



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΑ**

**ΦΑΤΣΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ**

**ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ  
ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΙΔΡΑΣΕΩΝ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ**

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2013



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ  
ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΑ**

**ΦΑΤΣΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ**

**ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ  
ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΙΔΡΑΣΕΩΝ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ**

*Επιβλέπων Καθηγητής :*  
Παπαηλίας Θεόδωρος

Μελέτη για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2013



University of Piraeus

POST GRADUATE PROGRAM  
MSc in Healthcare Management



TEI of Piraeus

FATSI AIKATERINI

**The impact of financial crisis on health**  
**Case study in children**

*Supervisor:*

Professor, Papailias Theodoros

Graduate Thesis Submitted for the Degree

“Master in Health Management”

Piraeus, 2013

*Αφιερώνεται στην οικογένειά μου  
και στα αθώα θύματα που ταλαιπωρούνται εξαιτίας  
των δυσμενών συνθηκών που επικρατούν στη χώρα, τα παιδιά.*

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

## Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή κ.Θεόδωρο Παπαηλία για τη σωστή καθοδήγησή του, την αμέριστη συμπαράστασή του και το άρτιο κλίμα συνεργασίας που αναπτύχθηκε καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Επιπλέον, οφείλω άμετρες ευχαριστίες στον καθηγητή Πέτρο Γαλάνη για την πολύτιμη καθοδήγησή του και τις συμβουλές που μου παρείχε για την ανάλυση της εμπειρικής μελέτης της διπλωματικής εργασίας, αφιερώνοντας αρκετές προσωπικές ώρες. Τέλος, θα ήταν παράλειψη να μην ευχαριστήσω την οικογένειά μου και τους φίλους μου για την προσωπική στήριξη και την υπομονή που επέδειξαν.

## Περίληψη

Η παγκόσμια οικονομική κρίση, η οποία έχει ξεσπάσει στη σημερινή εποχή, έχει δημιουργήσει ασφυκτική πίεση στη χώρα. Ο τομέας της υγείας, ειδικότερα, έχει υποστεί δραματικές μειώσεις στη χρηματοδότηση και στους υγειονομικούς πόρους, έχοντας ως αποτέλεσμα την αδυναμία προστασίας και πρόληψης των πολιτών έναντι των μειζόνων κοινωνικών κινδύνων της υγείας.

Η ανάπτυξη και ανάλυση του θέματος πραγματοποιήθηκε μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης, χρήσης δευτερογενών στοιχείων ερευνών, αλλά και μέσω της διεξαγωγής συγχρονικής μελέτης με παράλληλη συμπλήρωση ερωτηματολογίων.

Στην παρούσα εργασία εξετάζεται η οικονομική κρίση και οι συνέπειες αυτής, που επηρεάζουν άμεσα και έμμεσα τον κλάδο της υγείας. Συγκεκριμένα, σκοπός της μελέτης είναι να αναλύσει τόσο τις βραχυπρόθεσμες όσο και τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική και σωματική υγεία του ανθρώπου, αναπτύσσοντας ενδελεχώς τις επιδράσεις αυτής, στα παιδιά ηλικίας 10 έως 18 ετών. Επιπλέον, παρουσιάζονται τα προβλήματα που προκύπτουν στο σύστημα υγείας, στις υπηρεσίες που αυτό παρέχει, αλλά και στον τομέα των φαρμάκων.

Τα αποτελέσματα που προκύπτουν είναι ανησυχητικά. Η οικονομική κρίση αυξάνει τις ανισότητες στην πρόσβαση και τη χρήση υπηρεσιών στην υγεία. Επιδρά στους δείκτες υγείας (προσδόκιμο επιβίωσης, θνησιμότητα), προκαλεί αύξηση στα ποσοστά των αυτοκτονιών, των ψυχολογικών διαταραχών, των αμβλώσεων, των καρδιαγγειακών παθήσεων, των κρουσμάτων του Aids, των εργατικών ατυχημάτων και επιδεινώνει τις διαιτητικές συνήθειες. Όσον αφορά στα αποτελέσματα της μελέτης πεδίου στα παιδιά, προκύπτει αύξηση της επιθετικότητας στα σχολεία, όξυνση των ενδοοικογενειακών εντάσεων και επιδείνωση της ψυχολογικής κατάστασης των παιδιών.

Τέλος, προτείνονται πολιτικές αντιμετώπισης των προβλημάτων που προκύπτουν εξαιτίας της υφιστάμενης οικονομικής κατάστασης, οι οποίες απαιτούν τη συμβολή τόσο του κράτους και της κοινωνίας όσο και του κάθε πολίτη ξεχωριστά, προκειμένου να επιτευχθεί βελτίωση του επιπέδου της ατομικής και συλλογικής ευημερίας.

**Λέξεις κλειδιά:** Οικονομική κρίση, παιδιά, σύστημα υγείας, σωματική και ψυχική υγεία, πολιτικές αντιμετώπισης

## Abstract

The current global economic crisis has created intense pressure in the country. In particular, the health sector has undergone dramatic reductions in funding and health resources, resulting in the inability to protect and prevent citizens from major societal health risks.

During the research progress, several issues were identified both through collation with the relevant literature through backtesting secondary data. Moreover, the research conducted cross-sectional study, using a quantitative method which was questionnaires.

This research examined the economic crisis and its consequences which affect directly and indirectly the healthcare industry. To be more specific, the study aims to analyze both short- and long-term effects of the economic crisis on mental and physical health of people, in order to examine in depth its effects in children aged 10-18 years old. Moreover, the research highlighted not only the issues which arise in the health system and the services which are provided, but also in the field of medicines.

The research results were alarming. The financial crisis increases the disparity in the access and in the use of health services. The crisis affects the health indicators (as life expectancy and mortality), causes an increase in rates of suicide, psychological disorders, abortion, cardiovascular disease, incidence of Aids, accidents at work and exacerbates dietary habits. Regarding the results of the cross-sectional study in children, it indicates an increase in aggression in schools, in inter-family tensions and deteriorating psychological state of children.

Finally, the research proposes policies to address problems that arise due to the current economic situation, which require contributions from both state and society and from every individual citizen in order to achieve improvement in the level of individual and social welfare.

**Key words:** Financial crisis, children, health care, physical and mental health, policies to address the problems

## Πίνακας Περιεχομένων

Περίληψη.....	v
Abstract .....	vi
Κατάλογος Πινάκων.....	xi
Κατάλογος Διαγραμμάτων .....	xiii
Συντομογραφίες.....	xvii
Εισαγωγή .....	xix
Κεφάλαιο 1: Η οικονομική κρίση 2007-2013 .....	1
1.1 Ορισμός της κρίσης.....	1
1.2 Συνοπτική ανάλυση της οικονομικής κρίσης .....	2
1.3 Ιστορική αναδρομή .....	2
1.4 Τα αίτια της οικονομικής κρίσης .....	5
1.5 Επιπτώσεις στην κοινωνική και οικονομική ζωή .....	8
Κεφάλαιο 2: Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα .....	13
2.1 Βασικά στοιχεία του ελληνικού συστήματος υγείας .....	13
2.2 Τάσεις του ελληνικού συστήματος υγείας.....	15
2.3 Οι εξελίξεις στο ελληνικό σύστημα υγείας μετά την υπογραφή του μνημονίου συνεννόησης .....	16
Κεφάλαιο 3: Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης .....	25
3.1 Στην ψυχική υγεία.....	25
3.1.1 Ψυχικές διαταραχές.....	25
3.1.2 Αυτοκτονίες .....	27
3.1.3 Ναρκωτικά .....	32
3.2 Στη σωματική υγεία .....	35
3.2.1 Διατροφικές συνήθειες.....	35
3.2.2 Aids .....	38



3.3	Στην κοινωνία .....	50
3.3.1	Αμβλώσεις .....	50
3.3.2	Εγκληματικότητα .....	56
3.3.3	Τροχαία ατυχήματα.....	57
3.3.4	Εργατικά ατυχήματα .....	61
3.3.5	Άστεγοι .....	65
3.4	Στην παιδική ηλικία .....	69
3.4.1	Δημογραφικά χαρακτηριστικά των παιδιών στην Ελλάδα .....	69
3.4.2	Υγεία των Παιδιών.....	71
3.4.3	Η Παιδική Φτώχεια στην Ελλάδα.....	79
3.4.4	Παιδική Φτώχεια και Υγεία .....	83
3.4.5	Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα παιδιά.....	86
Κεφάλαιο 4: Τα δεδομένα στη φαρμακευτική βιομηχανία .....		95
4.1	Εισαγωγή.....	95
4.2	Οικονομικό περιβάλλον .....	97
4.3	Η πλευρά της ζήτησης: δαπάνες υγείας και φαρμακευτική δαπάνη.....	100
4.4	Η πλευρά της προσφοράς :φαρμακευτική βιομηχανία και οικονομία.....	108
4.5	Τιμολόγηση φαρμάκων.....	111
4.6	Αποζημίωση φαρμάκων.....	117
4.7	Τα χρέη των νοσοκομείων προς τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις .....	120
4.8	Ελλείψεις φαρμάκων.....	122
4.9	Rebate και clawback .....	124
4.10	Νέα φάρμακα .....	125
4.11	Έρευνα .....	125
4.12	Συσχέτιση μεταξύ χρήσης φαρμάκων και προσδόκιμου επιβίωσης.....	128
Κεφάλαιο 5: Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στις υπηρεσίες υγείας .....		131
5.1	Γενικά.....	131

5.2	Εξέλιξη δαπανών στα ασφαλιστικά ταμεία .....	134
5.3	Ιδιωτικά νοσοκομεία .....	137
5.4	Ελλείψεις- αναμονές στα νοσοκομεία .....	140
Κεφάλαιο 6: Μελέτη περίπτωσης στα παιδιά .....		143
6.1	Μεθοδολογία της μελέτης .....	143
6.2	Ανάλυση ερωτηματολογίου .....	146
Κεφάλαιο 7: Προτάσεις εξυγίανσης του φαινομένου.....		171
7.1	Γενικό πλαίσιο .....	171
7.2	Ο έλεγχος των παραγόντων κινδύνου.....	172
7.3	Η διαχείριση των ψυχικών νοσημάτων.....	174
7.4	Η διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων .....	175
7.5	Ο προσυμπτωματικός έλεγχος .....	176
7.6	Συμπληρωματικές προτάσεις.....	177
7.7	Η ανάκτηση της κοινωνικής δικαιοσύνης και της ισότητας.....	177
7.8	Η αναζήτηση της αποδοτικότητας.....	179
Συμπεράσματα.....		183
Παραρτήματα .....		187
Παράρτημα Α .....		187
Παράρτημα Β .....		189
Παράρτημα Γ.....		191
Παράρτημα Δ .....		193
Παράρτημα Ε.....		194
Παράρτημα Ζ.....		195
Παράρτημα Η.....		198
Βιβλιογραφία.....		201

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

## Κατάλογος Πινάκων

3.1	Οι περιπτώσεις αυτοκτονιών (τελεσμένες και απόπειρες) ανά περιφέρεια.....	29
3.2	Περιπτώσεις HIV λοίμωξης, κατά έτος διάγνωσης και κατά φύλο στην Ελλάδα, μέχρι 31/12/2012.....	41
3.3	Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα, κατά κατηγορία μετάδοσης και κατά φύλο στην Ελλάδα, μέχρι 31/12/2012 .....	44
3.4	Νέες περιπτώσεις AIDS κατά φύλο στην Ελλάδα, από 1/1/2012 έως 31/12/2012.. ..	45
3.5	Νέες περιπτώσεις AIDS, κατά κατηγορία μετάδοσης και κατά φύλο στην Ελλάδα, από 1/1/2012 έως 31/12/2012 .....	45
3.6	Περιπτώσεις AIDS, κατά έτος διάγνωσης και κατά φύλο στην Ελλάδα, μέχρι 31/12/2012 .....	46
3.7	Περιπτώσεις AIDS, κατά κατηγορία μετάδοσης και κατά φύλο στην Ελλάδα, μέχρι 31/12/2012.....	47
3.8	Δηλωθέντες θάνατοι σε ασθενείς με AIDS, κατά έτος θανάτου και κατά φύλο στην Ελλάδα, μέχρι 31/12/2012.....	49
3.9	Εγκληματικότητα στην επικράτεια 2008-2012.....	57
3.10	Τροχαία ατυχήματα επικράτειας 2000-2012 .....	59
3.11	Παθόντες από τροχαία ατυχήματα επικράτειας 2000-2012 .....	60
3.12	Αιτία της θνησιμότητας και νοσηρότητας: αιτίες θανάτου των παιδιών.....	72
3.13	Η φτώχεια σε αριθμούς (2010) .....	80
3.14	Σχετικός κίνδυνος φτώχειας μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις.....	81
3.15	Συνθήκες διαβίωσης και κατοικίας (2010) .....	84
4.1	Βασικά στατιστικά στοιχεία αγοράς φαρμάκου .....	96
4.2	Παρεμβάσεις και μέτρα πολιτικής στους τομείς υγείας και φαρμάκου μετά το 2010.....	98
4.3	Δαπάνη Υγείας και Φαρμάκου στην Ελλάδα (σε εκατ. €) .....	103
4.4	Περιθώρια (mark-up) στην εφοδιαστική αλυσίδα φαρμάκου, 2012 .....	113
4.5	Κέρδος Εφοδιαστικής Αλυσίδας σε διάφορες χώρες, 2011 .....	114
5.1	Αριθμός εσωτερικών ασθενών στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ .....	132

5.2	Αριθμός επισκέψεων κατά την ολοήμερη λειτουργία των νοσοκομείων του ΕΣΥ	133
5.3	Αριθμός επισκέψεων στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ	133
5.4	Εκτιμήσεις της εξέλιξης της δαπάνης υγείας στην Ελλάδα 2009-2012 σε τρέχουσες τιμές, ως % του ΑΕΠ και ως % της συνολικής δαπάνης υγείας	139
5.5	Προϋπολογισμός Νοσοκομείων ΕΣΥ 2009-2015	142
6.1	Στατιστική ανάλυση	147
6.2	Συμμετέχετε σε αθλητικές δραστηριότητες;	154
6.3	Παρακολουθείτε μαθήματα ξένων γλωσσών;	155
6.4	Η μείωση του οικογενειακού εισοδήματος έχει επηρεάσει:	158
6.5	Πιστεύετε ότι η οικονομική κρίση ωθεί τους νέους σε: (σε σχέση με το φύλο)	162
6.6	Πιστεύετε ότι η οικονομική κρίση ωθεί τους νέους σε: (σε σχέση με την ηλικία)	162
7.1	Αξιολόγηση προγραμμάτων και παρεμβάσεων δημόσιας υγείας	173
Π.Α.1	Αυτοκτονίες ανά 100.000 άτομα τον χρόνο	187
Π.Ζ.1	Ημερομηνίες έκδοσης των Δελτίων Τιμών Φαρμάκων με ανατιμολογήσεις, 2007- 2012	195
Π.Ζ.2	Ημερομηνίες έκδοσης των Δελτίων Τιμών Φαρμάκων με εγκρίσεις τιμών για νέες δραστικές ουσίες, 2007-2012	196

## Κατάλογος Διαγραμμάτων

1.1	Ανεργία ως % του εργατικού δυναμικού.....	9
1.2	ΑΕΠ σε τρέχουσες τιμές .....	10
1.3	Ετήσια αύξηση του ΑΕΠ (%).....	10
1.4	Χρέος της γενικής κυβέρνησης, 2010 και 2011 (ενοποιημένο ακαθάριστο χρέος της γενικής κυβέρνησης , % του ΑΕΠ) .....	11
3.1	Στατιστικά στοιχεία ναρκωτικών από το 2000 έως το 2012 .....	34
3.2	HIV οροθετικά άτομα ανά 100.000 πληθυσμού κατά έτος διάγνωσης και κατά φύλο στην Ελλάδα (μέχρι 31/12/2012) .....	43
3.3	Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα στην Ελλάδα κατά κατηγορία μετάδοσης και έτος δήλωσης (μέχρι 31/12/2012) .....	44
3.4	Περιπτώσεις AIDS ανά 100.000 πληθυσμού κατά έτος διάγνωσης και κατά φύλο στην Ελλάδα .....	47
3.5	Περιπτώσεις AIDS κατά κατηγορία μετάδοσης στην Ελλάδα μέχρι 31/12/2012.....	52
3.6	Τροχαία ατυχήματα επικράτειας 2000-2012 .....	48
3.7	Εργατικά ατυχήματα που γνωστοποιήθηκαν κατά την περίοδο 2003-2011.....	60
3.8	Κατανομή των παιδιών στην Ελλάδα (2010) ανά περιφέρεια.....	62
3.9	Ποσοστό των παιδιών στο σύνολο του πληθυσμού (1961-2011) .....	70
3.10	Παιδική θνησιμότητα (θάνατοι ανά 1.000 παιδιά από 1 έως 5 ετών) .....	70
3.11	Ποσοστό (5%) ελλιποβαρών βρεφών ανά συνολικές γεννήσεις .....	73
3.12	Ανοσοποίηση (εμβολιασμός) για Ιλαρά (% παιδιών ηλικίας 12-23 μηνών) .....	75
3.13	Ανοσοποίηση (εμβολιασμός) για διφθερίτιδα, τέτανο, κοκκύτη (ποσοστό % παιδιών ηλικίας 12-23 μηνών) .....	76
3.14	Παιδική φτώχεια στην Ευρώπη (2010) .....	79
3.15	Φτώχεια ή κοινωνικός αποκλεισμός στα παιδιά ανά ηλικιακή ομάδα και φύλο (2010) .....	82
3.16	Στενότητα χώρου στην κατοικία κατά ηλικία και όριο φτώχειας (2010) .....	85
3.17	Ποσοστό γεννήσεων ανά 1000 κατοίκους .....	88

3.18	Μη οικονομική δυνατότητα για διατροφή που να περιλαμβάνει κάθε δεύτερη ημέρα κρέας, κοτόπουλο, ψάρι ή λαχανικά ίσης θρεπτικής αξίας .....	92
4.1	Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη, 2006-2012 (σε δις. €) .....	102
4.2	Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη: Πορεία μετά το Μνημόνιο και προσβλέψεις	104
4.3	Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2000-2011 .....	104
4.4	Κατά κεφαλήν Καθαρή Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη στις χώρες της ΕΕ25, σε PPP(Purchasing Power Parity) 2010 .....	106
4.5	Καθαρή Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη κατά κεφαλήν, Ελλάδα, σε € .....	107
4.6	Ανάλυση Δαπανών Νοσοκομείων ΕΣΥ, 2009-2011 .....	108
4.7	Πωλήσεις φαρμάκων στην Ελλάδα, 2003-2011, σε δις €. .....	110
4.8	Δομή Τιμής Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων με τιμή χονδρικής < €200 .....	113
4.9	Μέσος όρος ποσοστών συμμετοχής ασφαλισμένων για φάρμακα που βρίσκονται στη θετική λίστα, σε διάφορες χώρες .....	115
4.10	Δείκτης Τιμών Φαρμάκων vs ΔΤΚ και Δεικτών Τιμών Τομέα Υγείας .....	116
4.11	Δείκτης Τιμών Φαρμάκων vs Δείκτες Τιμών Βασικών Αγαθών.....	116
4.12	Εξέλιξη Νοσοκομειακών Χρεών του Δημοσίου σε Φαρμακευτικές εταιρείες 3ο τρίμηνο 2010- 3ο τρίμηνο 2012 .....	121
4.13	Δυσκολία αγοράς φαρμάκων σύμφωνα με τη γνώμη των ερωτηθέντων (%) .....	126
4.14	Επάρκεια εισοδήματος για την αγορά φαρμάκων (%) .....	126
4.15	Αναφορά στο γιατρό της δυσκολίας αγοράς φαρμακευτικής αγωγής (%).....	127
4.16	Αρνητικός επηρεασμός ψυχολογικής κατάστασης ερωτηθέντων λόγω οικονομικής αδυναμίας αγοράς και λήψης φαρμακευτικής αγωγής (%) .....	128
4.17	Συσχέτιση χρήσης φαρμάκων και προσδόκιμου επιβίωσης (2005-2010) .....	129
5.1	Εξέλιξη των δαπανών του ΙΚΑ σε διαγνωστικά κέντρα (2005-2010) .....	135
5.2	Εξέλιξη των δαπανών του ΟΑΕΕ για εργαστηριακές εξετάσεις σε ιδιωτικά κέντρα από το 2007 έως το 2009. ....	136
5.3	Εξέλιξη δαπανών στον ΟΠΑΔ για ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα (2004-2008) .	136
5.4	Δαπάνες υγείας από το 2004-2011 .....	138
6.1	Φύλο.....	149

6.2	Ηλικία .....	149
6.3	Τόπος διανομής.....	150
6.4	Οικογενειακή κατάσταση .....	150
6.5	Απασχόληση μητρός.....	151
6.6	Απασχόληση πατρός.....	152
6.7	Είχατε θέρμανση το χειμώνα; .....	153
6.8	Συμμετέχετε σε αθλητικές δραστηριότητες; .....	153
6.9	Παρακολουθείτε μαθήματα ξένων γλωσσών; .....	155
6.10	Πόσες ξένες γλώσσες μαθαίνετε; .....	156
6.11	Ποιές ξένες γλώσσες μαθαίνετε; .....	156
6.12	Είχατε πρόγευμα στο σχολείο; .....	157
6.13	Η μείωση του οικογενειακού εισοδήματος έχει επηρεάσει: .....	157
6.14	Πιστεύετε ότι τρέφεστε σωστά, με όλα τα απαραίτητα γεύματα; .....	158
6.15	Πιστεύεις ότι τρέφεται σωστά, με όλα τα απαραίτητα γεύματα; (σε σύγκριση με το φύλο) .....	159
6.16	Πιστεύεις ότι τρέφεται σωστά, με όλα τα απαραίτητα γεύματα; (σε σύγκριση με την ηλικία) .....	159
6.17	Πιστεύεις ότι τρέφεται σωστά, με όλα τα απαραίτητα γεύματα; (σε σύγκριση με την οικογενειακή κατάσταση) .....	160
6.18	Η εβδομαδιαία διατροφή σας περιλαμβάνει: .....	160
6.19	Πιστεύετε ότι η οικονομική κρίση ωθεί τους νέους: .....	161
6.20	Έχουν αυξηθεί οι ενδοοικογενειακές εντάσεις λόγω της οικονομικής κρίσης; ..	163
6.21	Έχουν αυξηθεί οι ενδοοικογενειακές εντάσεις λόγω κρίσης; (σε σχέση με το φύλο) .....	163
6.22	Έχουν αυξηθεί οι ενδοοικογενειακές εντάσεις λόγω κρίσης; (σε σχέση με την ηλικία) .....	164
6.23	Έχουν αυξηθεί τα κρούσματα επιθετικότητας, βίας και εγκληματικότητας στο σχολείο; .....	164
6.24	Έχουν αυξηθεί τα κρούσματα επιθετικότητας, βίας και εγκληματικότητας στο σχολείο; (σε σχέση με το φύλο) .....	165



6.25 Έχουν αυξηθεί τα κρούσματα επιθετικότητας, βίας και εγκληματικότητας στο σχολείο; (σε σχέση με την ηλικία) .....	165
6.26 Πιστεύετε ότι η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την ψυχολογική σας κατάσταση; .....	166
6.27 Πιστεύετε ότι η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την ψυχολογική σας κατάσταση; (σε σχέση με το φύλο) .....	167
6.28 Πιστεύετε ότι η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την ψυχολογική σας κατάσταση; (σε σχέση με την ηλικία) .....	167
6.29 Πιστεύετε ότι η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την ψυχολογική σας κατάσταση; (σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση) .....	168
6.30 Νιώθεις χαρούμενος-ευτυχισμένος; .....	168
6.31 Νιώθεις χαρούμενος-ευτυχισμένος; (σε σχέση με το φύλο) .....	169
6.32 Νιώθεις χαρούμενος-ευτυχισμένος; (σε σχέση με την ηλικία) .....	169
6.33 Νιώθεις χαρούμενος-ευτυχισμένος; (σε σχέση με την οικογ. κατάσταση) .....	170
Π.Β.1 Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα, κατά κατηγορία μετάδοσης και κατά φύλο στην Ελλάδα, μέχρι 31/12/2012 .....	189
Π.Β.2 Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα στην Ελλάδα κατά κατηγορία μετάδοσης και έτος δήλωσης (ποσοσισταία αναλογία κάθε κατηγορίας μετάδοσης επί των δηλωθέντων HIV οροθετικών ατόμων, εξαιρώντας τις απροσδιόριστες περιπτώσεις)..	189
Π.Β.3 Δηλωθέντες θάνατοι σε ασθενείς με AIDS, κατά έτος θανάτου και κατά φύλο, στην Ελλάδα .....	190
Π.Γ.1 Ανθρωποκτονίες επικράτειας 2008-2012.....	191
Π.Γ.2 Ληστείες επικράτειας 2008-2012.....	191
Π.Γ.3 Κλοπές - Διαρρήξεις επικράτειας 2008-2012 .....	192
Π.Δ.1 Παθόντες από τροχαία ατυχήματα επικράτειας 2000-2012 .....	193
Π.Ζ.1 Πωλήσεις φαρμάκων στην Ελλάδα, 2008-2011, σε αριθμό συσκευασιών, σε εκατ .....	195
Π.Ζ.2 Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στις χώρες του ΟΟΣΑ, 2010.....	196
Π.Ζ.3 Κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ, σε \$PPP(Purchasing Power Parity) 2010.....	197

## Συντομογραφίες

### ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ

ΑΕΠ:	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
Γ.Γ. ΥΥΚΑ:	Γενικός Γραμματέας <i>Υπουργείου</i> Υγείας & Κοινωνικής Ασφάλισης
ΓΣΕΕ:	Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδας
ΔΑΤ:	Διεθνές Νομισματικό Ταμείο
ΔΥΠε:	Διοικητική Υγειονομική Περιφέρεια
ΔΤΦ:	Δελτίου Τιμών Φαρμάκων
ΕΛΑΣ:	Ελληνική Αστυνομία
ΕΜΠ:	Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο
ΕΟΠΥΥ:	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΟΦ:	Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων
ΕΣΥ:	Εθνική Στατιστική Υπηρεσία
ΙΝΚΑ:	Ινστιτούτου Καταναλωτών
ΚΕΕΛΠΝΟ:	Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων
ΚΕΘΕΑ:	Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων
ΚΕΝ:	Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων
ΚΕΠΚΑ:	Κέντρο Προστασίας Καταναλωτών
ΚΗΘ:	Κόστος Ημερήσιας Θεραπείας
ΜΗΣΥΦΑ:	Μη Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων
ΟΕΝΓΕ:	Ομοσπονδίας Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδος
ΟΗΕ:	Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών
ΟΟΣΑ:	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

ΠΟΥ:	Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας
ΠΠΠΥ:	Περιφερειακά Προγράμματα Προμηθειών και Υπηρεσιών
ΣΕΠ:	Συντονιστική Επιτροπή Προμηθειών
ΣΕΠΕ:	Σώματος Επιθεωρητών Εργασίας
ΣτΕ:	Συμβούλιο της Επικρατείας
ΣΦΕΕ:	Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος
ΤΑ:	Τμή Αναφοράς
ΤΕΙ:	Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία
ΦΠΑ:	Φόρος Προστιθέμενης Αξίας
ΧΕΝ:	Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών

#### **ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΕΣ**

AIDS:	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ATC:	Anatomical Therapeutic Chemical classification
CDOs:	Collateralized Debt Obligations
ΕΦΡΙΑ:	Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Φαρμακευτικών Βιομηχανιών και Ενώσεων
HAART:	Highly Active Antiretroviral Therapy
HIV:	Human immunodeficiency virus
ΚΥΦΑ:	Κέντρο Υποστήριξης Φορέων του AIDS
WTO:	World Trade Organization (Παγκόσμιο Οργανισμό Εμπορίου)

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία εστιάζει στη μελέτη της οικονομική κρίσης και τις συνέπειες αυτής που επηρεάζουν είτε έμμεσα είτε άμεσα τον κλάδο της υγείας. Γίνεται μια εκτενής αναφορά στα κίνητρα που επηρέασαν την επιλογή του συγκεκριμένου θέματος, καθώς και μια σύντομη προσέγγιση στις επιδράσεις της οικονομικής ύφεσης στα παιδιά. Τέλος, ακολουθεί η μεθοδολογία και η δομή ανάπτυξης της έρευνας που υλοποιήθηκε.

Από το Μάιο του 2010 η Ελλάδα τέθηκε υπό δημοσιονομική επιτήρηση και, κατά συνέπεια, υπό διεθνή οικονομικό έλεγχο από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο. Η κατάσταση αυτή προκλήθηκε εξαιτίας των υψηλών δημόσιων ελλειμμάτων, του μεγάλου δημόσιου χρέους και τελικά της κρίσης δανεισμού από τις διεθνείς χρηματαγορές. Η δυσάρεστη αυτή εξέλιξη, συνδέεται με τα φαινόμενα απορρύθμισης της παγκόσμιας οικονομίας (από τα τέλη του 2008), αλλά και των σοβαρών διαρθρωτικών στρεβλώσεων και της δημοσιονομικής εκτροπής στην Ελλάδα.<sup>1</sup>

Στις συνθήκες της υφιστάμενης χρηματοπιστωτικής κρίσης και των ανισορροπιών στο παγκόσμιο οικονομικό σύστημα, η απουσία μηχανισμών ελέγχου, η κατάρρευση της πραγματικής οικονομίας, η ύφεση, η ανεργία, ο υπέρμετρος δανεισμός και τα χρέη πλήττουν πρωτίστως και κυρίως -σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο- τους μηχανισμούς αναπαραγωγής της εργασίας (παιδεία, υγεία) και κοινωνικής προστασίας (ασφάλιση, υγεία). Η κατάσταση αυτή αποθαρρύνει κάθε ελπίδα για προστασία και πρόληψη έναντι των μειζόνων κοινωνικών κινδύνων (γηρατειά, αναπηρία, ασθένεια, πρόνοια) και ωθεί μεγάλο μέρος των νοικοκυριών σε μαζική πτώχευση.

Δεδομένων των συνθηκών αυτών, δηλαδή της δραματικής μείωσης των υγειονομικών πόρων και της αύξησης των κοινωνικών κινδύνων της υγείας, η επαρκής παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας -με δεδομένη την «τεχνολογία παραγωγής»- δεν είναι εφικτή.

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω συμπεραίνουμε την αναγκαιότητα διερεύνησης ενός τέτοιου επίκαιρου θέματος, καθώς η υγεία αποτελεί στοιχείο του ανθρώπινου

---

<sup>1</sup> International Monetary Fund, Global economic slump challenges Policies, 2009, Διαθέσιμο: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2009/update/01/index.htm>

κεφαλαίου και συντελεστής που συνεισφέρει ουσιαστικά στην παραγωγική διαδικασία και την κοινωνική πρόοδο.

### *Σκοπός-αντικείμενο μελέτης*

Όπως προαναφέρθηκε, το πρόβλημα της οικονομικής κρίσης είναι επίκαιρο και επηρεάζει όλο και περισσότερους τομείς σε κάθε χώρα που έρχεται αντιμέτωπη με την κρίση. Σκοπός της να χείρας

μελέτης είναι να αναλύσει τόσο τις βραχυπρόθεσμες όσο και τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική και σωματική υγεία του ανθρώπου, διερευνώντας ειδικότερα τις επιδράσεις αυτής, στα παιδιά ηλικίας 10 έως 18 ετών.

Τα θέματα που αναπτύσσονται στη παρούσα μελέτη είναι:

- ανασκόπηση σε βιβλιογραφία για την οικονομική κρίση γενικότερα
- ανασκόπηση σε βιβλιογραφία για τις επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης στον τομέα της υγείας (σύστημα υγείας, υπηρεσίες, φαρμακευτικές δαπάνες, ψυχική και σωματική υγεία)
- περαιτέρω μελέτη με ερωτηματολόγια στις επιδράσεις στην υγεία των παιδιών
- παράθεση των αποτελεσμάτων της μελέτης και
- προτάσεις αντιμετώπισης των προβλημάτων

Βασιζόμενοι λοιπόν, σε σχετική βιβλιογραφία, περιοδικά, άρθρα, δημοσιεύσεις, και ηλεκτρονικές σελίδες, η συγκεκριμένη έρευνα αναπτύσσει γνώμες, θέματα και σύγχρονους προβληματισμούς, που θέτονται ως αναφορά για περαιτέρω έρευνα.

### *Μεθοδολογία μελέτης*

Ο τρόπος ανάπτυξης της έρευνας πραγματοποιήθηκε μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης στο πρώτο μέρος της και με συγχρονική μελέτη (συμπλήρωση ερωτηματολογίων) και ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων μέσω του προγράμματος Στατιστικής Επεξεργασίας Δεδομένων (S.P.S.S.) για το δεύτερο μέρος, το οποίο αφορά την έρευνα πεδίου.

### *Συνεισφορά*

Η επιβράδυνση του ρυθμού βελτίωσης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, η διεύρυνση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία, καθώς και η απουσία δικαιοσύνης

στην κατανομή του χρηματοδοτικού βάρους, συνιστούν το υπόστρωμα της παρατεταμένης υγειονομικής κρίσης και οδηγούν το σύνολο των λειτουργιών του υγειονομικού τομέα σε απορρύθμιση.

Η συγκεκριμένη μελέτη και οι προτάσεις που παρατίθενται αποσκοπούν στην αντιμετώπιση και άμβλυνση των αρνητικών επιδράσεων της οικονομικής κρίσης στην υγεία των μελών της κάθε κοινωνίας και κυρίως των παιδιών. Γεγονός, το οποίο για να επιτευχθεί συνίσταται τόσο η συμβολή του κράτους και της κοινωνίας όσο και του κάθε πολίτη ξεχωριστά, προκειμένου να επιτευχθεί βελτίωση του επιπέδου της ατομικής και κοινωνικής ευημερίας.

### *Περιγραφή κεφαλαίων*

Ερευνώντας όλα τα κύρια σημεία της σχετικής βιβλιογραφίας, θα αναπτυχθούν ποικίλα θέματα, τα οποία θα μας προβληματίσουν.

Αναλυτικότερα στο Πρώτο Κεφάλαιο γίνεται ιστορική αναδρομή της οικονομικής κρίσης από το 2007 έως και σήμερα. Στο επόμενο Κεφάλαιο ακολουθεί περιγραφή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα καθώς και ο τρόπος που έχει επηρεαστεί από την ύφεση. Κατόπιν, στο Τρίτο Κεφάλαιο ερευνώνται οι άμεσες και έμμεσες επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία του ανθρώπου, ξεκινώντας από το ψυχικό επίπεδο (ψυχικές διαταραχές, αυτοκτονίες και ναρκωτικά), συνεχίζοντας με την σωματική υγεία (διατροφικές συνήθειες και Aids) και τις επιδράσεις στην κοινωνία (αμβλώσεις, εγκληματικότητα, τροχαία ατυχήματα, εργατικά ατυχήματα και άστεγοι), εστιάζοντας κυρίως στις επιδράσεις στα παιδιά. Στο Τέταρτο Κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεταβολή που επιφέρει η κρίση στον τομέα των φαρμάκων, αναφέροντας τις αλλαγές στην προσφορά, τη ζήτηση, την τιμολόγηση, την αποζημίωση αλλά και τις ελλείψεις σε βασικά φαρμακευτικά σκευάσματα. Ύστερα, στο Πέμπτο Κεφάλαιο, περιγράφονται οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στις υπηρεσίες υγείας και ειδικότερα στα ασφαλιστικά ταμεία και τα ιδιωτικά νοσοκομεία. Εν συνεχεία, στο Έκτο Κεφάλαιο, παρουσιάζεται ο σκοπός, η μεθοδολογία αλλά και τα αποτελέσματα της συγχρονικής μελέτης που διεξήχθη πάνω στις επιδράσεις της οικονομικής κρίσης στα παιδιά. Τέλος, παρατίθενται προτάσεις και μέτρα αντιμετώπισης της δυσμενών αυτών συνθηκών.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ 2007-2013

#### 1.1 Ορισμός της κρίσης

Η έννοια της κρίσης, ως πολυδιάστατη, έχει αποδοθεί ποικιλοτρόπως, ακόμη και από απλούς ανθρώπους για να περιγράψουν με μια λέξη ότι αντιμετωπίζουν ένα δύσκολο πρόβλημα, ότι διανύουν μια περίοδο ανωμαλίας και αντικανονικότητας ή βρίσκονται σε κρίσιμη φάση.

Στην ελληνική γλώσσα, η λέξη κρίση προέρχεται από το ρήμα κρίνω θέλοντας να χαρακτηρίσει μια μη κανονική κατάσταση. Μια κατάσταση κρίσιμη, δύσκολη, επικίνδυνη. Συγκεκριμένα κρίση είναι μια εκτροπή από την κατάσταση της κανονικότητας και μπορεί να προσλάβει διαβαθμίσεις αντικανονικότητας από μια κατάσταση απλής διαταραχής μέχρι την κατάσταση μη ελεγχόμενων εκρηκτικών γεγονότων και την κατάσταση του χάους και του πανικού. Συνεπώς, μια κρίση εμπεριέχει μια απειλή σχετικά με τους πόρους και τους ανθρώπους, την απώλεια του ελέγχου και ορατές ή αόρατες συνέπειες στους ανθρώπους, τους πόρους και τους οργανισμούς (Πατηγυράκης, 2001).

Κατά το λεξικό «Concise Oxford Dictionary», η κρίση είναι μια ουσιώδης καμπή, μια χρονική περίοδος κινδύνου ή ανησυχίας στην πολιτική ή στο εμπόριο (Sykes, 1985). Ο συγγραφέας John R. Darling διευρύνει τον παραπάνω ορισμό υποστηρίζοντας ότι η κρίση είναι μια κρίσιμη καμπή, μία αποφασιστική στιγμή ή μια κρίσιμη χρονική στιγμή. Επιπρόσθετα, επισημαίνει ότι ο όρος «κρίση» στην Κινέζικη γλώσσα συχνά αναφέρεται από τους μελετητές επειδή συνδυάζει τα ιδεογράμματα για τον «κίνδυνο» και την «ευκαιρία» (Darling, 1994).

Οι καταστάσεις κρίσης ανεξάρτητα από τη μορφή τους και τη φύση των Οργανισμών στους οποίους ανακύπτουν έχουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά όπως (Ahmed, 2006):

1. Η έκπληξη για το γεγονός
2. Η διακοπή της ρουτίνας και της συνηθισμένης ροής των πραγμάτων
3. Η κλιμάκωση των γεγονότων καθώς πληθαίνουν συνεχώς οι πληροφορίες
4. Αίσθηση απώλειας ελέγχου και το υψηλό αίσθημα ανασφάλειας



5. Το αυξημένο ενδιαφέρον των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε) για το γεγονός όπου προκύπτει,
  - η αυξημένη ροπή τους για έλεγχο της κατάστασης,
  - η αυξημένη ζήτηση για πληροφόρηση,
  - το μεγάλο πλήθος εικασιών για το γεγονός,
  - η διάδοση της αρνητικής δημοσιότητας και
  - η παρέμβαση κρατικών φορέων
6. Κίνδυνος να πληγεί ανεπανόρθωτα η δημόσια εικόνα του Οργανισμού.

## 1.2 Συνοπτική ανάλυση της οικονομικής κρίσης

Για να οριστεί η οικονομική κρίση χρησιμοποιούνται συνήθως οι έννοιες από τη θεωρία των οικονομικών διακυμάνσεων.

Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, οικονομικές διακυμάνσεις ή οικονομικοί κύκλοι είναι το φαινόμενο των επαναλαμβανόμενων διακυμάνσεων της γενικής οικονομικής δραστηριότητας, που παρατηρούνται για μια περίοδο ετών.

Μία κρίση μπορεί να αποτελείται από τέσσερα διαφορετικά και διακριτά στάδια. Ο συνήθης κύκλος ζωής μιας κρίσης ακολουθεί τα παρακάτω στάδια (Σφακιανάκης, 1998):

1. Στάδιο επιμόρφωσης της κατάστασης ή Πρόδρομων συμπτωμάτων (Prodromal crisis stage).
2. Στάδιο εκδήλωσης-κορύφωσης της κρίσης (acute crisis stage).
3. Στάδιο των επιπτώσεων (Chronic crisis stage).
4. Στάδιο επίλυσης- ομαλοποίησης (crisis resolution stage).

## 1.3 Ιστορική αναδρομή<sup>2</sup>

Στις αρχές του 2007 επικρατούσε έντονη φημολογία γύρω από τη στεγαστική αγορά των Η.Π.Α. που παρουσίαζε σημάδια κόπωσης. Πολλοί αναλυτές εξέφραζαν σε στήλες του οικονομικού τύπου την ανησυχία τους για μια επερχόμενη κρίση. Παράλληλα η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα προέβαινε διαρκώς σε σταδιακές αυξήσεις του

---

<sup>2</sup> Η βιβλιογραφία της ενότητας αυτής είναι βασισμένη στη διπλωματική εργασία: (Πλήθου, 2012)

ευρωεπιτοκίου ώστε να αντιμετωπίσει τις πληθωριστικές πιέσεις που ταλάνιζαν την ευρωπαϊκή οικονομία. Έντονα πλήττονταν οι δανειολήπτες, ενώ παράγοντες στην τραπεζική αγορά συνιστούσαν στα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα να είναι πιο φειδωλά στη χορήγηση δανείων. Την ίδια στιγμή το δολάριο εξακολουθούσε να υποχωρεί έναντι του ευρώ. Επιχειρήσεις μετέφεραν τα εργοστάσιά τους στην Αμερική και η ανεργία στην Ευρώπη αυξανόταν, ενώ πλήττονταν ταυτόχρονα και οι εξαγωγές (Μερτζάνης, 2008). Κατά το καλοκαίρι του 2007 κι ενώ αρκετοί επίσημοι παράγοντες της αμερικανικής οικονομίας προσπαθούσαν να καθησυχάσουν τους επενδυτές, κεφάλαια της Bear Stearns πτώχευσαν λόγω κατοχής CDOs<sup>3</sup> που βασίζονταν σε sub-prime (Blundell-Wignal και Atkinson, 2008) στεγαστικά δάνεια τα οποία ήταν τα δάνεια υψηλού κινδύνου που χορηγούσαν τα πιστωτικά ιδρύματα σε νοικοκυριά με χαμηλά εισοδήματα αλλά και της υποχρέωσης της τράπεζας να εξυπηρετήσει τις απαιτήσεις των πιστωτών της με ρευστοποίηση των στοιχείων της.

Στις 9 Αυγούστου του 2007, η μεγάλη κρίση ξέσπασε στις ΗΠΑ από την αδυναμία μεγάλων ομάδων του πληθυσμού να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις του για δάνεια sub-primes. Οι πλειστηριασμοί διαδέχθηκαν ο ένας τον άλλον και ολόκληρες πόλεις έμειναν στο δρόμο. Οι τράπεζες ξέμειναν από ρευστό και οι καταθέτες έσπευσαν στον γκισέ των τραπεζών για να κάνουν ανάληψη των χρημάτων τους. Άλλοι, πάλι προέβησαν σε μαζικές ηλεκτρονικές αναλήψεις λογαριασμών τους στη Βρετανία, ένα φαινόμενο γνωστό ως «Πανικός μέσω Ιντερνέτ». Η αδυναμία είσπραξης των απαιτήσεων των αμερικανικών τραπεζών από τους δανειολήπτες των sub-primes, οδήγησε στην αδυναμία πληρωμής των υποχρεώσεων σε τοκομερίδια και αξίες ομολόγων και CDOs (ομόλογα β' γενιάς) στα οποία είχαν επενδύσει πολλές ευρωπαϊκές τράπεζες, την ίδια στιγμή που πλήθαιναν οι αναλήψεις πανικού. Τα ομόλογα που κατείχαν οι τελευταίες δεν είχαν αντίκρισμα, ενώ το πρόβλημα ρευστότητας προκάλεσε δυσπιστία στη δυνατότητα αποπληρωμής σε περίπτωση δανεισμού μιας τράπεζας από μια άλλη, με αποτέλεσμα να αυξηθούν τα επιτόκια της διατραπεζικής αγοράς.

---

<sup>3</sup> Τα CDOs (Collateralized Debt Obligations) είναι χρηματοοικονομικά προϊόντα που προκύπτουν μέσω της διαδικασίας της τιτλοποίησης, τα οποία χωρίζονται σε βαθμίδες που αφορούν την προτεραιότητα πληρωμής τους. Εκδίδονται από επενδυτικές τράπεζες ή οργανισμούς και θεωρούνται αρκετά επικερδή, καθώς το κέρδος προκύπτει από το spread (το λεγόμενο "Excess Spread") μεταξύ του επιτοκίου που εισπράττουν από την απόδοση τους και του επιτοκίου που καταβάλουν στους επενδυτές που τα έχουν αγοράσει (Κανονάκη, 2010).

Το Σεπτέμβριο του 2007, δυο γερμανικές τράπεζες, η Sachsen Landesbank και η IKB ανακοίνωσαν ότι υπέστησαν ουσιαστικές απώλειες από τις συμμετοχές τους σε επενδυτικές εταιρίες ειδικού σκοπού. Η βρετανική Northern Rock βίωσε τη μεγαλύτερη ουρά, αντιμετωπίζοντας το φαινόμενο του «τραπεζικού πανικού», των τελευταίων δεκαετιών σε μια χώρα που φημίζεται για τα μεγαλύτερα εγγυημένα χρηματικά αποθέματα.

