει ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας και ότι οι ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού δεν έχουν την κατάλληλη πρόσβαση σε αυτό. Τα αποτελέσματα της οικονομικής κρίσης και της μείωσης των δαπανών για την υγεία έχουν επιπτώσεις στη ζωή των ανθρώπων.

Η πρώτη αιτία θνησιμότητας και νοσηρότητας είναι η φτώχεια. Σημαντικό ρόλο παίζει βέβαια και η ανεργία, η οποία αυξάνει τη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα, από αυτοκτονίες και από άλλες αιτίες θανάτου μέχρι και 20% (Jin et al., 1995). Η μείωση των δαπανών υγείας επηρέασε πρώτα από όλα τις ευπαθείς ομάδες του

πληθυσμού, δηλαδή τους απόρους, τους ανέργους, τους μετανάστες κ.ά. (Hopkins, 2006; Chang et al., 2009; Cavagnero and Bilger, 2010).

Σημαντικό ρόλο παίζει και η ετοιμότητα ενός συστήματος υγείας να αντιμετωπίσει μία ενδεχόμενη κρίση. Όσο πιο καλά είναι προετοιμασμένο ένα σύστημα υγείας τόσο πιο εύκολα μπορεί να αντιμετωπίσει μία κρίση. Για παράδειγμα, κάποιες χώρες της Ε.Ε. όπως είναι η Εσθονία, η Ιταλία, η Τσεχία, η Λιθουανία διαπιστώθηκε ότι ήταν πιο καλά προετοιμασμένες να αντιμετωπίσουν μία κρίση, επειδή είχαν λάβει τα κατάλληλα μέτρα πριν από την κρίση. Οι χώρες αυτές κατά τη διάρκεια της κρίσης χρησιμοποίησαν αντικυκλικές πολιτικές με αύξηση των δαπανών υγείας, με τη χρήση συγκεκριμένων υποθηκευμένων πόρων για την υγεία.

3.4 Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην υγεία των πολιτών

Η οικονομική κρίση σχετίζεται άμεσα με το ασφαλιστικό σύστημα και κυρίως οδηγεί σε ανασφάλιστη εργασία, σε ανεργία, σε μείωση του εισοδήματος και σε εργασιακή ανασφάλεια. Σύμφωνα με το Διεθνές Γραφείο Εργασίας (International Labour Organization, ILO), οι φτωχοί εργαζόμενοι έχουν αυξηθεί παγκόσμια κατά 200 εκατομμύρια (International labour organization, 2009). Όπως είναι λογικό η μεγάλη ανεργία σε συνδυασμό με τη φτώχεια αυξάνουν τις ανισότητες μέσα σε μία χώρα.

Μετά από πολλές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν διαπιστώθηκε ότι η οικονομική κατάσταση ενός ατόμου επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την υγεία του (Mackenbach, 2005, Wagstaff, 2002, Singh & Yu, 1996, Sells & Blum, 1996). Η κακή οικονομική κατάσταση των πολιτών μιας χώρας έχει αντίκτυπο σε πολλούς δείκτες υγείας όπως είναι η νοσηρότητα, η θνησιμότητα, το προσδόκιμο επιβίωσης και η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Η οικονομική κρίση συχνά επηρεάζει τα άτομα και τα οδηγεί στο να τρώνε φτηνό-πλαστικό φαγητό. Άλλες πάλι φορές τα άτομα λόγω της οικονομικής κρίσης μαγειρεύουν και τρώνε στο σπίτι, για να κάνουν οικονομία, οπότε βελτιώνονται οι διατροφικές τους συνήθειες (Ruhm, 2000).

Η οικονομική κρίση είναι επίσης υπεύθυνη για τις ανισότητες που υπάρχουν στο χώρο της υγείας. Οι μεγάλες εισοδηματικές ανισότητες, η ανεργία, η αβεβαιότητα και η έλλειψη στέγης είναι οι κυριότερες αιτίες για τις διάφορες ψυχολογικές διαταραχές όπως είναι το άγχος και η κατάθλιψη (Χαραλάμπους και Τσίτση, 2010). Οι άνεργοι έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για θάνατο ή για αναπηρίες και έχουν περισσότερες χρόνιες ασθένειες. Επίσης, στους άνεργους αυξάνεται ο κίνδυνος αυτοτραυματισμού και οι

αυτοκτονίες, αυξάνεται η ημερήσια κατανάλωση αλκοόλ και πολλές φορές τρώνε μη υγιεινές τροφές που κάνουν κακό μακροπρόθεσμα στην υγεία τους.

Το 2007 ο Οικονόμου και οι συνεργάτες του πραγματοποίησαν μία έρευν η οποία κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η αύξηση της ανεργίας κατά 1% επιφέρει αύξηση στο δείκτη θνησιμότητας κατά 2,18 (Economou et all, 2007). Ειδικά η φτώχεια συνδέεται με πολλά προβλήματα υγεία αφού οδηγεί τους ανθρώπους στο να ζουν σε ένα υποβαθμισμένο περιβάλλον και να μη τρέφονται σωστά. Τα προβλήματα που έχουν δεν τους επιτρέπουν να υιοθετήσουν έναν σωστό και υγιεινό τρόπο ζωής και τις περισσότερες φορές δεν τους επιτρέπουν να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας (Σουλιώτης, 2000). Το 1980, ο Black και οι συνεργάτες του πραγματοποίησαν μία έρευνα και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο κίνδυνος θανάτου στις φτωχότερες κοινωνικές τάξεις είναι 2,5 φορές μεγαλύτερος από τον κίνδυνο θανάτου στις υψηλότερες τάξεις (Black et all, 1980).

Ο τομέας που πλήττεται περισσότερο από οποιονδήποτε άλλο σε μια οικονομική κρίση είναι η απασχόληση. Οι εργαζόμενοι νιώθουν πως είναι πιθανό να χάσουν την δουλειά τους και τελικά πολλοί από αυτούς μένουν άνεργοι (Καραϊσκού, Μαλλιαρού, & Σαράφης, 2012).

Οι έρευνες έχουν δείξει πως όταν οι άνθρωποι δεν νιώθουν σίγουροι για την εργασία τους ή όταν μένουν άνεργοι και δεν έχουν πια σταθερό εισόδημα και προσπαθούν να επιβιώσουν με λίγα χρήματα, η υγεία τους επιβαρύνεται. Αυτό συμβαίνει, γιατί όταν οι πολίτες δεν έχουν αρκετά χρήματα, έχουν στρες και πολλοί από αυτούς καταφεύγουν σε κατάχρηση αλκοόλ, καπνίσματος και τσιγάρων με σκοπό να ξεχαστούν.

Από άλλη έρευνα φαίνεται πως η απώλεια εργασίας είναι η 8η αιτία που δημιουργεί στρες. Επιπλέον η ανεργία επιδρά αρνητικά στην ψυχική υγεία, έχουν μειωμένα επίπεδα ευεξίας, περισσότερες ψυχικές διαταραχές, έχουν κατάθλιψη και κάποιες φορές παρατηρούνται και επιθετικές συμπεριφορές.

Σε παλαιότερες μελέτες που έγιναν στην Αγγλία και στην Ουαλία φαίνεται πως η ανεργία αυξάνει κατά 20% την θνησιμότητα και την νοσηρότητα. Στο ποσοστό αυτό το μεγαλύτερο μέρος αποτελείται από καρδιακές παθήσεις και αυτοκτονίες.

Σε μία άλλη έρευνα που έγινε σε 3.500 χιλιάδες ανθρώπους και διήρκησε από το 1995 έως το 1999 κατέγραψε την συμπεριφορά και την κατάσταση της υγείας τους διάφορους ανθρώπους. Ο στόχος της έρευνας ήταν να διαπιστωθεί αν υπάρχουν διαφορές μεταξύ αυτών που βρίσκονται σε εργασιακή ανασφάλεια και σε αυτός που νιώθουν

εργασιακά ασφαλής.

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν πως τα άτομα που βρίσκονται σε εργασιακή ανασφάλεια είτε είναι άνεργοι εμφανίζουν αυξημένη σωματική και ψυχική νοσηρότητα. Επιπλέον έδειξε πως οι αρνητικές επιπτώσεις παραμένουν στους ανθρώπους που είχαν ανασφάλεια ακόμα και όταν δεν έχασαν τελικά τη δουλειά τους.

Σε μία ακόμα έρευνα που έγινε σε 26 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης από το 1970 έως 2007 έγινε προσπάθεια για να καταγραφούν οι συσχετίσεις μεταξύ των αλλαγών στην απασχόληση και στη θνησιμότητα. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως όταν αυξήθηκε η ανεργία κατά 1% οι αυτοκτονίες αυξήθηκαν κατά 0,79% σε όλες τις ηλικίες που είναι μικρότερες των 65 ετών. Όταν τα ποσοστά της ανεργίας αυξήθηκαν κατά 3% τότε το ποσοστό της αύξησης των αυτοκτονιών είναι στο 4,45%, ενώ ταυτόχρονα παρατηρήθηκε αύξηση των θανάτων λόγω αλκοόλ κατά 28%. Πολλοί

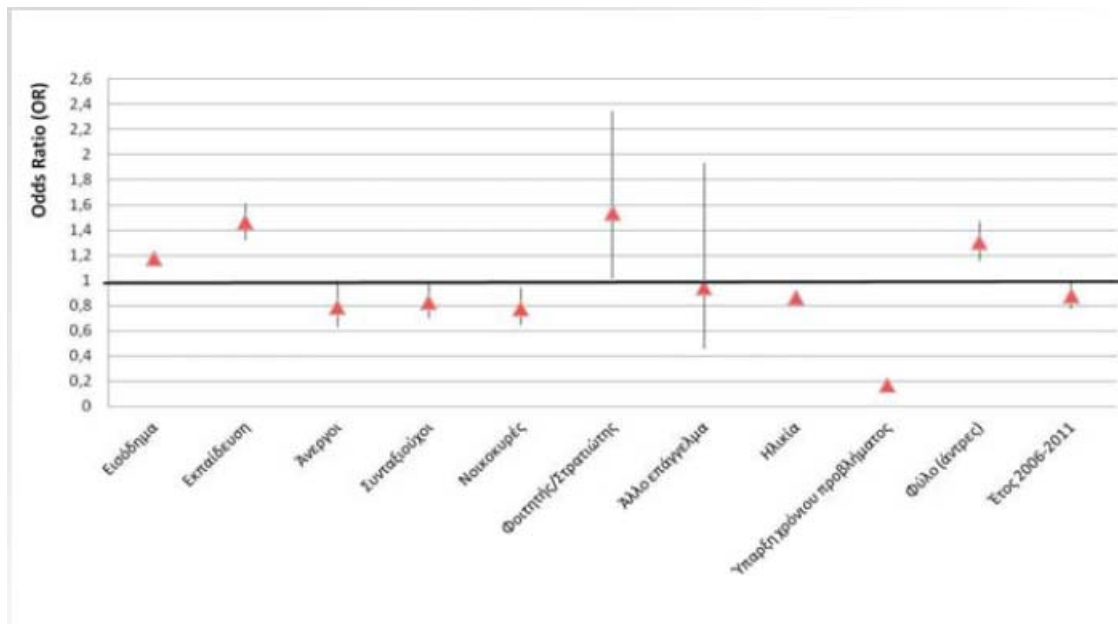
ερευνητές συμφωνούν πως η απώλεια της εργασίας αυξάνει τον κίνδυνο ψυχιατρικών διαταραχών και όλες τις σωματικές επιπτώσεις που φέρνουν αυτές. Ανάλογες έρευνες δείχνουν μεγάλη συσχέτιση μεταξύ της ανεργίας και της κατάθλιψης, του άγχους, της χρήσης διάφορων ουσιών και της αντικοινωνικής συμπεριφοράς (Μπουρας & Λυκουρας, 2011).

Μια άλλη μελέτη που έκαναν οι Paul και Moser, σχετικά με το πόσο επιδρά η ανεργία στην ψυχολογική κατάσταση των ανθρώπων, έδειξε πως ο αριθμός των ανέργων που έχουν ψυχολογικά προβλήματα είναι υπερδιπλάσιος από τον αριθμό των εργαζόμενων. Επιπλέον στην ίδια έρευνα φαίνεται πως υπάρχουν διαφορές στην ψυχική υγεία των εργαζόμενων και των ανέργων. Οι άνεργοι φαίνεται να έχουν περισσότερο άγχος, κατάθλιψη, διάφορα ψυχοσωματικά προβλήματα και μειωμένο αίσθημα αυτοεκτίμησης σε σχέση με τους ανθρώπους που εργάζονται.

Ένας λόγος που εμφανίζονται αυτά τα προβλήματα είναι η κοινωνική κατάσταση που πιέζει τους ανθρώπους και ιδιαίτερα τους άνδρες και τους κάνει να νιώθουν πως δεν μπορούν να προσφέρουν ασφάλεια και υλικά αγαθά στην οικογένειά τους.

Επιπλέον τα άτομα που ανήκουν σε πιο χαμηλές κοινωνικές θέσεις τείνουν να έχουν μεγαλύτερα ψυχολογικά προβλήματα από την ανεργία και πολλά αυτά τα άτομα αδυνατούν να τα καταπολεμήσουν. Αυτά τα φαινόμενα τεκμηριώνονται από μια νέα έρευνα που προσπάθησε να συσχετίσει την φτώχεια με τις ψυχολογικές διαταραχές. Τα αποτελέσματά της έδειξαν πως οι διακρίσεις που κάνει η κοινωνία, ο κοινωνικός αποκλεισμός κάποιων ατόμων, η ανασφάλεια που νιώθουν κάποια άτομα, η ελλιπής

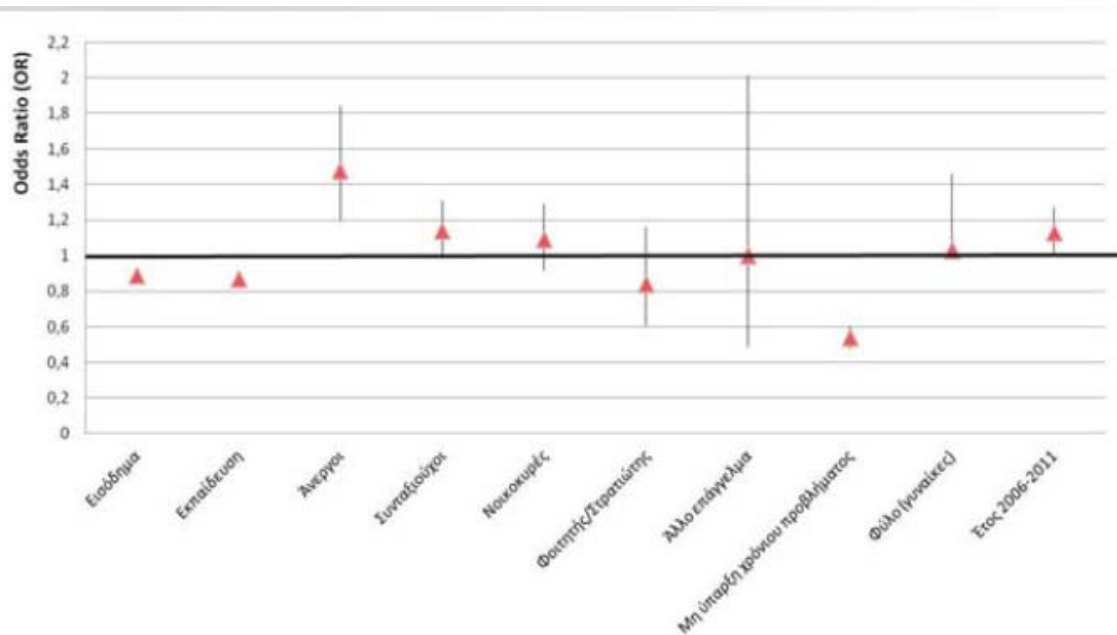
εκπαίδευση που πιθανόν να έχουν, αλλά και το μειωμένο εισόδημα μεγιστοποιούν τα φαινόμενα της κρίσης. Γι' αυτόν τον λόγο τα κατώτερα κοινωνικά στρώματα μαστιζονται περισσότερο από την κρίση άρα και από τα προβλήματα που αυτή φέρει. Στο παρακάτω διάγραμμα θα δούμε τους παράγοντες που επιδρούν στην αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας των ανθρώπων από το 2006 μέχρι το 2011. Οι πιο σημαντικοί παράγοντες είναι οι φοιτητές/ στρατιωτικοί, η εκπαίδευση, το εισόδημα και το φύλο.



Πηγή: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2011

Διάγραμμα 3.1
Παράγοντες επίδρασης στην αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας

Στο Διάγραμμα 3.2 φαίνονται οι παράγοντες που επιδρούν στην κατάθλιψη. Οι πιο σημαντικοί παράγοντες που σχετίζονται με την κατάθλιψη είναι η ανεργία και η συνταξιοδότηση και το δύσκολο επάγγελμα της νοικοκυράς.



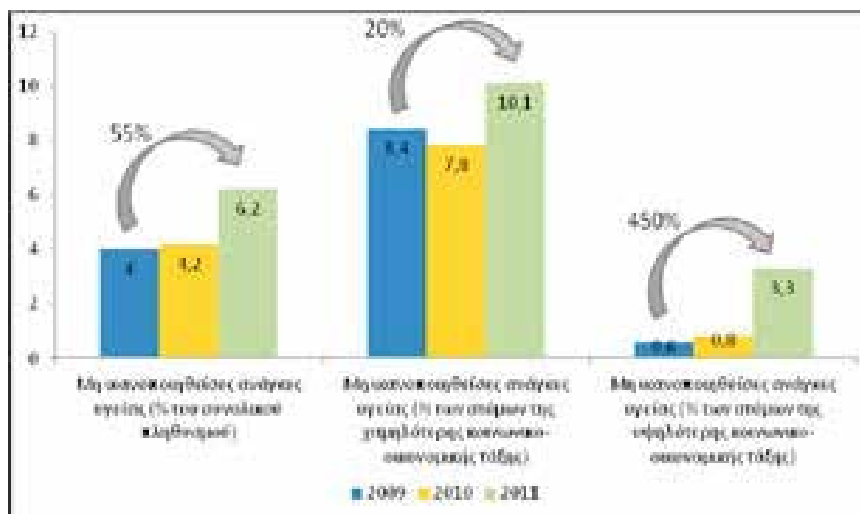
Πηγή: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2011

Διάγραμμα 3.2 Παράγοντες επίδρασης στην κατάθλιψη

Η χρήση των υπηρεσιών υγείας στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, αυξήθηκε κατά τη περίοδο της κρίσης, το 2010 αυξήθηκε κατά 18% σε σχέση με το 2009, το 2011 αυξήθηκε κατά 10% σε σχέση με το 2010 και το 2012 αυξήθηκε κατά 4,5% σε σχέση με το 2011. Αυξήθηκαν επίσης οι επισκέψεις και στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων κατά 9% το 2010 σε σχέση με το 2009. Επίσης, αυξήθηκαν οι επισκέψεις στα απογευματινά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων κατά 2% το 2010 σε σύγκριση με το 2009 (Καϊτελίδου και συν, 2016).

