
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ
ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ**

Παναγιώτης Κλώνος

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

Πειραιάς, 2018

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ
ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ**

Παναγιώτης Κλώνος, Α.Μ.: ΟΔΥ/1620

Επιβλέπων: Κωνσταντίνα Κοτταρίδη / Επίκουρος Καθηγήτρια / Πανεπιστήμιο Πειραιά

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

Πειραιάς, 2018

UNIVERSITY of PIRAEUS



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Economics and Management

**THE EFFECTS OF THE ECONOMIC CRISIS IN HEALTH
AND THE INSTITUTIONAL FRAMEWORK**

Panagiotis Klonos

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, 2018

Αφιερώνεται στους γονείς μου

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια κ. Κωνσταντίνα Κοτταρίδη, για τη βοήθεια που μου προσέφερε τόσο στην επιλογή του θέματος της διπλωματικής μου εργασίας όσο και για τις κατευθυντήριες γραμμές που μου έδωσε, οι οποίες με βοήθησαν ώστε να εκπονηθεί η παρούσα διπλωματική εργασία. στην εκπόνησή της. Επίσης δράττομαι της ευκαιρίας να ευχαριστήσω θερμά τους γονείς μου, για την προσωπική τους στήριξη καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Σημαντικοί όροι: Οικονομική κρίση, επιπτώσεις, υγεία, θεσμικό πλαίσιο

Περίληψη

Η πρόσφατη οικονομική κρίση που άρχισε το 2007 επηρέασε και συνεχίζει να επηρεάζει αρνητικά την οικονομία τόσο σε διεθνές όσο και σε ευρωπαϊκό και ελληνικό επίπεδο, αλλά διαφορετικά ως προς την ένταση, λόγω της διαφορετικής ανάπτυξης της κάθε χώρας. Οι χώρες με τη μεγαλύτερη ανάπτυξη επλήγησαν σε μικρότερο βαθμό και οι χώρες μέσης ή μικρής ανάπτυξης επλήγησαν περισσότερο. Αλλά και στο εσωτερικό των χωρών υπήρξε διαφοροποίηση της έντασής της στους πολίτες, με αυτούς που ανήκουν στα χαμηλά στρώματα να πλήττονται περισσότερο.

Φυσικό είναι, όταν πλήττεται η οικονομία μιας χώρας να επηρεάζεται η υγεία των πολιτών της, καθώς επίσης επηρεάζονται και τα συστήματα υγείας, αφού τα κράτη μειώνουν τις δαπάνες, και για τον τομέα της υγείας, οπότε υπάρχουν προβλήματα χρηματοδότησης.

Η παρούσα εργασία έχει σκοπό την ανάλυση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην υγεία και το θεσμικό πλαίσιο. Για την ανάπτυξη και ανάλυση αυτού του θέματος χρησιμοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση καθώς και στοιχεία από έρευνες. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η οικονομική κρίση γενικώς με ιστορική αναδρομή στις παλαιές οικονομικές κρίσεις, καθώς επίσης τα αίτια και τις επιπτώσεις της πρόσφατης κρίσης. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται η υγεία δίνοντας τον ορισμό της και οι παράγοντες που την επηρεάζουν. Επίσης, σε αυτό το κεφάλαιο έγινε αναφορά στη δημόσια υγεία ως επιστήμης και τέχνης, για την πρόληψη των ασθενειών και την προαγωγή της υγείας, και στα συστήματα της υγειονομικής περίθαλψης. Στο τρίτο κεφάλαιο αναφέρονται οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία, όπως ανεργία, θνησιμότητα, καταχρήσεις, διατροφικές συνήθειες, καθώς και στην υγειονομική περίθαλψη με την ανεπαρκή χρηματοδότησή της. Στο τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται το θεσμικό πλαίσιο για την υγεία και πώς αυτό θεσμοθετήθηκε πριν και κατά τη διάρκεια της κρίσης. Τέλος στο πέμπτο κεφάλαιο δίνονται τα συμπεράσματα της παρούσας εργασίας.

THE EFFECTS OF THE ECONOMIC CRISIS IN HEALTH AND THE INSTITUTIONAL FRAMEWORK

Keywords: Economic crisis, consequences, health, institutional framework

Abstract

The recent financial crisis that began in 2007 has affected and continues to negatively affect the economy both internationally and at European and Greek level, but different in intensity, due to the different development of each country. The countries with the largest growth have been hit harder and the countries with medium or low growth have been hit hardest. But within the countries there has been a differentiation of its intensity among the citizens, with those belonging to the lower strata being hit harder.

It is natural that when a country's economy is affected to affect the health of its citizens, and health systems are also affected, as governments reduce spending, and for the health sector, so there are funding problems

This paper aims to analyze the impact of the economic crisis on health and the institutional framework. A bibliographic review as well as survey data was used to develop and analyze this issue. The first chapter presents the economic crisis in general with a historical retrospective of the old economic crises, as well as the causes and consequences of the recent crisis. The second chapter refers to health by giving its definition and the factors that affect it. Also, in this chapter reference has been made to public health as science and art, on disease prevention and health promotion, and on health care systems. The third chapter discusses the impact of the economic crisis on health, such as unemployment, mortality, abuse, nutritional habits, and health care with inadequate funding. The fourth chapter lists the institutional framework for health and how it was institutionalized before and during the crisis. Finally, the fifth chapter gives the conclusions of this paper.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	ix
Περίληψη.....	xi
Abstract	xiii
Περιεχόμενα	xv
Κατάλογος Πινάκων.....	xvii
Κατάλογος Διαγραμμάτων	xix
Κατάλογος Χαρτών	xxi
Συντομογραφίες.....	xxiii
Νόμοι.....	xxv

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

1.1 Εισαγωγή.....	1
1.2 Ιστορικό.....	1
1.2.1 Προηγούμενες Οικονομικές Κρίσεις	2
1.2.2 Η Οικονομική Κρίση του 2007	3
1.2.3 Η Ευρώπη και η Οικονομική Κρίση του 2007	5
1.2.4 Η Ελλάδα και η Οικονομική Κρίση του 2007	7
1.3 Η Οικονομική Κρίση του 2007 - Αίτια.....	8
1.4 Η Οικονομική Κρίση του 2007 - Επιπτώσεις.....	11
1.5 Ανακεφαλαίωση	13

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΥΓΕΙΑ

2.1 Εισαγωγή.....	15
2.2 Παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την Υγεία	16
2.3 Δημόσια Υγεία.....	18
2.4 Υγειονομική Περίθαλψη	22
2.5 Ανακεφαλαίωση	25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

3.1 Εισαγωγή.....	27
3.2 Οικονομία και Οικονομική κρίση	27
3.3 Υγεία και Οικονομική κρίση	32
3.4 Ανακεφαλαίωση	52

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

4.1 Εισαγωγή.....	55
4.2 Το Σύστημα Υγείας της Ελλάδας πριν την Οικονομική Κρίση	56
4.3 Η Θεσμοθέτηση του Συστήματος Υγείας της Ελλάδας στην περίοδο της Οικονομικής Κρίσης	60
4.4 Ανακεφαλαίωση	67

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ..... 69

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... 71

Κατάλογος Πινάκων

3.1 Καταναλωτικές δαπάνες των νοικοκυριών, 2006, 2011, 2015 και 2016	28
3.2 Πραγματική αύξηση του ΑΕΠ, 2006-2016 (% μεταβολής σε σύγκριση με το προηγούμενο έτος ·% ετησίως	29
3.3 Μη ικανοποιούμενες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης	46
3.4 Αναλογία γιατρών νοσηλευτών	50

Κατάλογος Διαγραμμάτων

3.1 Ανεργία, σύνολο (% του συνολικού εργατικού δυναμικού) (εκτίμηση μοντέλου ΔΟΕ)	30
3.2 Ο αριθμός των αυτοκτονιών ανά 100.000 κατοίκους στις χώρες της Ευρώπης συνολικά και ανά φύλο	34
3.3 Αριθμός θανάτων από αυτοκτονίες στην Ελλάδα (2000, 2008-2013)	35
3.4 Ποσοστό ανεργίας,% εργατικού δυναμικού, ετήσιος μέσος όρος, συνολικός πληθυσμός (15 – 74 ετών)	36
3.5 Ποσοστό μακροχρόνιας ανεργίας,% του εργατικού δυναμικού, ετήσιος μέσος όρος, συνολικός πληθυσμός (15-74 ετών)	36
3.6 Ποσοστό κινδύνου φτώχειας (σημείο αποκοπής: 60% του μέσου ισοδύναμου εισοδήματος), ηλικία 18-64 ετών	37
3.7 Η πυραμίδα των διατροφικών συνηθειών των Ελλήνων Καταναλωτών το 2016	41
3.8 Δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη στην ΕΕ	44
3.9 Οι άμεσες δαπάνες των ασθενών στην Ελλάδα και στην ΕΕ	45
3.10 Φτωχοποίηση των νοικοκυριών λόγω άμεσων πληρωμών	46
3.11 Αυξανόμενο χάσμα ανισότητας στην αυτοαναφερόμενη μη ικανοποιούμενη ανάγκη λόγω κόστους	48
3.12 Η Ελλάδα διαθέτει δυσανάλογα μεγάλο αριθμό ειδικών γιατρών, αλλά αντιμετωπίζει ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό	51

Κατάλογος Χαρτών

3.1 Ποσοστό απασχόλησης, ηλικιακή ομάδα 20-64, 2016	31
3.2 Η κατανομή των γιατρών σε ολόκληρη τη χώρα είναι πολύ άνιση	49

Συντομογραφίες

ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ

ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
ΑΤΥ	Ασφαλιστικό Ταμείο Υγείας
ΔΝΤ	Διεθνές Νομισματικό Ταμείο
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΖΕΣ	Ευρωπαϊκή Ζώνη Ελεύθερων Συναλλαγών
ΕΚΤ	Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Αρχή
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός για την Παροχή Υπηρεσιών Υγείας
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΚΑΥ	Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας
ΚΕΝ	Κέντρο Ενοποιημένων Νοσηλίων
ΚΕΠΚΑ	Κέντρο Προστασίας Καταναλωτών
ΝΠΙΔ	Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου
ΟΔΠΥ	Οργανισμός Διαχείρισης Πόρων Υγείας
ΟΝΕ	Οικονομική Νομισματική Ένωση
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΠΕΔΥ	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΠεΣΥ	Περιφερειακό Σύστημα Υγείας
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΠΠΥ	Περιφερειακά Προγράμματα Προμηθειών και Υπηρεσιών
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΣΕΠ	Συντονιστική Επιτροπή Προμηθειών
ΤοΜΥ	Τοπικές Μονάδες Υγείας
ΦΕΚ	Φύλλο Εφημερίδας Κυβερνήσεως

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΕΣ

CDOs	Collateralized Debt Obligations
CDSs	Credit Default Swaps
WHO	World Health Organization

Νόμοι

Νόμος 1397/1983	ΦΕΚ 143/Α/7-10-1983	Εθνικό Σύστημα Υγείας
Νόμος 2071/1992	ΦΕΚ 123/Α/15-7-1992	Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας
Νόμος 2194/1994	ΦΕΚ 34/Α/16-3-1994	Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις (ΕΣΥ)
Νόμος 2519/1997	ΦΕΚ 165/τ. Α'/21-08-1997	Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός ΕΣΥ, οργάνωση των Υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις
Νόμος 2889/2001	ΦΕΚ 37/Α/2-3-2001	Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας Ε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις
Νόμος 2955/2001	ΦΕΚ 256/τ. Α'/02-11-2001	Προμήθειες Νοσοκομείων και λοιπών μονάδων Υγείας των ΠΕΣΥ και άλλες διατάξεις
Νόμος 2920/2001	ΦΕΚ 131/τ. Α'/27-06-2001	Σώμα Επιθεωρητών Υγείας και Πρόνοιας (ΣΕΥΥΠ) και άλλες διατάξεις
Νόμος 3029/2002	ΦΕΚ Α 160/11-7-2002	Μεταρρύθμιση Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης
Νόμος 3172/2003	ΦΕΚ 197/τ. Α'/06-08-2003	Οργάνωση και Εκσυγχρονισμός Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις
Νόμος 3235/2004	ΦΕΚ 53/Α/18-2-2004	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
Νόμος 3329/2005	ΦΕΚ 81/Α/4-4-2005	Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις
Νόμος 3370/2005	ΦΕΚ 176/τ. Α'/11-07-2005	Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις
Νόμος 3457/2006	ΦΕΚ 93/8-5-2006	Μεταρρύθμιση του Συστήματος Φαρμακευτικής Περίθαλψης
Νόμος 3580/2007	ΦΕΚ 134/τ. Α'/18-06-2007	Προμήθειες Φορέων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις
Νόμος 3863/2010	ΦΕΚ 115/Α/15-7-2010	Νέο Ασφαλιστικό Σύστημα και συναφείς διατάξεις, ρυθμίσεις στις εργασιακές

		σχέσεις
Νόμος 3868/2010	ΦΕΚ 129/Α/3-8-2010	Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
Νόμος 3892/2010	ΦΕΚ 189/Α/4-11-2010	Ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων
Νόμος 3918/2011	ΦΕΚ Α' 31/2-3-2011	Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις
Νόμος 4052/2013	ΦΕΚ Α' 41/1-3-2012	Νόμος αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για εφαρμογή του ν. 4046/2012 και άλλες διατάξεις
Νόμος 4093/2012	ΦΕΚ Α – 222/12-11-2012	Έγκριση Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016 – Επείγοντα Μέτρα Εφαρμογής του ν.4046/2012 και του Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016
Νόμος 4172/2013	ΦΕΚ Α 167/23-7-2013	Φορολογία εισοδήματος, επείγοντα μέτρα εφαρμογής του ν.4046/2012, του ν.4093/2012 και του ν. 4127/2013 και άλλες διατάξεις
Νόμος 4238/2014	ΦΕΚ Α' 38/17-2-2014	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις
Νόμος 4368/2016	ΦΕΚ 21/Α/21-2-2016	Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις
Νόμος 4486/2017	ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017	Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας επείγουσες, ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

1.1 Εισαγωγή

«Οικονομικός κύκλος λέγεται η περιοδική – ρυθμική μεταβολή της οικονομικής δραστηριότητας, που επαναλαμβάνεται σε μικρότερα ή μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα με μορφή πάντοτε κυκλική και στη νεώτερη εποχή διαρκεί οκτώ (8) έως δώδεκα (12) χρόνια. Ο οικονομικός κύκλος έχει δύο περιόδους, την ανοδική με δύο φάσεις, την ανάκαμψη και την ευημερία και την καθοδική ομοίως με δύο φάσεις, την κρίση και την ύφεση ή κατάπτωση.» (Επιστήμη & Ζωή, n.d.)

Η οικονομική κρίση, ως η πρώτη φάση από τις δύο της καθοδικής περιόδου του οικονομικού κύκλου, χαρακτηρίζεται από την πτώση της ζήτησης αγαθών, λόγω των υψηλών τους τιμών, την πτώση της παραγωγής αγαθών, τον περιορισμό του κύκλου εργασιών των βιομηχανικών και εμπορικών επιχειρήσεων, την πτώση των κερδών, την αύξηση της ανεργίας κλπ. Έτσι διατηρούνται οι συνθήκες για την επόμενη φάση της καθοδικής περιόδου, δηλαδή την ύφεση ή κατάπτωση, η οποία διαρκεί μέχρις ότου δημιουργηθούν οι συνθήκες για την ανάκαμψη, την πρώτη φάση της ανοδικής περιόδου. (Επιστήμη & Ζωή, n.d.)

Σε κάθε χώρα, η οικονομική κρίση, η οποία εξακολουθεί να επηρεάζει αρνητικά την οικονομία σε διεθνές επίπεδο, είναι διαφορετική. Πλήττει κυρίως κράτη χαμηλού και μέσου εισοδήματος. Βασικά πλήττει την εγχώρια ζήτηση αγαθών και υπηρεσιών, με αποτέλεσμα τη συρρίκνωση της παραγωγής και της απασχόλησης, που είναι άμεσα συνυφασμένη με την ευημερία των πολιτών. Παρακολουθώντας τους οικονομικούς δείκτες φαίνεται πώς έχει διαμορφωθεί η κατάσταση.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται η ιστορική αναδρομή της οικονομικής κρίσης, αναφέρονται τα αίτια που οδήγησαν στην εκδήλωσή της και συνοπτικά οι επιπτώσεις της.

1.2 Ιστορικό

Η πρόσφατη οικονομική κρίση οδήγησε τόσο τη διεθνή όσο και την ελληνική οικονομία στη μεγαλύτερη ύφεση μετά το 1950. Η Διεθνής Χρηματοπιστωτική Κρίση του 2007 με αφετηρία τις ΗΠΑ, μπορεί να συγκριθεί μόνο με τη μεγάλη κρίση στις 25 Οκτωβρίου 1929 στο Χρηματιστήριο της Πόλης της Νέας Υόρκης, η οποία αποτέλεσε

την απαρχή της Μεγάλης (Παγκόσμιας) Οικονομικής Κρίσης του 1929-1932. (ΠΑΠΥΡΟΣ LAROUSSE BRITANNICA, 2007). Υπήρξαν φυσικά και άλλες κρίσεις μέχρι σήμερα, όμως η πρόσφατη είναι η μόνη που έπληξε την οικονομία παγκοσμίως.. (Krugman, 2009)

1.2.1 Προηγούμενες Οικονομικές Κρίσεις

«Μετά το 1950, κρίσεις με μορφή έντονης ύφεσης εμφανίστηκαν το 1954, το 1957-58, το 1962-63, το 1973-74 και το 1979-80.» (Επιστήμη & Ζωή, n.d.). Αργότερα, το 1994, μειώθηκε η ζήτηση της τεκίλας με αποτέλεσμα την κρίση στο σύστημα σταθερών συναλλαγματικών ισοτιμιών μεταξύ του μεξικάνικου πέσος και του αμερικανικού δολαρίου, υποτιμήθηκε το νόμισμα του Μεξικού και έτσι οι μεξικανικές τράπεζες παρουσίασαν μεγάλες ζημιές. Στη συνέχεια επηρεάστηκε το τραπεζικό σύστημα της Αργεντινής, όμως δεν υπήρξε πρόβλημα στη συναλλαγματική της ισοτιμία.

Λίγο αργότερα, το 1995, η τράπεζα Meridien BIAO που είχε έδρα στο Λουξεμβούργο μετέφερε σημαντικά κεφάλαια στα υποκαταστήματά της στις Μπαχάμες, και έτσι μειώθηκε η ρευστότητα της τραπεζικής αγοράς στη Ζάμπια, στη Ζουαζιγλάνδη, στην Κένυα, στη Δημοκρατία της Νότιας Αφρικής και στο Καμερούν, που και εκεί η τράπεζα είχε δραστηριότητες.

Στη Ρωσία το 1998 υπήρξε αδυναμία αποπληρωμής του δημόσιου χρέους και αυτό οδήγησε σε πτώχευση εκατοντάδες ιδιωτικές τράπεζες, με αποτέλεσμα την τραπεζική κρίση της ρωσικής οικονομίας.

Τέλος, το 2001 το νόμισμα της Αργεντινής θεωρήθηκε υπερτιμημένο, ασκήθηκαν υψηλές πιέσεις στις αγορές, αποσταθεροποιήθηκε το βάρος του δημόσιου εξωτερικού χρέους και κατέρρευσε το σύστημα των σταθερών συναλλαγματικών ισοτιμιών. Οι πολίτες της χώρας έκαναν ανάληψη των χρημάτων τους από τις τράπεζες και η κυβέρνηση της Αργεντινής αδυνατούσε να πληρώσει το δημόσιο χρέος. Επηρεάστηκε και το τραπεζικό σύστημα της γειτονικής Ουρουγουάης, αφού αρκετοί Αργεντινοί πήραν τα χρήματά τους και από τις τράπεζες της Ουρουγουάης.

Μετά από αυτή την αναδρομή στις προηγούμενες οικονομικές κρίσεις θα αναφερθούμε στην οικονομική κρίση του 2007-2009.

1.2.2 Η Οικονομική Κρίση του 2007

Στις ΗΠΑ την περίοδο 2004-2006 δίνονταν στεγαστικά δάνεια με χαμηλή εξασφάλιση, δηλαδή τα φυσικά πρόσωπα που έπαιρναν το στεγαστικό δάνειο δεν πληρούσαν τις πιστοληπτικές προϋποθέσεις. Ακολούθως, τα πρόσωπα αυτά για να πάρουν άλλο δάνειο, όπως προσωπικό ή καταναλωτικό, χρησιμοποιούσαν ως εγγύηση αυτό το ακίνητο. Από το 2007 άρχισε η οικονομική ύφεση, καθώς οι δανειολήπτες αδυνατούσαν να αποπληρώνουν τις δανειακές τους υποχρεώσεις, με αποτέλεσμα να ξεκινήσουν οι κατασχέσεις ακινήτων, οι οποίες είχαν δοθεί ως εγγύηση για τη διασφάλιση των ληφθέντων δανείων. (Maniatis T.& Passas C., 2013)

Η κρίση επιβαρύνθηκε απότομα και πολλές αμερικανικές και ευρωπαϊκές τράπεζες, όπως πχ. NorthernRock (η 5^η μεγαλύτερη Βρετανική στεγαστική τράπεζα), διαπίστωσαν ότι είχαν ανεπαρκή κεφάλαια για να αντιμετωπίσουν τις ζημιές, οι οποίες είχαν συσσωρευτεί από τα μη εξυπηρετούμενα δάνεια, τα οποία είχαν χορηγήσει. (Aglietta, M., 2009).

Για τις ΗΠΑ θεωρείται μεγαλύτερη οικονομική κατάρρευση αυτή της επενδυτικής τράπεζας Lehman Brothers, της American Investment Group και άλλων εταιρειών, οι οποίες είχαν εκδώσει εταιρικά ομόλογα χαμηλής διασφαλιστικής αξίας. Ακολούθησαν οι οίκοι αξιολόγησης, οι οποίοι βαθμολόγησαν πολύ υψηλά αυτά τα εταιρικά ομόλογα, που είχαν ως κάλυμμα τιτλοποιημένα δάνεια τα οποία ήταν μειωμένης εξασφάλισης. Αυτό συνέβη επειδή υπάρχει αλληλεξάρτηση μεταξύ των οίκων αξιολόγησης και των επενδυτικών τραπεζών, αφού οι οίκοι αξιολόγησης πληρώνονται από τις επενδυτικές τράπεζες. (Κούφαρης, 2010)

Σε παγκόσμιο επίπεδο οι χρηματοπιστωτικές αγορές βρέθηκαν σταδιακά σε κατάσταση μειωμένης ρευστότητας, ενώ ταυτόχρονα η υπάρχουσα οικονομική κρίση μεταδόθηκε στο σύνολο της τραπεζικής αγοράς παγκοσμίως. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα οι μεγαλύτεροι τραπεζικοί οργανισμοί στις ΗΠΑ, στην Αγγλία και σε πολλές ακόμα χώρες να απωλέσουν την ρευστότητά τους και με δεδομένη αυτή την κρίση αξιοπιστίας, η οποία επικρατούσε στην τραπεζική αγορά, αποφάσισαν οι κυβερνήσεις αυτών των χωρών να εμποδίσουν τη ραγδαία χρηματοοικονομική τους κατάρρευση, με τεράστια επιβάρυνση και κόστος των φορολογουμένων τους. Αυτές οι αποφάσεις από τις ΗΠΑ και την Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ), οι οποίες είχαν ως στόχο τη διάσωση των τραπεζικών ιδρυμάτων, δεν κατάφεραν να εμποδίσουν αυτή τη

χρηματοοικονομική κρίση και τη μετάβασή της στην πραγματική οικονομία, καθώς και την επέκτασή της παγκοσμίως. (Artus, P. & Pastré, O., 2009)

Την πτώχευση πολλών τραπεζικών ιδρυμάτων, ακολούθησε σταδιακά ο κίνδυνος πτώχευσης σε πολλές χώρες. Πρώτη από αυτές τις χώρες ήταν η Ισλανδία και ακολούθησε η Ουγγαρία, οι οποίες έκαναν αίτημα για οικονομική βοήθεια από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ). Μετά, ενεκρίθη το σχέδιο για να διασωθεί το Αμερικανικό χρηματοπιστωτικό σύστημα ύψους 700 δις δολαρίων και στη συνέχεια ακολούθησαν συναντήσεις και συμβούλια κορυφής στην ΕΕ, ώστε να αντιμετωπιστεί η κρίση. (Κότιος, Α. & Παυλίδης, Γ., 2012) (Maniatis T.& Passas C., 2013).

Για τις αναδυόμενες χώρες και ιδίως τις ασιατικές, αρχικά, οι κυβερνήσεις και οι διεθνείς οργανισμοί είχαν την πεποίθηση πως υπήρχε δυνατότητα να αποσυνδεθούν από την οικονομική κρίση των ΗΠΑ και των άλλων χωρών της Ευρώπης, δηλαδή είχε εκτιμηθεί ότι η χρηματοοικονομική κρίση έπληττε κυρίως τη Δύση και πως θα είχε περιορισμένες επιπτώσεις στην Ανατολή. Όσο όμως η κρίση μεγάλωνε, η εκτίμηση αυτή αποδεικνυόταν λανθασμένη. Πολλές αναδυόμενες χώρες, αν όχι όλες, δεν κατάφεραν να ξεφύγουν και όπως συμβαίνει συνήθως, οι πρώτες που δέχτηκαν τα πλήγματα της κρίσης ήταν οι πιο αδύναμες οικονομίες, δηλαδή εκείνες που είχαν δανειοδοτηθεί μέσω των δυτικών τραπεζών σε ξένο νόμισμα ώστε να διασφαλίσουν την ανάπτυξή τους. Το ίδιο ίσχυσε και για τις χώρες της Λατινικής Αμερικής, αφού τα τραπεζικά τους συστήματα είχαν εξαρτηθεί πλήρως από τις δυτικές τράπεζες, και κατά κύριο λόγο από τις Αμερικανικές επενδυτικές τράπεζες, και τις Ισπανικές, το οποίο είχε ως αποτέλεσμα ακόμα και σήμερα, χώρες όπως το Μεξικό και η Αργεντινή να αντιμετωπίζουν τεράστιες δυσκολίες.

Επίσης, όσον αφορά τις αναδυόμενες χώρες, η χρηματοοικονομική κρίση οφείλεται στο ότι η φάση του θετικού κλίματος της πιστωτικής επέκτασης, συνυπήρξε με μία ιδιαίτερα ισχυρή νομισματική επέκταση σε ορισμένες αναδυόμενες αγορές, όπως είναι η Κίνα και άλλες χώρες παραγωγής υδρογονανθράκων, οι οποίες έκαναν εξαγωγή τα αποταμιευτικά τους κεφάλαια. Επειδή τα νομίσματά τους είχαν ισοτιμία ρυθμιζόμενη έναντι του δολαρίου ΗΠΑ, για να διατηρηθεί αυτή η ισοτιμία, η οποία διασφάλιζε ταχεία οικονομική ανάπτυξη λόγω των εξαγωγών, οι Κεντρικές Τράπεζες αγόραζαν δολάρια, τα οποία τους πουλούσαν οι εξαγωγικές επιχειρήσεις. Έτσι, η οικονομική ανάπτυξη με ταχείς ρυθμούς συνέβαλε στην αυξημένη ζήτηση του αργού πετρελαίου και τη μεγάλη αύξηση των τιμών του, καθώς επίσης και των πρώτων υλών, οι οποίες ήταν αναγκαίες στις βιομηχανίες αυτών των χωρών, ώστε να λειτουργήσουν. Κορυφαίο

παράδειγμα χώρας, η οποία εξήγαγε βιομηχανικά προϊόντα, είναι η Κίνα, η οποία εισήγαγε σε τεράστιες ποσότητες αργό πετρέλαιο και πρώτες ύλες, με αποτέλεσμα οι τιμές τους να απογειωθούν, και με την παράλληλη ύπαρξη κερδοσκοπίας, να επεκταθεί αυτή η εξέλιξη. Αυτή η εξάρση του πληθωρισμού παρατηρήθηκε σε μεγαλύτερο βαθμό στις αναδύμενες οικονομίες, αφού παρουσίαζαν εξοικονόμηση ενέργειας σε μικρότερο βαθμό και είχαν εξάρτηση σε μεγαλύτερο βαθμό από τα αγροτικά προϊόντα, σε σχέση με τις ανεπτυγμένες χώρες. Στη συνέχεια ανατίμησαν τα νομίσματά τους οι αναδύμενες χώρες της Ασίας, από τη στιγμή που η χρηματοπιστωτική κρίση εκδηλώθηκε στις ΗΠΑ, για να συγκρατηθεί η εκτεταμένη ρευστότητα και ο πληθωρισμός. (Aglietta, M., 2009)

1.2.3 Η Ευρώπη και η Οικονομική Κρίση του 2007

Η επέκταση διεθνώς της χρηματοπιστωτικής κρίσης, η οποία ξεκίνησε από τις ΗΠΑ, επηρέασε και τις χώρες του ευρώ. Αυτή η κρίση ήταν ευκολότερο και ταχύτερο να διαδοθεί σε ευρωπαϊκό επίπεδο, αφού υπάρχει πολύ μεγάλη αλληλεξάρτηση στις χρηματαγορές και στα δίκτυα διανομής μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), όπως η στενή σχέση στις ευρωατλαντικές χρηματοπιστωτικές αγορές, η μεγάλη αλληλεξάρτηση στις αγορές αγαθών και υπηρεσιών, οι υψηλές άμεσες επενδύσεις μεταξύ ΗΠΑ και ΕΕ, οι κοινοί επιχειρηματικοί όμιλοι, η ψυχολογική αμοιβαία επίδραση κ.ά. (Παπαστάμκος, Γεώργιος; Κότιος, Άγγελος;, 2011)

Σε πρώτη φάση, επλήγησαν περισσότερο οι τράπεζες των χωρών που είχαν μεγαλύτερη διασύνδεση με το τραπεζικό σύστημα των ΗΠΑ. Από τις χώρες της Ευρωζώνης, παράδειγμα η Ιρλανδία, της οποίας το τραπεζικό σύστημα ήταν περισσότερο εκτεθειμένο στα τοξικά ομόλογα και η Γερμανία. Από τις χώρες εκτός Ευρωζώνης οι τράπεζες του Ηνωμένου Βασιλείου επλήγησαν πρώτες. Στην Ευρώπη τοποθετήθηκαν οι καταθέσεις σε νομίσματα ή ράβδους χρυσού, η οικονομική πολιτική των ευρωπαϊκών χωρών προτίμησε να διασώσει τα εθνικά τραπεζικά συστήματα με τη βοήθεια μέτρων, όπως π.χ. μέσω της ενίσχυσης της κεφαλαιουχικής βάσης των τραπεζών με δημόσια κεφάλαια και εγγυήσεις καταθέσεων. (Quaglia, L.; Eastwood, R.; Holmes, P.;, 2008)

Ακολούθως η χρηματοοικονομική κρίση επέδρασε αρνητικά στις πραγματικές οικονομίες, αφού είχε πτωτική πορεία το διεθνές εμπόριο και οι επενδύσεις, όπως επίσης η ενεργός ζήτηση, λόγω της μειωμένης χρηματοδότησης από το τραπεζικό

σύστημα. Τότε, οι περισσότερες χώρες της Ευρωζώνης, ως απάντηση στην ύφεση, επέλεξαν να επεκτείνουν δημοσιονομικά τις οικονομίες τους και να στηρίξουν αυτήν την επέκταση μέσω της μείωσης των επιτοκίων από την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα (ΕΚΤ).