Κατά το δεύτερο εξάμηνο του 2007, οι κεντρικές τράπεζες μεσολάβησαν συγχρονισμένα για την τόνωση της χρηματοπιστωτικής αγοράς με «ενέσεις ρευστότητας» και σταθεροποίησαν τις διακυμάνσεις στα βραχυπρόθεσμα επιτόκια. Ορισμένες κεντρικές τράπεζες όπως η Fed, μείωσαν ακόμη και το βασικό επιτόκιο χρηματοδότησης, ενώ άλλες, όπως η ECB, παρακολουθώντας τις εξελίξεις δεν προέβησαν στις προγραμματισμένες αυξήσεις. Μετά την πώληση της Bear Stearns σε εξευτελιστική τιμή στην J.P. Morgan το Μάρτιο του 2008, η διεθνής αγορά έδειχνε να έχει μπει σε μια δίνη της οικονομικής κρίσης. Το Σεπτέμβριο του 2008, η αμερικανική κεντρική τράπεζα προσέφερε έκτακτη οικονομική ενίσχυση 85 δισεκατομμυρίων δολαρίων στην ασφαλιστική εταιρεία AIG, προκειμένου να αποτρέψει την κατάρρευσή της.

Σεισμικές δονήσεις πολλών ρίχτερ προκάλεσε στο παγκόσμιο χρηματοοικονομικό σύστημα η πτώχευση της τέταρτης μεγαλύτερης επενδυτικής τράπεζας των Ηνωμένων Πολιτειών, της Lehman Brothers. Ο αμερικανικός κολοσσός κήρυξε πτώχευση καθώς απέτυχε να βρει αγοραστή και η αμερικανική κυβέρνηση εμφανίστηκε απρόθυμη να την βοηθήσει σε αυτό και να δαπανήσει δημόσιο χρήμα για τη σωτηρία της. Η βρετανική Barclays που είχε εκδηλώσει ενδιαφέρον για την εξαγορά της Lehman, αποσύρθηκε από τις διαπραγματεύσεις, υποστηρίζοντας ότι δεν μπορεί να εξασφαλίσει τις απαραίτητες εγγυήσεις από την αμερικανική κυβέρνηση αλλά και από άλλες εταιρείες της Γουόλ Στρίτ. Λίγο αργότερα, το ενδιαφέρον της απέσυρε και η Bank of America, η οποία στη συνέχεια ανακοίνωσε την εξαγορά της έναντι 50 δισεκατομμυρίων ευρώ. Με χρέος που άγγιζε τα 613 δισεκατομμύρια δολάρια και ενώ η μετοχή της κατρακυλούσε με ιλιγγιώδεις ρυθμούς, κατά 81% συνολικά προκάλεσε ντόμινο εξελίξεων. Παρ' ότι υπήρχαν συνεχείς προειδοποιήσεις και πολλά σημάδια ότι η φούσκα των τοξικών προϊόντων και της αγοράς κατοικίας θα σκάσει κάποια στιγμή, οι υπεύθυνοι της Lehman Brothers δεν πήραν κανένα μέτρο για να προστατέψουν την τράπεζά τους. Η τράπεζα που ιδρύθηκε από τρεις Εβραίους μετανάστες από τη Γερμανία το 1850 και πρωταγωνιστούσε

επί 158 χρόνια, ξεπερνώντας ακόμα και το κραχ του 1929 και την ύφεση που ακολούθησε, δεν κατάφερε να βγει σώα από τη νέα αυτή κρίση.

#### 1.4 Τα αίτια της οικονομικής κρίσης

Η πρόσφατη οικονομική κρίση δεν ήταν ένα ανεξάρτητο και απρόσμενο φαινόμενο. Τα αίτια, η φύση και τα χαρακτηριστικά της συνδέονται με την όλη ιστορία της μεταπολεμικής διαδικασίας συσσώρευσης του κεφαλαίου στον ανεπτυγμένο καπιταλισμό και συγκεκριμένα τη «χρυσή εποχή» της συσσώρευσης του κεφαλαίου, την κρίση της δεκαετίας του 1970, τον τρόπο με τον οποίο «λύθηκε» ή αντιμετωπίστηκε η κρίση αυτή, την εμπειρία της «νεοφιλελεύθερης» περιόδου και ιδίως της τελευταίας της φάσης, όταν και εντάθηκε το φαινόμενο της χρηματιστικοποίησης της καπιταλιστικής οικονομίας (Υπουργείο Οικονομικών, 2010).

Τα αίτια της κρίσης πρέπει να αναζητηθούν αφενός στα χρόνια διαρθρωτικά προβλήματα και τις πολιτικές που εφαρμόστηκαν αλλά και στη διεθνή συγκυρία της χρηματοπιστωτικής και οικονομικής κρίσης που τα ανέδειξε με εντονότερο και οξύτερο τρόπο. Κυρίαρχο χαρακτηριστικό της οικονομίας μας είναι η ύπαρξη διαρθρωτικών προβλημάτων πολύ πριν την εμφάνιση της χρηματοπιστωτικής και οικονομικής κρίσης, τα οποία διογκώθηκαν τα τελευταία χρόνια με την εμμονή στην άσκηση πολιτικών στη κατεύθυνση των αυτορρυθμιζόμενων αγορών (Μπούρας και Λυκούρας, 2011).

Η κρίση στη χώρα μας αναμένεται να έχει μεγαλύτερο βάθος και διάρκεια από ότι σε άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ακριβώς γιατί η δομή και τα διαρθρωτικά της προβλήματα όχι μόνο είναι διαφορετικά, αλλά διατηρούνται και καθημερινά γίνονται μεγαλύτερα και οξύτερα, αντί να αμβλύνονται, κάτω και από τις συνθήκες της διεθνούς κρίσης (Busch, 1985).

Η παραγωγική βάση της Ελληνικής Οικονομίας είναι ισχνή καθώς στηρίχθηκε, σε αντίθεση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, σε τομείς όπως ο τουρισμός, η ναυτιλία και η οικοδομή, κλάδοι που πλήττονται πρώτοι και με ιδιαίτερη ένταση από την κρίση. Ακόμη, οι Τράπεζες το πιο ισχυρό τμήμα του ελληνικού κεφαλαίου, οι οποίες λειτούργησαν με πρωτόγνωρους ρυθμούς πιστωτικής επέκτασης, τόσο στο εσωτερικό όσο και στο εξωτερικό, με την επέκταση τους στα Βαλκάνια και τη Νοτιοανατολική Ευρώπη, μαζί με άλλες μεγάλες ελληνικές επιχειρήσεις, είναι εκτεθειμένες στην διεθνή κρίση με την

ανάληψη υψηλών κινδύνων, καθώς η κρίση αυτή πλήττει με ιδιαίτερη σφοδρότητα τις χώρες αυτές (Τσουλιφίδης 2010).

Η σημερινή κρίση ξεκίνησε από την ταυτόχρονη συνύπαρξη των ακόλουθων τριών παραγόντων (INE-ΓΣΕΕ, 2008,α):

- Η φούσκα στις τιμές των ακινήτων σε πολλές περιοχές των ΗΠΑ, η οποία διευκόλυνε την υπερκατανάλωση, με αποτέλεσμα την υπερθέρμανση της οικονομίας και την αύξηση του ελλείμματος τρεχουσών συναλλαγών, όπως πολλές φορές συμβαίνει σε παρόμοιες κρίσεις.
- Η ραγδαία εξάπλωση στεγαστικών δανείων υψηλού κινδύνου, από 9% των συνολικών στεγαστικών το 2003 σε 24% το 2007, δηλαδή μια αχαλίνωτη πιστωτική επέκταση σε κατηγορίες νοικοκυριών που υπό κανονικές συνθήκες δεν θα έπρεπε να έχουν δανειοδοτηθεί. Οι τράπεζες παρείχαν δάνεια με μόνη εγγύηση την αναμενόμενη αύξηση στην τιμή της κατοικίας, ενώ διευκόλυναν τα νοικοκυριά με ελκυστικά χαμηλά επιτόκια στα πρώτα χρόνια, τα οποία όμως θα αναπροσαρμόζονταν στη συνέχεια. Πολλές φορές οι τράπεζες αναλάμβαναν να πληρώσουν το δάνειο του νοικοκυριού από άλλη τράπεζα, επειδή το νοικοκυριό είχε πρόβλημα αποπληρωμής.
- Η μεταφορά του ρίσκου από τους ισολογισμούς των τραπεζών στο κοινό και τους επενδυτές μέσω τιτλοποιήσεων, πολλοί από τους οποίους αγνοούσαν το ύψος του κινδύνου και υπήρξαν επιρρεπείς στις τότε υψηλές αποδόσεις. Η μεταφορά αυτή του ρίσκου επέτρεπε στις τράπεζες να δανείζουν άφοβα σε μη φερέγγυους δανειολήπτες και στη συνέχεια να αποκτούν ρευστότητα για επιπλέον δανειοδοτήσεις, χωρίς να χρειάζεται να βρουν νέους καταθέτες.

Πέραν τούτου, οι αιτίες της ελληνικής δημοσιονομικής κρίσης πρέπει να εντοπιστούν σε τέσσερις επιπλέον παράγοντες:

- Στις πολιτικές δραστηκής μείωσης των φορολογικών εσόδων που ακολούθησαν οι ελληνικές κυβερνήσεις για πάνω από μια δεκαετία πριν την κρίση.
- Στη νεοφιλελεύθερη στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που απέκλειε τη στήριξη των δημόσιων οικονομικών της Ευρωζώνης με απευθείας δανεισμό από την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα, αλλά υποχρέωνε τις κυβερνήσεις να αντλούν

δάνεια μόνο από τις εμπορικές τράπεζες και γενικότερα τις χρηματοπιστωτικές αγορές, με αποτέλεσμα την εκτίναξη των επιτοκίων δανεισμού στη συγκυρία της κρίσης. Στην εμμονή παράλληλα, της ελληνικής κυβέρνησης στις νεοφιλελεύθερες συνταγές διαχείρισης της οικονομίας. Όταν οι χρηματαγορές απέσυραν την εμπιστοσύνη τους προς την ελληνική οικονομία, τα επιτόκια δανεισμού του Δημοσίου εκτινάχθηκαν σε δυσβάσταχτα ύψη. Τον Φεβρουάριο 2010 αποφασίστηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή η διαμόρφωση ενός πακέτου δανειακής στήριξης του ελληνικού Δημοσίου με την εμπλοκή του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου (ΔΝΤ), υπό τον όρο ότι η χώρα θα ακολουθούσε ένα αυστηρό πρόγραμμα περιστολής των δημόσιων δαπανών. Η κυβέρνηση προσανατολίστηκε στον περιορισμό των μισθιακών δαπανών του δημοσίου και στην περιστολή του κοινωνικού κράτους, με παράλληλη αύξηση των εσόδων κυρίως από έμμεσους φόρους (αύξηση ΦΠΑ). Άφησε αμετάβλητες τις συνθήκες αναφορικά με άλλες πηγές εσόδων ή δαπανών. Στις 23 Απριλίου 2010 η ελληνική κυβέρνηση ζήτησε την ενεργοποίηση του μηχανισμού δανειακής στήριξης εκ μέρους της ΕΕ και του ΔΝΤ, εγκαινιάζοντας παράλληλα πολιτικές «συρρίκνωσης του κράτους» αναφορικά με το ασφαλιστικό σύστημα, τις συντάξεις, την τοπική αυτοδιοίκηση.

- Στην ίδια την ύπαρξη του ευρώ που, πριν την κρίση, διευκόλυνε τη μεταφορά πόρων προς τις χώρες που αναπτύσσονταν ταχύτερα. Οι κεφαλαιακές αυτές εισροές ισοσκελίζουν το ισοζύγιο πληρωμών της χώρας, δηλαδή επέτρεπαν πριν την κρίση στην Ελλάδα και άλλες χώρες της λεγόμενης «ευρωπαϊκής περιφέρειας» να διατηρούν ένα σημαντικό έλλειμμα στο ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών. Με το ξέσπασμα της κρίσης η δυνατότητα αυτή ξανεμίσθηκε, καθώς συρρικνώθηκαν οι κεφαλαιακές εισροές.
- Τέλος, στο διάστημα 1996-2008 η Ελλάδα σημείωσε υψηλή πραγματική αύξηση του ΑΕΠ κατά 61,0%, η Ισπανία κατά 56,0% και η Ιρλανδία κατά 124,1%, σε αντίθεση με τις περισσότερο αναπτυγμένες ευρωπαϊκές χώρες. Το αντίστοιχο ποσοστό για την Γερμανία ήταν 19,5%, την Ιταλία 17,8% και για τη Γαλλία 30,8%. Οι χώρες που σημείωσαν υψηλότερους ρυθμούς ανάπτυξης κατά βάση κατέληξαν με σημαντικά ελλείμματα στις τρέχουσες συναλλαγές (INE-ΓΣΕΕ, 2008, α).

### 1.5 Επιπτώσεις στην κοινωνική και οικονομική ζωή

Η οικονομική κρίση προκαλεί δραματικές επιπτώσεις στην κοινωνική ζωή, δεδομένου ότι η μείωση ή και η απουσία εισοδήματος προκαλεί απώλειες στην ευημερία και ωθεί μεγάλα τμήματα του πληθυσμού στη φτώχεια. Το διεθνές εμπόριο, ο ρυθμός της οικονομικής ανάπτυξης και η απασχόληση αντανakλούν σε μεγάλο βαθμό την κατάσταση στην οποία βρίσκεται η διεθνής οικονομία (Marmot και Bell, 2009).

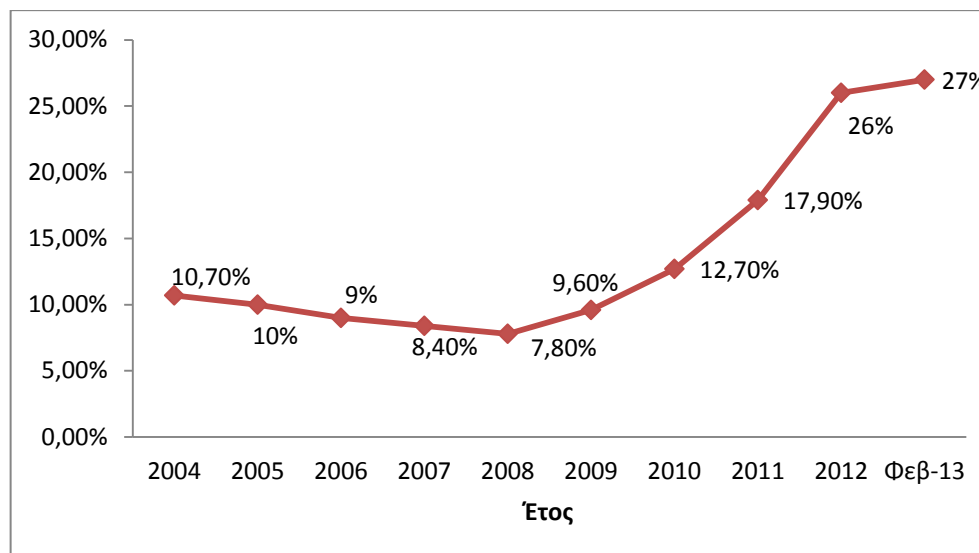
Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης διαφοροποιούνται όχι μόνο μεταξύ των χωρών, όπου οι χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης πλήττονται σε μεγαλύτερο βαθμό από τις αναπτυγμένες χώρες, αλλά και στο εσωτερικό των χωρών, έτσι ώστε οι χειρώνακτες εργάτες και τα άτομα με χαμηλή εκπαίδευση να υφίστανται τις πλέον δυσμενείς επιπτώσεις σε σχέση με τα άτομα υψηλής εκπαίδευσης, της μεσαίας και ανώτερης τάξης (Stiglitz, 2006). Η οικονομική κρίση προκαλεί δραματικές επιπτώσεις στην κοινωνική ζωή, δεδομένου ότι η μείωση ή και η απουσία εισοδήματος προκαλεί απώλειες στην ευημερία και ωθεί μεγάλα τμήματα του πληθυσμού στη φτώχεια. Το διεθνές εμπόριο, ο ρυθμός της οικονομικής ανάπτυξης και η απασχόληση αντανakλούν σε μεγάλο βαθμό την κατάσταση στην οποία βρίσκεται η διεθνής οικονομία (Marmot και Bell, 2009). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Εμπορίου (WTO, 2009), η μείωση της ζήτησης εισαγωγών είχε ήδη παρατηρηθεί από το 2007. Ωστόσο, οι προβλέψεις είναι ιδιαίτερα δυσοίωνες, καθώς προβλέπεται πτώση τουλάχιστον 10% σε ποσοτικούς όρους. Η μείωση όμως, αυτή πλήττει κυρίως τις αναπτυγμένες χώρες σε σύγκριση με τις αναπτυσσόμενες (Lary, 2009).

Η παρούσα κρίση κινεί σε μηδενικό ή και αρνητικό ρυθμό την ανάπτυξη στην παγκόσμια οικονομία, με εξαίρεση την Κίνα, την Ινδία και μερικές άλλες νέες βιομηχανικές χώρες. Η παγκόσμια οικονομία αναμένεται να συρρικνωθεί το 2013 σύμφωνα με την Παγκόσμια Τράπεζα. Το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ) προβλέπεται να μειωθεί στις χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ, 2010).

Η οικονομική κρίση, σε παγκόσμια κλίμακα, θέτει σε καθεστώς ευπρόσβλητης εργασίας το ήμισυ σχεδόν των εργατών, οι οποίοι βρίσκονται σε κίνδυνο απώλειας της εργασίας και συνεπώς σε κατάσταση εργασιακής ανασφάλειας (Ferrie et al., 2002). Από τα τέλη του 2008 η ανεργία άρχισε να αυξάνεται. Ο αριθμός των φτωχών εργαζομένων

θα αυξηθεί παγκόσμια κατά 200 εκατομμύρια και θα ανέλθει στο επίπεδο των 700–800 εκατομμυρίων (ILO, 2009). Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ η ανεργία στις χώρες-μέλη του ανήλθε στο 8,6% το 2009, κατά 2,3% υψηλότερη από το προηγούμενο έτος, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ευρώπη ήταν 9,6% κατά 2% υψηλότερο από το προηγούμενο έτος (OECD, 2009). Τα φαινόμενα αυτά λαμβάνουν δραματική μορφή σε έκταση, ένταση και ταχύτητα στην Ελλάδα, καθώς η ενδημούσα δημοσιονομική κρίση και κυρίως η όξυνσή της την περίοδο 2008-2009, σε συνδυασμό με τα μέτρα, τα οποία επεβλήθησαν από τον διεθνή έλεγχο, επέφεραν ταχείες και δραματικές μεταβολές στα βασικά μεγέθη της ελληνικής οικονομίας. Το ΑΕΠ παρουσιάζει καθοδική πορεία μετά το 2009 και η ανεργία εκρηκτική άνοδο, όπως φαίνεται στα ακόλουθα διαγράμματα:

*ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.1: Ανεργία ως ποσοστό (%) του εργατικού δυναμικού*

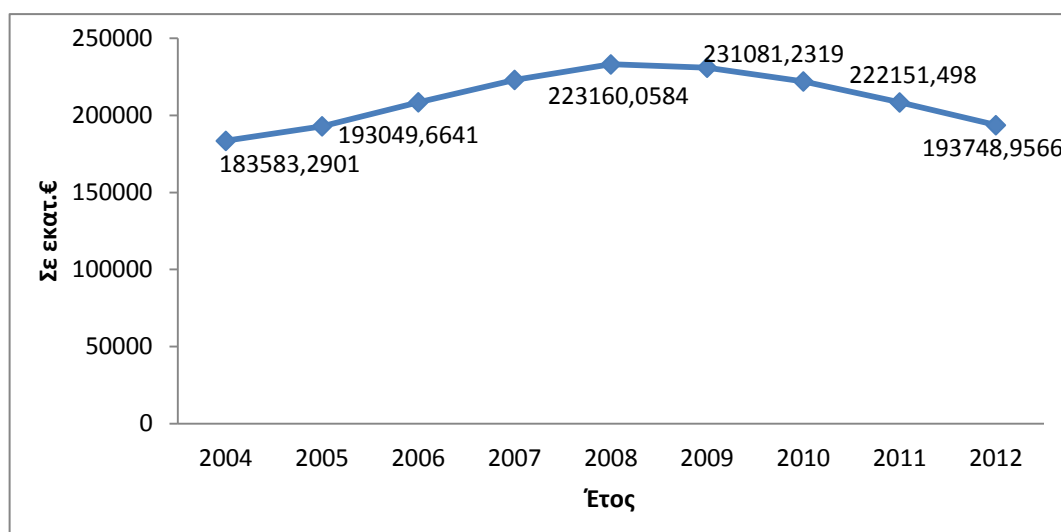


Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Διαθέσιμη: <http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE>

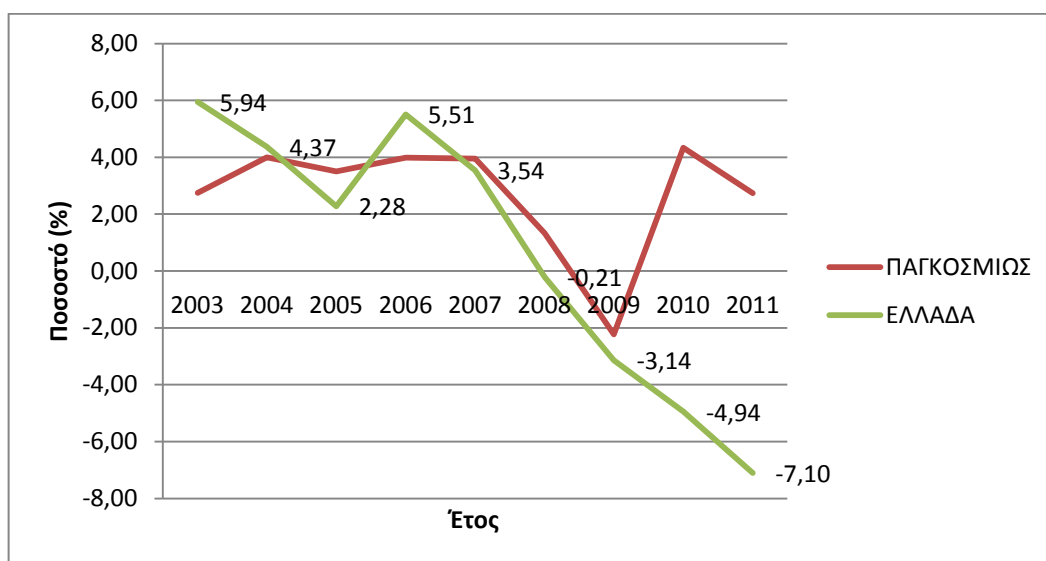


ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.2: ΑΕΠ σε τρέχουσες τιμές



Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ.<sup>5</sup>

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.3: Ετήσια αύξηση του ΑΕΠ (%)



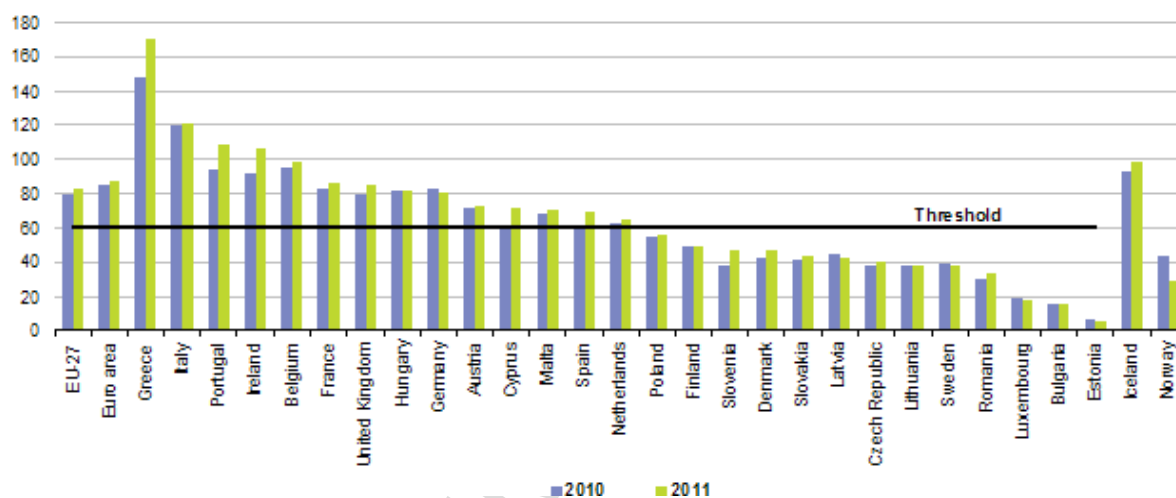
Πηγή: WORLD BANK

Αντίστοιχη εικόνα παρουσιάζει και το χρέος στην Ελλάδα. Στην ΕΕ-27 ο λόγος δημόσιου χρέους προς ΑΕΠ αυξήθηκε από 80,0 % στο τέλος του 2010 σε 82,5 % στο τέλος του 2011, και στη ζώνη του ευρώ από 85,3 % σε 87,2 %. Συνολικά 14 κράτη μέλη ανέφεραν λόγο χρέους υψηλότερο από το 60 % του ΑΕΠ το 2011. Το 2011, οι λόγοι

<sup>5</sup> Διαθέσιμη: <http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE>

δημόσιου χρέους προς ΑΕΠ αυξήθηκαν για 21 κράτη μέλη της ΕΕ, σε σύγκριση με το 2010, ενώ οι λόγοι του δημόσιου χρέους μειώθηκαν για έξι κράτη μέλη. Οι υψηλότερες αυξήσεις των λόγων του χρέους από το 2010 έως το 2011 σημειώθηκαν στην Ελλάδα (20,4 εκατοστιαίες μονάδες), στην Ιρλανδία, στην Πορτογαλία και στην Κύπρο.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.4: Χρέος της γενικής κυβέρνησης, 2010 και 2011 (ενοποιημένο ακαθάριστο χρέος της γενικής κυβέρνησης, % του ΑΕΠ)



Πηγή: Eurostat, 2012

Η κατάσταση αυτή της ύφεσης, όπως περιγράφηκε παραπάνω, απειλεί κυρίως τις χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης, καθώς και στο εσωτερικό των χωρών τα χαμηλά κοινωνικά στρώματα, ενώ αποδεικνύει τρία βασικά αλληλοσυνδεόμενα προβλήματα (Visvizi, 2012):

- Την αυξανόμενη τάση των ανισοτήτων στο εσωτερικό των χωρών,
- Την ανισοτιμία στις συνθήκες κοινωνικής προστασίας και υγείας, και
- Τα επείγοντα ζητήματα της κλιματικής αλλαγής και της οικολογικής υποβάθμισης

Η παγκόσμια οικονομική κρίση, εξαιτίας της επιδείνωσης των συνθηκών εργασίας, δημιουργεί μια απειλή, όπως ήδη σημειώθηκε, για μεγάλο μέρος των εργαζομένων, οι οποίοι βρίσκονται σε μια κατάσταση παρατεταμένου εργασιακού κινδύνου απώλειας της εργασίας (Κυριόπουλος κ.ά., 2012).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

#### 2.1 Βασικά στοιχεία του ελληνικού συστήματος υγείας<sup>6</sup>

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας ιδρύθηκε το 1983 με τον νόμο 1397 και αποτελεί τομή στην πολιτική υγείας της Ελλάδας, στοχεύοντας στη γενικότερη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας. Μέχρι την ίδρυση του ΕΣΥ, η Ελλάδα χαρακτηριζόταν από μία υγειονομική υπανάπτυξη (Ζηλίδης, 2005). Οι βασικοί του στόχοι ήταν η ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας με πλήρη κάλυψη του πληθυσμού, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η αποκέντρωση του σχεδιασμού και η βελτίωση της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι ο κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας στην Ελλάδα. Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό καθώς, ένα μέρος της χρηματοδότησής του προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές και ένα άλλο μέρος (κυρίως στο επίπεδο της νοσοκομειακής περίθαλψης) προέρχεται από τη φορολογία. Ακόμη, βασίζεται κατά κύριο λόγο στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση. Επίσης, υπάρχει αυξημένη η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα τόσο στην παροχή, όσο και στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία, από τα κέντρα υγείας και από τους ασφαλιστικούς φορείς. Οι υπηρεσίες των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό και οι εργαζόμενοι σε αυτές αμείβονται με μισθό, ενώ στην περίπτωση των εργαζομένων στα ασφαλιστικά Ταμεία, αυτοί πληρώνονται από το ίδιο το Ταμείο.

Τα βασικά χαρακτηριστικά του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα είναι (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007):

- Μεικτό σύστημα
- Χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω της άμεσης και της έμμεσης φορολογίας.

---

<sup>6</sup> Η ενότητα αυτή είναι βασισμένη στο βιβλίο (Χλέτσος, 2012)

## Κεφάλαιο 2: Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα

- Παρέχει επείγουσα προνοσοκομειακή, πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή φροντίδα, με αγροτικά ιατρεία, κέντρα υγείας και δημόσια νοσοκομεία που μέχρι πρόσφατα αποζημιώνονταν με κλειστό ημερήσιο νοσήλιο.
- Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι ο κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας σε όλη την Ελλάδα.
- Οι υπηρεσίες Υγείας του ΕΣΥ υπάγονται διοικητικά σε περιφέρειες (ΔΥΠε).
- Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τους ασφαλιστικούς φορείς, από τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, από ιδιώτες ιατρούς και από κέντρα Υγείας
- Η δευτεροβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία.
- Οι ιατροί που απασχολούνται στα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, αμείβονται με μισθό και δεν επιτρέπεται να ασκούν ιδιωτική πρακτική.
- Η αποζημίωση των νοσοκομείων γίνεται από τη φορολογία και από πληρωμές της κοινωνικής ασφάλισης και ιδιωτών.
- Για τους ασφαλισμένους σε φορείς κοινωνικής ασφάλισης προβλέπεται η παροχή υπηρεσιών υγείας και από τους κλάδους υγείας των ταμείων τους ή τον νεοσύστατο Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ).
- Ο ιδιωτικός τομέας περιλαμβάνει τα κερδοσκοπικά νοσοκομεία, τα διαγνωστικά κέντρα, τα εργαστήρια και τους ιδιώτες ιατρούς και χρηματοδοτείται πρωτίστως από άμεσες πληρωμές των ασθενών και σε μικρότερο βαθμό από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Η τελευταία, εκτός της αποζημίωσης για χρησιμοποίηση και επίσκεψη επαγγελματιών υγείας, μπορεί να λάβει και τη μορφή ασφαλιστικής κάλυψης της πρόσβασης είτε σε Δίκτυα Επιλεγμένων Προμηθευτών είτε σε Οργανισμούς Διατήρησης της Υγείας. Μεγάλο τμήμα του ιδιωτικού τομέα, συνάπτει συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία για την παροχή κυρίως πρωτοβάθμιων υπηρεσιών και χρηματοδοτείται κατά πράξη και περίπτωση, σε προσυμφωνημένες τιμές (INE-ΓΣΕΕ, 2012).

Τα βασικά πλεονεκτήματα που παρουσιάζει το Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι :

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

- ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας

Τα βασικά μειονεκτήματα του συστήματος είναι :

- υψηλές δαπάνες υγείας σε συνδυασμό με τους περιορισμένους πόρους,
- χαμηλή ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας,
- περιορισμένη ελευθερία επιλογής ιατρού από τους ασθενείς,
- προβλήματα γεωγραφικών και οικονομικών ανισοτήτων, πολυδιάσπαση φορέων και έλλειψη συντονισμού,
- άτυπες πληρωμές, προβλήματα ηθικής άσκησης ιατρικού επαγγέλματος,
- για το ανθρώπινο δυναμικό, σημειώνεται πληθώρα ιατρών αλλά έλλειψη γενικών γιατρών (μόνο το 2,5% του συνόλου), η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού (0,8 νοσηλευτές ανά γιατρό, καθώς και οι χαμηλές αμοιβές όλων των επαγγελματιών υγείας στο δημόσιο τομέα<sup>7</sup>,
- λίστες αναμονής των ασθενών και
- απουσία ελέγχου και αξιολόγησης.

## 2.2 Τάσεις του ελληνικού συστήματος υγείας

Το ελληνικό σύστημα υγείας παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα τα οποία θέτουν σε κίνδυνο την ίδια του την υπόσταση και την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας. Το ελληνικό σύστημα υγείας πρέπει να αντιμετωπίσει τρία σημαντικά προβλήματα. Το πρώτο πρόβλημα σχετίζεται με τα οικονομικά – δημοσιονομικά του συστήματος, το δεύτερο με την αποτελεσματική του λειτουργία και το τρίτο πρόβλημα σχετίζεται με την ικανοποίηση του μέσου Έλληνα από τις υπηρεσίες υγείας.

Ο τρόπος χρέωσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών (χαμηλότερος από το πραγματικό κόστος), οι υπερτιμολογημένες αγορές νοσοκομειακού και άλλου υλικού, οι σπατάλες εντός του συστήματος υγείας, η μείωση των εσόδων λόγω της εισφοροδιαφυγής και της αδήλωτης εργασίας έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία δημοσιονομικών ελλειμμάτων στο χώρο της υγείας. Όλα αυτά σε συνδυασμό με την απαίτηση περιστολής των δαπανών, τα προβλήματα στην προμήθεια των υλικών και τον αυξανόμενο αριθμό των ανασφάλιστων, έχει ως συνέπεια την ελάττωση των πόρων και την αύξηση των αναγκών

<sup>7</sup> Διαθέσιμο: <http://www.neaygeia.gr>

για τις υπηρεσίες υγείας. Είναι απαραίτητο λοιπόν, το σύστημα να επιτύχει την οικονομική του βιωσιμότητα, γιατί σε διαφορετική περίπτωση κινδυνεύει η υπόσταση του συστήματος και οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Το δεύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζει το σύστημα είναι η αναποτελεσματικότητά του. Δεν διευκολύνεται η ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας και το κόστος παροχής των υπηρεσιών υγείας είναι μεγαλύτερο από αυτό που έπρεπε να είναι εξαιτίας της διογκωμένης γραφειοκρατίας.

Το τρίτο πρόβλημα σχετίζεται με την ικανοποίηση του Έλληνα πολίτη από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Αυτό το πρόβλημα δεν είναι ανεξάρτητο από τα δύο προηγούμενα με αποτέλεσμα να διογκώνεται συνεχώς η δυσαρέσκεια του πολίτη. Αν λάβουμε υπόψη μας τη συρρίκνωση των δομών υγείας προκειμένου να εξοικονομηθούν πόροι, τις ελλείψεις σε φάρμακα και σε βασικό ιατρικό εξοπλισμό, τις μη νόμιμες μεθόδους που εφαρμόζονται (το λεγόμενο «φακελάκι»), αλλά και το γεγονός ότι ο πολίτης σε αρκετές περιπτώσεις καταφεύγει στον ιδιωτικό τομέα για να εξυπηρετηθεί καθώς η αναμονή είναι μεγάλη, κατανοούμε πόσο απογοητευμένος νιώθει ο πολίτης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

### **2.3 Οι εξελίξεις στο ελληνικό σύστημα υγείας μετά την υπογραφή του μνημονίου συνεννόησης<sup>8</sup>**

Το αίτημα της Ελλάδας για βοήθεια από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο το 2010 και η υπογραφή του Μνημονίου συνοδεύτηκαν από την εφαρμογή σκληρών, ακραία φιλελεύθερων πολιτικών λιτότητας και τον περιορισμό των κοινωνικών παροχών. Στο πλαίσιο αυτό, συντελέστηκε μια σειρά μεταρρυθμίσεων που απέρρεαν από τις δεσμεύσεις που ανέλαβε η Ελλάδα έναντι των πιστωτών της. Σημαντικό μερίδιο των μεταρρυθμίσεων που προωθήθηκαν, αλλά και συνεχώς προωθούνται, κατέχει ο τομέας της υγείας.

Ένα πρώτο νομοθέτημα αποτέλεσε ο Ν. 3863/2010, ο οποίος αφορούσε συνταξιοδοτικές διατάξεις. Με το νόμο αυτόν τα ταμεία και οι κλάδοι υγείας διαχωρίστηκαν από το συνταξιοδοτικό σύστημα και από την εποπτεία του Υπουργείου

---

<sup>8</sup> Η ενότητα αυτή είναι βασισμένη (INE-ΓΣΕΕ, 2012)

Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης πέρασαν στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Για τη διαμόρφωση ενιαίου πλαισίου παροχής υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό της χώρας, ο νόμος προέβλεψε την ένταξη και λειτουργία σε ενιαίο πλαίσιο των μονάδων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας υγείας του ΕΣΥ, των φορέων κοινωνικής ασφάλισης αρμοδιότητας της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων και του Οίκου Ναύτου, καθώς επίσης τη σύσταση στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ενός Συμβουλίου Συντονισμού. Σκοπός του Συμβουλίου είναι ο σχεδιασμός ενιαίων κανόνων αγοράς υπηρεσιών υγείας σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα για λογαριασμό των ασφαλιστικών οργανισμών και ο καθορισμός των κριτηρίων και των όρων σύναψης συμβάσεων των φορέων κοινωνικής ασφάλισης με όλους τους παρόχους υγείας, προκειμένου να αρθεί ο κατατετμημένος χαρακτήρας του συστήματος και να επιτευχθεί η μείωση της δαπάνης.

Ένα επόμενο μέτρο αποτέλεσε η επανεπιβεβαίωση και επέκταση των ρυθμίσεων του Ν. 2889/2001 για τα απογευματινά ιατρεία των νοσοκομείων, με το Ν. 3868/2010 και την καθιέρωση της ολόημερης λειτουργίας των νοσοκομείων που ανήκουν στο ΕΣΥ, μέσω της επέκτασης των εξωτερικών ιατρείων και τη διενέργεια διαγνωστικών, θεραπευτικών και επεμβατικών πράξεων πέραν του τακτικού ωραρίου. Η σκοπιμότητα αυτού του μέτρου σχετίζεται με το ότι εξασφαλίζει τη δυνατότητα επιλογής από τους πολίτες του ιατρού της αρεσκείας τους, μειώνει τις λίστες αναμονής, αξιοποιείται καλύτερα ο ιατρικός εξοπλισμός και αυξάνονται τα έσοδα των νοσοκομείων (Niakas et al., 2005). Ωστόσο, το γεγονός ότι η επίσκεψη στα απογευματινά ιατρεία προϋποθέτει την καταβολή συγκεκριμένου ποσού από τον πολίτη δημιουργεί συνθήκες άνιση πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, αφού σχετίζεται με την εισοδηματική δυνατότητα καταβολής άμεσης πληρωμής (Οικονόμου, 2006). Το πρόβλημα διογκώνεται ακόμα περισσότερο υπό τις παρούσες συνθήκες οικονομικής στενότητας, όπου εφαρμόζονται μέτρα αυστηρής λιτότητας και δημοσιονομικών περιορισμών (Benatar et al., 2011).

Τρίτος νόμος ο οποίος ψηφίστηκε το 2010 ήταν ο Ν. 3892/2010 για την ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων. Σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου, όλοι οι ιατροί που έχουν σχέση εργασίας με οποιαδήποτε μορφή ή είναι συμβεβλημένοι με τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης, οι ιατροί των δημόσιων δομών υγείας, οι φαρμακοποιοί που λειτουργούν φαρμακείο και είναι συμβεβλημένοι με τα ασφαλιστικά ταμεία και οι φαρμακοποιοί των δημόσιων νοσοκομείων, υποχρεούνται να εγγράφονται στο σύστημα ηλεκτρονικής



συνταγογράφησης. Το μέτρο αυτό κινείται προς τη σωστή κατεύθυνση, αφού η ηλεκτρονική συνταγογράφηση αποτελεί ισχυρό μηχανισμό ελέγχου της συνταγογραφικής συμπεριφοράς του ιατρικού σώματος. Ωστόσο, αντιμετωπίζονται προβλήματα καθυστέρησης τα οποία οφείλονται τόσο σε διοικητικά και οργανωτικά προβλήματα της δημόσιας διοίκησης και σε αδυναμίες του συντονισμού των αρμόδιων φορέων όσο και σε αντιδράσεις από μερίδα του ιατρικού και φαρμακευτικού κόσμου.

Σημαντικότερη όμως, από όλες τις θεσμικές πρωτοβουλίες της υπό εξέταση περιόδου είναι ο Ν. 3918/2011, ο οποίος εισάγει σοβαρές διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας. Οι σημαντικότερες από τις αλλαγές αυτές αναφέρονται στο νέο σύστημα προμηθειών υγείας, στη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ και την ένταξη των νοσοκομείων του ΙΚΑ στο ΕΣΥ και, τέλος, στα φάρμακα. Οι προμήθειες υγείας θα προγραμματίζονται σε περιφερειακό επίπεδο, μέσα από Περιφερειακά Προγράμματα Προμηθειών και Υπηρεσιών (ΠΠΠΥ). Τα ΠΠΠΥ θα υποβάλλονται στη Συντονιστική Επιτροπή Προμηθειών (ΣΕΠ), η οποία θα καθορίζει κατά περίπτωση:

- ποιοι διαγωνισμοί προμηθειών προϊόντων και υπηρεσιών θα διενεργηθούν σε επίπεδο Υγειονομικής Περιφέρειας ή περισσότερων Υγειονομικών Περιφερειών ή σε εθνικό επίπεδο,
- το είδος της διαγωνιστικής διαδικασίας,
- την αναθέτουσα αρχή, η οποία αναλαμβάνει τη διενέργεια διαγωνισμού, τη σύναψη και τη μέριμνα εκτέλεσης της σύμβασης. Ο ρόλος της ΣΕΠ είναι η ενοποίηση των διαγωνισμών προμηθειών προϊόντων και υπηρεσιών σε επίπεδο εθνικό ή μίας ή περισσότερων Υγειονομικών Περιφερειών, προκειμένου να επιτυγχάνεται η μέγιστη δυνατή οικονομία κλίμακας. Θετική επίσης, θα πρέπει να θεωρηθεί η σύσταση Επιτροπής Προδιαγραφών και του Παρατηρητηρίου Τιμών, έργο των οποίων είναι ο καθορισμός των ενιαίων προδιαγραφών και προτύπων ανά ιατροτεχνολογικό προϊόν και η παρακολούθηση των τιμών για τον προσδιορισμό αποδεκτής τιμής μονάδας.

Στον ΕΟΠΥΥ εντάχθηκαν οι κλάδοι υγείας των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών φορέων, δηλαδή του ΙΚΑ, του ΟΓΑ, του ΟΠΑΔ και του ΟΑΕΕ, με σκοπό να ενταχθούν αργότερα σε αυτόν οι κλάδοι υγείας και άλλων ταμείων. Η βασική επιδίωξη της ίδρυσης ενός ενιαίου ταμείου υγείας είναι να συγκεντρωθούν σε αυτό όλοι οι πόροι υγείας και να λειτουργήσει ως μονοψώνιο, με αυξημένη διαπραγματευτική δύναμη έναντι των

προμηθευτών υπηρεσιών υγείας. Επιπροσθέτως, με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται η ομογενοποίηση των παροχών υγείας προς όλους τους ασφαλισμένους και η πρόσβαση σε ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, ως προς το είδος, την έκταση, το ύψος, τον τρόπο και τη διαδικασία χορήγησης. Όπως προκύπτει από τις προβλέψεις του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας του ΕΟΠΥΥ (2011), σε πολλές περιπτώσεις υπάρχει μείωση παροχών και αύξηση της συμμετοχής των ασφαλισμένων στο κόστος. Για παράδειγμα, παρατηρείται μείωση στις παροχές που σχετίζονται με τοκετό, λουτροθεραπεία, μεσογειακή αναιμία, νεφροπάθεια και λογοθεραπεία. Αύξηση συμμετοχής προβλέπεται στις δαπάνες για συμμετοχή στο αναλώσιμο υγειονομικό υλικό, στα προϊόντα ειδικής διατροφής, για νοσηλεία στο εξωτερικό σε χώρες εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης, για προθέσεις και βοηθητικά θεραπευτικά μέσα, ορθοπεδικά είδη, υγειονομικό και αναλώσιμο υλικό, καθώς και αναπνευστικές συσκευές (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011). Ένα δεύτερο πρόβλημα αναφορικά με τον ΕΟΠΥΥ σχετίζεται με τους ιδιώτες ιατρούς που απασχολεί με σύμβαση και την πρόβλεψη αυτοί να προσφέρουν υπηρεσίες μία φορά την εβδομάδα στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων. Μια τέτοια πρόβλεψη μπορεί να αντιμετωπίζει εν μέρει τις ελλείψεις ιατρικού δυναμικού στα δημόσια νοσοκομεία, αλλά είναι πιθανό, εάν δεν αναπτυχθούν μηχανισμοί ελέγχου, να οδηγήσει σε αύξηση της παραοικονομίας στο σύστημα υγείας και σε αθέμιτες πρακτικές άγρας πελατείας και κατεύθυνσης των πολιτών προς ιδιωτικά ιατρεία.

Στη σωστή κατεύθυνση είναι η ένταξη των νοσοκομείων του ΙΚΑ στο ΕΣΥ, δεδομένου ότι με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται η οργανική ενοποίηση του κλάδου υγείας, που μέχρι σήμερα υπαγόταν στους φορείς κοινωνικής ασφάλισης, με το ΕΣΥ και επιτυγχάνονται τόσο η εξοικονόμηση πόρων όσο και η διασφάλιση της πρόσβασης στο υγειονομικό σύστημα με όρους ισονομίας για όλους τους πολίτες.