Το χρονικό διάστημα 2010-2012 αυξήθηκαν κατά πολύ ο χρόνος αναμονής στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων. Η αναμονή για τις χημειοθεραπείες και τις ακτινοθεραπείες στα δημόσια νοσοκομεία της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης ξεπερνά τις 50 ημέρες. Ο μέσος όρος αύξησης της αναμονής στα νοσοκομεία αυτά είναι περίπου 45 ημέρες (Καϊτελίδου και συν, 2016).

Σημαντική αύξηση παρουσιάζουν και οι μη ικανοποιηθείσες ανάγκες του πληθυσμού, οι οποίες αυξήθηκαν κατά 55% από το 2009 μέχρι το 2011.



Πηγή: OECD HEALTH DATA 2013 Electronic questionnaire Dataset: Health Status (HEALTH_STAT), Eurostat, EU-SILC 2013

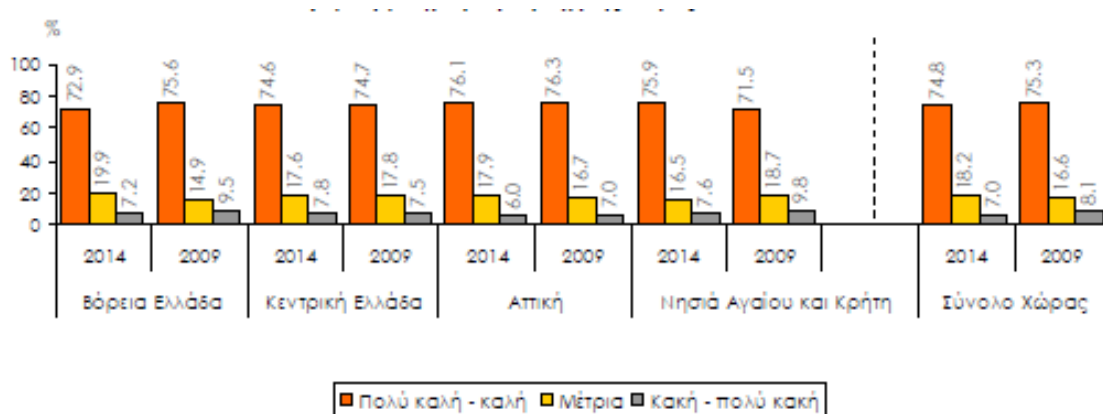
Διάγραμμα 3.3 Μη ικανοποιηθείσες ανάγκες υγείας στην Ελλάδα, 2009-2011

Κάποιες προτάσεις για το σύστημα υγείας της Ελλάδας είναι οι εξής: (Μαλλιάρου και Σαράφης, 2012)

- Θα πρέπει να αναπτυχθεί σωστά η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
- Να αναπτυχθεί ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού
- Να παρακολουθούνται συχνά οι δείκτες υγείας
- Να εκπαιδεύονται και να ενημερώνονται συνεχώς οι πολίτες για θέματα υγείας
- Να υπάρξει σωστή συνεργασία των φορέων υγείας
- Να αξιοποιηθούν αποτελεσματικά όλες οι υπάρχουσες τεχνολογίες υγείας
- Να υπάρξουν πόροι που να χρησιμοποιούνται για την πρόληψη και όχι μόνο για τη θεραπεία
- Να δημιουργηθεί ένα κοινωνικό δίκτυο εθελοντικής προστασίας των αδύναμων ομάδων

Το 2009 πραγματοποιήθηκε για πρώτη φορά στη χώρα μας μία έρευνα σε δείγμα 8.223 ιδιωτικών νοικοκυριών και σε ισάριθμα μέλη αυτών. Σε κάθε νοικοκυριό επιλέχτηκε τυχαία ένα άτομο ηλικίας πάνω από 15 ετών. Σύμφωνα με την έρευνα αυτή, προέκυψαν

σημαντικά στοιχεία για την κατάσταση υγείας του πληθυσμού των ατόμων πάνω από 15 ετών και για τη χρήση υπηρεσιών υγείας.



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2014

Διάγραμμα 3.4
Γενική κατάσταση υγείας. Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω, κατά μεγάλη γεωγραφική περιοχή της Χώρας, 2009, 2014

Το 2009, το 74,8% του πληθυσμού στην Ελλάδα δηλώνει ότι έχει πολύ καλή υγεία ή καλή υγεία, το 18,2% δηλώνει ότι έχει μέτρια υγεία και το 7,05% ότι έχει κακή ή πολύ κακή υγεία.

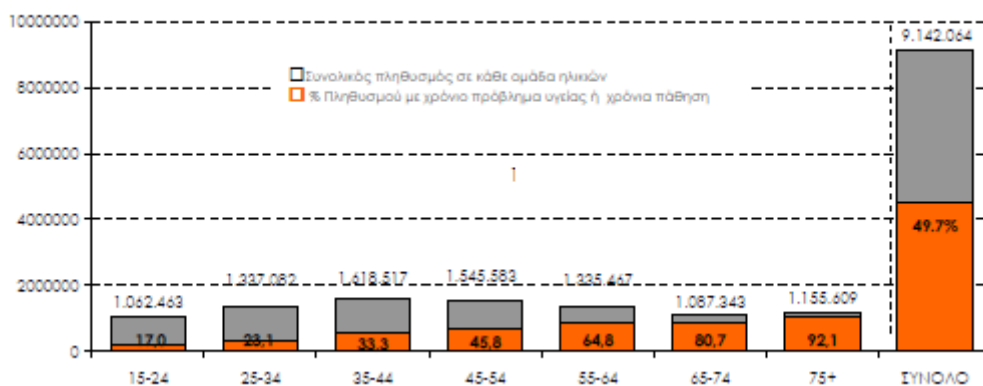
Το 2014 σε σύγκριση με τα στοιχεία του 2009, έχουμε μικρή μείωση (-0,7%) στο ποσοστό του πληθυσμού που δηλώνει πολύ καλή ή καλή υγεία, αύξηση (9,6%) στο ποσοστό του πληθυσμού που δηλώνει μέτρια υγεία και μείωση (-13,6%) στο ποσοστό που δηλώνουν κακή ή πολύ κακή υγεία (ΕΛΣΤΑΤ, 2014).



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2014

Διάγραμμα 3.5
Πληθυσμός με ή χωρίς χρόνιο πρόβλημα υγείας ή χρόνια πάθηση, 2009, 2014

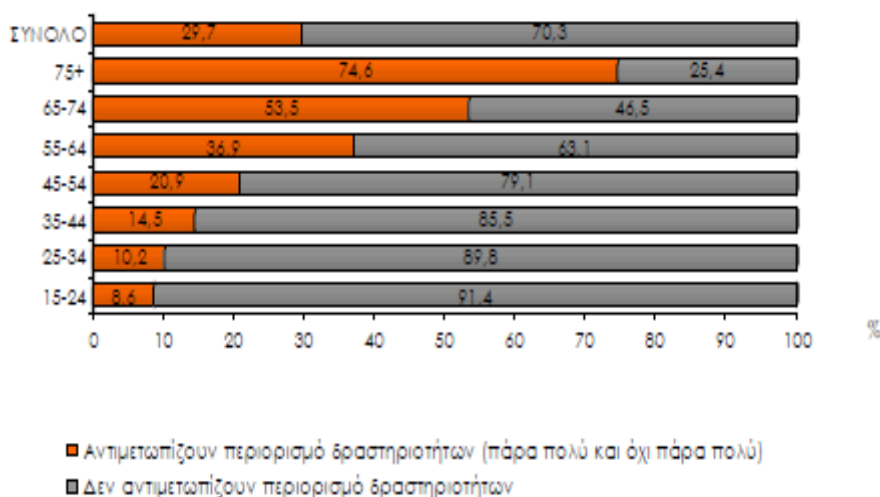
Το ποσοστό των ατόμων που δηλώνουν ότι πάσχουν από κάποια χρόνια πάθηση ή κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας αυξήθηκε κατά 25,5% από το 2009 στο 2014. Επίσης, ένας στους δύο, δηλώνει ότι έχει κάποιο χρόνιο πρόβλημα ή κάποια χρόνια πάθηση. Από αυτούς που δηλώνουν ότι έχουν κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας ή κάποια χρόνια πάθηση, έξι στους δέκα είναι πάνω από 55 ετών. Στο παρακάτω διάγραμμα φαίνεται η ποσοστιαία κατανομή του πληθυσμού που δήλωσε ότι πάσχει από κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας ή από κάποια χρόνια πάθηση (ΕΛΣΤΑΤ, 2014).



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2014

Διάγραμμα 3.6
Ποσοστό του πληθυσμού με χρόνια πρόβλημα υγείας ή χρόνια πάθηση, 2014

Στο παρακάτω διάγραμμα φαίνεται το ποσοστό του πληθυσμού που έχουν περιοριστεί οι δραστηριότητές τους λόγω προβλημάτων υγείας. Όπως είναι λογικό τα άτομα μεγάλης ηλικίας έχουν περιορίσει τις δραστηριότητές τους λόγω προβλημάτων υγείας. Πιο συγκεκριμένα, ένας στους δύο ηλικίας 65-74 ετών και οχτώ στους δέκα ηλικίας 75 ετών δήλωσαν ότι έχουν περιορίσει τις δραστηριότητές τους λόγω κάποιων προβλημάτων υγείας.



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2014

Διάγραμμα 3.7
Πληθυσμός κάθε ομάδας ηλικιών ανάλογα με το βαθμό περιορισμού λόγω των προβλημάτων υγείας, 2014

Σύμφωνα με την έρευνα αυτή προέκυψαν κάποια βασικά στοιχεία που αφορούν τον επιπολασμό των νοσημάτων, τα οποία είναι (ΕΛΣΤΑΤ, 2014):

- Το 4,4% του πληθυσμού πάσχει από άσμα το 2014, ποσοστό που είναι περίπου το ίδιο με αυτό του 2009.
- Το 2,1% του πληθυσμού έχει υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου το 2014, συγκριτικά με το 1,4% του 2009. Το ποσοστό αυτό αυξήθηκε το 2014 κατά 50% σε σχέση με το 2009.
- Το 20,9% του πληθυσμού δήλωσε ότι πάσχει από υπέρταση το 2014, συγκριτικά με το 20,2% του 2009. Το ποσοστό αυτό αυξήθηκε κατά 3,5% από το 2009 στο 2014.
- Το 2,1% του πληθυσμού έχουν υποστεί αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή υφίσταται τις χρόνιες συνέπειες παλαιού εγκεφαλικού το 2009 και το 1,7% αντίστοιχα το 2014. Σε σχέση με το 2009, το ποσοστό αυτό έχει αυξηθεί κατά 23,5%.
- Το 9,2% του πληθυσμού το 2014 δήλωσε ότι πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη, συγκριτικά με το 7,9% του 2009. Το ποσοστό αυτό αυξήθηκε δηλαδή κατά 16,5%.
- Το 15,4% του πληθυσμού το 2014 εμφανίζουν υψηλά επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα.

Χρόνιο νόσημα - πάθηση	Ομάδες ηλικιών						
	15-24 ετών	25-34 ετών	35-44 ετών	45-54 ετών	55-64 ετών	65-74 ετών	75+ ετών
Άσθμα (συμπεριλαμβανομένου του αλλεργικού άσθματος)	3,1	2,4	2,7	4,7	3,8	6,3	9,1
Έμφραγμα μυοκαρδίου	0,0	0,0	0,2	1,6	2,6	4,7	6,9
Υπέρταση	0,9	1,1	4,2	12,7	30,5	51,1	57,3
Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή χρόνιες συνέπειες παλαιού εγκεφαλικού	0,0	0,0	0,1	0,7	2,5	4,4	8,2
Σακχαρώδης διαβήτης	0,4	0,9	1,9	4,5	13,5	22,9	26,0
Υψηλά επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα	0,9	2,6	5,3	12,7	22,8	35,1	34,6
Κατάθλιψη	1,5	2,1	3,7	3,7	5,0	7,6	10,0

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2014

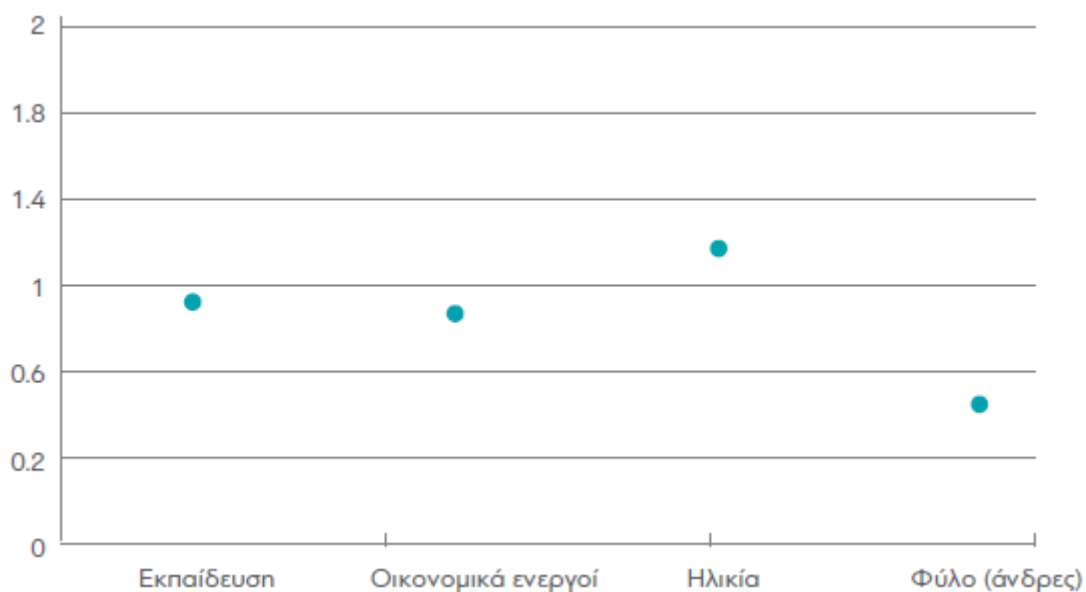
Διάγραμμα 3.8

Επιπολασμός χρόνιων νοσημάτων – παθήσεων: ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού που πάσχει κάθε ομάδα ηλικιών, 2014

3.5 Οικονομική κρίση και ψυχική νοσηρότητα

Η οικονομική κρίση δεν έχει μόνο επιπτώσεις στη σωματική υγεία αλλά και στη ψυχική υγεία του ανθρώπου. Η οικονομική κρίση οδηγεί τους ανθρώπους στη φτώχεια και στον κοινωνικό αποκλεισμό και έτσι αυξάνεται ο κίνδυνος για θνησιμότητα και νοσηρότητα ειδικά σε άτομα που πάσχουν χρόνια από σωματικά και ψυχικά νοσήματα και σε μετανάστες (Power, 1994).

Πραγματοποιήθηκε μία έρευνα στην Αγγλία, σε άτομα από 25 μέχρι 64 ετών και το αποτέλεσμα της έδειξε ότι η ψυχική υγεία των ανδρών έχει επιδεινωθεί από το 2008 και μετά, δηλαδή με την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η ψυχική υγεία έχει επιδεινωθεί όχι μόνο σε άνεργους ή σε ανθρώπους που έχει μειωθεί το οικογενειακό τους εισόδημα αλλά και σε άτομα τα οποία εργάζονται (Katikireddi et al, 2012).



Πηγή: Κυριόπουλος και συν, 2012

Διάγραμμα 3.9
Παράγοντες που επιδρούν στην κατάσταση άγχους

Πίνακας 3.10
Παράγοντες που επιδρούν στην κατάσταση άγχους

ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	ODDS RATIO	P VALUE	95% CI
Εκπαίδευση	0,77	0,000	0,68-0,87
Οικονομικά ενεργοί	0,72	0,009	0,56-0,92
Ηλικία	1,03	0,000	1,02-1,05
Φύλο (άνδρες)	0,32	0,000	0,21-0,48

Πηγή: Κυριόπουλος και συν, 2012

Πίνακας 3.11
Κατανάλωση φαρμάκων για ψυχικές νόσους (καθορισμένη ημερήσια δόση DDD) την περίοδο 2006- 2011

	2006	2011	% ΜΕΤΑΒΟΛΗ 2006-2011
Αντιψυκωτικά	65.689.555,7	75.108.018,75	18,59%
	16,08DDD/1000 άτομα	19,07DDD/1000 άτομα	
Ηρεμιστικά	125.309.735	121.549.353	00,52%
	30,7DDD/1000 άτομα	30,87DDD/1000 άτομα	
Αντακαθλιπτικά	165.521.219	215.343.679,5	34,80%
	40,57DDD/1000 άτομα	54,69DDD/1000 άτομα	

Πηγή: Κυριόπουλος και συν, 2012

Το εισόδημα, η απασχόληση και η κοινωνική τάξη σχετίζονται με την κατάθλιψη (Andersen et al, 2009). Με την κατάθλιψη επίσης σχετίζονται και διάφοροι άλλοι παράγοντες που προκαλεί η οικονομική κρίση όπως είναι τα οικονομικά προβλήματα, η μείωση του εισοδήματος, τα χρέη, η απώλεια εργασίας, η εργασιακή ανασφάλεια, η οικογενειακή αποδιοργάνωση, η κακή ποιότητα ζωής (Cifuentes et al, 2008).

Η οικονομική κρίση επηρεάζει διάφορες ομάδες ανθρώπων με διαφορετικό τρόπο. Οι άνεργοι εμφανίζουν σημάδια κατάθλιψης εξ' αιτίας της απώλειας της εργασίας τους, ενώ οι εργαζόμενοι εμφανίζουν σημάδια κατάθλιψης εξ' αιτίας της εργασιακής ανασφάλειας, της αυξημένης πίεσης και του αυξημένου φόρτου εργασίας που βιώνουν (Economou et al, 2013).

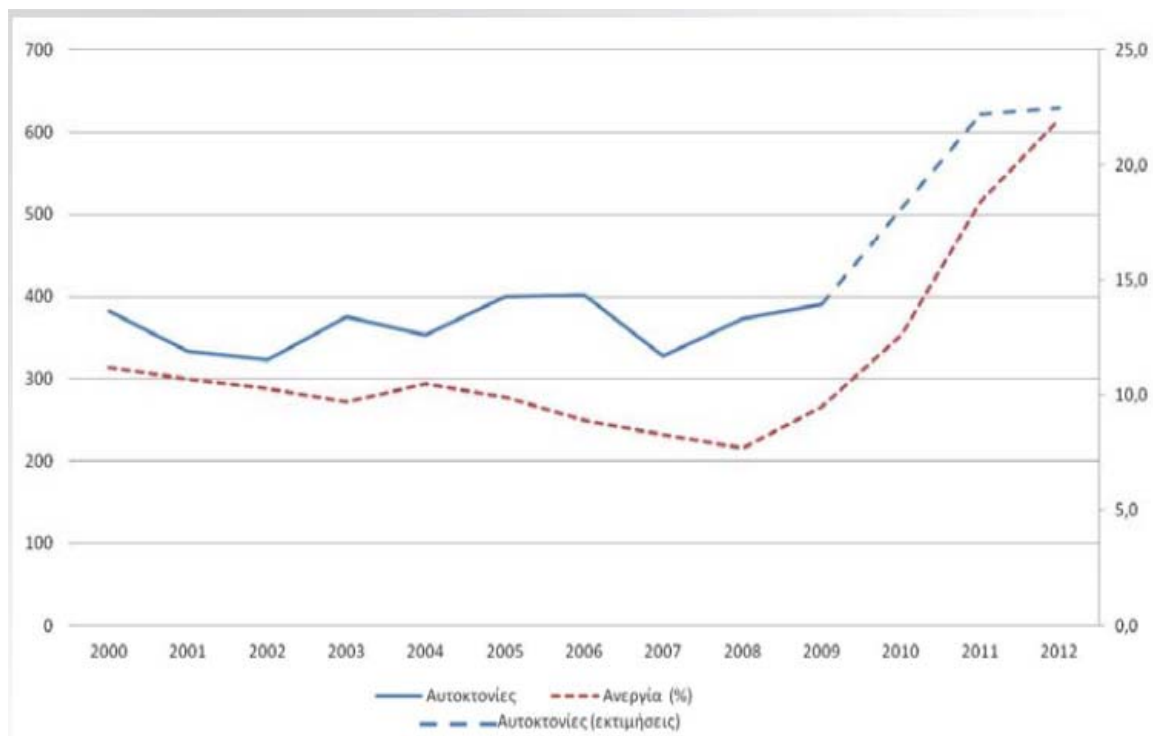
Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ισπανία, σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας προέκυψε αύξηση του επιπολασμού των ψυχικών διαταραχών εξαιτίας της οικονομικής κρίσης και της ανεργίας. Την περίοδο 2007-2009 επίσης, αυξήθηκαν και τα

άτομα που λάμβαναν αντικαταθλιπτικά κατά 17%. Στο διάστημα 2006-2010 αυξήθηκε ο αριθμός των ασθενών με σοβαρή κατάθλιψη από 19% σε 48% (Gii et al, 2013).