Αντί της κυκλικής δημοσιονομικής πολιτικής, τα προγράμματα σταθεροποιητικής δημοσιονομικής πολιτικής ήταν αυτά με τα οποία αντιμετωπίστηκε πολιτικά η ύφεση. Η κάθε χώρα μέλος της ευρωζώνης εφάρμοσε αυτά τα προγράμματα, για τη σταθεροποίηση της δημοσιονομικής πολιτικής, διαφορετικά, και τα χρηματοδότησε αυξάνοντας τα δημοσιονομικά ελλείμματά της αλλά έκανε και κάποιες διαρθρωτικές παρεμβάσεις. (Παπαστάμκος, Γεώργιος; Κότιος, Άγγελος;, 2011)

Το, Δεκέμβριο του 2008 στην ΕΕ, για την ανάκαμψη της οικονομίας, πάρθηκαν σοβαρές αποφάσεις, όμως τελικά οι όποιες παρεμβάσεις έγιναν είτε μέσω του προϋπολογισμού της ΕΕ, είτε με την πολιτική συνοχή και την Ευρωπαϊκή Τράπεζα Επενδύσεων, δεν βοήθησαν στην υλοποίηση των αποφάσεων αυτών. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα το κόστος της προσαρμογής να το επιβαρυνθεί η κάθε χώρα μέλος. Ο συνδυασμός της διεθνούς χρηματοπιστωτικής κρίσης με την ύφεση στην πραγματική οικονομία, είχε ως αποτέλεσμα να προκληθεί αύξηση των δημοσίων δαπανών, οι οποίες στη συνέχεια επέδρασαν αρνητικά στη δημοσιονομική σταθερότητα σε κάποιες χώρες της Ευρωζώνης και επέφεραν έντονες κρίσεις στο δημόσιο χρέος, π.χ. Πορτογαλία, Ελλάδα, ή σε κρίσεις στο τραπεζικό σύστημα, π.χ. Ιρλανδία, Ισπανία. Το συνολικό οικοδόμημα της Οικονομικής και Νομισματικής Ένωσης (ΟΝΕ) τέθηκε σε δοκιμασία και αμφισβητήθηκε η αντοχή του. Έτσι τα κράτη μέλη της ΟΝΕ και οι κύριοι θεσμοί της (Eurogroup, ΕΚΤ) προσπάθησαν να διαχειριστούν την κρίση, αφού δεν υπήρχε, τόσο ένα κεντρικό όργανο αρμόδιο για τη διαχείριση κρίσεων όσο και θεσμοθετημένοι μηχανισμοί και διαδικασίες. (The Athens Review, 2015)

Την ύπαρξη της δημοσιονομικής κρίσης ακολούθησε η κρίση στην ανταγωνιστικότητα, με βάση το γεγονός ότι τα προβλήματα της δανειακής επιβάρυνσης κάποιων κρατών μελών της ΕΕ που ανήκουν στον ευρωπαϊκό Νότο, κατέδειξαν με σαφή τρόπο ότι οι ανεπτυγμένες χώρες του αντίστοιχου ευρωπαϊκού Βορρά ευνοήθηκαν από το ανταγωνιστικό περιβάλλον της ΟΝΕ, που επέδρασε αρνητικά στην παραγωγική διάρθρωση των κρατών μελών της ΕΕ, οι οποίες ανήκουν στην περιφέρεια. Άρα, η σύγχρονη πρόκληση της ΟΝΕ είναι η αντιμετώπιση των δημοσιονομικών ελλειμμάτων και των ελλειμμάτων της ανταγωνιστικότητας. Έγιναν παρεμβάσεις προς όφελος της Ελλάδας, της Πορτογαλίας και της Ιρλανδίας και

δημιουργήθηκε ένας προσωρινός και ένας μόνιμος μηχανισμός στήριξης για τις χώρες που βρίσκονταν σε κρίση, όμως η θεσμική και πολιτική ηγεσία της ΕΕ δεν κατόρθωσε να δώσει πειστικές, οριστικές λύσεις στην πρόκληση αυτή. (Παπαστάμκος, Γεώργιος; Κότιος, Άγγελος;, 2011)

1.2.4 Η Ελλάδα και η Οικονομική Κρίση του 2007

Η πρόσφατη οικονομική κρίση, η οποία εκδηλώθηκε στις ΗΠΑ το 2007, έπληξε τόσο την παγκόσμια οικονομία όσο και την ελληνική. Ωστόσο η οικονομική κρίση στην Ελλάδα επιδεινώθηκε από τα ήδη υπάρχοντα προβλήματα στην οικονομία της.

Η Ελλάδα υιοθέτησε το ενιαίο νόμισμα το 2002 και έγινε μέλος της ΟΝΕ. Τότε επικράτησε η πεποίθηση ότι με την ένταξη στον σκληρό πυρήνα των ευρωπαϊκών οικονομιών θα επιδρούσε καταλυτικά στην επιτάχυνση της πραγματικής σύγκλισης με τις ανεπτυγμένες οικονομικά ευρωπαϊκές χώρες σε επίπεδο οικονομικό και κοινωνικό.

Στην Ελλάδα την εποχή εκείνη επικρατούσε συγκρατημένη αισιοδοξία - συγκρίσιμοι ρυθμοί ανάπτυξης με αυτούς των χωρών της ΕΕ και ακόμα μεγαλύτεροι, ανεργία σε ποσοστό μη ανησυχητικό, που ακολουθούσε καθοδική πορεία από το 2004 και μετά - το οποίο διατηρήθηκε και για ένα μικρό χρονικό διάστημα μετά το ξέσπασμα της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης. Πρέπει να επισημανθεί ότι η παγκόσμια οικονομική ύφεση στην Ευρώπη δεν επέδρασε άμεσα στην Ελλάδα και αυτό αποδεικνύεται από το ότι η Ελλάδα το 2008 σημείωσε ανάπτυξη 1,3% έναντι 0,4% της Ευρωζώνης. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να θεωρηθεί, ότι η Ελλάδα δεν θα επηρεαζόταν από την παγκόσμια οικονομική κρίση. (ΒΑΡΟΥΦΑΚΗΣ, et al., 2011)

Αποτέλεσμα της μεταφοράς της οικονομικής κρίσης από τον χρηματοοικονομικό τομέα στην πραγματική οικονομία, ήταν να γίνει αρνητικός ο ρυθμός της παγκόσμιας ανάπτυξης. Η απόφαση των κυβερνήσεων και των κεντρικών τραπεζών για την τόνωση της ρευστότητας ήταν να μειώσουν τα επιτόκια και να αυξήσουν τις εγγυημένες τραπεζικές καταθέσεις. Παράλληλα, οι κυβερνήσεις εφάρμοσαν επεκτατική δημοσιονομική πολιτική, η οποία είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση στο δημόσιο χρέος, και ο έντονος επηρεασμός που είχαν οι αγορές από την κρίση που ξέσπασε το 2007, προκάλεσε την ανάγκη να εξεταστεί εκ νέου η φερεγγυότητα και ο πιστωτικός κίνδυνος των χωρών.

Έτσι, η Ελλάδα, η οποία αντιμετώπιζε έντονες διαρθρωτικές ανισορροπίες, από το δεύτερο εξάμηνο του 2009 και μετά, αξιολογήθηκε ότι αποτελεί μια χώρα η οποία έχει μικρότερη πιθανότητα ελέγχου, όσον αφορά το διογκούμενο χρέος της, αφού ήρθε στο

προσκήνιο η υπερχρέωση του ελληνικού δημοσίου και για την Ελλάδα η κρίση στις διεθνείς χρηματαγορές μετατράπηκε σε κρίση στο δημόσιο χρέος. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980 παρατηρήθηκε δραματική αύξηση στο ελληνικό δημόσιο χρέος και συνεχίστηκε αυτή η αύξηση και για τις δύο επόμενες δεκαετίες. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να επηρεαστεί η ελληνική οικονομία, αφού η κατανάλωση είχε σημαντική αύξηση σε σχέση με τη δεκαετία του 1970, ενώ παρατηρήθηκε μείωση των επενδύσεων. Η Ελλάδα το 2009 είχε εξωτερικό χρέος ποσοστό 82% του ΑΕΠ και το μεγαλύτερο ποσοστό αυτού του χρέους ήταν εξωτερικό δημόσιο χρέος, αφού ο δανεισμός από το εξωτερικό εκτελείτο όχι από τον ιδιωτικό τομέα, αλλά από την κυβέρνηση. (ΒΑΡΟΥΦΑΚΗΣ, et al., 2011)

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών, υπήρξε επιδείνωση στο πρόβλημα του δημόσιου χρέους της ελληνικής οικονομίας, το οποίο είχε ως αποτέλεσμα οι χρηματοδοτικές ανάγκες του ελληνικού δημοσίου, από το Μάιο του 2010, να καλύπτονται από το μηχανισμό στήριξης για τη σταθεροποίηση της ελληνικής οικονομίας. (Υπουργείο Οικονομικών, 2012)

1.3 Η Οικονομική Κρίση του 2007 - Αίτια

Όπως αναφέρθηκε στην ιστορική αναδρομή, το 2007 κατέρρευσε η αγορά ακινήτων, λόγω των στεγαστικών δανείων χαμηλής εξασφάλισης στις ΗΠΑ. Οι επενδυτικοί οίκοι τιτλοποίησαν σε σύνθετα ομόλογα αυτά τα στεγαστικά δάνεια υψηλού κινδύνου και με το δέλεαρ της υψηλής απόδοσης, τα διέσπειραν παγκοσμίως σε πιστωτικούς οργανισμούς, επενδυτικούς οίκους και ασφαλιστικούς οργανισμούς, μέσω των αγορών χρήματος, αξιών και παραγώγων, τα οποία αλληλοσυνδέονται και αλληλοεξαρτώνται.

Έτσι, όταν άρχισε να καταρρέει το σύστημα αγοράς ακινήτων στις ΗΠΑ, ξεκίνησε η κρίση του χρηματοπιστωτικού τους συστήματος και μετεξελίχθηκε γρήγορα σε παγκόσμια οικονομική κρίση στις κεφαλαιαγορές· στη συνέχεια, κατέληξε σε σημαντική οικονομική ύφεση παγκοσμίως επιπέδου. Συνέπεια της κατάρρευσης της πολυεθνικής αμερικάνικης εταιρείας Lehman Brothers στις 15 Σεπτεμβρίου του 2008, ήταν να επηρεαστεί καίρια το παγκόσμιο χρηματοπιστωτικό σύστημα. Το τραπεζικό σύστημα παγκοσμίως παρουσίασε τεράστια φυγή καταθέσεων προς ασφαλέστερες επενδύσεις (κυβερνητικά ομόλογα) και μετρητά και άρα οδηγήθηκε σε κρίση ρευστότητας, καθώς και κρίση στις διατραπεζικές αγορές χρήματος και κεφαλαίου. Οι χρηματοδοτήσεις στην οικονομία και το παγκόσμιο εμπόριο είχαν μεγάλη μείωση, ενώ

οι επιχειρήσεις θεωρώντας ότι θα μειωθεί η πραγματική ζήτηση, αποφάσισαν να μειώσουν τα αποθέματά τους, να απολύσουν προσωπικό και να μειώσουν το κόστος παραγωγής, αποτέλεσμα των οποίων ήταν να αυξηθεί η ανεργία σύντομα.

Οι παράγοντες, οποίοι οδήγησαν στη χρηματοοικονομική κρίση, είναι πολλοί και αρκετοί από αυτούς επηρέασαν σημαντικά τους υπόλοιπους, όπως αναφέρει ο (Χαρδούβελης, Γ., 2009), είναι δε οι εξής:

- Οι μακροοικονομικές ανισορροπίες σε παγκόσμιο επίπεδο, οι οποίες έχουν σχέση με την επένδυση και την εσωτερική τους αποταμίευση: Παρατηρήθηκε ότι στις ΗΠΑ τα ελλείμματα στο ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών ήταν υψηλά, ενώ αντιθέτως η Κίνα και χώρες της Ασίας είχαν υψηλά πλεονάσματα. Έτσι στις ΗΠΑ οδηγήθηκαν σε ενίσχυση του δανεισμού και της ρευστότητας, αλλά έλαβαν μέτρα για τη μη αύξηση του πληθωρισμού. Στη συνέχεια, η ύπαρξη των χαμηλών πραγματικών επιτοκίων, είχε ως αποτέλεσμα να μεγεθυνθούν οι υφιστάμενες ανισορροπίες στο χρηματοοικονομικό τομέα, όπως για παράδειγμα, η ύπαρξη της φούσκας των ακινήτων. Πρέπει να τονιστεί ότι, τόσο στην Ιαπωνία, η οποία είχε χαμηλή εγχώρια ζήτηση, όσο και στην ΕΕ, η οποία είχε προβλήματα ανταγωνιστικότητας, η αποτρεπτική παρέμβασή τους ήταν αδύνατη.
- Η φούσκα των ακινήτων στις ΗΠΑ: Οι τιμές των ακινήτων, από το 2001 ξεκίνησαν μια ανοδική πορεία. Από κάποιους αναλυτές δικαιολογήθηκε με βάση την άνοδο της ποιότητας των κατοικιών. Η άνοδος των τιμών των κατοικιών σταμάτησε στα μέσα του 2006 και οι τιμές σταθεροποιήθηκαν περίπου τον Απρίλιο του 2009. Η πτώση των τιμών στις κατοικίες είχε ως αποτέλεσμα να καθυστερείται η πληρωμή των δόσεων των νοικοκυριών προς τα πιστωτικά ιδρύματα, καθώς όταν έγινε αντιληπτό από τα νοικοκυριά ότι η πραγματική αξία των κατοικιών τους ήταν χαμηλότερη της αξίας των δανείων τους, θεώρησαν περισσότερο συμφέρον να παραδώσουν τα ακίνητά τους στην τράπεζα και να αποχωρήσουν. Έτσι μειώθηκαν οι εισροές στα ταμεία των τιτλοποιημένων δανείων, λόγω της χρεοκοπίας των νοικοκυριών. Όμως η αρχική φούσκα των ακινήτων στις ΗΠΑ δημιουργήθηκε με τη μεγάλη αύξηση στα χορηγούμενα δάνεια μειωμένης διασφαλιστικής αξίας (subprime mortgage), χωρίς να υπάρξει η ενδεδειγμένη τραπεζική δεοντολογία και χωρίς να εκτιμηθεί δεόντως ο έλεγχος του πιστωτικού κινδύνου.

- Το δόγμα της αποτελεσματικής αγοράς και των ορθολογικών προσδοκιών: Το δόγμα αυτό μαζί με τα χαμηλά επιτόκια εκείνης της εποχής, οδήγησε σε ακραίες συμπεριφορές. Παρατηρήθηκε ότι τα χρηματοοικονομικά ιδρύματα έλαβαν ριψοκίνδυνες αποφάσεις, όσον αφορά τις επενδύσεις. Παράδειγμα της αφήφησης αυτού του κινδύνου αποτελεί η νέα τακτική τους για κερδοσκοπία, η οποία βασίζεται στη δημιουργία προσόδων. Ένα δεύτερο παράδειγμα, το οποίο χαρακτηρίζεται από αδιαφανείς και πολύπλοκες μορφές στις τιτλοποιήσεις που επικράτησαν κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 2000, είναι τα CDOs (Collateralized Debt Obligations=Συμπληρωματικές Υποχρεώσεις Χρέους), τα CDSs (Credit Default Swaps=Συμβάσεις αντιστάθμισης πιστωτικού κινδύνου) κ.ά. Οι επενδυτές, οι οποίοι αποφάσιζαν την αγορά των πολύπλοκων και υπέρβαθμολογημένων τίτλων, αφήφισαν τον κίνδυνο που αντιμετώπιζαν.
- Η ενδογενής γένεση κινδύνων: Τέταρτος σημαντικός παράγοντας, ο οποίος θα επηρεάσει μελλοντικά την εποπτεία του χρηματοοικονομικού χώρου, είναι η ενδογενής γένεση κινδύνων. Η συνολική καταγραφή του κινδύνου σε ολόκληρο το χρηματοοικονομικό σύστημα είναι απαραίτητη, αφού δεν είναι υποχρεωτικά ασφαλές, όταν είναι ασφαλή απλώς τα επιμέρους συστατικά του.
- Υψηλή μόχλευση: Για ένα χρηματοοικονομικό ίδρυμα η υψηλή μόχλευση σημαίνει χαμηλά ίδια κεφάλαια και υψηλός δανεισμός, σε σχέση με το ενεργητικό του. Τέτοια υψηλή μόχλευση, όπως προαναφέρθηκε, εξ αιτίας της οποίας αυξήθηκαν οι τιμές των κατοικιών κατά ένα μέρος, υπήρχε στα νοικοκυριά, αλλά υπήρχε και στις επενδυτικές τράπεζες, κατά κύριο λόγο των ΗΠΑ. Η κρίση μεταδόθηκε γρήγορα από την αγορά δανείων subprime στις αγορές πολλών άλλων περιουσιακών στοιχείων, λόγω της υψηλής μόχλευσης με βραχυχρόνιο δανεισμό. Μετά την πτώση των τιμών των ακινήτων για τα οποία οι επενδυτικές τράπεζες είχαν ήδη επενδύσει, η αντίδραση των αγορών ήταν αρνητική ή δυσκόλευαν την ανανέωση του βραχυχρόνιου δανεισμού, το οποίο είχε ως αποτέλεσμα να αναγκάζονται οι επενδυτικές τράπεζες να προχωρούν σε πωλήσεις άλλων περιουσιακών στοιχείων, με αποτέλεσμα την περαιτέρω πτώση στις τιμές τους.

Με την πρόσφατη χρηματοοικονομική κρίση, οδηγηθήκαμε σε μεγάλη άνοδο στις τιμές του πετρελαίου και των επιτοκίων καθώς και σε παράλληλη άνοδο στις τιμές των τροφίμων, με αποτέλεσμα την αύξηση του πληθωρισμού και τη μείωση του ρυθμού ανάπτυξης σε παγκόσμιο επίπεδο και ιδιαίτερα στις ΗΠΑ και τις χώρες της Ευρωπαϊκής

Ένωσης. Η Ελλάδα, διαφέρει από τις άλλες χώρες της ΕΕ, επειδή έχει προβλήματα διαρθρωτικά, τα οποία όχι μόνο παραμένουν αλλά και οξύνονται στις δύσκολες συνθήκες της κρίσης. Γι' αυτό το λόγο στην Ελλάδα η κρίση θα διαρκέσει περισσότερο. (Busch, 1986)

Η Ελληνική Οικονομία δεν έχει ισχυρή παραγωγική βάση, αφού στηρίχτηκε στον τουρισμό, τη ναυτιλία και την οικοδομή, τα οποία όμως πλήττονται πρώτα και με ένταση από την κρίση. Εκτός αυτού και ελληνικές επιχειρήσεις και ελληνικές Τράπεζες είχαν επεκταθεί τόσο στο εσωτερικό όσο και στο εξωτερικό όπως π.χ. Βαλκάνια, Νοτιοανατολική Ευρώπη, οπότε εκτέθεικαν σε κίνδυνο, αφού η κρίση πλήττει τις χώρες αυτές. (Τσουλφίδης, 2010)

1.4 Η Οικονομική Κρίση του 2007 - Επιπτώσεις

Όπως αναφέρουν οι οικονομολόγοι (Marmot & Bell, 2009), η κοινωνική ζωή επηρεάζεται δραματικά από την οικονομική κρίση, αφού η απώλεια εισοδήματος προκαλεί αντίστοιχη απώλεια στην ευημερία και οδηγεί μεγάλο μέρος του πληθυσμού στη φτωχοποίηση. Ο ρυθμός οικονομικής ανάπτυξης, η απασχόληση και το διεθνές εμπόριο, αναδεικνύουν σε σημαντικό βαθμό, σε τι κατάσταση βρίσκεται το διεθνές οικονομικό σύστημα.

Υφίσταται διαφοροποίηση στις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, που δεν παρατηρείται μόνο μεταξύ των χωρών, όπου πλήττονται σε μεγαλύτερο βαθμό οι χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης από τις ανεπτυγμένες χώρες, αλλά και εντός των χωρών αυτών, όπου τα άτομα με χαμηλή εκπαίδευση ή αυτοί που απασχολούνται σε χειρωνακτικές εργασίες, υφίστανται δυσμενέστερες επιπτώσεις σε σχέση με τα άτομα που έχουν υψηλή εκπαίδευση ή ανήκουν στη μεσαία και ανώτερη τάξη. (Stiglitz, 2006)

Με το ξέσπασμα μιας οικονομικής κρίσης σε μια χώρα, αυτομάτως δημιουργούνται αρνητικές επιπτώσεις στη ζωή των πολιτών σε επίπεδο κοινωνικό αλλά και ψυχολογικό. Μεγάλα τμήματα του πληθυσμού κινδυνεύουν να χάσουν τις εργασίες τους με αποτέλεσμα να δημιουργείται εργασιακή ανασφάλεια. Με την πάροδο του χρόνου και όσο συνεχίζεται η οικονομική κρίση αυξάνεται ο αριθμός των ανέργων και των φτωχών με ταχείς ρυθμούς. (BIKIBIBΛΙΑ, n.d.)

Βάσει της πηγής (BIKIBIBΛΙΑ, n.d.), η ανεργία αυξανόταν από τα τέλη του 2008. Από αυτή την κατάσταση απειλούνται κατά βάση οι χώρες χαμηλής και μέσης

ανάπτυξης, όπως επίσης και τα χαμηλά κοινωνικά στρώματα στο εσωτερικό αυτών των χωρών και αναδεικνύει τρία κυριαρχικά προβλήματα:

- Εντεινόμενη αύξηση των ανισοτήτων στο εσωτερικό των χωρών,
- Άνιση αντιμετώπιση σε θέματα υγείας και κοινωνικής προστασίας, και
- Θέματα που αφορούν την οικολογική υποβάθμιση και ζητήματα που αφορούν την κλιματική αλλαγή

Συνοπτικά οι κύριες επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης είναι οι εξής (BIKIBIBLIA, n.d.):

- Δυσκολία παροχής δανείων (επιχειρηματικών, επαγγελματικών και καταναλωτικών) – πρόβλημα ρευστότητας στην αγορά – μείωση των επενδύσεων
- Άνοδος επιτοκίων – πτώση επενδυτικής δραστηριότητας βραχυπροθέσμως και μείωση καταναλωτικής πίστης
- Δραματική πτώση της τιμής του πετρελαίου λόγω μείωσης της ζήτησης - μείωση του κόστους παραγωγής
- Ελάττωση εθνικού εισοδήματος, ελάττωση κατανάλωσης, ελάττωση παραγωγής
- Ελάττωση του όγκου των εισαγωγών και των εξαγωγών εμπορευμάτων
- Ελάττωση του πληθωρισμού και επομένως σε επόμενη φάση αύξηση ζήτησης
- Μείωση στις τιμές των πρώτων υλών και ακολούθως μείωση του κόστους και του πληθωρισμού
- Μείωση των τιμών των ακινήτων - ευκαιρίες για αγορές

Επίσης, λόγω της οικονομικής κρίσης, προκαλούνται δυσλειτουργίες, οι οποίες εμποδίζουν την ομαλή λειτουργία της οικονομίας και εμποδίζουν την άνοδό της

Οι δυσλειτουργίες αυτές δημιουργούν :

- α) αύξηση στο δημόσιο χρέος,
- β) αύξηση στους φόρους και κατά συνέπεια αύξηση στη φοροδιαφυγή,
- γ) προβλήματα στο ασφαλιστικό σύστημα,
- δ) γραφειοκρατία σε μεγάλο βαθμό,
- ε) μείωση απασχόλησης
- στ) χαμηλή παραγωγικότητα,
- ζ) μη ευνοϊκό κλίμα για επενδύσεις,
- η) προβλήματα επί του δικαστικού-νομικού συστήματος

Φυσικά όταν υπάρχει οικονομική κρίση επηρεάζεται αρνητικά και η υγεία των πολιτών, όμως θα αναφερθεί αναλυτικά σε επόμενο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας.

1.5 Ανακεφαλαίωση

Στο κεφάλαιο αυτό αναφερθήκαμε στην οικονομική κρίση, τόσο των προηγούμενων ετών (1994 – 2001) όσο και την πρόσφατη του 2007. Για την οικονομική κρίση του 2007 εξετάσαμε πώς ξεκίνησε και πώς επεκτάθηκε από τις ΗΠΑ στις χώρες της Ασίας και της Ευρώπης, ΕΕ και Ευρωζώνη, συμπεριλαμβανομένης και της χώρας μας της Ελλάδας. Η Ελλάδα είχε ήδη αυξημένο δημόσιο χρέος, οπότε οι χρηματοδοτικές ανάγκες τους ελληνικού δημοσίου άρχισαν να πραγματοποιούνται μέσω του μηχανισμού στήριξης για τη σταθεροποίηση της ελληνικής οικονομίας.

Η χρηματοοικονομική κρίση προήλθε από συνδυασμό πολλών παραγόντων και όχι από μία μόνο αιτία , αναφερθήκαμε δε σε αυτούς τους παράγοντες που την προκάλεσαν.

Ως φυσικό επακόλουθο μιας οικονομικής κρίσης είναι οι επιπτώσεις της, τόσο στις χώρες, κυρίως αυτές με χαμηλή και μέση ανάπτυξη, όσο και στη ζωή των πολιτών της χώρας που ξεσπά αυτή η κρίση και κυρίως αυτών που ανήκουν στα χαμηλά κοινωνικά στρώματα. Έτσι αναφερθήκαμε συνοπτικά στις κύριες επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης όπως και στις παθογένειες, οι οποίες με τη σειρά τους εμποδίζουν την ομαλή λειτουργία της οικονομίας με αποτέλεσμα να εμποδίζουν την άνοδό της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΥΓΕΙΑ

2.1 Εισαγωγή

Ο παράγοντας που μετράει τη φυσική, ψυχολογική ή ακόμα και την πνευματική κατάσταση ενός ζωντανού οργανισμού ονομάζεται υγεία. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) διατύπωσε τον ορισμό της υγείας το 1946 ως την κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο της απουσίας ασθένειας ή αναπηρίας. Βλέπουμε λοιπόν, ότι όχι μόνο η ιατρική αλλά και άλλοι παράγοντες όπως είναι το περιβάλλον, η οικονομία, η εργασία κ.α. αποδίδουν την έννοια της «υγείας». (ΒΙΚΗΠΑΙΔΕΙΑ, n.d.)

Σε κάθε κοινωνία υπάρχουν διαφορές: α) πολιτιστικές, β) θρησκευτικές (ζωή, θάνατος, αμαρτία), γ) σε ιδέες, δ) σε πεποιθήσεις, ε) σε αντιλήψεις (σώμα, φύλο), στ) στην εκπαίδευση, ζ) στην παιδεία. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία ενός πληθυσμού είναι περιβαλλοντικοί (τρόπος διαβίωσης, κατοικία, εργασία, συνθήκες εργασίας, ρύπανση περιβάλλοντος), παράγοντες συνθηκών ζωής (διατροφή, κάπνισμα, άσκηση, χρήση εθιστικών ουσιών, συμπεριφορά), παράγοντες σχετιζόμενοι με το σύστημα και τις υπηρεσίες υγείας και παράγοντες εκπαίδευσης υγείας, γενετικοί, όμως η επίδρασή τους είναι διαφορετική βάσει των προαναφερόμενων διαφορών στις κοινωνίες. (Adam, Ph; Herzlich, Cl;, 1999)

Με δεδομένο ότι απειλείται η υγεία ενός πληθυσμού μιας κοινωνίας, πρέπει να μελετώνται και να αντιμετωπίζονται πρακτικά αυτές οι απειλές και να λαμβάνονται μέτρα που θα στοχεύουν στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Αυτό το κάνει η δημόσια υγεία, ή οποία σύμφωνα με τον (Winslow, 1920) είναι η επιστήμη και η τέχνη που προλαμβάνει τη νόσο, παρατείνει τη ζωή και προωθεί την υγεία με τις οργανωμένες προσπάθειες της κοινωνίας, των φορέων δημοσίου και ιδιωτικού τομέα και των ατόμων με ανάλογες γνώσεις. Η πρόληψη, η θεραπεία, η διαχείριση των ασθενειών, καθώς και η προστασία της ψυχικής και σωματικής ευεξίας ανήκουν στην υγειονομική περίθαλψη. Η οργανωμένη παροχή των υπηρεσιών για τα παραπάνω μπορεί να αποτελέσει ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. (ΒΙΚΗΠΑΙΔΕΙΑ, n.d.)

Στο δεύτερο κεφάλαιο αρχικά επισημαίνονται οι παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν την υγεία των πολιτών, στη συνέχεια παρουσιάζεται πώς η δημόσια υγεία μελετά και αντιμετωπίζει τις απειλές για την υγεία του πληθυσμού της κοινωνίας και ακολούθως

αναφέρονται τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και πώς συμβάλλουν στην υγεία των πολιτών.

2.2 Παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την Υγεία

Η υγεία είναι ο βασικός συντελεστής που χρησιμοποιούμε για να υπολογίσουμε τη φυσική, πνευματική και κοινωνική κατάσταση ενός ζωντανού οργανισμού. Δεν προσδιορίζεται βιολογικά αλλά είναι μια κοινωνική κατάσταση, αφού επηρεάζεται από το περιβάλλον μέσα στο οποίο το άτομο γεννιέται, ανατρέφεται, μορφώνεται, εργάζεται και ζει. (Παπαγεωργίου & Μπίζας, n.d.)

Πολλοί επιστήμονες προσπάθησαν να αποτυπώσουν αυτούς τους παράγοντες. Το 1995 ο Whitehead διέκρινε τους παράγοντες σε μη τροποποιήσιμους (η ηλικία, το φύλο, τα γενετικά χαρακτηριστικά) και σε τροποποιήσιμους (ο τρόπος ζωής, το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, οι κοινωνικές – οικονομικές – πολιτιστικές και περιβαλλοντικές συνθήκες).

Από τους Irwin και Scali (2010) διαπιστώθηκε ότι οι συνθήκες διαβίωσης έχουν πολλαπλές επιδράσεις στον τομέα της υγείας, όπως επίσης και ο διαχωρισμός των ατόμων όσον αφορά το προνόμιο της υγείας, το οποίο βασίζεται στην κοινωνική τάξη όπου ανήκουν και το εισόδημά τους. Από τους αναφερόμενους κατεβλήθησαν μεγάλες προσπάθειες ώστε να εξαλειφθούν αυτοί οι διαχωρισμοί.