Αναφορικά με τα φάρμακα και προκειμένου να επιτευχθεί ο εξορθολογισμός των συστημάτων αδειοδότησης κυκλοφορίας, τιμολόγησης και αποζημίωσης των φαρμάκων, ο Ν. 3918/2011 προβλέπει μια σειρά ουσιαστικών και προς τη σωστή κατεύθυνση παρεμβάσεων, όπως: η καθιέρωση ποσού επιστροφής από ιδιωτικά φαρμακεία υπέρ των φορέων κοινωνικής ασφάλισης, ο καθορισμός τιμής κοινωνικής ασφάλισης και ποσού έκπτωσης των φαρμακευτικών εταιρειών προς τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης και τα δημόσια νοσοκομεία, στο ύψος της διαφοράς της τιμής κοινωνικής ασφάλισης από την τιμή παραγωγού ή εισαγωγέα, η μερική απελευθέρωση του επαγγέλματος των

φαρμακοποιών, η αύξηση των ωρών λειτουργίας των φαρμακείων, η δυνατότητα συστέγασης φαρμακείων με τη μορφή ομόρρυθμης εταιρείας, η προμήθεια των φαρμάκων στη νοσοκομειακή τιμή, για τις μονάδες κοινωνικής φροντίδας και για τα ΝΠΔΔ που εποπτεύονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, η μείωση του μεικτού ποσοστού κέρδους των εμπόρων φαρμακευτικών προϊόντων χονδρικής πώλησης κατά το ένα τρίτο του ισχύοντος ποσοστού, δηλαδή από 7,8% σε 5,4%, η μεταφορά του Τμήματος τιμών φαρμάκων και της Επιτροπής τιμών φαρμάκων από τη Γενική Γραμματεία Εμπορίου του Υπουργείου Οικονομίας, Ανταγωνιστικότητας και Ναυτιλίας στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και η μεταφορά των αρμοδιοτήτων του Υπουργείου Οικονομίας, Ανταγωνιστικότητας και Ναυτιλίας που αφορούν θέματα φαρμακευτικής πολιτικής στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Στον τομέα του φαρμάκου, πρόθεση της παρούσας κυβέρνησης ήταν και η ενδυνάμωση της αγοράς των γενόσημων φαρμάκων και η προώθηση της συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία και όχι την εμπορική ονομασία του φαρμάκου. Σύμφωνα με την τροπολογία, οι ιατροί των ασφαλιστικών ταμείων και του ΕΟΠΥΥ είναι υποχρεωμένοι να συνταγογραφούν αποκλειστικά και μόνο τη δραστική ουσία και τη συνιστώμενη περιεκτικότητά της και όχι την εμπορική ονομασία των φαρμάκων. Αυτό αποτελεί ένα θετικό βήμα για τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, διότι, εκτός της χαμηλότερης τιμής των γενόσημων, περιορίζεται η προκλητή συνταγογράφηση των ιατρών που οφείλεται στις ανήθικες συνδιαλλαγές τους με τις φαρμακευτικές εταιρείες.

Ένα επιπρόσθετο μέτρο για τα φάρμακα είναι η κατάρτιση, με το Ν. 3816/2010, θετικής λίστας φαρμάκων, σύμφωνα με την οποία το δημόσιο, οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης και κάθε φορέας και κλάδος ασφάλισης δικαιούχων περίθαλψης εγκρίνουν και εξοφλούν ιατρικές συνταγές μόνο εφόσον αυτές περιλαμβάνουν φάρμακα που περιέχονται στην εν λόγω λίστα. Στο πλαίσιο αυτό διαμορφώνονται τιμές αναφοράς για κάθε θεραπευτική κατηγορία, η οποία αποτελεί την ανώτατη τιμή αποζημίωσης από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης των θεραπευτικών προϊόντων ολόκληρης της θεραπευτικής κατηγορίας. Το μέτρο αυτό συνέβαλε στη μείωση των τιμών των φαρμάκων σε επίπεδα κατώτερα αυτών που προσδιορίζονταν μέχρι τότε. Εκτός όμως της θετικής λίστας, από τον Απρίλιο του 2011<sup>9</sup>, έχει καταρτιστεί και αρνητική λίστα φαρμάκων, η οποία περιέχει

<sup>9</sup> Απόφαση Αριθμ. ΔΥΓ3α/οικ.32294, ΦΕΚ 559Β-8/5/2011

φαρμακευτικά προϊόντα που χορηγούνται με ιατρική συνταγή και δεν αποζημιώνονται από την κοινωνική ασφάλιση. Η χρήση της αρνητικής λίστας μπορεί να μειώσει τη φαρμακευτική δαπάνη με τον όρο, όμως, ότι δεν θα αυξηθεί ο όγκος των συνταγογραφούμενων φαρμάκων που εμπεριέχονται στη θετική λίστα. Θα πρέπει, ωστόσο, και πάλι να επισημανθεί το γεγονός ότι οι λίστες φαρμάκων και ο έλεγχος των τιμών μόνο εν μέρει μπορούν να περιορίσουν τις φαρμακευτικές δαπάνες.

Εκτός των παραπάνω θεσμικών παρεμβάσεων, έχουν υιοθετηθεί επιπρόσθετα μέτρα τα οποία αφορούν τη διακυβέρνηση και την παρακολούθηση του συστήματος υγείας. Μεταξύ αυτών είναι:

1. Η καθιέρωση περισσότερης δημοσιονομικής και λειτουργικής επίβλεψης των δαπανών υγείας από τον Υπουργό Οικονομικών, η δημοσίευση ελεγμένων λογαριασμών των νοσοκομείων και η βελτίωση των μηχανισμών τιμολόγησης και κοστολόγησης.
2. Η ολοκλήρωση προγράμματος μηχανοργάνωσης των νοσοκομείων, με την αναβάθμιση των συστημάτων κατάρτισης των προϋπολογισμών τους και τη μεταρρύθμιση των συστημάτων διοίκησης, λογιστικής διαχείρισης, συμπεριλαμβανομένου και διπλογραφικού λογιστικού συστήματος και χρηματοοικονομικής διαχείρισης.
3. Η δημοσίευση μηνιαίων στατιστικών στοιχείων, σε ταμειακή βάση, για τα έσοδα, τις δαπάνες, τη χρηματοδότηση και τις ληξιπρόθεσμες οφειλές (χρέη) των νοσοκομείων.
4. Η δημιουργία στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης δύο διαδικτυακών βάσεων, του «Esy.net», για τη συλλογή και αποτίμηση μηνιαίων λειτουργικών και οικονομικών δεδομένων των δημόσιων νοσοκομείων, και του Υγειονομικού Χάρτη, για την παρακολούθηση της περιφερειακής κατανομής των υγειονομικών πόρων και του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Η συμβολή αυτών των δύο εργαλείων αναμένεται να είναι σημαντική για την αποδοτικότερη χρήση των πόρων υγείας και την τεκμηριωμένη διαμόρφωση και εφαρμογή πολιτικής υγείας. Ωστόσο θα πρέπει να αντιμετωπιστούν ορισμένες ανεπάρκειες που εμφανίζονται. Μια τέτοια ανεπάρκεια είναι ότι, ενώ στις δύο αυτές βάσεις υπάρχουν δεδομένα για τον αριθμό και τη σύνθεση του ανθρώπινου υγειονομικού δυναμικού, δεν αποτυπώνονται οι δεξιότητες του προσωπικού για την παροχή συγκεκριμένων υπηρεσιών.

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

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

Μια ακόμα θεμελιώδης δομική παρέμβαση αφορά τη λειτουργική αναδιάταξη των μονάδων του ΕΣΥ, το τελικό σχέδιο της οποίας παρουσιάστηκε από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στις αρχές του Ιουλίου του 2011 (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011). Στόχοι αυτής της παρέμβασης είναι η συνδιοίκηση νοσοκομείων, η συνένωση ομοειδών κλινικών μονάδων και εργαστηρίων εντός του ίδιου νοσοκομείου ή νοσοκομείων που γειτνιάζουν, η μετατροπή μικρών μονάδων (γενικών νοσοκομείων – κέντρων υγείας) σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ή βραχείας, εξειδικευμένης νοσηλείας, η συγχώνευση ομοειδών δραστηριοτήτων σε υποστηρικτικές υπηρεσίες (διοικητικές, τεχνικές, ξενοδοχειακές κ.λπ.) και η ορθολογική κατανομή προσωπικού και άλλων πόρων. Σύμφωνα με το σχέδιο, θα επιδιωχθεί η μείωση των διοικητικών συμβουλίων από 133 σε 83, των διοικητών σε 78, το σύνολο διοικητών και αναπληρωτών διοικητών από 175 σε 145. Επιπροσθέτως, οι λειτουργούσες κλίνες από 35.000 με κάλυψη περίπου 70% θα μειωθούν σε 33.000 με κάλυψη περίπου 80%, οι οποίες θα αναλογούν περίπου σε 400 ανά νοσοκομειακό συγκρότημα. Μεταξύ των προτεινόμενων κλινών, περίπου 550 κλίνες θα ονομαστούν «ειδικές θέσεις», με στόχο να διατεθούν σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. Τέλος, από τα 2.000 συνολικά τμήματα ή

μονάδες, 360 περίπου προτείνεται να συνενωθούν, με αποτέλεσμα ο συνολικός αριθμός των λειτουργούντων κλινικών και μονάδων να περιοριστεί σε κάτω από 1.700. Από την παραπάνω παρέμβαση, είναι δυνατό να επιτευχθούν οικονομίες κλίμακας, καλύτερη αξιοποίηση των πόρων και αποδοτικότερη και αποτελεσματικότερη λειτουργία των μονάδων υγείας, καθώς θα προκύψει μείωση αναγκών εφημερίας ιατρών και απαιτήσεων για επικουρικούς ιατρούς, μείωση της κατάτμησης του νοσηλευτικού προσωπικού σε πολλά μικρά νοσηλευτικά τμήματα, που οδηγεί σε αδυναμία να διεκπεραιωθούν οι βάρδιες του νοσηλευτικού προσωπικού, μείωση των απαιτήσεων σε αποθέματα/ανάγκες φαρμάκων και υγειονομικού υλικού που βρίσκεται στα φαρμακεία των τμημάτων, λόγω μείωσης του αριθμού των τμημάτων και άρα και των αντίστοιχων φαρμακείων και διαχειρίσεων/προμηθειών, μείωση του διοικητικού κόστους συντονισμού και τροφοδοσίας των νοσηλευτικών τμημάτων και παράλληλα μείωση των γραφειοκρατικών διαδικασιών, συνεπώς και λειτουργικών δαπανών. Ένα σημείο ωστόσο, θα πρέπει να προσεχθεί ιδιαίτερα. Η δέσμευση κλινών σε δημόσια νοσοκομεία για αποκλειστική χρησιμοποίηση από ασφαλισμένους ιδιωτικών εταιρειών θα αυξήσει τα έσοδα των νοσοκομείων, ωστόσο θα δυσκολέψει την πρόσβαση των πολιτών σε αυτά, ιδιαίτερα για ειδικότητες όπου υπάρχουν μεγάλες λίστες αναμονής. Το πρόβλημα θα ενταθεί, δεδομένης της στροφής που παρατηρείται από τους πολίτες προς τη χρησιμοποίηση δημόσιων υπηρεσιών υγείας και περιορισμού της προσφυγής τους σε ιδιωτικές υπηρεσίες, δεδομένης της σημαντικής μείωσης του εισοδήματός τους λόγω της πολιτικής ακραίας λιτότητας που εφαρμόζεται.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:

### ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

#### 3.1 Στην ψυχική υγεία

##### 3.1.1 Ψυχικές διαταραχές

Η παγκόσμια οικονομική κρίση που πλήττει στις μέρες μας και την ελληνική κοινωνία αποτελεί έναν παράγοντα πολλαπλών ανατροπών με σημαντικές συνέπειες τόσο στο επίπεδο της συλλογικής λειτουργίας, όσο και στο ατομικό επίπεδο. Η ζωή και η προσωπικότητα του σύγχρονου ανθρώπου είναι δομημένες πάνω στην εργασία και την οικονομική του επιφάνεια με αποτέλεσμα η εργασία να συντελεί στο προσδιορισμό τόσο της ταυτότητας όσο και της εικόνας εαυτού. Έτσι, πέρα από τα πρακτικά προβλήματα που αντιμετωπίζει όποιος βλέπει το εισόδημά του να περικόπτεται ή να εξανεμίζεται, εξίσου σημαντική είναι και η «συμβολική» κατάρρευση που υφίσταται. Η εργασία και η κοινωνική αυτοπεποίθηση που συνδέεται με αυτήν, επηρεάζει τον τρόπο αλληλεπίδρασης με τους άλλους, ακόμα και αν είναι οι φίλοι, οι συγγενείς, ο σύντροφος, το παιδί. Έντονη άλλωστε είναι η αίσθηση των ανέργων για προσωπική ανεπάρκεια και αδυναμία.

Αναλογιζόμενοι μάλιστα πως σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας<sup>10</sup> ως υγεία ορίζεται όχι μόνο η απουσία νόσου, αλλά και η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, γίνεται πλέον αντιληπτό ότι η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της θα επηρεάσουν τη σωματική και ψυχική υγεία. Η σχέση δε ανάμεσα στην εργασία και στους δείκτες υγείας του πληθυσμού έχει αποδειχθεί πολλάκις και αποδεικνύεται ακόμη ιδιαίτερος ισχυρή. Η εργασιακή ασφάλεια ευνοεί την υγεία, την ευημερία και την εργασιακή ικανοποίηση, ενώ η ανεργία, η ανασφάλεια εντείνουν το άγχος και αυξάνουν τον κίνδυνο σωματικών και ψυχικών ασθενειών.

Οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι η απώλεια της εργασίας αυξάνει τον κίνδυνο ψυχιατρικών διαταραχών και των σωματικών επιπτώσεών τους. Πολλές μελέτες συγκλίνουν στη παραδοχή μίας ισχυρής συνάφειας ανάμεσα στην ανεργία και στην αύξηση της κατάθλιψης, του άγχους, της χρήσης ουσιών και της αντικοινωνικής συμπεριφοράς (Murphy και Athanasou, 1999).

---

<sup>10</sup> Διαθέσιμο: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>



Μία ενδελεχής μελέτη της βιβλιογραφίας από τους Paul και Moser σχετικά με τις επιδράσεις της ανεργίας στη ψυχική υγεία έδειξε πως ο μέσος όρος των ατόμων που είχαν ψυχολογικά προβλήματα ήταν υπερδιπλάσιος για τους ανέργους (34%), συγκρινόμενος με τα άτομα που εργάζονταν (16%). Επιπλέον, σημαντικές διαφορές διαπιστώθηκαν μεταξύ των ανέργων και των ατόμων που απασχολούνταν σε βασικές παραμέτρους ενδεικτικές της ποιότητας της ψυχικής υγείας του ατόμου, όπως π.χ. το άγχος, η κατάθλιψη, τα ψυχοσωματικά συμπτώματα, την αίσθηση ικανοποίησης από τη ζωή, το αίσθημα αυτοεκτίμησης, κλπ (Paul και Moser, 2009).

Η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση επίσης παίζει σημαντικό ρόλο, με τα άτομα χαμηλότερης οικονομικής κατάστασης να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά ανεργίας και μεγαλύτερη δυσκολία διαχείρισής της, κάτι που επηρεάζει και τη ψυχική διάθεση των ατόμων αυτών (Schaufeli και Yperen, 1992). Επιπλέον, και οι οικονομικοί μετανάστες πλήττονται σε μεγαλύτερο βαθμό από την οικονομική κρίση με κίνδυνο να εμφανίσουν ζητήματα αναφορικά με την υγεία τους (Shams και Jackson, 1994). Πρόσφατη ανασκόπηση, επίσης, τεκμηριώνει τη συσχέτιση μεταξύ φτώχειας και ψυχικών διαταραχών. Παράγοντες όπως οι κοινωνικές διακρίσεις, ο κοινωνικός αποκλεισμός, η ανασφάλεια, η ελλιπής εκπαίδευση, η φτώχεια, φαίνεται να συντελούν ενεργά στη μεγιστοποίηση των επιπτώσεων της κρίσης στα κατώτερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα (Patel και Kleinmann, 2003).

Ωστόσο, η οικογενειακή κατάσταση είναι ένας παράγοντας καθοριστικός για τη στήριξη της ψυχικής υγείας του ατόμου σε καταστάσεις οικονομικής κρίσης. Από μελέτες προκύπτει ότι η ύπαρξη συζύγου ή σταθερού συντρόφου μπορεί να αποτελέσει όχι μόνο συναισθηματικό στήριγμα, αλλά και χειροπιαστή βοήθεια για την αντιμετώπιση των οικονομικών αναγκών μέσω της οικονομικής συμβολής του (Vaananen et al., 2005) & (Leana και Feldman, 1991).

Επιπρόσθετα, μελέτες δείχνουν ότι και η ηλικία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, με τα άτομα μέσης ηλικίας να υποφέρουν περισσότερο από την ανεργία (Broomhall και Winefield, 1990), χωρίς ωστόσο να λείπουν και τα ερευνητικά δεδομένα όπου το γεγονός της ανεργίας μετά τις σπουδές οδηγεί σε σημαντική επιδείνωση της ψυχικής υγείας (Paul και Moser, 2009).

Οι «ευαίσθητοι» εργαζόμενοι ή τα άτομα που νοσούν ήδη από κάποιο ψυχικό νόσημα ανήκουν και αυτοί στις ομάδες του πληθυσμού που πλήττονται σαφώς περισσότερο από

την οικονομική κρίση. Η εργασιακή ανασφάλεια, στην περίπτωση τους, καθώς και το άγχος που αυτή επιφέρει, λειτουργούν ιδιαίτερος ψυχοπρεστικά, εντείνοντας τις ήδη υπάρχουσες δυσκολίες του ατόμου. Επιπλέον, μεσούσης της οικονομικής κρίσης και οι εργοδότες γίνονται λιγότερο «ανεκτικοί», εντοπίζουν τους «αδύναμους κρίκους» και τους απολύουν γρηγορότερα. Ένας φαύλος κύκλος δημιουργείται λοιπόν με αυτόν τον τρόπο, όπου η ψυχική ασθένεια οδηγεί στην απώλεια της εργασίας και στη φτώχεια, αλλά όπου και η ανεργία οδηγεί στην εμφάνιση ή στην επιδείνωση της ψυχικής ασθένειας (Aro et al., 1995).

Επίσης, οι αρνητικές επιπτώσεις της ανεργίας παρουσιάζονται πιο έντονα σε μακροχρόνια ανέργους ( $\geq 12$  μήνες), σε σχέση με την ολιγόμηνη ανεργία (Paul και Moser, 2009).

### **3.1.2 Αυτοκτονίες**

Η οικονομική κρίση από την οποία διέρχεται η χώρα μας τα τελευταία χρόνια, και η οποία έχει συνέπεια τη ραγδαία αύξηση της ανεργίας αλλά και τη δραστηκότατη μείωση του Κράτους Πρόνοιας, επιφέρει αρνητικές συνέπειες για τις διάφορες πτυχές της καθημερινής ζωής, συμπεριλαμβανομένης της ψυχικής υγείας των πολιτών γεγονός που φαίνεται ότι απετέλεσε πολύ καλό υπόβαθρο για την αύξηση των αυτοκτονιών.

#### *Παράγοντες εμφάνισης αυτοκτονιών*

Τα αίτια των αυτοκτονιών είναι κυρίως ψυχολογικά. Σε αυτές τις περιπτώσεις τα περιστατικά αυξήθηκαν διότι άνθρωποι με ψυχολογικά προβλήματα που λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή, δεν μπορούσαν να προμηθευτούν τα φάρμακά τους λόγω των κλειστών φαρμακείων και των προβλημάτων στον τομέα της υγείας. Έτσι η κατάστασή τους επιδειωνόταν. Ωστόσο πολλές από τις απόπειρες έγιναν για οικονομικούς λόγους.

Επισημαίνεται παράλληλα ότι δεν υπάρχει μόνο ένας καθολικά αποδεκτός παράγοντας που προκαλεί στον άνθρωπο τέτοιας ακραίας μορφής αυτοκαταστροφικές τάσεις αλλά πρόκειται για φαινόμενο πολυπαραγοντικό που σχετίζεται με εξωγενείς παράγοντες (κοινωνικούς, οικογενειακούς, επαγγελματικούς κλπ) όσο και με ατομικούς -εσωτερικούς (ψυχολογικοί, συναισθηματικοί, προσωπικότητα ατόμου κλπ).

Στην Ελλάδα που είχε ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών στην Ευρώπη αλλά και παγκοσμίως,<sup>11</sup> η αύξηση του αριθμού των ανθρώπων που επιχειρούν να δώσουν τέλος στη ζωή τους μην αντέχοντας την σκληρή καθημερινότητα και το «κυνήγι» της επιβίωσης, λόγω της κρίσης προκαλεί σοκ και συγκλονίζει.<sup>12</sup> Όπως λένε οι ειδικοί τα επόμενα χρόνια οι αυτοκτονίες θα αποτελούν δεύτερη αιτία θανάτου στη χώρα.

Σύμφωνα με τα στοιχεία που έδωσε στη δημοσιότητα το Αρχηγείο της Ελληνικής Αστυνομίας για τα ποσοστά των αυτοκτονιών στην Ελλάδα την τελευταία τριετία από το 2009 έως 10.12.2011, προκύπτει ότι οι τελεσθείσες αυτοκτονίες ή απόπειρες αυτοκτονίας ανήλθαν σε 1.727.

Συνολικά το 2009 οι περιπτώσεις αυτοκτονιών (τελεσμένες - απόπειρες) ανήλθαν σε 507, ενώ το 2010 παρουσίασαν σημαντική αύξηση της τάξης του 22,5%, φθάνοντας στις 622 και παρέμειναν περίπου στο ίδιο επίπεδο, το 2011, καθώς, τα άτομα που έθεσαν ή αποπειράθηκαν να θέσουν τέλος στη ζωή τους, ανήλθαν σε 598.

Ακολουθούν αναλυτικά οι περιπτώσεις αυτοκτονιών (τελεσμένες και απόπειρες) ανά περιφέρεια που διαβιβάστηκαν στη Βουλή από τον υπουργό Προστασίας του Πολίτη Χρήστο Παπουτσή:

---

<sup>11</sup> Διαθέσιμο: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/country\\_reports/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html)  
(βλ. Πίνακας Π.Α.1)

<sup>12</sup> Διαθέσιμο: <http://www.globalpost.com/dispatch/news/regions/europe/121123/greece-suicide-attempts-are-increasing-new-figures-show>

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1: Οι περιπτώσεις αυτοκτονιών (τελεσμένες και απόπειρες) ανά περιφέρεια

	2009	2010	2011
ΑΤΤΙΚΗ	158	178	198
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ	55	98	97
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ ΘΡΑΚΗ	30	39	30
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	34	42	25
ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	9	11	15
ΗΠΕΙΡΟΣ	16	18	16
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	32	56	46
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	34	28	25
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	41	45	36
ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	32	41	41
ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	12	10	8
ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	5	12	9
ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	12	14	13
ΚΡΗΤΗ	37	30	39
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>507</b>	<b>622</b>	<b>598</b>

Να σημειωθεί ότι με βάση τα στοιχεία του Αρχηγείου της Ελληνικής Αστυνομίας οι απόπειρες αυτοκτονίας από τον Μάιο του 2010 έως και το Δεκέμβριο του 2012 ανήλθαν σε 837.

Τα ίδια συμπεράσματα βγαίνουν και από τις κλήσεις στην γραμμή Παρέμβασης για την Αυτοκτονία 1018 που είναι η πρώτη και μοναδική στην Ελλάδα τηλεφωνική γραμμή υποστήριξης και παρέμβασης στην κρίση για την πρόληψη των αυτοκτονιών. Λειτουργεί με την υποστήριξη και εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, σε εικοσιτετράωρη βάση, επτά ημέρες την εβδομάδα, και δέχεται κλήσεις από όλη την Ελλάδα, με αστική χρέωση. Η Γραμμή στελεχώνεται από επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ψυχολόγους και ψυχιάτρους.

Τα τελευταία στοιχεία που διαθέτει η κλίμακα δείχνουν ότι το 2011 έγιναν 3.200 τηλεφωνικές κλήσεις από ανθρώπους που σκέφτονταν να κάνουν κακό στον εαυτό τους. Από αυτούς, το 18% είχε ιστορικό απόπειρας, ενώ το 28% ανέφερε οικονομικά

προβλήματα. Ένα μεγάλο ποσοστό περίπου 90% των αυτοχειρών έχουν σοβαρή σωματική ή ψυχική νόσο (κυρίως κατάθλιψη).

Εάν εστιάσουμε την προσοχή μας στις αυτοκτονίες λόγω της οικονομικής κρίσης, θα παρατηρήσουμε ότι:

- Η οικονομική καταστροφή και δυσπραγία στην εποχή μας έχει χαρακτηριστικά ενός συνεχούς και παρατεταμένου άγχους. Δεν είναι εύκολο τώρα κάποιος να ανακάμψει από οικονομική καταστροφή, ανέχεια ή ανεργία. Το παρατεταμένο άγχος είναι εξαιρετικά ψυχοφθόρο για τον ανθρώπινο ψυχισμό.
- Η αυτοκτονία μοιάζει τελικά σαν τη μόνη διέξοδο να γλυτώσει κανείς από τον πόνο της ανέχειας, της κοινωνικής υποβάθμισης, της αυτουποτίμησης, της αδυναμίας να βρεθούν διέξοδοι.
- Μαζί με την οικονομική κρίση συνήθως έρχεται κρίση και σε όλες τις κοινωνικές, οικογενειακές, προσωπικές σταθερές. Ο γάμος συχνά κλονίζεται, οι φιλίες αποδεικνύονται πολύ λιγότερες ή ανύπαρκτες την ώρα της κρίσης, το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον περιορίζεται συνήθως στο ‘τσάι και συμπάθεια’ ή μάλλον μόνο στη ‘συμπάθεια’. Το κράτος έχει μεγάλες αδυναμίες στήριξης των ανέργων και οικονομικά πασχόντων.
- Είναι εύκολα αντιληπτό ότι όσο πιο ψηλά ευρίσκεται κανείς, τόσο μεγαλώνει η επίπτωση από την πτώση. Οι πλούσιοι που ξαφνικά γίνονται φτωχοί βιώνουν δραματική διαφορά στην καθημερινότητά τους.
- Οι περισσότεροι που οδηγούνται στην αυτοκτονία, είναι νεόπλουτοι. Δεν είναι λίγες οι αυτοκτονίες επιφανών επιχειρηματιών που έχουμε ακούσει τον τελευταίο χρόνο. Η ζωή αυτών των ανθρώπων ήταν τα λεφτά τους, καλύπτοντας με αυτό τον τρόπο κάθε συναισθηματικό κενό καθώς και την έλλειψη της ουσιαστικής ευτυχίας στη ζωή τους. Και ποιο είναι το αποτέλεσμα; Χάνοντας τα χρήματα τους ή έχοντας πάρα πολλά χρέη στα οποία δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν, να τους απομένει εν τέλει μόνο το κενό. Επόμενο βήμα γι’ αυτούς; Να δώσουν τέλος στη ζωή τους.

Ένα άλλο ποσοστό όμως ανήκει στην κατηγορία αυτών που δεν είναι σωματικά ή ψυχικά άρρωστοι, αλλά που ξαφνικά, έχασαν τα πάντα. Δεν έχασαν μόνο τα λεφτά τους, έχασαν, κυρίως, την υπόληψή τους, το κύρος, το “πρόσωπο”, που είχαν στην κοινωνία. Μπορούμε να προσθέσουμε και το αυτονόητο, ότι έχασαν και τον αυτοσεβασμό τους,

αφού αυτοκτόνησαν. Οι αυτοκτονίες αυτές που συνέβησαν για οικονομικούς λόγους αφορούν κυρίως άνδρες οικογενειάρχες ηλικίας από 35 έως 50 ετών, ελεύθεροι επαγγελματίες ή επιχειρηματίες που ξαφνικά ανοίχτηκαν επικίνδυνα και δεν μπόρεσαν να αντεπεξέλθουν στις υποχρεώσεις τους ή έχασαν τις δουλειές τους. Η απελπισία και η απόγνωση τους έκανε να φθάσουν στα άκρα. Τα στατιστικά στοιχεία λένε πως επιλέγουν να δώσουν τέλος στη ζωή τους «βουτώντας» στο κενό από το σπίτι ή το γραφείο τους, με τη λήψη χαπιών, να απαγχονιστούν ή να αυτοπυροβοληθούν.<sup>13</sup>

Πέρα από την ηλικία των ανθρώπων που οδηγούνται στην αυτοκτονία, υπάρχει και ο παράγοντας του φύλου. Αν κάνετε μια αναδρομή στις αυτοκτονίες που έχετε ακούσει τον τελευταίο μήνα, με έκπληξη θα διαπιστώσετε ότι σε πολύ μεγάλο ποσοστό είναι άντρες. Μια πιθανή εξήγηση σε αυτό είναι ότι οι άντρες ταυτίζονται με τη δουλειά τους. Ταυτίζουν την ύπαρξη τους με την οικονομική και κοινωνική τους επιτυχία. Έτσι, η οικονομική καταστροφή τους ή η κατάσταση της ανεργίας τους οδηγεί στην απόγνωση, στην απελπισία και στη συνέχεια στην αυτοχειρία. Οι γυναίκες δεν ταυτίζονται με τη δουλειά τους και γι' αυτό αντιμετωπίζουν παρόμοιες καταστάσεις με περισσότερη υπομονή.

#### *Αντιμετώπιση-Πρόληψη των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στη ψυχική υγεία*

Είναι προφανές ότι συνθήκες αβεβαιότητας και επισφάλειας παρατηρούνται ιδίως σήμερα, στις ιδιαίτερες συνθήκες που συνδιαμορφώνουν η οικονομική κρίση και η αδυναμία της πολιτείας ή/και των πολιτών να προσδιορίσουν μια έξοδο από αυτήν.

Η βασική και σημαντική πρόκληση της εποχής είναι να αντιμετωπιστεί η αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών ψυχικής υγείας που συνδυάζεται με ενδεχόμενο περιορισμό της χρηματοδότησης, δίνοντας πάντα έμφαση στη διατήρηση της ποιότητας των υπηρεσιών, την αποτελεσματικότητά τους και το συμφέρον των ασθενών.

Η αντιμετώπιση λοιπόν της τρέχουσας οικονομικής κρίσης είναι σημαντικό να επιτευχθεί μέσα από τη διασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου ζωής των πολιτών, αλλά και μέσω της οργάνωσης ενός ευρύτατου κοινωνικού δικτύου, που θα βρίσκεται δίπλα στο άτομο σε αυτές τις στιγμές της μεγάλης δυσφορίας, υπενθυμίζοντάς του ότι κοινωνία σημαίνει πρωτίστως κοινωνική αλληλεγγύη και συλλογικές δράσεις και παρεμβάσεις.

<sup>13</sup> (καθηγήτρια Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών, Χαρά Σπηλιοπούλου,)

### 3.1.3. Ναρκωτικά

Η οικονομική κρίση έχει ήδη επιδεινώσει τις συνθήκες ζωής και την καθημερινότητα των πολιτών δημιουργώντας ένα περιβάλλον ανασφάλειας και αβεβαιότητας για το παρόν και το μέλλον. Οι άνθρωποι που έχουν υποστεί σημαντική μείωση του εισοδήματός τους ή έχουν χάσει τη δουλειά τους βιώνουν έντονες συναισθηματικές επιπτώσεις, όπως άγχος, κατάθλιψη, ψυχοσωματικά συμπτώματα κ.ά. Ως εκ τούτου η καταφυγή σε νόμιμες ή παράνομες ουσίες ή στον τζόγο μπορεί να λειτουργήσει ως μηχανισμός ανακούφισης, καθώς ο άνθρωπος «ξεφεύγει» από την πραγματικότητα /καθημερινότητα.

Επιπλέον, η οικονομική κρίση αναμένεται να έχει σημαντικό αντίκτυπο στην αγορά ναρκωτικών, για παράδειγμα με την αύξηση της ζήτησης των παράνομων ναρκωτικών, σύμφωνα με τα πορίσματα μελέτης που δημοσίευσε σήμερα η Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Η μελέτη αυτή αποκαλύπτει ότι περισσότεροι νέοι επιδίδονται στην πώληση ή την παραγωγή ναρκωτικών, ιδίως της ιδιωτικά καλλιεργούμενης κάνναβης, για να αποκομίσουν οικονομικά οφέλη.<sup>14</sup>

Η κρίση δεν οξύνει μόνο τα κοινωνικά προβλήματα, αλλά περιορίζει δραματικά και τις δυνατότητες αντιμετώπισής τους, επειδή οδηγεί σε συρρίκνωση την κοινωνική πολιτική και το κράτος πρόνοιας. Υπηρεσίες και προγράμματα στο χώρο της υγείας και της κοινωνικής φροντίδας χρειάζεται να αναπροσαρμόσουν τη στρατηγική τους, για να αντεπεξέλθουν στους μειωμένους προϋπολογισμούς, την αδυναμία προσλήψεων και τις επιπτώσεις που έχουν στους εξυπηρετούμενους αλλά και το προσωπικό τους η κρίση και τα μέτρα λιτότητας.<sup>15</sup> Οι περικοπές των προϋπολογισμών που διατίθενται για την πολιτική στον τομέα των ναρκωτικών και τις δομές υποστήριξης, αφορούν ιδίως για μέτρα θεραπείας, αποκατάστασης και μείωσης των επιβλαβών συνεπειών.<sup>16</sup>

Για παράδειγμα, το ΚΕΘΕΑ ή άλλοι παρόμοιοι φορείς που αντί να υποστηριχθούν επιπλέον, ώστε να παίζουν το ρόλο τους στη θωράκιση του κοινωνικού συνόλου και τη διαχείριση του φαινομένου, βρέθηκαν με κονδύλια μειωμένα κατά 21% σε σχέση με το

<sup>14</sup> Διαθέσιμο: [http://europa.eu/rapid/press-release\\_IP-13-220\\_el.htm](http://europa.eu/rapid/press-release_IP-13-220_el.htm)

<sup>15</sup> Διαθέσιμο:

<http://www.kethea.gr/Portals/0/Uploads/docs/KETHEA%20apologismos%202011%20Low.pdf>

<sup>16</sup> Διαθέσιμο: [http://europa.eu/rapid/press-release\\_IP-13-220\\_el.htm](http://europa.eu/rapid/press-release_IP-13-220_el.htm)

2009, ενώ παράλληλα το 2011 εξυπηρετήθηκαν περίπου 20.000 χρήστες ουσιών, από τους οποίους πάνω από 60% δήλωσαν άνεργοι.<sup>17</sup>

Οι επιπτώσεις της κρίσης είναι πιο έντονες για τους ευάλωτους πληθυσμούς, όπως οι χρήστες ουσιών, που ήταν ήδη πολλαπλώς επιβαρυνμένοι πριν από αυτήν. Μεταξύ των χρηστών που κάνουν ενδοφλέβια χρήση ουσιών ο αριθμός νέων κρουσμάτων HIV αυξήθηκε ραγδαία. Εξίσου ανησυχητικά αυξάνονται και οι δείκτες επιπολασμού της ηπατίτιδας C. Σύμφωνα με έρευνα του Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ) στην τελευταία τριετία, η αύξηση των χρηστών νόμιμων και παράνομων ουσιών, οι οποίοι μάλιστα πολλές φορές προκειμένου να εξασφαλίσουν τη δόση τους, στερούμενοι χρημάτων, επιλέγουν οικονομικότερες αλλά και πιο επικίνδυνες ουσίες, όπως η νέα ουσία «σίσα».

Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν 148 εξαρτημένοι χρήστες που προσεγγίστηκαν σε διάφορες πιάτσες του κέντρου της Αθήνας, το 95 % των χρηστών γνωρίζει την ύπαρξη της ουσίας και το 68,5% κάνει περιστασιακή χρήση της. Η ουσία, που έχει βάση την κρυσταλλική μεθαμφεταμίνη, είναι διεγερτική και προκαλεί επιθετικότητα, ενώ δεν καταστέλλει την ερωτική επιθυμία όπως τα οπιοειδή. Καταναλώνεται κυρίως με κάπνισμα (όπως δήλωσε το 68,8% από τους ερωτηθέντες που την είχαν χρησιμοποιήσει) αλλά και ενέσιμα (15,5% από τους ερωτηθέντες που την είχαν χρησιμοποιήσει). Η «σίσα» είναι φθηνή, καθώς η τιμή της δόσης προσδιορίζεται σε περίπου 2 με 3 ευρώ, είναι εύκολα διαθέσιμη, αλλά και ιδιαίτερα επικίνδυνη για την υγεία και τη ζωή των χρηστών.

Επίσης, η μελέτη επιβεβαιώνει ότι η επιβολή νόμων κατά της παραγωγής και της διανομής κάνναβης αυξάνει σημαντικά την τιμή του εν λόγω ναρκωτικού. Αυτό, σύμφωνα με τη μελέτη, συμβαίνει επειδή οι παραγωγοί και οι έμποροι ναρκωτικών απαιτούν αντιστάθμιση για τους κινδύνους σύλληψης, φυλάκισης, κατάσχεσης και βίαιης σωματικής βλάβης που διατρέχουν, καθώς και για το κόστος που συνδέεται με την ανάγκη να ενεργούν με καλυμμένο τρόπο.

Εξάλλου, σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης των Ναρκωτικών και της Τοξικομανίας το πρόβλημα των νέων ψυχοτρόπων ουσιών επιτείνεται συνεχώς. Συνολικά 49 νέες ψυχοτρόπες ουσίες γνωστοποιήθηκαν επίσημα για πρώτη φορά το 2011

---

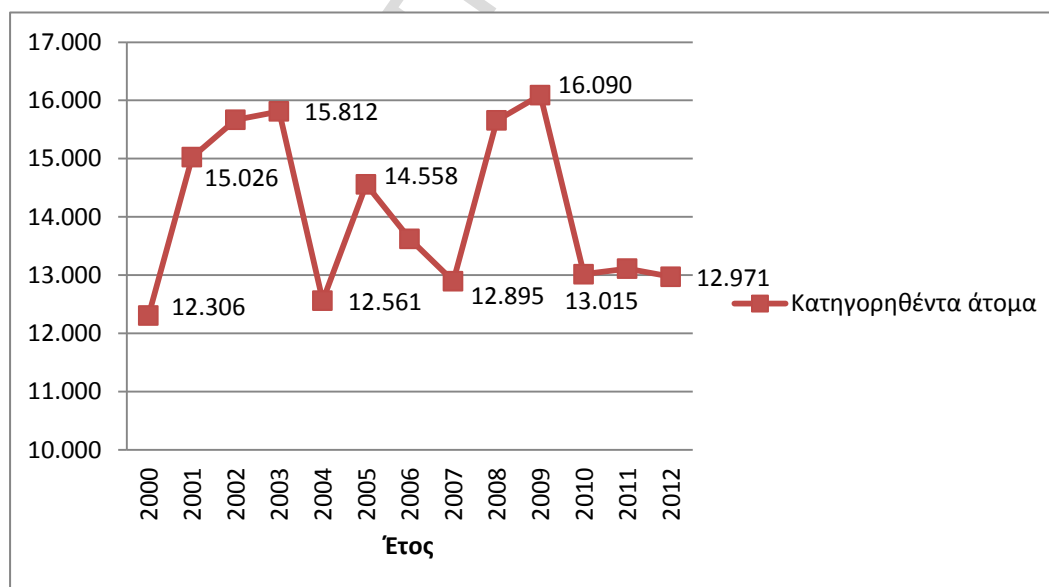
<sup>17</sup> Διαθέσιμο: [www.talkingdrugs.org](http://www.talkingdrugs.org)



μέσω του συστήματος έγκαιρης προειδοποίησης της ΕΕ. Πρόκειται για το μεγαλύτερο αριθμό που έχει αναφερθεί ποτέ εντός ενός μόνον έτους, καθώς υπερβαίνει τις 41 ουσίες που αναφέρθηκαν το 2010 και τις 24 του 2009. Εξάλλου, από τα προκαταρκτικά στοιχεία του 2012 δεν προκύπτει μείωση δεδομένου ότι έχουν ήδη αναφερθεί 50 ουσίες. Συγχρόνως, η χρήση των «παραδοσιακών ναρκωτικών» όπως η ηρωίνη και η «έκσταση» παραμένει γενικώς σταθερή και στην παράνομη αγορά ναρκωτικών διοχετεύονται νέα ναρκωτικά, καθώς οι έμποροι εκμεταλλεύονται χημικές ουσίες για τις οποίες δεν έχουν επιβληθεί κανόνες σε διεθνές επίπεδο. Η διάθεση αυτών των ναρκωτικών μέσω του διαδικτύου αυξάνει συνεχώς με αποτέλεσμα να διαδίδονται ταχέως σε πολλά κράτη μέλη που δυσκολεύονται να εμποδίσουν την πώλησή τους.

Παράλληλα, περισσότερα νέα ναρκωτικά εισέρχονται στην αγορά. Κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων ετών, εμφανίζεται μια νέα ουσία κάθε εβδομάδα. Τα κράτη μέλη δεν μπορούν από μόνα τους να σταματήσουν τη διάδοση των ναρκωτικών καθώς οι απαγορεύσεις σε εθνικό επίπεδο έχουν συχνά ως αποτέλεσμα να αναγκάζουν τους εγκληματίες να μεταφέρουν την παραγωγή των ναρκωτικών σε γειτονικές χώρες ή να αλλάξουν τις οδούς παράνομης διακίνησης.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.1: Στατιστικά στοιχεία ναρκωτικών από το 2000 έως το 2012



Πηγή: [www.astynomia.gr](http://www.astynomia.gr)<sup>18</sup>

<sup>18</sup> Διαθέσιμη:

[www.astynomia.gr/index.php?option=ozo\\_content&perform=view&id=24794&Itemid=529&lang=&lang=](http://www.astynomia.gr/index.php?option=ozo_content&perform=view&id=24794&Itemid=529&lang=&lang=)

## 3.2 Στη σωματική υγεία

### 3.2.1 Διατροφικές συνήθειες

Την τελευταία περίοδο έχει αλλάξει σημαντικά η καταναλωτική συμπεριφορά (διατροφικές και αγοραστικές συνήθειες) στην Ελλάδα. Οι λόγοι είναι προφανείς. Η ανεργία έχει πλήξει πολλές οικογένειες, οι μισθοί έχουν μειωθεί, τα εισοδήματα συρρικνώνονται και την ίδια στιγμή, οι τιμές σε πολλά προϊόντα παραμένουν ακόμη και σήμερα σε υψηλά επίπεδα.

Ο πρόεδρος του Ινστιτούτου Καταναλωτών (INKA), Γιώργος Λεχουρίτης, επισημαίνει ότι *«το μεγάλο αγκάθι στο θέμα της κατανάλωσης στην Ελλάδα σε αυτή την πολύ δύσκολη συγκυρία, παραμένουν οι υψηλές τιμές. Είναι αδιανόητο σε αυτή την εποχή που βιώνει η χώρα μας, να εξακολουθούν να υπάρχουν διαφορές τιμών της τάξης ακόμη και 60% σε σχέση με τα αντίστοιχα προϊόντα που παράγονται και πωλούνται σε χώρες στην ΕΕ»*.<sup>19</sup>

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποίησε το Κέντρο Προστασίας Καταναλωτών (ΚΕΠΚΑ) μέσω ερωτηματολογίου, που αναρτήθηκε στην ιστοσελίδα του ΚΕ.Π.ΚΑ, το χρονικό διάστημα 1/9/2011-30/9/2011 και στην οποία συμμετείχαν 1.126 καταναλωτές από όλη την Ελλάδα διαπιστώνεται αν και με ποιο τρόπο η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει τη διατροφή και τις αγοραστικές συνήθειες των καταναλωτών, για τα προϊόντα καθημερινής ανάγκης.<sup>20</sup>

Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι:

- Οι καταναλωτές στη χώρα μας, λαμβάνουν περίπου 2,5 γεύματα ανά ημέρα, ενώ θα έπρεπε να λαμβάνουν τουλάχιστον 3 γεύματα. Πάνω από 3 στους 10 καταναλωτές δεν λαμβάνουν πρωινό, που θεωρείται το βασικότερο γεύμα της ημέρας. Ίσως αυτοί που δηλώνουν ότι τρώνε πρωινό, εννοούν ένα κουλούρι και έναν καφέ.
- Σε σχέση με το 2006, αυξήθηκε κατά 4 περίπου μονάδες το ποσοστό των καταναλωτών, που δεν τρώνε κανένα γεύμα εκτός σπιτιού (από 21,23%, το 2006, σε 25,28% το 2011). Αυξήθηκε, ελαφρώς, το ποσοστό των καταναλωτών που γευματίζουν μόνο μια φορά την εβδομάδα εκτός σπιτιού (από 36,57%, το 2006,

<sup>19</sup> Διαθέσιμο: [http://www.youtube.com/watch?v=qJ3vVzQ3G\\_E](http://www.youtube.com/watch?v=qJ3vVzQ3G_E)

<sup>20</sup> Διαθέσιμο: <http://www.kepka.org/>

σε 37,60%, το 2011). Μειώθηκε κατά περίπου 7 μονάδες το ποσοστό των καταναλωτών που γευματίζουν συχνά (2-4 φορές, την εβδομάδα) εκτός σπιτιού (από 35,04% το 2006, σε 28,32% το 2011). Εδώ φαίνονται καθαρά οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι δεν υποχώρησαν οι τιμές στα καταστήματα εστίασης.