Από το 2007 μέχρι το 2009 αυξήθηκε κατά 22% η χρήση των αντικαταθλιπτικών στο Ηνωμένο Βασίλειο, ενώ το 2010 χορηγήθηκαν 3,1 εκατομμύρια περισσότερες συνταγές για αντικαταθλιπτικά φάρμακα σε σχέση με τα προηγούμενα 2 χρόνια. Επίσης, υπήρξε μεγάλη αύξηση των αυτοκτονιών των ανδρών (Zivin et al, 2011). Κατά τη διάρκεια της μεγάλης κρίσης 1929-33 οι δείκτες θνησιμότητας μειώθηκαν κατά 10% σε ολόκληρη την Αμερική (Stuckler, 2012).

Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το 2010 οι αυτοκτονίες αυξήθηκαν στους άντρες 35 με 55 ετών σε σχέση με το 2009 (Κυριόπουλος και συν, 2012). Από την πρόσφατη οικονομική κρίση, η Ελλάδα και η Ιρλανδία ήταν οι χώρες που επηρεάστηκαν περισσότερο από όλες και οι αυτοκτονίες τους αυξήθηκαν κατά 17% στην Ελλάδα και 13% στην Ιρλανδία (Stuckler et al, 2011).

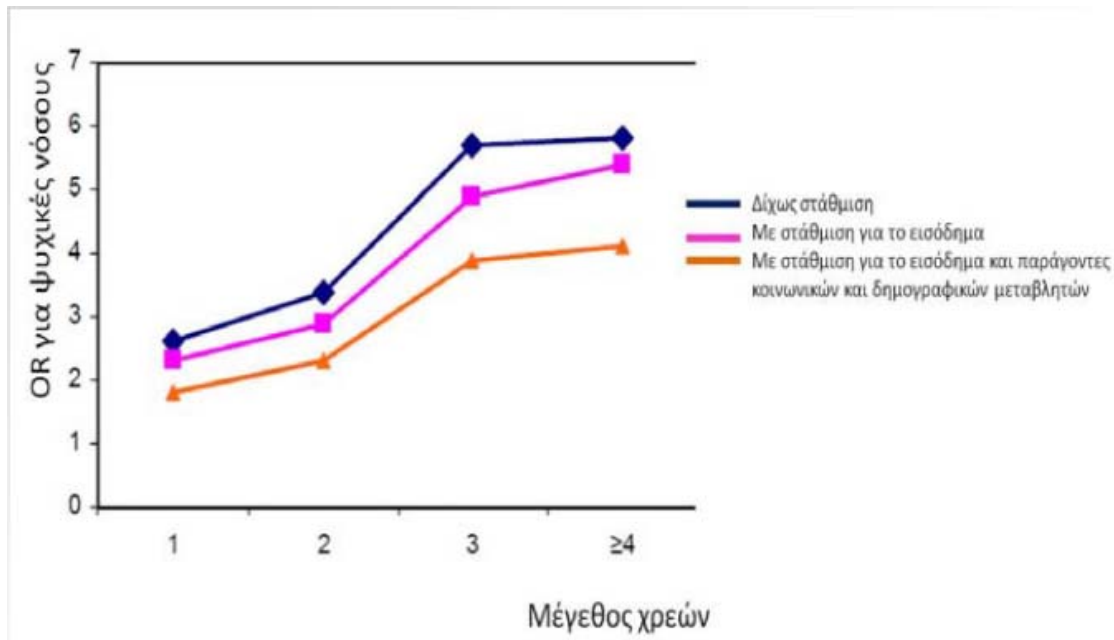
Το παρακάτω διάγραμμα δείχνει τους δείκτες ανεργίας και τις αυτοκτονίες ανά 100.000 το χρονικό διάστημα από το 2000 μέχρι και το 2012.



Πηγή: Εθνική σχολή δημόσιας υγείας, 2011

Διάγραμμα 3.10
Δείκτες ανεργίας και αυτοκτονίες ανά 100.000 (2000-2012)

Στο παρακάτω διάγραμμα, φαίνεται ο λόγος διακινδύνευσης της ανάπτυξης των ψυχικών νοσημάτων σε σχέση με τα χρέη, τα οποία αυξάνονται συνεχώς.



Πηγή: Εθνική σχολή δημόσιας υγείας, 2011

Διάγραμμα 61

Λόγος διακινδύνευσης ανάπτυξης ψυχικών νοσημάτων σε σχέση με αυξανόμενα χρέη

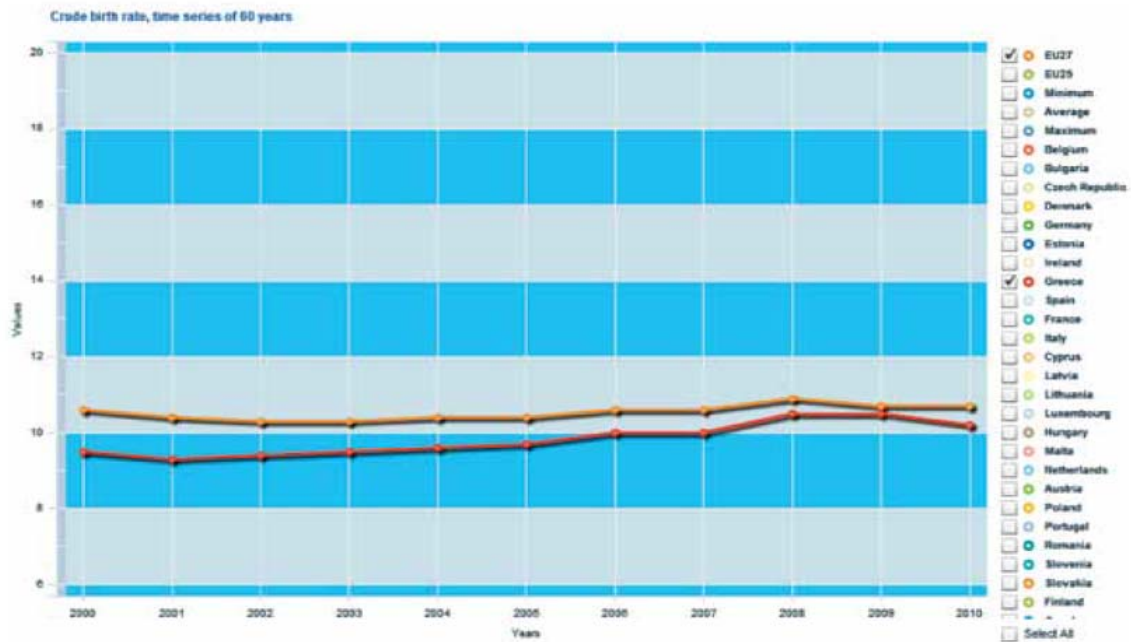
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Νοσηρότητα -Καρδιαγγειακά νοσήματα

4.1 Βασικά προβλήματα υγείας του Ελληνικού πληθυσμού

Τα σημαντικότερα προβλήματα όλων των ανεπτυγμένων χωρών αλλά και της Ελλάδας σχετίζονται με το σύγχρονο τρόπο ζωής των ανθρώπων, με τα τροχαία ατυχήματα, με την κατανάλωση του αλκοόλ και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών, με το εργασιακό άγχος, με το κάπνισμα, με τη βία και με την ρύπανση του περιβάλλοντος. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αυξάνονται στις μεγαλύτερες ηλικίες και προκαλούν το 70% των θανάτων στις ηλικίες μετά τα 75 (Μπαμπάτσικου, 2010). Οι καρδιαγγειακές ασθένειες αποτελούν την κύρια αιτία αναπηρίας στους ηλικιωμένους, τα δύο τρίτα του συνόλου των θανάτων σε άτομα πάνω από 65 ετών οφείλονται σε καρδιαγγειακά προβλήματα (Noulas, 2014).

Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 4.1, η γεννητικότητα στην Ελλάδα είναι πιο μικρή σε σχέση με την γεννητικότητα της Ε.Ε. Μόνο το 2009, το ποσοστό της Ελλάδας τείνει να πλησιάσει λίγο περισσότερο το μέσο όρο της Ε.Ε. (Noulas, 2014).



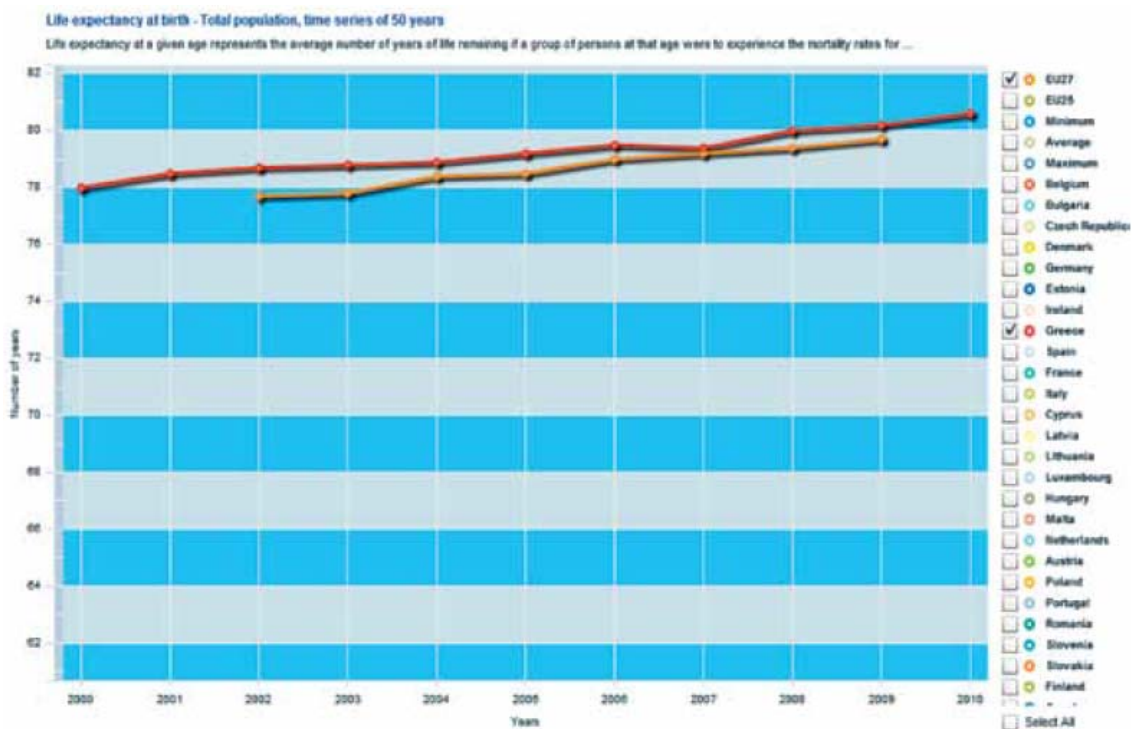
Πηγή:

http://ec.europa.eu/health/home_en#main?KeepThis=true&TB_iframe=true&height=650&wid

Διάγραμμα 4.1

Ακαθάριστο ποσοστό γεννητικότητας στην Ελλάδα και την Ε.Ε.

Το προσδόκιμο επιβίωσης στη γέννηση είναι ελάχιστα αυξημένο, και ανήλθε σε 80.6 χρόνια το 2010 ενώ στην ηλικία των 65 ετών ελάχιστα μειωμένο. Η Ελλάδα έχει μικρό προσδόκιμο ζωής σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ, όπως είναι η Ελβετία, η Ισπανία, η Ιαπωνία και η Ιταλία, όπου το προσδόκιμο ζωής φτάνει τα 82 χρόνια.



Πηγή:

http://ec.europa.eu/health/home_en#main?KeepThis=true&TB_iframe=true&height=650&width=920

Διάγραμμα 4.2

Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση και για τα δύο φύλλα στην Ελλάδα και στην Ε.Ε.



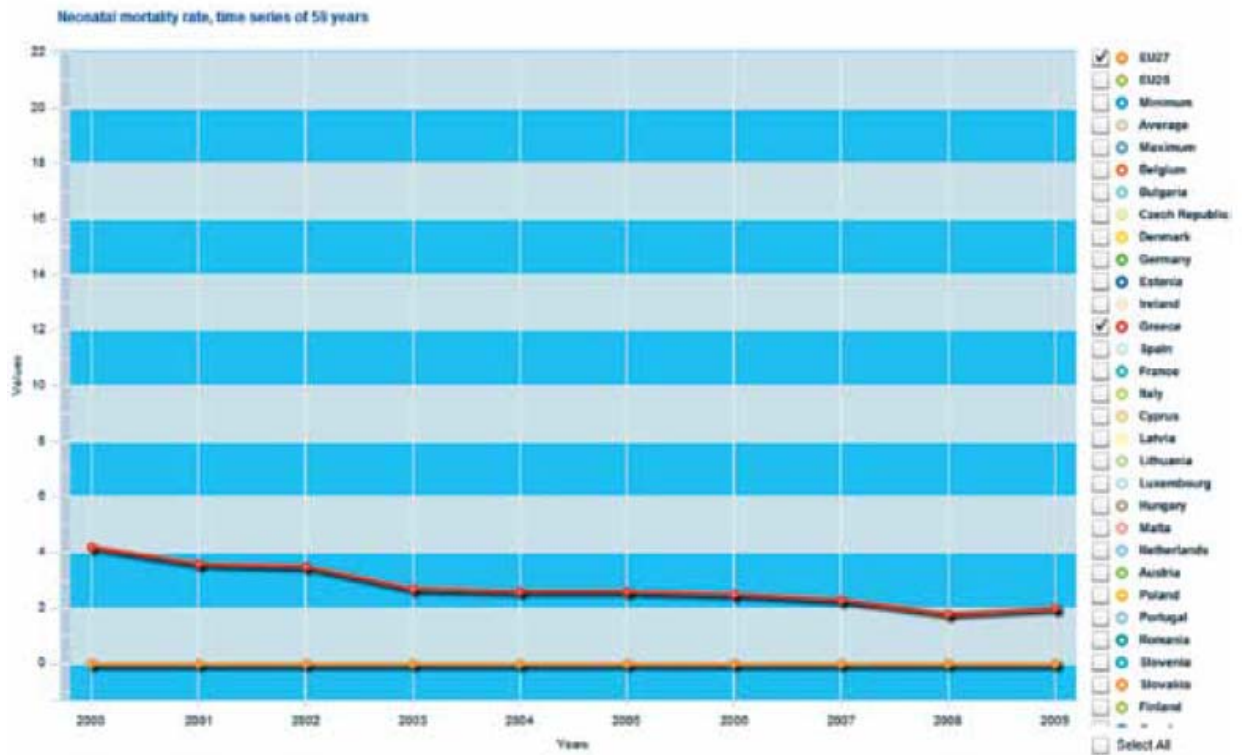
Πηγή:

http://ec.europa.eu/health/home_en#main?KeepThis=true&TB_iframe=true&height=650&width=920

Διάγραμμα 7

Προσδόκιο ζωής στην ηλικία των 65 ετών και για τα δύο φύλα στην Ελλάδα και στην Ε.Ε.

Η νεογνική θνησιμότητα στην Ελλάδα είναι πολύ μεγαλύτερη σε σχέση με τις χώρες της Ε.Ε., παρόλα αυτά μειώνεται σταθερά.



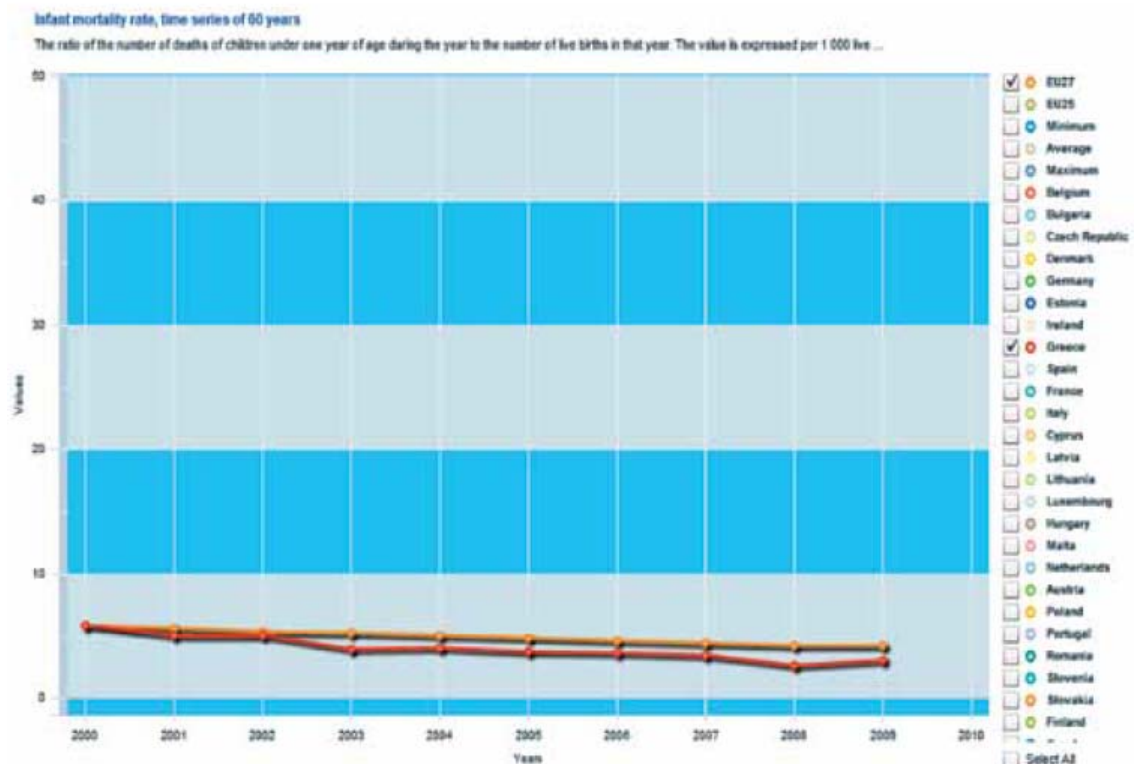
Πηγή:

http://ec.europa.eu/health/home_en#main?KeepThis=true&TB_iframe=true&height=650&width=920

Διάγραμμα 4.4

Νεογνική θνησιμότητα στην Ελλάδα. Σύγκριση με το μέσο όρο της Ε.Ε.