Οι καθοριστικοί παράγοντες της υγείας βάσει του ΠΟΥ (WHO, n.d.) περιλαμβάνουν: α) το οικονομικό και κοινωνικό περιβάλλον, β) το φυσικό περιβάλλον και γ) τις συμπεριφορές του ατόμου και τα ιδιαίτερα ατομικά χαρακτηριστικά. Ο ΠΟΥ αναφέρει:

- Η κοινωνική κατάσταση και το εισόδημα – η κοινωνική κατάσταση και τα υψηλότερα εισοδήματα έχουν άμεση σύνδεση με την καλύτερη ποιότητα υγείας. Οι διαφορές στην υγεία παρατηρείται ότι είναι τόσο μεγαλύτερες όσο μεγαλύτερη είναι η απόσταση μεταξύ των πλουσιότερων στρωμάτων και των αντίστοιχων φτωχότερων.
- Εκπαίδευση – τα χαμηλά επίπεδα εκπαίδευσης συνδέονται με την κακή υγεία, περισσότερο άγχος και χαμηλότερη αυτοπεποίθηση
- Φυσικό περιβάλλον – ασφαλές νερό και καθαρός αέρας, υγιείς χώροι εργασίας, ασφαλείς κατοικίες, κοινότητες και δρόμοι συμβάλλουν στην καλή υγεία

- Απασχόληση και συνθήκες εργασίας – οι εργαζόμενοι είναι πιο υγιείς, ιδίως εκείνοι που έχουν καλύτερο έλεγχο στις εργασιακές τους συνθήκες
- Δίκτυα υποστήριξης της κοινωνίας – η καλύτερη υγεία συνδέεται με τη δυναμικότερη υποστήριξη από φίλους, οικογένειες και κοινότητες
- Ο πολιτισμός – τα ήθη και έθιμα, οι πεποιθήσεις της κοινότητας και της οικογένειας επηρεάζουν άμεσα την υγεία
- Γενετική – ο παράγων της κληρονομικότητας διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη διάρκεια ζωής, της υγείας και της πιθανότητας να εμφανιστούν ορισμένες ασθένειες
- Η προσωπική συμπεριφορά και οι ικανότητες αντιμετώπισης – η ισορροπημένη διατροφή, το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ και ο τρόπος αντιμετώπισης των πιέσεων και των προκλήσεων της ζωής επηρεάζουν την υγεία
- Υπηρεσίες υγείας – η δυνατότητα πρόσβασης και χρήσης υπηρεσιών που έχουν σκοπό την πρόληψη και τη θεραπεία ασθενειών επηρεάζουν την υγεία
- Φύλο – οι άνδρες και οι γυναίκες υποφέρουν από διαφορετικά είδη ασθενειών σε διαφορετικές ηλικίες

Από όλα τα προαναφερθέντα συμπεραίνεται ότι διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο για την υγεία του ατόμου το ευρύτερο περιβάλλον της ζωής του. Όλοι οι παράγοντες – βιολογικοί, κοινωνικοί, ψυχολογικοί, περιβαλλοντικοί, οικονομικοί, πολιτικοί – επηρεάζουν την κατάσταση υγείας του ατόμου και όχι ανεξάρτητα ο ένας από τον άλλο. (Καμινιώτη, 2012)

Για την αποτίμηση του επιπέδου υγείας του εκάστοτε πληθυσμού γίνεται χρήση δεικτών υγείας, όπου οι δείκτες υγείας δίνουν την εικόνα της κατάστασης στην οποία βρίσκεται η υγεία του πληθυσμού. (Χλέτσος, n.d.)

Βάσει του (Λιαρόπουλος, 2007) οι δείκτες διακρίνονται σε θετικούς – δείκτες που παρουσιάζουν μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα του επιπέδου της υγείας του πληθυσμού και σε αρνητικούς – δείκτες που εμφανίζουν τη νοσηρότητα, τη θνησιμότητα και διάφορες άλλες παθολογικές καταστάσεις και αξιολογούν και αυτοί το επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

Θετικοί δείκτες είναι:

- Το προσδόκιμο επιβίωσης, δηλαδή ο μέσος χρόνος ζωής του πληθυσμού
- Δείκτης γεννητικότητας, δηλαδή λόγος των γεννήσεων μιας περιόδου στο μέσο πληθυσμό της ίδιας περιόδου

- Δείκτης γονιμότητας - δείχνει το μέσο αριθμό παιδιών ανά γυναίκα

Αρνητικοί δείκτες είναι:

- Δείκτης νοσηρότητας - δείχνει ποιο ποσοστό από τους νοσούντες επί του συνόλου του πληθυσμού πάσχει από κάποια συγκεκριμένη ασθένεια σ' ένα χρονικό διάστημα συγκεκριμένο
- Δείκτης θνησιμότητας - δείχνει ποιος είναι ο αριθμός των θανάτων επί του συνόλου του πληθυσμού από ένα νόσημα συγκεκριμένο σε μία περίοδο συγκεκριμένη
- Δείκτης θνητότητας - δείχνει ποια είναι η πιθανότητα θανάτου από ένα συγκεκριμένο νόσημα για τα άτομα που πάσχουν από αυτό

Υπάρχουν και άλλοι δείκτες για το σύνολο του πληθυσμού και όχι μόνο για τους νοσοσε αυτούς που εμφανίζουν κάποιο σύμπτωμα, και επιτρέπουν τη σύγκριση του γενικού επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Τέτοιοι δείκτες είναι:

- Ισοδύναμα Υγιή Χρόνια Ζωής - είναι τα χρόνια ζωής ενός συγκεκριμένου ατόμου τα οποία έχουν σταθμιστεί με βάση την ποιότητα ζωής που τους έχει αποδώσει το ίδιο το άτομο
- Ποιοτικά Σταθμισμένα Χρόνια Ζωής - είναι τα χρόνια ζωής ενός ατόμου σταθμισμένα με την ποιότητα ζωής που τους αποδίδει το άτομο
- Δυνητικά Χαμένα Χρόνια Ζωής - είναι τα χρόνια ζωής που χάνονται από αιτίες που θα μπορούσαν να αποφευχθούν
- Υγιές Προσδόκιμο Ζωής - είναι τα χρόνια τα οποία ένας πληθυσμός μπορεί να ζήσει χωρίς σοβαρή ανικανότητα ή βλάβη
- Χρόνια Ζωής Σταθμισμένα για Ανικανότητα - δείχνει τα συνολικά χρόνια με καλή υγεία κατά κύριες αιτίες ανικανότητας

Από τα προαναφερθέντα διαπιστώνεται ότι ποικίλουν οι δείκτες υγείας, ώστε κατ' αυτό τον τρόπο να καλύπτεται ολόκληρο το εύρος. Για κάθε αντικείμενο μελέτης επιλέγονται ανάλογα και συγκεκριμένοι δείκτες, ώστε να είναι ακριβή τα αποτελέσματα τα οποία προκύπτουν και να αντιπροσωπεύουν και να επαληθεύουν μια ολοκληρωμένη και σαφή εικόνα για το καλυπτόμενο θέμα.

2.3 Δημόσια Υγεία

Με τον όρο της δημόσιας υγείας αναφερόμαστε στην επιστήμη αλλά και στην τέχνη με την οποία γίνεται πρόληψη των ασθενειών, επιμήκυνση της ζωής και προαγωγή της

υγείας. Η απόδοση του πληρέστερου ορισμού δίνεται από τον (Winslow, 1920), προσθέτοντας την αποδοτικότητα των ανθρώπων με οργανωμένες προσπάθειες της κοινότητας, με την περιβαλλοντική εξυγίανση, με την επιτήρηση των μολύνσεων στις κοινότητες, με την εκπαιδευτική τακτική των ατόμων όσον αφορά τις αρχές που τηρούνται για την προσωπική υγιεινή, με την οργανωτική αναβάθμιση στις ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες, ώστε να διαγιγνώσκονται εγκαίρως και να προλαμβάνονται οι νόσοι, καθώς επίσης και με την οργάνωση κοινωνικών μηχανισμών, που να εξασφαλίζουν για κάθε άτομο ένα κατάλληλο βιοτικό επίπεδο, ώστε να διατηρείται η υγεία του. (ΒΙΚΙΠΑΙΔΕΙΑ, n.d.)

Η δημόσια υγεία πραγματεύεται κάθε μορφή απειλής της υγείας στηριγμένη στις αναλύσεις της υγείας των πολιτών, τόσο των πολλών όσο και των λίγων, ώστε να περιλαμβάνονται κάτοικοι από πολλές ηπείρους (π.χ. στο ενδεχόμενο πανδημίας). (WHO, n.d.) Για τη σύγχρονη πρακτική στη δημόσια υγεία απαιτούνται διεπιστημονικές ομάδες, οι οποίες να εργάζονται σ' αυτόν τον τομέα όπως και επαγγελματίες στους οποίους συμπεριλαμβάνονται οι γιατροί, οι οποίοι είναι ειδικευμένοι στη δημόσια υγεία, στις μολυσματικές ασθένειες, επιδημιολόγους, στατιστικούς, ψυχολόγους, νοσοκόμες δημόσιας υγείας, Βοηθούς Ιατρικών Λειτουργιών, μικροβιολόγους, μαίες, επιθεωρητές δημόσιας και περιβαλλοντικής υγείας, οδοντίατρος, φαρμακοποιός, υγιεινολόγους, διατροφολόγους και διαιτολόγους, κτηνίατρος, εμπειρογνώμονες των επικοινωνιών, κοινωνιολόγους, εμπειρογνώμονες της βιοηθικής και άλλους. (Public Health Agency of Canada, 2005)

Είναι γενικώς παραδεκτό ότι η πολιτική για την υγεία πρέπει να έχει τη δυνατότητα να αντεπεξέρχεται στις προκλήσεις και τις αλλαγές που εμφανίζονται, με την προσαρμογή των δομών στα συστήματα υγείας και με επικέντρωση των προσπαθειών στην ενδυνάμωση των πολιτών και την έγκαιρη πρόληψη, ώστε να έχουν τη δυνατότητα να προασπίσουν και να βελτιώσουν την υγεία τους. Στη νέα αυτή προσέγγιση της υγείας, η προαγωγή και η αγωγή της υγείας, αποτελούν βασικούς φορείς. Η Ιπποκράτειος αρχή «κάλλιον το προλαμβάνειν εί του θεραπεύειν» αποκρυσταλλώνει την πεποίθηση, που κυριαρχούσε στην αρχαία Ελλάδα απέναντι στην πρόληψη. (Δαρβίρη, 2007)

Ο ορισμός για την προαγωγή της υγείας είναι αυτός που προέκυψε από το Διεθνές Συνέδριο για την Προαγωγή Υγείας στην Οτάβα του Καναδά και αναφέρεται ως “The Ottawa Charter for Health Promotion” (Καταστατικός Χάρτης της Οτάβα για την Προαγωγή της Υγείας) υπό την αιγίδα του ΠΟΥ, της Καναδικής Εταιρείας Δημόσιας

Υγείας και του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας του Καναδά το 1986. Σύμφωνα με αυτόν (WHO, 1986) ο όρος Προαγωγή υγείας αναφέρεται «στη διαδικασία που παρέχει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να αυξήσουν τον έλεγχο πάνω στην υγεία τους και να τη βελτιώσουν».

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να προάγουν την υγεία με τρεις τρόπους: (Naidoo & Wills, 2000)

- Υποστήριξη - απαιτούμενη προσπάθεια που πρέπει να καταβληθεί από τους επαγγελματίες υγείας ώστε να αντιπροσωπεύουν οι δραστηριότητές τους τα συμφέροντα και τα δικαιώματα αυτών που μειονεκτούν
- Να καθιστά τα άτομα ικανά – υποβοήθηση των ατόμων ώστε να αξιοποιήσουν τις δυνατότητές τους για καλή υγεία
- Διαμεσολάβηση – συντονισμένες προσπάθειες από διάφορους εμπλεκόμενους και συνεργασία με τη μέγιστη αξιοποίηση των πόρων, οι οποίοι είναι διαθέσιμοι

Οι βασικές αρχές της προαγωγής υγείας βάσει της (Δαρβίρη, 2007) είναι πέντε (5):

1. Αναφέρεται στο στο σύνολο του γενικού πληθυσμού εντός των πλαισίων της καθημερινής του διαβίωσης, χωρίς να περιορίζεται στους πληθυσμούς με αυξημένες ανάγκες εξαιτίας συγκεκριμένων πόρων
2. Αναφέρεται σε πράξεις, οι οποίες θεωρούνται «καθοριστικοί ή αιτιολογικοί παράγοντες υγείας»
3. Συνδυάζει άλλες συμπληρωματικές μεθόδους ή τρόπους προσέγγισης
4. Αποβλέπει ιδιαίτερα στην αποτελεσματική και συγκεκριμένη συμμετοχή του κοινού
5. Βοηθά στην αναβάθμιση της υγείας, μέσω της συνδυασμένης ενέργειας σε διάφορα επίπεδα.

Οι (Naidoo & Wills, 2000) εντοπίζουν πέντε (5) κύρια είδη στόχων στα πλαίσια του προγραμματισμού δραστηριοτήτων προαγωγής υγείας. Πιο συγκεκριμένα:

1. Στόχοι που αφορούν στη συμπεριφορά (π.χ. αύξηση της χρήσης υπηρεσιών υγείας)
2. Στόχοι που αφορούν στην αλλαγή πολιτικής (π.χ. αντικαπνιστικά προγράμματα)
3. Στόχοι που αφορούν αλλαγές στο περιβάλλον (π.χ. μείωση των διαφημίσεων των καπνοβιομηχανιών)
4. Στόχοι που αφορούν στην αύξηση των συνεργασιών και τη συμμετοχή (π.χ. ενεργή συμμετοχή των μελών της κοινότητας)

5. Εκπαιδευτικοί στόχοι α) που αφορούν στην αύξηση της γνώσης, β) στην απόκτηση νέων δεξιοτήτων και ικανοτήτων, γ) που αφορούν στην αλλαγή στάσεων και πεποιθήσεων

Για να επιτευχθούν οι προαναφερόμενοι στόχοι της προαγωγής υγείας, απαιτείται η ανάπτυξη κατάλληλων μεθοδολογιών και εργαλείων, μέσα από την πρακτική των οποίων, υλοποιούνται οι προσπάθειες για τη βελτίωση και την προστασία της υγείας του ατόμου και της κοινωνίας. Ένα από τα αρτιότερα μεθοδολογικά εργαλεία της προαγωγής υγείας είναι η αγωγή υγείας. Βάσει του (WHO, 1998) ο όρος ο οποίος αφορά την Αγωγή Υγείας περιλαμβάνει «τις ευκαιρίες μάθησης, οι οποίες είναι συνειδητά κατασκευασμένες και εκμεταλλεύονται διάφορες μορφές επικοινωνίας, οι οποίες έχουν σχεδιαστεί ώστε να βελτιώνουν τα επίπεδα γνώσεων που αφορά την υγεία της κοινότητας και του ατόμου». (Δαρβίρη, 2007)

Εντός των πλαισίων τα οποία αφορούν το σχεδιασμό στα προγράμματα αγωγής υγείας τίθενται οι εξής στόχοι (Τούντας, 1994), (Ewles & Simnett, 1999):

- Ευαισθητοποίηση – να συνειδητοποιεί ο πληθυσμός στόχος ή ο εκπαιδευόμενος ότι υφίστανται παράγοντες κινδύνου για την υγεία ή κάποια προβλήματα
- Παροχή γνώσεων και ταυτόχρονα οι πολίτες να προσλάβουν και τις κατάλληλες ικανότητες και δεξιότητες , οι οποίες θα τους υποβοηθήσουν ώστε να αξιοποιηθεί η παρεχόμενη γνώση και να δραστηριοποιηθούν καταλλήλως
- Ιεράρχηση αξιών – αρχική αποσαφήνιση και κατόπιν διαμόρφωση ή τροποποίηση των αξιών, οι οποίες σχετίζονται με τα θέματα της υγείας
- Αλλαγή απόψεων και αντιλήψεων – διαμόρφωση καίριων απόψεων και αντιλήψεων
- Λήψη αποφάσεων – συνέχεια όλων των προηγούμενων
- Αλλαγή συμπεριφοράς – συνεχής προσπάθεια για αλλαγή
- Αλλαγή περιβάλλοντος – να βελτιωθεί το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, αφού τόσο με τις αξίες και τις γνώσεις όσο και με τις πράξεις και τις απόψεις, πραγματοποιείται σημαντικός επηρεασμός από το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον

Τελικά θα μπορούσαμε να αναφέρουμε ότι η πρόληψη και οι υγιείς πολιτικές δράσεις, στον πυρήνα των οποίων εντάσσεται η προαγωγή υγείας, μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στην προστασία και βελτίωση της υγείας, γεγονός που επιβεβαιώνεται από

την αναγωγή της προαγωγής υγείας σε βασικό στόχο των πολιτικών που λαμβάνονται. (Δαρβίρη, 2007)

2.4 Υγειονομική Περίθαλψη

Αντικείμενο της υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί η πρόληψη, η θεραπεία, η διαχείριση των ασθενειών, καθώς και η προστασία της σωματικής και ψυχικής ευεξίας με τη βοήθεια των υπηρεσιών, οι οποίες προσφέρονται από το προσωπικό των ιατρών και των νοσηλευτών και των άλλων επαγγελματιών υγείας. Συμπεριλαμβάνει όλα τα αγαθά και τις υπηρεσίες που έχουν σκοπό την προαγωγή υγείας στα οποία συμπεριλαμβάνεται και η πρόληψη, η θεραπευτική και η παρηγορητική παρέμβαση απευθυνόμενη στα άτομα ή στους πληθυσμούς. Η παροχή με οργανωμένο τρόπο όλων αυτών των υπηρεσιών συνιστά ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. (ΒΙΚΗΠΑΙΔΕΙΑ, n.d.)

Ο τρόπος και η διαδικασία με την οποία παρέχεται υγειονομική φροντίδα προς το σύνολο των πολιτών είναι καθορισμένες από το ευρύτερο πολιτικό, οικονομικό, κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον και φυσικά από την ύπαρξη των κοινωνικών ανισοτήτων οι οποίες αναπαράγονται σ' αυτό. Με την αξιοσημείωτη συνεργασία των επιστημών της οργάνωσης και του προγραμματισμού, οι συγκεκριμένες υπηρεσίες υγείας συγκροτούν ένα πολυσύνθετο σύστημα, το σύνολο των χαρακτηριστικών του οποίου μετεξελίσσεται βασισμένο στις κοινωνικές διεργασίες, τις πολιτικές επιλογές, καθώς επίσης και το πολιτισμικό-ιστορικό πλαίσιο από το οποίο περιβάλλεται. (Θεοδώρου, et al., 2001)

Τα υπάρχοντα συστήματα υγείας αποτελούν πολυσύνθετες και διαρκώς μετεξελισσόμενες οντότητες. Ο βαθμός ικανοποιητικής απόδοσης σε ένα απόλυτα ικανοποιητικό και αποδεκτό ορισμό που αφορά το σύστημα υγείας φαίνεται ότι αποτελεί εγχείρημα δύσκολο. Παρ' όλα αυτά ο ΠΟΥ διατυπώνει ένα σύντομο ορισμό, με τον οποίο ταυτίζει το σύστημα με τις δραστηριότητες εκείνες που σκοπεύουν πρωταρχικά στην αποκατάσταση, διατήρηση ή προαγωγή της υγείας. (WHO, 2000)

Σε κάθε εποχή υπάρχουν διαφορετικά συστήματα υγείας, που αντιστοιχούν στις ιδιαιτερότητες της κάθε χώρας. Στηριζόμενοι στον τρόπο οργάνωσης, παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας καθώς και χρηματοδότησης, υπάρχουν τρία βασικά συστήματα υγείας: το φιλελεύθερο ή ιδιωτικό, το δημόσιο ή κρατικό και το σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης. (Τριχόπουλος, et al., n.d.)

Το φιλελεύθερο ή ιδιωτικό σύστημα υπηρετεί το σκοπό για τον οποίο υπάρχει με την όσο το δυνατό μικρότερη παρέμβαση του κράτους και σε αντιστοιχία με τις δυνάμεις τις αγοράς. Βασίζεται στην πλήρη ελευθερία ιατρών (παραγωγοί ιατρικών προϊόντων) και ασθενών (καταναλωτές ιατρικών προϊόντων). Οι υπηρεσίες υγείας ανήκουν σε ιδιώτες που ασκούν επιχειρηματική δραστηριότητα. Το ιδιωτικό σύστημα κυριαρχείται τις τελευταίες δεκαετίες περισσότερο από την κρατική ιδιωτική ασφάλιση υγείας, και λιγότερο από τους ιδιώτες ιατρούς, όπως συνέβαινε παλαιότερα. Κλασικό παράδειγμα εφαρμογής αυτού του συστήματος είναι οι ΗΠΑ. Τα κυριότερα πλεονεκτήματα αφορούν την ελευθερία του ιατρού και του ασθενούς, καθώς επίσης και την κατοχύρωση ποιότητας υψηλού επιπέδου μέσα από τις δυνάμεις της ανταγωνιστικής οικονομίας. Τα παρατηρούμενα μειονεκτήματα έχουν σχέση με τις υπάρχουσες σημαντικές κοινωνικές ανισότητες, την αυξημένη προσφορά και ζήτηση ιατρικών υπηρεσιών και, επομένως, τις μεγάλες δαπάνες υγείας. (Τριχόπουλος, et al., n.d.)

Το δημόσιο ή κρατικό σύστημα, λαμβάνει χρηματοδότηση μέσω του κρατικού προϋπολογισμού με σκοπό τη δωρεάν και ισότιμη κάλυψη των αναγκών υγείας όλου γενικώς του πληθυσμού. Οι ιατρικές υπηρεσίες αποτελούν αρμοδιότητα κυρίως του κράτους και οι ιατροί είναι κατά κανόνα έμμισθοι υπάλληλοι του συστήματος. Η ιδιωτική ιατρική ασκείται περιθωριακά. Τα κρατικά συστήματα υποδιαιρούνται σε δύο (2) περιπτώσεις: α) στα κομμουνιστικά καθεστώτα με ολοκληρωτικό τρόπο και β) σε χώρες της δυτικής Ευρώπης (Μεγάλη Βρετανία, Σουηδία) με τη μορφή των εθνικών συστημάτων υγείας (μοντέλο Beveridge). Και στις δύο περιπτώσεις τα πλεονεκτήματα του συστήματος αφορούν την καθολική και ισότιμη κάλυψη, την ύπαρξη προγραμματισμού και κεντρικού σχεδιασμού, την έμφαση στην πρόληψη και τη δημόσια υγεία, καθώς και τον έλεγχο των δαπανών. Ομοίως, τα μειονεκτήματα του συστήματος αφορούν την ανάπτυξη γραφειοκρατίας, την ανεπαρκή διαχείριση, τη ύπαρξη παραοικονομίας, τη χαμηλή παραγωγικότητα, την υποβαθμισμένη σχέση μεταξύ ασθενούς και ιατρού. (Τριχόπουλος, et al., n.d.)

Η στήριξη του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης πραγματοποιείται μέσω της ύπαρξης πολλών και διαφορετικών ταμείων ασφάλισης, που παρέχουν τροφοδότηση στο σύστημα με εισφορές προερχόμενες από τους εργοδότες και τους εργαζομένους (μοντέλο Bismark), όπως στη Γερμανία και στη Γαλλία. Τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα αυτού του συστήματος είναι αντίστοιχα με αυτά του κρατικού

συστήματος, μόνο που συνήθως εμφανίζονται με πιο ήπια μορφή. (Τριχόπουλος, et al., n.d.)

Τα τελευταία έτη, στην πλειονότητα των χωρών, και περισσότερο στις ευρωπαϊκές, τα συστήματα υγείας έχουν τάση να οδηγούνται σε ενδιάμεσες μορφές οργάνωσης. Η συνύπαρξη αυτών των συστημάτων έχει ως αποτέλεσμα να παρουσιάζονται ταυτόχρονα τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα και από τις δύο κατηγορίες. Στις περισσότερο πετυχημένες περιπτώσεις, όπως στη Μεγάλη Βρετανία και στις Σκανδιναβικές χώρες, υπάρχει επικράτηση των πλεονεκτημάτων. Αντίθετα, στις λιγότερο πετυχημένες περιπτώσεις, όπως είναι αυτή της Ελλάδας, τα μειονεκτήματα είναι περισσότερο εμφανή από τα πλεονεκτήματα. (Τριχόπουλος, et al., n.d.)

Όπως αναφέρεται στο (Τριχόπουλος, et al., n.d.), οι υπηρεσίες υγείας ταξινομούνται σε τρεις κατηγορίες ή επίπεδα: το πρωτοβάθμιο (υπηρεσίες που αφορούν τόσο τον υγιή όσο και των άρρωστο πληθυσμό και προσανατολίζονται με σκοπό τη θεραπεία, την πρόληψη και τη φροντίδα, όπου δεν απαιτείται νοσηλεία στο νοσοκομείο), το δευτεροβάθμιο (περίθαλψη στα νοσοκομεία που παρέχεται από νοσοκομεία τοπικού, μικρού ή μεσαίου μεγέθους) και το τριτοβάθμιο επίπεδο (περίθαλψη στα νοσοκομεία που παρέχεται από μεγάλες μονάδες υγείας).

Η αποτίμηση της οικονομικής και διοικητικής κατάστασης στο σύστημα υπηρεσιών υγείας μια χώρας πραγματοποιείται μέσω των δεικτών. Αυτοί είναι (Χλέτσος, n.d.):

- Ποσοστιαία συμμετοχή του ΑΕΠ για δαπάνες υγείας - Ποσοστιαία απεικόνιση επί του ποσοστού του ΑΕΠ (του συνολικού εισοδήματος το οποίο παράγεται σε μια χώρα) το οποίο δαπανάται στον τομέα της υγείας
- Δαπάνες υγείας κατά κεφαλή – Το χρηματικό ποσό που δαπανήθηκε στο χώρο της υγείας ανά κάτοικο της χώρας
- Αντιστοιχία ιατρών ανά 100.000 κατοίκους
- Αντιστοιχία νοσηλευτικού προσωπικού ανά 100.000 κατοίκους
- Αντιστοιχία νοσοκομειακών κλινών ανά 100.000 κατοίκους
- Πόσα άτομα εισάγονται σε ένα νοσοκομείο για νοσηλεία ή πόσα άτομα παίρνουν εξιτήριο από αυτό
- Μέση διάρκεια νοσηλείας – Ανά περιστατικό ασθενούς ποιος είναι ο μέσος αριθμός των ημερών νοσηλείας
- Πόσοι επισκέπτονται τα εξωτερικά ιατρεία
- Πόσες εργαστηριακές εξετάσεις πραγματοποιούνται

- Η κατά μέσο όρο κάλυψη των κλινών
- Δείκτης πολυπλοκότητας και σοβαρότητας των περιστατικών – Η κατά μέσο όρο διάρκεια νοσηλείας όλων των περιστατικών κάθε νοσοκομείου στις κλίνες που είναι καλυμμένες κατά μέσο όρο

Προκειμένου να εξαχθούν αξιόπιστα, ακριβή και αντιπροσωπευτικά αποτελέσματα στη μελέτη ενός θέματος, φροντίζουμε να επιλέξουμε τους αντίστοιχους δείκτες.

2.5 Ανακεφαλαίωση

Στο κεφάλαιο αυτό αναφερθήκαμε στην υγεία, διατυπώνοντας τον ορισμό της όπως αποδόθηκε από τον ΠΟΥ το 1946, και στους παράγοντες που την επηρεάζουν, επισημαίνοντας ότι η επίδρασή τους είναι διαφορετική σε κάθε κοινωνία λόγω διαφορών στη θρησκεία, στις ιδέες, στις αντιλήψεις, στην εκπαίδευση και στην παιδεία. Αναφερθήκαμε στους δείκτες υγείας, θετικούς και αρνητικούς, που χρησιμοποιούνται για να αποτιμηθεί το επίπεδο υγείας του εκάστοτε πληθυσμού.

Αφού η υγεία ενός πληθυσμού μιας κοινωνίας απειλείται, απαιτείται η μελέτη και η πρακτική αντιμετώπιση αυτών των απειλών. Σε αυτόν τον τομέα ανταποκρίνεται η δημόσια υγεία, όπου και αναφερθήκαμε, η οποία αναλύει τις με βάση την υγεία του πληθυσμού. Δόθηκε έμφαση τόσο στην προαγωγή όσο και στην αγωγή της υγείας, που αποτελούν τους βασικούς φορείς για τη βοήθεια των ανθρώπων στη βελτίωση και προάσπιση της υγείας τους.

Στη συνέχεια αναφερθήκαμε στην υγειονομική περίθαλψη όπου, οι γιατροί, οι νοσηλευτές και άλλοι επαγγελματίες υγείας προσφέρουν τις υπηρεσίες τους για τη θεραπεία, την πρόληψη, την προστασία της ψυχικής και σωματικής ευεξίας και τη διαχείριση των ασθενειών.

Τέλος αναφερθήκαμε στα διαφορετικά συστήματα υγείας, καθώς κάθε χώρα, ανάλογα με τις ιδιαιτερότητές της, έχει διαφορετικό, αφού τα συστήματα υγείας αποτελούν την οργανωμένη παροχή των υπηρεσιών (υγειονομική περίθαλψη), με απώτερο σκοπό την προαγωγή και αγωγή της υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

3.1 Εισαγωγή

Η οικονομική κρίση του 2007, όπως αναφέραμε στα προηγούμενα κεφάλαια, εκδηλώθηκε αρχικά ως χρηματοπιστωτική στις ΗΠΑ, επεκτάθηκε με γοργούς ρυθμούς στις ανεπτυγμένες χώρες και στη συνέχεια σε ολόκληρο τον κόσμο, δημιουργώντας σοβαρές επιπτώσεις στο τραπεζικό σύστημα και τις επιχειρήσεις· μεταφέρθηκε στην πραγματική οικονομία και είχε αποτέλεσμα τη μείωση της απασχόλησης και την ύφεση. Στις ΗΠΑ επιχειρήθηκε αναθέρμανση της οικονομίας, όμως αυξήθηκαν τα ελλείμματα και το δημόσιο χρέος, ενώ στην Ευρωπαϊκή Ένωση δόθηκε έμφαση στη πειθαρχία του δημοσιονομικού τομέα και τη σταθερότητα στη νομισματική πολιτική. (Κυριόπουλος, n.d.)

Η έρευνα του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία έδειξε ότι, οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης είναι δραματικές στην κοινωνική ζωή (μείωση – απώλεια εισοδήματος, απώλεια ευημερίας, φτώχεια) και στις συνθήκες ασφάλειας και υγείας στην εργασία.. Η οικονομική κρίση λοιπόν, έχει εκτός από τις οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις, οπότε επηρεάζει την κοινωνική ζωή που έχει ως αποτέλεσμα να πλήττεται η υγεία των πολιτών. Η απασχόληση (πλήρης είτε μερική), η υποαπασχόληση και η ανεργία συσχετίζονται με την υγεία. Υπάρχουν επιπτώσεις στην ψυχική υγεία (κατάθλιψη, ανησυχία, άγχος, καταχρήσεις, αντικοινωνική συμπεριφορά, χαμηλή αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας – καρδιαγγειακά νοσήματα), στη σωματική υγεία (μη υγιεινός τρόπος ζωής – κατανάλωση τροφών μειωμένης διατροφικής αξίας, μείωση φυσικής δραστηριότητας, διαχείριση των νοσημάτων με πλημμελή τρόπο), αύξηση της θνησιμότητας.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναφέρονται αναλυτικά οι επιπτώσεις της πρόσφατης οικονομικής κρίσης στην υγεία, άμεσα και έμμεσα, και χρησιμοποιώντας δείκτες υγείας αναδεικνύονται οι επιπτώσεις σε παγκόσμιο και ευρωπαϊκό επίπεδο, όπου στο δεύτερο παρουσιάζεται και η Ελλάδα.

3.2 Οικονομία και Οικονομική κρίση

Από τη στιγμή που η οικονομική κρίση περνάει στην πραγματική οικονομία, το εξωτερικό εμπόριο καταρρέει και μειώνεται η κατανάλωση. Η δαπάνη για κατανάλωση

από τα νοικοκυριά, μόνο των είκοσι (20) κρατών μελών της ΕΕ το 2016, αντιστοιχούσε τουλάχιστον στο ήμισυ του ΑΕΠ (σε τρέχουσες τιμές αγοράς) , και σε ποσοστά το υψηλότερο ήταν στην Κύπρο (68,7 %), στην Ελλάδα (67,8 %), στη Λιθουανία (64,8 %) και στην Πορτογαλία (63,8 %), ενώ το χαμηλότερο ήταν στο Λουξεμβούργο (27,8 %), όπου η δαπάνη για κατανάλωση από τα νοικοκυριά ήταν η μεγαλύτερη από τη μέση κατά κεφαλή. . Στον Πίνακα 3.1 αναφέρονται οι δαπάνες για κατανάλωση των νοικοκυριών τα έτη, 2006, 2011, 2015 και 2016 αναλυτικά.