- Οι μισοί καταναλωτές συνεχίζουν, όπως και το 2006, να μην τρώνε σε fast food. Αυξήθηκαν, κατά 4 μονάδες περίπου αυτοί που τρώνε μια φορά την εβδομάδα σε «φαστ φουντ» (από 31,07%, το 2006, σε 35,04%, το 2011).
- Το γάλα, τα γαλακτοκομικά, το ψωμί, τα λαχανικά και τα φρούτα έχουν μπει σχεδόν καθημερινά στο τραπέζι των καταναλωτών. Τα κρέατα (κόκκινα), ψάρια, τηγανητές πατάτες και αναψυκτικά έχουν περιοριστεί σε μια φορά την εβδομάδα. Τα γλυκά, τα όσπρια, τα ζυμαρικά, το κοτόπουλο και τα αυγά καταναλώνονται λίγες φορές την εβδομάδα. Τέλος, η κατανάλωση αρνιού και κατσικιού περιορίζεται σε μια φορά το μήνα.
- Το 2009, το κυρίαρχο πρόβλημα με τα τρόφιμα ήταν η ακρίβεια, με 44,97% ενώ το 2006, η ακρίβεια των τροφίμων αποτελούσε το τρίτο σοβαρότερο πρόβλημα των καταναλωτών, με 20,76%, με την ασφάλεια / υγιεινή, στην πρώτη θέση, με 54,43% και την κακή ποιότητα στη δεύτερη θέση, με 29,37%. Ίσως τα διατροφικά σκάνδαλα εκείνης της εποχής, να είχαν θορυβήσει τους καταναλωτές. Από το 2011, η ακρίβεια παραμένει το σημαντικότερο πρόβλημα, σε ποσοστό 44,16%. Επόμενο σημαντικό πρόβλημα, για τους καταναλωτές, είναι η ασφάλεια και η υγιεινή, με 23,57%, μειωμένο, όμως, περίπου κατά 10 μονάδες. Εντύπωση προκαλεί η αύξηση, κατά περίπου 7,5 μονάδες, του ποσοστού των καταναλωτών που δηλώνουν ότι δεν έχουν κανένα πρόβλημα.
- Το 72,16 % των καταναλωτών δήλωσαν ότι έχουν αλλάξει οι διατροφικές τους συνήθειες. Το 2006, το ποσοστό, που δήλωνε ότι είχε αλλάξει διατροφικές συνήθειες, ήταν 51,78%. Παρουσιάζεται μια σημαντική αύξηση, κατά 20 και πλέον μονάδες, αυτών που άλλαξαν διατροφικές συνήθειες, σε σχέση με το 2006.
- Βασική αιτία της αλλαγής των διατροφικών συνηθειών και το 2006 και το 2011 είναι η υγεία, με σχεδόν ίδια ποσοστά (41,74% και 41,76% αντίστοιχα), ενώ η οικονομική κατάσταση, που το 2006, επηρέαζε 2,61% των καταναλωτών, τώρα επηρεάζει το 19,91%. Υπάρχει μια σημαντική εκτίναξη, κατά 17 μονάδες.

- Το 65,44% των καταναλωτών έχει αλλάξει τη διατροφή του, λόγω οικονομικής κρίσης.

Όσον αφορά τις αγοραστικές συνήθειες προκύπτει ότι (Miller και Branscum, 2011):

- Το 26,69% των καταναλωτών δηλώνουν ότι ψάχνουν τα ίδια προϊόντα, με χαμηλότερη τιμή, σε άλλα καταστήματα, για να αντιμετωπίσουν την οικονομική κρίση. 26,31% στράφηκαν, σε προϊόντα, που παράγει το super market (ιδιωτικής ετικέτας). 25,16% των καταναλωτών δηλώνουν ότι αγοράζουν μόνο τα απαραίτητα. Τα ποσοστά αυτά δείχνουν ότι η πλειοψηφία των καταναλωτών στην Ελλάδα, έχει κάνει σημαντικές αλλαγές στον τρόπο που αγοράζει τρόφιμα. Όμως, 7 και πλέον στους 10 καταναλωτές, εξακολουθούν να αγοράζουν τις επώνυμες μάρκες, που αγόραζαν και δεν έχουν κάνει το σημαντικό βήμα της αλλαγής της μάρκας των προϊόντων, για να δώσουν μήνυμα στους προμηθευτές
- Ο χρόνος που δαπανούν οι καταναλωτές, για τα ψώνια, είναι μικρός. Το 69,10% των καταναλωτών ψωνίζει μια φορά την εβδομάδα, ή μια φορά στις 15 μέρες, ή μια φορά το μήνα. Αυτό σημαίνει ότι αγοράζει αρκετά προϊόντα. Και όμως, μόνο το 12,96% δαπανά πάνω από μια ώρα. Το ποσοστό αυτό είναι περίπου ίδιο με το ποσοστό των καταναλωτών (13,14%) που προετοιμάζει κατάλογο με τα προϊόντα που χρειάζεται στο σπίτι, αγοράζει αυτά τα προϊόντα και καταγράφει τις τιμές τους. Δηλαδή, πολύ μικρός αριθμός καταναλωτών ψάχνει, όσο πρέπει, τα προϊόντα και τις αγορές του.
- Οι Έλληνες έχουν περιορίσει σημαντικά την κατανάλωση “ακριβών” τροφίμων, καθώς έχει μειωθεί πανελλαδικά η κατανάλωση κρέατος και ψαριών. Επειδή το κρέας και τα ψάρια πωλούνται σε υψηλές τιμές, ο καταναλωτής έπρεπε να επιλέξει χαμηλότερης αξίας προϊόντα, όπως είναι το κοτόπουλο και τα ζυμαρικά, που μπορεί και αυτά να είναι ακριβά, αλλά σε σύγκριση με τα άλλα προϊόντα είναι φθηνότερα. Επίσης, αντί να αγοράσει φέτα με 8,5 ευρώ θα προτιμήσει ένα λευκό τυρί με 4 ευρώ το κιλό.
- Τα φτωχότερα στρώματα τρέφονται λιγότερο υγιεινά, καθώς καταφεύγουν συχνότερα στο προπαρασκευασμένο φαγητό ή στο «φαστ φουντ», επειδή συχνά είναι φθηνότερα από τα φρέσκα μεσογειακά προϊόντα. Μεταξύ άλλων, σύμφωνα με ιταλούς επιστήμονες, η συνέπεια είναι ότι οι φτωχοί στη Μεσόγειο κινδυνεύουν περισσότερο από παχυσαρκία. Η μελέτη διαπίστωσε ότι το ολοένα

αυξανόμενο κόστος διατροφής, συμβάλλει στην επιδημία παχυσαρκίας που εντείνεται κατά τα τελευταία χρόνια.

Σύμφωνα λοιπόν, από τα παραπάνω, το 65,44% των καταναλωτών έχει αλλάξει τις διατροφικές και αγοραστικές του συνήθειες, λόγω της οικονομικής κρίσης και της ακρίβειας των αγορών. Συγκεκριμένα, καταγράφονται σημαντικές περικοπές σε είδη καθημερινής χρήσης, αλλά και σε προϊόντα ειδικών κατηγοριών. Ακόμη, η προμήθεια βασικών ειδών διατροφής γίνεται κατά κύριο λόγο με οικονομικά κριτήρια, υπάρχει ένα σημαντικό ποσοστό που εκφράζει αδυναμία περαιτέρω περικοπών στην αγορά τροφίμων και που, στην προσπάθεια του να αντεπεξέλθει οικονομικά, δηλώνει έτοιμο να υποβαθμίσει την ποιότητα των τροφίμων που προμηθεύεται ακόμα και αν αυτά αφορούν στη διατροφή των παιδιών του. Επιπρόσθετα, η οικονομική κρίση έχει κάνει τους καταναλωτές πιο προσεκτικούς, δηλαδή τηρούν τον κατάλογο που έχουν προετοιμάσει από το σπίτι (Bonaccio et.al., 2012).

### **3.2.2 AIDS και κρίση<sup>21</sup>**

Σε αυτή την ενότητα παρουσιάζονται στοιχεία αναφορικά με τα περιστατικά του HIV και AIDS που εμφανίστηκαν στη χώρα κυρίως κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Τα στοιχεία αυτά δηλώθηκαν στο Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.) έως την 31η Δεκεμβρίου 2012.

#### *Τεχνικές παρατηρήσεις - συλλογή και διαχείριση δεδομένων*

Η αποστολή των δηλώσεων πραγματοποιείται από τις Μονάδες Λοιμώξεων, τα Κέντρα Αναφοράς και τα Νοσοκομεία της χώρας. Τα δεδομένα καταγράφονται κεντρικά στο Γραφείο HIV λοίμωξης και Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων. Οι δηλώσεις αποστέλλονται καθ' όλη τη διάρκεια του χρόνου, τα αποτελέσματα, όμως, παρουσιάζονται σε ετήσια βάση και υπόκεινται σε διορθώσεις, συμπληρώσεις και αλλαγές, σύμφωνα με τα εκάστοτε διαθέσιμα δεδομένα.

---

<sup>21</sup> Το κεφάλαιο αυτό είναι βασισμένο σε στοιχεία της Επιδημιολογικής Επιτήρησης της HIV/AIDS λοίμωξης στην Ελλάδα- Δηλωθέντα στοιχεία έως 31.12.2012 - Ετήσια έκδοση του κέντρου ελέγχου & πρόληψης νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.)

Για τις δηλώσεις των περιστατικών, χρησιμοποιούνται καθορισμένες ενιαίες φόρμες, μέσω των οποίων εξασφαλίζεται η ομοιογένεια των δεδομένων.

*AIDS*: Η δήλωση των περιπτώσεων AIDS ξεκίνησε στην Ελλάδα το 1984. Είναι ανώνυμη, απόρρητη και υποχρεωτική, σύμφωνα με την Υπουργική απόφαση Α1/6122/19-9-1986. Η δήλωση γίνεται με τη χρήση των αρχικών ονοματεπωνύμου και της ημερομηνίας γέννησης ως αναγνωριστικών προσωπικών στοιχείων, και με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται ο έλεγχος για πιθανές διπλοεγγραφές.

*HIV*: Η δήλωση των HIV οροθετικών ατόμων ξεκίνησε στην Ελλάδα το 1998. Είναι ανώνυμη, απόρρητη και υποχρεωτική, σύμφωνα με την Υπουργική απόφαση Β1/5295/7-8-1998. Το συγκεκριμένο μέτρο για την επιδημιολογική επιτήρηση της HIV λοίμωξης ξεκίνησε σε ευρωπαϊκό επίπεδο τον Ιανουάριο του 1999. Η δήλωση των οροθετικών ατόμων γίνεται με τη χρήση προσωπικών αναγνωριστικών, όπως και στις περιπτώσεις AIDS. Παρ' όλα αυτά, η εγγενής αδυναμία της σωστής και ακριβούς καταγραφής αυτών των αναγνωριστικών οδηγεί στην ύπαρξη διπλοεγγραφών που δεν μπορούν να ανιχνευθούν. Για λόγους επιδημιολογικής επιτήρησης, στατιστικής επεξεργασίας και προσδιορισμού των διαχρονικών τάσεων, έγινε αναδρομική συλλογή των διαθέσιμων στοιχείων για τις περιπτώσεις που η οροθετικότητα διαπιστώθηκε πριν το 1998. Η προσπάθεια αυτή ολοκληρώθηκε μέσα στο 1999 με τη συνεργασία των Κέντρων Αναφοράς και των Μονάδων Λοιμώξεων της χώρας.

#### *Ορισμοί*

*AIDS*: Οι περιπτώσεις AIDS που παρουσιάζονται στο δελτίο αυτό αξιολογούνται βάσει του ευρωπαϊκού ορισμού του AIDS. Ο ορισμός αυτός αρχικά δημοσιεύθηκε το Σεπτέμβριο του 1982 (Centers for Disease Control, 1982) και αναθεωρήθηκε τον Ιούνιο του 1985 (Centers for Disease Control, 1985) & (WHO, 1986) και τον Αύγουστο του 1987. (Centers for Disease Control, 1987) & (WHO, 1988). Για τους εφήβους και ενήλικες (ηλικίας 13 ετών και άνω), ο ορισμός αναθεωρήθηκε τον Ιανουάριο του 1993 (Lancet, 1993).

Η διαφορά σε σχέση με τον αντίστοιχο ορισμό που ισχύει στις ΗΠΑ είναι ότι δεν χρησιμοποιείται ως κριτήριο ο αριθμός των CD4 λεμφοκυττάρων. Για τα παιδιά, ο ορισμός που χρησιμοποιείται στην Ευρώπη είναι ουσιαστικά ο ίδιος με αυτόν στις ΗΠΑ (European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, 1995).

Για τους σκοπούς της καταγραφής, από τη στιγμή που ένα HIV οροθετικό άτομο πληρεί τα κριτήρια του Ευρωπαϊκού ορισμού του AIDS (κατηγορία C-CDC/1993), παραμένει σ' αυτήν την κατηγορία ανεξάρτητα από τη μελλοντική κλινική του κατάσταση.

*HIV:* Για τους σκοπούς της επιδημιολογικής επιτήρησης, οι περιπτώσεις HIV ορίζονται βάσει εργαστηριακών κριτηρίων (απόφαση Ευρωπαϊκής Επιτροπής 28/IV/2008). Οι περιπτώσεις AIDS περιλαμβάνονται στα HIV οροθετικά άτομα. Για τα παιδιά ηλικίας κάτω των 18 μηνών, χρειάζεται τουλάχιστον μια άμεση δοκιμασία ανίχνευσης του ιού. Έφηβοι και ενήλικες θεωρούνται τα άτομα ηλικίας ίσης ή μεγαλύτερης των 13 ετών, ενώ παιδιατρικά περιστατικά θεωρούνται άτομα ηλικίας μικρότερης των 13 ετών.<sup>22</sup>

Στατιστικά στοιχεία

*Σύνολο HIV οροθετικών ατόμων (συμπεριλαμβανομένων των περιπτώσεων AIDS)*

Ο συνολικός αριθμός των HIV οροθετικών ατόμων (συμπεριλαμβανομένων των περιπτώσεων AIDS), που έχουν δηλωθεί στην Ελλάδα μέχρι την 31η Δεκεμβρίου 2012, ανέρχεται σε 12689. Από τα περιστατικά αυτά, 10359 (81,6%) ήταν άνδρες, 2284 (18,0%) ήταν γυναίκες, ενώ για ένα μικρό ποσοστό το φύλο δεν δηλώθηκε.

Στον Πίνακα 3.2 που ακολουθεί παρουσιάζεται η διαχρονική κατανομή των περιστατικών HIV λοίμωξης με βάση το έτος διάγνωσης.

---

<sup>22</sup> Ο HIV (Human Immunodeficiency Virus) είναι ο ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας, ο ιός που προκαλεί το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας δηλαδή το AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome). Ο HIV προσβάλλει το ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπου το οποίο είναι υπεύθυνο για την άμυνα του οργανισμού ενάντια σε διάφορες ασθένειες. Το τελικό στάδιο μιας λοίμωξης που προκαλείται από τον ιό HIV είναι το AIDS. (Κ.Υ.Φ.Α Κέντρο Υποστήριξης Φορέων του AIDS) Διαθέσιμο: <http://www.kyfahivcenter.com/gr/contents/2528.html>

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.2: Περιπτώσεις HIV λοίμωξης, κατά έτος διάγνωσης και κατά φύλο στην Ελλάδα, μέχρι 31/12/2012

ΕΤΟΣ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ <sup>23</sup>
1981	1	0	1
1982	3	0	3
1983	14	0	14
1984	70	1	71
1985	104	11	115
1986	105	12	117
1987	146	24	170
1988	166	22	192
1989	199	34	236
1990	251	42	295
1991	285	58	343
1992	356	63	419
1993	285	73	358
1994	286	60	346
1995	363	79	442
1996	381	91	472
1997	356	91	450
1998	445	108	573
1999	366	113	482
2000	352	111	465
2001	300	107	409
2002	307	94	401
2003	325	99	426
2004	391	97	491
2005	407	128	536
2006	398	103	501
2007	462	88	551
2008	502	101	603
2009	501	91	592
2010	549	78	627
2011	794	143	937
2012	889	162	1051

<sup>23</sup> Περιλαμβάνει και τα περιστατικά των οποίων το φύλο είναι άγνωστο

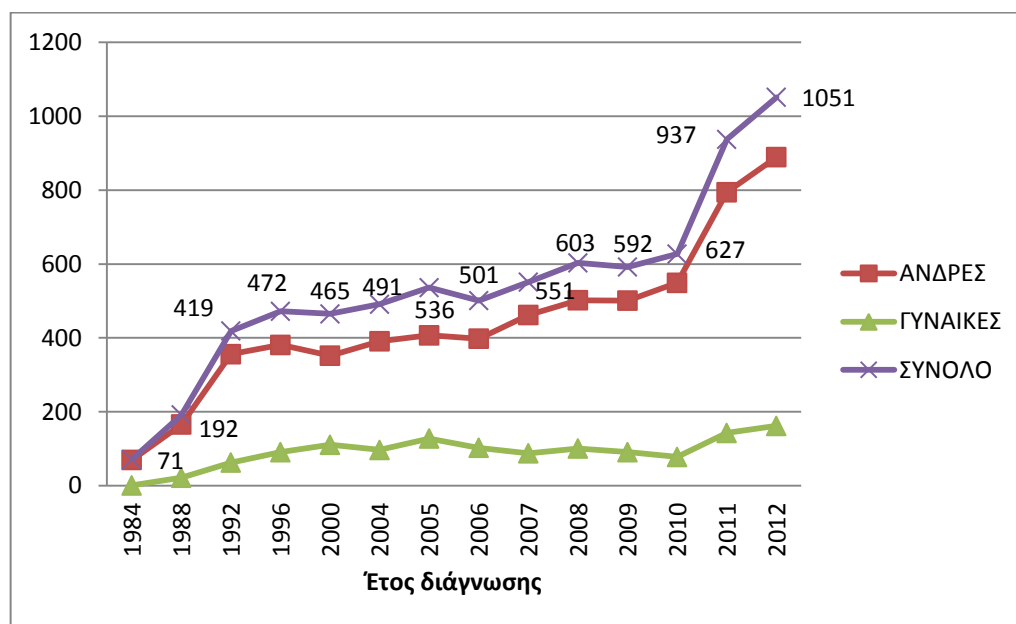


Τα δεδομένα που προέρχονται από το σύστημα υποχρεωτικής δήλωσης θα πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή, καθώς δεν αντανακλούν πλήρως την επίπτωση της HIV λοίμωξης και επηρεάζονται από τον χρόνο εξέτασης των ατόμων για τον HIV και από την, ενδεχομένως, μη έγκαιρη δήλωση των θετικών περιστατικών στις υγειονομικές αρχές. Η χρήση του έτους διάγνωσης περιορίζει την αρνητική επίδραση των καθυστερήσεων που παρατηρούνται στη δήλωση των περιστατικών και επιτρέπει την καλύτερη ερμηνεία των διαχρονικών τάσεων, αλλά δεν αντικατοπτρίζει επακριβώς την επίπτωση, η εκτίμηση της οποίας απαιτεί τη χρήση άλλων μεθόδων.

Η επιδημία του HIV στην Ελλάδα την πρώτη δεκαετία του 21ου αιώνα παρουσιάζει σαφή αυξητική τάση (Διάγραμμα 3.2). Το 2011 παρατηρήθηκε μία εξαιρετικά σημαντική αύξηση, συγκριτικά με το 2010, της τάξης του 58%. Αυξητικές τάσεις καταγράφηκαν και το 2012, καθώς ο αριθμός των δηλώσεων περιστατικών με HIV λοίμωξη ήταν αυξημένος κατά 22% σε σχέση με το 2011. Το σύνολο των περιπτώσεων HIV λοίμωξης που δηλώθηκαν το 2012 ήταν 1180 (10,9 ανά 100.000 πληθυσμού) και αποτελεί τον υψηλότερο αριθμό που έχει καταγραφεί ποτέ στο σύστημα υποχρεωτικής δήλωσης.

Αυτή η αύξηση των κρουσμάτων οφείλεται στην αποκαλούμενη «Μεγάλη Ύφεση» και των συνεπειών της λιτότητας, η οποία καλύπτει ολόκληρη την Ευρώπη και ιδιαίτερα την Ελλάδα. Συγκεκριμένα, εφαρμόζονται περικοπές στον προϋπολογισμό για την πρόληψη του ιού HIV και παράλληλα μειώνεται η πρόσβαση σε φάρμακα και στην ιατρική φροντίδα (Stuckler και Basu, 2013).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.2: HIV οροθετικά άτομα ανά 100.000 πληθυσμού κατά έτος διάγνωσης και κατά φύλο στην Ελλάδα (μέχρι 31/12/2012)



Πηγή: ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, 2012

#### Κατηγορία μετάδοσης

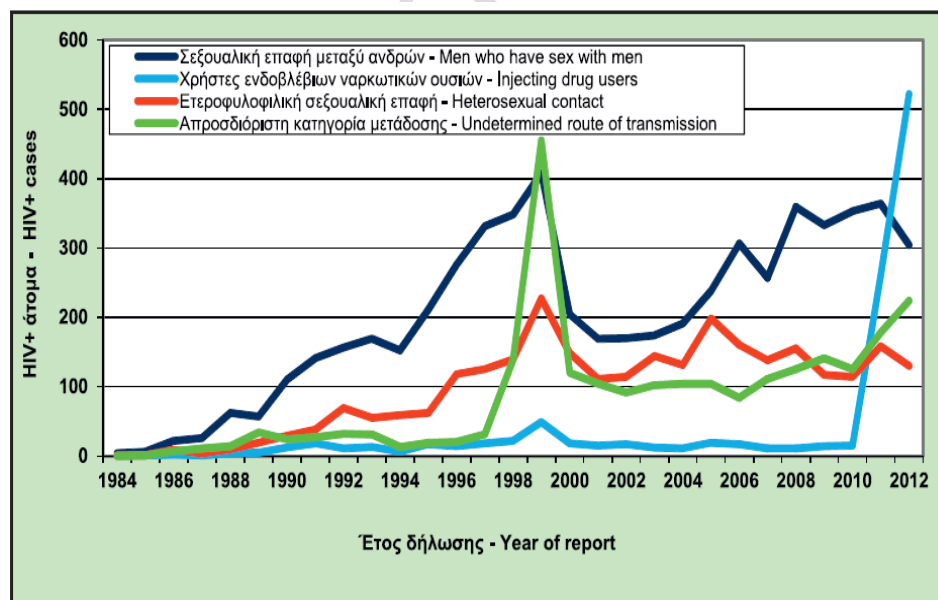
Συνολικά, η σεξουαλική επαφή μεταξύ ανδρών αποτελεί μέχρι σήμερα τον κυριότερο τρόπο μετάδοσης του HIV στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα, το 46,5% των περιπτώσεων HIV λοίμωξης που έχουν δηλωθεί στις ελληνικές αρχές δημόσιας υγείας, ήταν άνδρες που ανέφεραν ότι μολύνθηκαν μέσω της σεξουαλικής επαφής με άλλους άνδρες (Πίνακας 3.3, Διάγραμμα Π.Β.2). Το 2011 καταγράφηκε μία δραματική αύξηση των μολύνσεων από τον HIV στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Συγκρίνοντας τα δηλωθέντα περιστατικά στον πληθυσμό των ΧΕΝ (Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών) το 2011 (260) με τον αντίστοιχο αριθμό του 2010 (15), προκύπτει μία αυξητική μεταβολή της τάξης του 1600% περίπου. Το 2012, οι δηλώσεις HIV λοίμωξης στους ΧΕΝ διπλασιάστηκαν, φτάνοντας τις 522. Για πρώτη φορά το 2012, από την αρχή της επιδημίας στην Ελλάδα, οι ΧΕΝ αποτελούν την πληθυσμιακή ομάδα με τον μεγαλύτερο αριθμό δηλώσεων μόλυνσης από τον HIV (44,2%) (Διάγραμμα 3.3, Διάγραμμα Π.Β.1 και Διάγραμμα Π.Β.2). Αυτή η σημαντική αύξηση οφείλεται σε σημαντικό βαθμό στην οικονομική κρίση εξ' αιτίας της οποίας οι χρήστες δεν έχουν επιπλέον χρήματα για να προμηθευτούν καινούριες σύριγγες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.3: Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα, κατά κατηγορία μετάδοσης και κατά φύλο στην Ελλάδα, μέχρι 31/12/2012

Κατηγορία μετάδοσης	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ <sup>24</sup>
Ομο/αμφιφυλόφιλοι άνδρες	5901	0	5901
Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών (XEN)	916	219	1135
Πολυμεταγγιζόμενοι/ες με παράγωγα αίματος	220	15	235
Μεταγγισθέντες/είσες	58	43	101
Ετεροφυλόφιλοι/ες	1259	1518	2783
Κάθετη μετάδοση (από μητέρα σε παιδί)	32	30	63
Ακαθόριστοι/ες	1973	459	2471
Σύνολο	10359	2284	12598

Πηγή: ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., 2012

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.3: Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα στην Ελλάδα κατά κατηγορία μετάδοσης και έτος δήλωσης (μέχρι 31/12/2012)



Πηγή: ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., 2012

<sup>24</sup> Περιλαμβάνει και τα περιστατικά των οποίων το φύλο είναι άγνωστο

*Νέες περιπτώσεις AIDS*

Το 2012 διαγνώστηκαν 107 νέες περιπτώσεις AIDS, εκ των οποίων 86 (80,4%) ήταν άνδρες και 21 (19,6%) γυναίκες (Πίνακας 3.4). Από τις περιπτώσεις αυτές, οι 93 δηλώθηκαν για πρώτη φορά ως HIV+ το 2012. Το 40,2% των νέων περιπτώσεων AIDS ήταν άνδρες που είχαν σεξουαλικές επαφές με άλλους άνδρες, ενώ στο 29,9% των περιπτώσεων η μετάδοση είχε γίνει πιθανότατα μέσω της ετεροφυλοφιλικής σεξουαλικής επαφής (Πίνακας 3.5).

*ΠΙΝΑΚΑΣ 3.4: Νέες περιπτώσεις AIDS<sup>25</sup> κατά φύλο στην Ελλάδα, από 1/1/2012 έως 31/12/2012*

Φύλο	Αριθμός ατόμων	Ποσοστό %
Ανδρες	86	80,4
Γυναίκες	21	19,6
Σύνολο	107	100

Πηγή: ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., 2012

*ΠΙΝΑΚΑΣ 3.5: Νέες περιπτώσεις AIDS, κατά κατηγορία μετάδοσης και κατά φύλο στην Ελλάδα, από 1/1/2012 έως 31/12/2012*

Κατηγορία μετάδοσης	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
Ομο/αμφιφυλόφιλοι άνδρες	43	0	43
Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών	16	3	19
Πολυμεταγγιζόμενοι/ες με παράγωγα αίματος	0	0	0
Μεταγγισθέντες/είσες	0	0	0
Ετεροφυλόφιλοι/ες	17	15	32
Κάθετη μετάδοση (από τη μητέρα)	0	0	0
Ακαθόριστοι/ες	10	3	13
Σύνολο	86	21	107

Πηγή: ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., 2012

<sup>25</sup> Από τις 107 περιπτώσεις, οι 93 δηλώθηκαν ως HIV και έχοντας ήδη εμφανίσει AIDS

*Συνολικός αριθμός περιπτώσεων AIDS*

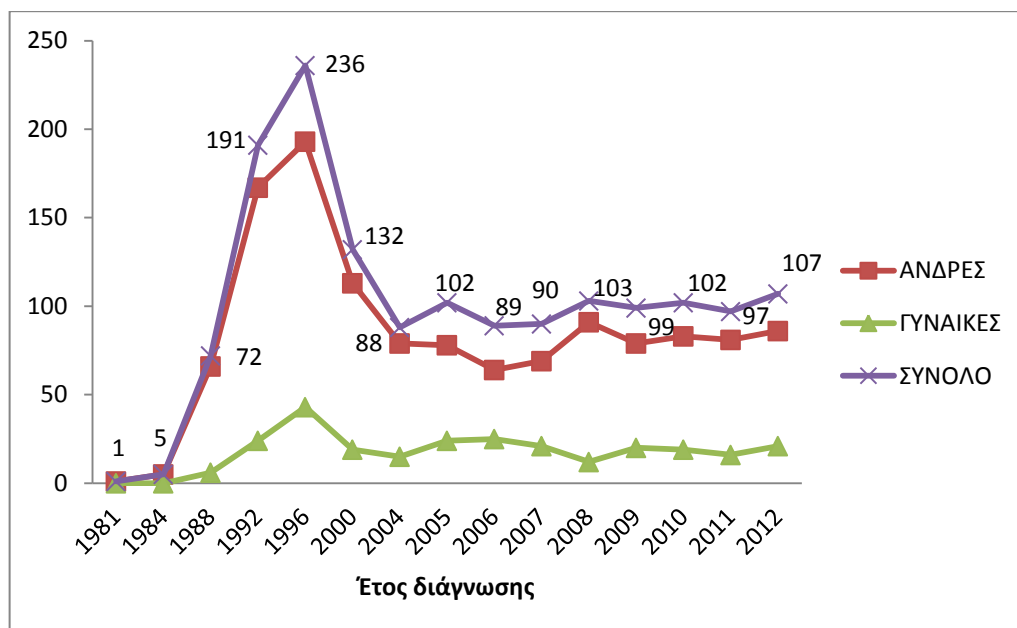
Ο συνολικός αριθμός των περιπτώσεων AIDS που δηλώθηκαν στην Ελλάδα μέχρι την 31η Δεκεμβρίου του 2012, ανέρχεται σε 3386, εκ των οποίων 2849 (84,1%) ήταν άνδρες και 537 (15,9%) γυναίκες (Πίνακας 3.6). Η μεγάλη μείωση στην επίπτωση του AIDS που παρατηρήθηκε από το 1997 μέχρι το 2001 αποδίδεται στην εισαγωγή και ευρεία χορήγηση συνδυασμών εξαιρετικά αποτελεσματικών αντιρετροϊκών φαρμάκων (Highly Active Antiretroviral Therapy). Ο αριθμός των νέων περιπτώσεων AIDS τα τελευταία έτη, συμπεριλαμβανομένου του 2012, παραμένει χαμηλός (Διάγραμμα 3.4). Αξίζει να σημειωθεί ότι μετά το 1997, η αξιολόγηση της πορείας των περιπτώσεων AIDS δεν αντανακλά με ακρίβεια την επίπτωση της HIV λοίμωξης.

*ΠΙΝΑΚΑΣ 3.6: Περιπτώσεις AIDS, κατά έτος διάγνωσης και κατά φύλο στην Ελλάδα, μέχρι 31/12/2012*

Έτος διάγνωσης	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
1981	1	0	1
1983	4	0	4
1985	14	0	14
1987	59	6	65
1989	93	14	107
1991	163	22	185
1993	150	22	172
1995	188	29	217
1997	149	25	174
1999	105	27	132
2000	113	19	132
2001	69	24	93
2002	81	18	99
2003	79	19	98
2004	79	15	88
2005	78	24	102
2006	64	25	89
2007	69	21	90
2008	91	12	103
2009	79	20	99
2010	83	19	102
2011	81	16	97
2012	86	21	107
Σύνολο	2849	537	3386

Πηγή: ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., 2012

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.4: Περιπτώσεις AIDS ανά 100.000 πληθυσμού κατά έτος διάγνωσης και κατά φύλο στην Ελλάδα



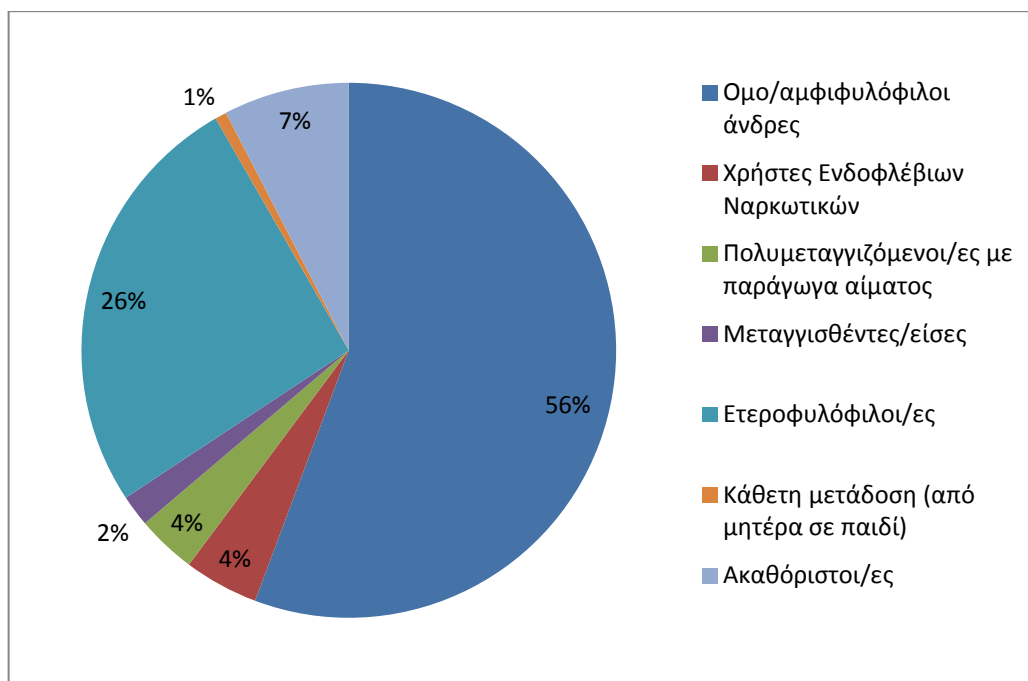
Πηγή: ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., 2012

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.7: Περιπτώσεις AIDS, κατά κατηγορία μετάδοσης και κατά φύλο στην Ελλάδα, μέχρι 31/12/2012

Κατηγορία Μετάδοσης	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ	ΣΥΝΟΛΟ (%)
Ομο/αμφιφυλόφιλοι άνδρες	1886	0	1886	55,7
Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών	121	30	151	4,5
Πολυμεταγγιζόμενοι/ες με παράγωγα αίματος	116	5	121	3,6
Μεταγγισθέντες/είσες	35	31	66	1,9
Ετεροφυλόφιλοι/ες	450	430	880	26
Κάθετη μετάδοση (από μητέρα σε παιδί)	12	12	24	0,7
Ακαθόριστοι/ες	229	29	258	7,6
Σύνολο	2849	537	3386	100

Πηγή: ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., 2012

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.5: Περιπτώσεις AIDS κατά κατηγορία μετάδοσης στην Ελλάδα μέχρι 31/12/2012



Πηγή: ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., 2012

#### Θάνατοι σε άτομα με AIDS

Ο αριθμός των θανάτων σε ασθενείς με AIDS το 2012, ανήλθε στα 48 άτομα. Η πλειοψηφία των ασθενών με AIDS που έχουν αποβιώσει είναι άνδρες, γεγονός που αντανακλά τη μεγάλη εκατοστιαία αναλογία των ανδρών επί του συνόλου των ατόμων που έχουν διαγνωσθεί με AIDS (Πίνακας 3.8).

Η σημαντική μείωση στον αριθμό των θανάτων, η οποία ξεκίνησε το 1997, οφείλεται στη εισαγωγή των HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy)<sup>26</sup> θεραπειών, οι οποίες καθυστερούν σημαντικά την εξέλιξη της νόσου (βλέπε Π.Β.3).

<sup>26</sup> HAART σημαίνει ταυτόχρονη χορήγηση τριών ή περισσότερων αντιρετροϊκών φαρμάκων. Για τον λόγο αυτό ονομάζεται και συνδυαστική αγωγή ή αγωγή κοκτέιλ. Η συνδυαστική αγωγή είναι η βασική μέθοδος αντιμετώπισης του HIV.( <http://www.hiv.gr>)

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.8: Δηλωθέντες θάνατοι σε ασθενείς με AIDS, κατά έτος θανάτου και κατά φύλο στην Ελλάδα, μέχρι 31/12/2012

ΈΤΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
1984	6	0	6
1985	6	0	6
1986	10	0	10
1987	27	3	30
1988	32	1	33
1989	48	4	52
1990	62	6	68
1991	66	7	73
1992	97	10	107
1993	99	9	108
1994	131	18	149
1995	135	16	151
1996	130	24	154
1997	83	15	98
1998	57	8	65
1999	50	11	61
2000	57	14	71
2001	41	9	50
2002	32	7	39
2003	53	8	61
2004	24	2	26
2005	42	7	49
2006	34	4	38
2007	31	11	42
2008	26	5	31
2009	23	5	28
2010	41	7	48
2011	47	6	53
2012	42	6	48
Άγνωστο	14	5	19
Σύνολο	1547	228	1775

Πηγή: ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., 2012



### 3.3 Στην κοινωνία

#### 3.3.1 Αμβλώσεις

Στην Ελλάδα της κρίσης τα νέα ζευγάρια σκέφτονται διπλά ή και τριπλά πριν πάρουν την απόφαση να γίνουν γονείς. Οι παράγοντες που οδηγούν τα ζευγάρια στην απόφαση να προχωρήσουν σε διακοπή της κύησης είναι θεραπευτικοί λόγοι που σκοπό έχουν την προστασία της υγείας της μητέρας από ενδείξεις όπως είναι οι βαριές καρδιοπάθειες, η βαριά υπέρταση, οι κακοήθειες νόσοι της μητέρας και οι ανατομικές ανωμαλίες του εμβρύου που είναι ασύμβατες με την ζωή. Επιπλέον, όταν η κύηση είναι αποτέλεσμα σεξουαλικής κακοποίησης, καθώς και κύσεις από μητέρες φορείς του ιού HIV έχουν σχετική ένδειξη διακοπής<sup>27</sup>. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια η χώρα μας παρουσιάζει θλιβερή πρωτιά στον αριθμό των εκτρώσεων ως απόρροια της οικονομικής κρίσης λόγω της αβεβαιότητας, της συνεχόμενης μείωσης του μισθού, της αύξησης της ανεργίας, του άγχους, των πολλών ωρών εργασίας και της έλλειψης χρημάτων<sup>28</sup>.

Το επιβεβαιώνουν τα στοιχεία των γεννήσεων και ο αριθμός των εκτρώσεων, ο οποίος στη χώρα μας σπάει κάθε παγκόσμιο ρεκόρ. Την περίοδο 2007-2009 γεννιούνται στην Ελλάδα 100.000 με 110.000 παιδιά το χρόνο. Ωστόσο, από το 2010 και μετά οι γεννήσεις πέφτουν και οι εκτιμήσεις γίνονται δυσοίωνες, καθώς εκφράζονται φόβοι ότι μετά βίας θα αγγίζουν πλέον τις 80.000. Όσον αφορά, τις εκτρώσεις, η ακριβής καταγραφή τους είναι δύσκολη, καθώς το 85% γίνεται ιδιωτικά, ωστόσο, σύμφωνα με υπολογισμούς στην Ελλάδα γίνονται 140 διακοπές κύησης ανά 1.000 Ελληνίδες, αριθμός που εκτιμάται ότι ίσως φτάνει πλέον και τις 300.000 ετησίως.

Πτώση παρουσιάζει επίσης, και ο αριθμός των προσπαθειών για εξωσωματική γονιμοποίηση στα κέντρα γονιμότητας. Οι ειδικοί εκτιμούν ότι καταγράφεται μείωση της τάξης του 20%-25%.

Σύμφωνα με ρεπορτάζ της ιστοσελίδας *aggelioforos* το οποίο αφορά στη Θεσσαλονίκη, οι τοκετοί έχουν μειωθεί κατά περίπου 20% και είναι αμφίβολο αν φτάνουν τους 8.000 ετησίως. Την ίδια ώρα γίνονται καθημερινά, κατά μέσο όρο 40 εκτρώσεις. Συνολικά και σύμφωνα με εκτιμήσεις μαιευτήρων - γυναικολόγων οι διακοπές κύσεων φθάνουν το

<sup>27</sup> Διαθέσιμο: [www.ivf-embryo.gr](http://www.ivf-embryo.gr)

<sup>28</sup> Διακοπή ανεπιθύμητης κύησης: Ορίζεται ως η διακοπή της κύησης πριν το έμβρυο καταστεί βιώσιμο, μετά συνήθως από επιθυμία της μητέρας (Μπόντης, 2007).

χρόνο τις 9.500. Επίσημα συγκριτικά στοιχεία δεν υπάρχουν για να δημιουργηθεί μια σαφής εικόνα, ωστόσο, σύμφωνα με γυναικολόγους και μαιευτήρες, οι γεννήσεις στη συμπρωτεύουσα δεν αγγίζουν πλέον σε καμία περίπτωση τις 12.000 - 14.000, όπως συνέβαινε πριν ξεσπάσει η κρίση. Τα τελευταία τρία χρόνια μειώνονται σταδιακά σε ποσοστά που κυμαίνονται στο 15%-30%. Έτσι, από τα μέσα του 2011 η μείωση των γεννήσεων γίνεται πιο εμφανής και υπολογίζεται ότι γεννιούνται πλέον περίπου 8.000 - 9.000 μωρά, ίσως και λιγότερα, το χρόνο στη Θεσσαλονίκη<sup>29</sup>.

Στη συνέχεια ακολουθούν οι επιπτώσεις των αμβλώσεων στη σωματική και ψυχική υγεία των γυναικών, ως συνέπεια της οικονομικής ύφεσης.

#### *Κύριες επιπτώσεις της έκτρωσης στη σωματική υγεία*

- Θάνατος

Οι κύριες αιτίες των θανάτων που οφείλονται στην έκτρωση είναι η αιμορραγία, η μόλυνση, η εμβολή, η αναισθησία και οι μη διαγνωσθείσες εξωμήτριες κυήσεις (Kunitz, 1985).

- Καρκίνος του μαστού

Για τις γυναίκες που κάνουν έκτρωση στην πρώτη εγκυμοσύνη τους, ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού σχεδόν διπλασιάζεται μετά από έκτρωση εντός του πρώτου τριμήνου και πολλαπλασιάζεται με δύο ή περισσότερες εκτρώσεις. Ο κίνδυνος αυτός είναι ιδιαίτερα αυξημένος για γυναίκες που δεν έχουν παιδιά (Howe, et al., 1989) & (Remennick, 1990) & (Pike, 1981).

- Καρκίνος του τραχήλου, των ωοθηκών και του ήπατος

Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μία έκτρωση αντιμετωπίζουν κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου στον τράχηλο της μήτρας 2,3 φορές μεγαλύτερο απ' ό,τι οι γυναίκες που δεν έχουν κάνει έκτρωση, και οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε δύο ή περισσότερες εκτρώσεις αντιμετωπίζουν κίνδυνο 4,92 φορές μεγαλύτερο. Παρόμοια αυξημένοι κίνδυνοι εμφάνισης καρκίνου στις ωοθήκες και στο ήπαρ έχουν επίσης συσχετιστεί με την μία και τις περισσότερες της μίας εκτρώσεις. Αυτοί οι αυξημένοι αριθμοί κρουσμάτων καρκίνου στις γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση προφανώς

---

<sup>29</sup> Διαθέσιμο: <http://dailynews24.gr>

σχετίζονται με την ανώμαλη διακοπή των ορμονικών αλλαγών που συνοδεύουν την κύηση και τις ζημίες που προκαλούνται στον τράχηλο και δεν θεραπεύονται (Le et al., 1984) & (Parazzini et al., 1989) & (Fujimoto et al., 1985) & (Weiss, 1983) & (Beral, et al., 1978) & (LaVecchia, et al., 1992).

- Διάτρηση της μήτρας

Ένα ποσοστό 2 έως 3% των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση μπορεί να έχει υποστεί διάτρηση μήτρας, ωστόσο οι περισσότερες βλάβες παραμένουν απαρατήρητες (χωρίς διάγνωση) και δεν τυγχάνουν θεραπείας εκτός αν πραγματοποιηθεί λαπαροσκόπηση (Kaali et al., 1989) & (White, 1977). Ο κίνδυνος διάτρησης της μήτρας αυξάνεται για τις γυναίκες που έχουν ήδη γεννήσει και για εκείνες που υποβάλλονται σε γενική αναισθησία την ώρα της έκτρωσης (Grimes et al., 1984) & (Grimes, et al., 1979). Η διάτρηση μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές στις επόμενες κυήσεις και να δημιουργήσει προβλήματα που απαιτούν αφαίρεση μήτρας, κάτι που μπορεί με τη σειρά του να προκαλέσει μια σειρά άλλων βλαβών και επιπλοκών, μία από τις οποίες είναι η οστεοπόρωση.

- Ρήξη του τραχήλου

Σημαντικές ρήξεις του τραχήλου που απαιτούν ράμματα συμβαίνουν σε τουλάχιστον 1% των εκτρώσεων που πραγματοποιούνται εντός του πρώτου τριμήνου. Μικρότερες ρήξεις, ή μικροκατάγματα, που κανονικά δεν τυγχάνουν θεραπείας, μπορούν επίσης μακροπρόθεσμα να οδηγήσουν σε αναπαραγωγικές βλάβες. Η λανθάνουσα βλάβη του τραχήλου μετά από μια έκτρωση μπορεί να προκαλέσει μεταγενέστερα ανικανότητα λειτουργίας του τραχήλου, πρώιμο τοκετό και επιπλοκές στη διάρκεια των ωδίνων του τοκετού. Ο κίνδυνος βλάβης του τραχήλου είναι μεγαλύτερος στις νέες κάτω των 20 ετών, στις εκτρώσεις του δεύτερου τριμήνου και στις περιπτώσεις κατά τις οποίες αυτοί που εκτελούν τις εκτρώσεις δεν χρησιμοποιούν λαμινάρια για τη διαστολή της μήτρας (Schulz, et al., 1983) & (Castadot, 1986).

- Προδρομικός πλακούς

Η έκτρωση αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης προδρομικού πλακούντος στις επόμενες κυήσεις από 7 έως 15 φορές. Ο προδρομικός πλακούς είναι μια κατάσταση απειλητική τόσο για τη μητέρα όσο και για την κύηση που επιθυμεί. Η ανώμαλη ανάπτυξη του πλακούντα λόγω διάτρησης της μήτρας αυξάνει τον κίνδυνο παραμόρφωσης του

εμβρύου, περιγεννητικού θανάτου και ακατάσχετης αιμορραγίας κατά τον τοκετό (Barrett, et al., 1981).

- Προβληματικά παιδιά στις επόμενες κύσεις

Η έκτρωση σχετίζεται με βλάβη στον τράχηλο και τη μήτρα που μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο πρώιμου τοκετού, εμφάνισης επιπλοκών κατά τον τοκετό και ανώμαλη ανάπτυξη του πλακούντα στις επόμενες κύσεις. Αυτά τα είδη αναπαραγωγικών επιπλοκών αποτελούν συχνά κύριες αιτίες γεννήσεων παιδιών με προβλήματα (Hogue et al., 1983).