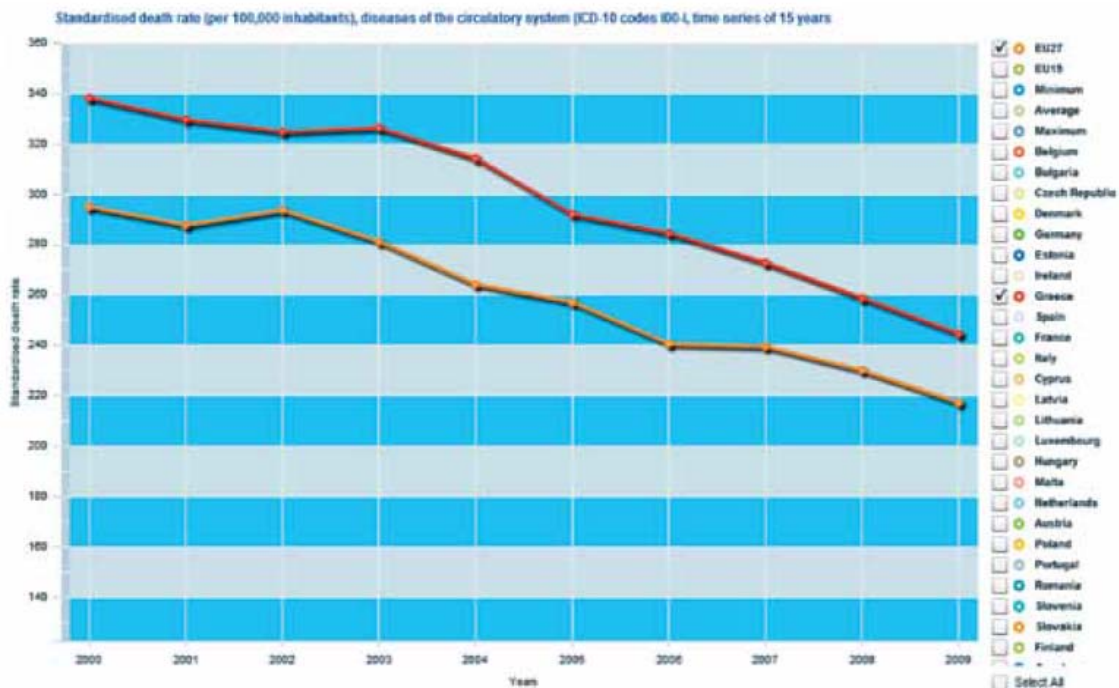
Η βρεφική θνησιμότητα έχει ελαφρά μείωση και είναι περίπου ίδια με την Ε.Ε.



Πηγή: <http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/>

Διάγραμμα 4.5 Βρεφική θνησιμότητα στην Ελλάδα και στην Ε.Ε.

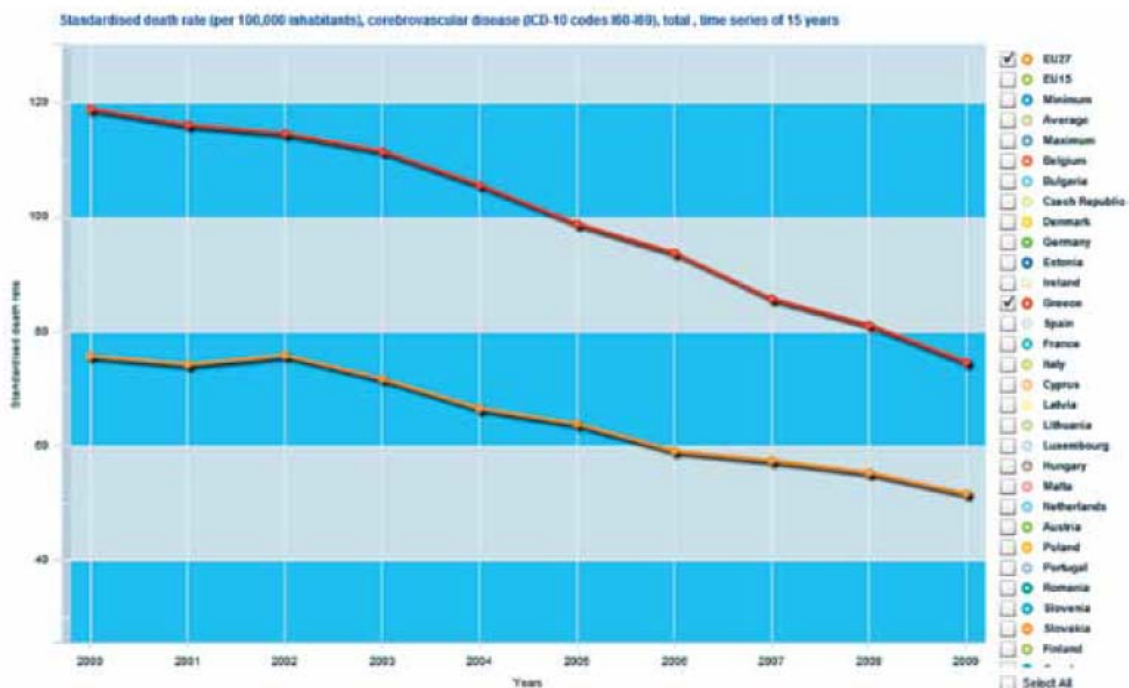
Τα παρακάτω διαγράμματα δείχνουν τη θνητότητα από διάφορες ασθένειες στην Ελλάδα σε σύγκριση με την Ε.Ε. Οι παθήσεις του κυκλοφοριακού, του αναπνευστικού και του νευρικού συστήματος είναι περισσότερες από αυτές της Ε.Ε., ενώ αντίθετα η ισχαιμική καρδιοπάθεια, ο διαβήτης, ο καρκίνος και οι ψυχιατρικές παθήσεις στην Ελλάδα είναι λιγότερες συγκριτικά με την Ε.Ε. (Noulas, 2014).



Πηγή: http://ec.europa.eu/health/home_en#main?KeepThis=true&TB_if

Διάγραμμα 4.6

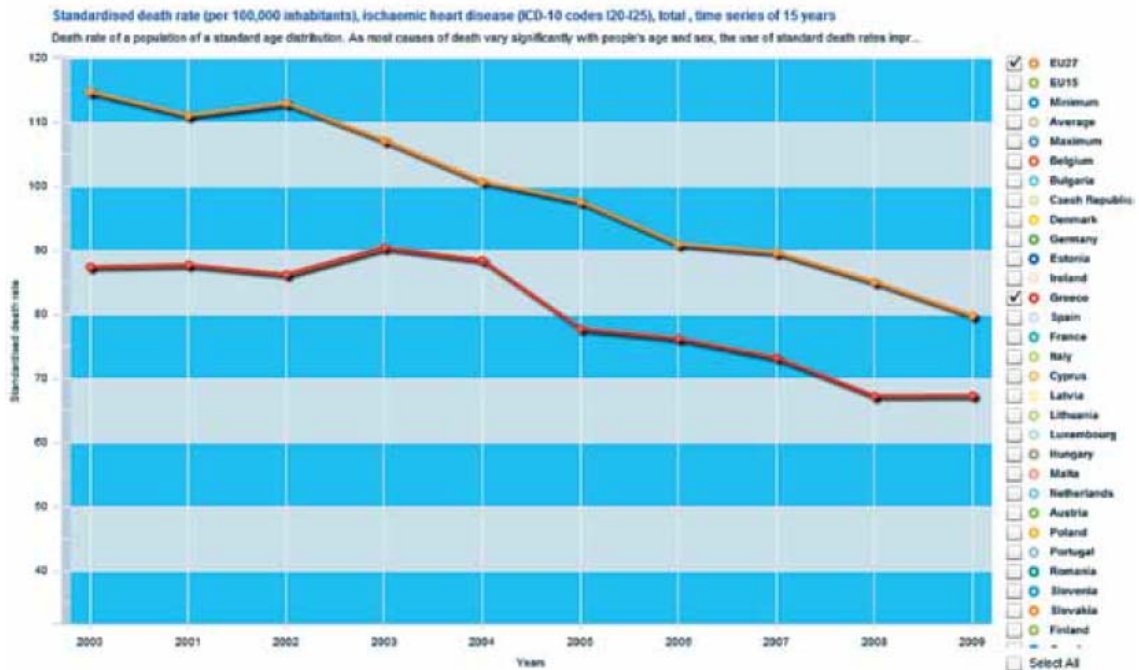
Τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας ασθενειών του κυκλοφορικού συστήματος ανά 100.000 κατοίκους



Πηγή: http://ec.europa.eu/health/home_en#main?KeepThis=true&TB_if

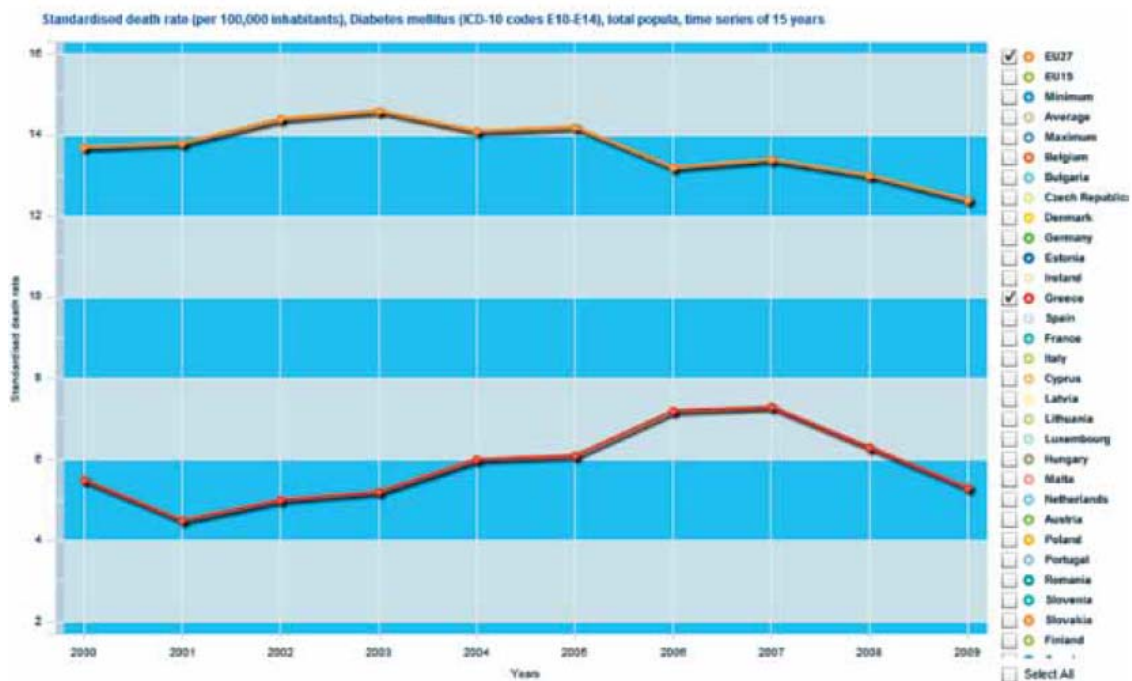
Διάγραμμα 4.7

Τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας από ασθένειες του νευρικού συστήματος ανά 100.000 κατοίκους



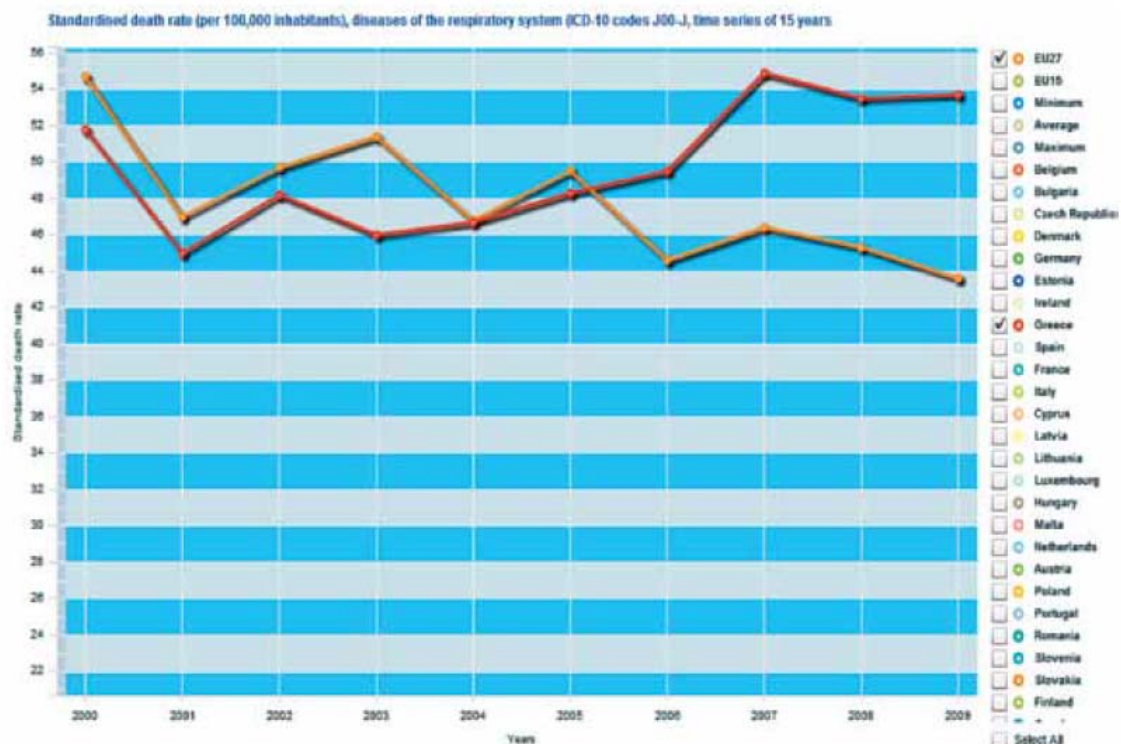
Πηγή: http://ec.europa.eu/health/home_en#main?KeepThis=true&TB_if

Διάγραμμα 4.8
Τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας από ισχαιμική καρδιοπάθεια ανά 100.000 κατοίκους



Πηγή: http://ec.europa.eu/health/home_en#main?KeepThis=true&TB_if

Διάγραμμα 4.9
Τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας από διαβήτη ανά 100.000 κατοίκους



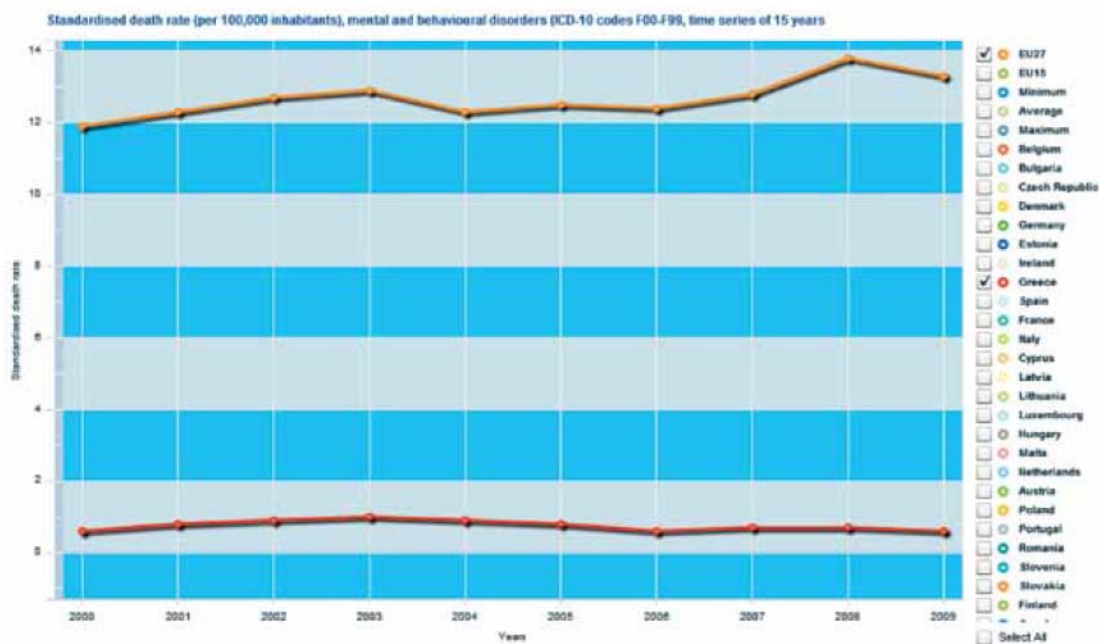
Πηγή: http://ec.europa.eu/health/home_en#main?KeepThis=true&TB_if

Διάγραμμα 4.10
Τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας από ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος ανά 100.000 κατοίκους. Σύγκριση με μέσο όρο Ε.Ε.



Πηγή: http://ec.europa.eu/health/home_en#main?KeepThis=true&TB_if

Διάγραμμα 4.11
Τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας από νεοπλασματικές ασθένειες ανά 100.000 κατοίκους. Σύγκριση με μέσο όρο Ε.Ε.



Πηγή: http://ec.europa.eu/health/home_en#main?KeepThis=true&TB_if

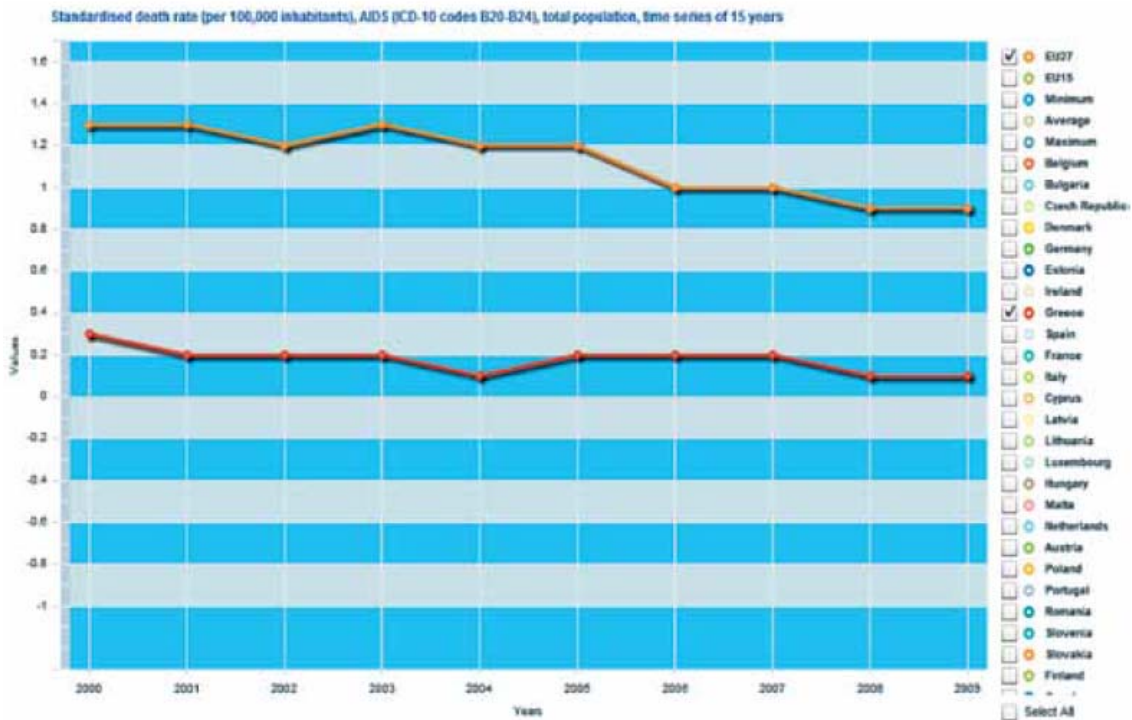
Διάγραμμα 4.12
Τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας από ψυχιατρικές ασθένειες ανά 100.000 κατοίκους. Σύγκριση με μέσο όρο Ε.Ε.