Πίνακας 3.1

Καταναλωτικές δαπάνες των νοικοκυριών, 2006, 2011, 2015 και 2016

	As a proportion of GDP at current market prices (%)			Per capita (PPS)	Per capita in EUR: annual average growth rate using chain linked volumes (% per annum)	
	2006	2011	2016		2015	2006-2011
EU-28 (*)	55.6	55.4	54.6	15 800	0.1	0.4
Euro area (EA-19) (*)	54.6	54.7	53.4	16 400	-0.1	-0.1
Belgium	49.5	50.5	50.0	17 100	0.5	0.4
Bulgaria	66.3	61.9	60.2	8 400	3.5	2.4
Czech Republic	46.5	48.4	46.3	11 700	1.1	1.2
Denmark	46.0	46.3	46.0	16 700	-0.6	0.5
Germany	55.5	53.8	51.8	18 700	0.7	0.8
Estonia	53.5	49.2	51.6	11 000	-2.0	4.2
Ireland	43.4	44.4	33.3	17 000	-1.5	1.2
Greece	62.4	67.6	67.8	13 200	-2.5	-1.4
Spain	56.4	56.8	56.8	14 800	-1.7	0.2
France	53.3	53.8	53.2	16 300	0.5	0.5
Croatia	57.9	58.7	57.3	9 600	-0.2	0.0
Italy	59.0	61.0	60.1	16 800	-0.6	-0.9
Cyprus	60.6	64.3	68.7	16 100	0.2	-0.5
Latvia	63.1	60.5	60.9	11 100	-0.5	4.3
Lithuania	64.2	62.3	64.8	13 600	1.0	5.4
Luxembourg	32.8	30.0	27.8	22 200	-0.7	0.0
Hungary	51.7	51.0	48.6	9 400	-1.6	2.0
Malta	61.8	57.3	47.7	13 100	0.5	1.8
Netherlands	45.5	44.1	43.6	16 200	-0.3	-0.1
Austria	51.8	51.8	50.9	18 800	0.6	-0.5
Poland	61.1	60.5	57.9	11 400	4.1	2.2
Portugal	62.9	63.9	63.8	14 100	-0.1	0.4
Romania (*)	67.2	61.5	60.8	10 000	3.3	4.6
Slovenia (*)	50.6	55.1	50.9	12 200	1.7	-0.4
Slovakia	55.3	56.2	53.8	12 100	2.5	0.9
Finland	47.7	51.0	52.9	16 600	1.2	0.5
Sweden	43.3	44.9	43.2	15 600	1.3	1.0
United Kingdom	62.0	61.7	62.0	19 300	-1.1	1.5
Iceland	55.7	49.8	47.0	17 000	-3.6	2.4
Norway	38.5	38.4	42.9	18 900	1.4	1.2
Switzerland (*)	54.1	52.3	52.2	24 400	0.5	0.6
Montenegro (*)	:	81.6	79.2	:	:	:
The former Yugoslav Republic of Macedonia (*)	78.2	73.1	68.9	6 900	1.2	:
Albania (*)	77.1	77.8	80.9	6 900	5.9	1.6
Serbia (*)	75.0	76.2	72.1	7 800	3.0	-0.4
Kosovo (*)	:	86.1	86.9	:	:	:

(*) Per capita: 2011-2015 instead of 2011-2016.

(*) As a proportion of GDP: 2015 instead of 2016.

(*) Per capita 2011-2016: break in series.

(*) Per capita 2006-2011: break in series.

(*) As a proportion of GDP: 2014 instead of 2016.

(*) This designation is without prejudice to positions on status, and is in line with UNSCR 1244/1999 and the ICJ Opinion on the Kosovo declaration of independence.

Source: Eurostat (online data codes: nama_10_gdp and nama_10_pc)

Πηγή: (Eurostat, 2017)

Ακολουθούν η εντυπωσιακή μείωση του ΑΕΠ παγκοσμίως, η μείωση της απασχόλησης, η αύξηση της ανεργίας, η αποδόμηση των εργασιακών σχέσεων. Στις χώρες της ΕΕ παρουσιάστηκαν μεγάλες διαφορές στην αύξηση του πραγματικού ΑΕΠ, και στο πότε εμφανίστηκαν και στο πώς, σε κάθε κράτος μέλος. Αυτό φαίνεται στον Πίνακα 3.2 που παρουσιάζεται η πραγματική αύξηση του ΑΕΠ την περίοδο 2006 – 2016.

Πίνακας 3.2

Πραγματική αύξηση του ΑΕΠ, 2006-2016

(% μεταβολής σε σύγκριση με το προηγούμενο έτος· % ετησίως)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Average 2006- 2016
EU-28 (*)	3.3	3.1	0.4	-4.4	2.1	1.7	-0.5	0.2	1.6	2.2		0.7
Euro area (EA-19) (*)	3.2	3.0	0.4	-4.5	2.1	1.5	-0.9	-0.3	1.2	2.0		0.5
Belgium	2.5	3.4	0.7	-2.3	2.7	1.8	0.1	-0.1	1.6	1.5	1.2	1.1
Bulgaria	6.9	7.3	6.0	-3.6	1.3	1.9	0.0	0.9	1.3	3.6	3.4	2.2
Czech Republic	6.9	5.5	2.7	-4.8	2.3	2.0	-0.8	-0.5	2.7	4.5	2.4	1.6
Denmark	3.9	0.9	-0.5	-4.9	1.9	1.3	0.2	0.9	1.7	1.6	1.3	0.4
Germany	3.7	3.3	1.1	-5.6	4.1	3.7	0.5	0.5	1.6	1.7	1.9	1.2
Estonia	10.3	7.7	-5.4	-14.7	2.3	7.6	4.3	1.4	2.8	1.4	1.6	0.7
Ireland	5.9	3.8	-4.4	-4.6	2.0	0.0	-1.1	1.1	8.5	26.3	5.2	3.4
Greece	5.7	3.3	-0.3	-4.3	-5.5	-9.1	-7.3	-3.2	0.4	-0.2	0.0	-2.7
Spain	4.2	3.8	1.1	-3.6	0.0	-1.0	-2.9	-1.7	1.4	3.2	3.2	0.3
France	2.4	2.4	0.2	-2.9	2.0	2.1	0.2	0.6	0.9	1.1	1.2	0.8
Croatia	4.8	5.2	2.1	-7.4	-1.7	-0.3	-2.2	-1.1	-0.5	1.6	2.9	-0.2
Italy	2.0	1.5	-1.1	-5.5	1.7	0.6	-2.8	-1.7	0.1	0.8	0.9	-0.6
Cyprus	4.5	4.8	3.9	-1.8	1.3	0.3	-3.2	-6.0	-1.5	1.7	2.8	0.2
Latvia	11.9	9.9	-3.6	-14.3	-3.8	6.4	4.0	2.6	2.1	2.7	2.0	0.6
Lithuania	7.4	11.1	2.6	-14.8	1.6	6.0	3.8	3.5	3.5	1.8	2.3	1.9
Luxembourg	5.2	8.4	-1.3	-4.4	4.9	2.5	-0.4	4.0	5.6	4.0	4.2	2.7
Hungary	3.9	0.4	0.9	-6.6	0.7	1.7	-1.6	2.1	4.0	3.1	2.0	0.6
Malta	1.8	4.0	3.3	-2.5	3.5	1.4	2.6	4.5	8.3	7.4	5.0	3.7
Netherlands	3.5	3.7	1.7	-3.8	1.4	1.7	-1.1	-0.2	1.4	2.0	2.2	0.9
Austria	3.4	3.6	1.5	-3.8	1.9	2.8	0.7	0.1	0.6	1.0	1.5	1.0
Poland	6.2	7.0	4.2	2.8	3.6	5.0	1.6	1.4	3.3	3.8	2.7	3.5
Portugal	1.6	2.5	0.2	-3.0	1.9	-1.8	-4.0	-1.1	0.9	1.6	1.4	-0.2
Romania	8.1	6.9	8.5	-7.1	-0.8	1.1	0.6	3.5	3.1	3.9	4.8	2.4
Slovenia	5.7	6.9	3.3	-7.8	1.2	0.6	-2.7	-1.1	3.1	2.3	2.5	0.8
Slovakia	8.5	10.8	5.6	-5.4	5.0	2.8	1.7	1.5	2.6	3.8	3.3	3.1
Finland	4.1	5.2	0.7	-8.3	3.0	2.6	-1.4	-0.8	-0.6	0.3	1.4	0.1
Sweden	4.7	3.4	-0.6	-5.2	6.0	2.7	-0.3	1.2	2.6	4.1	3.2	1.7
United Kingdom	2.5	2.6	-0.6	-4.3	1.9	1.5	1.3	1.9	3.1	2.2	1.8	1.1
Iceland	5.0	9.4	1.5	-6.9	-3.6	2.0	1.2	4.4	1.9	4.1	7.2	2.0
Norway	2.4	2.9	0.4	-1.6	0.6	1.0	2.7	1.0	1.9	1.6	1.0	1.1
Switzerland (*)	4.0	4.1	2.3	-2.1	3.0	1.8	1.0	1.8	2.0	0.8		1.6
Montenegro							-2.7	3.5	1.8	3.4		
The former Yugoslav Republic of Macedonia	5.1	6.5	5.5	-0.4	3.4	2.3	-0.5	2.9	3.6	3.8	2.4	2.9
Albania (*)	5.9	6.0	7.5	3.4	3.7	2.5	1.4	1.0	1.8	2.6		3.3
Serbia	4.9	5.9	5.4	-3.1	0.6	1.4	-1.0	2.6	-1.8	0.8	2.8	1.3
Turkey (*)	7.1	5.0	0.8	-4.7	8.5	11.1	4.8	8.5	5.2	6.1		4.9
Kosovo (*)				3.6	3.3	4.4	2.8	3.4	1.2	4.1		
China (including Hong Kong) (*)	12.7	14.2	9.7	9.4	10.6	9.5	7.9	7.8	7.3	6.9		9.2
Japan	1.4	1.7	-1.1	-5.4	4.2	-0.1	1.5	2.0	0.3	1.2	1.0	0.5
United States	2.7	1.8	-0.3	-2.8	2.5	1.6	2.2	1.7	2.4	2.6	1.6	1.3

Note: based on chain linked volumes.

(*) Average 2006-2015 instead of 2006-2016.

(*) This designation is without prejudice to positions on status, and is in line with UNSCR 1244/1999 and the ICJ Opinion on the Kosovo declaration of independence.

Source: Eurostat (online data code: naida_10_gdp), OECD and World Bank

Πηγή: (Eurostat, 2017)

Όταν αυξάνονται οι φόροι, μειώνεται η ανάπτυξη, μειώνονται τα εισοδήματα και κατ' επέκταση η κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών. Οι τιμές στα βασικά είδη αυξάνονται περισσότερο από τις τιμές των ειδών πολυτελείας, όταν υπάρχει οικονομική κρίση, με αποτέλεσμα να εντείνονται οι ανισότητες στην κοινωνία και να αλλάζει το βιοτικό επίπεδο των νοικοκυριών. Αυτό συμβαίνει, διότι τα φτωχότερα νοικοκυριά αναγκάζονται να ξοδεύουν αρκετά από το εισόδημά τους για προϊόντα και υπηρεσίες που είναι ακριβά, οπότε το βιοτικό τους επίπεδο υποβαθμίζεται πιο πολύ από αυτό των πλουσιότερων. (Σακελλάρης, 2008)

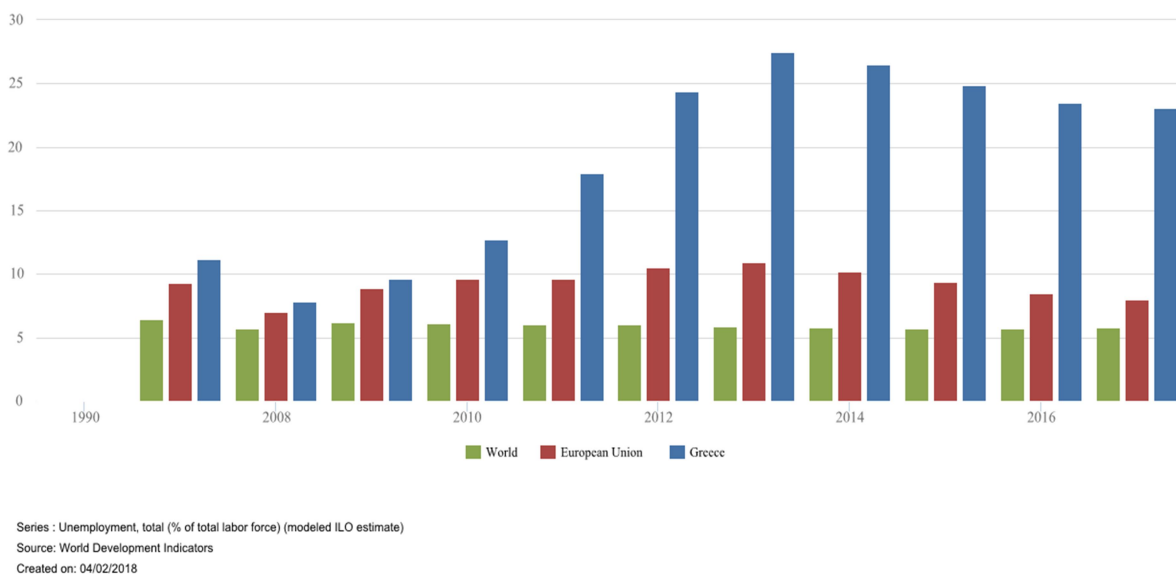
Οι αλλαγές στα εισοδήματα αφενός και ο πληθωρισμός, που επιδρά στις τιμές, αφετέρου, επηρεάζουν την ευημερία των πολιτών. Φυσικά η αύξηση στις τιμές, λόγω πληθωρισμού, δεν γίνεται με τον ίδιο τρόπο ποσοστιαία, οπότε το κόστος ζωής των

καταναλωτών δεν αυξάνεται ομοίως. Επηρεάζονται κυρίως οι πολίτες που δαπανούν μεγάλο μέρος των εισοδημάτων τους για προϊόντα που παρουσιάζουν ταχεία αύξηση στις τιμές τους, ενώ δεν επηρεάζονται όσοι έχουν υψηλότερο βιοτικό επίπεδο. (Maniatis & Passas, 2013)

Η απασχόληση καθώς και ο ρυθμός της οικονομικής ανάπτυξης αντικατοπτρίζουν τη συνολική εικόνα που βρίσκεται το διεθνές οικονομικό σύστημα. Στο Διάγραμμα 3.1 απεικονίζεται η ανεργία επί τοις εκατό στο σύνολο του εργατικού δυναμικού στον Κόσμο, την Ευρωπαϊκή Ένωση και την Ελλάδα από το 1990 έως και το 2017. Σχεδόν οι μισοί εργάτες, που κινδυνεύουν να χάσουν την εργασία τους, τίθενται σε καθεστώς ευπρόσβλητης εργασιακής σχέσης. Από τα τέλη του 2008 η ανεργία άρχισε να αυξάνεται σύμφωνα με το Διεθνές Γραφείο Εργασίας (International Labour Organization, ILO), και ο αριθμός των φτωχών εργαζομένων θα αυξηθεί περαιτέρω παγκοσμίως. (INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION, 2009)

Διάγραμμα 3.1

Ανεργία, σύνολο (% του συνολικού εργατικού δυναμικού) (εκτίμηση μοντέλου ΔΟΕ)



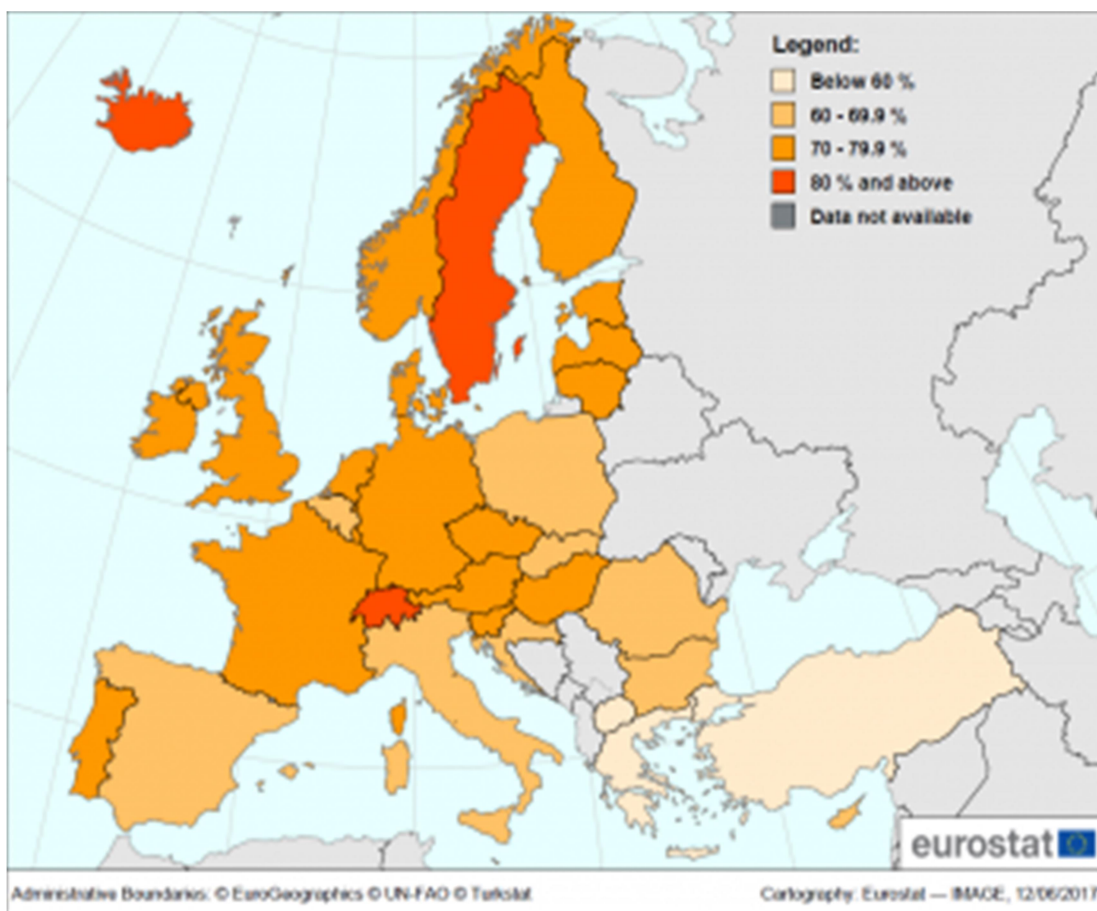
Πηγή: (World Development Indicators, n.d.)

Κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης ένας τομέας που πλήττεται είναι η απασχόληση. Η πορεία της οικονομίας επηρεάζεται από τα ποσοστά της ανεργίας. Επιπροσθέτως, όταν υπάρχει ανεργία, ανασφάλεια στην εργασία ή / και απώλεια

εισοδήματος αναγκαίου για διαβίωση, επηρεάζεται σημαντικά η υγεία. (Κυριόπουλος, Γ., Τσιάντου, Β., 2010)

Έρευνα για το εργατικό δυναμικό της ΕΕ από 20 έως 64 ετών, που έγινε το 2016, έδειξε ότι απασχολούταν το 71,1% , και ήταν ο υψηλότερος καταγεγραμμένος μέσος όρος στην ΕΕ. Όμως υπήρχαν μεγάλες διαφορές από χώρα σε χώρα, όπως φαίνεται στο Χάρτη 3.1 που αναφέρεται στο ποσοστό απασχόλησης, ηλικιακή ομάδα 20-64, 2016. Μόνο στη Σουηδία υπήρχε μεγαλύτερο ποσοστό του 80 % (81,2 %). Ομοίως για τις χώρες Ευρωπαϊκής Ζώνης Ελεύθερων Συναλλαγών (ΕΖΕΣ) όπως Ελβετία (83,3 %) και Ισλανδία (87,8 %).

Χάρτης 3.1
Ποσοστό απασχόλησης, ηλικιακή ομάδα 20-64, 2016



Πηγή: (Eurostat, 2017)

Το Ηνωμένο Βασίλειο , η Γαλλία και η Γερμανία, από την Ιρλανδία στα δυτικά έως την Ουγγαρία στα ανατολικά μαζί και τα τρία κράτη της Βαλτικής, η Φινλανδία και η Πορτογαλία είχαν ποσοστά στη ζώνη του 70%. Η Ισπανία, η Ιταλία και η Κροατία, η Πολωνία, η Σλοβακία, η Βουλγαρία, η Ρουμανία και το Βέλγιο είχαν ποσοστά στη

ζώνη του 60%. Τέλος, η πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας, η Ελλάδα και η Τουρκία είχαν ποσοστά κάτω από 60 %.

3.3 Υγεία και Οικονομική κρίση

Με την εργασία, το μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού, αποκτά τους οικονομικούς πόρους, μέσω των οποίων κάθε πολίτης καλύπτει τις ανάγκες του (υλικές, ψυχικές, κοινωνικές) και ταυτοχρόνως ανακαλύπτει και διαμορφώνει την ταυτότητά του, αποκτώντας κοινωνική θέση και ρόλο. Από πολλούς επιβεβαιώνεται ότι η εργασία έχει θετική επίδραση στη σωματική και ψυχική υγεία.

Φυσικά, υπάρχουν περιπτώσεις που το εργασιακό περιβάλλον μπορεί να αποτελέσει πηγή άγχους, κούρασης και δυσφορίας, που μπορεί να προέρχεται από την ιδιαιτερότητα κάθε εργασίας ή άλλους παράγοντες στο εργασιακό περιβάλλον. Επιπλέον, η ανασφάλεια στην εργασία πολλές φορές δημιουργεί αρνητικές συνέπειες στην υγεία και περισσότερο στα ψυχικά ευάλωτα άτομα. Ομοίως, όταν δεν υπάρχει σταθερότητα στην εργασία π.χ. μειωμένο ωράριο, επηρεάζεται η υγεία των εργαζομένων είτε θετικά είτε αρνητικά. (Καμινιώτη, 2012)

Πάντως, η εργασία προσφέρει στα άτομα περισσότερο θετικά παρά αρνητικά στοιχεία καθώς καλύπτει τις υλικές, ψυχικές και πνευματικές τους ανάγκες.

Ανεργία και Υγεία – Θνησιμότητα – Καταχρήσεις

Η ανεργία επηρεάζει το κάθε άτομο διαφορετικά και αυτό εξαρτάται από την εκπαίδευση, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή και κοινωνική υποστήριξη, καθώς και την κρατική στήριξη και το σύστημα υγείας, τα οποία έχουν τη δυνατότητα να το βοηθήσουν να αντιμετωπίσει τις πιθανές επιπτώσεις της ανεργίας στην υγεία του. (Paul & Moser, 2009)

Σημαντικό είναι ότι η ανεργία δεν επηρεάζει μόνο το άτομο που έχει απολέσει την εργασία του αλλά και τα μέλη της οικογένειάς του ακόμη και τα φιλικά του πρόσωπα. Δημιουργείται σιγά σιγά ανέχεια στα οικονομικά του ανέργου και έτσι καλείται ο σύντροφός του να τον υποστηρίξει. (Ahmed, 2005) Πολλές φορές, η συνεχιζόμενη οικονομική δυσκολία δημιουργεί εντάσεις, με αποτέλεσμα τη διατάραξη της ισορροπίας της σχέσης. Οι εντάσεις αυτές μπορούν να επηρεάσουν την ψυχολογία των συντρόφων ή / και γονέων, μετά η κατάσταση εντείνεται και επεκτείνεται στα παιδιά. (Davis & Mantler, 2004)

Η ανεργία και η ανασφάλεια στις εργασιακές σχέσεις είναι αποτελέσματα της οικονομικής κρίσης, με συνεπακόλουθο την υποβάθμιση της οικονομικής και κοινωνικής ευημερίας των πολιτών. Το άγχος και τα καταθλιπτικά συμπτώματα αυξάνονται και ο άνεργος αισθάνεται ότι χάνει τον έλεγχο της ζωής του. Υπάρχει περίπτωση να εμφανιστεί ή να επιδεινωθεί μια ψυχική ασθένεια. (Price , et al., 2002)

Επίσης, από αποτελέσματα μελετών έχει καταδειχθεί ότι τα άτομα με χαμηλό εισόδημα προβαίνουν σε περιορισμό των υπηρεσιών υγείας, για τις οποίες είναι αναγκασμένα να καταβάλουν οι ίδιοι σημαντικό μεγάλο μέρος του αντίστοιχου ποσού δαπάνης. Παράδειγμα στο προηγούμενο είναι η οδοντιατρική περίθαλψη, καθώς και άλλες υγειονομικές υπηρεσίες, που δεν καλύπτουν επαρκώς οι ασφαλιστικοί φορείς. Τα άτομα με χαμηλό εισόδημα συνήθως παραμελούν την υγεία τους και αυτό σημαίνει ότι ζητούν προληπτικές ή / και θεραπευτικές υπηρεσίες υγείας σπανίως. Το αντίθετο συμβαίνει με τα άτομα που έχουν υψηλότερα εισοδήματα. (Μαλλιαρού & Σαράφης, 2012)

Άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι, διάφορες ψυχικές διαταραχές όπως: ανησυχία, άγχος, κατάθλιψη, εθισμός σε ουσίες, ανθυγιεινός τρόπος ζωής, κάπνισμα, αλκοόλ, κλπ. καθώς και αδιαφορία για την κατάσταση της υγείας, προκαλούνται, όταν κάποιος απολέσει τη θέση εργασίας του. (Stuckler , et al., 2009) (Burchell , 1994)

Έρευνες, που μελέτησαν την επίδραση που ασκεί η ανεργία στην ψυχική υγεία, απέδειξαν ότι μεταξύ των ατόμων που είχαν ψυχολογικά προβλήματα, οι άνεργοι ήταν το 34% ενώ οι εργαζόμενοι το 16%. Στην ίδια έρευνα φάνηκε, ότι το φύλο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών, με τις γυναίκες να πλήττονται λιγότερο, ίσως γιατί οι γυναίκες επιτελούν εναλλακτικούς και διαφορετικούς ρόλους στην κοινωνία. (Kulik, 2000) (Shamir, 1985)

Η (Ελληνική Εταιρεία Θετικής Ψυχολογίας, 2011) κατέδειξε ότι το 47% του πληθυσμού, επηρεάστηκε από την οικονομική κρίση, το 59% εμφάνισε κατάθλιψη και το 50.7% εμφάνισε άγχος (στρες). Τα υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης εμφανίστηκαν στους νέους, και αυτό επέδρασε αρνητικά στην αποδοτικότητα και παραγωγικότητά τους. Πρέπει να τονιστεί ότι αυτοί που διακατέχονται από θετικά συναισθήματα έχουν λιγότερο άγχος και κατάθλιψη, παρά το γεγονός ότι διαβιών στο ίδιο περιβάλλον.

Η «Γραμμή Βοήθειας για την κατάθλιψη» κατέδειξε ότι, οι άνδρες σε ποσοστό 65% και η κύρια παραγωγική ομάδα (30 – 45 ετών), επλήγησαν περισσότερο από την οικονομική κρίση και εμφάνισαν σημαντικά ψυχολογικά προβλήματα. Όμως και τα

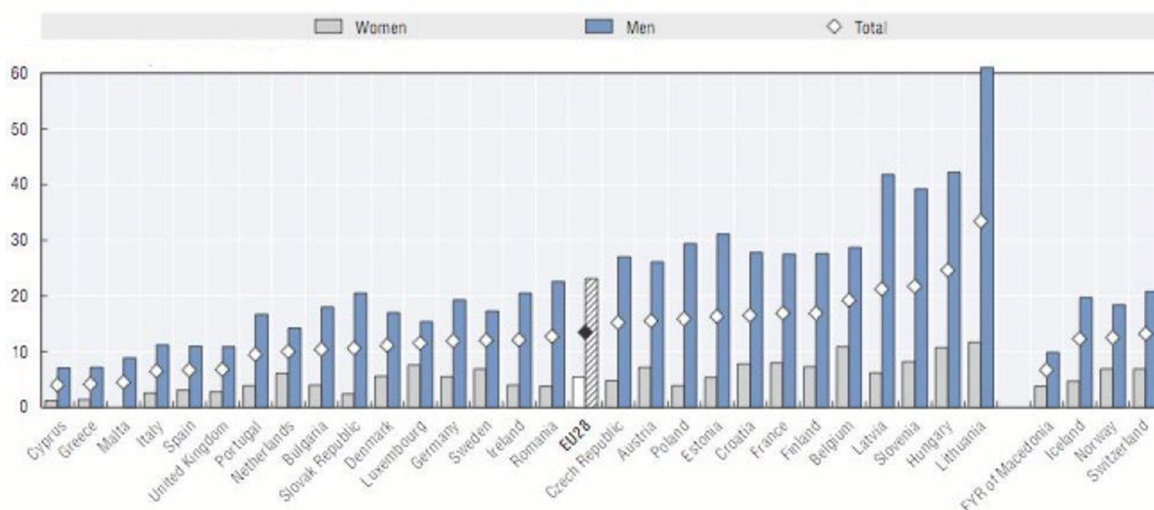
νεώτερα ηλικίας (18 – 30 ετών) αντιμετώπισαν με αυξημένο άγχος τον αρνητικά διαγραφόμενο επαγγελματικό τους ορίζοντα. (Μπούρας & Λύκουρας, 2011)

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 26 χώρες της ΕΕ κατεδείχθη ότι υπήρξε θετική συσχέτιση μεταξύ της αύξησης της ανεργίας κατά 1% και της αύξησης των αυτοκτονιών κατά 0.79%. (Stuckler , et al., 2009)

Στο Διάγραμμα 3.2, που αναφέρεται στον αριθμό των αυτοκτονιών ανά 100.000 κατοίκους στις χώρες της Ευρώπης συνολικά και ανά φύλο, η Ελλάδα έχει 2,9 αυτοκτονίες ανά 100.000 άτομα με τους άντρες σε τετραπλάσιο αριθμό σε σχέση με τις γυναίκες, δηλαδή παρουσιάζει μαζί με την Τουρκία και την Κύπρο τον μικρότερο αριθμό αυτοκτονιών ανάμεσα στις χώρες της Ευρώπης.

Διάγραμμα 3.2

Ο αριθμός των αυτοκτονιών ανά 100.000 κατοίκους στις χώρες της Ευρώπης συνολικά και ανά φύλο

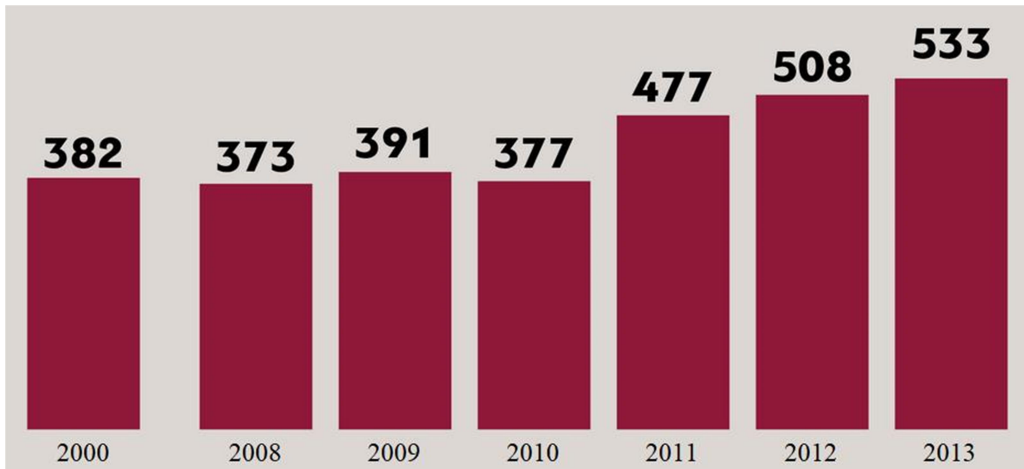


Πηγή: Eurostat Statistics Database

Όμως, στο επόμενο Διάγραμμα 3.3, που αναφέρεται στον αριθμό θανάτων από αυτοκτονίες στην Ελλάδα (2000, 2008-2013), παρατηρείται μια αυξητική τάση των αυτοκτονιών από την έναρξη της κρίσης και μετά.