- Εξωμήτριος κύηση

Η έκτρωση σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με αυξημένο κίνδυνο μελλοντικών εξωμητρίων κύσεων. Αυτές, με τη σειρά τους, είναι απειλητικές για τη ζωή και μπορούν να προκαλέσουν μειωμένη γονιμότητα (Daling, et.al., 1985) & (Levin, et al., 1982) & (Chung, 1982).

- Πυελική φλεγμονή

Πυελική φλεγμονή είναι μια δυνητικά απειλητική για τη ζωή ασθένεια που μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο κίνδυνο εξωμητρίου κύσεως και μειωμένη γονιμότητα. Από τις ασθενείς που πάσχουν από μόλυνση από χλαμύδια κατά τον χρόνο της έκτρωσης, το 23% θα εκδηλώσει πυελική φλεγμονή εντός 4 εβδομάδων. Μελέτες έχουν δείξει ότι από 20 έως 27% των ασθενών που επιδιώκουν την έκτρωση πάσχουν από μόλυνση από χλαμύδια. Περίπου το 5% των ασθενών που δεν έχουν μολυνθεί από χλαμύδια εκδηλώνουν πυελική φλεγμονή εντός 4 εβδομάδων μετά από μια έκτρωση πρώτου τριμήνου. Είναι συνεπώς λογικό να αναμένεται από τους γιατρούς που εκτελούν εκτρώσεις να ερευνούν και να θεραπεύουν τέτοιες μολύνσεις πριν από μια στείρωση (Radberg et al., 1980) & (Westergaard, 1982) & (Chacko, at al., 1984) & (Barbacci et al., 1986) & (Duthrie et al., 1987).

- Ενδομητρίτις

Η ενδομητρίτις είναι κίνδυνος για όλες τις γυναίκες μετά από έκτρωση, ιδιαίτερα όμως για τις νέες κάτω των 20 ετών, οι οποίες έχουν 2,5 φορές περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν ενδομητρίτιδα μετά από μια έκτρωση, απ' ότι οι γυναίκες 20-29 ετών (Burkman et al., 1984) & (M. Barbacci, et al., 1986).

- Άμεσες επιπλοκές

Περίπου το 10% των γυναικών που επιλέγουν την έκτρωση θα υποφέρει από άμεσες επιπλοκές, από τις οποίες το ένα πέμπτο περίπου (2%) θεωρούνται απειλητικές για τη ζωή. Οι εννέα περισσότερο συνήθεις επιπλοκές που μπορούν να προκύψουν κατά τη διάρκεια μιας έκτρωσης είναι οι εξής: μόλυνση, ακατάσχετη αιμορραγία, εμβολή, ρήξη ή διάτρηση της μήτρας, επιπλοκές από την αναισθησία, σπασμοί, διαταραχές πήξεως, βλάβες στον τράχηλο, και σοκ ενδοτοξίνης. Οι πιο συνήθεις "δευτερεύουσες" επιπλοκές είναι οι εξής: μόλυνση, αιμορραγία, πυρετός, εγκαύματα δευτέρου βαθμού, χρόνιος κοιλιακός πόνος, έμετος, γαστρεντερικές διαταραχές, και ευαισθητοποίηση Rhesus (Frank, et al., 1985) & (Freedman, 1986).

- Αυξημένοι κίνδυνοι για τις γυναίκες που υποβάλλονται σε περισσότερες από μια εκτρώσεις

Γενικά, οι περισσότερες από τις μελέτες που αναφέρονται παραπάνω επισημαίνουν τους παράγοντες κινδύνου που ισχύουν για γυναίκες που υποβάλλονται σε μία μόνο έκτρωση. Οι ίδιες μελέτες δείχνουν ότι οι γυναίκες που υποβάλλονται σε περισσότερες εκτρώσεις αντιμετωπίζουν πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο να εκδηλώσουν τις επιπλοκές αυτές. Το σημείο αυτό πρέπει να προσεχθεί ιδιαίτερα καθώς το 45% του συνόλου των εκτρώσεων αφορά γυναίκες που είχαν πραγματοποιήσει στο παρελθόν και άλλες εκτρώσεις.

- Αυξημένοι κίνδυνοι για τις νέες γυναίκες

Οι νέες γυναίκες κάτω των 20 ετών, που αντιστοιχούν στο 30% του συνόλου των εκτρώσεων, υπόκεινται επίσης σε πολύ μεγαλύτερους κινδύνους εμφάνισης πολλών επιπλοκών από την έκτρωση. Αυτό ισχύει τόσο για τις άμεσες επιπλοκές όσο και για τις μακροπρόθεσμες αναπαραγωγικές βλάβες (Wadhwa, 1980).

- Έντονος πόνος κατά τη διάρκεια της επέμβασης

Περισσότερο του 58% του συνόλου των γυναικών αισθάνθηκε έντονο ή πολύ έντονο πόνο κατά την άμβλωση.

- Αυξημένος κίνδυνος μόλυνσης από τον ιό HIV

Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε αμβλώσεις υπόκεινται σε αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό HIV κατά 172%, και οι ερευνητές είναι 99% βέβαιοι γι' αυτό το

φαινόμενο. Σημαντικά υψηλότερα κρούσματα μόλυνσης (HIV-1) σχετίζονταν με την άμβλωση (0,49%) απ' ό,τι με τον τοκετό (0,18%) (European Journal of Epidemiology, 1997).

- Αυξημένος κίνδυνος για εμφάνιση συμπεριφοράς επιβλαβούς για την υγεία

Η έκτρωση συνδέεται με αλλαγές στην συμπεριφορά, όπως σεξουαλικές σχέσεις με πολλούς άνδρες, κάπνισμα, χρήση ναρκωτικών, διαταραχές στη διατροφή, που συντελούν σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων υγείας. Για παράδειγμα, οι σεξουαλικές σχέσεις με πολλούς άνδρες και η έκτρωση σχετίζονται, η κάθε μία, με τα αυξημένα κρούσματα πυελικών φλεγμονών και με τις εξωμητρίους κυήσεις. Δεν είναι γνωστό ποια συνεισφέρει περισσότερο, αλλά η εύρεση συγκεκριμένων ποσοστών ενδέχεται να μην έχει ουσιαστική βάση εάν οι σεξουαλικές σχέσεις με πολλούς άνδρες είναι και αυτές μια αντίδραση σε ψυχικό τραύμα λόγω της έκτρωσης ή σε απώλεια της αυτοεκτίμησης<sup>30</sup>.

- Μια ηθελημένη έκτρωση μπορεί να είναι ψυχολογικά καταστρεπτική.

Μελέτες αποκάλυψαν σοβαρές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία στις γυναίκες που υποβάλλονται σε έκτρωση, σε βαθμό που οι ειδικοί έχουν εντάξει τα συμπτώματα σε ειδική κατηγορία της μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής, το «μετεκρωτικό σύνδρομο» (Strahan, 2002)<sup>31</sup>:

- 44% παρουσιάζουν νευρικές διαταραχές
- 36% διαταραχές ύπνου
- 30% - 50% προβλήματα στη σεξουαλική ζωή
- 25% επισκέπτονται ψυχίατρο - 60% αναφέρουν ιδεασμό αυτοκτονίας, το 28% από αυτές επιχειρεί αυτοκτονία
- Προβλήματα σχετικά με παιδιά που γεννούν μελλοντικά: αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, εξασθένηση των μητρικών δεσμών, αυξημένες πιθανότητες κακοποίησης και κατάληξης τού ζευγαριού στο χωρισμό ή το διαζύγιο.

<sup>30</sup> Διαθέσιμο: <http://www.alopsis.gr/modules.php?name=News&file=article&sid=682>

<sup>31</sup> Διαθέσιμο: <http://www.im-glyfadas.gr/01/07/01070006.asp>

### 3.3.2 Εγκληματικότητα

Η εγκληματικότητα αποτελεί άλλο ένα κομμάτι της κοινωνικής ζωής, το οποίο επηρεάζεται από την οικονομική κρίση και κατά συνέπεια την ανεργία.

Μεταξύ ερευνητών οι οποίοι εξέτασαν τη σχέση μεταξύ της απασχόλησης και της εγκληματικότητας, ο Brenner ισχυρίζεται έντονα ότι η ύπαρξη αυτής της σχέσης είναι πολύ ισχυρή (Cook και Zarkin, 1986).

Μολονότι η σχέση «ανεργία – εγκληματικότητα» δύσκολα μετριέται (αφού παρεμβάλλονται παράγοντες όπως η ηλικία, η κοινωνική θέση, η υγεία κ.ο.κ.), δεν θα μπορούσε να παραβλεφθεί η ψυχοκοινωνική επίδραση που ασκεί στην προσωπικότητα η έλλειψη εργασίας (και οι συναφείς συνέπειες) καθώς μοιάζει αναντίρρητο το συμπέρασμα ότι η μακρόχρονη ανεργία καταλήγει σε αλλαγή των αντιλήψεων και των σχέσεων του ατόμου με την κοινωνία (με ενδεχόμενη παρενέργεια την αντικοινωνική συμπεριφορά ή και το έγκλημα). Επιπλέον, οι άνθρωποι για να επιβιώσουν πιθανόν να προβούν σε εγκληματικές πράξεις, προκειμένου να καταφέρουν να εξασφαλίσουν τα προς το ζην. Τέτοιες πράξεις μπορεί να είναι κλοπές ή κάποτε και ανθρωποκτονίες.

Αξιωματικοί της ΕΛ.ΑΣ. εκτιμούν πως η οικονομική κρίση σε συνδυασμό με τις ελλείψεις στην αστυνόμευση είναι ο κυριότερος λόγος της δραματικής αύξησης στις ανθρωποκτονίες αλλά και στην αύξηση των κλοπών - διαρρήξεων στα σπίτια και τα καταστήματα.

Σύμφωνα με τα επίσημα στατιστικά στοιχεία της ΕΛ.ΑΣ. κάθε δύο ημέρες ένας άνθρωπος δολοφονείται στην Ελλάδα, ενώ κάθε δύο ημέρες γίνονται 3 απόπειρες δολοφονίας. Επιπρόσθετα, οι ληστείες στα σπίτια πολλαπλασιάστηκαν. Στα στατιστικά της Ελληνικής Αστυνομίας καταγράφηκε στην Αττική η μεγαλύτερη αύξηση ληστειών, όπου καταγράφηκαν 147 περισσότερα χτυπήματα σε σπίτια.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.9 : Εγκληματικότητα στην επικράτεια 2008-2012

ΕΤΟΣ	2008	2009	2010	2011	2012
ΑΝΘΡΩΠΟΚΤΟΝΙΕΣ	139	143	176	184	165
ΚΛΟΠΕΣ - ΔΙΑΡΡΗΞΕΙΣ	67.813	72.658	90.931	96.925	87.912
ΚΛΟΠΕΣ - ΔΙΑΡΡΗΞΕΙΣ ΟΙΚΙΩΝ	-	-	24.603	27.591	28.193
ΛΗΣΤΕΙΕΣ	3.293	4.708	6.079	6.636	5.992
ΛΗΣΤΕΙΕΣ ΕΝΤΟΣ ΟΙΚΙΩΝ	-	-	432	912	1.191

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

(Για επιπλέον στοιχεία βλέπε: Π.Γ.1, Π.Γ.2 και Π.Γ.3)

### 3.3.3 Τροχαία ατυχήματα

Η οικονομική ύφεση επηρεάζει τον αριθμό των τροχαίων ατυχημάτων<sup>32</sup>.

Από τη μία μεριά, η κρίση είναι πιθανό να αυξήσει τα τροχαία ατυχήματα :

- Με την αύξηση χρήσης ψυχοτρόπων φαρμάκων. Σύμφωνα με γερμανικές μελέτες, το 25% των τροχαίων έχει ως βασική αιτία τα φάρμακα που μειώνουν την ικανότητα οδήγησης. Σημειωτέον εδώ ότι η χρήση ψυχοτρόπων φαρμάκων δεν βοηθά στην αντιμετώπιση προσωπικών κρίσεων, παρά μόνο περιορισμένα και δι σε συνεργασία με άλλα μη φαρμακευτικά μέτρα.
- Με την αύξηση της χρήσης αλκοόλης
- Με την ελλιπή συντήρηση των οχημάτων και των ελαστικών, τα οποία χρησιμοποιούνται για περισσότερα χιλιόμετρα από ότι θα έπρεπε
- Με τη μείωση της ήδη περιορισμένης αγοράς παιδικών καθισμάτων ασφαλείας
- Με τη μείωση αγοράς καλών κρανών για οδηγούς δικύκλων
- Με την ελάττωση της αστυνόμευσης, λόγω μείωσης προσωπικού
- Με την αγορά φθηνών αυτοκινήτων, τα οποία έχουν μειωμένη ενεργητική και παθητική ασφάλεια

<sup>32</sup> Διαθέσιμο: <http://www.protagon.gr/?i=protagon.el.article&id=12390>



### Κεφάλαιο 3: Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης

- Με την πιθανή αύξηση της επιθετικότητας των οδηγών και τη μείωση της προσοχής τους, λόγω εννοιών και δυσκολιών που τους απασχολούν
- Με την αύξηση του αριθμού των επιβαινόντων ανά αυτοκίνητο, τουτέστιν περισσότερα θύματα κατά ατύχημα
- Με την ελάττωση των ωρών διδασκαλίας στις σχολές οδήγησης

Από την άλλη μεριά, είναι πιθανό να μειώσει τα τροχαία ατυχήματα με τους εξής τρόπους:

- Με τη μείωση των διανυομένων χιλιομέτρων, των εκδρομών και «τριημέρων», λόγω του κόστους βενζίνης, διανυκτερεύσεων κλπ.
- Με πιθανή μείωση της ταχύτητας για οικονομία βενζίνης.
- Με αγορά αυτοκινήτων με λιγότερους ίππους (όσο πιο ακριβό και με περισσότερους ίππους αυτοκίνητο, τόσο περισσότερες οι πιθανότητες για θανατηφόρο ατύχημα).
- Με την ελάττωση των εξόδων σε νυχτερινά κέντρα, η οποία συνεπάγεται λιγότερη οδήγηση με αυξημένα επίπεδα αλκοόλης στο αίμα των οδηγών.

Ωστόσο, στην Ελλάδα, η οικονομική κρίση επηρέασε θετικά τον αριθμό των τροχαίων ατυχημάτων, σημειώνοντας εντυπωσιακή μείωση.

Αναλυτικότερα, κατά 30% περιορίστηκαν οι νεκροί από τροχαία ατυχήματα στη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, σύμφωνα με τη μελέτη «Περιβαλλοντικές επιπτώσεις των οδικών συγκοινωνιακών έργων» του ΕΜΠ. Συγκεκριμένα, τα ατυχήματα που σημειώθηκαν στους ελληνικούς δρόμους στοίχισαν τη ζωή σε 1.087 άτομα το 2011 έναντι 1.553 το 2008. Αστικό και υπεραστικό δίκτυο εμφανίζουν μείωση του κυκλοφοριακού φόρτου κατά 30%, σύμφωνα με τα στοιχεία που παρουσιάστηκαν στην ημερίδα «Πρωτοβουλίες - Δράσεις Οδικής Ασφάλειας σε περίοδο οικονομικής κρίσης» του Τεχνικού Επιμελητηρίου Ελλάδας, σε συνεργασία με την Ένωση Δικαστών και Εισαγγελέων. Ωστόσο, η οικονομική κρίση φαίνεται ότι έχει εντείνει τα φαινόμενα επιθετικής συμπεριφοράς από τους οδηγούς, παρά το γεγονός ότι η κυκλοφορία στους δρόμους δεν έχει πια τον συνήθη ασφυκτικό χαρακτήρα. Σύμφωνα με τα στοιχεία που παρουσιάστηκαν στην ημερίδα με αντικείμενο την οδική ασφάλεια, το ένα στα δύο

οχήματα κυκλοφορεί χωρίς επαρκή συντήρηση, ενώ διπλασιάστηκαν τα ανασφάλιστα οχήματα, τα οποία ανέρχονται πλέον σε 1,8 εκατ.

Παράλληλα, το 82% των τροχαίων ατυχημάτων σημειώνεται με ταχύτητα μικρότερη των 60 χλμ./ώρα και σε απόσταση μικρότερη των 40 χλμ. από το σπίτι μας. Το 8% των ατυχημάτων σημειώνεται σε εθνικές οδούς και το 10% σε επαρχιακούς δρόμους, ενώ στη χώρα μας τα τροχαία αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου στις ηλικίες 18–44 ετών. Κάθε χρόνο σημειώνονται, πανελλαδικά, 20.000 οδικά ατυχήματα, ενώ το ετήσιο κόστος από τις επιπτώσεις τους στη χώρα εκτιμάται στα 14 δισ. ευρώ. Τα στοιχεία του 2010 φέρνουν τη χώρα μας πρώτη, μεταξύ της Ε.Ε.–27, σε θανάτους από τροχαία με 116 νεκρούς ανά εκατομμύριο κατοίκων, ενώ στον αντίποδα η Σουηδία έχει 28 θανάτους, ανά εκατομμύριο κατοίκων.

Την ίδια στιγμή, τα ατυχήματα σε ισόπεδες σιδηροδρομικές διαβάσεις αντιπροσωπεύουν το 2% των θανάτων από τροχαία δυστυχήματα, αλλά το ένα τρίτο όλων των θανάτων σχετίζεται με τους σιδηροδρόμους, όπως επισημαίνουν η ΤΡΑΙΝΟΣΕ και το Ινστιτούτο Οδικής Ασφάλειας «Πάνος Μυλωνάς» στο πλαίσιο της παγκόσμιας ημέρας για την ασφάλεια στις ισόπεδες διαβάσεις.<sup>33</sup>

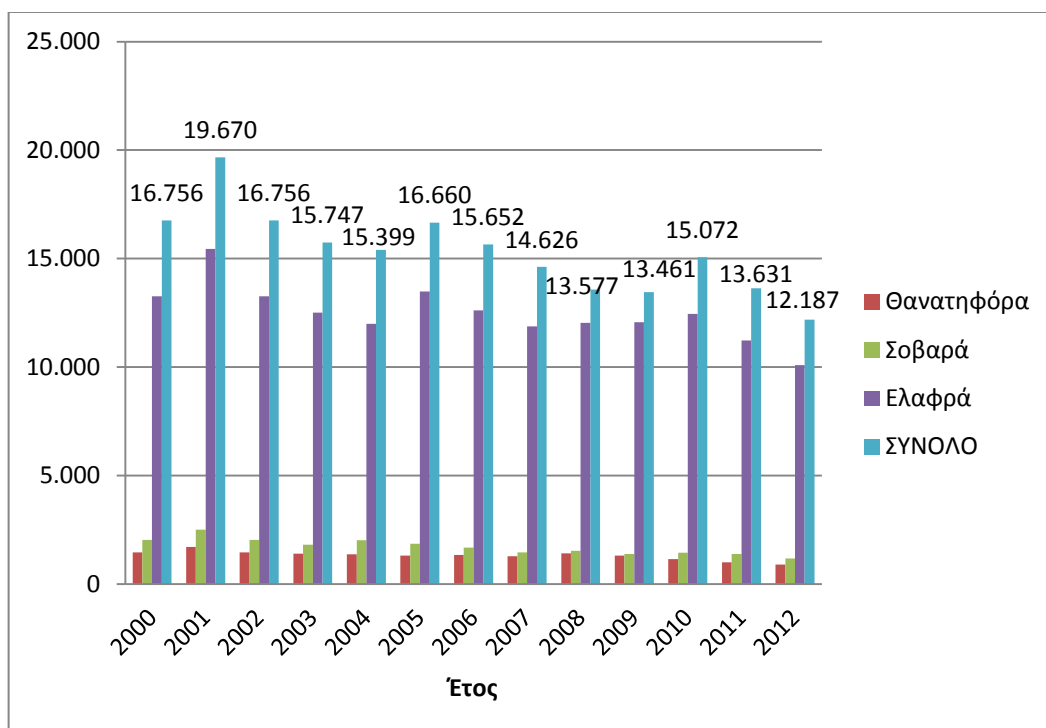
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.10: Τροχαία ατυχήματα επικράτειας 2000-2012

ΕΤΟΣ	ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ			
	Θανατηφόρα	Σοβαρά	Ελαφρά	ΣΥΝΟΛΟ
2000	1.458	2.037	13.261	16.756
2001	1.712	2.512	15.446	19.670
2002	1.458	2.037	13.261	16.756
2003	1.409	1.824	12.514	15.747
2004	1.374	2.032	11.993	15.399
2005	1.311	1.861	13.488	16.660
2006	1.351	1.681	12.620	15.652
2007	1.292	1.462	11.872	14.626
2008	1.414	1.542	12.035	13.577
2009	1.314	1.389	12.072	13.461
2010	1.162	1.454	12.456	15.072
2011	1.011	1.397	11.223	13.631
2012	899	1.189	10.099	12.187

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

<sup>33</sup> Διαθέσιμο: [http://news.kathimerini.gr/4dcgi/\\_w\\_articles\\_ell\\_2\\_07/06/2012\\_484628](http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_ell_2_07/06/2012_484628)

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.6: Τροχαία ατυχήματα επικράτειας 2000-2012



Πηγή: www.astynomia.gr

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.11: Παθόντες από τροχαία ατυχήματα επικράτειας 2000-2012

ΕΤΟΣ	Νεκροί	Βαριά τραυματίες	Ελαφρά τραυματίες	ΣΥΝΟΛΟ
2000	2.103	4.213	26.166	32.482
2001	1.911	3.251	22.758	27.920
2002	1.655	2.581	19.625	23.861
2003	1.613	2.345	18.218	22.176
2004	1.547	2.521	17.254	21.322
2005	1.470	2.327	19.133	22.930
2006	1.493	2.056	17.842	19.898
2007	1.449	1.812	16.411	18.223
2008	1.550	1.886	16.685	18.571
2009	1.463	1.669	16.683	18.352
2010	1.281	1.754	17.024	20.059
2011	1.092	1.672	15.126	17.890
2012	976	1.443	13.675	16.094

Πηγή: www.astynomia.gr (βλέπε Διάγραμμα Π.Δ.1)

### **3.3.4 Εργατικά ατυχήματα**

#### *Ορισμός*

Εργατικό ατύχημα ονομάζεται κάθε ανεπιθύμητη σωματική βλάβη ή θάνατος εργαζομένου από βίαιο ή απροσδόκητο συμβάν κατά τη διάρκεια της εργασίας ή εξαιτίας αυτής (κατά τη μετάβαση προς ή την αποχώρηση από την εργασία). Ατύχημα, σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία, είναι και αυτό το οποίο συμβαίνει κατά τη μετάβαση προς το χώρο εργασίας ή την αποχώρηση από αυτόν, ανεξάρτητα από το μέσο μεταφοράς, αρκεί να υπάρχει χρονική και χωρική συσχέτιση (Παπακωνσταντίνου και Μπέλιας, 2007).

Η διεθνής χρηματοπιστωτική και οικονομική κρίση έχει εξελιχθεί σε παράγοντα ανησυχίας μεταξύ των εργαζομένων, οι οποίοι έχουν να αντιμετωπίσουν, εκτός από το άγχος απώλειας της εργασίας τους και τις συνέπειες από τη μείωση των πόρων, που διατίθενται για την προαγωγή της υγείας και της ασφάλειάς τους.

Καθημερινά, περισσότεροι από 960.000 εργαζόμενοι παθαίνουν παγκοσμίως εργατικά ατυχήματα. Κάθε χρόνο περίπου 140 εκατομμύρια ημέρες εργασίας χάνονται λόγω των εργατικών ατυχημάτων (μη θανατηφόρων). Τα ατυχήματα κατά την εργασία εκτιμάται ότι προκαλούν ετησίως το κόστος των 55 δισ. ευρώ στην ΕΕ-15, κυρίως λόγω του χαμένου χρόνου εργασίας, ενώ τα θανατηφόρα ατυχήματα ανέρχονται σε 360.000 ετησίως (Boonea et al., 2011).

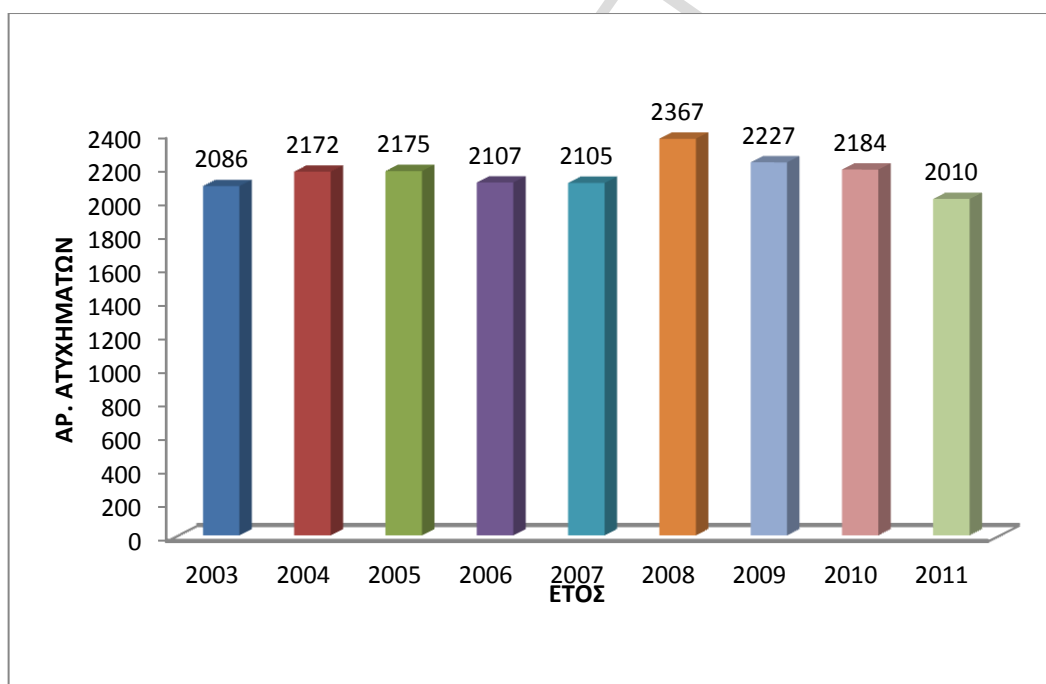
Τα εργατικά ατυχήματα, όμως, σχετίζονται και με τα οικονομικά προβλήματα των σύγχρονων κοινωνιών.

Με πρόσχημα λοιπόν, την οικονομική κρίση οι επιχειρήσεις έχουν χαλαρώσει τα μέτρα ασφάλειας με αποτέλεσμα από την αρχή του χρόνου να σημειώνεται ένα θανατηφόρο ατύχημα κάθε τρεις μέρες στη χώρα μας. Σύμφωνα με την τελευταία έρευνα της Eurostat, η Ελλάδα είναι τρίτη στην ΕΕ σε θανατηφόρα εργατικά ατυχήματα, πίσω από την Πορτογαλία και την Αυστρία, με 3,8 θανατηφόρα ατυχήματα ανά 100.000 εργαζομένους.

Τα εργατικά ατυχήματα δεν είναι ούτε μεμονωμένα ούτε τυχαία. Επιβεβαιώνουν με τραγικό τρόπο τη διάλυση των ελεγκτικών μηχανισμών του υπουργείου Εργασίας και την ένταση της εργοδοτικής εκμετάλλευσης με πρόσχημα το κόστος της οικονομικής κρίσης.

Ειδικότερα, η Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδος αναφέρει σε ανακοίνωσή της ότι παρ' όλη τη μείωση του αριθμού των εργατικών ατυχημάτων διαχρονικά, αυτά παραμένουν σε υψηλό επίπεδο στην Ελλάδα. Η ΓΣΕΕ επικαλείται τα στοιχεία του Σώματος Επιθεωρητών Εργασίας (ΣΕΠΕ), σύμφωνα με τα οποία το α' τρίμηνο του 2012 καταγράφηκαν συνολικά 1.097 εργατικά ατυχήματα, ενώ 13 εργαζόμενοι έχασαν τη ζωή τους. Συνεπώς, επιβάλλεται η εντατικοποίηση των ελέγχων. Η ΓΣΕΕ σε ανακοίνωσή της δηλώνει ότι σε συνεργασία με το Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της εργασίας θα προχωρήσει άμεσα στη διενέργεια μελέτης με αντικείμενο τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία των εργαζομένων, αλλά και των ανέργων<sup>34</sup>.

*ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.7: Εργατικά ατυχήματα που γνωστοποιήθηκαν κατά την περίοδο 2003-2011 στοιχεία για εργοδοτούμενα πρόσωπα τραυματισθέντα κατά τη διάρκεια της εργασίας.*



Πηγή: ΣΕΠΕ<sup>35</sup>

<sup>34</sup> Διαθέσιμο: [defencenet.gr](http://defencenet.gr)

<sup>35</sup> Διαθέσιμη:

<http://www.mlsi.gov.cy/mlsi/dli/dli.nsf/0/4EFA2D62AF82A5E0C2256E520000F90?OpenDocument&t=d&e=>

Έρευνες προηγούμενων περιόδων παρατεταμένης οικονομικής ύφεσης και δυσπραγίας παραθέτουν στοιχεία, με βάση τα οποία ο αντίκτυπος των κακών οικονομικών επιδόσεων συμβάλει εν γένει στην αύξηση της συχνότητας των εργατικών ατυχημάτων μέσω:

- Του αυξημένου φόρτου και των πιεστικών συνθηκών εργασίας, της αύξησης του εργασιακού άγχους, λόγω των δυσοίωνων προοπτικών της απασχόλησης και της οικονομικής ανασφάλειας.

Σε περιόδους κρίσης το επίπεδο προσπάθειας των εργαζομένων είναι υψηλότερο. Όταν οι εργοδότες απαιτούν υψηλά επίπεδα προσπάθειας από τους εργαζομένους τους, οι εν λόγω εργαζόμενοι είναι λιγότερο προσεκτικοί. Με αποτέλεσμα, το ποσοστό των εργατικών ατυχημάτων να αυξάνεται (Boone et al., 2006).

- Των αυξημένων ωρών απασχόλησης

Όταν οι εργαζόμενοι εργάζονται περισσότερες ώρες, κουράζονται περισσότερο και αισθάνονται κόπωση με αποτέλεσμα να αυξάνεται η πιθανότητα τραυματισμού ανά ώρα (ή ανά εργασία). Αλλά ακόμη και όταν απασχολούνται περισσότερες ώρες αυξάνεται η έκθεσή τους στον κίνδυνο των ατυχημάτων στο χώρο εργασίας. Αυτό αυξάνει το ποσοστό των ατυχημάτων (ανά εργαζόμενο) (Boone et al., 2006).

- Της επισφαλούς εργασίας<sup>36</sup> και απασχόλησης στην άτυπη οικονομία.

Οι νέες μορφές απασχόλησης που αναδύονται ως αποτέλεσμα των αλλαγών στον κόσμο της εργασίας μπορούν να συνεπάγονται επισφαλείς συνθήκες εργασίας και γενικότερα επιζήμιες επιπτώσεις για την υγεία των εργαζομένων (Ευρωπαϊκός οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην εργασία, 2008).

Έτσι, η μείωση του προσωπικού μιας επιχείρησης συνιστά σημαντικό παράγοντα κινδύνου για τη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων και έχει ως αποτέλεσμα μακροχρόνια απουσία λόγω ασθένειας.

---

<sup>36</sup> Με τον όρο επισφαλής εργασία γίνεται συνήθως αναφορά σε μορφές απασχόλησης που παρουσιάζουν ελάχιστες διασφαλίσεις για τον εργαζόμενο, ως προς το να υπάρξει ή να διατηρηθεί σε ένα κοντινό μέλλον ένα «αποδεκτό» επίπεδο διαβίωσης, πράγμα που οδηγεί σε ένα βαθύ αίσθημα αβεβαιότητας για το μέλλον και ένα αίσθημα επισφάλειας. (Τριανταφύλλου, 2008)

- Της αύξησης του αριθμού των εργαζομένων νεαρής ηλικίας.

Σε τέτοιες περιόδους απολύεται το υψηλόμισθο αλλά και έμπειρο προσωπικό με αποτέλεσμα οι νεοπροσλαμβανόμενοι εργαζόμενοι να είναι λιγότερο έμπειροι και ως εκ τούτου είναι πιο πιθανό να εμπλακούν σε ατυχήματα στο χώρο εργασίας με συνέπεια να αυξάνεται το ποσοστό των ατυχημάτων (Boone et al., 2006).

- Της μείωσης των πόρων και των επενδύσεων για την πρόληψη των επαγγελματικών κινδύνων από τους εργοδότες και του φόβου των εργαζομένων να εκφράσουν τα δικαιώματά τους.<sup>37</sup>

Σύμφωνα με τη θεωρία των Boone και van Ours (2006) σε περιόδους υψηλής ανεργίας οι εργαζόμενοι διστάζουν να αναφέρουν τα ατυχήματα στο χώρο εργασίας, διότι φοβούνται - σωστά ή λάθος - ότι οι εργοδότες θα χρησιμοποιήσουν αυτό το γεγονός εις βάρος τους και ίσως απολυθούν, με αποτέλεσμα να καθυστερήσουν πολύ να ξαναβρούν μια νέα θέση εργασίας. Διότι τότε μπορεί να είναι πιο επικερδές για μια επιχείρηση να απολύσει τον εργαζόμενο αντί να επενδύσει στην πρόληψη των ατυχημάτων. Ωστόσο, επισημαίνουν στη θεωρία τους ότι ένα πιο σοβαρό ατύχημα αναφέρεται πιο συχνά, επειδή η πρόληψη τέτοιων ατυχημάτων είναι πιο σημαντική για έναν εργαζόμενο (Boone et al., 2011).

Οι συνέπειες, της τρέχουσας οικονομικής ύφεσης στη συχνότητα των εργατικών ατυχημάτων πρέπει να υποστηριχτούν από επαρκή στοιχεία με προοπτικές έρευνες ανάλυσης των αιτίων των εργατικών ατυχημάτων. Η προοπτική της πρόληψής τους στην παρούσα φάση της κρίσης πρέπει να ενσωματωθεί από τη διεθνή κοινότητα για την ολοκληρωμένη προσέγγισή της. Αδιαμφισβήτητα, ο κάθε εργοδότης, δεν είναι σε θέση να ελέγξει την παγκόσμια οικονομία, ωστόσο, ο τρόπος για να αυξήσει την παραγωγικότητα της επιχείρησής του, προάγοντας την υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων, είναι στην ευχέρειά του (Κουκουλιάτα, 2013)

---

<sup>37</sup> Ας εξεταστεί το παράδειγμα μιας νοσοκόμας που εργάζεται σε ένα νοσοκομείο. Ένα από τα καθήκοντά της είναι να σηκώνει τους ασθενείς από το κρεβάτι και να τους βοηθάει να καθίσουν στην αναπηρική καρέκλα τους. Χρησιμοποιώντας τις σωστές τεχνικές ανύψωσης αυτό μπορεί να επιτευχθεί χωρίς να προκληθεί τραυματισμός στην πλάτη της νοσοκόμας. Ωστόσο, ο ασθενής μπορεί να χάσει την ισορροπία του, με συνέπεια η νοσοκόμα να επιβαρύνει υπερβολικά την πλάτη της. Παρατηρώντας λοιπόν, η εταιρεία/νοσοκομείο αυτού του είδους τα ατυχήματα μπορεί να αποφασίσει ότι η νοσοκόμα δεν επιτρέπεται πλέον να σηκώνει τους ασθενείς από το κρεβάτι μόνη της, αντ' αυτού χρειάζεται να εξοπλιστεί το νοσοκομείο με κρεβάτια στα οποία να είναι προσαρμοσμένη με μια συσκευή που διευκολύνει την άρση τους. Ωστόσο, λόγω των οικονομικής ύφεσης και των περιορισμένων διαθέσιμων χρηματοοικονομικών πόρων η επιχείρηση δεν θα προβεί σε επιχειρηματική κίνηση βελτίωσης των συνθηκών εργασίας. (Boone et al., 2011)

### 3.3.5 Άστεγοι

Η Ελλάδα του σήμερα, με τα μνημόνια, τα μεσοπρόθεσμα προγράμματα και τους εφαρμοστικούς νόμους, βιώνει τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, της ύφεσης, της ανεργίας και τη χωρίς τέλος λιτότητα. Η κρίση οδηγεί στη φτώχεια και οι δύο μαζί δεν κάνουν πλέον διακρίσεις, πλήττουν τους πάντες και τα πάντα.

Το φαινόμενο της έλλειψης στέγης μετρά ήδη τρεις δεκαετίες και περισσότεροι από 20.000 συμπολίτες μας διαβιούν στο δρόμο ή σε ακατάλληλες συνθήκες στέγασης, βιώνοντας την πιο ακραία μορφή φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού. Πολλοί περισσότεροι είναι εκείνοι που βρίσκονται σε κίνδυνο έλλειψης στέγης ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης και της ανεργίας που πλήττει σχεδόν όλες τις ηλικίες και τις επαγγελματικές κατηγορίες. Δεδομένης της οικονομικής ύφεσης, το πρόβλημα των αστέγων τείνει να πάρει εκρηκτικές διαστάσεις αναδεικνύοντας τώρα, περισσότερο από ποτέ, το έλλειμμα κοινωνικών, στεγαστικών και προνοιακών πολιτικών στην χώρα.

Οι άστεγοι στην Ελλάδα πολύ πρόσφατα (Ν.4052/12) αναγνωρίστηκαν θεσμικά ως ειδική - ευάλωτη κοινωνική ομάδα που χρήζει ειδικών μέτρων προστασίας. Ωστόσο, μέχρι και σήμερα η πλειονότητα των παρεχομένων υπηρεσιών αφορούν φιλανθρωπικού τύπου παροχές ενώ την ίδια στιγμή δεν υπάρχει θεσμοθετημένη καμία δράση που να αφορά την πρόληψη του φαινομένου και κυρίως την ένταξη αστέγων στην αγορά εργασίας και την αποκατάστασή τους στον κοινωνικό ιστό. Η εφαρμογή του συνταγματικά κατοχυρωμένου δικαιώματος στη στέγη παραμένει ακόμα και σήμερα ζητούμενο από την ελληνική πολιτεία αφήνοντας χιλιάδες αστέγους εγκλωβισμένους στον φαύλο κύκλο του κοινωνικού περιθωρίου.

Τα «παραδοσιακά» στατιστικά στοιχεία που αφορούν τους άστεγους υποδεικνύουν ότι η συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα αποτελείται κυρίως από ψυχικά ασθενείς. Επίσης από χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών, αποφυλακισμένους, άτομα που έχουν ανατραφεί σε ιδρύματα, ευπαθείς ομάδες μεταναστών, προσφύγων, αλλοδαπών που δευτερογενώς και αυτοί παρουσιάζουν ψυχικές διαταραχές. Το ποσοστό αστέγων που δεν παρουσιάζει ψυχοπαθολογία είναι αμελητέο. Ωστόσο, το τελευταίο χρονικό διάστημα, δεδομένης της οικονομικής κρίσης και της ανεργίας, παρουσιάζεται η "νέα γενιά των αστέγων", ατόμων που μέχρι πρότινος είχαν ένα επαρκές - ικανοποιητικό βιοτικό επίπεδο και δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας ή κάποιας μορφής εξάρτησης. Πρόκειται για



οικογένειες που εξαναγκάζονται να ζουν σε παραπήγματα, σε ακατάλληλες συνθήκες ή ακόμη και στο δρόμο, λόγω της αλλαγής των οικονομικών τους.

Οι αριθμοί που καταγράφουν τη θλιβερή νεοελληνική πραγματικότητα και την «έξοδο» του πάλαι ποτέ «τακτοποιημένου» μεσοαστού στην κατηγορία των νεόπτωχων και νεοαστέγων δεν έχουν τέλος. Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα της Μη Κυβερνητικής Οργάνωσης ΚΛΙΜΑΚΑ, ο πληθυσμός των αστέγων «νέας γενιάς» αυξήθηκε κατά 20% με 25%.

Η «νέα γενιά» αστέγων έχει από μέτριο έως υψηλό μορφωτικό επίπεδο και δεν αντιμετώπιζε προβλήματα επιβίωσης πριν κάποιο μέλος της οικογένειας χάσει την δουλειά του. Όπως επισημαίνουν οι υπεύθυνοι της Οργάνωσης, το περασμένο τρίμηνο ολόκληρες οικογένειες βρέθηκαν στο δρόμο, καθώς αδυνατούν πλέον να εξασφαλίσουν τα απαραίτητα προς το ζην. Δυστυχώς, η πρόβλεψη είναι ότι η κατάσταση θα γίνει χειρότερη και όπως λένε οι ειδικοί «το σοκ για όσους βρίσκονται ξαφνικά στο δρόμο είναι τεράστιο. Αισθάνονται απελπισία και πάσχουν από κατάθλιψη. Είναι φοβερό για μία οικογένεια που είχε σπίτι, ξαφνικά να βρίσκεται στο δρόμο»<sup>38</sup>.

Η μεγαλύτερη συγκέντρωση αστέγων συναντάται στα μεγάλα αστικά κέντρα. Είναι χαρακτηριστικό ότι από τους 20.000 αστέγους, οι 11.000 βρίσκονται στην Αθήνα. Και δυστυχώς φαίνεται ότι το φαινόμενο των αστέγων παίρνει ανησυχητικές διαστάσεις<sup>39</sup>.

Το φαινόμενο των αστέγων έχει διαφοροποιηθεί τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά σε σχέση με το παρελθόν. Για παράδειγμα, το 90,7% των αστέγων είναι εγγράμματοι, ενώ το 10,9 % είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Η εμπειρία της «Κλίμακας» έχει δείξει ότι εάν θα μπορούσαμε να φτιάξουμε ένα «προφίλ» του μέσου αστέγου, αυτός θα είναι άντρας, 45-50 ετών (ο ηλικιακός μέσος όρος συνεχώς αυξάνει) και ζει στο δρόμο για διάστημα μεγαλύτερο των πέντε ετών. Ένα σημαντικό ποσοστό των αστέγων είναι ψυχικά ασθενείς (οι αλκοολικοί εντάσσονται σε αυτή την κατηγορία), ενώ το 40% είναι πρώην φυλακισμένοι είτε για μικροκλοπές είτε για χρήση ουσιών είτε για χρέη στο δημόσιο.

<sup>38</sup> Διαθέσιμο: <http://www.klimaka.org.gr>

<sup>39</sup> Διαθέσιμο: [http://www.pyxida.gr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4100:2012-11-07-23-17-26&catid=22:2009-12-15-17-11-16&Itemid=251](http://www.pyxida.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=4100:2012-11-07-23-17-26&catid=22:2009-12-15-17-11-16&Itemid=251)

Σήμερα, μπορούμε να εντοπίσουμε στην Ελλάδα τρεις βασικές κατηγορίες αστέγων:

1. Τα άτομα σε κατάσταση έλλειψης στέγης για μεγάλο χρονικό διάστημα λόγω συνδυασμού παραγόντων όπως η ανεργία, το χαμηλό εισόδημα, οι ψυχικές διαταραχές, η χρήση ναρκωτικών και η κατάχρηση αλκοόλ.
2. Οι μετανάστες ή αιτούντες άσυλο και οι πρόσφυγες σε μεταβατικό στάδιο. Πιο συγκεκριμένα, είναι άτομα στα πρώτα στάδια της εγκατάστασης τους στην Ελλάδα τα οποία αντιμετωπίζουν έντονα ζητήματα έλλειψης στέγης. Επίσης, ζουν για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα σε ακατάλληλες κατοικίες και σε συνθήκες υπερσυνωστισμού. Σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (2010), 1 στους 4 Έλληνες (25,5%) που δεν είναι φτωχός, ζει σε κατοικία που δεν ανταποκρίνεται στις ανάγκες του.
3. Οι νεοάστεγοι, οι οποίοι είχαν ικανοποιητικό βιοτικό επίπεδο, μέτριο έως και υψηλό μορφωτικό επίπεδο και οδηγήθηκαν στην έλλειψη στέγης ως αποτέλεσμα της ανεργίας ή/και των χαμηλών εισοδημάτων. Ωστόσο, διατηρούν ακόμα δεσμούς με το οικογενειακό τους περιβάλλον, δεν εμφανίζουν ψυχικά νοσήματα και έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα για αποκατάσταση και επανένταξη.

Η εμφάνιση των νεοαστέγων συμπίπτει με τη γενιά των νεόπτωχων κάνοντας σαφές ότι η φτώχεια πλήττει άτομα που κατά το παρελθόν είχαν υψηλό ή επαρκές βιοτικό επίπεδο. Στους νεοάστεγους μπορούν να συμπεριληφθούν άτομα που έχασαν την ιδιοκτησία τους με δήμευση, λόγω δανείων ή άλλων οφειλών. Σήμερα, περισσότερα από 50.000 ακίνητα βρίσκονται υπό την απειλή του πλειστηριασμού, από τα οποία τα 20.000 αφορούν την πρώτη κατοικία. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι μόνο τον πρώτο μήνα του 2011 κινήθηκαν οι νομικές διαδικασίες για περισσότερες από 4.000 εξώσεις. Επίσης, σε αυτή την κατηγορία ανήκουν νέοι που έχουν απομακρυνθεί από την οικογένειά τους και μαστίζονται από ανεργία ή δεν μπορούν να συντηρήσουν μια κατοικία καθώς και άτομα που έχασαν τη δουλειά τους λίγο πριν βγουν στη σύνταξη. Είναι χαρακτηριστικό ότι το 27,8% του μη φτωχού Ελληνικού πληθυσμού δυσκολεύεται να αντεπεξέλθει στις δαπάνες στέγασης<sup>40</sup>.