Στην Ελλάδα οι θάνατοι από aids, από ναρκωτικά και από αυτοκτονίες είναι μειωμένοι σε σχέση με την Ε.Ε.

Πίνακας 4.1
Αριθμός αυτοκτονιών ανά 100.000 στην ομάδα 50-54 χρονών

Έτος	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ελλάδα	5,8	4,1	2,6	5,4	3,4	3,9	4,6	3,9	4,8	5,9	6
Ε.Ε.	17,7	18,1	19	18,7	18,9	18,8	18,5	17	17,8	18,6	18,2

Πηγή: http://ec.europa.eu/health/home_en#main?KeepThis=true&TB_if



Πηγή: http://ec.europa.eu/health/home_en#main?KeepThis=true&TB_if

Διάγραμμα 4.13

Αριθμός θανάτων από A.I.D.S. ανά 100.000 κατοίκους στην Ελλάδα. Σύγκριση με μέσο όρο Ε.Ε.



Πηγή: http://ec.europa.eu/health/home_en#main?KeepThis=true&TB_if

Διάγραμμα 4.14

Αριθμός θανάτων από ναρκωτικά στην Ελλάδα τη δεκαετία 2000-2010. Σύγκριση με μέσο όρο Ε.Ε.

4.2 Οικονομική κρίση και σωματική νοσηρότητα

Όπως αναφέραμε και πριν, η οικονομική κρίση έχει αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική νοσηρότητα και πιο συγκεκριμένα στα λοιμώδη και στα καρδιαγγειακά νοσήματα. Σύμφωνα με έρευνες η οικονομική κρίση συμβάλλει στην αύξηση των δεικτών υγείας που σχετίζονται με τα μεταδιδόμενα νοσήματα εξαιτίας των κακών συνθηκών ζωής και των προβλημάτων στις υπηρεσίες υγείας. Οι ομάδες υψηλού κινδύνου, τα παιδιά και οι άστεγοι είναι οι πιο επιρρεπείς ομάδες στα λοιμώδη νοσήματα και στις επιδημίες (Suhrcke et al, 2011).

Στις αρχές της δεκαετίας του 1990, σε μία χώρα της πρώην ΕΣΣΔ υπήρξε αύξηση της φυματίωσης κατά 13,9% και αύξηση της θνητότητας από φυματίωση κατά 16,6%, εξ' αιτίας της οικονομικής κρίσης και της μείωσης των κονδυλίων για τις δημόσιες δαπάνες υγείας. Μετά την κρίση στη χώρα αυτή, η φυματίωση μειώθηκε κατά 30,7% (Stuckler et al, 2008). Το 1998, μειώθηκαν τα κονδύλια για το AIDS στην Ινδονησία και στην Ταϊλάνδη κατά 33% με αποτέλεσμα να αυξηθεί το AIDS (Στάκλερ και Σάντζεϊ, 2014).

Το στρες που αποκτούν οι άνθρωποι εξαιτίας της οικονομικής κρίσης προκαλεί διαταραχές στο ανοσοποιητικό και ενδοκρινικό σύστημα και αυξάνει τις λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος (Gutman, 2014). Λόγω της οικονομικής κρίσης έχουν αυξηθεί σημαντικά και τα διαγνωσμένα περιστατικά λοίμωξης HIV. Τα καταγεγραμμένα κρούσματα το 2010 ήταν 607 και το 2011 αυξήθηκαν σε 954. Οι περιπτώσεις των λοιμώξεων HIV από τη χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών το 2010 ήταν 15 και το 2011 αυξήθηκαν πάρα πολύ σε 241 περιπτώσεις (Kondilis et al., 2013; ΚΕΕΛΠΝΟ, 2013). Η αύξηση αυτή πιθανόν οφείλεται στη διακοπή των προγραμμάτων πρόληψης λόγω έλλειψης κονδυλίων. Όπως αναφέραμε παραπάνω αυξήθηκε επίσης, η φυματίωση από το 2011 στο 2013 κατά 37,5%, η ηπατίτιδα Α κατά 187,5%, η μηνιγγίτιδα κατά 87% και η μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος κατά 35%.

Πίνακας 4.2
Δηλωθέντα κρούσματα διαφόρων νοσημάτων στο σύνολο της χώρας

Νόσος	Μάρτιος- Ιούλιος* 2011	Μάρτιος- Ιούλιος 2012	Μάρτιος- Ιούλιος 2013	Μεταβολή 2011-2013
Ελονοσία	6	36	8	33%
Ηπατίτιδα Α	16	18	46	187,5%
Ηπατίτιδα Β	10	19	9	-10%
Ηπατίτιδα C	4	8	6	50%
Μηνιγγίτιδα (βακτηριακή, άσηπτη)	91	162	170	87%
Μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος	17	30	23	35%
Τυφοειδής πυρετός	2	0	1	50%
Φυματίωση	157	205	216	37,5%

Μεταξύ του Ιουλίου του 2010 και του Δεκεμβρίου του 2011, η χώρα αντιμετώπισε μία έξαρση τριών λοιμωδών νοσημάτων. Εστία λοίμωξης εντοπίστηκε ο ιός του Δυτικού Νείλου όπου στη Βόρεια Ελλάδα εμφανίστηκαν 197 ασθενείς με νευρολογικά συμπτώματα (Kondilis et al., 2013).

Επίσης, αυξήθηκαν και τα περιστατικά της κατάθλιψης από το 2008 που ήταν 2,4% για τους άνδρες και 3,8% για τις γυναίκες και στο σύνολο 3,3%. Το 2011 τα περιστατικά της κατάθλιψης ήταν 6,7% των ανδρών και 8,2% των γυναικών. Η μείζονα κατάθλιψη αυξήθηκε από 3,3% το 2008 σε 8,2% το 2011 (Madianos et al., 2011, Economou et al., 2012).

4.3 Οικονομική κρίση και καρδιαγγειακά νοσήματα

Κάθε οικονομική κρίση είναι διαφορετική σε ένταση και μέγεθος και επηρεάζει με διαφορετικό τρόπο την κάθε χώρα. Παρόλα αυτά κάθε μία οικονομική κρίση, μειώνει (είτε λίγο είτε περισσότερο) το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ), αυξάνει την ανεργία προκαλεί μείωση του εισοδήματος, κίνδυνο για απώλεια εργασίας, χειροτερεύει τις συνθήκες ζωής και κατοικίας και τις συνθήκες εργασίας, περιορίζει την ασφαλιστική κάλυψη των πολιτών καθώς και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Στάκλερ & Σάντζεϊ, 2014).

Η οικονομική κρίση επηρεάζει την σωματική και την ψυχική υγεία των πολιτών, μειώνει το προσδόκιμο ζωής, αυξάνει τους δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας και οδηγεί σε συμπεριφορές που είναι ανθυγιεινές (King et al, 2009). Όσον αφορά στη σωματική υγεία, η οικονομική κρίση επηρεάζει αρνητικά κυρίως τα καρδιαγγειακά νοσήματα και όσον αφορά την ψυχική υγεία, αυξάνει την κατάθλιψη και τις αυτοκτονίες (Suhreke et al, 2011).

Το σημαντικότερο πρόβλημα που προκαλεί η οικονομική κρίση είναι η δημιουργία άγχους. Το άγχος και το στρες είναι οι κύριες αιτίες για τα καρδιαγγειακά νοσήματα και για την αρτηριακή υπέρταση. Το άγχος σχετίζεται επίσης και με άλλα νοσήματα όπως είναι το γαστρικό έλκος, οι πονοκέφαλοι, η ρευματοειδούς αρθρίτιδα, η πολλαπλή σκλήρυνση, οι αλλεργίες, οι ψυχικές διαταραχές και οι κακοήθειες νεοπλασίες. Όμως, από όλα τα παραπάνω το στρες ευθύνεται περισσότερο για τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Η κινητοποίηση του λίπους και της γλυκόζης προάγουν την αθηρωμάτωση και την καταστροφή των αγγείων είτε άμεσα (λίπος) είτε έμμεσα (σακχαρώδης διαβήτης). Το στρες ευθύνεται επίσης για τα προβλήματα του ύπνου, για την υιοθέτηση ανθυγιεινών συνηθειών (κάπνισμα, ναρκωτικά, αλκοόλ) (διαΝΕΟσις, 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Μελέτη περίπτωσης στην περιοχή του Υμηττού

5.1 Εισαγωγή

Έχοντας εξαντλήσει το θέμα της κρίσης στην Ελλάδα και το πώς αυτή έχει επηρεάσει όλους τους τομείς της καθημερινότητας, αλλά και το χώρο της υγείας, σειρά έχει η έρευνα που θα υποδείξει τα όσα αναλύθηκαν. Στο πέμπτο και τελευταίο κεφάλαιο αυτής της εργασίας λοιπόν, αναλύεται μία μελέτη περίπτωσης των κατοίκων της περιοχής του Υμηττού.

Όπως αναλύεται και παρακάτω, η περιοχή του Υμηττού είναι μία καλή περίπτωση δείγματος προς έρευνα και ανάλυση, καθώς συγκεντρώνει αρκετά στοιχεία που απαιτούνται για την εξαγωγή σωστών και έγκυρων αποτελεσμάτων. Μελετώντας λοιπόν, την υγεία 40 κατοίκων της περιοχής και βλέποντας την πορεία τους μέσα από τις βιοχημικές τους εξετάσεις, μπορούμε να συμπεράνουμε αν οι επιπτώσεις της κρίσης έχουν πλήξει την εν λόγω περιοχή επιδεινώνοντας τις παραμέτρους τους.

Για τη μελέτη αυτή, χρησιμοποιήθηκαν τα βασικά μέτρα θέσης και διασποράς για την κατανομή των τιμών, την εξαγωγή αποτελεσμάτων και την παραπέρα στατιστική επεξεργασία των δεδομένων. Τα γραφήματα βοηθούν στην καλύτερη απεικόνιση και κατανόηση των πορισμάτων.

Η αποδοχή ή απόρριψη της υπόθεσης της χειροτέρευσης της σωματικής υγείας των πολιτών μένει να εξακριβωθεί παρακάτω.

5.2 Η περιοχή του Υμηττού

Απαραίτητη, πριν την κατάθεση των δεδομένων, είναι μία εισαγωγή για τα στοιχεία της περιοχής του Υμηττού, καθώς πρόκειται για μία από τις τελευταίες συνοικίες στην Αθήνα, που ακόμα νοείται από τους κατοίκους της ως «γειτονιά».

Με το Πρόγραμμα Καλλικράτης, το οποίο ψηφίστηκε από την Ελληνική Βουλή το 2010 και τέθηκε σε ισχύ στην πλήρη μορφή του τον Ιανουάριο του 2011, ο Δήμος Υμηττού συνενώθηκε με το Δήμο Δάφνης. Ο Υμηττός, λοιπόν, είναι δημοτική ενότητα του Δήμου Δάφνης-Υμηττού στον Κεντρικό Τομέα Αθηνών της Περιφέρειας Αττικής, στους πρόποδες του ομώνυμου βουνού. Συνορεύει βόρεια με το Δήμο Αθηναίων, ανατολικά με το Δήμο Βύρωνα, νοτιοανατολικά με το Δήμο Ηλιούπολης, νότια με το Δήμο Αγίου Δημητρίου και δυτικά με το Δήμο Νέας Σμύρνης. Αρχικά, προήχθη σε δήμος το 1963 από κοινότητα που είχε αποσπαστεί από το Δήμο της Αθήνας το 1934. Έχει έκταση 2,35 τετραγωνικά χιλιόμετρα και από την ίδρυσή του, χαρακτηρίστηκε από δύο στοιχεία που τον έχουν κάνει και ευρύτερα γνωστό: τη χαμηλή του δόμηση και την έντονη πολιτιστική του δράση.

Τα τελευταία στοιχεία που διατίθενται προέρχονται από την τελευταία απογραφή το 2011 (αναθεώρηση απογραφής 2011, *ΦΕΚ 699/Β/20.3.2013*) και περιλαμβάνει τις παρακάτω κατηγορίες:

- Το μόνιμο, de facto και νόμιμο πληθυσμό⁴
- Τον αριθμό κατοικιών
- Την κατανομή του νόμιμου πληθυσμού κατά φύλο, ομάδες ηλικιών και μέση ηλικία, οικογενειακή κατάσταση και υπηκοότητα
- Του επίπεδο εκπαίδευσης του μόνιμου πληθυσμού
- Την κατάσταση ασχολίας και τον τομέα οικονομικής δραστηριότητας του πληθυσμού

Έτσι, το 2011 για το Δήμο Δάφνης-Υμηττού, απογράφησαν τα παρακάτω:

⁴ Ως de facto πληθυσμό ορίζουν οι στατιστικές υπηρεσίες το συνολικό πληθυσμό που βρέθηκε και απογράφηκε κατά την απογραφή στο συγκεκριμένο τόπο, ανεξάρτητα από το αν διαμένει μόνιμα στον τόπο αυτό, ή αν είναι προσωρινός ή περαστικός.

Ως μόνιμος πληθυσμός ορίζεται ο συνολικός πληθυσμός που δήλωσε ως μόνιμη κατοικία του κατά την απογραφή του τον συγκεκριμένο τόπο, ανεξάρτητα από το πού βρέθηκε και απογράφηκε στην επικράτεια της χώρας.

Ως νόμιμος πληθυσμός θεωρείται ο αριθμός των δημοτών κάθε δήμου της χώρας με την υπηκοότητα της χώρας που διαμένουν μόνιμα στην χώρα. Το μέγεθος αυτό είναι απαραίτητο για να οριστεί ο αριθμός των βουλευτών που εκλέγει κάθε εκλογική περιφέρεια.

- ✓ ΜΟΝΙΜΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ: 33.628
- ✓ DE FACTO ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ: 33.066, από τους οποίους οι 22.623 αντιστοιχούν στην Κοινότητα Δάφνης και οι 10.443 στην Κοινότητα Υμηττού
- ✓ ΝΟΜΙΜΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ: 27.828

Ύστερα παρατίθεται η ανάλυση των στοιχείων του μόνιμου πληθυσμού:

- ✓ ΦΥΛΟ: i) Άρρενες: 15.829, ii) Θήλειες: 17.799
- ✓ ΟΜΑΔΕΣ ΗΛΙΚΙΩΝ: i) 0-9 ετών: 2.761, ii) 10-19 ετών: 2.968, iii) 20-39 ετών: 9.097, iv) 40-59 ετών: 9.386, v) 60+ : 8.516
Μέση ηλικία: 42,7 έτη
- ✓ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: : i) Άγαμοι: 13.864, ii) Έγγαμοι, με σύμφωνο συμβίωσης και σε διάσταση: 15.592, iii) Χήροι και χήροι από σύμφωνο συμβίωσης: 2.755, iv) Διαζευγμένοι και διαζευγμένοι από σύμφωνο συμβίωσης: 1.417
- ✓ ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ: i) Ελληνική: 29.824, ii) Άλλη: 3.804
- ✓ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ: i) Πρωτοβάθμια: 5.457, ii) Δευτεροβάθμια - Μεταδευτεροβάθμια: 16.327, iii) Τριτοβάθμια: 7.443, iv) Λοιπά: 2.644
- ✓ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΧΟΛΙΑΣ: i) Απασχολούμενοι: 13.017, ii) Ζητούσαν εργασία: 2.860, iii) Μαθητές/Σπουδαστές: 5.138, iv) Συνταξιούχοι: 6.969, v) Οικιακά: 3.540, vi) Λοιπά: 2.104
- ✓ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΙ ΚΑΤΑ ΤΟΜΕΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ: i) Πρωτογενής: 42, ii) Δευτερογενής: 2.067, iii) Τριτογενής: 10.908

Από τα παραπάνω φαίνεται, λοιπόν, πως ο Υμηττός είναι μία μεσοαστική περιοχή, βρισκόμενη σχετικά κεντρικά στην Αττική, χωρίς εξωφρενικές αποκλίσεις στα στοιχεία των κατοίκων του, γεγονός που τον καθιστά ιδανικό για εξέταση και αναγωγή των αποτελεσμάτων του σε ένα γενικότερο συμπέρασμα για την υγεία των δημοτών του.

Το αξιοσημείωτο στην απογραφή είναι το επίπεδο των απασχολούμενων κατοίκων που ανέρχονται σε μόλις 13.017 στους 33.628, γεγονός που επιβεβαιώνει το αυξανόμενο και έντονο φαινόμενο της ανεργίας που πλήττει τον πληθυσμό.

5.3 Σκοπός και Μεθοδολογία

Σκοπός της εν λόγω έρευνας είναι η εξακρίβωση της ακριβούς κατάστασης της υγείας των κατοίκων του Υμηττού, δεδομένης της κατάστασης στην οποία βρίσκεται η χώρα και με τα δεδομένα που περιγράφησαν στα προηγούμενα κεφάλαια.

Απαραίτητη προϋπόθεση για να γίνει η έρευνα ήταν η ανεύρεση δεδομένων, ιατρικών εξετάσεων ανθρώπων πριν το 2010 –όπου η κρίση δεν είχε ακόμη εδραιωθεί και δείξει όλες τις πτυχές της στον κόσμο- και αποτελεσμάτων αντίστοιχων εξετάσεων των ίδιων ανθρώπων μετά το 2010 και πιο συγκεκριμένα, ανάμεσα στο 2015 και 2016. Τα δεδομένα αυτά δόθηκαν από την ιατρό βιοπαθολόγο-μικροβιολόγο Νίκη Δήμου, η οποία διατηρεί Μικροβιολογικό Διαγνωστικό Εργαστήριο στην περιοχή του Υμηττού πάνω από 20 χρόνια και το οποίο είναι μέλος του Δικτύου *iatrica syn IATPEIA ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ*⁵ και πιστοποιημένο κατά ISO 9001:2008. Τα αποτελέσματα δόθηκαν με απόλυτη εχεμύθεια, με απόλυτο σεβασμό στο ιατρικό απόρρητο και ουδεμία πιθανότητα γνωστοποίησής τους δεν θπήρξε ποτέ, καθόλη τη διάρκεια της επεξεργασίας τους.