Διάγραμμα 3.3

Αριθμός θανάτων από αυτοκτονίες στην Ελλάδα (2000, 2008-2013)



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Για τις ηλικίες μέχρι 65 ετών η αύξηση της ανεργίας πάνω από 3% επιδρούσε αυξητικά στις αυτοκτονίες πάνω από 4%, καθώς και στη θνησιμότητα από αλκοόλ. Αντιθέτως η αύξηση των ποσοστών ανεργίας άφησαν ανεπηρέαστο το ποσοστό των αυτοκτονιών, ειδικά όταν τα διατιθέμενα κονδύλια για τη στήριξη προγραμμάτων της αγοράς εργασίας με σκοπό τη διατήρηση θέσεων εργασίας και την επανένταξη των ανέργων, αναλογούσε σε ποσό πάνω από 190\$ ανά άτομο και ανά έτος. (Stuckler , et al., 2009)

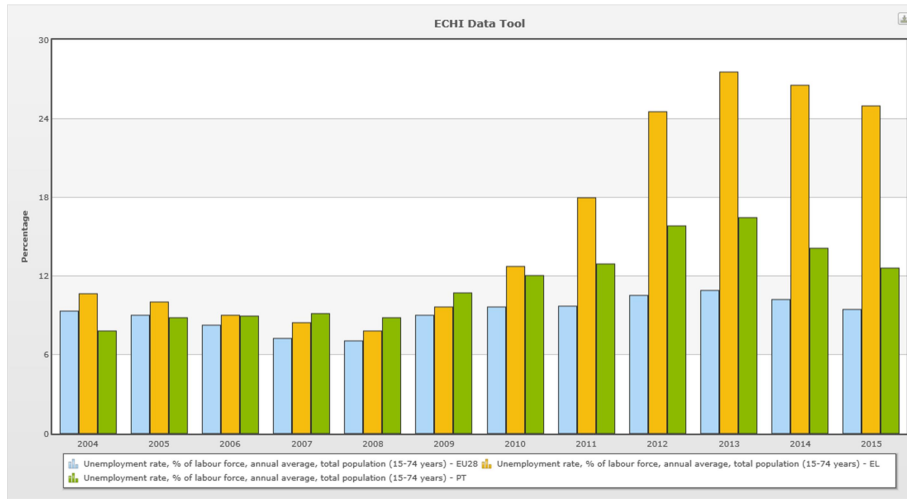
Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνει και η μελέτη των (Economou, et al., 2007) σε 13 ευρωπαϊκές χώρες, η οποία έδειξε στατιστικά σημαντική σχέση της ανεργίας και της θνησιμότητας (ανά 100.000 κατοίκους). Ειδικότερα, η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνεπάγεται αύξηση στο δείκτη θνησιμότητας κατά 2.18 θανάτους/100.000. Επίσης, η ίδια μελέτη κατέδειξε τη θετική συσχέτιση της ανεργίας με τη θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια.

Η οικονομική κρίση και η μακροχρόνια ανεργία οδηγεί πολλά άτομα στον κοινωνικό αποκλεισμό και στην φτώχεια. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τον αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα, κυρίως σε άτομα που ανήκουν σε μειονότητες, στους μετανάστες και τους χρονίως πάσχοντες από ψυχικά ή σωματικά νοσήματα. (Κυριόπουλος, Γ., Τσιάντου, Β., 2010)

Ενδεικτικά, στο Διάγραμμα 3.4 απεικονίζεται το «Ποσοστό ανεργίας,% εργατικού δυναμικού, ετήσιος μέσος όρος, συνολικός πληθυσμός (15-74 ετών)» για την Ευρώπη των 28 [μπλε], την Ελλάδα [κίτρινο] και την Πορτογαλία [πράσινο], όπου φαίνεται το μεγάλο ποσοστό ανεργίας στην Ελλάδα.

Διάγραμμα 3.4

Ποσοστό ανεργίας, % εργατικού δυναμικού, ετήσιος μέσος όρος, συνολικός πληθυσμός (15 – 74 ετών)

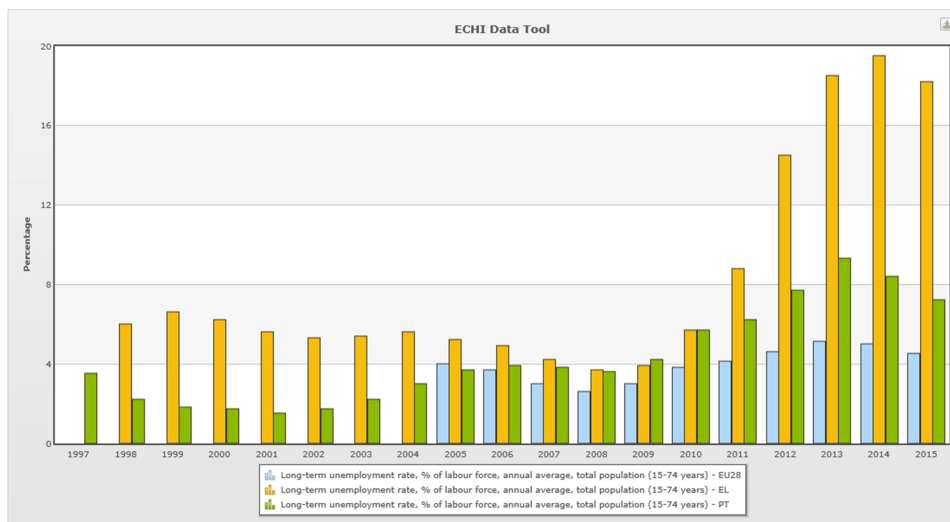


Πηγή: Eurostat Statistics Database

Επίσης, στο Διάγραμμα 3.5 απεικονίζεται το «Ποσοστό μακροχρόνιας ανεργίας, % του εργατικού δυναμικού, ετήσιος μέσος όρος, συνολικός πληθυσμός (15-74 ετών)», ομοίως για την Ευρώπη των 28 [μπλε], την Ελλάδα [κίτρινο] και την Πορτογαλία [πράσινο].

Διάγραμμα 3.5

Ποσοστό μακροχρόνιας ανεργίας, % του εργατικού δυναμικού, ετήσιος μέσος όρος, συνολικός πληθυσμός (15-74 ετών)

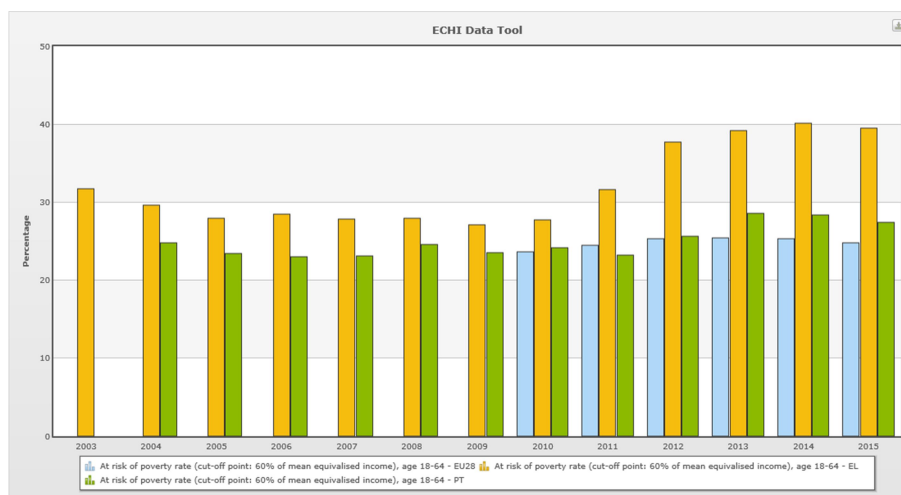


Πηγή: Eurostat Statistics Database

Και στο Διάγραμμα 3.6 απεικονίζεται το «Ποσοστό κινδύνου φτώχειας (σημείο αποκοπής: 60% του μέσου ισοδύναμου εισοδήματος), ηλικία 18-64 ετών» ομοίως για την Ευρώπη των 28 [μπλε], την Ελλάδα [κίτρινο] και την Πορτογαλία [πράσινο].

Διάγραμμα 3.6

Ποσοστό κινδύνου φτώχειας (σημείο αποκοπής: 60% του μέσου ισοδύναμου εισοδήματος), ηλικία 18-64 ετών



Πηγή: Eurostat Statistics Database

Και στα δύο προηγούμενα διαγράμματα φαίνεται η δύσκολη θέση, στην οποία βρίσκεται ο πληθυσμός της Ελλάδας εξαιτίας της οικονομικής κρίσης.

Σε μια μελέτη του (Ruhm, 2000) που εξετάστηκε η συσχέτιση οικονομικής ανάπτυξης και οικονομικής ύφεσης με την υγεία, φαίνεται ότι σημαντική διαφορά στη θνησιμότητα παρουσίασαν μόνο οι αυτοκτονίες σε περιόδους οικονομικής ύφεσης, ανάμεσα στις δέκα αιτίες θανάτου που ελέγχτηκαν (κακοήθη νεοπλάσματα, καρδιαγγειακά, πνευμονία ή γρίπη, χρόνια ηπατική νόσο ή κίρρωση, τροχαία ατυχήματα, αυτοκτονίες, δολοφονίες, παιδική και νεογνική θνησιμότητα). Οι άλλες αιτίες παρουσίαζαν διακυμάνσεις ενώ οι αρνητικές επιπτώσεις για την υγεία ήταν προσωρινές και εξαφανίζονταν πλήρως ή μερικώς εάν η οικονομική ανάπτυξη είναι μακροχρόνια.

Είναι γεγονός ότι η βρεφική θνησιμότητα αυξάνεται σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Κατά κύριο λόγο οι χώρες με χαμηλή και μέση ανάπτυξη περιστέλλουν τις δαπάνες για τη υγεία με αποτέλεσμα την εμφάνιση ανεπάρκειας σε βασικές παροχές π.χ. η χορήγηση εμβολίων, που αυτό συνδέεται με την αυξημένη βρεφική θνησιμότητα. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Τράπεζα, όταν υφίσταται μία οικονομική κρίση είναι πιθανόν οι θάνατοι να αυξηθούν κατά 400.000 ανά έτος, επειδή μειώθηκε η εξασφάλιση εμβολίων. (WHO, 2009)

Η βιβλιογραφία μας δείχνει ότι διαφέρει σημαντικά από χώρα σε χώρα η θνησιμότητα στην παιδική ηλικία, ανάλογα με την οικονομική κατάσταση. Μπορούν να δοθούν πολλές εξηγήσεις γι' αυτές τις διαφορές, όπως: α) αναξίοπιστα κυβερνητικά στατιστικά στοιχεία με κυριαρχούσες τις φτωχότερες χώρες σ' αυτόν τον τομέα και β) οι αρνητικές επιπτώσεις στον τομέα της υγείας επηρεάζονται από το εύρος της οικονομικής κρίσης, αλλά και από την έκταση της διατήρησης ή όχι των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη

Όσον αφορά την Ελλάδα, ο ομότιμος καθηγητής Οικονομικών της Υγείας Γιάννης Κυριόπουλος σημειώνει, ότι είναι ανησυχητική η εξέλιξη της βρεφικής θνησιμότητας, η οποία αποτελεί έναν δείκτη κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της χώρας. Από το 2012 καταγράφεται συνεχής αύξηση της βρεφικής θνησιμότητας από 2,90 τοις χιλίοις στο 4,20 τοις χιλίοις το 2016. Την τελευταία δεκαετία, η βρεφική θνησιμότητα ήταν στο χαμηλότερο σημείο το 2008 με 2,70 τοις χιλίοις και καταγράφηκε πάνω από 4 τοις χιλίοις μόνο τα έτη 2015 και 2016. Το 2015 για πρώτη φορά καταγράφεται σαφής μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης κατά τη γέννηση στη χώρα μας, για τις γυναίκες και για τους άνδρες, και τον ίδιο χρόνο όπως αναφέρουν τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ μειώθηκε συγκριτικά με το 2014 το προσδόκιμο επιβίωσης από τα 78,8 έτη στα 78,5 έτη στους άνδρες και από τα 84,1 έτη στα 83,7 έτη στις γυναίκες, ενώ στο σύνολο του πληθυσμού μειώθηκε από 81,5 έτη σε 81,1 έτη. (Μπουλούτσα, 2018)

Η έρευνα του (Dieter, 2011) σχετικά με τη διερεύνηση της αλληλουχίας μεταξύ των καταχρήσεων και της ανεργίας, σε τουλάχιστον 130 σχετικές μελέτες την περίοδο 1990-2010, έδειξε ότι υπάρχει μεγαλύτερη διάδοση στους ανέργους της υψηλής κατανάλωσης αλκοόλ.

Υπάρχουν δύο τάσεις για το αν υπάρχει αλληλεξάρτηση μεταξύ της οικονομικής κρίσης και της κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών. Στην πρώτη αναφέρεται ότι η ανεργία λόγω της οικονομικής ύφεσης αυξάνει το άγχος στα άτομα, κυρίως τα νεαρά, και αυτά με τη σειρά τους αυξάνουν την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών. (Janlert, 1992). Στη δεύτερη τάση, η ανεργία δημιουργεί οικονομική ανέχεια και τότε τα άτομα μειώνουν την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών. Οι περισσότερες έρευνες αναφέρουν ότι επικρατεί η πρώτη τάση.

Φυσικό επακόλουθο της αύξησης της κατανάλωσης αλκοόλ λόγω της τρέχουσας οικονομικής ύφεσης, είναι να αυξάνει τον αριθμό των θανάτων από αυτή την αιτία.. Έχει καταγραφεί ότι στις χώρες της Ευρώπης η απώλεια θέσεων εργασίας άνω του 3%

εντός ενός χρόνου έχει άμεση συσχέτιση με την αύξηση κατανάλωσης αλκοόλ. (Σακελλάρης, 2008)

Από υπάρχουσες μελέτες έχει διαφανεί ότι τα άτομα, τα οποία είχαν προβλήματα αλκοολισμού πριν την οικονομική κρίση, είναι πιθανότερο να απολυθούν κατά τη διάρκεια αυτής ή να μην ξαναβρούν εργασία. (Πατελάρου, et al., 2012)

Όσον αφορά την Ελλάδα, το αλκοόλ καταναλώνεται σε χαμηλά επίπεδα σε σύγκριση με το μεγαλύτερο αριθμό των χωρών της ΕΕ. Οι ενήλικες εμφανίζουν τη δεύτερη κατά σειρά χαμηλότερη ποσότητα μεταξύ των χωρών της ΕΕ, αφού κατανάλωσαν λιγότερο 2,5 λίτρα από τον αντίστοιχο μέσο όρο, ενώ το ποσοστό σε Έλληνες ενήλικες με περιστασιακή κατανάλωση αλκοόλ σε υπέρμετρο βαθμό το 2014 ως ποσοστό ήταν 10%, συγκριτικά με το μέσο όρο στην ΕΕ, το οποίο ήταν 20%. (OECD, 2017)

Διατροφικές συνήθειες

Σε περιόδους οικονομικής κρίσης, αφού τα έσοδα των νοικοκυριών είναι μειωμένα, επηρεάζεται ο τρόπος που οι πολίτες ξοδεύουν τα χρήματά τους σε είδη διατροφής και οι αλλαγές στις τροφικές συνήθειες είναι διαδεδομένες. Ορισμένοι συγγραφείς (Ludwig & Pollack, 2009) (Ruhm, 2005) (Ruhm, 2009) παρατηρούν ότι οι πολίτες επιλέγουν φθηνότερα, επεξεργασμένα τρόφιμα, ενώ από την άλλη μεριά άλλοι έχουν δείξει μείωση της παχυσαρκίας λόγω λιγότερης κατανάλωσης φαγητού έξω από το σπίτι και λόγω φυσικής δραστηριότητας, εφόσον έχουν περισσότερο ελεύθερο χρόνο.

Οι (Μαλλιάρου & Σαράφης, 2012) αναφέρουν ότι σε περιόδους οικονομικής κρίσης ένα τμήμα του πληθυσμού, κυρίως στις δυτικές χώρες, για να αντεπεξέλθει επιλέγει φθηνότερα και επεξεργασμένα τρόφιμα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, να επικρατεί η μη ποιοτική διατροφή, να μη λαμβάνει ο οργανισμός τα απαραίτητα διατροφικά στοιχεία και να εμφανίζεται αύξηση ασθενειών. Ειδικότερα παρατηρείται (Κατσαδούνη, 2012):

- Ελάττωση κατανάλωσης λαχανικών και φρούτων
- Ελάττωση κατανάλωσης ψαριού
- Μεγαλύτερη κατανάλωση συσκευασμένων τροφίμων
- Μεγαλύτερη κατανάλωση γρήγορου και φθηνού φαγητού
- Μεγαλύτερη κατανάλωση σοκολάτας και γλυκών
- Ελάττωση φυσικής δραστηριότητας

Έρευνα του Κέντρου Προστασίας Καταναλωτών (ΚΕΠΚΑ, 2016) που πραγματοποιήθηκε από τις 8/7/2016 έως τις 28/9/2016 με τη συμμετοχή 1059

καταναλωτών πανελλαδικά, έδειξε αλλαγή των διατροφικών συνηθειών των Ελλήνων, οι οποίοι τα τελευταία χρόνια ολοένα και περισσότερο δυσκολεύονται να αγοράσουν βασικά είδη διατροφής όπως το κρέας και τα γαλακτοκομικά και έχουν στραφεί περισσότερο στη μεσογειακή διατροφή, λόγω οικονομικής δυσπραγίας. Τα σημαντικότερα ευρήματα της έρευνας είναι:

- Αύξηση της συχνότητας των γευμάτων (από 2,5 γεύματα την ημέρα το 2011 περίπου 3 γεύματα την ημέρα το 2016)
- Αύξηση, κατά 15 περίπου μονάδες, του ποσοστού των καταναλωτών που δεν τρώνε κανένα γεύμα εκτός σπιτιού (από 25,28% [2011] σε 39,70% [2016])
- Αύξηση, κατά 12 περίπου μονάδες, του ποσοστού των καταναλωτών που δεν τρώνε σε fast food (από 48.96% [2011] σε 60.08% [2016])
- Αύξηση, κατά 23 περίπου μονάδες, του ποσοστού των καταναλωτών που δηλώνουν ότι δεν έχουν κανένα πρόβλημα με τα τρόφιμα (από 11,25% [2011] σε 34,83% [2016])
- Μείωση, κατά 13 περίπου μονάδες, του ποσοστού των καταναλωτών που άλλαξαν διατροφικές συνήθειες (από 72,16% [2011] σε 59,45% [2016]), όμως θα πρέπει να συνεκτιμηθεί με τη μείωση του 2011
- Βασική αιτία της αλλαγής των διατροφικών συνηθειών το 2011 και το 2016 είναι η υγεία (από 41,76% [2011] σε 48,45% [2016]), ενώ η οικονομική κρίση εκτινάχθηκε κατά 8 περίπου μονάδες (από 19,91% [2011] σε 27,49% [2016])
- Το 63,06% των καταναλωτών δηλώνει ότι επηρεάστηκαν οι αγοραστικές συνήθειες προϊόντων διατροφής λόγω οικονομικής κρίσης
- Μείωση, κατά 14 μονάδες του ποσοστού των καταναλωτών που αγοράζουν προϊόντα ιδιωτικής ετικέτας (από 51,85% [2011] σε 37,94% [2016])
- Αύξηση, κατά 14 μονάδες του ποσοστού των καταναλωτών που αγοράζουν μικρότερες ποσότητες προϊόντων ιδιωτικής ετικέτας (από 19,30% [2011] σε 33,12% [2016])
- Η πυραμίδα των διατροφικών συνηθειών των Ελλήνων Καταναλωτών το 2016 φαίνεται στο Διάγραμμα 3.7

Διάγραμμα 3.7

Η πυραμίδα των διατροφικών συνηθειών των Ελλήνων Καταναλωτών το 2016



Πηγή: (ΚΕΠΚΑ, 2016)

Υγειονομική περίθαλψη

Τα συστήματα υγείας για να είναι βιώσιμα είναι αναγκαία η ύπαρξη αξιόπιστης πρόσβασης σε αναλώσιμους πόρους και ανθρώπινο κεφάλαιο· για να εξασφαλιστούν αυτές οι εισροές απαιτούνται οικονομικοί πόροι για επενδύσεις σε κτιριακές εγκαταστάσεις και εξοπλισμό, για τις αμοιβές του απασχολούμενου προσωπικού, για την αγορά των αναλωσίμων και των φαρμάκων. Υπάρχουν οι εξής επιλογές από τους πολιτικούς ιθύνοντες: είτε να συγκρατηθεί το κόστος, είτε να αυξηθεί η χρηματοδότηση στις υπηρεσίες υγείας. Επειδή οι δαπάνες έχουν αυξητική τάση και οι πόροι είναι περιορισμένοι, οι περισσότερες χώρες αντιμετωπίζουν αυξανόμενη πίεση. Ήδη συζητείται από τη δεκαετία του 1970 η επιτακτική ανάγκη ώστε να ληφθούν μέτρα για τη συγκράτηση του κόστους στις βιομηχανικές χώρες. (Mossialos & Le Grand J., 1999)

Με την οικονομική κρίση σε εξέλιξη, τα συστήματα υγείας βρίσκονται αντιμέτωπα με χρηματοδοτικά προβλήματα, επειδή μειώνονται οι κρατικές δαπάνες για την υγεία, που οφείλεται στην οικονομική ανεπάρκεια και στη διακοπή της οικονομικής βοήθειας από το εξωτερικό μέσω των πλουσιότερων χωρών, οι οποίες αναλαμβάνουν την κάλυψη ενός μεγάλου τμήματος της χρηματοδότησης για τον τομέα της υγείας και ως εκ τούτου θα λάβουν μέτρα για τον περιορισμό των δαπανών τους. Ακόμα και η επιχειρηματική δραστηριότητα του ιδιωτικού τομέα στην υγεία αντιμετωπίζει προβλήματα στη εξυπηρέτηση των δανειακών τους αλλαγών καθώς και προβλήματα ρευστότητας, επειδή υπάρχουν ελλείμματα στο δημόσιο τομέα. (Appleby , 2008)

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, οι τρόποι βοήθειας για την εξασφάλιση της προστασίας του τομέα της υγείας από την κρίση, είναι οι εξής:

- α) η προετοιμασία των επιστημόνων υγείας είναι απαραίτητη, ώστε να απαιτήσουν τη λήψη αναγκαίων μέτρων για τη βελτίωση αυτού του τομέα,
- β) είναι απαραίτητη η ανάλυση των πληροφοριών για τις επιπτώσεις της κρίσης σε κάθε χώρα όπως και η παρακολούθηση,
- γ) είναι αναγκαίο να συνεχιστεί να παρέχεται οικονομική βοήθεια για τον τομέα της υγείας από τις οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες και
- δ) είναι απαραίτητο να εξασφαλιστούν μέσω των πολιτικών υγείας, θέματα, που αφορούν την αλληλεγγύη, την ισότητα και την καθιέρωση νέων τρόπων για τη δραστηριότητα την επιχειρηματική στον τομέα της υγείας σε διεθνές επίπεδο

Η εφαρμογή αυτών των πολιτικών, επικεντρώνεται στη δυνατότητα μείωσης των αλληλοεπικαλύψεων, που αφορά το έργο των διαφόρων οργανισμών, τη δυνατότητα προώθησης μεγαλύτερης συνέργειας, η οποία αφορά τα επιμέρους προγράμματα υγείας και τη δυνατότητα διασφάλισης ότι δεν παραμελούνται οι κύριες παρεμβάσεις για την προαγωγή της υγείας σε τομείς, όπως οι αρχές υγιεινής και η διατροφή. (Κυριόπουλος , 2010)

Όπως αναφέρει ο (Thomson, et al., 2013), σύμφωνα με τη μελέτη του Γραφείου Ευρώπης του ΠΟΥ, οι ευρωπαϊκές χώρες υιοθέτησαν ένα μεγάλο εύρος διαφορετικών στρατηγικών και εργαλείων πολιτικής, ορισμένα από τα οποία προάγουν τους στόχους ενός συστήματος υγείας με κοινωνικό προσανατολισμό ενώ κάποια άλλα τους υποσκάπτουν.

Στην πρώτη κατηγορία εντάσσονται μέτρα όπως:

- α) η επέκταση του συνόλου των καλυπτόμενων κινδύνων,
- β) ο προσδιορισμός προτεραιοτήτων με διαφάνεια,
- γ) ο έλεγχος των επενδύσεων σε υποδομές και βιοϊατρική τεχνολογία,
- δ) η ελάττωση τιμών των φαρμάκων,
- ε) ο έλεγχος της συνταγογράφησης,
- στ) η υποκατάσταση υπηρεσιών, ο συντονισμός, η συνέχεια και η διασύνδεση υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας και
- ζ) η ελάττωση του διοικητικού κόστους και τα μέτρα ενίσχυσης της οικονομικής προστασίας των οικονομικά αδυνάτων

Στη δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνονται μέτρα όπως:

- α) η ελάττωση των δημόσιων δαπανών υγείας,

- β) ο περιορισμός των καλυπτόμενων κινδύνων,
- γ) η ελάττωση του καλυπτόμενου πληθυσμού,
- δ) η αύξηση του χρόνου αναμονής,
- ε) η άνοδος στη συμμετοχή των πολιτών στο κόστος παροχής των υπηρεσιών και
- στ) οι μισθολογικές μειώσεις στο υγειονομικό δυναμικό.

Το σύνολο των μέτρων που εφάρμοσε κάθε χώρα ήταν αποτέλεσμα όχι μόνο των περιορισμών που έθεσαν οι οικονομικές συνθήκες, αλλά κυρίως των πολιτικών επιλογών και αποφάσεων.

Σε μια άλλη έρευνα του ΠΟΥ, για το πώς ανταποκρίθηκαν τα συστήματα υγείας κατά τη διάρκεια της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης του 2011, φάνηκε ότι η Εσθονία, η Τσεχία, η Λιθουανία, η Ιταλία και η Σλοβακία είχαν καλύτερη προετοιμασία από άλλες, επειδή είχαν λάβει μέτρα για τη δημοσιονομική προσαρμογή, τα οποία είχαν εφαρμοστεί πριν από την οικονομική κρίση. Άλλες χώρες όπως η Δανία και το Βέλγιο είχαν λάβει μέτρα στους προϋπολογισμούς τους για την προστασία της υγείας, ενώ αντιθέτως το Ηνωμένο Βασίλειο πάγωσε αυτά τα μέτρα προστασίας. Κάποιες χώρες εκμεταλλεύτηκαν την κρίση ώστε να πραγματοποιήσουν μείωση στο κόστος, κατά κύριο λόγο στον τομέα που αφορά την υγεία και στον τομέα που αφορά τη φαρμακευτική αγωγή. Η Ελλάδα, η Πορτογαλία και η Δανία έλαβαν μέτρα για την επιτάχυνση της αναδιάρθρωσης στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. (Karaniolos, et al., 2013)

Όσον αφορά την Ελλάδα, ως προς τις περικοπές δαπανών, αξίζει να σημειωθεί ότι συγχωνεύτηκαν υπό τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) οι τέσσερις (4) μεγαλύτεροι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης, μειώθηκαν οι μισθοί όσων εργάζονται στον τομέα της υγείας, περιορίστηκαν οι προσλήψεις και μειώθηκε τόσο η προμήθεια των ιατρικών υλικών όσο και οι τιμές στα φαρμακευτικά προϊόντα.

Η πρόβλεψη μειώσεων στους προϋπολογισμούς για τις δαπάνες στην υγεία, που υποβλήθηκαν μετά το 2009, είχαν ως αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού των ατόμων που δεν είχαν τη δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και οι ευάλωτες ομάδες ήταν αυτές που επηρεάστηκαν σε μεγαλύτερο βαθμό. (Karaniolos, et al., 2013)

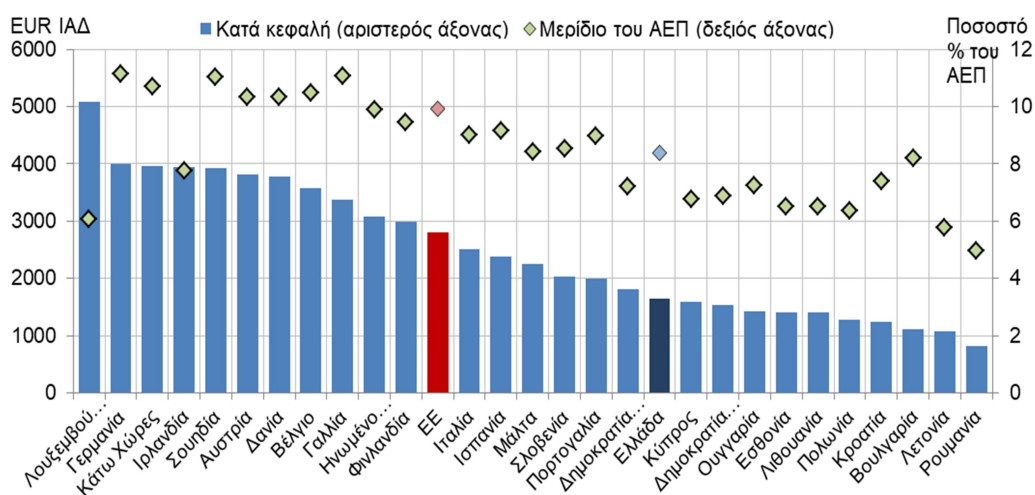
Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 3.8 της (OECD, 2017)¹, το σύστημα υγείας συνεχίζει να δέχεται την επίδραση της διαρκούς οικονομικής κρίσης. Η Ελλάδα το 2015,

¹ Στατιστικές του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) για την υγεία – βάση δεδομένων της Eurostat – βάση δεδομένων του ΠΟΥ για τις δαπάνες υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο (τα στοιχεία αφορούν το 2015) (OECD, 2017)

δαπάνησε για την υγεία το 8,4% του ΑΕΠ, όμως με τη δραστική συρρίκνωση του ΑΕΠ στην ουσία, δαπανήθηκαν λιγότερα για την υγεία.. Η κατά κεφαλή δαπάνη ήταν το 2009 2.287€ και το 2015 1.650€, δηλαδή μειώθηκε 28%, οπότε η Ελλάδα κατατάσσεται χαμηλά συγκρινόμενη με το μέσο όρο στην ΕΕ.