---

<sup>40</sup> Διαθέσιμο: [http://www.pyxida.gr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4100:2012-11-07-23-17-26&catid=22:2009-12-15-17-11-16&Itemid=251](http://www.pyxida.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=4100:2012-11-07-23-17-26&catid=22:2009-12-15-17-11-16&Itemid=251)

*Επιπτώσεις στην υγεία*

Οι άστεγοι κάνουν αγώνα καθημερινά για να καλύψουν τις βασικές ανάγκες για την επιβίωσή τους. Όντας άστεγος βιώνεις την εξαθλίωση, την απομόνωση, τον κοινωνικό αποκλεισμό και την κακή υγεία.

Στη συνέχεια ακολουθούν αναλυτικά, τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι άστεγοι (Stratigos et al., 1999) & (Coles et al., 2011):

- Χαμηλή αυτοεκτίμηση, έλλειψη εμπιστοσύνης και έντονη αίσθηση της μοναξιάς.
- Κακή στοματική υγεία. Η επίδραση των ασθενειών του στόματος δεν πρέπει να υποτιμάται σε αυτόν τον πληθυσμό, δεδομένου ότι είναι γνωστό ότι το χρόνιο άλγος του στόματος και η πτωχή στοματική λειτουργία (π.χ., το μάσημα) μπορεί να συμβάλει στη μείωση του αυτοσεβασμού και της κατάθλιψης. Επιπλέον, η έλλειψη χρήσης των υπηρεσιών φροντίδας υγείας αποτρέπει την έγκαιρη θεραπεία της τερηδόνας, συμβάλλοντας στο αυξημένο οδοντιατρικό άγχος.
- Μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης.
- Κοινές ιογενείς αναπνευστικές ασθένειες, βακτηριακή πνευμονία, αποστήματα, σηψαιμία, και περιφερική αγγειακή νόσο.
- Τραύματα όπως εκδορές, ρήξεις, εκχυμώσεις, εγκαύματα.
- Αρκετές δερματικές παθήσεις έχουν παρατηρηθεί στους άστεγους συμπεριλαμβανομένης της μυκητιασικής λοίμωξης, κυτταρίτιδα, μολυσματικό κηρίο, δερματικές λοιμώξεις, έλκη στα πόδια, κρυοπαγήματα, ερυθρομελαλγία, ψώρα, φθειρίαση, σμηγματορροϊκή δερματίτιδα, ακμή, ροδόχρους ακμή, δερματίτιδα, ξήρωση και κνησμός. Οι περισσότερες από τις ασθένειες του δέρματος μπορούν εύκολα να διαγνωστούν και να αντιμετωπιστούν. Ωστόσο, λόγω της περιορισμένης πρόσβασης σε πόρους υγειονομικής περίθαλψης και την υψηλή επικράτηση του αλκοολισμού και της ψυχιατρικής νόσου στον πληθυσμό αυτό, οι άστεγοι παραμελούν την περιποίηση του δέρματος μέχρι τα συμπτώματα να γίνουν ανυπόφορα.
- Προβλήματα στα πόδια, κυρίως επιφανειακές μυκητιάσεις και βακτηριακές μολύνσεις. Οι ασθένειες αυτές συνήθως συνδέονται με κακές συνθήκες υγιεινής στα κάτω άκρα, ανεπαρκή υποδήματα, και υπερβολική υγρασία.
- Επιπλέον, ο συνωστισμός στα καταλύματα μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο δερματικών μολύνσεων λόγω της έκθεσης σε παθογόνους παράγοντες. Η

ονυχομυκητίαση αποτελεί πύλη εισόδου για μύκητες και παθογόνα βακτήρια, και μπορεί να οδηγήσει σε πιο σοβαρές λοιμώξεις (π.χ., κυτταρίτιδα, τυόδερμα, γάγγραινα, συστηματική λοίμωξη).

- Η νόσος της κερατόλυσης αποτελεί μια επιφανειακή λοίμωξη του δέρματος που προκαλείται από μικρόκοκκο. Υπεριδρωσία και μια χαρακτηριστική δυσάρεστη οσμή συνδέονται συχνά με αυτή την κατάσταση. Η υψηλή συχνότητα εμφάνισης της κερατόλυσης σε άστεγους πιθανότατα σχετίζεται με κακές συνθήκες υγιεινής στα κάτω άκρα και τη χρόνια έκθεση σε υγρασία.
- η έκθεση σε επιβλαβή στοιχεία, ο υποσιτισμός και ο αυξημένος κίνδυνος τραυματισμών.
- Αλκοολισμός, καθώς είναι αυξημένο το ποσοστό κατανάλωσης οινοπνεύματος.
- Μόλυνση από τον ιό HIV.
- Γυναικολογικά προβλήματα (διαταραχές της εμμήνου ρύσεως, εγκυμοσύνη).
- Ψυχικές διαταραχές, κατάθλιψη.

### 3.4 Στην παιδική ηλικία

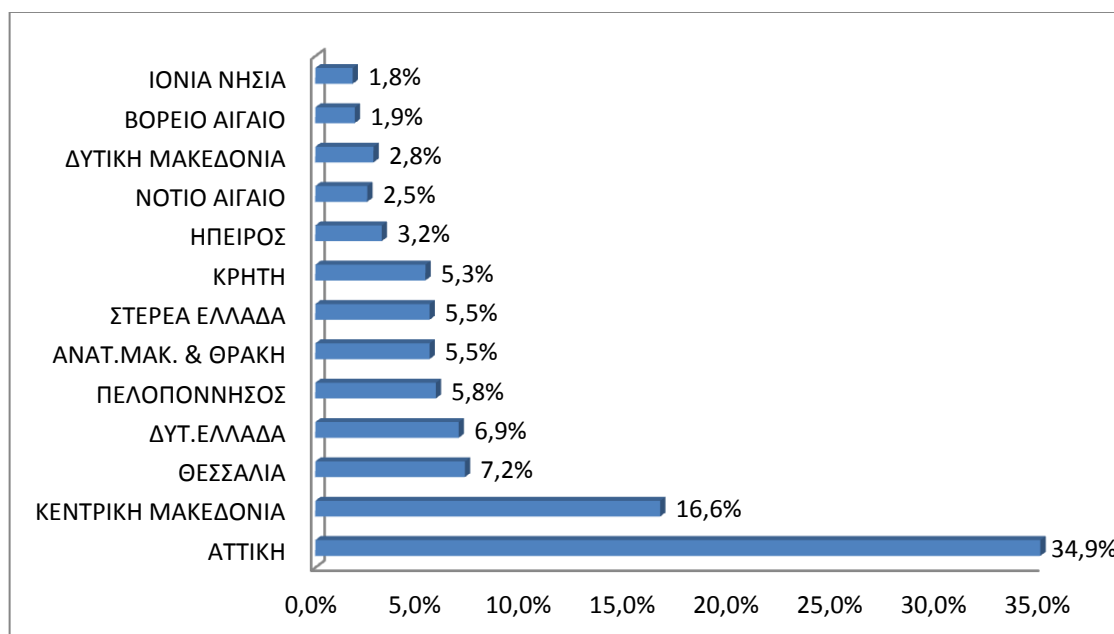
#### 3.4.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά των παιδιών στην Ελλάδα

Τα παιδιά (ηλικίες έως 18 ετών) στην Ελλάδα σύμφωνα με την απογραφή του 2001 ήταν 2.080.866 και αναλογούσαν στο 19% του συνολικού πληθυσμού, από τα οποία το 52% αγόρια και το 48% κορίτσια (ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2001). Από προβλέψεις για το 2010 ο αριθμός τους φθάνει τα 1.959.895 και η αναλογία τους στο 17,4% του πληθυσμού. Οι ποσοστιαίες αναλογίες μεταξύ αγοριών και κοριτσιών παραμένουν σταθερές, ωστόσο αριθμητικά τα αγόρια είναι περισσότερα από τα κορίτσια κατά 148.000, ενώ στις προηγούμενες μετρήσεις το μέγεθος αυτό δεν ξεπερνούσε τις 100.000<sup>41</sup>.

Η κατανομή των παιδιών ανά περιοχές ακολουθεί τις αντίστοιχες κατανομές του συνολικού πληθυσμού. Με στοιχεία της απογραφής του 2011 το 75% κατοικεί σε αστικές περιοχές και το 25% σε αγροτικές. Ενώ, το 2010 ένα στα τρία παιδιά θα το συναντούσαμε στην Αθήνα (ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2001).

<sup>41</sup> Τα στοιχεία αυτά είναι πιθανό να αναθεωρηθούν, εφόσον τα προσωρινά στοιχεία της απογραφής 2011, αποκλίνουν από τις προβολές του πληθυσμού κατά 560.000 άτομα. Για περισσότερα βλ. ΕΛ.ΣΤΑΤ., Υπολογιζόμενος πληθυσμός κατά φύλο και 5ετες ομάδες ηλικιών και Ανακοίνωση προσωρινών αποτελεσμάτων Απογραφής Πληθυσμού 2011, Διαθέσιμο: <http://www.statistics.gr>.

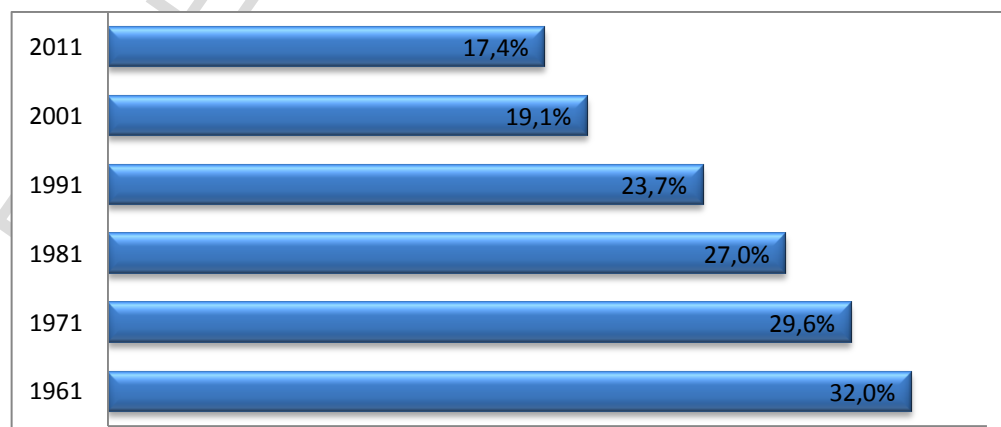
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.8: Κατανομή των παιδιών στην Ελλάδα (2010) ανά περιφέρεια



Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ.

Οι δημογραφικές εξελίξεις των τελευταίων 40 χρόνων έχουν αλλάξει τη μορφή της ελληνικής κοινωνίας. Η άνοδος του βιοτικού επιπέδου, η βελτίωση της θέσης της γυναίκας και η ένταξη της δυναμικά στην αγορά εργασίας, καθώς και οι εν γένει κοινωνικές αλλαγές που έχουν επέλθει, έχουν οδηγήσει στον περιορισμό των γεννήσεων και άρα στον αριθμό των παιδιών, ο οποίος βαίνει διαρκώς μειούμενος, από το 1961 που αντιστοιχούσε στο 1/3 του συνολικού πληθυσμού, φθάνοντας το 2011 το 17%.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.9: Ποσοστό των παιδιών στο σύνολο του πληθυσμού (1961-2011)



Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ.

### 3.4.2 Υγεία των Παιδιών

Η υγεία αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμα του παιδιού και για το λόγο αυτό η Διεθνής Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού ορίζει (άρθρ. 24) ότι το παιδί πρέπει να απολαμβάνει το καλύτερο δυνατό επίπεδο υγείας. Ένας δείκτης που παρέχει αντιπροσωπευτική εικόνα σχετικά με την υγεία του παιδιού αποτελεί η υγεία κατά τη γέννηση του βρέφους. Αυτή εκφράζεται από τα ποσοστά βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας (θνησιμότητα παιδιών έως ενός έτους και θνησιμότητα παιδιών από 1 έως 5 ετών αντίστοιχα) (Bradshaw et al., 2007). Η παιδική και βρεφική θνησιμότητα δεν αφορά μόνο στις αναπτυσσόμενες χώρες, καθώς αυτές εμφανίζουν εξαιρετικά υψηλά ποσοστά εξαιτίας της αδυναμίας κάλυψης στοιχειωδών αναγκών διαβίωσης των παιδιών τόσο κατά τη διάρκεια του τοκετού όσο και αργότερα, αλλά αποτελεί δείκτη της κατάστασης της υγείας των παιδιών και στις «δυτικές χώρες». Σύμφωνα, όμως, με στατιστικά στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) για την Ελλάδα που αφορούν το έτος 2010, η πλειοψηφία (συγκεκριμένα το 39%) των θανάτων παιδιών κάτω των 5 ετών οφείλεται σε εκ γενετής ανωμαλίες, για τη δεύτερη θέση ευθύνεται η προωρότητα (34%) και την τρίτη υψηλή θέση καταλαμβάνουν άλλες αιτίες (9%). Συνεπώς, δεν μπορεί να εξαχθεί ασφαλές συμπέρασμα για τον τρόπο που εξωτερικοί παράγοντες, όπως η αδυναμία κάλυψης βασικών αναγκών διαβίωσης και περίθαλψης των παιδιών, επιδρούν στους θανάτους των παιδιών στην Ελλάδα.

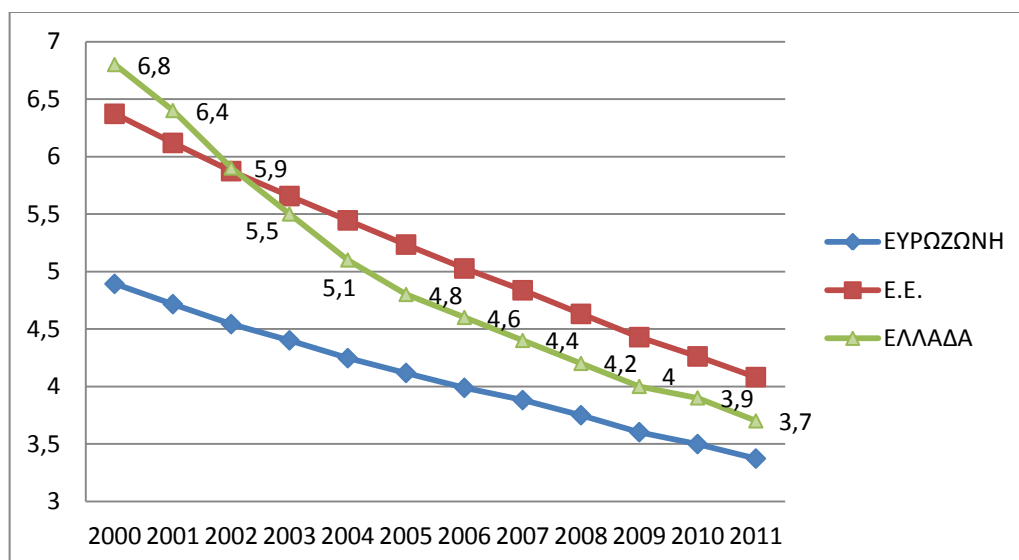
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.12: Αιτία της θνησιμότητας και νοσηρότητας: αιτίες θανάτου των παιδιών

Έτος	Κατανομή των αιτιών θανάτου μεταξύ των παιδιών ηλικίας <5 ετών (%)								
	Ασφυξία κατά τη γέννηση	Συγγενείς ανωμαλίες	HIV /AIDS	Τραυματισμοί	Ίλαρά	Νεογνική σήψη	Άλλες ασθένειες	Πνευμονία	Πρόωρα νεογνά
2000	6	38	0	6	0	1	9	2	37
2001	10	40	0	6	0	1	9	3	31
2002	7	39	0	7	0	1	6	3	37
2003	10	35	0	7	0	0	9	3	35
2004	6	37	0	6	0	1	8	4	38
2005	6	37	0	4	0	0	10	5	37
2006	6	37	0	5	0	0	12	5	36
2007	4	39	0	6	0	0	8	6	36
2008	4	37	0	7	0	0	9	7	36
2009	2	38	0	8	0	0	9	7	35
2010	2	39	0	8	0	0	9	7	34

Πηγή: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.1480>

Παρ' όλα αυτά, τα ποσοστά της παιδικής και βρεφικής θνησιμότητας αποτελούν βασικό δείκτη των διαφοροποιήσεων στην υγεία των παιδιών μεταξύ των κρατών. Στην Ελλάδα τόσο η παιδική, όσο και η βρεφική θνησιμότητα εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά σε σχέση αφενός με το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αφετέρου με αυτόν των χωρών της Ευρωζώνης.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.10: Παιδική θνησιμότητα (θάνατοι ανά 1.000 παιδιά από 1 έως 5 ετών)



Πηγή: Παγκόσμια τράπεζα (2013)<sup>42</sup>

Ενδεικτικό της σημαντικής μείωσης της παιδικής θνησιμότητας στην Ελλάδα αποτελεί, σύμφωνα με στοιχεία της Παγκόσμιας Τράπεζας, η κάμψη του αριθμού των θανάτων ανά 1.000 παιδιά ηλικίας από 1 έως 5 ετών από 6,8 το 2000 σε 3,7 το 2011. Την αιτία για αυτήν τη μείωση αποτελεί, σύμφωνα με τους Τούντα και συνεργάτες, η βελτίωση των υπηρεσιών υγείας (Τούντας κ.ά., 2007).

Ωστόσο, παρά τη γενική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, οι ανισότητες στην υγεία, δηλαδή η χρήση (πρόσβαση) αλλά και το επίπεδο υγείας, αποτελούν ένα σημαντικό κομμάτι εξασφάλισης των δικαιωμάτων επιβίωσης του παιδιού. Η υψηλή κοινωνικοοικονομική θέση σχετίζεται με το επίπεδο υγείας, καθώς, ειδικά σε ορισμένα νοσήματα εμφανίζονται ακόμα και διπλάσια ποσοστά θνησιμότητας μεταξύ ατόμων ανώτερης και κατώτερης κοινωνικοοικονομικής τάξης (Τούντας κ.ά., 2007). Γενικότερα, στην «ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία» άτομα υψηλότερων κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων εμφανίζουν καλύτερους δείκτες. Αυτή η διαπίστωση ισχύει και ειδικότερα για τα παιδιά, αφού, σύμφωνα με μελέτη του Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, τα παιδιά από

<sup>42</sup> Διαθέσιμο: <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN/countries?display=graph>

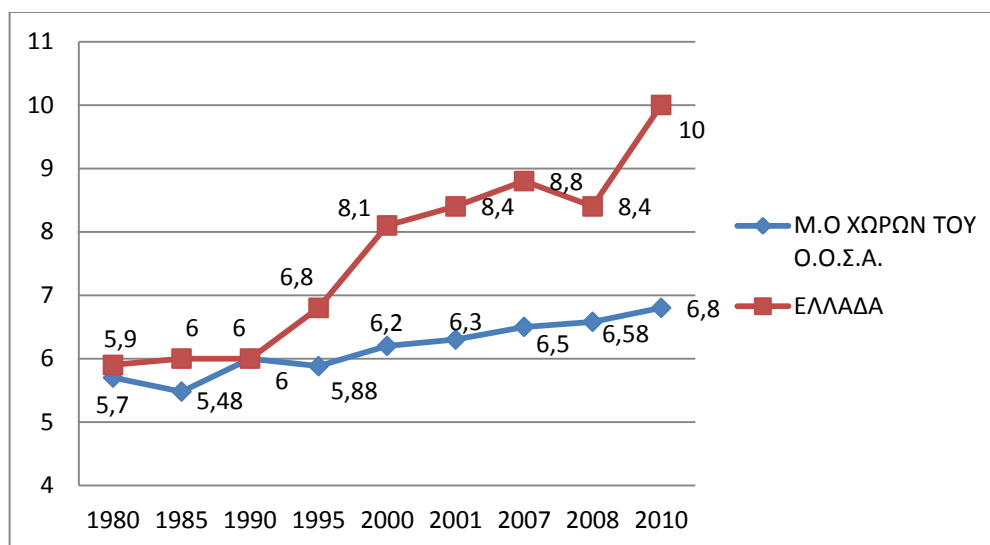


οικογένειες με υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο εμφανίζουν καλύτερη ποιότητα ζωής σε όλες τις διαστάσεις (τη σωματική ευεξία, τη ψυχική ευεξία, τη θετική αντίληψη του εαυτού, την αυτονομία, τη ζωή στο σπίτι, τη ζωή στο σχολείο, τη ζωή με φίλους, την κοινωνική αποδοχή, εκτός της αυτονομίας). Εκτός από το παραπάνω, εάν, σύμφωνα με την έρευνα του Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, 2006). λάβουμε υπόψη ότι η ίδια ανισότητα ισχύει και στη χρήση των υπηρεσιών υγείας, καθώς το ποσοστό διεξαγωγής προληπτικών εξετάσεων σχετίζεται άμεσα με το κοινωνικοοικονομικό στρώμα, είναι αναμενόμενο τα παιδιά κατώτερων κοινωνικοοικονομικών τάξεων να εμφανίζουν την ίδια αδυναμία χρήσης υπηρεσιών υγείας με τις οικογένειές τους. Σε αυτή τη διαπίστωση συνηγορεί το γεγονός ότι οι «ανεπίσημες» ιδιωτικές δαπάνες για απόκτηση πρόσβασης στην υγεία, ως ποσοστό των συνολικών ιδιωτικών δαπανών για την υγεία ανέρχονται πολύ υψηλότερα στην Ελλάδα σε σχέση με τις χώρες της Ε.Ε. και της Ευρωζώνης.

Σύμφωνα με τους Τούντα και συν. (Τούντας κ.ά., 2007) «τα αίτια των μεγάλων κοινωνικών ανισοτήτων στη χρήση των υπηρεσιών υγείας ανάγονται, στην Ελλάδα, κυρίως στην πολυδιάσπαση των ταμείων και στις άνισες παροχές τους, καθώς και στη συνεχή υποβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας». Παρά το γεγονός ότι στη 2η και 3η έκθεση που υπέβαλε η Ελλάδα το 2009 στην Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Παιδιού του Ο.Η.Ε. για την εφαρμογή της Σύμβασης, περιγράφεται η οργάνωση του συστήματος υγείας σε τρία επίπεδα, στα οποία έχουν πλήρη πρόσβαση όλα τα παιδιά χωρίς διάκριση, και ιδιαίτερα τα Ρομά και τα παιδιά με αναπηρίες, οι παρατηρήσεις (Committee on the Rights of the Child, 2011) της Επιτροπής εστιάζονται στην έλλειψη στοιχείων σχετικά με τις δημοσιονομικές περικοπές που έγιναν στην υγεία ως τμήμα των μέτρων λιτότητας, οι οποίες έχουν άμεση επίπτωση στις παροχές υγείας προς τα παιδιά.

Άλλος δείκτης σχετικά με την υγεία του παιδιού κατά τη γέννησή του αποτελεί το χαμηλό βάρος του νεογέννητου, το οποίο συσχετίζεται με υψηλή πιθανότητα εμφάνισης προβλημάτων υγείας στην φυσική και πνευματική ανάπτυξη του παιδιού (Bradshaw et al., 2007). Σύμφωνα με στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α. η Ελλάδα εμφανίζει μεγαλύτερο ποσοστό ελλιποβαρών βρεφών ανά συνολικές γεννήσεις σε σχέση με το μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α., με την τάση να είναι αυξητική τα τελευταία χρόνια, ιδιαίτερα από το 1995 και έπειτα.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.11: Ποσοστό (5%) ελλιποβαρών βρεφών ανά συνολικές γεννήσεις

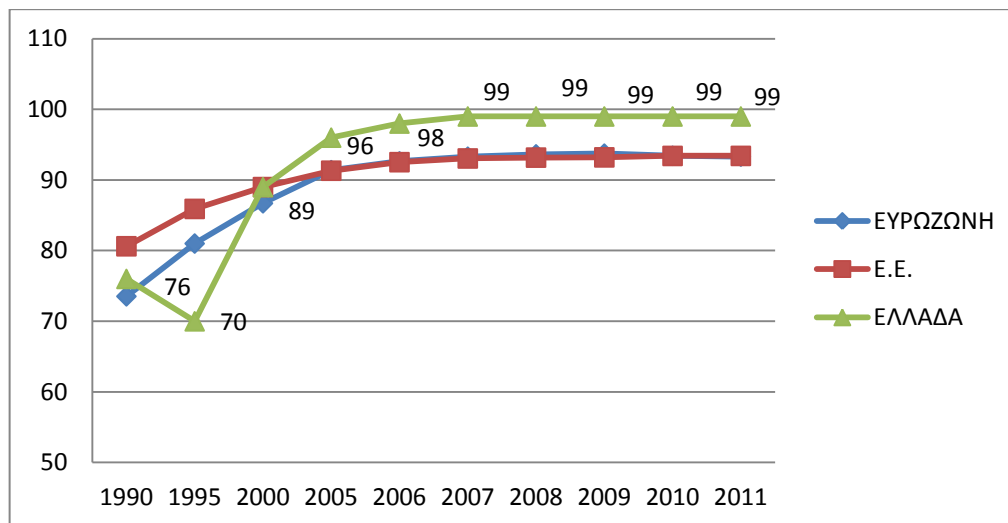


Πηγή: OECD 2013 → Health Status MetaData: Infant health.<sup>43</sup>

Τα ποσοστά ανοσοποίησης (εμβολιασμού) των παιδιών αντιπροσωπεύουν το επίπεδο λήψης μέτρων πρόληψης και προώθησης της υγείας τους. Οι βασικοί δείκτες εμβολιασμού που έχει υιοθετήσει η Παγκόσμια Τράπεζα αναφέρονται στον εμβολιασμό για Ιλαρά και για Διφθερίτιδα, Τέτανο και Κοκκύτη. Και στις δυο περιπτώσεις η Ελλάδα εμφανίζει υψηλότερα ποσοστά σε σχέση με το Μ.Ο. της Ε.Ε. και της Ευρωζώνης, τα οποία για το έτος 2010 αγγίζουν το 100% των παιδιών ηλικίας 12-23 μηνών.

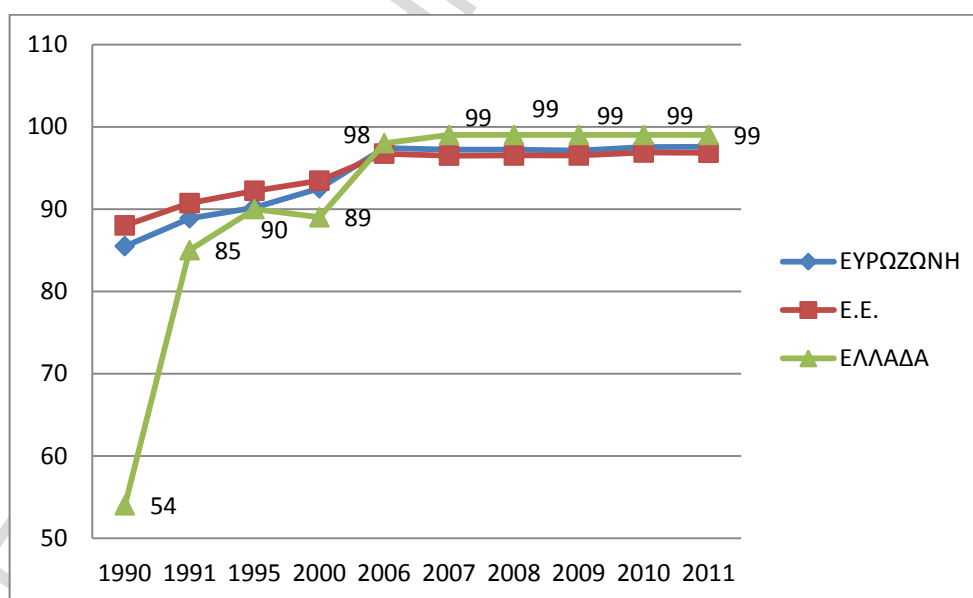
<sup>43</sup> Διαθέσιμο: <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30118>

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.12: Ανοσοποίηση (εμβολιασμός) για Ιλαρά  
(ποσοστό % παιδιών ηλικίας 12-23 μηνών)



Πηγή: World bank 2013<sup>44</sup>

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.13: Ανοσοποίηση (εμβολιασμός) για διφθερίτιδα, τέτανο, κοκκύτη  
(ποσοστό % παιδιών ηλικίας 12-23 μηνών)



Πηγή : World Bank 2013<sup>45</sup>

<sup>44</sup> Διαθέσιμη: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.IMM.MEAS>

<sup>45</sup> Διαθέσιμη: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.IMM.IDPT?display=default>

Στη χώρα τα τελευταία 30 χρόνια έχει γίνει σημαντική πρόοδος στην εμβολιακή κάλυψη των παιδιών. Όμως η μεγάλη αύξηση της μετανάστευσης από άλλες χώρες και η οικονομική κρίση, οδηγούν πολλές οικογένειες στο να μην εμβολιάζουν τα παιδιά τους. Αυτό εγκυμονεί σημαντικούς κινδύνους για την υγεία τους, αλλά και αποτρέπει την εγγραφή τους στα σχολεία.

Η Ελληνική Εθνική Επιτροπή της UNICEF, μετά την επιτυχία του πιλοτικού προγράμματος εμβολιασμών σε δήμους της Αττικής που ξεκίνησε πρόσφατα, επεκτείνει τη δράση και σε συνεργασία με την Κεντρική Ένωση Δήμων Ελλάδας επιδίωξε μέσα στο 2012 τον εμβολιασμό όσο το δυνατό περισσότερων παιδιών.

Επιπλέον, λαμβάνοντας υπ' όψιν το πλήθος γονέων που ανταποκρίθηκε στην πρωτοβουλία της διεθνούς Μ.Κ.Ο. «Γιατροί του Κόσμου» για δωρεάν εμβολιασμό των παιδιών από τον Δεκέμβριο του 2011 έως και σήμερα, αποδεικνύεται η δεινή θέση στην οποία έχουν περιέλθει οι οικογένειες<sup>46</sup>.

Συγκεκριμένα, οι Γιατροί του Κόσμου με την υποστήριξη της Vodafone συνεχίζουν την υλοποίηση προγράμματος δωρεάν ιατρικών εξετάσεων και περίθαλψης παιδιών που το έχουν ανάγκη και εντείνουν τη δράση της Κινητής Παιδιατρικής Μονάδας με περισσότερες επισκέψεις σε Αττική και Θεσσαλονίκη.

Ειδικότερα, η Κινητή Παιδιατρική Μονάδα θα βρεθεί κοντά στα παιδιά, που αντιμετωπίζουν δυσκολία πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας για οικονομικούς ή κοινωνικούς λόγους και θα παρέχει τις παρακάτω υπηρεσίες:

- δωρεάν παιδιατρική περίθαλψη, διαγνωστικό έλεγχο, οδοντιατρικό έλεγχο και παρακολούθηση,
- δωρεάν φαρμακευτική αγωγή με την παροχή βασικών παιδιατρικών φαρμάκων,
- προληπτική φροντίδα και αγωγή υγείας και
- εμβολιαστική κάλυψη

*Διαδικασία που ακολουθείται από γιατρούς του κόσμου*

- Οι υπηρεσίες του προγράμματος απευθύνονται σε παιδιά που δεν έχουν ασφαλιστική κάλυψη, ή είναι άπορα.

<sup>46</sup> Διαθέσιμο: <http://www.mdmgreece.gr>

- Η ενημέρωση για τα ανασφάλιστα παιδιά γίνεται σε συνεργασία με την Κοινωνική Υπηρεσία και το γραφείο Πρόνοιας κάθε Δήμου.
- Συγκεκριμένα, πρόκειται για παιδιά και οικογένειες που δεν έχουν ασφαλιστική κάλυψη, είτε γιατί λόγω ανεργίας έληξε η κάλυψή τους από τον ασφαλιστικό φορέα που ανήκαν, είτε γιατί λόγω χρεών στον ασφαλιστικό φορέα που υπάγονταν δεν μπορούν να έχουν ιατρική κάλυψη.
- Τα άπορα παιδιά προέρχονται από οικογένειες που δεν έχουν κανένα εισόδημα και καμία ιατροφαρμακευτική κάλυψη.
- Ειδικότερα, ο εμβολιασμός πραγματοποιείται σε παιδιά χωρίς καμία ασφαλιστική κάλυψη, με ειδικότερη προτεραιότητα σε αυτά που έχουν μείνει πίσω στον εμβολιασμό.
- Για την κάθε δράση είναι απαραίτητα:
  - βιβλιάριο υγείας παιδιού (καταγράφεται το ιστορικό κάθε παιδιού και γίνεται ο έλεγχος των εμβολίων),
  - βιβλιάριο ασφάλειας γονέων (έλεγχος ασφάλειας),
  - ο εμβολιασμός πραγματοποιείται μόνο σε ανασφάλιστα παιδιά,
  - μερικοί γονείς επιδεικνύουν και τις κάρτες ανεργίας.
- Αν κάποιο παιδί πρέπει να παραπεμφθεί σε κάποια άλλη ειδικότητα, ή χρειάζεται επιπλέον εμβολιασμό ή παρακολούθηση, τότε οι γονείς ενημερώνονται για τα Πολυϊατρεία των Γιατρών του Κόσμου, όπου και μπορούν να προσέρχονται.

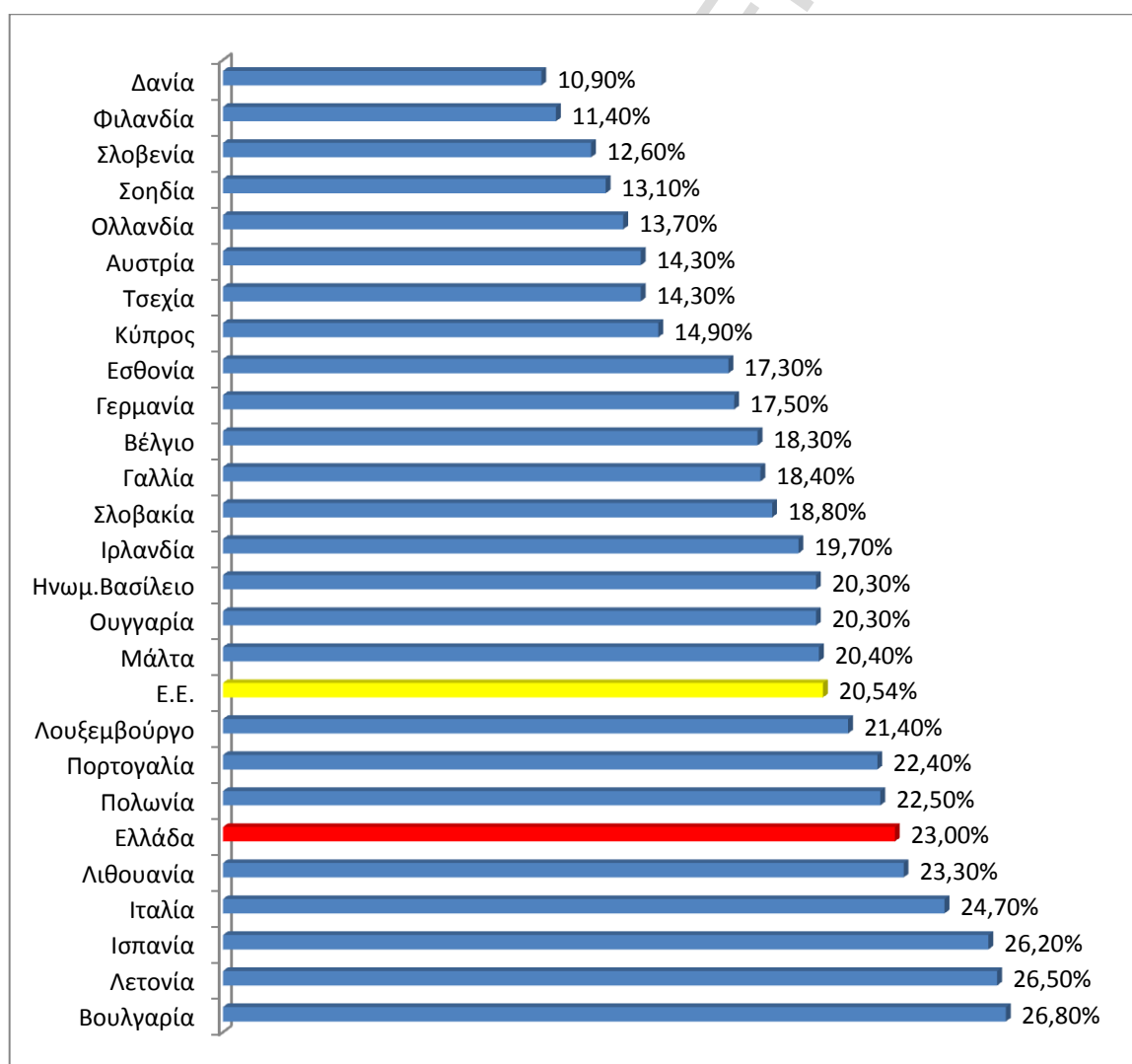
Για 10η χρονιά, μέσω της Κινητής Παιδιατρικής Μονάδας, έως σήμερα, περισσότερα από 48.000 παιδιά ηλικίας 4-12 ετών, έχουν δεχτεί τη φροντίδα και την περίθαλψη που χρειάζονταν σε 30 νησιά και 45 Νομούς της Ελλάδας. Η πολυετής αυτή προσπάθεια της Vodafone και των Γιατρών του Κόσμου, ενισχύεται με τη συμμετοχή του ΣΚΑΪ, για τις δράσεις που έχουν προγραμματιστεί σε 15 επιλεγμένους Δήμους της Αττικής και της Θεσσαλονίκης, με σκοπό ακόμα περισσότερα παιδιά να ενημερωθούν και να λάβουν τη φροντίδα της Κινητής Μονάδας.

Μία ακόμη πρωτοβουλία της ΜΚΟ "Αποστολή Άνθρωπος" αποτελεί το πρόγραμμα δωρεάν εμβολιασμού "Εμβολιά-ζουμε", το οποίο καλύπτει όλα τα εμβόλια του εθνικού υποχρεωτικού εμβολιασμού, με εξαίρεση το BCG και το εμβόλιο για τον ιό ανθρώπινων κονδυλωμάτων - HPV σε παιδιά ανασφάλιστα, όχι απροστάτευτα.

### 3.4.3 Η Παιδική Φτώχεια στην Ελλάδα

Η αντιμετώπιση της παιδικής φτώχειας αποτελεί βασικό άξονα για την κοινωνική πολιτική στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Οι επιπτώσεις της φτώχειας στη ζωή του παιδιού μπορεί να επιδράσουν καταλυτικά στην υγεία του, την ψυχολογία του, την εκπαίδευσή του και γενικότερα στη συμμετοχή του στις κοινές δραστηριότητες των συνομηλίκων του. Η φτώχεια στα παιδιά παραμένει σε υψηλά ποσοστά ενώ δεν έχει μειωθεί τα τελευταία χρόνια. Αντιθέτως, αν εξετασθούν διαχρονικά τα στοιχεία από το 2005 έως το 2010 στις περισσότερες χώρες τα ποσοστά αυξήθηκαν.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.14: Παιδική φτώχεια στην Ευρώπη (2010)



Πηγή: Unicef, 2012

Υπολογίζεται ότι στην Ελλάδα σήμερα πάνω από 2,2 εκατομμύρια άνθρωποι ζούνε κάτω από το όριο της φτώχειας μεταξύ των οποίων περίπου 440.000 παιδιά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.13: Η φτώχεια σε αριθμούς (2010)

Κατώφλι κινδύνου φτώχειας ανά άτομο	7.178€
Κατώφλι κινδύνου φτώχειας για νοικοκυριά με 2 ενήλικες και 2 εξαρτώμενα παιδιά ηλικίας κάτω των 14 ετών	15.073€
<b>Άτομα σε κίνδυνο φτώχειας</b>	
• Σύνολο	2.205.000
• Κάτω των 6 ετών	136.000
• 6 με 11 ετών	136.000
• 12 με 17 ετών	167.000
• <b>Σύνολο Ανήλικοι</b>	<b>439.000</b>

Πηγή: Unicef, 2012

Η φτώχεια γενικά στην Ελλάδα δεν παρουσιάζει διαχρονικά έντονες μεταβολές. Από το 1995 έως το 2010 κυμαινόταν στο ύψος του 20% του συνολικού πληθυσμού. Η παιδική φτώχεια είναι ελαφρώς υψηλότερη, κυμαίνεται από το 2003 στο 23%. Από την άλλη πλευρά στη μέτρηση της φτώχειας ή του κοινωνικού αποκλεισμού οι διαφορές μεταξύ του συνολικού πληθυσμού και των παιδιών είναι μικρότερες, στοιχείο που υποδηλώνει ότι τα φτωχά νοικοκυριά με παιδιά έχουν χαμηλότερη απόκλιση από τα υπόλοιπα στη σοβαρή υλική αποστέρηση ή στην ένταση απασχόλησης του νοικοκυριού (οι δύο επιμέρους δείκτες που μετρούνται στη διάσταση αυτή).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.14: Σχετικός κίνδυνος φτώχειας μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις

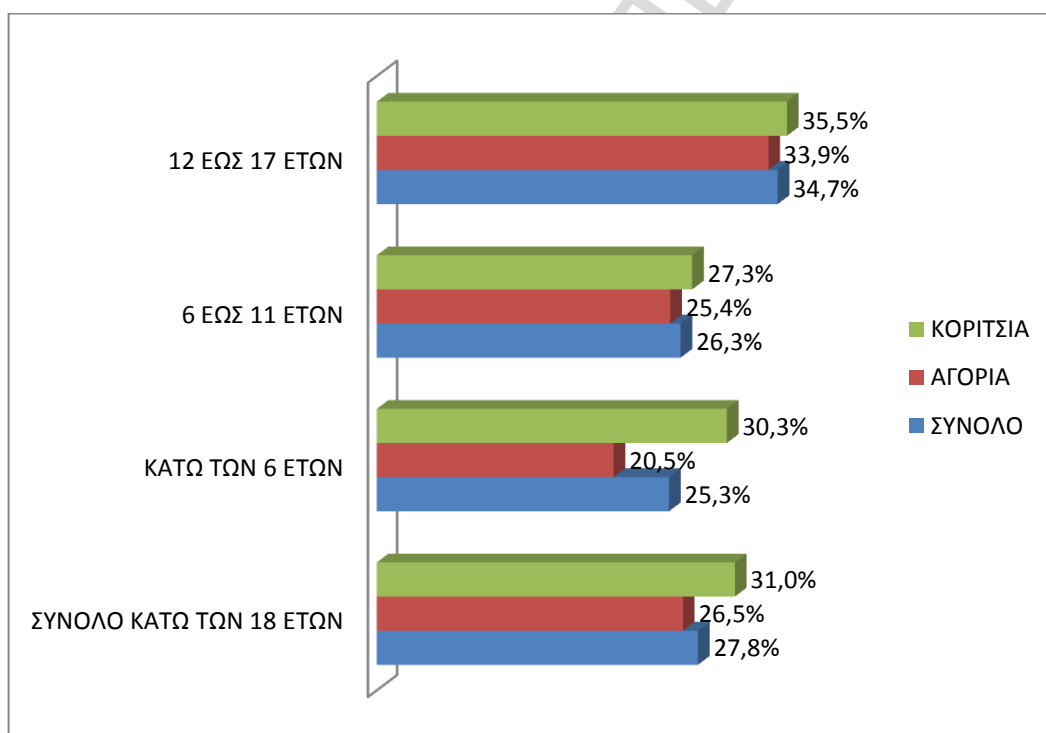
α. Κατά ομάδες ηλικιών και φύλο			
	Σύνολο	Άρρενες	Θήλεις
	2009		
<b>Σύνολο</b>	<b>19,7</b>	19,1	20,2
0 - 17	23,7	-	-
18 - 64	18,1	17,5	18,7
65 +	21,4	20,9	21,9
	2010		
<b>Σύνολο</b>	<b>20,1</b>	19,3	20,9
0 - 17	23	-	-
18 - 64	19	18,9	19,2
65 +	21,3	18,8	23,3
β. Κατά κατάσταση απασχόλησης και φύλο			
	Σύνολο	Άρρενες	Θήλεις
	2009		
Εργαζόμενοι	14	16	11
Μη εργαζόμενοι	24	21	26
από τους οποίους:			
- Άνεργοι	38	35	40
- Συνταξιούχοι	18	18	19
- Λοιποί μη οικονομικά ενεργοί	27	25	27
	2010		
Εργαζόμενοι	13,8	16,4	10,2
Μη εργαζόμενοι	25	21,7	27,1
από τους οποίους:			
- Άνεργοι	38,5	37	40
- Συνταξιούχοι	19	17	21,4
- Λοιποί μη οικονομικά ενεργοί	27,4	24,6	28,1

Πηγή : Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των νοικοκυριών, EU-SILC 2009 και 2010.