Ο αριθμός των υπό εξέταση ατόμων είναι 50, με 4 μεταβλητές για τον καθένα από αυτούς, προ και μετά κρίσης. Σκοπός της τυχαίας δειγματοληψίας ήταν αφενός, το δείγμα να είναι αντιπροσωπευτικό και αφετέρου, να αναδειχθούν οι όποιες διαφορετικές αντιδράσεις σε οργανισμούς που έχουν ζήσει και ενδεχομένως αλλάξει λόγω της κρίσης. Οι μεταβλητές είναι οι εξής:

- Το σάκχαρο. Το σάκχαρο (ή γλυκόζη) είναι ένας μονοσακχαρίστης που βρίσκεται φυσικά σε φρούτα. Επίσης σχηματίζεται από την πέψη των υδατανθράκων και τη μετατροπή του γλυκογόνου από το ήπαρ και είναι η κύρια πηγή κυτταρικής ενέργειας στον οργανισμό. Η γλυκόζη είναι απαραίτητη για τη λειτουργία του εγκεφάλου και των ερυθροκυττάρων. Η περίσσεια γλυκόζης αποθηκεύεται ως γλυκογόνο στο ήπαρ και τα μυικά κύτταρα. Οι ορμόνες που επηρεάζουν το μεταβολισμό της γλυκόζης περιλαμβάνουν την ινσουλίνη, τη γλυκαγόνη, τη θυροξίνη, τη σωματοστατίνη, την κορτιζόλη και την επινεφρίνη. Η μέτση των επιπέδων του σακχάρου χρησιμοποιείται στη διάγνωση του σακχαρώδους

⁵ www.iatrica.gr

διαβήτη και της υπογλυκαιμίας. Οι φυσιολογικές τιμές για το δείγμα που εξετάζεται είναι 65-115 mg/dl.

- Τα Τριγλυκερίδια. Πρόκειται για οργανικές χημικές ενώσεις και το μόριό τους αποτελείται από ένα μόριο γλυκερόλης, ενωμένο με τρία μόρια ανώτερων λιπαρών οξέων. Τα τριγλυκερίδια παράγονται τόσο από το φυτικό όσο και από το ζωικό οργανισμό, με τη μορφή των ελαίων και λιπών. Γι' αυτό τα τριγλυκερίδια περιέχονται τόσο στη φυτική τροφή, όσο και στην τροφή ζωικής προέλευσης. Στον άνθρωπο, τα τριγλυκερίδια συντίθενται, κατά κύριο λόγο, μέσα στα ηπατικά κύτταρα, καθώς και μέσα στα λιποκύτταρα, δηλαδή μέσα στα κύτταρα του λιπώδους ιστού του σώματος. Συνιστούν σημαντικό βαρόμετρο μεταβολικής υγείας: οι υψηλές τιμές σχετίζονται με στεφανιαία νόσο, διαβήτη και λιπώδες ήπαρ. Οι φυσιολογικές τιμές είναι 50-150 mg/dl.
- Η Χοληστερίνη. Η χοληστερίνη (ή χοληστερόλη) συντίθεται στο ήπαρ από τα διαιτητικά λίπη. Οι λειτουργίες της περιλαμβάνουν στο να χρησιμοποιηθεί για την παραγωγή των χολικών αλάτων και αρκετών από τις στεροειδείς ορμόνες, και ως μέρος των κυτταρικών μεμβρανών. Η χοληστερίνη μεταφέρεται στο αίμα από τη χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη (LDL ή «κακή χοληστερίνη») και από την υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη (HDL ή «καλή χοληστερίνη»). Ένα μεγάλο μέρος της επιστημονικής έρευνας έχει επικεντρωθεί στο ρόλο της χοληστερίνης στην καρδιακή νόσο. Τα υψηλά επίπεδα χοληστερίνης στο αίμα (υπερχοληστερολαιμία), ειδικά σε συνδυασμό με χαμηλά επίπεδα της HDL, έχει βρεθεί ότι αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης αθηροσκλήρωσης και καρδιακών παθήσεων. Ως φυσιολογικές τιμές αναφέρονται οι: 130-200 mg/dl.
- Η Χοληστερίνη LDL. Οι Πολύ Χαμηλής Πυκνότητας Λιποπρωτεΐνες (Very Low Density Lipoprotein, VLDL) μεταφέρουν τη χοληστερόλη και τα τριγλυκερίδια του σώματος στο πλάσμα, από το ήπαρ στα υπόλοιπα όργανα του σώματος και αποτίθενται στους περιφερειακούς ιστούς. Καθώς οι VLDL αποδομούνται, τα υπολείμματα της Χαμηλής Πυκνότητας Λιποπρωτεΐνης (Low Density Lipoprotein, LDL) μένουν στην κυκλοφορία του αίματος. Η LDL είναι οξειδωτική και αθηρογόνος και έτσι συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης αθηρωματικής

στεφανιαίας νόσου και περιφερικής αγγειακής νόσου. Αποτελέσματα από τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες έχουν δείξει όφελος από τη μείωση της LDL χοληστερόλης στην ανάπτυξη αθηρωματικής στεφανιαίας νόσου. Σημειώνεται ότι, εκτός από τα τριγλυκερίδια, τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου αυξάνουν και οι υψηλές τιμές LDL-χοληστερόλης, της οποίας οι φυσιολογικές τιμές είναι 80-160 mg/dl.

5.4 Δεδομένα της έρευνας

Παρακάτω παρατίθεται ο πίνακας με όλες τιμές των μεταβλητών που αναφέρθηκαν, πρώτα αυτές που αφορούν πριν το 2010 και ύστερα αυτές μετά το 2010.

Πίνακας 5.1
Δεδομένα μικροβιολογικών εξετάσεων προς επεξεργασία

ID	ΗΜ/ΝΙΑ ΛΗΨΗΣ (ΜΕΧΡΙ 2010)	ΣΑΚΧΑΡΟ	ΤΡΙΓΛΥΚΕΡΙΔΙΑ	ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗ	ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗ LDL	ΗΜ/ΝΙΑ ΛΗΨΗΣ (2010 ΚΑΙ ΜΕΤΑ)	ΣΑΚΧΑΡΟ	ΤΡΙΓΛΥΚΕΡΙΔΙΑ	ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗ	ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗ LDL
1	>2010	151	86	193	118	<2010	110	92	234	176,32
2	>2010	120	132	244	154	<2010	142	126	179	93,83
3	>2010	121	234	178	97	<2010	125	134	218	149,16
4	>2010	73	153	204	85	<2010	90	71	123	64,8
5	>2010	92	89	198	158	<2010	84	92	152	71,62
6	>2010	210	246	165	84,9	<2010	235	257	242	130
7	>2010	99	190	181	108	<2010	76	82	158	85,7
8	>2010	113	120	183	124,7	<2010	114	222	274	172
9	>2010	112	74	187	104	<2010	131	118	251	129,44
10	>2010	77	115	147	74,84	<2010	100	144	204	120
11	>2010	112	153	139	78,38	<2010	109	100	200	80
12	>2010	106	111	149	80,9	<2010	100	111	199	80
13	>2010	110	101	154	111,48	<2010	168	89	226	158
14	>2010	100	133	188	113	<2010	97	132	202	123,01
15	>2010	87	98	191	70	<2010	100	126	235	143
16	>2010	147	150	211	100	<2010	153	141	185	105,87
17	>2010	93	73	141	74	<2010	124	160	152	80,24
18	>2010	147	149	164	99,25	<2010	116	129	253	100
19	>2010	126	110	172	101,67	<2010	143	207	193	100
20	>2010	86	116	140	91,3	<2010	100	65	176	105
21	>2010	93	70	136	89,05	<2010	90	100	170	80
22	>2010	88	53	123	36,5	<2010	119	167	142	81
23	>2010	100	127	204	112,94	<2010	110	291	207	205
24	>2010	134	260	137	58	<2010	165	146	139	81,08
25	>2010	121	159	177	98	<2010	163	159	177	98
26	>2010	105	63	160	70	<2010	110	88	195	89,08
27	>2010	128	205	175	110	<2010	100	157	175	112,15
28	>2010	99	132	147	82,96	<2010	173	82	254	134

29	>2010	111	103	144	73,2	<2010	100	143	253	152
30	>2010	74	73	225	154	<2010	89	104	214	136,8
31	>2010	89	64	194	118,63	<2010	84	104	221	163
32	>2010	96	71	286	96	<2010	101	110	186	102,19
33	>2010	119	100	160	75	<2010	129	349	233	108,9
34	>2010	114	262	197	94,23	<2010	130	103	249	159
35	>2010	105	62	160	70	<2010	148	199	214	129,89
36	>2010	123	107	169	108,43	<2010	100	58	260	179
37	>2010	159	216	233	143,89	<2010	122	169	239	170
38	>2010	121	119	183	89	<2010	143	139	210	102
39	>2010	120	150	175	144	<2010	147	189	219	192
40	>2010	93	172	222	125	<2010	110	210	230	135
41	>2010	95	62	201	102	<2010	120	150	210	110
42	>2010	65	120	230	86	<2010	90	100	228	85
43	>2010	83	53	120	85	<2010	100	150	280	181
44	>2010	112	118	145	99	<2010	129	100	260	179
45	>2010	93	132	185	72	<2010	117	141	234	145
46	>2010	92	139	183	133	<2010	116	141	205	162
47	>2010	69	122	143	141	<2010	114	161	214	158
48	>2010	107	146	188	113	<2010	128	172	190	127
49	>2010	102	153	207	142	<2010	141	189	290	164
50	>2010	99	122	181	160	<2010	135	153	228	161

5.4.1 Στατιστική ανάλυση δεδομένων

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας αλλά και τη διαγραμματική απεικόνιση αυτών χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα στατιστικών εφαρμογών SPSS έκδοσης 22 (IBM Statistical Package for Social Sciences for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp).

Σε αυτήν την ενότητα παρουσιάζονται τα περιγραφικά μέτρα των υπό μελέτη μεταβλητών (σάκχαρο, τριγλυκερίδια, χοληστερόλη, χοληστερόλη LDL) τόσο πριν όσο και μετά την οικονομική κρίση. Πιο συγκεκριμένα τα περιγραφικά μέτρα που παρουσιάζονται στον πίνακα 5.2 είναι μέτρα κεντρικής τάσης (μέσος όρος, διάμεσος, επικρατούσα τιμή), διασποράς (τυπική απόκλιση, διακύμανση, εύρος) και ασυμμετρίας (λοξότητα, κύρτωση).

Στον επόμενο πίνακα παρουσιάζονται οι ίδιες μεταβλητές αφότου κατηγοριοποιήθηκαν αναλόγως με τα φυσιολογικά όρια που δόθηκαν από το εργαστήριο. Σε αυτό το σημείο, αξίζει να σημειωθεί ότι υπήρχαν κάποιες τιμές για την ολική χοληστερόλη και την χοληστερόλη LDL που ήταν κάτω του φυσιολογικού ορίου, οι

οποίες θεωρήθηκαν ως ελλιπείς τιμές στην κατηγοριοποίηση που έγινε προκειμένου να εφαρμοστεί παρακάτω (σε άλλη ενότητα) η κατάλληλη στατιστική τεχνική.

Πίνακας 5.2. Μέτρα κεντρικής τάσης, διασποράς και ασυμμετρίας των υπό μελέτη μεταβλητών (N=50)

	Μέσος όρος	Διάμεσος	Επικρατούσα τιμή	Τυπική Απόκλιση	Διακύμανση	Λοξότητα	Τυπικό σφάλμα λοξότητας	Κύρτωση	Τυπικό σφάλμα κύρτωσης	Εύρος	Ελάχιστο	Μέγιστο
Σάκχαρο (mg/dl)												
Πριν	107,8	105,0	93,0	25,4	647,7	1,5	0,3	4,3	0,7	145,0	65,0	210,0
Μετά	120,8	116,0	100,0	28,7	824,4	1,4	0,3	3,8	0,7	159,0	76,0	235,0
Τριγλυκερίδια (mg/dl)												
Πριν	127,4	120,0	132,0*	52,8	2789,2	0,9	0,3	0,6	0,7	209,0	53,0	262,0
Μετά	142,4	140,0	100,0	56,4	3178,3	1,4	0,3	3,1	0,7	291,0	58,0	349,0
Χοληστερόλη (mg/dl)												
Πριν	178,4	179,5	160,0*	33,2	1101,7	0,7	0,3	1,0	0,7	166,0	120,0	286,0
Μετά	211,6	214,0	214,0	37,8	1429,7	-0,2	0,3	-0,3	0,7	167,0	123,0	290,0
Χοληστερόλη LDL (mg/dl)												
Πριν	102,2	99,1	70,0	27,9	776,7	0,3	0,3	-,2	0,7	123,5	36,5	160,0
Μετά	127,0	128,2	80,0	36,8	1351,3	0,2	0,3	-1,1	0,7	140,2	64,8	205,0

Οι τιμές αφορούν σε τιμές πριν και μετά την οικονομική κρίση.

*Υπαρξη πολλαπλών επικρατουσών τιμών. Εμφανίζεται η μικρότερη τιμή.

Πίνακας 5.3. Κατηγοριοποίηση των υπό μελέτη μεταβλητών αναλόγως των φυσιολογικών ορίων

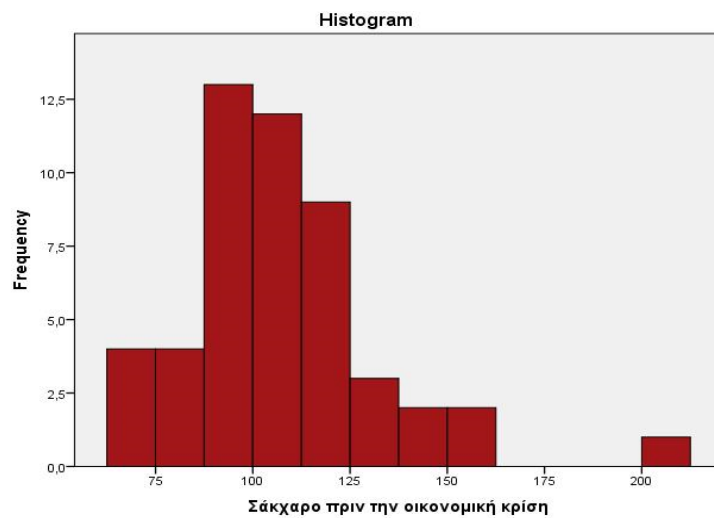
	Σύνολο δείγματος	
	Συχνότητα	%
Τιμές σακχάρου πριν την οικονομική κρίση		
Φυσιολογικές τιμές	35	70,0
Τιμές άνω του ορίου	15	30,0
Τιμές σακχάρου μετά την οικονομική κρίση		
Φυσιολογικές τιμές	24	48,0
Τιμές άνω του ορίου	26	52,0
Τιμές τριγλυκεριδίων πριν την οικονομική κρίση		
Φυσιολογικές τιμές	38	76,0
Τιμές άνω του ορίου	12	24,0
Τιμές τριγλυκεριδίων μετά την οικονομική κρίση		
Φυσιολογικές τιμές	33	66,0
Τιμές άνω του ορίου	17	34,0
Τιμές χοληστερόλης πριν την οικονομική κρίση		
Φυσιολογικές τιμές	37	77,1
Τιμές άνω του ορίου	11	22,9
Τιμές χοληστερόλης μετά την οικονομική κρίση		
Φυσιολογικές τιμές	17	34,7
Τιμές άνω του ορίου	32	65,3
Τιμές χοληστερόλης LDL πριν την οικονομική κρίση		
Φυσιολογικές τιμές	39	100,0
Τιμές άνω του ορίου	0	0,0
Τιμές χοληστερόλης LDL μετά την οικονομική κρίση		
Φυσιολογικές τιμές	36	75,0
Τιμές άνω του ορίου	12	25,0

Όπως παρατηρείται από τους παραπάνω πίνακες, σε όλες τις μεταβλητές που εξετάζονται, μετά την οικονομική κρίση υπήρξε αύξηση των δεικτών.

Πιο συγκεκριμένα, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων που είχαν αυξημένες τιμές λιπιδίων ήταν 30,0% οι οποίοι είχαν αυξημένο σάκχαρο πριν την οικονομική κρίση. Αντιστοίχως οι τιμές του σακχάρου ήταν αυξημένες στο 52% των

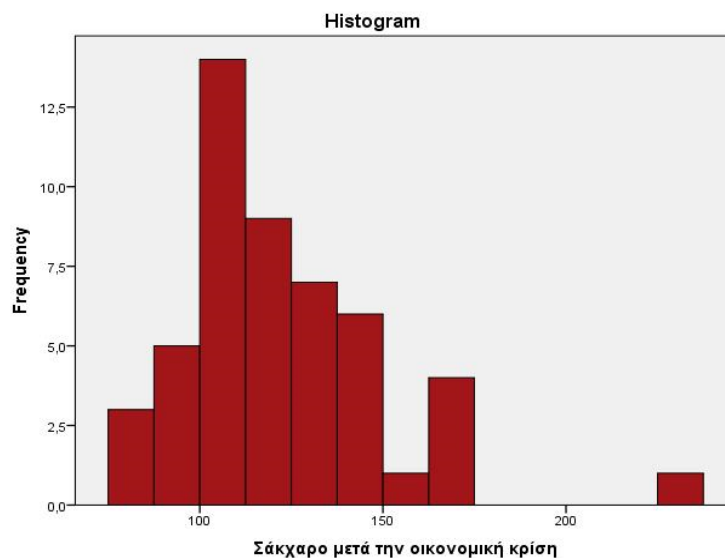
συμμετεχόντων μετά την κρίση. Αξίζει να σημειωθεί πως στο δείγμα που εξετάστηκε στην παρούσα έρευνα, πριν την οικονομική κρίση κανένας δεν είχε αυξημένες τιμές χοληστερόλης LDL ενώ μετά την κρίση 1 στους 4 συμμετέχοντες παρουσίασε τιμές άνω του φυσιολογικού ορίου.