Διάγραμμα 3.8

Δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη στην ΕΕ



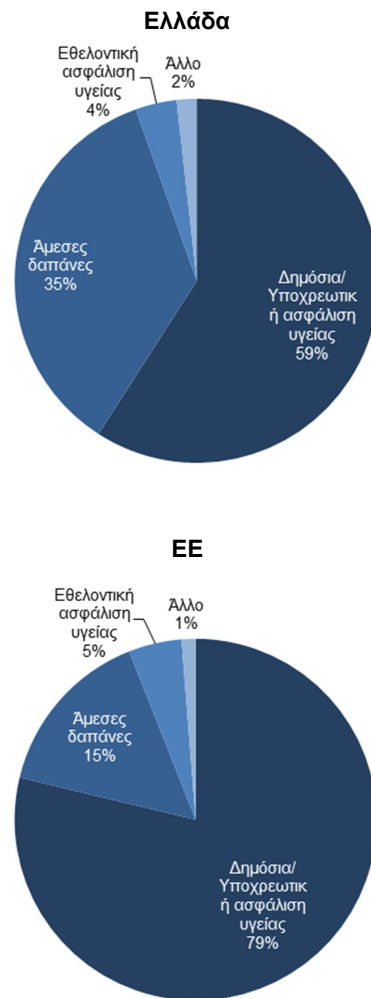
Πηγή: (OECD, 2017)

Αν και οι δημόσιες δαπάνες στην Ελλάδα για τον τομέα της υγείας ποτέ δεν υπερέβησαν το μέσο όρο της ΕΕ, η οικονομική κρίση είχε σοβαρό αντίκτυπο. Στο πρώτο Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής (ΠΟΠ) το ανώτατο όριο του ΑΕΠ ανήλθε στο 6%, ώστε να επιτευχθεί αποδοτικότερη χρησιμοποίηση των δημοσίων πόρων και να μειωθούν οι δαπάνες του προϋπολογισμού που αφορούν το δημόσιο τομέα. Παρατηρείται ότι οι δημόσιες δαπάνες για τον τομέα της υγείας είναι στο 5% του ΑΕΠ ενώ όσον αφορά τον αντίστοιχο μέσο όρο της ΕΕ είναι 7,2% και αντιπροσωπεύει το 59% επί των συνολικών δαπανών για τον τομέα της υγείας, που είναι το τέταρτο χαμηλότερο ποσοστό μεταξύ χωρών της ΕΕ όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 3.9 της (OECD, 2017)².

² Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την υγεία – βάση δεδομένων της Eurostat (τα στοιχεία αφορούν το 2015) (OECD, 2017)

Διάγραμμα 3.9

Οι άμεσες δαπάνες των ασθενών στην Ελλάδα και στην ΕΕ



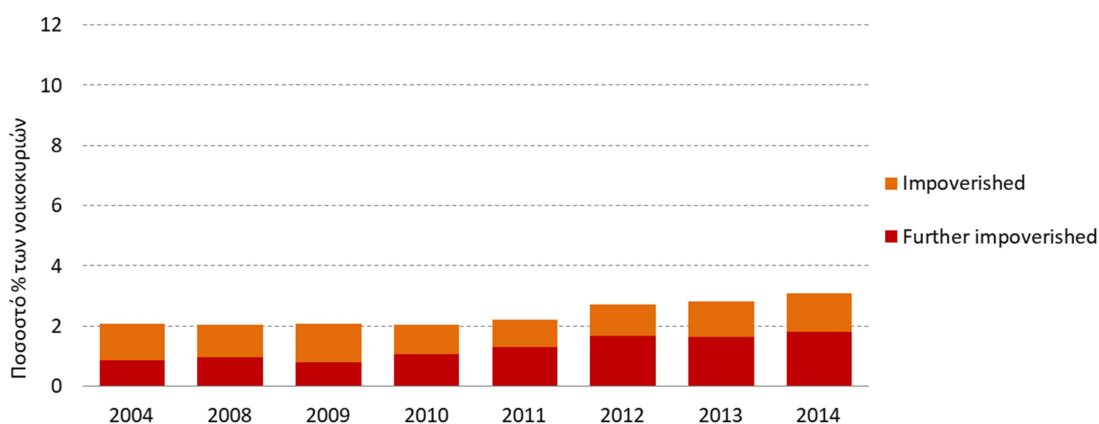
Πηγή: (OECD, 2017)

Βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία αποτελούν οι άμεσες πληρωμές των ασθενών. Οι αιτίες γι' αυτό είναι πολλές, όπως: οι λίστες αναμονής για διάφορες υπηρεσίες, οι διαφορές μεταξύ των αποζημιώσεων και των πραγματικών καταβαλλόμενων αμοιβών, το μηνιαίο όριο των επισκέψεων σε γιατρούς κ.ά. Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 3.10 πολύ περισσότερα νοικοκυριά φτωχοποιούνται λόγω άμεσων πληρωμών. (OECD, 2017)³

³ Το διάγραμμα βασίζεται στους δείκτες οικονομικής προστασίας του Περιφερειακού Γραφείου Ευρώπης του ΠΟΥ. (OECD, 2017)

Διάγραμμα 3.10

Φτωχοποίηση νοικοκυριών λόγω άμεσων πληρωμών



Πηγή: (OECD, 2017)

Αν και στο παρελθόν η πρόσβαση στις παροχές υγείας ήταν συνδεδεμένη με το σύστημα απασχόλησης μέσω των Ασφαλιστικών Ταμείων Υγείας (ΑΤΥ) για λογαριασμό των εργαζομένων και των οικογενειών τους, από το 2016 αυτή η κάλυψη απέκτησε καθολικό χαρακτήρα λόγω της νομοθεσίας που εξασφάλισε στους πολίτες, ακόμη και στους ανασφάλιστους λόγω ανεργίας, να έχουν τη δυνατότητα της πρόσβασης στη δέσμη παροχών υγείας. Πρέπει να τονιστεί ότι η αύξηση της μακροχρόνιας ανεργίας οδήγησε στην απώλεια του δικαιώματος κάλυψης από το 2009 έως το 2016 και προφανώς συνέβαλε καθοριστικά στην αύξηση των ποσοστών των μη ικανοποιούμενων αναγκών, όπως φαίνεται στον Πίνακα 3.3 για τις μη ικανοποιούμενες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης. (OECD, 2017)⁴

Πίνακας 3.3

Μη ικανοποιούμενες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης

	Υψηλό Εισόδημα	Μέσος όρος	Χαμηλό Εισόδημα
Εσθονία	11,4	12,7	16,1
Ελλάδα	3,9	12,3	18,7
Ρουμανία	5,0	9,4	12,2
Λετονία	2,3	8,4	17,1
Πολωνία	4,3	7,3	10,5
Ιταλία	1,4	7,2	15,2

⁴ Τα στοιχεία αναφέρονται σε μη ικανοποιούμενες ανάγκες για ιατρικές εξετάσεις λόγω κόστους, απόστασης που πρέπει να διανυθεί ή χρόνου αναμονής (OECD, 2017)

Βουλγαρία	1,9	4,7	11,5
Φινλανδία	2,5	4,3	5,6
ΕΕ28	1,4	3,2	5,5
Πορτογαλία	0,6	3,0	6,4
Λιθουανία	1,6	2,9	4,2
Ιρλανδία	1,1	2,8	3,1
Ηνωμένο Βασίλειο	2,9	2,8	2,8
Ουγγαρία	0,8	2,6	6,8
Βέλγιο	0,3	2,4	7,1
Δημοκρατία της Σλοβακίας	1,2	2,1	2,9
Κροατία	0,8	1,9	5,2
Κύπρος	0,2	1,5	3,2
Δανία	0,6	1,3	1,9
Γαλλία	0,2	1,2	2,9
Σουηδία	0,3	1,0	1,8
Λουξεμβούργο	0,3	0,9	2,1
Δημοκρατία της Τσεχίας	0,4	0,8	1,2
Μάλτα	0,1	0,8	2,2
Ισπανία	0,4	0,6	0,6
Γερμανία	0,1	0,5	1,0
Κάτω Χώρες	0,1	0,5	1,6
Σλοβενία	0,2	0,2	0,3
Αυστρία	0,0	0,1	0,3

Πηγή: (OECD, 2017)

Παρατηρούμε από τον Πίνακα 3.3 ότι α) η Ελλάδα κατέχει τη δεύτερη θέση στη μη ικανοποιούμενη ανάγκη για ιατρική περίθαλψη με ποσοστό 12,3% έναντι 3,2% της ΕΕ και β) η Ελλάδα παρουσιάζει μεγάλη διαφοροποίηση μεταξύ των υψηλότερων εισοδημάτων (3,9%) και των χαμηλότερων εισοδημάτων (18,7%), που αποδεικνύει ότι υπάρχει άνιση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για τις διάφορες εισοδηματικές μονάδες.

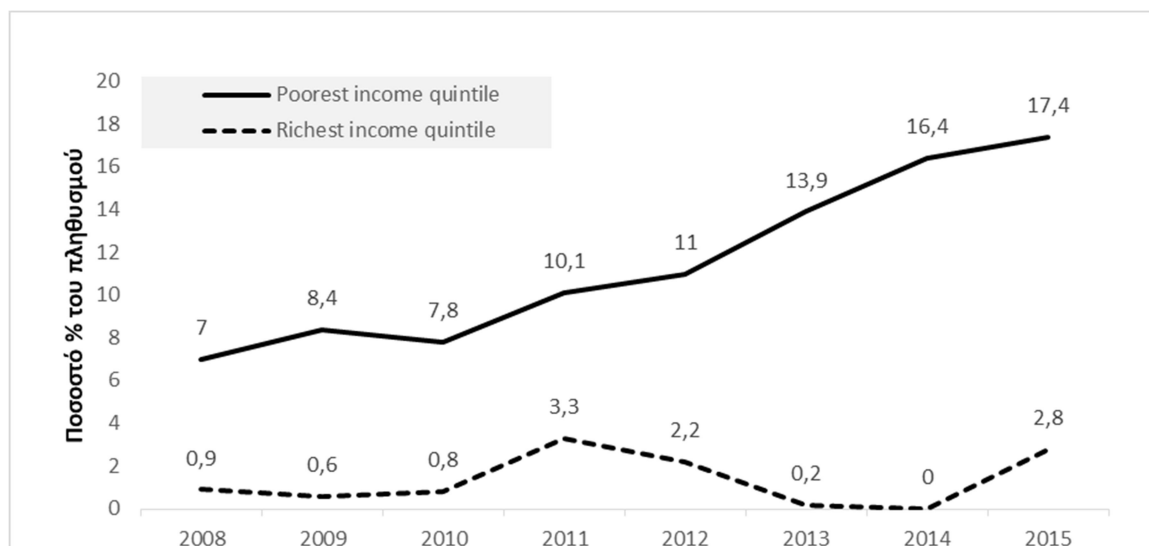
Το Διάγραμμα 3.11 (OECD, 2017) δείχνει ότι είναι αυξημένο το χάσμα ανισότητας όσον αφορά τη μη ικανοποιούμενη ανάγκη στο σύστημα υγείας λόγω κόστους. Το ποσοστό των ατόμων με μη ικανοποιούμενες ανάγκες στην υγειονομική περίθαλψη εξαιτίας του υψηλού κόστους, το 2010 ήταν (4,2%)⁵ και το 2015 (10,9%)⁶ και επιπλέον παρατηρείται ότι υπάρχουν μεγάλες ανισότητες ανάλογα με την εισοδηματική ομάδα.

⁵ Το ποσοστό υπολογισμένο στο σύνολο του πληθυσμού

⁶ Το ποσοστό υπολογισμένο στο σύνολο του πληθυσμού

Διάγραμμα 3.11

Αυξανόμενο χάσμα ανισότητας στην αυτοαναφερόμενη μη ικανοποιούμενη ανάγκη λόγω κόστους



Πηγή: (Karanikolos & Kentikelenis, 2016)

Οι άμεσες πληρωμές από τους ασθενείς αυξάνονται με σταθερό ρυθμό από το 2004 με αποτέλεσμα την αύξηση του ποσοστού φτωχοποίησης και το 2014 επλήγη το 3% των νοικοκυριών (Διάγραμμα 3.10, (OECD, 2017)).

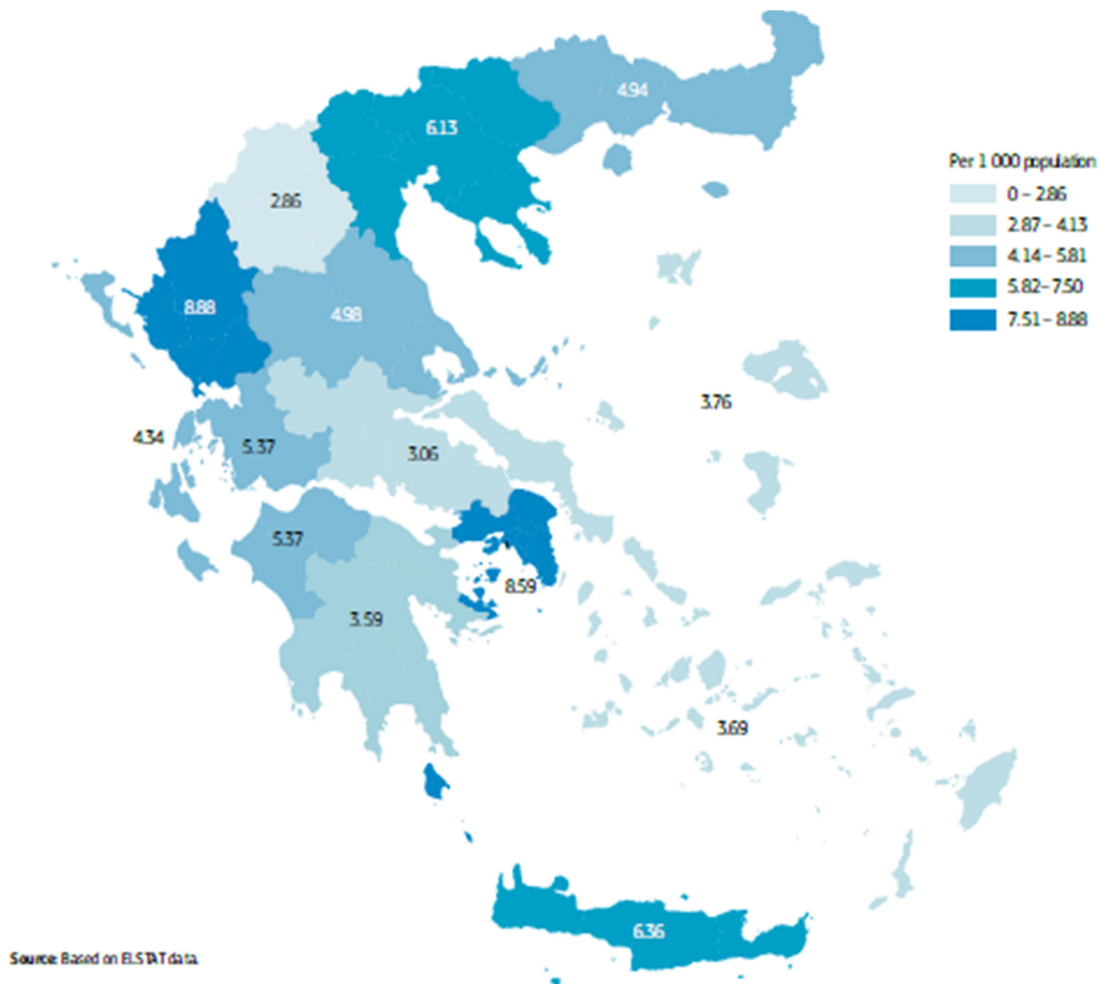
Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα είναι μεικτό συνδυασμού Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας (ΚΑΥ) με το κεντρικά χρηματοδοτούμενο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). Έχουν ξεκινήσει από το 2010 αξιοσημείωτες διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις. Σημαντική είναι η μεταρρύθμιση του 2011 με τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, αφού συγχωνεύτηκαν οι κλάδοι υγείας των κύριων ταμείων κοινωνικής ασφάλισης. Όμως, όπως αναφέρει ο (Economou & et al., 2015), η λειτουργία του ελληνικού συστήματος υγείας είναι αντιμέτωπη με σοβαρούς δημοσιονομικούς περιορισμούς. Ο οικογενειακός προϋπολογισμός του πληθυσμού συρρικνώνεται με αποτέλεσμα να μειώνεται η δυνατότητά του να πληρώνει για ιδιωτικές υπηρεσίες και να στρέφεται στις δημόσια χρηματοδοτούμενες υπηρεσίες υγείας. Αυτές όμως παρέχονται με δυσκολία. Αυτό οφείλεται στο ότι τα έσοδα του ΚΑΥ, το οποίο συμβάλλει στη συγχρηματοδότηση του ΕΣΥ, ελαττώνονται, επειδή υπάρχει υψηλή ανεργία, διογκούμενη ημιαπασχόληση, μείωση των ημερομισθίων άρα και μείωση των αντίστοιχων εισφορών. Έτσι, η ανεπάρκεια χρηματοδότησης του συστήματος υγείας είναι αιτία ανησυχίας.

Σημαντικά προβλήματα αντιμετωπίζει η Ελλάδα όσον αφορά το σχεδιασμό και την ορθολογική κατανομή των πόρων που αφορά την υγειονομική περίθαλψη. Υφίσταται μεγάλη ανισόρροπη κατανομή στους υλικούς πόρους και το ιατρικό προσωπικό μεταξύ

των αγροτικών περιοχών και των αστικών κέντρων. Στον Χάρτη 3.2 φαίνεται αυτή η ανισορροπία.

Χάρτης 3.2

Η κατανομή των γιατρών σε ολόκληρη τη χώρα είναι πολύ άνιση



Πηγή: Δεδομένα της Eurostat

Οι προαναφερόμενοι παράγοντες έχουν συμβάλει ώστε τα επίπεδα μη ικανοποιούμενης ανάγκης για ιατρική περίθαλψη να είναι πολύ υψηλά, όπως φαίνεται και στον Πίνακα 3.4 που δείχνει τον δυσανάλογα μεγάλο αριθμό των ειδικών γιατρών και τις ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό. Το ίδιο φαίνεται και στο Διάγραμμα 3.12

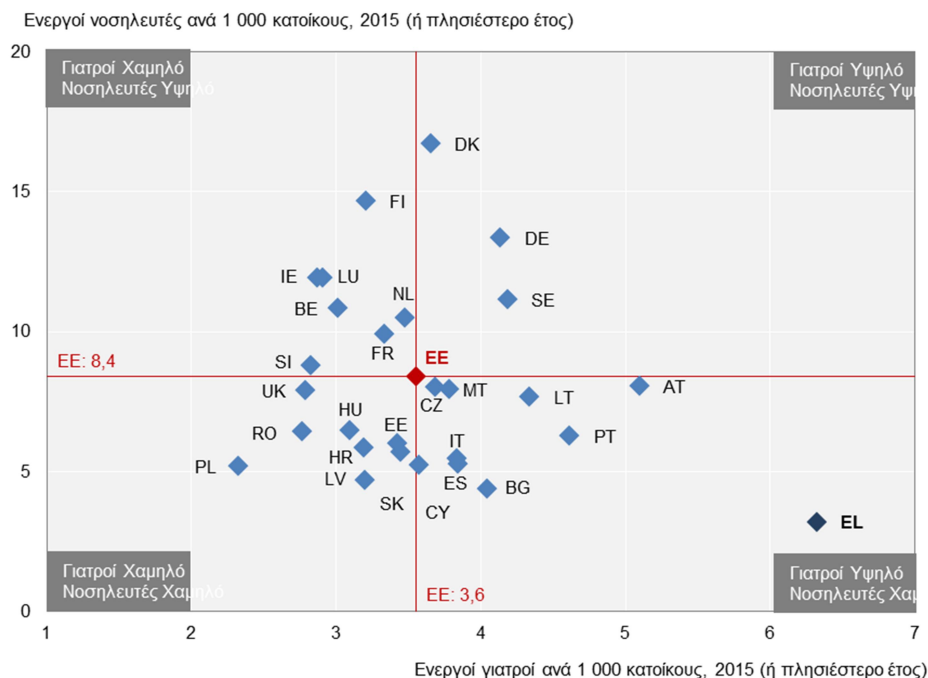
Πίνακας 3.4
Αναλογία γιατρών νοσηλευτών

		Γιατροί	Νοσηλευτές
Αυστρία	AT	5,1	8,1
Βέλγιο	BE	3,0	10,8
Βουλγαρία	BG	4,0	4,4
Κροατία	HR	3,2	5,8
Κύπρος	CY	3,6	5,2
Δημοκρατία της Τσεχίας	CZ	3,7	8,0
Δανία	DK	3,7	16,7
Εσθονία	EE	3,4	6,0
Φινλανδία	FI	3,2	14,7
Γαλλία	FR	3,3	9,9
Γερμανία	DE	4,1	13,3
Ελλάδα	EL	6,3	3,2
Ουγγαρία	HU	3,1	6,5
Ιρλανδία	IE	2,9	11,9
Ιταλία	IT	3,8	5,4
Λετονία	LV	3,2	4,7
Λιθουανία	LT	4,3	7,7
Λουξεμβούργο	LU	2,9	11,9
Μάλτα	MT	3,8	7,9
Κάτω Χώρες	NL	3,5	10,5
Πολωνία	PL	2,3	5,2
Πορτογαλία	PT	4,6	6,3
Ρουμανία	RO	2,8	6,4
Δημοκρατία της Σλοβακίας	SK	3,5	5,7
Σλοβενία	SI	2,8	8,8
Ισπανία	ES	3,8	5,3
Σουηδία	SE	4,2	11,1
Ηνωμένο Βασίλειο	UK	2,8	7,9
EE28	EE	3,6	8,4

Πηγή: (OECD, 2017)

Διάγραμμα 3.12

Η Ελλάδα διαθέτει δυσανάλογα μεγάλο αριθμό ειδικών γιατρών αλλά αντιμετωπίζει ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό



Σημείωση: Για Ελλάδα και Πορτογαλία στα στοιχεία περιλαμβάνονται όλοι οι ιατροί που έχουν άδεια άσκησης επαγγέλματος, άρα υπερεκτιμάται ο αριθμός των ιατρών που ασκούν το επάγγελμά τους (στην Πορτογαλία κατά προσέγγιση 30%). Στην Ελλάδα και την Αυστρία το σύνολο των νοσηλευτών είναι υποεκτιμημένο αφού περιλαμβάνονται μόνο όσοι εργάζονται στα νοσοκομεία.

Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat

Έγιναν κάποιες μεταρρυθμίσεις στα νοσοκομεία ώστε να αυξηθεί η διαφάνεια, να μειωθεί το κόστος για προμήθειες και να πραγματοποιηθεί η αλλαγή στο σύστημα πληρωμών των νοσοκομείων. (Kaitelidou & et al., 2016)

Εκτός των άλλων που αναφέρθηκαν, η χώρα μας η Ελλάδα, είναι ουραγός στις δαπάνες για δράσεις πρόληψης και προαγωγής υγείας. Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) δημοσιοποίησε σχετικό έγγραφο εργασίας σύμφωνα με το οποίο η Ελλάδα επένδυσε μόλις το 1,3% των δαπανών υγείας σε δράσεις πρόληψης (30 δολάρια ετησίως κατά κεφαλήν δαπάνη), ποσοστό που είναι το χαμηλότερο μεταξύ των χωρών μελών του ΟΟΣΑ. Κατά μέσον όρο οι χώρες του ΟΟΣΑ επενδύουν το 2,8% των δαπανών υγείας (130 δολάρια ετησίως κατά κεφαλήν δαπάνη) για δράσεις πρόληψης και προαγωγής υγείας (π.χ. τσεκάπ, οδοντιατρικές εξετάσεις). Αξίζει να σημειωθεί ότι στην Ελλάδα από το μικρό ποσό που δαπανάται για

δράσεις πρόληψης και προαγωγής υγείας, περίπου το 40% κατευθύνεται για τη διενέργεια επιδημιολογικών μελετών. (Μπουλούτσα, 2018)

3.4 Ανακεφαλαίωση

Σε αυτό το κεφάλαιο αναφέρθηκαν εκτενέστερα οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, τόσο στην οικονομία όσο και στην υγεία. Από τη στιγμή που η οικονομική κρίση πέρασε στην πραγματική οικονομία μειώθηκαν σταδιακά οι καταναλωτικές δαπάνες των νοικοκυριών.

Στη συνέχεια μειώθηκε το ΑΕΠ, μειώθηκε η απασχόληση, αυξήθηκε η ανεργία, αποδομήθηκαν οι εργασιακές σχέσεις. Η αύξηση των φόρων μείωσε την ανάπτυξη και τα εισοδήματα, αυξήθηκαν οι τιμές στα βασικά είδη σε σχέση με τις αντίστοιχες τιμές στα είδη πολυτελείας και αυτό ενίσχυσε τις κοινωνικές ανισορροπίες προκαλώντας διαφοροποίηση στο βιοτικό επίπεδο των νοικοκυριών. Το βιοτικό επίπεδο των φτωχότερων νοικοκυριών υποβαθμίστηκε περισσότερο από αυτό των πλουσιότερων. Επηρεάστηκε η ευημερία των πολιτών, καθώς στηρίζεται σε υψηλό βαθμό στον πληθωρισμό και τις αλλαγές των εισοδημάτων. Εξαιτίας του πληθωρισμού αυξήθηκε το κόστος ζωής με μεγαλύτερη ένταση στους πολίτες οι οποίοι διαθέτουν το μεγαλύτερο μέρος από το εισόδημά τους σε κατανάλωση προϊόντων που υφίστανται ταχεία αύξηση τιμών.

Παγκοσμίως επλήγη η απασχόληση και κατ' επέκταση η κατεύθυνση της οικονομίας. Η ανασφάλεια στην εργασία, η ανεργία, και η μείωση του εισοδήματος για τις τρέχουσες ανάγκες επέδρασαν σημαντικά στην υγεία των πολιτών και τις οικογένειές τους. Διαταράχτηκε η ισορροπία των σχέσεων των γονέων με σοβαρό αντίκτυπο στα παιδιά. Αυξήθηκαν τα καταθλιπτικά συμπτώματα, το άγχος και η ανησυχία και για κάποιους άρχισαν προβλήματα καταχρήσεων (αλκοόλ, ουσίες), μη υγιεινού τρόπου ζωής ακόμη και πλημμελούς διαχείρισης νοσημάτων. Εμφανίστηκε και αυξητική τάση των αυτοκτονιών καθώς και αύξηση στη βρεφική θνησιμότητα

Με την οικονομική κρίση, τα συστήματα υγείας αντιμετώπισαν προβλήματα χρηματοδότησης. Τα κράτη ακολούθησαν διάφορους τρόπους αντιμετώπισης αυτού του προβλήματος για να δαπανήσουν χρήματα για υγειονομική περίθαλψη. Στην Ελλάδα δαπανήθηκαν λιγότερα σε σχέση με τα κράτη της ΕΕ. Οι άμεσες δαπάνες από τους ασθενείς ήταν υψηλές, με αποτέλεσμα τη φτωχοποίηση περισσότερων νοικοκυριών. Αυξήθηκαν οι μη ικανοποιούμενες ανάγκες για τους Έλληνες ασθενείς, κυρίως λόγω

κόστους. Επίσης, είναι και η ανισότητα όσον αφορά την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και συγκεκριμένα όσον αφορά την κατανομή των γιατρών ανά την Ελλάδα, δημιουργώντας προβλήματα τόσο στον οικογενειακό προϋπολογισμό όσο και στην αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας των πολιτών. Φυσικά στη χώρα μας έγιναν μεταρρυθμίσεις στα νοσοκομεία ώστε να επιτευχθεί αύξηση στη διαφάνεια, μείωση στο κόστος κλπ., όμως ακόμα είναι ουραγός στις δαπάνες για δράσεις πρόληψης και προαγωγής υγείας.

Αν και βελτιώθηκε τις τελευταίες δεκαετίες η κατάσταση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού, αναμένεται να περάσουν μερικά χρόνια μέχρι να υπάρξει πλήρης εκδήλωση των επιπτώσεων της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης τόσο στην κοινωνία όσο και στην υγεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

4.1 Εισαγωγή

«Θεσμός είναι πλέγμα κοινωνικών συνθηκών που διαμορφώνονται από τη συνήθεια, τα έθιμα και τη δράση μιας κοινωνικής ομάδας. Η διαδικασία για τη διαμόρφωση ενός θεσμού είναι πολύμορφη. Αρχικά, υπήρχε ένα σύνολο ανθρώπινων εκδηλώσεων που συνδέονταν με την καθημερινή ζωή και είχαν πάρει τη μορφή συνηθειών. Αυτές οι συνήθειες κωδικοποιήθηκαν βαθμιαία από την ομάδα και πήραν τη μορφή νόμων. Έτσι δημιουργήθηκαν οι πρώτοι θεσμοί. Με τους θεσμούς η πολιτεία επιβάλλει τη γενική κατεύθυνση στην οποία πρέπει να τείνουν οι ανθρώπινες δραστηριότητες. Οι θεσμοί ξεχωρίζουν σε τυπικούς και άτυπους. Τυπικοί λέγονται οι θεσμοί που καθιερώνονται από την πολιτεία, ενώ άτυποι θεσμοί λέγονται αυτοί που προέρχονται από τα ήθη και τα έθιμα και είναι δημιουργήματα της συνήθειας» (Επιστήμη & Ζωή, n.d.)

Φυσικά ενδιαφερόμαστε για τους τυπικούς θεσμούς που καθιερώνει η πολιτεία και οι οποίοι έχουν θεμελιώδη ρόλο στις λειτουργίες και τις δραστηριότητες του κοινωνικού συνόλου και χαρακτηρίζουν τη δομή μιας κοινωνίας.

Πρωτεύων στόχος της πολιτείας είναι η κοινωνική ασφάλεια, δηλαδή η προστασία των πολιτών από καταστάσεις που μπορεί να μειώσουν τις πηγές συντήρησης, να προστατεύσουν την υγεία, να εξασφαλίσουν θέσεις εργασίας και να εγγυηθούν ένα αξιοπρεπές επίπεδο διαβίωσης. Επίσης ενδιαφέρεται για την κοινωνική προστασία ώστε να προστατευτεί το κοινωνικό σύνολο από τις επιπτώσεις που επέρχονται λόγω των σοβαρών κρίσεων. Η εξειδίκευση της κοινωνικής πολιτικής η οποία ακολουθείται από κάθε χώρα αποτελεί τον κοινωνικό στόχο της προστασίας του πληθυσμού.

Η κοινωνική πολιτική αφορά την προστασία από κοινωνικούς κινδύνους και την ικανοποίηση αναγκών για διάφορα ζητήματα, όπως είναι αυτά της υγείας, της ασφάλισης, της απασχόλησης, της στέγασης, των προνοιακών υπηρεσιών (ενίσχυση της οικογένειας, παιδική μέριμνα, προστασία της τρίτης ηλικίας, κ.ά.). Όλοι οι όσοι έχουν πρόσβαση στην κοινωνική πολιτική, χρησιμοποιούν τους αντίστοιχους θεσμούς.

Στο τέταρτο κεφάλαιο λοιπόν θα ασχοληθούμε με το πώς διαμορφώθηκε το πλαίσιο της κοινωνικής πολιτικής της Ελλάδας, στον τομέα της υγείας, μέσα στα χρόνια και με τον τρόπο με τον οποίο το θεσμικό πλαίσιο στον τομέα που αφορά την υγεία επηρεάστηκε από την παγκόσμια οικονομική κρίση.

4.2 Το Σύστημα Υγείας της Ελλάδας πριν την Οικονομική Κρίση

Βασικό συστατικό της κοινωνικής πολιτικής είναι το σύστημα υγείας, το οποίο βοηθάει στην παραγωγή του αγαθού «υγεία» ώστε με δεδομένο αυτό να μπορεί να παραχθεί οποιοδήποτε άλλο αγαθό.