Στο Διάγραμμα 3.15 παρατηρούμε ότι στην ίδια ομάδα των φτωχών νοικοκυριών με παιδιά, εμφανίζονται διαφορές, σε ό,τι αφορά στην ηλικία του παιδιού. Στην ηλικία εκείνη, όπως η εφηβεία κατά την οποία η ψυχολογία, οι ανάγκες και οι ανησυχίες του παιδιού διευρύνονται, το φτωχό νοικοκυριό φαίνεται να πιέζεται περισσότερο να ανταπεξέλθει στην ικανοποίησή τους. Γενικότερα, εμφανίζονται έμφυλες διαφορές στη φτώχεια στην παιδική ηλικία με τα ποσοστά των κοριτσιών να κυμαίνονται σε υψηλότερα επίπεδα από ό,τι στα αγόρια, χωρίς να δικαιολογείται απόλυτα από τις γεννήσεις και με απόκλιση από τα αντίστοιχα ποσοστά στις χώρες της Ευρώπης.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.15: Φτώχεια ή κοινωνικός αποκλεισμός στα παιδιά ανά ηλικιακή ομάδα και φύλο (2010)



Πηγή: Unicef, 2012

#### 3.4.4 Παιδική Φτώχεια και Υγεία

Σύμφωνα με στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α., ο δείκτης για την υγεία και την ασφάλεια των παιδιών στην Ελλάδα βρίσκεται σε χειρότερη θέση συγκριτικά προς το μέσο όρο των χωρών μελών του. Παράλληλα, από τα ίδια στοιχεία η παιδική θνησιμότητα σε ηλικίες έως 19 ετών, είναι υψηλότερη από το μέσο όρο και η απόσταση κλιμακώνεται από τις μικρότερες προς τις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες<sup>47</sup>. Ωστόσο, δεν υπάρχουν στοιχεία που συνδέουν άμεσα τη φτώχεια με την κατάσταση της υγείας των παιδιών, παρά μόνο εκτιμήσεις από διάφορες μελέτες.

Στα φτωχά παιδιά οι πιθανότητες να εκδηλωθούν προβλήματα υγείας είναι περισσότερες και συγκριτικά προς τα μη φτωχά είναι δυνατόν να εμφανίσουν μεγαλύτερες υστερήσεις στην νοητική και κοινωνικο-συναισθηματική ανάπτυξη, ιδιαίτερα όταν η φτώχεια είναι μακροχρόνια (Aber et.al., 1997). Υπάρχουν, επίσης, στοιχεία που δείχνουν ότι οι επιπτώσεις στην υγεία που συνδέονται με τις συνθήκες διαβίωσης των φτωχών παιδιών, μπορεί δε να μην εκδηλωθούν τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή, αλλά κάποια στιγμή στη μετέπειτα ενήλικη ζωή τους, κυρίως προβλήματα που αφορούν στην ψυχική τους υγεία (Evans, et al., 2007). Από παλαιότερη μελέτη στην Ελλάδα διαπιστώθηκε ότι η ηλικία μέχρι 5 ετών αποτελεί την πιο νοσογόνο ηλικία για τους φτωχούς (απόρους) και επηρεάζεται από το περιβάλλον στο οποίο μεγαλώνει το παιδί (Καράγιωργας κ.ά., 1999).

Το χαμηλό εισόδημα δεν αποτελεί το μοναδικό παράγοντα που επιδρά αρνητικά στην υγεία των παιδιών. Υπάρχει ένα σύνολο χαρακτηριστικών της φτώχειας που αλληλεπιδρούν, ένα από τα οποία είναι οι συνθήκες διαβίωσης και στέγασης.

---

<sup>47</sup> Διαθέσιμο: <http://www.oecd.org/dataoecd/19/4/43570328.pdf>

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.15: Συνθήκες διαβίωσης και κατοικίας (2010)

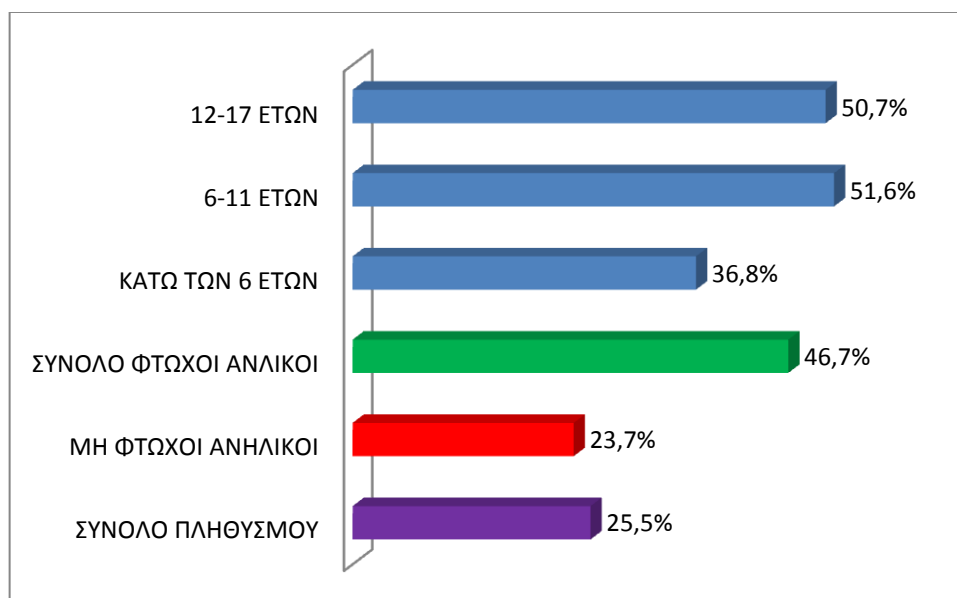
	Σύνολο	Φτωχά Νοικοκυριά		Μη Φτωχά Νοικοκυριά	
		Χωρίς παιδιά	Με παιδιά	Χωρίς παιδιά	Με παιδιά
	%	%	%	%	%
Οικονομική αδυναμία για διατροφή που να περιλαμβάνει κάθε δεύτερη ημέρα κοτόπουλου, κρέας, ψάρι ή λαχανικά ίσης θρεπτικής αξίας	7,9	24	21,6	3,6	4,8
Οικονομική αδυναμία για ικανοποιητική θέρμανση	15,4	40	37,1	11	8,1
Υγρασία στην οροφή, στους τοίχους, σάπια κουφώματα	17,1	24,2	27,8	16,8	12,5
Περιβαλλοντικά προβλήματα από βιομηχανία ή κυκλοφορία ακινήτων	25	15	23,2	23,5	29,7

Πηγή: Unicef, 2012

Τα φτωχά παιδιά έχουν περισσότερες πιθανότητες να υποσιτιστούν και να ταλαιπωρηθούν από την έλλειψη θέρμανσης ή την υγρασία, από ότι τα μη φτωχά. Τα πολύτεκνα νοικοκυριά δυσκολεύονται πιο πολύ να καλύψουν ικανοποιητικά τις διατροφικές τους ανάγκες. Ενώ τα παιδιά που ζουν σε φτωχά μονογονεϊκά νοικοκυριά, αντιμετωπίζουν εντονότερα προβλήματα με την υγρασία στο σπίτι και τη δυνατότητα ικανοποιητικής θέρμανσης.

Ένα σημείο στο οποίο διαφοροποιούνται οι εκτιμήσεις για τις επιπτώσεις στην υγεία των φτωχών παιδιών ανάμεσα στις αναπτυσσόμενες και στις αναπτυγμένες χώρες, είναι ότι στις τελευταίες γίνεται αρκετός λόγος και για τις ψυχοσωματικές διαστάσεις. Σύμφωνα με στοιχεία ο θόρυβος και η στενότητα χώρου είναι δύο παράγοντες που αυξάνουν την αρτηριακή πίεση και το ψυχολογικό στρες στα παιδιά (Evans, 2006). Στην Ελλάδα σημειώνεται υψηλότερη συγκέντρωση δωματίων κατοικίας ανά άτομο (1,2) από την υπόλοιπη Ευρώπη (μέσος όρος Ευρωζώνης 1,7 και Ε.Ε. 1,6) και στον δείκτη στενότητας χώρου στο νοικοκυριό. Ο συγκεκριμένος δείκτης χρίζει βαθύτερης μελέτης όχι μόνο για την έλλειψη ζωτικού χώρου, ιδιαίτερα στους εφήβους εντός της οικίας αλλά και για τα αίτια πυροδότησης ενδοοικογενειακών συγκρούσεων καθώς και για την αναζήτηση χώρου εκτός αυτής ή την αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου τους, ιδιαίτερα σε περιοχές με υψηλή εγκληματικότητα.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.16: Στενότητα χώρου στην κατοικία κατά ηλικία και όριο φτώχειας (2010)



Πηγή: Eurostat, 2012<sup>48</sup>

Παράλληλα, το 8,3% των φτωχών παιδιών διαβιεί σε κατοικίες με σκοτεινά δωμάτια. Το ποσοστό αυτό αυξάνεται σε παιδιά μέλη πολύτεκνων (πάνω από 3 παιδιά) νοικοκυριών (15,4%), ενώ σημειώνονται ανάλογες συνθήκες σε μη φτωχά παιδιά πολύτεκνων (11,4%) καθώς και σε παιδιά μονογονεϊκών (10,4%) νοικοκυριών.

Από τα παραπάνω στοιχεία προκύπτουν δύο παρατηρήσεις. Πρώτον, ότι υπάρχουν παιδιά που ενώ δεν ανήκουν στην εισοδηματική φτώχεια, βιώνουν συνθήκες αποστέρησης. Δεύτερον, ότι πολλοί νοσογόνοι περιβαλλοντικοί παράγοντες, επηρεάζουν περισσότερο τους μη φτωχούς από τους φτωχούς, με αποτέλεσμα και τα πιο ευνοημένα παιδιά να εμφανίσουν ασθένειες όπως το άσθμα (Propper et al., 2005)<sup>49</sup>. Ωστόσο, στο σημείο αυτό υπεισέρχονται και επιπρόσθετα χαρακτηριστικά της φτώχειας, όπως η χαμηλή εκπαίδευση και η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, που παρεμποδίζουν την πρόληψη και θεραπεία των συμπτωμάτων, με συνέπεια τις διαφοροποιήσεις στη νοσηρότητα ανάμεσα στις εισοδηματικές ομάδες.

<sup>48</sup> Διαθέσιμη: [http://www.unicef.gr/pdfs/Children\\_in\\_Greece\\_2012.pdf](http://www.unicef.gr/pdfs/Children_in_Greece_2012.pdf)

<sup>49</sup> Διαθέσιμο: <http://sticerd.lse.ac.uk/dps/case/cp/CASEpaper102.pdf>

### **3.4.5 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα παιδιά**

Οι κατεξοχήν κοινωνικές ομάδες που πλήττονται άμεσα από τις οικονομικές διακυμάνσεις είναι οι πλέον ευάλωτες: φτωχοί, κοινωνικά αποκλεισμένοι, μετανάστες, μονογονεϊκές οικογένειες. Η ομάδα των μεταναστών είναι η πρώτη που εμφανίστηκε να βιώνει τα παρεπόμενα της κρίσης. Ήδη από στοιχεία του 2010 η φτώχεια στη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα έφθασε το 50,1% (Eurostat 2012, a) και η ανεργία διπλασιάστηκε το διάστημα 2008-2011, από 7,7% στο 17,7% (Eurostat, 2012, g). Οι ομάδες αυτές πλήττονται περισσότερο από την ανεργία επειδή είτε απασχολούνται σε κλάδους που βρίσκονται σε πτώση τα τελευταία χρόνια, όπως οι κατασκευές-οικοδομή, είτε γιατί δραστηριοποιούνται σε χαλαρές ή μη επίσημες μορφές εργασίας, με αποτέλεσμα κάποιοι από αυτούς φεύγουν από τη χώρα (The Economist 2012), με επακόλουθο τις όποιες συνέπειες από την αλλαγή του περιβάλλοντος για τα παιδιά τους. Οι φτωχοί Έλληνες, όμως, που αντιμετωπίζουν ανάλογες καταστάσεις και οι οποίοι χαρακτηρίζονται από χαμηλή ένταση απασχόλησης (Eurostat 2012, e), είναι εγκλωβισμένοι στις νέες συνθήκες. Οι ανατιμήσεις σε βασικά αγαθά επιβαρύνουν το βιοτικό επίπεδο αυτών των νοικοκυριών, αφού αυτοί που είναι φτωχοί και εμφανίζουν σοβαρή υλική αποστέρηση αυξήθηκαν το 2010, σε 6,1%, και 7,2% στα παιδιά (Eurostat, 2012, d). Επίσης, το 37,1% και το 18,4% των φτωχών παιδιών διαβιούν σε νοικοκυριά που δηλώνουν αντίστοιχα αδυναμία ικανοποιητικής θέρμανσης (Eurostat, 2012, c) και ελλείψεις βασικών ανέσεων στο νοικοκυριό (Eurostat, 2012, f). Αν σε αυτά συνυπολογιστεί, ότι η συγκεκριμένη ομάδα δαπανούσε το 2009 (πριν τις ανατιμήσεις) το μεγαλύτερο ποσοστό του εισοδήματός της για την κάλυψη των αναγκών στέγασης (57,7%) και ειδών διατροφής (36,8%) (ΕΛ.ΣΤΑΤ. 2012), οι δαπάνες για την κάλυψη των αναγκών των παιδιών (ρούχα, παπούτσια, σχολικά είδη, σχολικές και άλλες δραστηριότητες) αναπόφευκτα συρρικνώνονται. Αυτό συνεπάγεται τη διεύρυνση του χάσματος μεταξύ φτωχών και μη παιδιών, το αίσθημα μειονεξίας που αισθάνονται τα πρώτα και τον αποκλεισμό τους από την συμμετοχή σε κοινές δραστηριότητες (Grødem, 2008).

Ωστόσο, στην ελληνική συγκυρία αυτές οι περιπτώσεις διευρύνονται. Η ανεργία, οι περικοπές σε μισθούς και συντάξεις σε συνδυασμό με τις αυξανόμενες φορολογικές επιβαρύνσεις των νοικοκυριών, πιέζει προς καθοδικές οικονομικές-κοινωνικές τροχιές. Η οικονομική κρίση φαίνεται να οδηγεί ομάδες της εισοδηματικής σχετικής φτώχειας στην απόλυτη και άλλες από τα μεσαία στρώματα στην φτώχεια.

Οι αλλαγές οι οποίες θα επέλθουν στην αγορά εργασίας θα επηρεάσουν περισσότερο τους νέους, στους οποίους η ανεργία είναι πολύ υψηλή, εγκλωβίζοντας τους στο πατρικό νοικοκυριό, διευρύνοντας την εξάρτησή τους από αυτό αλλά και την επιβάρυνση που αυτονότητα προκαλούν σε αυτό, δημιουργώντας ενδοοικογενειακές εντάσεις (Rosenzweig και Wolpin, 1993). Αυτή η προς τα άνω «άτυπη διεύρυνση του ορίου της παιδικής ηλικίας», σημαίνει και ότι οι νέοι άνθρωποι θα καθυστερήσουν την εκπλήρωση των κοινωνικών τους στόχων, ένας εκ των οποίων είναι η δημιουργία δικής τους οικογένειας (Berzin και De Marco, 2010). Το παραπάνω στοιχείο αναδεικνύει μια σοβαρή επίπτωση των συνθηκών ύφεσης και αφορά στην παιδική ηλικία, που είναι η ίδια δημιουργία και η παρουσία των παιδιών. Σύμφωνα με δημοσιεύματα έγκυρων φύλλων εκτιμάται ότι το 2011 σημειώθηκε μείωση 15% των γεννήσεων<sup>50</sup>, πτώση ιδιαίτερα σημαντική, αν η τάση αυτή αποκτήσει μόνιμα χαρακτηριστικά, εφόσον η Ελλάδα μαστίζεται ήδη από χαμηλή γονιμότητα.

Η οικονομική κρίση εν μέρει επιδρά στην υπογεννητικότητα (Bongaarts και Sobotka, 2011<sup>51</sup>) ιδιαίτερα αν συνδέεται με αύξηση της ανεργίας, και μείωση των αντίστοιχων κοινωνικών μεταβιβάσεων. Το κόστος για την γέννηση και ανατροφή παιδιών υπολογίζεται περισσότερο σε τέτοιες περιόδους.

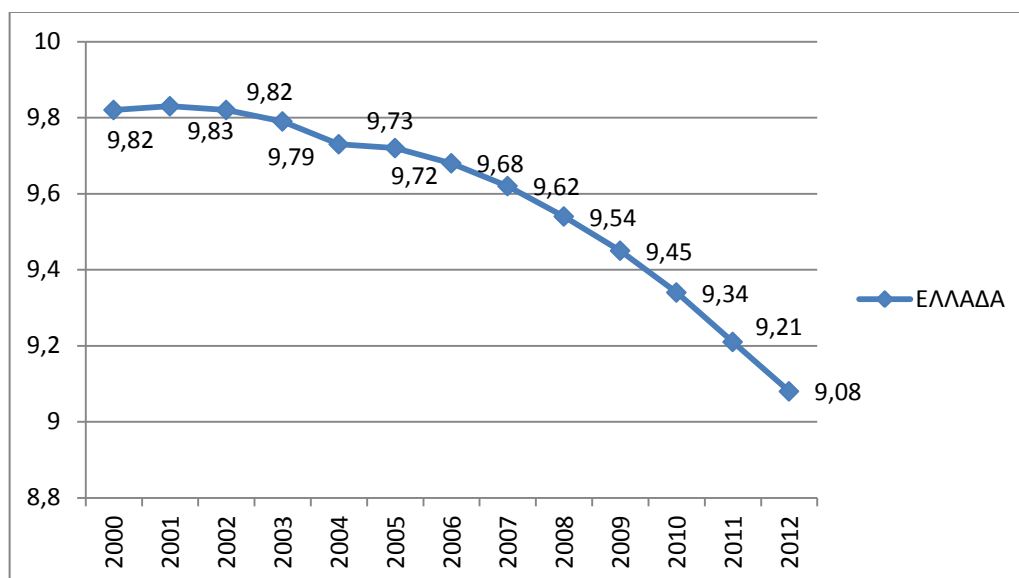
Η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία (ΕΣΥ) ανακοίνωσε ότι οι γεννήσεις το 2010 έφτασαν στις 75.513 χιλιάδες, αριθμός κατά 5 χιλιάδες μικρότερος από τον ίδιο του 2009, η ίδια μείωση αναμενόταν και για το 2012. Σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, παρατηρείται μείωση του αριθμού των γεννήσεων από μητέρες ηλικίας μεταξύ 20 και 29 ετών και αύξηση στην περίπτωση των μητέρων ηλικίας μεταξύ 30 και 39 ετών.

---

<sup>50</sup> Τα Νέα: «Θύμα» της οικονομικής κρίσης οι γεννήσεις, 7/12/2011, Διαθέσιμο: <http://ygeia.tanea.gr>

<sup>51</sup> Διαθέσιμο: <http://www.oeaw.ac.at/>

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.17: Ποσοστό γεννήσεων ανά 1000 κατοίκους



Πηγή: [www.indexmundi.com/g/g.aspx?c=gr&v=95](http://www.indexmundi.com/g/g.aspx?c=gr&v=95)

Παράλληλα, τα παιδιά στην Ελλάδα ζουν σε ένα περισσότερο βίαιο περιβάλλον. Από το 2008 μέχρι το 2010, η εγκληματικότητα στην χώρα αυξήθηκε πάνω από 40%, ενώ και για το 2011 αναμένεται περαιτέρω αύξηση (Ελληνική Αστυνομία, 2013). Ο σχολικός εκφοβισμός έχει αυξηθεί 74% από το 2002 μέχρι το 2010. Ταυτόχρονα, έχει σημειωθεί και αύξηση της εγκληματικότητας ανηλίκων, προερχόμενη κυρίως από οικογένειες χαμηλότερων οικονομικών στρωμάτων και μετανάστες, ενώ πληθαίνουν οι περιπτώσεις αδικημάτων που διαπράττονται από παιδιά όλο και μικρότερης ηλικίας<sup>52</sup>. Οι παραπάνω ακραίες συμπεριφορές είναι συνέπεια των πιέσεων που δέχονται οι πιο ευάλωτες ομάδες νοικοκυριών λόγω της μείωσης των εισοδημάτων τους και της ανεργίας. Η τελευταία, ειδικά η μακροχρόνια ανεργία στους άνδρες, επηρεάζει το νοικοκυριό περισσότερο από ότι η αντίστοιχη των γυναικών. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι αφενός οι άνδρες κατά κανόνα έχουν υψηλότερες απολαβές και αφετέρου η εργασία της γυναίκας υποκαθίσταται από τις δουλειές του νοικοκυριού. Έτσι, η μακροχρόνια ανεργία του άνδρα συμβάλλει στην κατάρριψη του ρόλου του προτύπου του άνδρα ως «κουβαλητή» στην οικογένεια, επιδρώντας στην ψυχολογία, καθώς και στις αντιλήψεις και προσδοκίες των παιδιών. Η συνεχής παρουσία του άνδρα στο σπίτι, μπορεί να ανατρέψει τις

<sup>52</sup> Η Καθημερινή Ραγδαία η αύξηση αδικημάτων από ανηλίκους, 17/12/2011, Διαθέσιμο: [www.kathimerini.gr](http://www.kathimerini.gr)

καθημερινές συνήθειες, οξύνοντας τις αντιπαραθέσεις με απρόβλεπτες κάποιες φορές συνέπειες (Justice και Duncan, 1978).

Το βασικό πρόβλημα, ωστόσο, δεν είναι μόνο η ανεργία, αλλά η συρρίκνωση του εισοδήματος που προέρχεται από αυτή. Το άγχος και το στρες είναι πιθανό να οδηγήσουν στην εκδήλωση ποικίλων ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, επηρεάζοντας όλη την οικογένεια. Έχει αναφερθεί ότι η μητρική κατάθλιψη έχει σημαντικές επιπτώσεις για την ανάπτυξη τόσο στα βρέφη όσο και στα μικρά παιδιά, με την εκδήλωση προβλημάτων συμπεριφοράς ακόμα και κατάθλιψης (Wachs, 2009).

Αυτές οι συνθήκες ψυχολογικής αστάθειας στην οικογένεια είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε αδιαφορία, παραμέληση ή ακόμα και σε πιο βίαιες αντιδράσεις από την πλευρά των γονέων και να προκληθούν ψυχοσωματικές βλάβες στα παιδιά και αντιδραστικές συμπεριφορές, όπως σχολική αδιαφορία, εκδηλώσεις βίας, αντικομφορμισμού κ.α. (Lichter et. al., 2002).

Είναι χαρακτηριστικό ότι τα παιδιά θύματα και θύτες σχολικού εκφοβισμού αναφέρουν ότι έχουν συναισθηματική στήριξη από τους γονείς τους σε χαμηλότερο βαθμό από τα άλλα παιδιά.

Γενικά, η κατάσταση άγχους των γονέων επηρεάζει τα παιδιά, έμμεσα επειδή είναι ευαίσθητα στην ψυχολογική κατάσταση των πρώτων, αλλά και άμεσα γιατί η ψυχολογική κατάσταση των γονέων επηρεάζει την συμπεριφορά τους προς τα παιδιά<sup>53</sup>.

Οι παραπάνω συνθήκες είναι δυνατόν να συμβούν σε φτωχά και μη νοικοκυριά που βρίσκονται αντιμέτωπα με την ανεργία και την μείωση των εισοδημάτων. Είναι, δε, πιθανόν να συμβούν σε κάποιο βαθμό και σε νοικοκυριά τα οποία δεν αντιμετωπίζουν άμεσους κινδύνους, αλλά αντιδρούν μέσα από τη περιρρέουσα ατμόσφαιρα και το γενικό αίσθημα ανασφάλειας. Παράλληλα, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις αναγνωρίζεται ότι απότομες μεταβολές στο εισόδημα του νοικοκυριού άμεσα δημιουργεί συνθήκες ομόνοιας και συσπείρωσης των μελών, εντούτοις μεσοπρόθεσμα συμβάλλει στην πρόκληση ενδοοικογενειακών συγκρούσεων, κυρίως όταν προκύπτουν ζητήματα

---

<sup>53</sup> Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία από το Χαμόγελο του παιδιού, ενώ το 2011 οι καταγγελίες σοβαρών περιστατικών κακοποίησης παιδιών είναι σταθερές με το 2010, αριθμητικά έχουν αυξηθεί οι περιπτώσεις που αφορούσαν σε παραμέληση-εγκατάλειψη παιδιών. (βλ. Χαμόγελο του παιδιού: Απολογισμός του έργου για το έτος 2011, <http://www.hamogelo.gr>).



αναδιανομής του περιορισμένου εισοδήματος και ιεράρχησης των προτεραιοτήτων ανάμεσα στα μέλη (Jones, 1998).

Σύμφωνα με δημοσιεύματα το μεγάλο πρόβλημα που χτυπά πια την πόρτα της ελληνικής κοινωνίας, ελέω οικονομικής κρίσης, αφορά την πιο ευαίσθητη πληθυσμιακή ομάδα: τα παιδιά. Κι όλα αυτά επειδή έχουν φτάσει σε πλήρες αδιέξοδο εκατοντάδες απελπισμένοι γονείς που αναζητούν λύση στο οικονομικό τους πρόβλημα και χτυπούν καθημερινά τις πόρτες των ιδρυμάτων που δεν έχουν πώς να ζήσουν τα παιδιά τους και παρακαλάνε τους υπεύθυνους των κέντρων αυτών να τους βοηθήσουν. Τα μηνύματα που έρχονται απ' όλα τα ιδρύματα που παρέχουν κάθε είδους σχετική βοήθεια το Δημοτικό Βρεφοκομείο «Το Χαμόγελο του παιδιού» και των παιδικών χωριών SOS συγκλίνουν δυστυχώς στη διαπίστωση ότι έχουν αυξηθεί ανησυχητικά οι περιπτώσεις γονέων που δεν μπορούν να ικανοποιήσουν ακόμη και τις βασικές ανάγκες των παιδιών τους και για το λόγο αυτό ζητούν να τα αφήσουν έστω και για κάποιο διάστημα εκεί. Τα στοιχεία του 2010 μιλούν για αύξηση των αιτήσεων σε ποσοστό 40%. Οι πιο πολλές περιπτώσεις από αυτές έχουν να κάνουν αμιγώς με οικονομικά προβλήματα και όχι κοινωνικά το 81% αφορά Έλληνες. Η κατάσταση είναι τραγική και ωθεί όλο και περισσότερους να αφήνουν τα παιδιά τους στα ιδρύματα προκειμένου αυτά να έχουν στοιχειώδη σίτιση ή ακόμα και στέγη, αφού πολλοί είναι αυτοί που δεν έχουν πια να πληρώσουν το νοίκι και τους λογαριασμούς τους και σύντομα θα βρεθούν στο δρόμο. Το φαινόμενο αυτό καθημερινά γίνεται χειρότερο αφού γονείς μένουν άνεργοι και δεν μπορούν να ζήσουν τις οικογένειές τους<sup>54</sup>.

Ένα πολύ σημαντικό ζήτημα που έχει προκύψει τελευταία, αφορά στα κρούσματα λιποθυμίας μαθητών από υποσιτισμό που εντοπίστηκαν σε κάποια σχολεία της χώρας. Η εικόνα μικρών παιδιών τα οποία ζητάνε μία φέτα ψωμί από τους καθηγητές τους για να μην λιποθυμήσουν σοκάρει. Παιδιά, τα οποία αντί να τρέχουν χαρούμενα στο προαύλιο και να γελάνε, πεινάνε και κατεβάζοντας το κεφάλι ζητάνε από τους καθηγητές τους να τους δώσουν έστω μία φέτα ψωμί για να ξεγελάσουν την πείνα τους, λίγο πριν τους εγκαταλείψουν οι τελευταίες τους δυνάμεις.

---

<sup>54</sup> Guardian: “Ανθρωπιστική τραγωδία στην Ελλάδα, γονείς εγκαταλείπουν τα παιδιά τους” Greek economic crisis turns tragic for children abandoned by their families  
Διαθέσιμο: <http://www.wearechangegreece.com/?p=4392>

Αυτά τα γεγονότα οδήγησαν το υπουργείο Παιδείας να ξεκινήσει να παράσχει μικρογεύματα σε 18 σχολεία εννέα περιοχών της Αθήνας, που αντιμετωπίζουν έντονα κοινωνικά προβλήματα, ενώ πρόκειται σύντομα να τεθεί σε εφαρμογή πρόγραμμα βοήθειας απευθείας σε οικογένειες που βρίσκονται σε δεινή οικονομική κατάσταση.

Τα μικρογεύματα θα προσφέρονται δωρεάν με κουπόνια σε όλους τους μαθητές των σχολείων και θα περιλαμβάνουν υγιεινές τροφές, όπως γάλα, μπισκότα με δημητριακά, φρούτα, σάντουιτς κ.λπ. Ταυτόχρονα εξελίσσονται συνέργειες με την Εκκλησία, τους δήμους, ιδιωτικές εταιρείες αλλά και την αξιοποίηση όλων των χρηματοδοτικών εργαλείων που έχει στη διάθεσή του το κράτος<sup>55</sup>. Ωστόσο, υπάρχουν αναφορές και για κρούσματα υποσιτισμού και σε άλλες περιοχές της χώρας, τουλάχιστον 500 παιδιά, που φοιτούν κυρίως σε δημοτικά σχολεία της Θεσσαλονίκης, υποσιτίζονται<sup>56</sup>.

Ακόμη, σύμφωνα με την εφημερίδα το “Έθνος” ο Δήμος της Αθήνας έχει καταγράψει 200 περιπτώσεις βρεφών στους βρεφονηπιακούς του σταθμούς τα οποία υποσιτίζονται, οι γονείς τους δεν έχουν τα απαραίτητα για να τα ζήσουν. Σύμφωνα με τα όσα αποκαλύπτει η πρόεδρος του Βρεφοκομείου Αθηνών και υπεύθυνη των Δημοτικών Σταθμών, Μαρία Ηλιοπούλου «έχουμε καταγράψει με μεγάλη διακριτικότητα 200 περιπτώσεις βρεφών στους βρεφονηπιακούς του σταθμούς τα οποία υποσιτίζονται στο σπίτι τους καθώς οι γονείς τους δεν έχουν τα απαραίτητα για να τα ζήσουν. Γονείς ζητούν μείωση ακόμη και απαλλαγή από τα τροφεία γιατί είτε έχουν χάσει τη δουλειά τους είτε έχει μειωθεί το εισόδημά τους. Τα παιδιά στους δημοτικούς σταθμούς της Αθήνας τρώνε πρωινό και μεσημεριανό και σιτίζονται καλά»<sup>57</sup>.

Το ζήτημα είναι ιδιαίτερα σοβαρό και υπάρχουν, κάποιοι επιπλέον λόγοι που καθιστούν επιτακτική την ανάγκη για βαθύτερη γνώση του υποσιτισμού και γενικότερα της διατροφής των παιδιών.

Άξιο ενδιαφέροντος αποτελεί το γεγονός ότι τα περιστατικά που ανιχνεύθηκαν σημειώθηκαν σε σχολεία, κατεξοχήν χώρο κοινωνικής δράσης και εμφάνισης των παιδιών. Τι συμβαίνει σε περιπτώσεις που τα παιδιά για διάφορους λόγους, ηλικίας ή

<sup>55</sup> Τα Νέα, (30/1/2012). Κολατσιό με κουπόνια σε 18 σχολεία για να αντιμετωπιστεί ο υποσιτισμός μαθητών, Διαθέσιμο: [www.tanea.gr](http://www.tanea.gr)

<sup>56</sup> Η Αυγή, (27/1/2012). Υποσιτίζονται περισσότερα από 500 παιδιά δημοτικών σχολείων της Θεσσαλονίκης, Διαθέσιμο: [www.avgi.gr](http://www.avgi.gr)

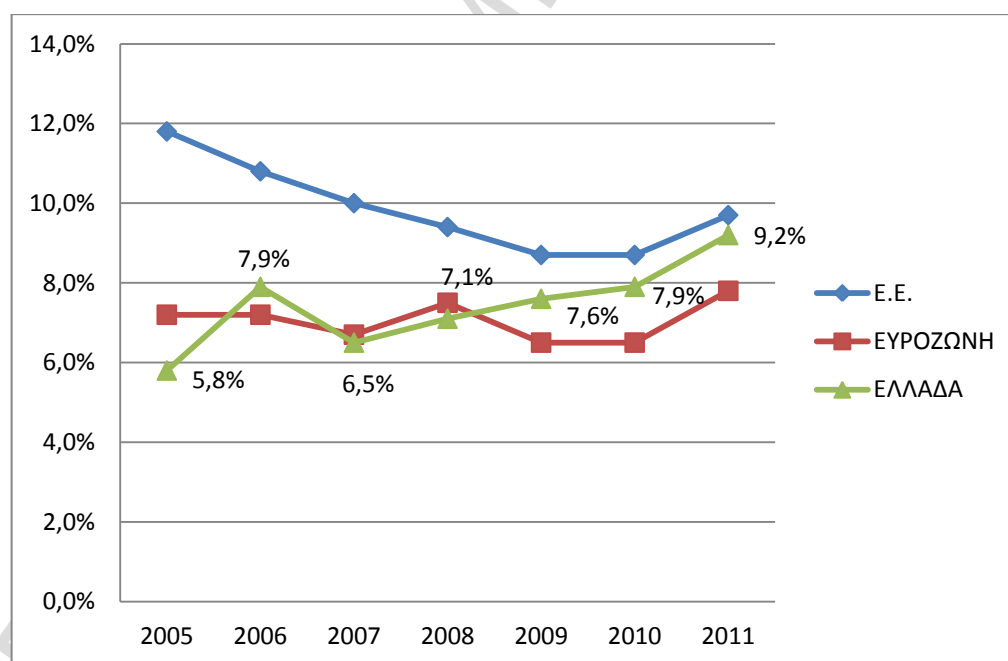
<sup>57</sup> Διαθέσιμο: [http://www.newsit.gr/default.php?pname=Article&art\\_id=109926&catid=3](http://www.newsit.gr/default.php?pname=Article&art_id=109926&catid=3) (βλέπε Παράρτημα Ε.)

οικονομικής δυσκολίας, δεν εντάσσονται σε κάποια βαθμίδα της εκπαίδευσης, όπως τα βρέφη και νήπια;

Ο υποσιτισμός σε αυτά τα ηλικιακά στάδια του παιδιού ενέχει ιδιαίτερα σοβαρούς κινδύνους για την πνευματική και σωματική υγεία και ανάπτυξη (Georgieff, 2007).

Επιπρόσθετα, η λιποθυμία ως σύμπτωμα υποκρύπτει σοβαρό υποσιτισμό. Ωστόσο, ότι τα περισσότερα παιδιά των χαμηλότερων κοινωνικών στρωμάτων που πιθανώς δεν υποσιτίζονται, σημαίνει ότι τρέφονται σωστά; Σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat για το 2010 το 4,8% των μη φτωχών νοικοκυριών (αυξημένο σε σχέση με την προ της κρίσης περίοδο) και το 21,6% των φτωχών νοικοκυριών με εξαρτώμενα παιδιά, δεν είχαν την οικονομική δυνατότητα για διατροφή που να περιλαμβάνει κάθε δεύτερη ημέρα κρέας, κοτόπουλο, ψάρι ή λαχανικά ίσης θρεπτικής αξίας. (Eurostat, 2012, b).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.18: Μη οικονομική δυνατότητα για διατροφή που να περιλαμβάνει κάθε δεύτερη ημέρα κρέας, κοτόπουλο, ψάρι ή λαχανικά ίσης θρεπτικής αξίας<sup>58</sup>



Πηγή: (Eurostat, 2012, b).

<sup>58</sup> Τα ποσοστά είναι επί του συνολικού πληθυσμού

Η ποιότητα της διατροφής έχει ιδιαίτερη σημασία για τη δυνατότητα του παιδιού να ανταποκρίνεται στις καθημερινές δραστηριότητες, αλλά και για τη γενικότερη σωματική και πνευματική ανάπτυξή του.

Τα παιδιά που επιβιώνουν από υποσιτισμό συχνά έχουν ασθενή υγεία σε όλη τη ζωή τους και μειωμένες νοητικές ικανότητες που περιορίζουν τη δυνατότητά τους να πάνε σχολείο και να κερδίσουν όταν μεγαλώσουν ένα αξιοπρεπές εισόδημα. Έτσι παγιδεύονται σε ένα φαύλο κύκλο ασθενικής υγείας και φτώχειας από γενιά σε γενιά.

Η ορθότερη δε αντιμετώπιση των σημερινών και μελλοντικών επιπτώσεων είναι η πρόληψη τέτοιου τύπου προβλημάτων.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ

#### 4.1 Εισαγωγή

Οι δύο έννοιες, φάρμακο και υγεία, παραμένουν αλληλένδετες στην πορεία του χρόνου. Και αυτό, διότι το φάρμακο αποτελεί εργαλείο για την προστασία και προαγωγή της εύθραυστης και πολύτιμης υγείας αλλά και τη διατήρηση της ποιότητας της ανθρώπινης ζωής.

Τον τελευταίο χρόνο, η παγκόσμια κοινότητα αντιμετωπίζει μια μεγάλης έντασης οικονομική κρίση, η οποία, αν και εκδηλώθηκε αρχικά στις Ηνωμένες Πολιτείες σύντομα έλαβε διαστάσεις επιδημίας. Η χρηματοπιστωτική κρίση επεκτάθηκε ταχύτατα στις αναπτυγμένες χώρες και στη συνέχεια σε ολόκληρο τον κόσμο, κατ' επέκταση και στην Ελλάδα (Κυριόπουλος και Τσιάντου, 2010). Η οικονομική κρίση συνεπάγεται μείωση του εισοδήματος, αύξηση του ποσοστού ανεργίας, περικοπές μισθών, αύξηση των τιμών των αγαθών και των ιατρικών νοσηλίων, ενώ από την άλλη περιορίζονται σημαντικά οι κρατικές δαπάνες και τα κονδύλια για τη δημόσια υγεία (Yang et al., 2001). Αφενός λοιπόν ο τομέας της δημόσιας υγείας αποδυναμώνεται και υπολειπεται, χωρίς πολλές φορές να μπορεί να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του πληθυσμού, και αφετέρου περιορίζεται η πρόσβαση του πολίτη στις υπηρεσίες υγείας (Waters et al., 2003).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.1: Βασικά στατιστικά στοιχεία αγοράς φάρμακων

Αριθμός Επιχειρήσεων	Παραγωγοί και Εισαγωγείς φαρμάκων Φαρμακαποθήκες (2011) Συνεταιρισμοί φαρμακοποιών (2011)	100 135 27
Πωλήσεις Φαρμάκων	Σε φαρμακεία/φαρμακαποθήκες (τιμές λιανικής) Σε νοσοκομεία (νοσοκομειακές τιμές) Σύνολο πωλήσεων (2011) Μεταβολή 2010/2011	€5.558 εκατ. €1.200 εκατ. €6.759 εκατ. -7,90%
Εγχώρια Παραγωγή	Σε τιμές παραγωγού (ex-factory) (2011)	€846 εκατ.
Εξαγωγές	Αξία (2011)	€859 εκατ.
Εισαγωγές	Αξία (2011)	€3.003 εκατ.
Παράλληλες εξαγωγές	Ποσοστό ως προς το σύνολο της αξίας πωλήσεων φαρμάκων (2011)	7.1%
Απασχόληση	Αριθμός εργαζομένων 2011	13.600
Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη	Δαπάνη 2011 Δαπάνη 2012 Μεταβολή 2012/2009 Ποσοστό του ΑΕΠ (2012) Καθαρή Κατά κεφαλήν δημόσια φαρμακευτική δαπάνη (2012) Ποσοστό των Δαπανών Υγείας (2011)	€3.729 εκατ. €2.880 εκατ. -43% 1,40% € 253 17,70%
Δομή τιμών	Ποσοστό τιμής παραγωγού / εισαγωγέα στην τιμή λιανικής πώλησης (2012)	67.6%
Μεταβολή τιμών	Δείκτης τιμών φαρμάκων 2005/2011 Δείκτης τιμών φαρμάκων 2010/2011	-17,80% -10,70%
Γενόσημα	Ποσοστό ως προς το σύνολο της αξίας πωλήσεων φαρμάκων (2011)	18%
Γενόσημα και off-patient	Ποσοστό ως προς το σύνολο της αξίας πωλήσεων φαρμάκων (2011)	60%
Επενδύσεις R&D	ΕΦΡΙΑ (2012)	€84 εκατ.