Ακολουθεί η διαγραμματική απεικόνιση των μεταβλητών με ιστογράμματα (histogram) και γράφημα ποσοστημορίων (normal Q-Q plot), ξεκινώντας από το σάκχαρο:



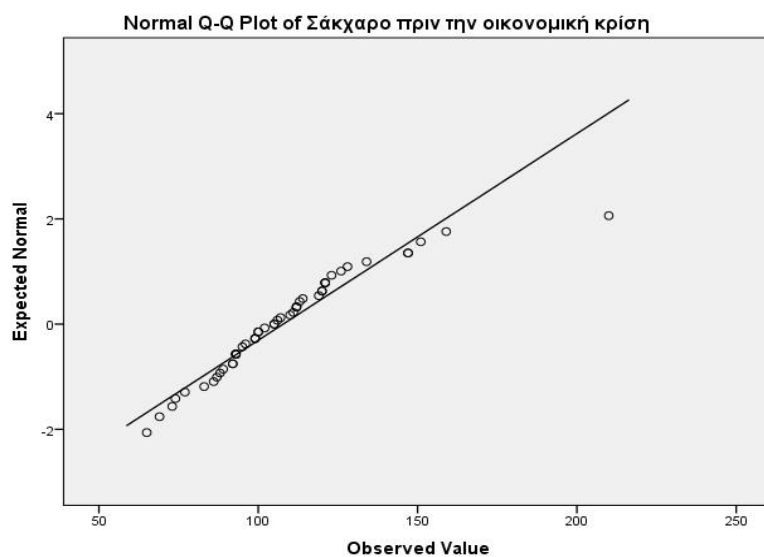
Γράφημα 5.1

Ιστόγραμμα (histogram) για το σάκχαρο πριν την οικονομική κρίση



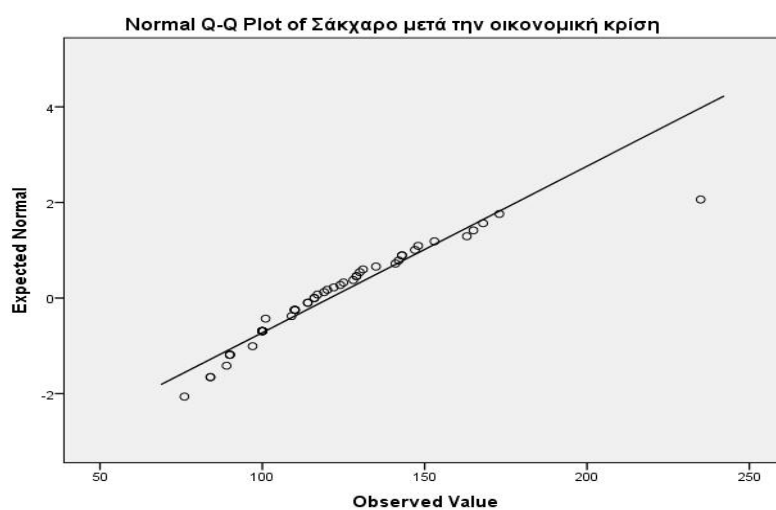
Γράφημα 5.2

Ιστόγραμμα (histogram) για το σάκχαρο μετά την οικονομική κρίση



Γράφημα 5.3

Γράφημα ποσοστημορίων (normal Q-Q plot) για το σάκχαρο πριν την οικονομική κρίση

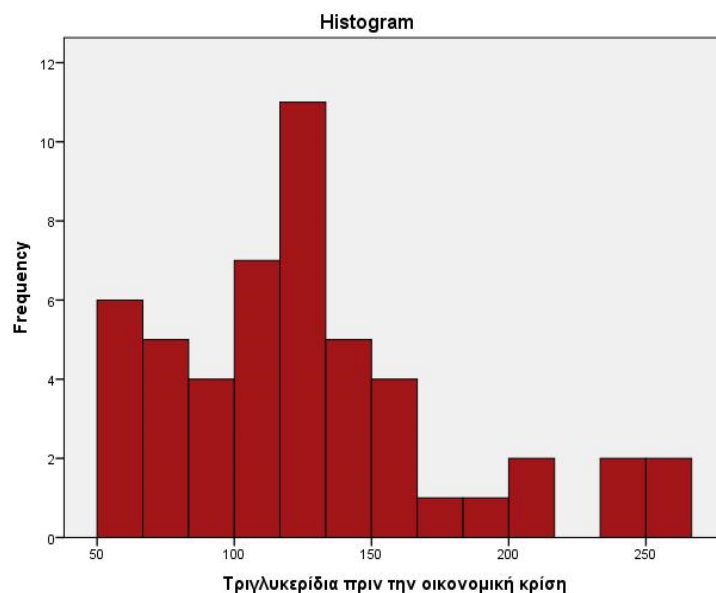


Γράφημα 5.4

Γράφημα ποσοστημορίων (normal Q-Q plot) για το σάκχαρο μετά την οικονομική κρίση

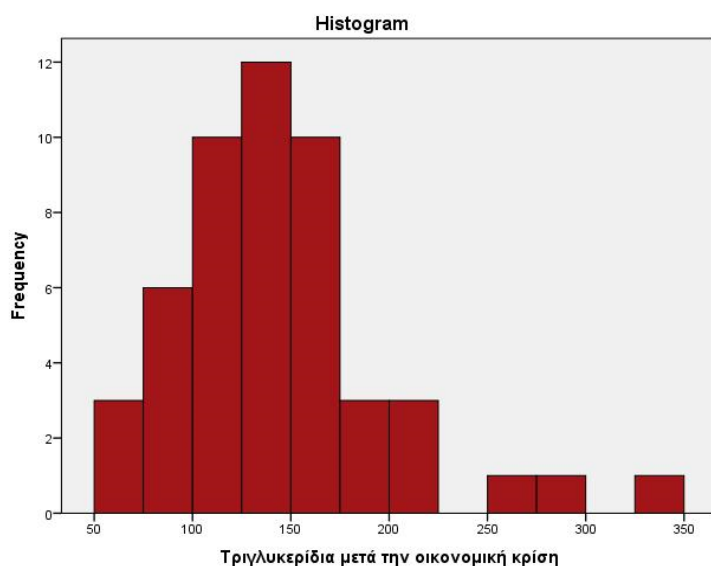
Για τις τιμές του σακχάρου, παρατηρείται πως πριν την κρίση το 70% των συμμετεχόντων είχαν φυσιολογικές τιμές ενώ μετά την κρίση μόνο το 48% είχαν φυσιολογικές τιμές. Πριν την κρίση το 30% είχε τιμές άνω των φυσιολογικών ορίων το οποίο μετά την κρίση αυξήθηκε σε 52%. Φαίνεται, λοιπόν, πως η κακή διατροφή με υψηλά ποσοστά ζάχαρης

έχουν οδηγήσει σε αύξηση των τιμών του σακχάρου.
Συνεχίζοντας με τα τριγλυκερίδια:



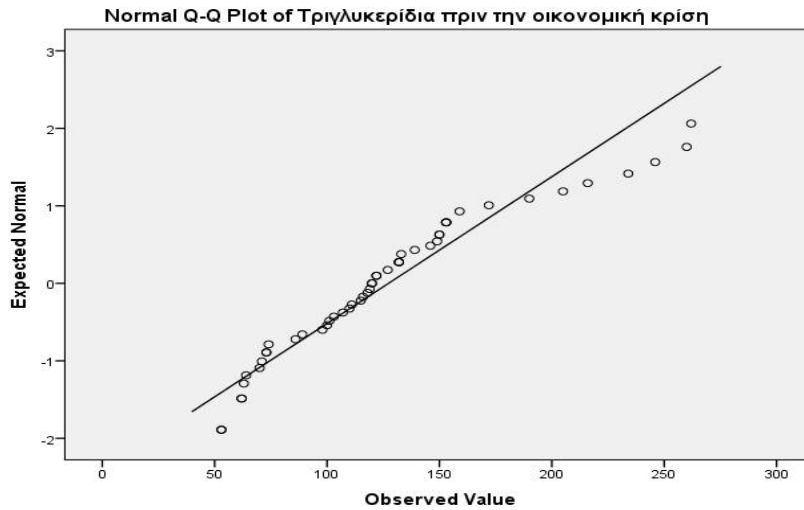
Γράφημα 5.5

Ιστόγραμμα (histogram) για τα τριγλυκερίδια πριν την οικονομική κρίση



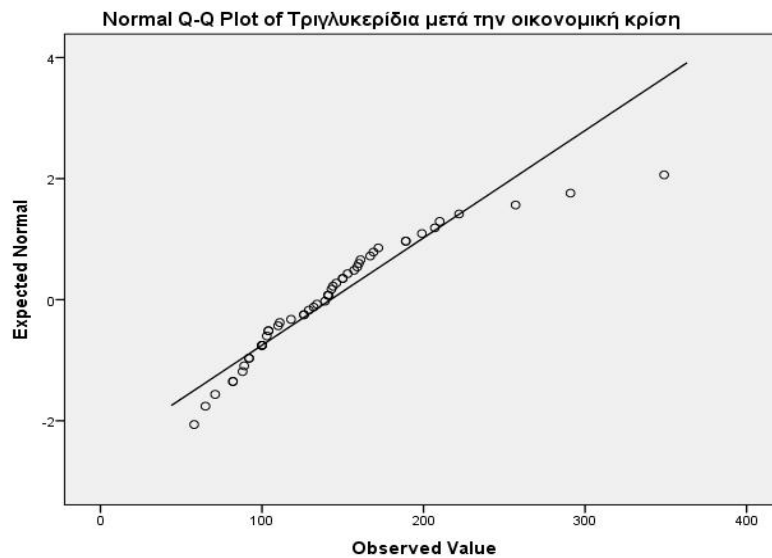
Γράφημα 5.6

Ιστόγραμμα (histogram) για τα τριγλυκερίδια μετά την οικονομική κρίση



Γράφημα 5.7

Γράφημα ποσοστημορίων (normal Q-Q plot) για τα τριγλυκερίδια πριν την οικονομική κρίση

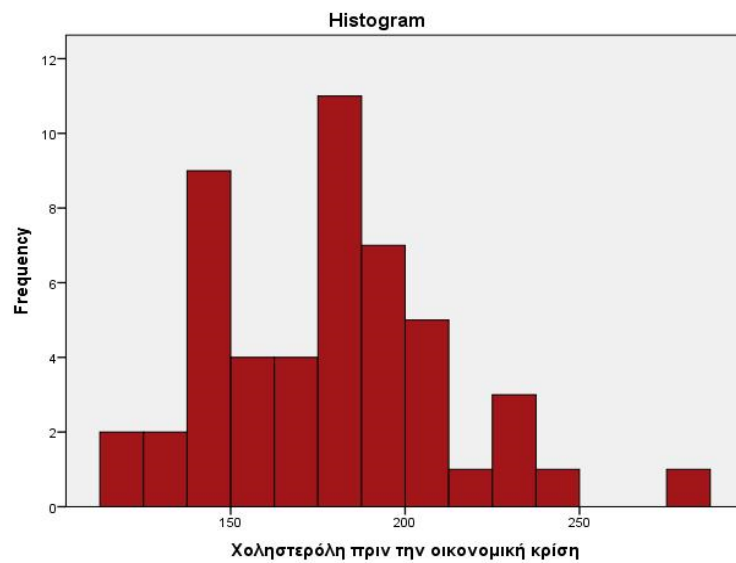


Γράφημα 5.8

Γράφημα ποσοστημορίων (normal Q-Q plot) για τα τριγλυκερίδια μετά την οικονομική κρίση

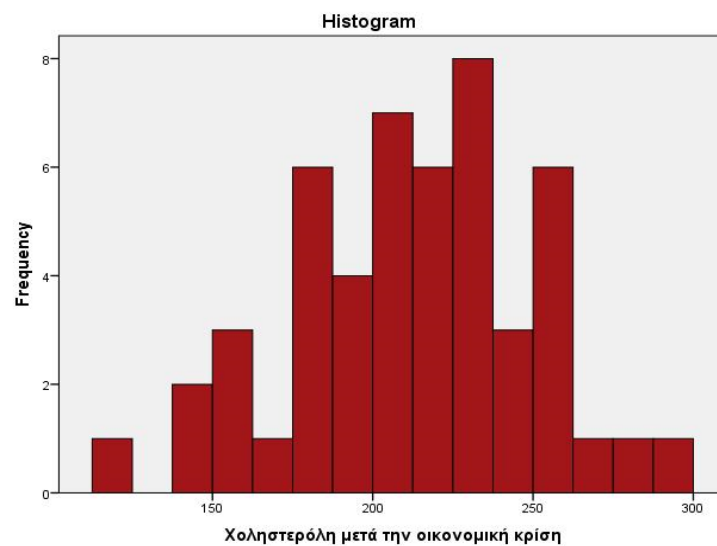
Για τις τιμές των τριγλυκεριδίων παρατηρούμε πως υπήρξε μείωση στην κατηγορία των φυσιολογικών τιμών μετά την κρίση (από 76% σε 66%) και αύξηση στην κατηγορία των τιμών άνω του φυσιολογικού μετά την κρίση (από 24% σε 34%). Η καθιστική ζωή, το κάπνισμα, η υπέρμετρη χρήση αλκοόλ, δίαιτες υψηλές σε υδατάνθρακες, διάφορα φάρμακα, ακόμη και διάφορες παθήσεις όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και χρόνιες νόσοι των νεφρών, έχουν σαν αποτέλεσμα την άνοδο των τριγλυκεριδίων στο αίμα.

Προχωρώντας στη χοληστερόλη, φαίνεται πως το πρόβλημα διογκώνεται, καθώς η αύξηση των τιμών είναι δραματικά μεγάλη.



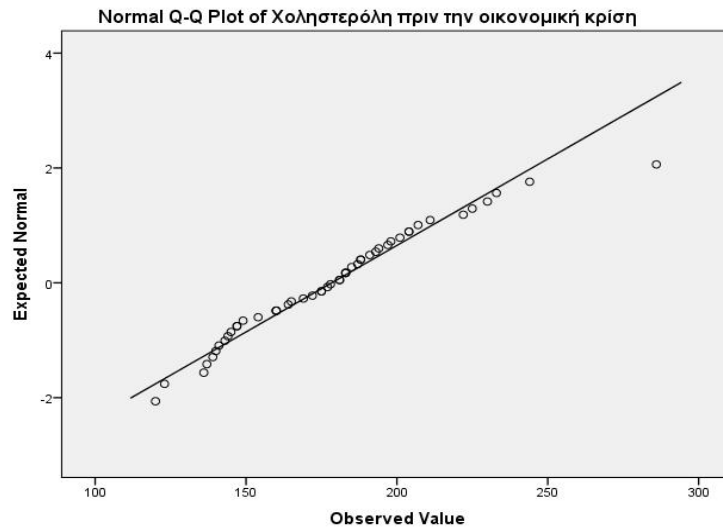
Γράφημα 5.9

Ιστόγραμμα (histogram) για τη χοληστερόλη πριν την οικονομική κρίση



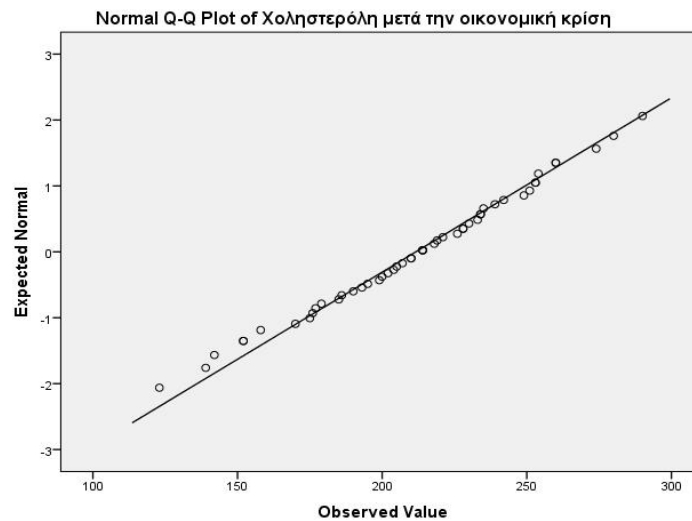
Γράφημα 5.10

Ιστόγραμμα (histogram) για τη χοληστερόλη μετά την οικονομική κρίση



Γράφημα 5.11

Γράφημα ποσοστημορίων (normal Q-Q plot) για τη χοληστερόλη πριν την οικονομική κρίση



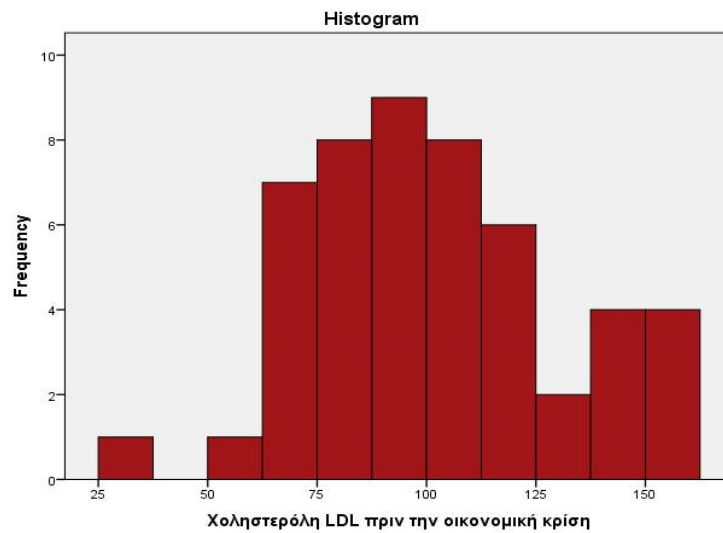
Γράφημα 5.12

Γράφημα ποσοστημορίων (normal Q-Q plot) για τη χοληστερόλη μετά την οικονομική κρίση

Αξίζει να σημειωθεί πως το 78,7% των συμμετεχόντων πριν την οικονομική κρίση είχαν φυσιολογικές τιμές χοληστερόλης έναντι του 34,0% των συμμετεχόντων που είχαν φυσιολογικές τιμές μετά την κρίση. Αντιθέτως, το 21,3% των συμμετεχόντων είχαν τιμές άνω του φυσιολογικού πριν την κρίση, ποσοστό που αυξήθηκε σε 66,0% μετά την κρίση,

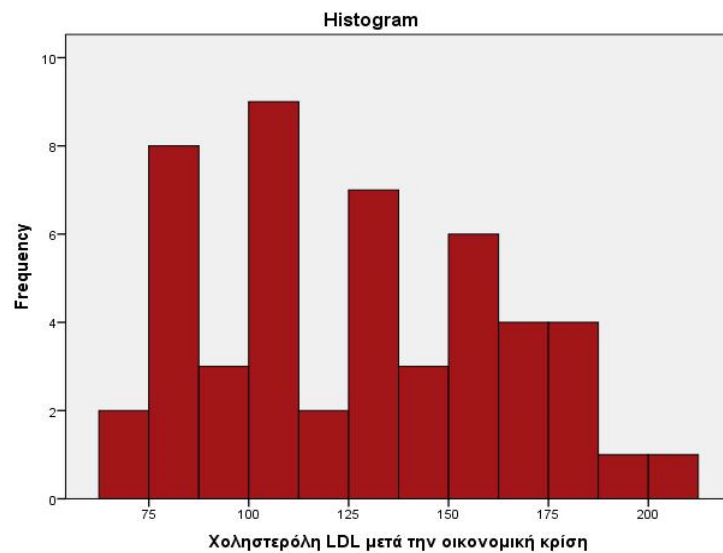
δίνοντας χώρο σε ασθένειες όπως η καρδιαγγειακή νόσος και η υπερχοληστερολαιμία να εμφανιστούν.