Στην Ελλάδα της δεκαετίας του 1980 ήταν βασική προτεραιότητα ,στην προσπάθεια να διαμορφωθεί ένα πλαίσιο κοινωνικής πολιτικής, η αναδιάρθρωση του συστήματος υγείας της χώρας. Έτσι με την Εισηγητική Έκθεση του Ν. 1397/1983 θεσμοθετήθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). Οι αρχές του ήταν: α) η πολιτεία ευθύνεται αποκλειστικά για την παροχή φροντίδας υγείας, β) η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό, γ) ίση και υψηλού επιπέδου περίθαλψη για κάθε πολίτη ανεξαρτήτως κοινωνικής και οικονομικής θέσης καθώς και δ) ο πολίτης συμμετέχει ενεργά στον προγραμματισμό και το σχεδιασμό της πολιτικής της υγείας. Οι βασικές κατευθυντήριες γραμμές ώστε να εφαρμοστούν οι παραπάνω άξονες θα ήταν: α) αποκέντρωση, β) εφαρμογή κοινωνικού ελέγχου, γ) ανάπτυξη ενιαίου πλαισίου λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας στο πλαίσιο ενιαίου προγραμματισμού και ίσης κατανομής πόρων, δ) έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και ε) εφαρμογή του θεσμού του νοσοκομειακού ιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. (Οικονόμου, 2012)

Η θεσμοθέτηση αυτή όχι μόνο συνέβαλλε ιδιαίτερα στην προστασία του αγροτικού πληθυσμού αλλά και αύξησε τους πόρους που διατίθενται για την υγεία. Όμως, όπως αναφέρουν οι (Tsalikis, 1988) και (Liaropoulos, 1998) δεν κατάφερε να αντιμετωπίσει με επάρκεια θέματα μικροοικονομικής και μακροοικονομικής αποδοτικότητας, ίσης μεταχείρισης όσον αφορά τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών διαχείρισης/διοίκησης και της περιφερειακής αποκέντρωσης, επειδή: α) δεν ολοκληρώθηκαν οι μεταρρυθμίσεις στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ιδρύθηκαν μόνο κέντρα υγείας αγροτικού τύπου – δεν καταργήθηκαν οι μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης – δεν ιδρύθηκαν αστικά κέντρα υγείας – δε λειτούργησε ο ειδικός λογαριασμός - διατηρήθηκαν οι παλιές δομές και υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Οικονόμου, 1994)), β) η αποκλειστική ευθύνη της πολιτείας η οποία καλύπτει όλους τους τομείς του συστήματος υγείας και ο αποκλεισμός του ιδιωτικού τομέα με αποτέλεσμα να ιδρυθούν πολλά ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα χωρίς έλεγχο της ποιότητας των υπηρεσιών τους, γ) η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας (ανυπαρξία διάταξης για τη ρύθμιση της κατανομής των οικονομικών πόρων, των πηγών χρηματοδότησης και των μορφών

αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας πλην της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, που όμως δεν εφαρμόστηκε).

Στη συνέχεια άρχισαν να εισάγονται στη δημόσια συζήτηση θέματα, όπως: α) αυξημένη ελευθερία επιλογής για τις παρεχόμενες υπηρεσίες από την πλευρά των ασθενών, β) συνεργασία δημόσιο και ιδιωτικού τομέα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, γ) αποτελεσματικότερη διοίκηση και αποκέντρωση, δ) προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών, ε) διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, στ) έλεγχος των δαπανών υγείας. Όμως δεν αναπτύχθηκε κάποιο συγκεκριμένο και ολοκληρωμένο σχέδιο πολιτικής για την επίτευξη των παραπάνω στόχων. (Οικονόμου, 2012)

Ακολουθεί ο Ν.2071/1992, όπου μεταβάλλονται βασικές προβλέψεις του προηγούμενου Ν.1397/1983. Ο νόμος αυτός προβλέπει η πολιτεία να διασφαλίζει τη δυνατότητα και το δικαίωμα του πολίτη να έχει πρόσβαση σε ιδιωτικές ή δημόσιες υπηρεσίες υγείας με σεβασμό προς το πρόσωπό του και με όσο το δυνατό μεγαλύτερο εύρος επιλογών.

Επίσης προβλέπει:

- Να μεταφερθεί από τα νομαρχιακά νοσοκομεία στις νομαρχίες ο τομέας εποπτείας και χρηματοδότησης των αγροτικών κέντρων υγείας
- Οι πολίτες χρησιμοποιώντας το ατομικό βιβλιάριο υγείας έχουν το δικαίωμα επιλογής νοσοκομείου, γιατρού και οδοντιάτρου
- Να αρθούν οι απαγορεύσεις του Ν.1397 όσον αφορά την ίδρυση καινούργιων ιδιωτικών κλινικών ή θεραπευτηρίων με την παροχή προνοσοκομειακής φροντίδας από ιδιωτικούς φορείς που έχουν αυτή τη δυνατότητα
- Οι νεοεισερχόμενοι και οι ήδη υπηρετούντες στο ΕΣΥ γιατροί να έχουν το δικαίωμα επιλογής μερικής ή πλήρους απασχόλησης. Παρόλο που οι αποδοχές των γιατρών μερικής απασχόλησης μπορεί να μειώνονται, υπάρχει η δυνατότητα να λειτουργούν και ιδιωτικό ιατρείο νόμιμα
- Να εισαχθούν νέα συστήματα οικονομικού ελέγχου και αξιολόγησης και νέες τεχνικές διοίκησης και σχεδιασμού
- Να συνάπτουν τα ασφαλιστικά ταμεία ελεύθερα συμβάσεις με δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς, οι οποίοι παρέχουν υπηρεσίες υγείας

Όμως ο Ν.2194/1994 κατήργησε τις περισσότερες προβλέψεις του Ν.2071/1992 ενώ παρέμειναν μόνο τα άρθρα για τις ιδιωτικές κλινικές, νοσοκομεία και διαγνωστικά

κέντρα, η δυνατότητα των ασφαλιστικών ταμείων να συνάπτουν συμβάσεις με ιδιωτικούς οργανισμούς παροχής υπηρεσιών, καθώς και προβλέψεις για ελευθερία επιλογής και τα δικαιώματα των ασθενών. Στην ουσία τα προβλήματα του ΕΣΥ παρέμειναν σε εκκρεμότητα. Συστάθηκε επιτροπή ξένων εμπειρογνομόνων (Abel-Smith, 1994) οι οποίοι κατέθεσαν τις προτάσεις τους, οι οποίες στη συνέχεια εξειδικεύτηκαν από τρεις ομάδες Ελλήνων εμπειρογνομόνων (Δερβένης & Πολύζος, 1995) · (Σισσούρας, et al., 1995)· (Μωραΐτης, et al., 1995). Λόγω εκλογών και κυβερνητικών αλλαγών δεν ολοκληρώθηκε κάποιο σχέδιο.

Βάσει του (Οικονόμου, 2012) το 1997 ψηφίστηκε ο Ν.2519/1997 για τον εκσυγχρονισμό και την ανάπτυξη του ΕΣΥ. Στο νόμο προβλεπόταν:

- Η σύσταση στο Υπουργείο Υγείας ειδικής υπηρεσίας για την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών
- Η ίδρυση στα νοσοκομεία επιτροπών ώστε να προστατεύονται τα δικαιώματα των ασθενών
- Η σύσταση επιτροπής δεοντολογίας και βιοηθικής

Στη δημόσια υγεία προβλεπόταν:

- Η λειτουργία περιφερειακών εργαστηρίων δημόσιας υγείας
- Η σύσταση γνωμοδοτικού επιστημονικού συμβουλίου, διεύθυνση σχολικής υγιεινής και περιφερειακών γραφείων σχολικής υγείας

Επίσης ο νόμος προέβλεπε την αναδιοργάνωση της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης μέσω της θεσμοθέτησης γενικού γιατρού και του συντονισμού όσον αφορά τη λειτουργία στις διάφορες δομές, που βασίζονται στο γαλλικό μοντέλο πρωτοβάθμιας φροντίδας. Όμως δεν υπήρξε εφαρμογή των διατάξεων που περιελάμβανε αυτός ο νόμος με αποτέλεσμα να συνεχίζουν να αναπαράγονται τόσο τα λειτουργικά όσο και τα δομικά συστήματα του ΕΣΥ .

Ακολούθησε ο Ν.2889/2001 για τη βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ, όπου επιχειρήθηκε να αποκεντρωθεί η διοίκηση του συστήματος με τη βοήθεια των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (ΠεΣΥ). Επίσης περιείχε πολιτικές, οι οποίες είχαν στόχο τη συγκράτηση του κόστους περίθαλψης με παράλληλη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Δημιουργήθηκε ένας ενιαίος οργανισμός χρηματοδότης για το σύστημα υγείας με όνομα «Οργανισμός Διαχείρισης Πόρων Υγείας» (ΟΔΠΥ). Αργότερα με το Ν.2955/2001 παρουσιάζεται ένα καινούργιο πλαίσιο που ρυθμίζει τις διαδικασίες στις μονάδες υγείας του ΠεΣΥ. Με αυτό το νόμο τα ΠεΣΥ και τα

νοσοκομεία είχαν πλέον την υποχρέωση να καταρτίζουν ένα ετήσιο σχέδιο προμηθειών. Άλλη μία αξιοσημείωτη νομοθετική παρέμβαση ήταν ο Ν.2920/2001, ο οποίος αφορά το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας. Επίσης ο Ν.3029/2002 ψηφίστηκε ώστε να μεταρρυθμιστεί το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (σύσταση και λειτουργία επαγγελματικών ταμείων ασφάλισης με τη μορφή Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ)), ο Ν.3172/2003 είχε στόχο τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και ο Ν.3235/2004 ήταν για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (εγκαθίδρυση δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας – θεσμός οικογενειακού ιατρού – θεσμός προσωπικού νοσηλευτή προαιρετικά από τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης). Όμως, δεν προχώρησε η ίδρυση του ΟΔΠΥ, ενώ ο Ν.3172/2003 και ο Ν.3235/2004 καταργήθηκαν. Ο Ν.3329/2005 επανέφερε τα προηγούμενα πρότυπα διοίκησης και ακολούθησε αργότερα ο Ν.3370/2005 για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, με τη δημιουργία νέων οργανωτικών δομών. Εκδόθηκε ο Ν.3457/2006 για να ρυθμιστεί η αγορά φαρμάκου (καταργήθηκε η θετική λίστα και αντικαταστάθηκε από την Τιμή Ανάκτησης) και τέλος ο Ν.3580/2007 ψηφίστηκε ώστε να εξορθολογιστεί το σύστημα προμηθειών του νοσοκομείου. (Οικονόμου, 2012)

Οι (Economou & Giorno, 2009) συνοψίζουν τα προβλήματα που αντιμετώπιζε το ελληνικό σύστημα υγείας σε έξι βασικούς άξονες:

1. Ανεπάρκειες στη λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας - πολλές υπηρεσίες που δεν μπορούσαν να καλύψουν τις ανάγκες του πληθυσμού
2. Ελλιπής χρηματοδότηση στο σύστημα υγείας – έλλειψη αρμόδιου φορέα, για τη συγκέντρωση και κατανομή των οικονομικών πόρων
3. Απληρωμένοι μηχανισμοί για την αποζημίωση των προμηθευτών που αποτελούσαν αντικίνητρο για αποδοτικότερη λειτουργία
4. Απληρωμένες τεχνικές στη διαχείριση και διοίκηση των μονάδων υγείας, οι οποίες είχαν ως αποτέλεσμα την κατασπατάληση πόρων
5. Μη ύπαρξη των απαραίτητων μηχανισμών για την αξιολόγηση, την παρακολούθηση και τον έλεγχο στο κόστος και την αποδοτικότητα
6. Απουσία μηχανισμού για την ορθολογική κατανομή των υγειονομικών πόρων, μεταξύ των υπηρεσιών καθώς και μεταξύ των περιφερειών, βασισμένες στις πραγματικές ανάγκες των πολιτών

Από όλα όσα προαναφέρθηκαν, διαπιστώνουμε ότι η πολιτική υγείας που ασκήθηκε όλα αυτά τα χρόνια, που είναι πολλά, παρά τις συνεχείς προσπάθειες δεν έλυσε τα

προβλήματα. Αυτό βεβαίως οφείλεται σε διάφορους παράγοντες όπως π.χ. ότι η πολιτική υγείας δεν είναι σταθερή και συγκεκριμένη για όλους τους κυβερνώντες, ανεξαρτήτως κόμματος, επίσης ότι ψηφίζονται νόμοι χωρίς σχεδιασμό, οπότε δεν υλοποιούνται. Έτσι και οι δυσχέρειες στον τομέα της υγείας οδήγησαν στην όξυνση της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα.

4.3 Η Θεσμοθέτηση του Συστήματος Υγείας της Ελλάδας στην περίοδο της Οικονομικής Κρίσης

Αποδεικνύεται από τη διεθνή εμπειρία, όσον αφορά τις υγειονομικές μεταρρυθμίσεις, ότι όταν πραγματοποιούνται γρήγορες και ξαφνικές αλλαγές σε ευρεία έκταση, εντός των πλαισίων ενός μεγάλου μετασχηματιστικού σχεδίου το οποίο επιβάλλεται άνωθεν, μέσα σε συνθήκες ραγδαίων, πιεστικών, οικονομικών και κοινωνικών μεταβολών δεν αποτελούν τον καταλληλότερο τρόπο ώστε να αναδιοργανωθεί αποτελεσματικά ένα σύστημα υγείας. (Figueras, et al., 1997) (Figueras, et al., 2004)

Πράγματι, οι επιπτώσεις της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης η οποία ξεκίνησε από το 2007 έχει επηρεάσει τόσο τον κοινωνικό όσο και τον υγειονομικό τομέα. Ο ΠΟΥ (WHO, n.d.) κάλεσε τα κράτη-μέλη να αναλάβουν την ευθύνη για τη συνέχιση και τη ορθή λειτουργία των συστημάτων υγείας τους, εξασφαλίζοντας την προστασία των πολιτών από υγειονομικούς κινδύνους και να εξασφαλίσουν την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, ώστε να προστατεύονται κυρίως οι ευάλωτες ομάδες του κοινωνικού συνόλου.

Η Ελλάδα, το 2010, λόγω των πολλών οικονομικών δυσχερειών της, έκανε αίτηση οικονομικής βοήθειας προς το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ), για την αντιμετώπισή τους. Υπήρξε ανταπόκριση από το ΔΝΤ και τον Απρίλιο του ίδιου έτους υπεγράφη συμφωνία (Μνημόνιο) με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα (ΕΚΤ) και το ΔΝΤ. Με βάση αυτή τη συμφωνία θα έπρεπε η Ελλάδα να δανειστεί χρήματα μέσω του νεοδημιουργούμενου μηχανισμού στήριξης (ESM/EFSSF). (Χλέτσος, 2015) Η Ελλάδα ανέλαβε δεσμεύσεις έναντι των πιστωτών της, οπότε προωθήθηκε μια σειρά μεταρρυθμίσεων για συγκράτηση των δαπανών και αποτελεσματικότερη διοίκηση. Ο τομέας της υγείας φέρει μεγάλο μερίδιο ευθύνης για τις μεταρρυθμίσεις που προωθούνται. (Οικονόμου, 2012)

Οι πρώτες παρεμβάσεις που έγιναν σχετίζονται με ζητήματα χρηματοδότησης και λειτουργίας του ΕΣΥ. Μετά την υπογραφή του μνημονίου, το πρώτο νομοθέτημα, ο

N.3863/2010, συνδεόταν με διατάξεις του συνταξιοδοτικού. Σύμφωνα με αυτό το νόμο έγινε διαχωρισμός ανάμεσα στους κλάδους υγείας και τα ταμεία με το σύστημα συνταξιοδοτήσεων και ενώ η εποπτεία ανήκε στο Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης πέρασαν στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Στο νόμο προβλεπόταν: α) η ένταξη και η λειτουργία εντός ενός ενιαίου πλαισίου τόσο για τις μονάδες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας του ΕΣΥ, του Οίκου Ναύτου και των φορέων κοινωνικής ασφάλισης αρμοδιότητας της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων και β) η σύσταση στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ενός Συμβουλίου Συντονισμού· ο σκοπός ήταν: α) ο σχεδιασμός ενιαίων κανόνων για την αγορά υπηρεσιών υγείας σε ιδιωτικό και δημόσιο τομέα για τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και β) ο καθορισμός των κριτηρίων και των όρων σύναψης συμβάσεων, από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης με όλους τους παρόχους υγείας, ώστε να παύσει να υπάρχει η κατάτμηση του συστήματος και να επιτευχθούν οι μειώσεις των δαπανών. (Οικονόμου, 2012)

Ακολούθησε ο Ν. 3868/2010 (επαναβεβαίωση και επέκταση των ρυθμίσεων του Ν. 2889/2001 για τα ιατρεία των νοσοκομείων που έχουν απογευματινό ωράριο) όπου καθιερώθηκε να λειτουργούν τα νοσοκομεία του ΕΣΥ καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας, επεκτείνοντας τα εξωτερικά τους ιατρεία και τη διεξαγωγή επεμβατικών, διαγνωστικών και θεραπευτικών υποθέσεων εκτός του τακτικού ωραρίου και πληρώνοντας ο ασθενής το συγκεκριμένο ποσό. (Οικονόμου, 2012)

Μετά την ψήφιση του Ν. 3892/2010 που αποσκοπούσε στην ηλεκτρονική καταχώριση και συνταγογράφηση και για παραπεμπτικά που αφορούσαν ιατρικές εξετάσεις. Όπως αναφέρεται σε αυτό το νόμο, όλοι οι γιατροί (αυτοί των δομών δημόσιας υγείας και οι συμβεβλημένοι με τους οργανισμούς κοινωνικών ασφαλίσεων) και οι φαρμακοποιοί (αυτοί που συμβάλλονται με τα ασφαλιστικά ταμεία και όσοι ανήκουν σε δημόσια νοσοκομεία) είναι υποχρεωμένοι να κάνουν εγγραφή στα συστήματα ηλεκτρονικών συνταγογραφήσεων. (Οικονόμου, 2012)

Το 2011, ψηφίστηκε ο Ν. 3918/2011 και εισήγαγε σημαντικές αλλαγές ως προς τη διάρθρωση του συστήματος υγείας σοβαρές διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας όπως: α) στο καινούργιο σύστημα υγείας όσον αφορά τις προμήθειες, β) στην ίδρυση του ΕΟΠΥΥ (πραγματοποιήθηκε η ένταξη των τομέων υγείας των τεσσάρων σημαντικότερων ασφαλιστικών φορέων – ΟΓΑ, ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ) και την πραγματοποίηση ένταξης των νοσοκομείων του ΙΚΑ στο ΕΣΥ και γ) στα φάρμακα. Επίσης μέσω των Περιφερειακών Προγραμμάτων Προμηθειών και Υπηρεσιών

(ΠΠΠΥ) θα γίνεται ο προγραμματισμός των προμηθειών υγείας σε περιφερειακό επίπεδο, τα οποία με τη σειρά τους θα υποβάλλονται στη Συντονιστική Επιτροπή Προμηθειών (ΣΕΠ). Ο ρόλος της ΣΕΠ είναι η ενοποίηση των διαγωνισμών προϊόντων και υπηρεσιών σε επίπεδο εθνικό για την επίτευξη της μέγιστης δυνατής οικονομίας κλίμακας. Πρέπει να αναφερθεί και η σύσταση Επιτροπής Προδιαγραφών και του Παρατηρητηρίου Τιμών που έργο τους είναι να καθορίζονται ενιαίες προδιαγραφές και πρότυπα ανά ιατροτεχνολογικό προϊόν και να παρακολουθούνται οι τιμές ώστε να προσδιορίζεται αποδεκτή τιμή μονάδας αντιστοίχως, για τον προσδιορισμό αποδεκτής τιμής μονάδας, αντιστοίχως.

Με την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ επετεύχθη η ισότιμη παροχή υγείας σε όλους τους ασφαλισμένους, καθώς και η πρόσβαση σε ένα οργανωμένο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, όμως αρκετές φορές παρουσιάστηκε μείωση ως προς τις παροχές και αύξηση του κόστους συμμετοχής των ασφαλισμένων. Όταν εντάχτηκαν τα νοσοκομεία του ΙΚΑ στο ΕΣΥ επετεύχθη η ενοποίηση του τομέα της υγείας οργανικά και με αυτό τον τρόπο πραγματοποιήθηκε επίτευξη στην εξοικονόμηση πόρων και να διασφαλίζεται η πρόσβαση στο σύστημα υγείας από κάθε πολίτη με ισονομία. Με τις διαρθρωτικές αλλαγές στα φάρμακα εξορθολογίστηκαν τα συστήματα τιμολόγησης, αποζημίωσης και αδειοδότησης κυκλοφορίας των φαρμάκων.

Επιπροσθέτως, υιοθετήθηκαν μέτρα που σχετίζονται με την παρακολούθηση και τη διακυβέρνηση του συστήματος υγείας. Κάποια από αυτά είναι τα εξής:

- Η υιοθέτηση αυστηρότερης εποπτείας του Υπουργείου Οικονομικών για τις δαπάνες υγείας
- Η ανακοίνωση διαπιστευμένων λογαριασμών των νοσοκομείων που είναι ελεγμένοι
- Η αναδιοργάνωση των συστημάτων κοστολόγησης και τιμολόγησης
- Η περαίωση του συστήματος μηχανοργάνωσης των νοσοκομείων – εκσυγχρονισμός των προϋπολογισμών των συστημάτων κατάρτισης, , αναδιοργάνωση του συστήματος διοίκησης και λογιστικής διαχείρισης μαζί με το διπλογραφικό λογιστικό σύστημα
- Η δημοσίευση στατιστικών στοιχείων σε μηνιαία βάση για τα έσοδα, καθώς και για τη χρηματοδότηση, τις ληξιπρόθεσμες οφειλές και τις δαπάνες των νοσοκομείων

- Η δημιουργία δύο διαδικτυακών βάσεων του ESY.net στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για να συμβάλλουν στη συγκέντρωση και ανάλυση των μηνιαίων οικονομικών και λειτουργικών στοιχείων στα δημόσια νοσοκομεία και γενικά την παρακολούθηση της κατανομής των πόρων στις περιφέρειες

Σχετικά με το πώς χρηματοδοτείται το σύστημα υγείας:

- Πραγματοποιήθηκε αύξηση στους φόρους για την υγεία - φορολόγηση στα τσιγάρα και στο αλκοόλ
- Αυξήθηκε ο αριθμός των πολιτών που επισκέπτονταν τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας
- Εφαρμόστηκε η κατά κεφαλήν αποζημίωση των ιατρών που είναι συμβεβλημένοι με τα ασφαλιστικά ταμεία, με βάση τα κλιμάκια των περιθαλπομένων που δικαιούνται περίθαλψη
- Η λειτουργία της μεθόδου των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (KEN), δηλαδή οι λαμβανόμενες αποζημιώσεις από ένα νοσοκομείο για τις παρεχόμενες υπηρεσίες του έχουν εκ των προτέρων κανονιστεί με το δημόσιο προϋπολογισμό ή τους ασφαλιστικούς φορείς

Για τη λειτουργική αναδιάρθρωση των μονάδων του ΕΣΥ το 2011 έγινε μια δομική παρέμβαση με στόχο:

1. τη συνδιοίκηση νοσοκομείων,
2. την ενοποίηση εργαστηρίων και κλινικών μονάδων που μοιάζουν μεταξύ τους στο ίδιο νοσοκομείο ή σε γειτονικά νοσοκομεία ,
3. τη μετάλλαξη μικρότερων μονάδων σε σύγχρονες μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας ή μονάδες που παρέχουν βραχεία εξειδικευμένη νοσηλεία ,
4. τη συνένωση παρόμοιων διαδικασιών σε υπηρεσίες υποστήριξης (τεχνικές, διοικητικές κ.α.) και
5. την κατανομή με ορθολογικό τρόπο του προσωπικού και άλλων πόρων.

Όλα αυτά για να πραγματοποιηθούν οι οικονομίες κλίμακος, βάσει της αποδοτικότερης λειτουργίας των μονάδων υγείας και της ουσιαστικότερης αξιοποίησης των πόρων, αφού έτσι θα μειωθούν οι δαπάνες.

Το Μάρτιο του 2012 η Ελλάδα υπέγραψε δεύτερη συμφωνία (Μνημόνιο) με τους δανειστές της. Τότε ψηφίστηκαν, ο Ν. 4093/2012 για τις φαρμακευτικές δαπάνες, ενώ για τις δαπάνες για νοσήλια, φυσικοθεραπείες και διαγνωστικές εξετάσεις ο Ν.

4172/2013· αυτοί οι νόμοι είναι για την εφαρμογή του μηχανισμού αυτόματων επιστροφών στους οργανισμούς ασφάλισης υγείας των ποσών που υπερβαίνουν ένα συγκεκριμένο ύψος προϋπολογισμού. Επίσης ο Ν. 4052/2012 και ο Ν. 4172/2013 για την εφαρμογή του κλιμακούμενου ποσοστού εκπτώσεων – επιστροφών στα νοσήλια και στους φαρμακευτικούς οργανισμούς, φυσικοθεραπείες και διαγνωστικές εξετάσεις από παρόχους του ιδιωτικού τομέα, αντιστοίχως.

Το 2014 με την ψήφιση του Ν. 4238/2014 που αφορά το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), την αλλαγή σκοπού του ΕΟΠΥΥ και κάποιες άλλες διατάξεις. Βάσει του νόμου το ΠΕΔΥ δραστηριοποιείται στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (ΔΥΠε) της χώρας (σ' αυτές εντάσσονται οι αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας της χώρας), με σκοπό την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ σε κάθε πολίτη ισότιμα, ανεξάρτητα από την οικονομική, την κοινωνική, την επαγγελματική του κατάσταση και τον τόπο κατοικίας του. Εφαρμόστηκε το καθεστώς του Οικογενειακού Γιατρού για να παρέχονται υπηρεσίες ΠΦΥ. Οι Οικογενειακοί Γιατροί προσφέρουν στις δομές του ΠΦΥ τις υπηρεσίες τους στα τοπικά δίκτυα ΠΦΥ, στα ιδιωτικά τους ιατρεία και κατ' οίκον. Ο σκοπός ύπαρξης του ΕΟΠΥΥ είναι: α) Η αγορά υπηρεσιών υγείας για τους συνταξιούχους, τους ασφαλισμένους, των προστατευόμενων μελών των οικογενειών τους και των μεταφερθέντων φορέων όπως προβλέπει ο Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας του Οργανισμού, που είναι εγκεκριμένος βάσει της υπ' αριθμ. Φ. 90380/25916/3294 (Β' 2456), όπως τροποιήθηκε και ισχύει διαχρονικά, β) Η θέσπιση κανόνων ποιότητας, σχεδιασμού, αξιολόγησης, ανάπτυξης, ασφάλειας και αποτελεσματικής λειτουργίας της αγοράς στις υπηρεσίες υγείας, ο έλεγχος και η διαχείριση της χρηματοδότησης, καθώς και η αξιοποίηση των πόρων που διατίθενται με ορθολογικό τρόπο, γ) Ο καθορισμός των όρων και των κριτηρίων για το πώς συνάπτονται συμβάσεις με φορείς ιδιωτικού και δημόσιου και με συμβεβλημένους ιατρούς, καθώς και η τροποποίηση και η αναθεώρηση αυτών των όρων όποτε και όπου αυτό είναι απαραίτητο, δ) Η συμφωνία με όλους τους συμβαλλόμενους παρόχους των όρων των συμβάσεων του Οργανισμού, των αμοιβών τους, των τιμών των φαρμάκων και των ιατροτεχνολογικών υλικών. (ΑΑΔΕ, 2014)

Τον Αύγουστο του 2015 υπεγράφη η τρίτη συμφωνία με τους δανειστές. Το Δεκέμβριο του 2016, βάσει του (Υπουργείο Υγείας, 2016) παρουσιάζεται η Εθνική Στρατηγική του τομέα Υγείας & το ΕΣΠΑ 2014-2020, όπου για την Εθνική Πολιτική Υγείας παρουσιάστηκε Πρόγραμμα Μεταρρύθμισης Υγείας των «100 σημείων δράσης». «Ακρογωνιαίος λίθος της εθνικής στρατηγικής είναι η δημόσια δέσμευση για

καθολική υγειονομική κάλυψη δηλαδή: α) καθολική πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, β) οικονομική προστασία των χρηστών υπηρεσιών, γ) συντονισμός από ένα ισχυρό Υπουργείο Υγείας που χρησιμοποιεί στρατηγική πληροφόρηση σε πραγματικό χρόνο». Για το πρόγραμμα αυτό ελήφθη υπόψη η υφιστάμενη κατάσταση του τομέα Υγείας εξετάζοντας και μελετώντας:

- Βασικούς Δείκτες Υγείας όπως:
 - α) Το ποσοστό του πληθυσμού άνω των 65 ετών, έτη 1970 έως τα πιο πρόσφατα διαθέσιμα στοιχεία (Πηγή: βάση δεδομένων ΠΟΥ Υγεία για Όλους),
 - β) Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, άνδρες και γυναίκες (Πηγή: βάση δεδομένων ΠΟΥ Υγεία για Όλους),
 - γ) Το προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 ετών, άνδρες και γυναίκες (Πηγή: βάση δεδομένων ΠΟΥ Υγεία για Όλους),
 - δ) Ηλικιακά τυποποιημένη θνησιμότητα από καρκίνο της τραχείας, των πνευμόνων και των βρόγχων (Πηγή: βάση δεδομένων ΠΟΥ Υγεία για Όλους),
 - ε) Ηλικιακά τυποποιημένη θνησιμότητα από εγκεφαλοαγγειακή νόσο (Πηγή: βάση δεδομένων ΠΟΥ Υγεία για Όλους),
 - στ) Ηλικιακά τυποποιημένη θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια
- Ανισορροπίες και στρεβλώσεις στη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης
- Στρεβλώσεις στην παροχή υπηρεσιών
- Αδυναμίες στη διακυβέρνηση του συστήματος Υγείας
- Strength Weaknesses Opportunities and Threats (SWOT)⁷ ανάλυση (analysis) στο πλαίσιο αναφοράς

Το 2016, (Υπουργείο Υγείας, 2016) με το Ν. 4368/2016 και την ΚΥΑ Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132/4-4-2016 θέσπισε για πρώτη φορά τόσο σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες όσο και σε ανασφάλιστους το δικαίωμα της ελεύθερης πρόσβασης σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας για την παροχή ιατροφαρμακευτικής και νοσηλευτικής. Με το προαναφερόμενο θεσμικό πλαίσιο εισήχθη η πλέον βασική αλλαγή που εξισώνει το δικαίωμα ανασφάλιστων, ασφαλισμένων και πρώην κατόχων ατομικού βιβλιαρίου οικονομικά ανασφάλιστου ή αδυνάμου όσον αφορά την πρόσβαση στο δημόσιο

⁷ SWOT: Το βασικό πλαίσιο για την αξιολόγηση της προοπτικής νέου προϊόντος στην αγορά (ΧΡΥΣΟΒΙΤΣΙΩΤΗ & ΣΤΑΥΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ, 1995)

σύστημα υγείας. Το πλαίσιο που εγγυάται την υγειονομική κάλυψη είναι πλήρες (νοσηλευτική, διαγνωστική και φαρμακευτική).