Τέλος, παρουσιάζεται και η πορεία της χοληστερόλης LDL, η οποία αφήνει πιο ξεκάθαρο μήνυμα:



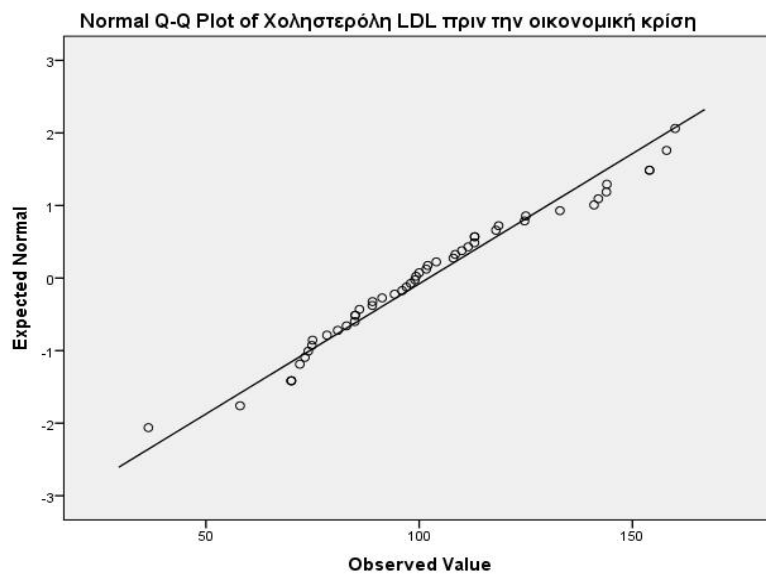
Γράφημα 5.13

Ιστόγραμμα (histogram) για τη χοληστερόλη LDL πριν την οικονομική κρίση



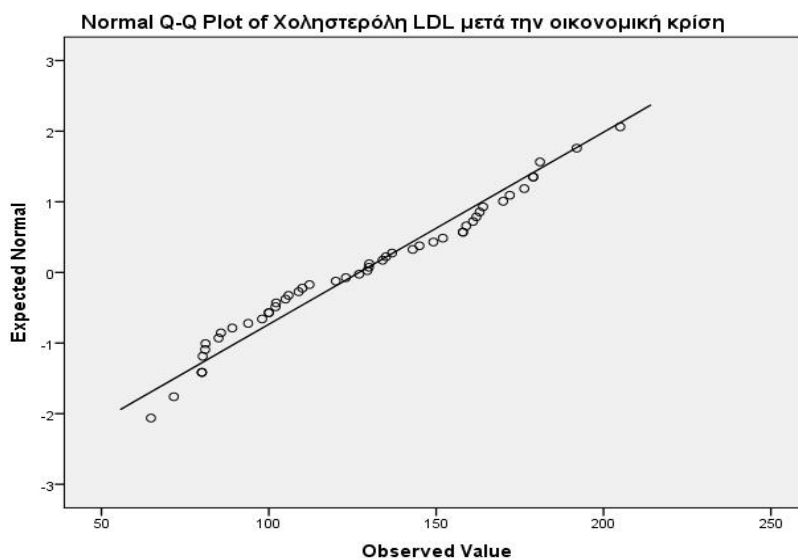
Γράφημα 5.14

Ιστόγραμμα (histogram) για τη χοληστερόλη LDL μετά την οικονομική κρίση



Γράφημα 5.15

Γράφημα ποσοστημορίων (normal Q-Q plot) για τη χοληστερόλη LDL πριν την οικονομική κρίση



Γράφημα 5.16

Γράφημα ποσοστημορίων (normal Q-Q plot) για τη χοληστερόλη LDL μετά την οικονομική κρίση

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, πριν την κρίση δεν υπήρχαν αυξημένες τιμές άνω του φυσιολογικού ορίου στο σύνολο του δείγματος, γεγονός που άλλαξε μετά κρίσης και τώρα το 25% του δείγματος παρουσιάζει υψηλές τιμές χοληστερόλης LDL και παράλληλα, αυξημένες πιθανότητες να πάθει οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και στεφανιαία νόσο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Όπως είναι λογικό, η οικονομική κρίση σε παγκόσμιο επίπεδο έχει επηρεάσει όλες τις χώρες, οι οποίες έχουν υποστεί τις συνέπειές της. Η οικονομική κρίση στη χώρα μας, εκτός από τους υπόλοιπους τομείς έχει επηρεάσει και την υγεία των πολιτών. Η υγεία του ανθρώπου επηρεάζεται από την ποιότητα των κοινωνικών και οικονομικών συνθηκών σε όλες τις φάσεις της ζωής του. Βέβαια, τα κατώτερα κοινωνικά στρώματα είναι αυτά που θίγονται περισσότερο συγκριτικά με τις ανώτερες βαθμίδες. Μερικές από τις πιο σημαντικές αιτίες που επηρεάζουν την υγεία των πολιτών είναι το μειωμένο εισόδημα, οι κακές συνθήκες διαβίωσης, οι στρεσογόνες οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες, η εργασιακή ανασφάλεια και η εκπαίδευση.

Οι δείκτες υγείας χρησιμοποιούνται για να παρουσιάσουν τη συνολική εικόνα του επιπέδου υγείας των πολιτών μιας χώρας. Στην Ελλάδα, οι δείκτες υγείας έχουν επιδεινωθεί αρκετά τα τελευταία χρόνια εξαιτίας της οικονομικής κρίσης. Η οικονομία της Ελλάδας δέχτηκε ένα τεράστιο πλήγμα, με αποτέλεσμα να αυξηθεί η ανεργία και η μακροχρόνια ανεργία, να μειωθούν τα εισοδήματα, καθώς και οι δαπάνες για την υγεία. Η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει σημαντικά την καθημερινότητα των πολιτών της χώρας μας. Η πολιτεία μειώνει τις δαπάνες για την υγεία, ενώ ταυτόχρονα μειώνονται οι μισθοί και αυξάνεται η ανεργία και το εργασιακό στρες. Όλα τα παραπάνω επηρεάζουν σημαντικά την υγεία του ατόμου και συμβάλουν κυρίως στην αύξηση των ψυχικών και καρδιακών νοσημάτων.

Σύμφωνα με την παραπάνω έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της συγκεκριμένης διπλωματικής εργασίας, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η Ελλάδα κατά τόπους, αλλά και γενικότερα, όσον αφορά το επίπεδο υγείας της εμφανίζει όλο και μειούμενη ποιοτικά εικόνα με την πάροδο του χρόνου. Εάν επίσης, τη συγκρίνουμε με τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες τότε παρατηρούμε ότι το επίπεδο υγείας της υστερεί. Το γεγονός αυτό δείχνει την ανάγκη αλλαγής των συστημάτων υγείας και του σχεδιασμού πολιτικής υγείας στην Ελλάδα.

Η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει σημαντικά τον τομέα της υγείας της Ελλάδας καθώς και την υγεία όλων των πολιτών. Τα τελευταία χρόνια με την οικονομική κρίση στην Ελλάδα έχουν αυξηθεί οι αυτοκτονίες, τα περιστατικά κατάθλιψης, τα περιστατικά ψυχιατρικών νοσημάτων, τα περιστατικά βίας καθώς και οι διάφορες ασθένειες και κυρίως οι καρδιακές παθήσεις. Επίσης, με την οικονομική κρίση έχει παρατηρηθεί μία στροφή των πολιτών από τον ιδιωτικό τομέα στον δημόσιο τομέα γιατί έχουν μειωθεί τα

εισοδήματα των πολιτών οπότε αναζητούν πιο οικονομικές λύσεις. Το πρόβλημα είναι όμως ότι ο δημόσιος τομέας δεν μπορεί να εξυπηρετήσει αποτελεσματικά τους πολίτες αυτής της χώρας.

Είναι σαφές ότι ο τομέας της υγείας στην Ελλάδα αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα και απαιτούνται μεταρρυθμίσεις και πολιτικές προκειμένου να επιλυθούν άμεσα τα προβλήματα αυτά. Ακόμα και κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης θα πρέπει να πραγματοποιηθούν μεταρρυθμίσεις που να έχουν στόχο τη βελτίωση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού της. Η υγεία θα πρέπει να θεωρείται η πρωταρχική επένδυση σε μια χώρα, γιατί οι δαπάνες αυτές θεωρούνται παραγωγικές, καθώς επιδρούν άμεσα στην παραγωγικότητα της εργασίας και το προσδόκιμο ζωής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Andersen, I, Thielen, K, Nygaard, E, Diderichsen, F. (2009). Social inequality in the prevalence of depressive disorders. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 63:575-581.
- Bush, K. (1986). *Η κρίση των ευρωπαϊκών κοινοτήτων*. Αθήνα
- Burckhard, CS, Anderson, KL. (2003) The Quality of Life Scale (QOLS): reliability, validity and utilization. *Health Qual Life Outcomes*.1:60.
- Black D, Morris J, Snith, C, Townsend P. (1980). *The Black Report*. Department of Health and Social Security. London: HMSO.
- Cavagnero, E, Bilger, M. (2010). Equity during an economic crisis: financing of the Argentine health system. *Journal of Health Economics*, 479-488.
- Cifuentes, M, Sembajwe, G, Wo, S. (2008). The association of major depressive episodes with income inequality and the human development index. *Social Science & Medicine*. 67:529-539.
- Chang, SS, Gunnell, D, Sterne, JA, Lu, TH, Cheng, AT. (2009). Was the economic crisis 1997-1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? *A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand*. *Social Science and Medicine*, 68:1322-1331.
- Economou A, Nikolaou A, Theodossiou I. (2007). Are recessions harmful to health after all? Evidence from the European Union. Centre for European Labour Market Research. University of Aberdeen, UK, *Business School Working Paper Series*
- Economou, M, Madianos, M, Peppou, LE, (2013). Major depression in the Era of economic crisis: A replication of a cross-sectional study across Greece. *Journal of Affective Disorders*. 145:308-314.

- Gazzaniga, M.S., Heatherton, T.F. (2006), *Psychological Science*, New York, W.W. Norton & Company.
- Gii, M, Roca, M, Basu, S, (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centers, 2006 and 2010. *Eur J Public Health*. 23(1):103-108.
- Gutman, A. (2014). Failing Economy, Failing Health. The great recession's toll on mind and body. *Harvard School of Public Health*
- Hopkins, S. (2006). Economic stability and health status: Evidence from East Asia before and after the 1990s economic crisis. *Health Policy*, 75:347-357.
- International labour organization. (2009). Global employment trends 2009. *ILO*, Geneva
- Jin, RL, Shah, CP, Svoboda, TJ. (1995). The impact of unemployment on health: A review of the evidence, *Canadian Medical Association Journal*, 153:529- 540.
- Katikireddi, SV, Niedzwiedz, CL, Popham, F. (2012). Trends in population mental health before and after the 2008 recession: a repeat crosssectional analysis of the 1991-2010 Health Surveys of England. *BMJ Open*. 1-9.
- Klapper, L. (2010). The Global Financial Crisis Led to a Drop in Business Creation. *Macroeconomics and Growth*, pp. 55-70.
- King, L, Hamm, P, Stuckler, D. (2009). Rapid large-scale privatization and death rates in ex-communist countries: an analysis of stress-related and health system mechanisms. *Int J Health Serv*. 39(3): 461-489.
- Kondilis, E, Giannakopoulos, S, Gavana, M, Ierodiakonou, I, Waitzkin, H, Benos, A. (2013). Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: The Greek case. *American Journal of Public Health*, 18:e1-e8.
- KEELPNO. (2013). *HIV/AIDS Surveillance in Greece*, 31- 12-2012. Athens: Center for Disease Control and Prevention.

- Mackenbach, JP. (2005). Health Inequalities: Europe in profile. *Expert report, UK Presidency of the EU*
- Madianos, M, Economou, M, Alexiou, T, Stefanis, C. (2011). Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two crosssectional surveys nationwide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46:943-52.
- Marmot, M. & Bell, R. (2009). How the financial crisis affect health?. *Department of Epidemiology and Public Health.*
- Matsas, S. (2012). Greece and the World Capitalist Crisis. *Journal of Socialist Theory*, pp. 2-13
- Mossialos E, Le Grand J. (1999). Health Care and Cost Containment in the European Union. *Aldershot, Ashgate*
- Power, C. (1994). Health and social inequality in Europe. *BMJ*. 309:1153-1160
- Stiglitz, J. (2006). *Making globalization work*, Notron WW & Co. New York
- Singh, GK, Yu, SM. (1996). US childhood mortality, 1950 through 1993: trends and socioeconomic differentials. *American Journal of Public Health*. 86(4): 505-512.
- Suhrcke, M, Stuckler, D, Suk, E, Desai, M, Senek, M, McKee, M, Tsoлова, S, Basu, S, Abubakar, I, Hunter, P, Rechel, B, Semenza, C. (2011). The impact of economic crises on communicable disease transmission and control: a systematic review of the evidence. *PLoS ONE*. 6(6)
- Stuckler, D, Basu, S, King, L. (2008). International Monetary Fund Programs and tuberculosis outcomes in post-communist countries. *Public Libr Sci Med*. 5(7)
- Stuckler, S, Basu, S, Fishback, P, Meissner, C, Mckee, M. (2012). Banking crises and mortality during the Great Depression: Evidence from U.S. urban populations, 1929-1937. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 66(5):410-19.

- Stuckler, D, Basu, S, Suhrcke, M, Coutts, A, Mckee, M. (2011). Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet*. 378(9786):124-125.
- Sells, CW, Blum, RW. (1996). Morbidity and mortality among US adolescents: an overview of data and trend. *American Journal of Public Health*. 86(4): 513-519.
- Ruhm C. (2000). Are recessions good for your health? *Q J Econ*. 115(2):617-50.
- The financial crisis and global health. (2009). Geneva: WHO. Πρόσβαση στις 29-1-2011: διαθέσιμο: http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009_financial_crisis_report_en_.pdf
- Wagstaff, A. (2002). Poverty and health sector inequalities. *Bulletin of the World Health Organization*. 80: 97-105.
- Zivin, K, Paczkowski, M, Galea, S. (2011). Economic downturns and population mental health: research findings, gaps, challenges and priorities. *Psychol Med*. 41:1343-8.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Βαγιανός, Δ., Βέττας, Ν. & Μεγήρ, Κ. (2010). *Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα: Μεταρρυθμίσεις και ευκαιρίες σε μία κρίσιμη συγκυρία*. [Ηλεκτρονικό] Available at: www.greekeconomistsforreform.com [Πρόσβαση 2017].
- Βαρουφάκης, Γ., Πατώκος, Τ., Τσερκέζης, Λ., Κουτσοπέτρος, Χ. (2011). Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα και την Ευρώπη το 2011. *Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ*. ΙΝΕ
- Βάμβουκας, Γ. (2004). *Διεθνείς οικονομικές σχέσεις*. Αθήνα: Εκδόσεις Μπένου
- Δημολιάτης Γ, Κυριόπουλος Γ, Λάγγας Δ, Φιλαλήθης Τ. (2006). *Η δημόσια υγεία στην Ελλάδα*. Αθήνα: Εκδόσεις Θεμέλιο/κοινωνία και υγεία
- διαΝΕΟσις, (2016). *Η Υγεία Των Ελλήνων Στην Κρίση. Μια χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας των Ελλήνων και των δομών υγείας της χώρας*. Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής
- Ευθυμίου, Α. (2010). *Η οικονομική κρίση 2008-2009 και πως επηρεάζει τον κλάδο της ένδυσης στην Ελλάδα*. Αθήνα
- ΕΛΣΤΑΤ, (2014). Δελτίο Τύπου. Έρευνα Υγείας έτους 2014. *Ελληνική Δημοκρατία. Ελληνική Στατιστική Αρχή*
- ΙΝΕ- ΓΣΕΕ, (2017). *Η ελληνική οικονομία και η απασχόληση*. Αθήνα. Ετήσια Έκθεση. Μάρτιος 2017
- ΙΝΕ- ΓΣΕΕ. (2008). *Η ελληνική οικονομία και η απασχόληση*, Αθήνα: Ετήσια Έκθεση
- Ιωαννίδη, Ε, Λοπατατζίδης, Α, Μαντή, Π. (1999). *Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και προκλήσεις*, Τόμος Α', Υγεία: Οριοθετήσεις και Προοπτικές. Πάτρα: ΕΑΠ

- Καμινιώτη Ολυμπία. (2012). Εργασία και απασχόληση στην Ελλάδα. Υγεία και αγορά εργασίας: Αλληλεπιδράσεις σε περίοδο κρίσης. *Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας και Ανθρώπινου Δυναμικού*.
- Καραϊσκού, Α., Μαλλιαρού, Μ. & Σαράφης, Π. (2012). Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα Συστήματα Υγείας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, pp. 49-54.
- Καϊτελίδου, Δ., Καλογεροπούλου, Μ., Γαλάνης, Π., Λιαρόπουλος, Λ. (2016). Οικονομική κρίση και «βόμβα» νοσηρότητας στην Ελλάδα. *Νοσηλεία και Έρευνα*. 254-265
- Κυριόπουλος Γ. (2010). Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *16ο Πανελλήνιο Συνέδριο εσωτερικής Παθολογίας*. Αθήνα 13-10-2010.
- Κυριόπουλος, Γ, Αθανασάκης, Κ, Πάβη, Ε. (2012). *Οικονομική κρίση και υγεία. Ένα δοκίμιο πολιτικής οικονομίας για την ανασυγκρότηση του υγειονομικού τομέα*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη
- Λαπαβίτσας, Κ. (2010). *Η ευρωζώνη ανάμεσα στη λιτότητα και την αθέτηση πληρωμών*. Αθήνα: Λιβάνη.
- Λιοδάκης, Α., Φαλελάκης Γ., Γιαννουλόπουλος Γ. (2006). Το ταξίδι της Τρέλας- Μαρτυρίες. *Κοινωνία & ψυχική υγεία*, Επιτροπή Ερευνών Α.Π.Θ.
- Μαλλιαρού, Μ. και Σαράφης, Π. (2012). Οικονομική κρίση. Τρόπος επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 11ος Τόμος, 1ο Τεύχος
- Μπούρας & Λυκούρας (2011). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στη ψυχική υγεία. *Εγκέφαλος*.
- Μεγαλοοικονόμου, Θ., Λερίδου, Α., Μοναχού, Μ. (2011). Η πολιτισμική διάσταση της ψυχικής υγείας και του ψυχικού πόνου, *Ελευθεριακός κόσμος*, 4 Μαΐου, Αθήνα.

- Μπαμπάτσικου, Φ. (2010). Επιδημιολογικά δεδομένα των καρδιαγγειακών νοσημάτων στους ηλικιωμένους. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. 9:230-242.
- Noulas, N., (2014). Αξιολόγηση της Υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού στα Χρόνια της Οικονομικής Κρίσης. *Αχαική Ιατρική*, Τόμος 33, Τεύχος 2. 105-120
- Ντούβα, Λ. (2012). *Συνέπειες της οικονομικής κρίσης στον ξενοδοχειακό κλάδο της Αθήνας-Αττικής*.
- Παπαηλίας Θ., (2015). ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΑ. Οι εξελίξεις στην ελληνική οικονομία μεταπολεμικά, Αθήνα: Εκδόσεις ΚΡΙΤΙΚΗ
- Σουλιώτης, Κ. (2000). *Ο ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση
- Στάκλερ, Ν, Σάντζεϊ, Μ. (2014). *Πολιτικές ζωής και θανάτου. Πως η κρίση επηρεάζει την ανθρώπινη υγεία* [Μ. Μυρώνη, Μεταφρ.]. Αθήνα: Εκδόσεις Ψυχογιός
- Τσακαλογιάννης, Π. (2008). *Σύγχρονη ευρωπαϊκή ιστορία*. τόμος Α' επιμ. Αθήνα: Εστία.
- Τσίμας, Π. (2011). *Το ημερολόγιο της κρίσης*. Αθήνα: Μεταίχμιο.
- Υγειονομικός Χάρτης της Ελλάδος. (2013). *Δείκτες Υγείας*. Διαθέσιμο στο: <http://ygeiama.gov.gr>
- Χαραλάμπους, Α. και Τσίτση, Θ. (2010). Οι επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης στον τομέα της υγείας και η ανάπτυξη ενός υπερεθνικού ρυθμιστικού πλαισίου. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(1):106-112.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

www.athenslab.gr

www.dianeosis.org

www.dafnnews.wordpress.com

www.medlab.gr

<http://www.protothema.gr>