Το 2017, (www.e-nomothesia.gr, 2017) δημοσιεύθηκε σε ΦΕΚ ο Ν. 4486/2017 για τη «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις». Με αυτό το νόμο:

- Τα Κέντρα Υγείας και οι Μονάδες Υγείας ΠΕΔΥ αγροτικού τύπου ονομάζονται Κέντρα Υγείας
- Δημιουργούνται παράλληλα οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤοΜΥ), οι οποίες αποτελούν το πρωτεύον σημείο επαφής του ΕΣΥ με τον πολίτη και ταυτοχρόνως με την διεπιστημονική ομάδα υγείας που είναι στελεχωμένες παρεμβαίνουν και σε άλλα θέματα, όπως π.χ. εμβολιασμοί σε ευπαθείς ομάδες, τακτικές επισκέψεις σε σχολεία κλπ.
- Εισάγεται ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού για κάθε ανασφάλιστο ή ασφαλισμένο πολίτη
- Οι ιδιώτες ιατροί συνεχίζουν να συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ για να προσφέρουν υπηρεσίες ΠΦΥ, όπου οι δημόσιες δομές δεν είναι επαρκείς
- Συγκροτείται και λειτουργεί ομάδα οδοντιατρική σε κάθε Κέντρο Υγείας
- Αναβάθμιση της μαιευτικής φροντίδας στο ΕΣΥ (υποστηρικτικά – συμβουλευτικά), αξιοποίηση των επισκεπτών υγείας ώστε να προαχθεί η υγεία του πληθυσμού
- Εισάγεται η δημόσια λογοδοσία και ο κοινωνικός έλεγχος στις μονάδες ΠΦΥ
- Τα Κέντρα Υγείας και οι Μονάδες ΠΕΔΥ παραμένουν ως το δευτερεύον επίπεδο παροχής υπηρεσιών του συστήματος της ΠΦΥ

Φυσικά, η περίοδος που διανύουμε είναι αρκετά δύσκολη για το σύστημα υγείας, καθώς αυτό έχει να αντιμετωπίσει σοβαρά δομικά και κοινωνικά προβλήματα. Προβλήματα που, κάποια, προϋπήρχαν της οικονομικής κρίσης και με την οικονομική κρίση οξύνθηκαν. Οι οποιοσδήποτε αλλαγές έγιναν στο χώρο της υγείας, με τους νόμους που ψηφίστηκαν υπό την πίεση των δανειστών, όλα αυτά τα χρόνια, στόχευαν πρωτίστως να βελτιώσουν τα δημοσιονομικά του συστήματος υγείας. Επίσης, είχαν σκοπό να περιορίσουν και να εξορθολογήσουν τις δαπάνες, να αυξήσουν τα έσοδα και να βελτιώσουν τη δυνατότητα πρόσβασης των πολιτών και ιδίως των ευαίσθητων ομάδων στο σύστημα υγείας. (Χλέτσος, 2015)

4.4 Ανακεφαλαίωση

Σε αυτό το κεφάλαιο, στην αρχή, αναφερθήκαμε στον ορισμό του θεσμού, ως κανόνα δικαίου που διαμορφώθηκε από παράδοση ή με κοινή συμφωνία, στο πώς δημιουργήθηκαν οι πρώτοι θεσμοί, στη διάκρισή τους σε τυπικούς, δηλαδή αυτούς που καθιερώνονται από την πολιτεία και έχουν θεμελιώδη ρόλο στις λειτουργίες και τις δραστηριότητες του κοινωνικού συνόλου και σε άτυπους, δηλαδή αυτούς που προέρχονται από ήθη και έθιμα και είναι δημιουργήματα της συνήθειας.

Η κοινωνική πολιτική, που ακολουθεί η πολιτεία, έχει στόχο την κοινωνική ασφάλεια και την κοινωνική προστασία του πληθυσμού και συνδέεται με την προσπάθεια να καλυφθούν οι κοινωνικοί κίνδυνοι και ανάγκες σε πολλά θέματα που αφορούν, π.χ. ασφάλιση, υγεία, στέγαση, απασχόληση κλπ. Στην ουσία η κάθε χώρα διαμορφώνει ένα πλαίσιο κοινωνικής πολιτικής ξεχωριστά για όλους αυτούς τους τομείς. Το ενδιαφέρον μας επικεντρώθηκε στο πώς διαμορφώθηκε το πλαίσιο της κοινωνικής πολιτικής της Ελλάδας στον τομέα της υγείας και πώς αυτό το θεσμικό πλαίσιο για την υγεία επηρεάστηκε από την πρόσφατη οικονομική κρίση.

Βασικό συστατικό της κοινωνικής πολιτικής είναι το σύστημα υγείας. Πριν την οικονομική κρίση, από τη δεκαετία του 1980, η Ελλάδα είχε ως βασική προτεραιότητα, για τη διαμόρφωση ενός πλαισίου κοινωνικής πολιτικής, τη διαμόρφωση νέων αξόνων πολιτικής και την αναμόρφωση του συστήματος υγείας της χώρας. Έτσι, το 1983 θεσμοθετήθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), το οποίο περιελάμβανε αρχές που αποτελούσαν τους κατευθυντήριους άξονες για την ίση πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, κατανέμοντας κατά τέτοιο τρόπο τους πόρους ώστε να μην υπάρχουν ανισότητες ως προς την υγειονομική περίθαλψη, π.χ. η αποκέντρωση, η ίση κατανομή πόρων, ή η ανάπτυξη ενός ενιαίου πλαισίου για τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας.

Ο νόμος δεν εφαρμόστηκε στο σύνολό του. Ακολούθησε άλλος το 1992 για τον Εκσυγχρονισμό και την Οργάνωση του συστήματος υγείας, δίνοντας στην ουσία μεγαλύτερη ελευθερία επιλογής υπηρεσιών υγείας στους πολίτες. Στη συνέχεια, από το 1994 έως το 2007 υπήρξε μια διαδοχική θέσπιση νομικών διατάξεων που αφορούσαν: α) τον Εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ, β) τις Προμήθειες των Νοσοκομείων, γ) την Οργάνωση και τον Εκσυγχρονισμό Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, δ) την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), ε) τη Μεταρρύθμιση του Συστήματος Φαρμακευτικής Περίθαλψης κ.ά. Παρόλα αυτά, υπήρξαν προβλήματα όσον αφορά την πολιτική υγείας, διότι υπήρχε έλλειψη σταθερότητας και ξεπερασμένες τεχνικές διαχείρισης των

μονάδων υγείας, με αποτέλεσμα τη μη υλοποίηση των διατάξεων εκσυγχρονισμού του ΕΣΥ.

Από το 2007 έως και σήμερα, η παγκόσμια οικονομική κρίση έχει προκαλέσει σειρά αρνητικών επιπτώσεων στους τομείς της κοινωνίας και της υγείας. Το 2010 η Ελλάδα υπέγραψε Μνημόνιο με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο λόγω οικονομικών δυσχερειών. Έτσι, η χώρα εισήχθη σε ένα πρόγραμμα μεταρρυθμίσεων ως προς τις δαπάνες και στη διοίκηση των μονάδων υγείας. Ψήφισε νόμους για την αναβάθμιση του ΕΣΥ, την καταχώρηση με ηλεκτρονικό τρόπο και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και άλλες διαρθρωτικές αλλαγές στο ΕΣΥ με σημαντικότερη την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ, όπου βοήθησε τους ασφαλισμένους να έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης σε ένα σύστημα ενιαίο όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας, αλλά παρουσιάστηκαν προβλήματα, όπως είναι η μείωση των παροχών. Το 2012 η Ελλάδα υπέγραψε δεύτερο Μνημόνιο και μέχρι το 2014 ψηφίστηκαν νόμοι με το σημαντικότερο αυτόν που αφορά το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας και την αλλαγή σκοπού του ΕΟΠΥΥ. Το 2015 η Ελλάδα υπέγραψε τρίτο Μνημόνιο. Το Υπουργείο Υγείας παρουσίασε την Εθνική Στρατηγική του τομέα Υγείας με «100 σημεία δράσης». Ακολούθως ψηφίστηκε το 2016 νόμος για την ελεύθερη πρόσβαση των ανασφάλιστων στο δημόσιο σύστημα υγείας και το 2017 νόμος για τη μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Κάποια προβλήματα προϋπήρχαν της οικονομικής κρίσης και επιδεινώθηκαν. Όλες οι αλλαγές στο θεσμικό πλαίσιο για την υγεία την περίοδο της κρίσης ψηφίστηκαν με στόχο τη βελτίωση των δημοσιονομικών του συστήματος υγείας, τον εξορθολογισμό των δαπανών, την αύξηση των εσόδων και τη βελτίωση της πρόσβασης των πολιτών στο σύστημα υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Είναι αδιαμφισβήτητη πραγματικότητα ότι η οικονομική κρίση που πρωτοεμφανίστηκε το 2007 έχει προκαλέσει και συνεχίζει να προκαλεί χρηματοοικονομικές δυσχέρειες. Αφότου πέρασε στην πραγματική οικονομία, αυξήθηκαν οι φόροι, μειώθηκε η ανάπτυξη, μειώθηκαν τα εισοδήματα και ως φυσικό επακόλουθο μειώθηκε η κατανάλωση, ενισχύθηκαν οι ανισότητες στην κοινωνία και διαφοροποιήθηκε το επίπεδο διαβίωσης των νοικοκυριών, μειώθηκε παγκοσμίως το ΑΕΠ, μειώθηκε η απασχόληση, αυξήθηκε η ανεργία και αποδομήθηκαν οι εργασιακές σχέσεις.

Με τη οικονομική ύφεση άρχισαν να δημιουργούνται προβλήματα στον τομέα της υγείας, καθώς η ανασφάλεια στην εργασία, η ανεργία και η μείωση του εισοδήματος για τη διαβίωση έχουν αξιοσημείωτη επίδραση τόσο στην υγεία των πολιτών όσο και στις κοινωνικές τους συναναστροφές ακόμα και με τους συντρόφους τους και τα παιδιά τους.

Επίσης, η απώλεια της εργασίας σε κάποια άτομα προκάλεσε ψυχικές διαταραχές όπως άγχος, κατάθλιψη, εθισμό σε ουσίες και κάποια άλλα υιοθέτησαν ανθυγιεινό τρόπο ζωής ή αύξησαν την κατανάλωση αλκοόλ και καπνού. Παρατηρήθηκε επίσης ότι άτομα με χαμηλά εισοδήματα περιόρισαν τη χρήση υπηρεσιών υγείας όπως, οδοντιατρική περίθαλψη και όποια υπηρεσία δεν κάλυπταν επαρκώς οι ασφαλιστικοί φορείς.

Δεν είναι ασήμαντη η αύξηση της βρεφικής θνησιμότητας σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Αυτή διαφέρει από χώρα σε χώρα, όμως αποτελεί δείκτη της κοινωνικής και της οικονομικής της ανάπτυξης.

Ακόμη και τα συστήματα υγείας αντιμετώπισαν προβλήματα με την οικονομική κρίση, δηλαδή η χρηματοδότησή τους, λόγω της μείωσης των κρατικών δαπανών για την υγεία. Οι προβλέψεις των προϋπολογισμών για την υγεία μετά το 2009 οι οποίες ήταν πτωτικές, στην Ελλάδα, συνετέλεσαν στο να αυξηθούν τα άτομα που δεν είχαν τη δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας.

Η Ελλάδα, ακόμα και σήμερα πραγματοποιεί δαπάνες, λιγότερες από τα δύο τρίτα του μέσου όρου της ΕΕ στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και έτσι οι ασθενείς έχουν άμεσες δαπάνες πολύ υψηλές και πολύ περισσότερα νοικοκυριά φτωχοποιούνται λόγω άμεσων πληρωμών.

Στην Ελλάδα με το Ν. 1397/1983 είχε θεσμοθετηθεί το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) με βασική αρχή την ίση και υψηλού επιπέδου περίθαλψη για κάθε άτομο ανεξάρτητα από την οικονομική και κοινωνική του θέση, η οποία θα παρείχετο μόνο από το κράτος αποκλείοντας τον ιδιωτικό τομέα. Όμως δεν ολοκληρώθηκαν οι μεταρρυθμίσεις και έτσι αργότερα με το Ν. 2071/1992 το κράτος διασφάλιζε τη δυνατότητα και το δικαίωμα στους πολίτες να προσφεύγουν σε υπηρεσίες υγείας τόσο ιδιωτικές όσο και δημόσιες με ελεύθερη επιλογή. Μέχρι το 2007 έγιναν πολλές αλλαγές στο θεσμικό πλαίσιο για την υγεία με απώτερο σκοπό την καλύτερη υγειονομική περίθαλψη των πολιτών. Ωστόσο δεν λύθηκαν βασικά προβλήματα και παθογένειες, τα οποία με τη σειρά τους συνέβαλαν σε μεγάλο βαθμό στη δημιουργία της οικονομικής κρίσης στην κοινωνία.

Όταν άρχισε η παγκόσμια οικονομική κρίση του 2007, τα προβλήματα στην οικονομία διογκώθηκαν και το 2010 υπεγράφη μεταξύ Ελλάδας και των - Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και Διεθνές Νομισματικό Ταμείο - η πρώτη συμφωνία, το 2012 η δεύτερη και το 2015 η τρίτη. Βάσει των συμφωνιών η Ελλάδα έκανε αλλαγές και στο θεσμικό πλαίσιο για την υγεία, με σοβαρότερη διαρθρωτική αλλαγή τη δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) το 2011. Επίσης το 2016 με το Ν. 4368/2016 θεσπίστηκε για πρώτη φορά τόσο σε ανασφάλιστους όσο και σε ευάλωτες ομάδες το δικαίωμα να έχουν ελεύθερη πρόσβαση σε όλες τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας για την παροχή ιατροφαρμακευτικής και νοσηλευτικής περίθαλψης και το 2017 με το Ν. 4486/2017 η μεταρρύθμιση στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Η οικονομική κατάσταση της Ελλάδας εξακολουθεί να είναι δύσκολη. Όμως είδαμε ότι εν μέσω κρίσης έγιναν προσπάθειες για την αναδιοργάνωση των παρεχομένων υπηρεσιών και τη βελτίωση των υγειονομικών και ασφαλιστικών συστημάτων. Φυσικά απαιτείται ένα οργανωμένο σχέδιο με στόχο την περαιτέρω βελτίωση του συστήματος υγείας και κατ' επέκταση τη βελτίωση υγείας των πολιτών της.

Θα πρέπει η υγεία να αποτελέσει τη βασικότερη επένδυση και με βάση όλα τα θετικά που έχουν γίνει ως τώρα να εφαρμοστούν και άλλα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, στην ανακατανομή των πόρων, στην εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού, την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, την προώθηση της πρόληψης, ώστε να εξασφαλιστεί η κοινωνική ευημερία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

ΒΑΡΟΥΦΑΚΗΣ, Γ., ΠΑΤΩΚΟΣ, Τ., ΤΣΕΡΚΕΖΗΣ, Λ. & ΚΟΥΤΣΟΠΕΤΡΟΣ, Χ., 2011. *Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα και την Ευρώπη το 2011*, s.l.: INE ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ.

Γεωργούση, Ε., Κυριόπουλος, Γ. & Μπεαζόγλου, Τ., 2000. *Δίκτυα Ολοκληρωμένης Φροντίδας στην Υγεία*. Θεμέλιο επιμ. Αθήνα: s.n.

Δαρβίρη, Χ., 2007. *Προαγωγή Υγείας*. Λευκωσία: Broken Hill Publishers LTD.

Δερβένης, Χ. & Πολύζος, Ν., 1995. *Μελέτη-Πρόταση για την Οργάνωση-Διοίκηση του ΕΣΥ και την Ανάπτυξη του Ιατρικού Δυναμικού*, Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Επιστήμη & Ζωή, n.d. *Επιστήμη & Ζωή*. s.l.:ΧΑΤΖΗΪΑΚΩΒΟΥ Α.Ε..

Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. & Σούλης, Σ., 2001. *Συστήματα Υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση.

Καμινιώτη, Ο., 2012. *Εργασία και απασχόληση στην Ελλάδα. Υγεία και αγορά εργασίας: Αλληλεπιδράσεις σε περίοδο κρίσης*. s.l.:Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας και Ανθρώπινου Δυναμικού.

Κατσαδούνη, Λ., 2012. *Οικονομική κρίση και διατροφή*. s.l.:s.n.

Κότιος, Α. & Παυλίδης, Γ., 2012. *Διεθνείς οικονομικές κρίσεις: κρίσεις του συστήματος πολιτικής*. Αθήνα: Rosili.

Κούφαρης, Γ., 2010. *Η παγκόσμια οικονομική κρίση και οι χρηματιστηριακές αγορές*. *Περιοδικό Χρήμα*, Ιανουάριος - Φεβρουάριος.

- Κυριόπουλος , Γ., 2010. *Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη.*, Αθήνα: 16ο Πανελλήνιο Συνέδριο εσωτερικής Παθολογίας.
- Κυριόπουλος, Γ., Τσιάντου, Β., 2010. *Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη.* Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.. s.l.:s.n.
- Κυριόπουλος, Γ., n.d. *Η Υγεία στη Δίνη της Οικονομικής Κρίσης*, s.l.: s.n.
- Κυριόπουλος, Γ. & Οικονόμου, Χ., 2000. "Είναι επιθυμητή και εφικτή η διάκριση της προσφοράς από τη ζήτηση στις υπηρεσίες υγείας;". Θεμέλιο επιμ. Αθήνα: s.n.
- Κυριόπουλος, Γ. & Φιλαλήθης, Τ., 1996. *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα.* Θεμέλιο επιμ. Αθήνα: s.n.
- Λιαρόπουλος, Λ. Λ., 2007. *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας.* Αθήνα: Κλειδάριθμος.
- Λιονής , Χ. & Σουλιώτης, Κ., 2010. *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο Επίκεντρο μιας Διαχρονικής Συζήτησης.* Πασχαλίδης επιμ. Αθήνα: s.n.
- Μαλλιαρού, Μ. & Σαράφης, Π., 2012. Οικονομική κρίση. Τρόπος επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας.. *Το Βήμα Ασκληπιού. Τριμηνιαίο επιστημονικό, ηλεκτρονικό περιοδικό του τμήματος Νοσηλευτικής Α'*, Ιανουάριος - Μάρτιος, 11(1), pp. 202-212.
- Μπακασιάκος, Γ., 2010. *Παγκόσμια οικονομική κρίση, Ευρωπαϊκή Ένωση και Ελλάδα.* s.l.:s.n.
- Μπουλούτσα, Π., 2018. Εκτός ΕΣΥ οι πιο φτωχοί Έλληνες. *Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ*, 15 Απρίλιος, p. σελ.16.
- Μπούρας, Γ. & Λύκουρας, Λ., 2011. *Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην ψυχική υγεία.* s.l.:Εγκέφαλος.

- Μωραϊτης, Ε. και συν., 1995. *Μελέτη για την Οργάνωση και Λειτουργία Ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας*, Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.
- Οικονόμου, Χ., 1994. " Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα: Η εφαρμογή του θεσμού των κέντρων υγείας". *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, Τόμος 3 (2), pp. 83 - 95.
- Οικονόμου, Χ., 2012. *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα. Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας*, Αθήνα: Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.
- ΠΑΠΥΡΟΣ LAROUSSE BRITANNICA, 2007. *ΠΑΠΥΡΟΣ LAROUSSE BRITANNICA*. ΑΘΗΝΑ: ΕΚΔΟΤΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΠΑΠΥΡΟΣ.
- Πατελάρου, Α. και συν., 2012. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία- Προτάσεις για παρέμβαση. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, Issue 4, pp. 55-57.
- Σακελλάρης, Π., 2008. Η κρίση του παγκόσμιου χρηματοοικονομικού συστήματος: ο αντίκτυπος στη διεθνή και στην ελληνική οικονομία. *Φιλελεύθερη Έμφαση*, Issue 37.
- Σακελλάρης, Π., 2008. Η κρίση του παγκόσμιου χρηματοοικονομικού συστήματος: ο αντίκτυπος στη διεθνή και στην ελληνική οικονομία. *Φιλελεύθερη Έμφαση*, Issue 37.
- Σισσούρας, Α., Καραόκης, Α., Πολύζος, Ν. & Θεοδώρου, Μ., 1995. *Ενιαίος Φορέας Υγείας. Η οργάνωση του συστήματος χρηματοδότησης και η αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας*, Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.
- Τούντας, Γ. Κ., 1994. *Αγωγή Υγείας*. Στο: *Κακλαμάνη Ε., Φραγκούλη - Κουμαντάκη Υ. (εκ) Προληπτική Ιατρική και Αγωγή Υγείας 2η έκδοση*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Τριχόπουλος , Δ., 1982. *Επιδημιολογία - Αρχές Μέθοδοι Εφαρμογές*. Αθήνα: ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε..

Τριχόπουλος, Δ., Καλαποθάκη, Β. & Πετρίδου, Ε., n.d. *Προληπτική Ιατρική & Δημόσια Υγεία*. s.l.:ΖΗΤΑ.

Τσουλφίδης, Λ., 2010. *Από την οικονομική άνθηση στην κρίση του 1930*. Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας επιμ. s.l.:s.n.

Υπουργείο Οικονομικών, 2012. *Εισηγητική έκθεση προϋπολογισμού 2013*, Αθήνα: s.n.

Χαρδούβελης, Γ., 2009. *Η χρηματοοικονομική κρίση και το μέλλον της παγκόσμιας οικονομίας*, Eurobank EFG Economic Research: *Η κρίση του 2007-2009: τα αίτια, η αντιμετώπιση και οι προοπτικές*. s.l.:s.n.

Χλέτσος, Μ., 2015. *Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας και οι Έλληνες πολίτες την εποχή της κρίσης*, Ιωάννινα: s.n.

Χλέτσος, Μ., n.d. ΚΥΚΛΟΣ ΔΙΑΛΕΞΕΩΝ "ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΑ" - ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ. Στο: s.l.:ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ.

ΧΡΥΣΟΒΙΤΣΙΩΤΗ, Ι. & ΣΤΑΥΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ, Ι., 1995. *ΛΕΞΙΚΟΝ*. 4η επιμ. ΑΘΗΝΑ: ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΠΑΖΗΣΗ

Ξενογλώσση

Abel-Smith, B., 1994. *Έκθεση Επιτροπής Εμπειρογνομώνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας*, Αθήνα: s.n.

Adam, Ph; Herzlich, Cl;, 1999. *Κοινωνιολογία της ασθένειας και της ιατρικής*. (μτφρ. Κ. Βασιλικού). Στο: Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Aglietta, M., 2009. *Η Οικονομική Κρίση*. Αθήνα: Πόλις.

- Ahmed, Z., 2005. *Poverty, Family Stress & Parenting*, s.l.: s.n.
- Appleby , J., 2008. *The credit crisis and health care*. s.l.:Br Med J 2008.
- Artus, P. & Pastré , O., 2009. *Sorties de crise*. Paris: Perrin.
- Burchell , B., 1994. *The effects of labour market position, job insecurity and unemployment on psychological health*, Oxford: Oxford University Press.
- Busch, K., 1986. *Η κρίση των ευρωπαϊκών κοινοτήτων*. Αθήνα: Ερατώ.
- Davis, C. & Mantler, J., 2004. *The consequences of Financial Stress for Individuals, Families and Society..* s.l.:Centre of Research on Stress.
- Dieter, H., 2011. *Unemployment and Substance Use: A Review of the Literature (1990-2010)*. *Current Drug Abuse Reviews*, Frankfurt: University of Applied Science, Institute of Addiction Research.
- Economou, A., Nikolaou, A. & Theodossiou, I., 2007. *Are recessions harmful to health after all? Evidence from the European Union..* Aberdeen: Business School Working Paper Series.
- Economou, C. & Giorno, C., 2009. *"Improving the performance of the public health care system in Greece"*, *Economic Department Working Paper*, s.l.: OECD.
- Economou, E. & et al., 2015. *"The Impact of the Economic Crisis on the Health System and Health in Greece"*, in A. Maresso et al. (eds), *Economic crisis, Health Systems and Health in Europe: Country Experience*, WHO/European Observatory on Health Systems and Policies,, Copenhagen: s.n.
- Ewles , L. & Simnett, I., 1999. *Promoting Health, a practical guide*. s.l.:Bailliere Tinball.

- Figueras, J., McKee, M., Cain, J. & Lessof, S., 2004. *Health Systems in Transition: Learning from Experience*, Copenhagen: European Observatory of Health Systems and Policy.
- Figueras, J., Saltman, R. & Mossialos, E., 1997. "Challenges in evaluating health sector reform: an overview", *LSE Health Discussion Paper*, London: LSE.
- INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION, 2009. *Global employment trends*, Geneva: ILO.
- Irwin, A. & Scali, E., 2010, November 4. *Action of the social determinants of health: an historical perspective*. s.l.:s.n.
- Janlert, U., 1992. *Unemployment and blood pressure in Swedish building labourers*, s.l.: J Intern Med.
- Kaitelidou, D. & et al., 2016. The Impact of the Economic Crisis on the Hospital Sector and the Efficiency of Greek Public Hospitals. *European Journal of Business and Social Sciences*, 4(10), pp. 111-125.
- Karanikolos, M. & Kentikelenis, A., 2016. Health Inequalities After Austerity in Greece. *International Journal for Equity in Health*, Τόμος 15(83).
- Karanikolos, M. και συν., 2013. *Financial crisis, austerity, and health in Europe*. s.l.:Lancet.
- Krugman, P., 2009. *Η κρίση του 2008 και η επιστροφή των οικονομιών της ύφεσης*. Αθήνα: Καστανιώτης.
- Kulik, L., 2000. *Jobless men and women: A comparative analysis of job search intensity, attitudes toward employment and related responses*. s.l.:J Occup Organ Psychology.

- Liaropoulos, L., 1998. *"Ethics and the management of health care in Greece: A health economist's perspective"*, in Dracopoulou, S. (ed.), *Ethics and Values in Health Care Management*, London: Routledge.
- Ludwig, D. & Pollack, H., 2009. Obesity and the economy: from crisis to opportunity. *JAMA*, Issue 301(5), pp. 533-535.
- Maniatis T.& Passas C., 2013. *Profitability, capital accumulation and crisis in the Greek economy 1958-2009: A Marxist analysis, Review on Radical Political Economics (under construction)*. s.l.:s.n.
- Maniatis, T. & Passas, C., 2013. *Profitability, capital accumulation and crisis in the Greek economy 1958-2009:A Marxist analysis, Review of Radical Political Economics*. s.l.:s.n.
- Marmot, M. & Bell, R., 2009. *"How the financial crisis affect health?"*. London: Department of Epidemiology and Public Health.
- Mossiallos, E., Allin, S. & Davaki, K., 2005. *"Analysing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia"*. Health Economics επιμ. s.l.:s.n.
- Mossialos, J. & Le Grand J., 1999. *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate.
- Naidoo, J. & Wills, J., 2000. *Health Promotion: foundations for Practice..* s.l.:Bailliere Tindall.
- OECD, 2017. *European Observatory on Health Systems and Policies*, s.l.: s.n.
- Paul, K. & Moser, K., 2009. *Unemployment impaires mental health: meta-analyses*. s.l.:J. Vocat Behav.

- Price , R., Choin, J. & Vinocur, A., 2002. Links in the chain of adversity following job loss of personal control lead to depression, impaired functioning and poor health. pp. 302-312.
- Public Health Agency of Canada, 2005. *Joint Task Group on Public Health Human Resources. Advisory Committee on Health Delivery & Human Resources. Advisory Committee on Population Health & Health Security*. Ottawa: s.n.
- Quaglia , L.; Eastwood, R.; Holmes, P.,; 2008. The Financial Turmoil and EU Policy Cooperation in 2008. *Journal of Common Market Studies*, Τόμος 47, pp. 63-87.
- Ruhm, C., 2000. Are recessions good for your health?. *Quarterly Journal of Economics*, Issue 115, pp. 617-650.
- Ruhm, C., 2005. Healthy leaving in hard times. *J Health Econ*, Issue 24(2).
- Ruhm, C., 2009. Economy condition and health behaviors: are recessions good for your health?. *N C Med J*, Issue 70(4), pp. 328-9.
- Shamir, B., 1985. *Sex differences in psychological adjustment to unemployment and reemployment:A question of commitment, alternatives or finance?*. s.l.:Social Problems.
- Stiglitz, J., 2006. *"Making globalization work"*. New York: Norton WW & Co.
- Stuckler , D. και συν., 2009. *The public health of economic crisis and alternative policy respinses in Europe:An empirical analysis*, s.l.: Lancet.
- Thomson, S., Figueras, J. & Evetovits, T., 2013. *Health systems and economic crisis in Europe, Policy Summary 10*. Copenhagen: WHO Regional Health for Europe.
- Tsalikis, G., 1988. Evaluatuin of thge socialist health policy in Greece. *International Journal of Health Services*, 18((4)), pp. 543-561.

Whitehead, M., Dahlgren, G. & Gilson, L., 2001. *Developing the policy response to inequities in Health. A global perspective in: Challenging inequities in health care: from ethics to action..* Paris: Oxford University Press.

WHO, 1986. <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawacharterhp.pdf>. [Ηλεκτρονικό].

WHO, 1998. *Health Promotion Evaluation: Recommendations to Policy Makers, Report of the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation. WHO Regional Office for Europe*, Copenhagen: s.n.

WHO, 2000. *World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance, Geneva: WHO Regional Office for Europe..* s.l.:s.n.

WHO, 2009. *Report of a high-level Consultation.* [Ηλεκτρονικό].

Winslow, C.-E. A., 1920. Modern Medicine. Στο: *"The Untilled Field of Public Health"*. s.l.:s.n., pp. 183-191.

Υπουργείο Υγείας, 2016. www.moh.gov.gr. [Ηλεκτρονικό]
Available at: <http://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-yegeia/3948-ethnikh-strathgikh-yegeias-kai-drasesis-toy-tomea-yegeias-sto-espas-2014-2020>
[Πρόσβαση Απρίλιος 2018].

Διαδικτυακές Πηγές

ΑΑΔΕ, Η. Β., 2014. [Ηλεκτρονικό].

ΒΙΚΙΒΙΒΛΙΑ, n.d. el.wikibooks.org. [Ηλεκτρονικό].

ΒΙΚΙΠΑΙΔΕΙΑ, n.d. el.wikipedia.org. [Ηλεκτρονικό].

Ελληνική Εταιρεία Θετικής Ψυχολογίας, 2011. [Ηλεκτρονικό].

ΕΛΣΤΑΤ, n.d. www.statistics.gr. [Ηλεκτρονικό].

ΚΕΠΚΑ, 2016. www.kepka.org. [Ηλεκτρονικό].

Παπαγεωργίου, Γ. & Μπίζας, Λ., n.d. http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2013/11/alileksartisi_igeias_koinonias.pdf. [Ηλεκτρονικό].

Παπαστάμκος, Γεώργιος; Κότιος, Άγγελος;; 2011. <http://m.naftemporiki.gr/story/329780>. [Ηλεκτρονικό].

Υπουργείο Υγείας, 2016. www.moh.gov.gr. [Ηλεκτρονικό].

Eurostat, 2017. <http://ec.europa.eu>. [Ηλεκτρονικό].

Eurostat, n.d. www.ec.europa.eu/eurostat. [Ηλεκτρονικό].

The Athens Review, 2015. <http://athensreviewofbooks.com/?p=1494>. [Ηλεκτρονικό].

WHO, 1986. <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawacharterhp.pdf>. [Ηλεκτρονικό].

WHO, P. h. s., n.d. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services>. [Ηλεκτρονικό].

WHO, T. d. o. h., n.d. <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>. [Ηλεκτρονικό].

World Development Indicators, n.d. <http://databank.worldbank.org>. [Ηλεκτρονικό].

www.e-nomothesia.gr, 2017. [Ηλεκτρονικό].