Πηγή: www.sfec.gr

#### **4.2 Οικονομικό περιβάλλον**

*Παρεμβάσεις και μέτρα πολιτικής στους τομείς υγείας – φαρμάκου στο πλαίσιο της δημοσιονομικής προσαρμογής*

Οι τομείς Υγείας και Φαρμάκου κλήθηκαν να συνεισφέρουν τα μέγιστα στην προσπάθεια δημοσιονομικής προσαρμογής. Οι περιοχές παρέμβασης καθώς και οι βασικές νομοθετικές ρυθμίσεις που ακολούθησαν από το 2010 και μετά, μετέβαλαν δραστικά τα δεδομένα στη λειτουργία των συγκεκριμένων τομέων.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



Κεφάλαιο 4: Τα δεδομένα στη φαρμακευτική βιομηχανία

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.2: Παρεμβάσεις και μέτρα πολιτικής στους τομείς υγείας και φαρμάκου μετά το 2010

Τομείς Παρεμβάσεις (Μνημόνιο Ι, Μάιος 2010)	N. 3918/2011*	N.4025/2011* *	N. 4052/2012***	ΔΥΓ3(α)/οικ.97018 Οκτ.2012
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Νέο σύστημα τιμών προτύπων και γενόσημων</li> <li>• Λίστες: φαρμάκων σοβαρών παθήσεων Ν.3816, αρνητικής, θετικής, μη συνταγογραφούμενα</li> <li>• Προώθηση χρήσης γενόσημων</li> <li>• Διαγωνισμοί φαρμάκων</li> <li>• Ηλεκτρονική συνταγογράφηση</li> <li>• Μείωση κέρδους χονδρεμπόρων και φαρμακοποιών</li> <li>• Rebate φαρμακοποιών</li> <li>• Rebate φαρμακευτικών εταιρειών</li> <li>• Μείωση ΦΠΑ</li> <li>• Εθνικός Φορέας Ασφάλισης Υγείας με συνένωση 4 ταμείων (ΕΟΠΥΥ)</li> <li>• Μεταφορά νοσοκομείων του ΙΚΑ και ένταξή τους στο ΕΣΥ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Καθιέρωση κλιμακούμενου ποσοστού επί των οφειλών των φαρμακείων υπέρ των Κλάδων Υγείας των ΦΚΑ ως επιστροφή (rebate) για κάθε μήνα, υπό τον όρο εμπρόθεσμης καταβολής αυτών των οφειλών</li> <li>• Θέσπιση αρνητικής λίστας (ΦΕΚ 559B/2011)</li> <li>• Rebate φαρμακευτικών εταιρειών 4% για κάθε συνταγογραφούμενο φάρμακο στους ΦΚΑ</li> <li>• Έκπτωση φαρμακευτικών εταιρειών 5% σε νοσοκομεία του ΕΣΥ</li> <li>• Κέρδος χονδρεμπόρων 5,4% για τα συνταγογραφούμενα, 7,8% για τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (OTC) και 2% για τα φάρμακα του Ν.3816/2010</li> <li>• Διεύρυνση λίστας Ν.3816 και μείωση % κέρδους φαρμακοποιών για τα προϊόντα της λίστας (ΦΕΚ 1666 Β/2011')</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Για την ένταξη κάθε φαρμακευτικού ιδιοσκεύασματος στο θετικό κατάλογο συνταγογραφούμενων φαρμάκων θεσπίζεται εφάπαξ εισφορά ως τέλος εισόδου, ίση με το 4% επί της τιμής παραγωγού ή εισαγωγέα (ex-factory) του κάθε φαρμακευτικού ιδιοσκεύασματος και βαρύνει αποκλειστικά τις φαρμακευτικές εταιρείες</li> <li>• Θέσπιση Δευτεροβάθμιας Επιτροπής Θετικού καταλόγου συνταγογραφούμενων προϊόντων</li> <li>• Συμψηφισμός Απαιτήσεων ΦΚΑ από φαρμακευτικές εταιρείες με χρέη Νοσοκομείων (ΦΕΚ 262 Α/2011)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αυτόματη επιστροφή (Clawback) από τις φαρμακευτικές εταιρείες του ποσού υπέρβασης της τριμηνιαίας φαρμακευτικής δαπάνης των ΦΚΑ (Μηνιαία Δαπάνη στα € 240εκ)</li> <li>• Συμψηφισμός απαιτήσεων ΦΚΑ, Νοσοκομείων και εταιρειών</li> <li>• 50% μείωση τιμής, όταν λήγει η πατέντα</li> <li>• Πρώτο γενόσημο μέγιστο στο 40% της τιμής πρωτοτύπου ακριβώς πριν τη λήξη της πατέντας</li> <li>• Κάθε επόμενη τριάδα γενόσημων 10% φτηνότερη από την προηγούμενη.</li> <li>• Κέρδος χονδρεμπόρων 4,9% για θετική λίστα, 5,4% για αρνητική λίστα και 7,8% για OTC</li> <li>• Υποχρεωτική ηλεκτρονική συνταγογράφηση</li> <li>• Συνταγογράφηση βάσει δραστικής ουσίας πιλοτικά για 10 δραστικές με τη μεγαλύτερη κατανάλωση (μέχρι 6/2012) και στη συνέχεια για το σύνολο των δραστικών ουσιών</li> <li>• Rebate φαρμακευτικών 9% (για κάλυψη διαφοράς τιμής κοινωνικής ασφάλισης)</li> <li>• Κλιμακούμενο rebate φαρμακευτικών εταιρειών μέχρι 8% ανάλογα με όγκο πωλήσεων σε αξίες</li> <li>• Κλιμακούμενα ποσοστά κέρδους φαρμακοποιών για φάρμακα με Χονδρική τιμή (XT) ή Ειδική χονδρική τιμή στην περίπτωση των φαρμάκων Ν.3816: α) από 200-500€ το ποσοστό κέρδους είναι 8%*XT+30€, β) με XT 501-1001€, 7%*XT+30€ και γ) με XT πάνω από 1001€, 6%*XT+30€ Για Χ.Τ. &lt;€200 μείωση του % κέρδους στο 32,4% και στο 16% για τα φάρμακα του Ν.3816. (Καταργήθηκε)</li> <li>• Rebate φαρμακοποιών σε ΦΚΑ κλιμακούμενο (έως 5%)</li> </ul>	<p>Για τα φαρμακεία το ποσοστό μικτού κέρδους καθορίζεται ως εξής: ποσοστό μικτού κέρδους καθορίζεται ως εξής:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>α) για τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (ΜΗΣΥΦΑ) ως ποσοστό 35 % επί της χονδρικής τιμής</li> <li>β) για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα τα οποία δεν αποζημιώνονται από τους ΦΚΑ ως ποσοστό 35% επί της χονδρικής τιμής</li> <li>γ) για τα αποζημιούμενα φάρμακα από τους ΦΚΑ και με Χονδρική Τιμή μέχρι 200€, ως ποσοστό 32,4% επί της χονδρικής τιμής, και</li> <li>δ) για τα αποζημιούμενα φάρμακα με Χονδρική Τιμή ή Ειδική Χονδρική Τιμή ανώτερη των 200€ το κέρδος των ιδιωτικών φαρμακείων ισούται με το πάγιο ποσό των 30€</li> <li>ε) για τα αποζημιούμενα φάρμακα που περιλαμβάνονται στον κατάλογο της παρ. 2 του άρθρου 12 του Ν. 3816/10 και έχουν Ειδική Χονδρική Τιμή μέχρι 200€ το ποσοστό κέρδους του ιδιωτικού φαρμακείου καθορίζεται σε 16% επί της Ειδικής Χονδρικής Τιμής.</li> </ul>

Κεφάλαιο 4: Τα δεδομένα στη φαρμακευτική βιομηχανία

ΔΥΓ3(α)/οικ.104744 Οκτ.2012	ΔΥΓ3(α)/οικ.104747 Οκτ.2012	Ν. 4093/2012	ΦΕΚ 229/2012	ΦΕΚ 3057/2012
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Σύσταση θετικού καταλόγου φαρμάκων βάσει ATC4 με την χρήση τιμών αναφοράς.</li> <li>• Για την ένταξη των φαρμακευτικών προϊόντων στον Θετικό Κατάλογο λαμβάνονται υπόψη δεδομένα που αφορούν στην αποτελεσματικότητα, στην ασφάλεια, στην ποιότητα, στη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας και στις ευρύτερες κοινωνικοοικονομικές τους συνέπειες</li> <li>• Η Τιμή Αναφοράς (ΤΑ) κάθε θεραπευτικής κατηγορίας ορίζεται ως το χαμηλότερο ΚΗΘ ανάμεσα στο σύνολο όλων των φαρμάκων αναφοράς (υπό ή χωρίς καθεστώς προστασίας) και το μέσο όρο όλων των γενοσήμων φαρμάκων της κατηγορίας, δηλαδή: ΤΑ = Ελάχιστο ΚΗΘ από (ΚΗΘ 1...i, Φαρμάκων υπό Προστασία, ΚΗΘ 1...n Φαρμάκων χωρίς Προστασία, Μέσο Όρο ΚΗΘ 1...m Γενοσήμων Φαρμάκων).</li> <li>• Τα φαρμακευτικά προϊόντα που έχουν ενταχθεί στο θετικό κατάλογο και έχουν ΚΗΘ μικρότερο ή ίσο με 0,4 ευρώ ακόμη και αν έχουν υψηλότερη τιμή από την Τιμή Αναφοράς, συμπεριλαμβάνονται στο θετικό κατάλογο συνταγογραφούμενων φαρμάκων και αποζημιώνονται από τους φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης στη λιανική τους τιμή.</li> <li>• Για κάθε νέο φάρμακο στην λίστα απαιτείται εφάπαξ εισφορά 2000€</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Σύσταση καταλόγου παθήσεων με φάρμακα που χορηγούνται με μειωμένη συμμετοχή</li> <li>• Συμπλήρωση θετικού καταλόγου από τον ΕΟΦ με βάση το σύστημα κατάταξης ανατομικής θεραπευτικής κατηγοριοποίησης ATC στον οποίο περιλαμβάνεται και το προβλεπόμενο ποσοστό συμμετοχής για το κάθε σκεύασμα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Υπολογισμός clawback σε μηνιαία βάση και δυνατότητα συμψηφισμού του ποσού με ισόποσες οφειλές έναντι του ΕΟΠΥΥ ή νοσοκομείων του ΕΣΥ.</li> <li>• Το ποσοστό των συνταγών με εμπορική ονομασία δεν μπορεί να υπερβαίνει το 15% της συνολικής αξίας των συνταγών που χορηγεί κάθε ιατρός.</li> <li>• Από 1.1.2014 ορίζεται η εκ μέρους των ασθενών καταβολή υπέρ του ΕΟΠΥΥ του ποσού του ενός ευρώ ανά συνταγή που εκτελείται από τον εκάστοτε φαρμακοποιό, καθώς και η καταβολή του ποσού των είκοσι πέντε ευρώ λόγω εισαγωγής για νοσηλεία σε Νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ.</li> <li>• Rebate 5% από τις φαρμακευτικές εταιρείες για τις πωλήσει προς τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ</li> <li>• Rebate 5% από τα φαρμακεία για τις πωλήσεις των φαρμάκων του Ν.3816</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Από 01.01.2013 εισάγεται έκτατο τέλος ίσο με το 15% επί των λιανικών πωλήσεων κάθε φαρμακευτικού προϊόντος που πραγματοποιήθηκαν κατά το έτος 2011 για τα φαρμακευτικά προϊόντα της θετικής λίστας. Δυνατότητα συμψηφισμού με το καταβληθέν clawback του έτους 2012. Μη καταβολή του τέλους σημαίνει τη μεταφορά του συσκευάσματος στην αρνητική λίστα φαρμάκων. (Η διάταξη αυτή δεν εφαρμόζεται στις περιπτώσεις των ΚΑΚ που έχουν καταβάλει ή συμψηφίσει το clawback του 2012, μέχρι 10.12.2012)</li> <li>• Αναδρομική ισχύς για το rebate των φαρμακοποιών από 1η Ιανουαρίου 2012, σε όλα τα φάρμακα εκτός από αυτά του Ν.3816</li> </ul>	<p>Υποχρεωτική συνταγογράφηση βάσει INN εκτός κάποιων εξαιρέσεων (για τις οποίες θα αναφέρεται και η εμπορική ονομασία του φαρμάκου κατά τη συνταγογράφηση) που αφορούν σε φαρμακευτικά σκευάσματα που προκαλούν αλλεργίες και αντιδράσεις, που χορηγούνται σε μεταμοσχευμένους και ανοσοκατασταλμένους, στα παράγωγα αίματος, τις ινσουλίνες, τα εμβόλια, τα βιοτεχνολογικά και τα συνδυασμένα προϊόντα, καθώς και φάρμακα στενού θεραπευτικού εύρους. Εξαιρέσεις ακόμη δύναται να αποτελούν τα φάρμακα για την επιληψία, την νύχωση, τη σχιζοφρένεια, το άσθμα και τα χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα. Η εμπορική ονομασία παράλληλα με τη δραστική δύναται να αναφέρεται στις περιπτώσεις ασθενών που πάσχουν από χρόνιες νόσους και οι οποίοι είναι επαρκώς και αποτελεσματικών ρυθμισμένοι. Όλες οι εξαιρέσεις θα αναρτούνται στην ιστοσελίδα του ΕΟΦ. Η συνταγογράφηση βάσει εμπορικής ονομασίας δεν μπορεί να ξεπερνά το 15% της αξίας της συνολικής συνταγογράφησης του εκάστοτε ιατρού σε ετήσια βάση, ενώ θα πρέπει να αιτιολογείται η επιλογή του εκάστοτε πρωτότυπου σκευάσματος από τον ιατρό. Κυρώσεις θα επιβάλλονται για τους ιατρούς σε περιπτώσεις αδικαιολόγητων υπερβάσεων του ανωτέρω ποσοστού.</p>

\*N.3918/2011 «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις»

\*\*N.4025/2011 «Ανασυγκρότηση Φορέων Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρα Αποκατάστασης, Αναδιάρθρωση Ε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις»

\*\*\*N.4052/2012 «Συνταγογράφηση βάσει δραστικής ουσίας και αποζημίωση του φθηνότερου φαρμάκου»

### 4.3 Η πλευρά της ζήτησης: δαπάνες υγείας και φαρμακευτική δαπάνη

#### *Δαπάνη υγείας και φαρμάκου στην Ελλάδα*

Συχνά συγχέονται τα στοιχεία της «φαρμακευτικής δαπάνης» με τις «συνολικές φαρμακευτικές πωλήσεις», τις οποίες ανακοινώνει ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ). Ο ΕΟΦ καταγράφει σε μηνιαία βάση τις πωλήσεις φαρμάκων από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις προς τα Νοσοκομεία και τις Φαρμακαποθήκες / Φαρμακεία. Αντίθετα, η φαρμακευτική δαπάνη – σύμφωνα με το International Classification of Health Accounts του ΟΟΣΑ, με το οποίο έχει εναρμονιστεί και η Ελλάδα – είναι η δαπάνη για φάρμακα που χορηγούνται σε έξω-νοσοκομειακούς ασθενείς. Άρα, η φαρμακευτική δαπάνη είναι κλάσμα μόνον των συνολικών φαρμακευτικών πωλήσεων.

Για μεγαλύτερη ακρίβεια, θα πρέπει να επισημανθεί ότι οι φαρμακευτικές πωλήσεις είναι ένα μέγεθος το οποίο συντίθεται από:

- α) τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, η οποία επιβαρύνει την κοινωνική ασφάλιση (μέρος αυτής της επιβάρυνσης επιστρέφει στα δημόσια ταμεία, καθώς σε αυτή περιλαμβάνεται ΦΠΑ 6,5% και λοιπές επιστροφές/rebates από τις φαρμακευτικές εταιρείες),
- β) τις πωλήσεις φαρμάκων προς τα νοσοκομεία (οι οποίες γίνονται σε Νοσοκομειακή Τιμή= Χονδρική Τιμή μείον 13%),
- γ) τις πωλήσεις φαρμάκων τα οποία επανεξάγονται (παράλληλες εξαγωγές),
- δ) τις πωλήσεις φαρμάκων τα οποία διατίθενται, είτε σε πολίτες της Ελλάδος, είτε σε τουρίστες, και τα οποία πληρώνουν οι ίδιοι,
- ε) τις πωλήσεις φαρμάκων που χρησιμοποιούνται από ημεδαπούς ή αλλοδαπούς ασφαλισμένους σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και καλύπτονται από αυτές,
- στ) τη συμμετοχή των ασφαλισμένων, η οποία δεν επιβαρύνει τα Ταμεία.

Ως προς το σημείο (β), πρέπει να τονιστεί ότι οι πωλήσεις φαρμάκων προς τα νοσοκομεία περιλαμβάνονται στη νοσοκομειακή δαπάνη, επομένως εάν συμπεριληφθούν στις αναλύσεις, θα διπλομετρηθούν.

Ως προς τα σημεία (γ), (δ) & (ε), θα πρέπει να επισημανθεί ότι οι πωλήσεις αυτές δεν αποτελούν δημόσια φαρμακευτική δαπάνη –απεναντίας, αποδίδουν εισόδημα στο δημόσιο, μέσω του ΦΠΑ, του φόρου εισοδήματος, του φόρου μισθωτών υπηρεσιών, των εισφορών προς τα ταμεία κλπ.

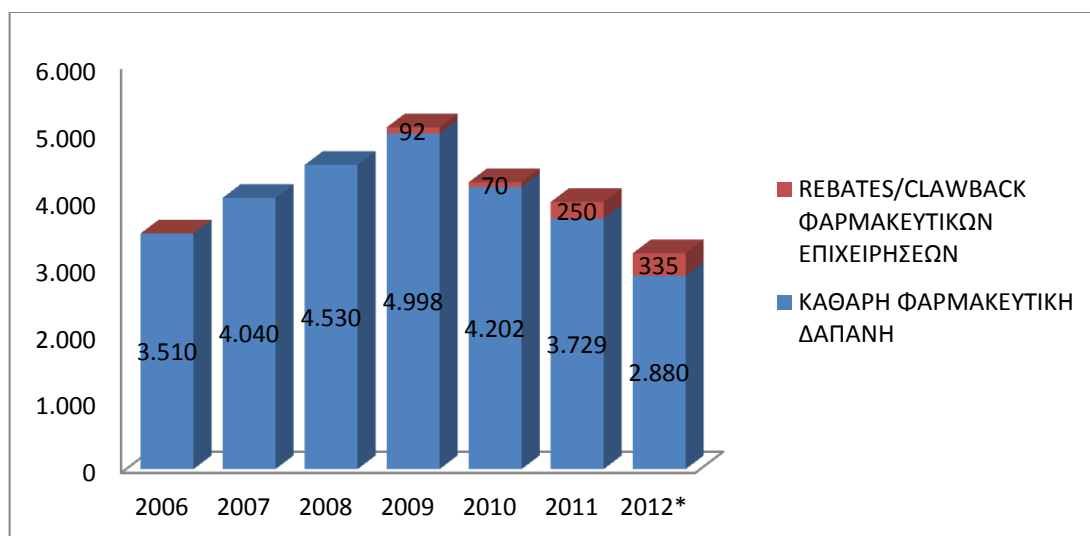
Η συνολική φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα το 2011<sup>59</sup>, εκτιμάται ότι ανήλθε στα €5,07 δισ., αποτελώντας το 24,1% της συνολικής δαπάνης υγείας και το 2,4% του ΑΕΠ.

Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη ακολούθησε μέχρι το 2009 ανοδική τάση, όπως και η δαπάνη υγείας και το ΑΕΠ. Ωστόσο, τη διετία 2010/2011 μειώθηκε δραστικά, κατά 22%, για να φτάσει το 2011 στα €3,98 δισ., αποτελώντας το 1,8% του ΑΕΠ και το 30% των δημόσιων δαπανών υγείας. Αξίζει να επισημανθεί ότι: α) στο μέγεθος της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης δεν περιλαμβάνονται οι επιστροφές/εκπτώσεις των φαρμακευτικών εταιρειών προς τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης, οι οποίες το 2011 εκτιμώνται σε €250 εκατ. και μειώνουν περαιτέρω το μέγεθος της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης σε €3,73 δισ., που αποτελεί το 1,7% του ΑΕΠ και είναι αρκετά κοντά στον στόχο για το 2012, ο οποίος έχει τεθεί στα €2,88 δισ. ήτοι στο 1,4% του ΑΕΠ και β) το υπόλοιπο τμήμα των δημοσίων δαπανών υγείας – εκτός της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης – στερείται επίσημης και ακριβούς καταγραφής και μέτρησης, γεγονός που δυσκολεύει τον εντοπισμό φαινομένων σπατάλης ή/και κακοδιαχείρισης.

---

<sup>59</sup> Επίσημα στοιχεία από την ΕΛΣΤΑΤ έχουν δημοσιευθεί μέχρι το 2007. Για τα επόμενα έτη το μέγεθος της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης αποτελεί εκτίμηση, γεγονός που δυσχεραίνει τις συγκρίσεις με τα επίσημα στοιχεία των προηγούμενων ετών (βλέπε και Σημείωση στον Πίνακα 2). Το γεγονός αυτό προφανώς δυσχεραίνει τη διαμόρφωση και εφαρμογή αποτελεσματικής πολιτικής στους τομείς Υγείας και Φαρμάκου.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.1: Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη, 2006-2012 (σε δισ. €)<sup>60</sup>



Πηγή: Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Η Καθαρή Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη είναι το τελικό ποσό που πληρώνουν τα ασφαλιστικά ταμεία, μετά την αφαίρεση όλων των rebates και του clawback. Το 2009 και το 2010 υπήρχε rebate 3% στις αξίες, για το 2011 rebate 3% - 4% και entry-fee, ενώ για το 2012 ισχύει rebate σε αξίες 9%, κλιμακωτό rebate στους όγκους πωλήσεων έως 8% και επιπλέον clawback ανά δμνηνο, για το ποσό που τυχόν υπερβαίνει τα €240εκ. και το οποίο αποτελεί το πλαφόν για τη μηνιαία δημόσια φαρμακευτική δαπάνη.

<sup>60</sup> Στοιχεία για τις επιστροφές / εκπτώσεις από τις φαρμακευτικές εταιρείες είναι διαθέσιμα μόνο για τα έτη 2009-2011.

(\*Τα μεγέθη για το 2012 αποτελούν εκτιμήσεις)

Κεφάλαιο 4: Τα δεδομένα στη φαρμακευτική βιομηχανία

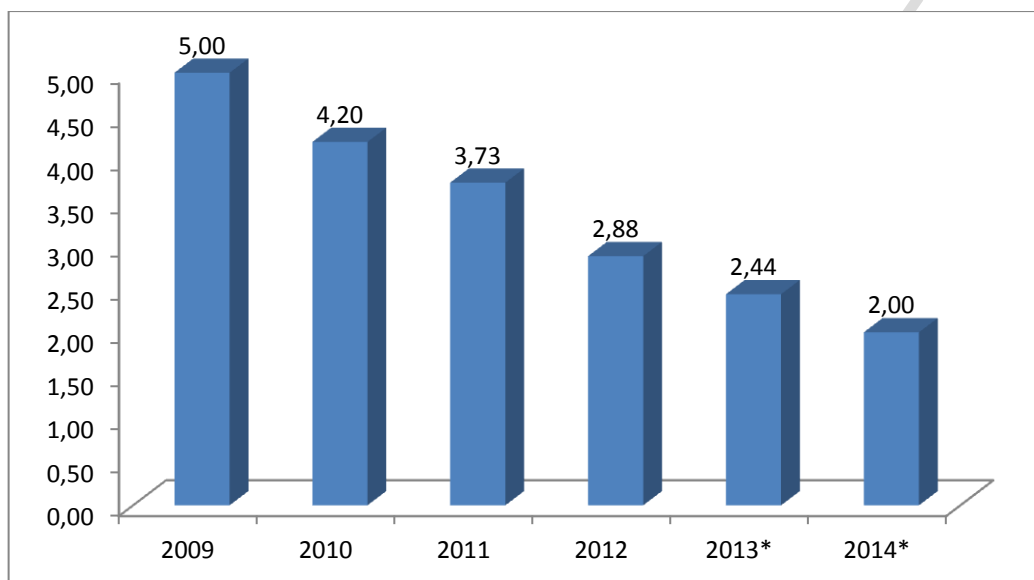
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.3: Δαπάνη Υγείας και Φαρμάκου στην Ελλάδα (σε εκατ. €)<sup>9</sup>

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
ΑΕΠ	135.044	145.098	155.192	170.865	183.583	193.050	208.893	222.771	232.920	231.642	227.318	215.088	200.906
ΑΕΠ κατά κεφαλήν (σε €)	12.385	13.251	14.124	15.500	16.596	17.386	18.737	19.941	20.756	20.554	20.088	18.934	17.623
Συνολική Δαπάνη Υγείας	10.803	12.914	14.278	15.378	16.155	18.726	20.263	21.832	23.525	24.554	23.186	21.079	-
Συνολική Δαπάνη Υγείας κατά κεφαλήν (€)	991	1.179	1.299	1.395	1.460	1.686	1.818	1.954	2.096	2.179	2.049	1.856	-
Δαπάνη Υγείας ως % του ΑΕΠ	8,00%	8,90%	9,20%	9,00%	8,80%	9,70%	9,70%	9,80%	10,10%	10,60%	10,20%	9,80%	-
Δημόσια Δαπάνη Υγείας	6.444	7.832	8.264	9.208	9.552	11.256	12.569	13.175	14.102	15.140	13.772	12.647	-
Δημόσια Δαπάνη Υγείας κατά κεφαλήν (€)	591	715	752	835	864	1.014	1.127	1.179	1.257	1.343	1.217	1.113	-
Δημόσια ως % Συνολικής Δαπάνης Υγείας	59,60%	60,60%	57,90%	59,90%	59,10%	60,10%	62,00%	60,30%	59,90%	61,70%	59,40%	60,00%	-
Δημόσια Δαπάνη Υγείας ως % του ΑΕΠ	4,80%	5,40%	5,30%	5,40%	5,20%	5,80%	6,00%	5,90%	6,10%	6,50%	6,10%	5,90%	-
Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη	2.042	2.324	2.684	3.137	3.554	4.026	4.600	5.414	5.834	6.346	5.403	5.073	-
Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη κατά κεφαλήν (σε €)	187	212	244	285	321	363	413	485	520	563	477	447	-
Φαρμακευτική Δαπάνη ως % της Δαπάνης Υγείας	18,90%	18,00%	18,80%	20,40%	22,00%	21,50%	22,70%	24,80%	24,80%	25,80%	23,30%	24,10%	-
Φαρμακευτική Δαπάνη ως % του ΑΕΠ	1,50%	1,60%	1,70%	1,80%	1,90%	2,10%	2,20%	2,40%	2,50%	2,70%	2,40%	2,40%	-
Ιδιωτική Φαρμακευτική Δαπάνη	764	822	879	972	1.129	1.157	1.090	1.374	1.304	1.256	1.123	1.094	-
Ιδιωτική Φαρμακευτική Δαπάνη κατά κεφαλήν	70	75	80	88	102	104	98	123	116	111	99	96	-
Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη	1.278	1.502	1.805	2.165	2.425	2.869	3.510	4.040	4.530	5.090	4.280	3.979	3.215
Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη κατά κεφαλήν (σε €)	117	137	164	196	219	258	315	362	404	452	378	350	282
Επιστροφές (rebates) φαρμακευτικών εταιρειών	-	-	-	-	-	-	-	-	-	92	78	250	335
Καθαρή Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.998	4.202	3.729	2.880
Καθαρή Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη κατά κεφαλήν	-	-	-	-	-	-	-	-	-	444	371	328	253
Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη ως % του ΑΕΠ	0,90%	1,00%	1,20%	1,30%	1,30%	1,50%	1,70%	1,80%	1,90%	2,20%	1,80%	1,7%*	1,4%*

\*το ποσοστό αναφέρεται στην καθαρή δημόσια φαρμακευτική δαπάνη.

Πηγή: OECD Health Data 2012, ΕΛΣΤΑΤ 2009, Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων 2012, Εκτιμήσεις ΙΟΒΕ.

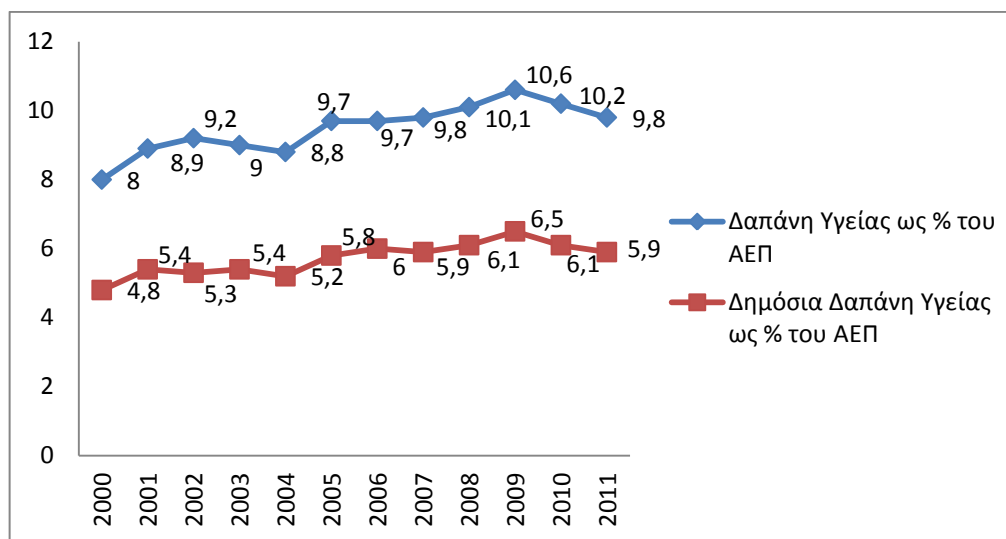
*ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.2: Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη: Πορεία μετά το Μνημόνιο και προσβλέψεις*



Πηγή: Πίνακας 4.1 και Στόχοι Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016

Η συνολική μείωση της (καθαρής) δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης την περίοδο 2009/2011 κατά € 1,27 δισ., ήταν αποτέλεσμα των θεσμικών παρεμβάσεων στην αγορά φαρμάκου (αλλαγή συστήματος τιμολόγησης, αύξηση των επιστροφών – rebates – στους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης, μείωση των ρυθμιζόμενων περιθωρίων κέρδους στη χονδρική και λιανική διάθεση των φαρμάκων, μείωση συντελεστή ΦΠΑ στα φάρμακα κ.λπ.). Επιπρόσθετα, εκτιμάται ότι καταγράφηκε μείωση τόσο των συνολικών δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, όσο και της κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας. Η κατά κεφαλήν συνολική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα είναι χαμηλότερη κατά 11% από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ και σε παρόμοιο επίπεδο με άλλες χώρες του ευρωπαϊκού νότου, ενώ η κατά κεφαλήν δημόσια δαπάνη υγείας είναι χαμηλότερη κατά 27% από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.3: Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2000-2011

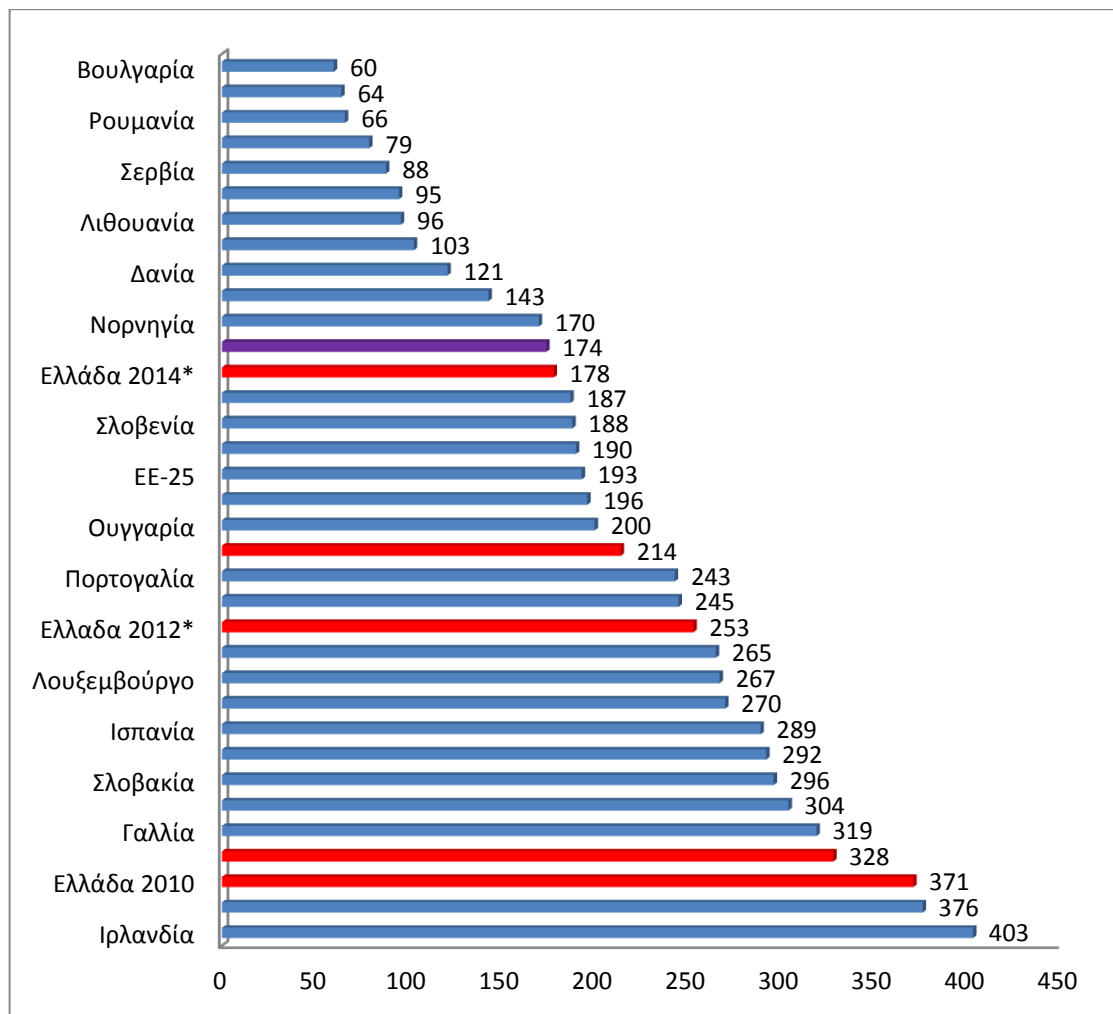


Πηγή: OECD, Health Data 2012. Εκτίμηση IOBE για το 2011

(Για επιπλέον στοιχεία βλέπε: Διαγράμματα Π.Ζ.2 και Π.Ζ.3)



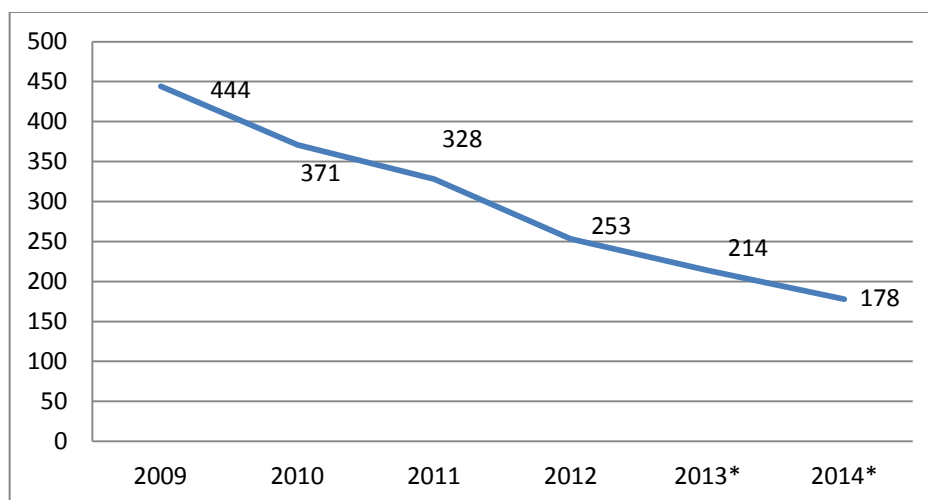
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.4: Κατά κεφαλήν Καθαρή Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη στις χώρες της ΕΕ25, σε PPP(Purchasing Power Parity) 2010



Πηγή: OECD Health Data 2012, επεξεργασία στοιχείων IOBE

Στο Διάγραμμα 4.4 απεικονίζεται για το 2010 η κατά κεφαλήν Καθαρή Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη στις χώρες της ΕΕ και επιπλέον για την Ελλάδα η εξέλιξη του μεγέθους αυτού μέχρι το 2012, όπως και οι προβλέψεις έως και το 2014 (ceteris paribus). Συμπεραίνεται ότι η δαπάνη στην Ελλάδα πέφτει από την 3η θέση της ΕΕ το 2010 (€371) στην 11η θέση το 2012 (€253) και κατόπιν στην 18η θέση το 2014 (€178), 8% κάτω από το μέσο όρο της ΕΕ των 25.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.5: Καθαρή Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη κατά κεφαλήν, Ελλάδα, σε €

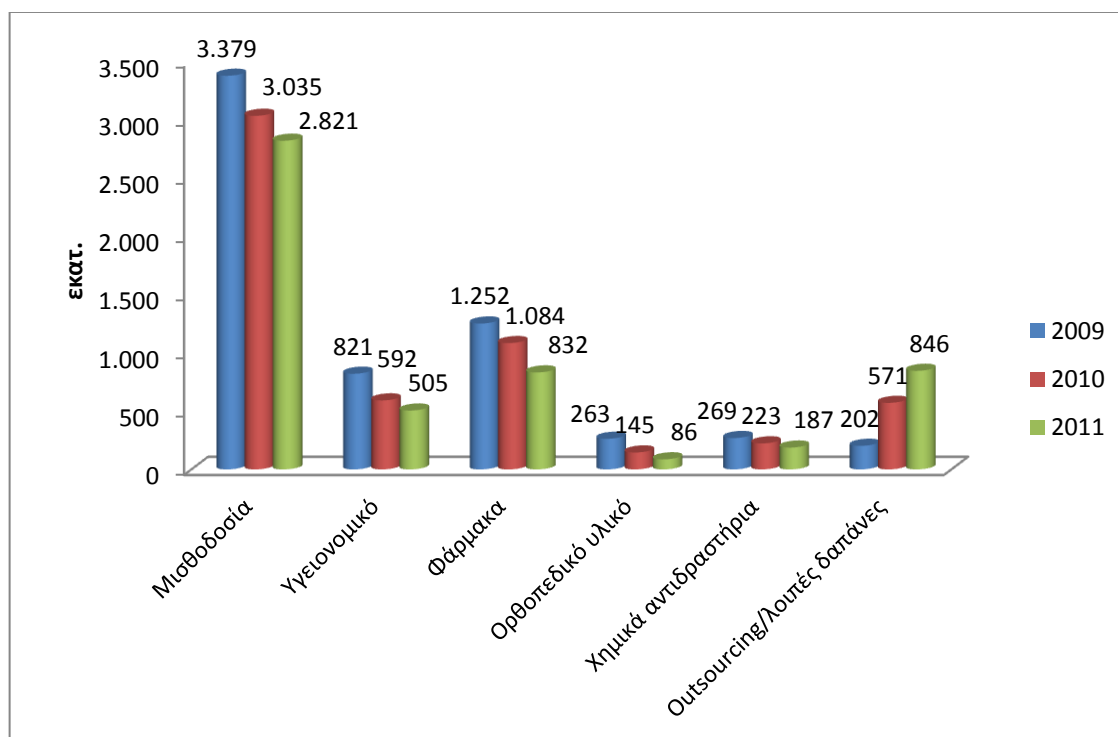


Πηγή: IOBE, 2013

Η Καθαρή (μετά τα rebates και τα clawbacks) Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη κατά κεφαλήν μειώθηκε από το 2009 έως το 2012 κατά 43% και προβλέπεται να μειωθεί επιπλέον κατά 17% (συγκριτικά με το 2009) έως το τέλος του 2014.

Η μείωση των δημοσίων δαπανών υγείας στην Ελλάδα αντανακλάται και στα στοιχεία της νοσοκομειακής δαπάνης. Είναι χαρακτηριστικό ότι κατά τη διάρκεια της περιόδου 2009-2011 η νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη (όπως και η δαπάνη μισθοδοσίας και προμήθειας υγειονομικού και λοιπού υλικού) μειώθηκε δραστικά, κατά 33,5%. Αντίθετα, όμως, θα πρέπει να επισημανθεί ότι οι δαπάνες για outsourcing και οι λοιπές δαπάνες αυξήθηκαν την ίδια περίοδο κατά 318,8% σε βαθμό δηλαδή που περιορίσει σημαντικά τα οφέλη και την εξοικονόμηση που προήλθαν από τις μειώσεις στις δαπάνες των υπολοίπων κέντρων κόστους του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.6: Ανάλυση Δαπανών Νοσοκομείων ΕΣΥ, 2009-2011



Πηγή: ESYNET, 2012

#### 4.4 Η πλευρά της προσφοράς :φαρμακευτική βιομηχανία και οικονομία

##### Τα Φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ

Η πλειονότητα των φαρμάκων υψηλού κόστους σοβαρών παθήσεων (N.3816/2010) παρέχεται αποκλειστικά από τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ ή τα φαρμακεία των νοσοκομείων. Ο ΕΟΠΥΥ λειτούργησε αρχικά 5 φαρμακεία στην Αττική και 1 στη Θεσσαλονίκη, από όπου η χορήγηση φαρμάκων γίνεται χωρίς συμμετοχή του ασφαλισμένου και χωρίς να απαιτείται θεώρηση (εκτός των δίμηνων). Αυτή τη στιγμή λειτουργούν 19 φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ ενώ υπάρχει προγραμματισμός για να φτάσουν τα 30 σε όλη τη χώρα. Στις υπόλοιπες περιοχές της χώρας, οι ασφαλισμένοι προμηθεύονται τα φάρμακα του καταλόγου υψηλού κόστους σοβαρών παθήσεων (N.3816/2010) από τις κατά τόπους μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ, μετά από παραγγελία. Με βάση την απόφαση ΦΕΚ 1003/Β'/02-04-2012, ο κατάλογος των φαρμάκων του N.3816/2010 χωρίζεται σε δύο επιμέρους παραρτήματα: Το πρώτο αφορά φαρμακευτικά σκευάσματα που μπορούν να χορηγηθούν μόνο από νοσοκομεία και φαρμακεία του

ΕΟΠΥΥ και το δεύτερο σε σκευάσματα που μπορούν να χορηγηθούν και από ιδιωτικά φαρμακεία. Η τιμή στην οποία χορηγούνται τα σκευάσματα του πρώτου παραρτήματος, δηλαδή αποκλειστικά από φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ, ορίζεται ίση με την νοσοκομειακή τιμή προσαυξημένη κατά +5% (πλέον ΦΠΑ), ενώ για τα φάρμακα του δεύτερου παραρτήματος ακολουθείται ο τρόπος τιμολόγησης που ισχύει βάσει αγορανομικών διατάξεων που έχουν αποφασιστεί από το Υπουργείο Υγείας. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος τον Ιούνιο του 2012 προσέφυγε στο ΣτΕ (Συμβούλιο της Επικρατείας), θεωρώντας ότι τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ νοθεύουν τον ανταγωνισμό στον κλάδο.

### *Πωλήσεις<sup>61</sup>*

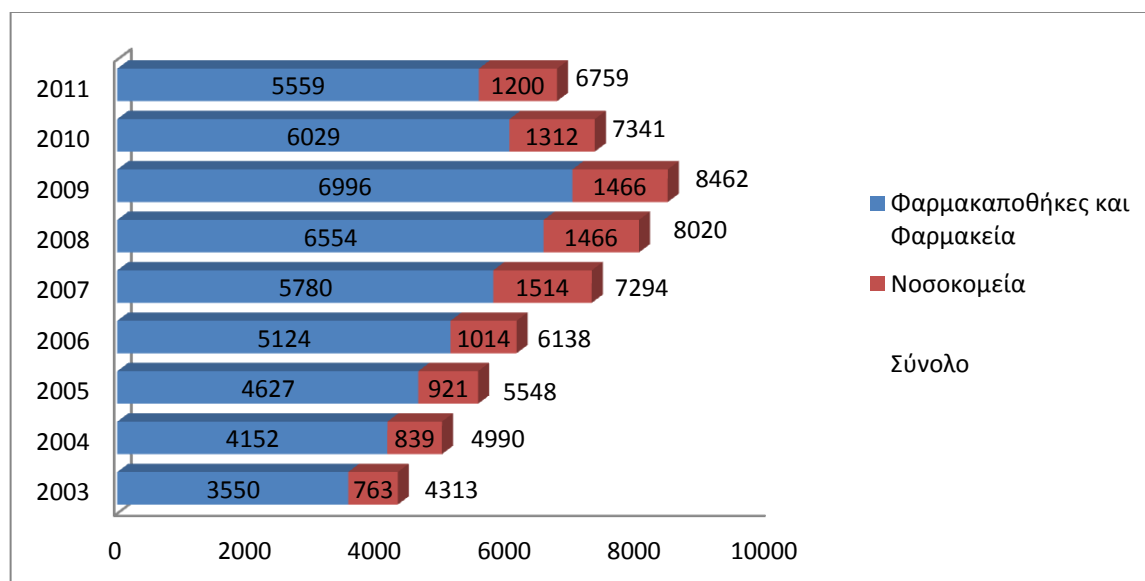
Το 2011 οι συνολικές πωλήσεις φαρμάκων ανήλθαν στα €6,7 δισ., εκ των οποίων το 82,2% διοχετεύθηκε στις φαρμακαποθήκες και τα φαρμακεία (περιλαμβάνονται οι παράλληλες εξαγωγές οι οποίες το 2011 απετέλεσαν το 8,7% της αξίας των εξωνοσοκομειακών πωλήσεων), ενώ το υπόλοιπο 17,8% στα νοσοκομεία.

Οι πωλήσεις φαρμάκων στα φαρμακεία και στα νοσοκομεία κινήθηκαν ανοδικά μέχρι το 2009. Η μείωση των τιμών των φαρμάκων και τα υπόλοιπα μέτρα περιστολής της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης, στο πλαίσιο της δημοσιονομικής προσαρμογής, οδήγησαν την τελευταία διετία σε σημαντική μείωση των πωλήσεων φαρμάκων κατά 20%.

---

<sup>61</sup> Οι συνολικές πωλήσεις φαρμάκων καταγράφονται σε μηνιαία βάση από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ) και περιλαμβάνουν τις πωλήσεις φαρμακευτικών προϊόντων από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις προς τα Νοσοκομεία (σε νοσοκομειακές τιμές) και τις Φαρμακαποθήκες/Φαρμακεία (σε λιανικές τιμές). Οι πωλήσεις καταγράφονται και σε όρους αριθμού συσκευασιών.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.7: Πωλήσεις φαρμάκων στην Ελλάδα, 2003-2011, σε δις €.



Πηγή: ΕΟΦ 2012

Τα εγκεκριμένα φάρμακα που κυκλοφορούν στην αγορά διακρίνονται και με κριτήριο την προστασία τους ή μη από διπλώματα ευρεσιτεχνίας. Στα μη προστατευμένα φάρμακα περιλαμβάνονται τα επώνυμα φάρμακα των οποίων η πατέντα έχει λήξει (off-patent) καθώς και τα γενόσημα (generics, Gx) Στην Ελλάδα, η διείσδυση σε όγκο των μη προστατευμένων προϊόντων φτάνει το 60%, ποσοστό που είναι χαμηλότερο σε σχέση με άλλες Ευρωπαϊκές αγορές. Ωστόσο, το γεγονός ότι σε όρους αξίας η διείσδυση δεν διαφοροποιείται μεταξύ προστατευμένων και μη, σε αντίθεση με ό,τι συμβαίνει σε άλλες χώρες, συνεπάγεται ότι οι τιμές των μη προστατευμένων από δίπλωμα ευρεσιτεχνίας φαρμάκων στην Ελλάδα είναι υψηλότερες συγκριτικά με τις αντίστοιχες των άλλων Ευρωπαϊκών χωρών. Αντίθετα, οι τιμές των προστατευμένων προϊόντων είναι από τις χαμηλότερες τιμές στην ΕΕ εξαιτίας του τρόπου τιμολογήσεώς τους.

(βλέπε Διάγραμμα Π.Ζ.1)

#### 4.5 Τιμολόγηση φαρμάκων

##### *Σύστημα τιμολόγησης*

Τα τελευταία χρόνια, η Ελλάδα χρησιμοποιεί συστήματα διεθνών τιμών αναφοράς για τον καθορισμό των τιμών των φαρμάκων. Την περίοδο 2005-2008 οι τιμές των φαρμάκων καθορίζονταν βάσει ενός συστήματος αναφοράς σύμφωνα με το οποίο η τιμή του φαρμάκου ισοδυναμούσε με το μέσο όρο των χωρών με τις τρεις χαμηλότερες τιμές, εκ των οποίων οι δύο επιλέγονταν από την Ε.Ε. των 15 συμπεριλαμβανομένης της Ελβετίας, ενώ η τρίτη χώρα ήταν μια από τις 10 χώρες που προσχώρησαν στην Ε.Ε. την 1/5/2004 (Ν. 3408/2005, ΦΕΚ 272 Α΄).

Τον Σεπτέμβριο 2009 άλλαξε ο τρόπος καθορισμού της τιμής διάθεσης των φαρμάκων και αποφασίστηκε ο προσδιορισμός της με βάση το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών στις χώρες - μέλη της Ε.Ε. των 27 (Ν.3790/2009) στα οποία υφίστανται και ανακοινώνονται επίσημα στοιχεία από τις αρμόδιες αρχές των χωρών αυτών. Οι χώρες της Ε.Ε., για τις οποίες υφίστανται επίσημα στοιχεία, ανακοινώνονται με το 1ο Δελτίο Τιμών κάθε χρόνο.

Για τον καθορισμό της τιμής απαιτείται το φαρμακευτικό προϊόν, να έχει λάβει τιμή στην ίδια μορφή και περιεκτικότητα, σε τρία (3) τουλάχιστον από τα κράτη – μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Εντούτοις, καθώς τέσσερις (Μάλτα, Εσθονία, Σουηδία και Δανία) από τις είκοσι έξι χώρες που θα χρησιμοποιούνταν ως χώρες αναφοράς δεν δημοσίευαν αξιόπιστα στοιχεία για τις τιμές των φαρμάκων τους, τα φάρμακα στην Ελλάδα τιμολογούνται βάσει του μέσου όρου των τριών χαμηλότερων τιμών ανάμεσα στις υπόλοιπες είκοσι δύο χώρες της Ε.Ε.. Η εθνική νομοθεσία, σε ευθυγράμμιση με το σχετικό Κοινοτικό δίκαιο, προβλέπει την έκδοση από την εκάστοτε αρμόδια αρχή, Δελτίου Τιμών Φαρμάκων (Δ.Τ.Φ) κάθε τρεις μήνες. Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι ημερομηνίες και η συχνότητα έκδοσης των Δ.Τ.Φ από τα μέσα του έτους 2007 μέχρι και αυτό που εκδόθηκε στις 2 Νοεμβρίου 2012. Στο Δελτίο αυτό ανατιμολογήθηκαν 12.202 σκευάσματα εκ των οποίων, 803 αφορούν φάρμακα σοβαρών παθήσεων, 806 σκευάσματα είναι ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ (μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων), 493 βρίσκονται στην Αρνητική λίστα και 10.100 βρίσκονται στη Θετική λίστα όσον αφορά το καθεστώς αποζημίωσης τους.

Στους Πίνακες Π.Ζ.1 και Π.Ζ.2 του παραρτήματος καταγράφεται η συχνότητα έκδοσης ΔΤΦ (δελτίο τιμών φαρμάκων). Ενώ τα ΔΤΦ με ανατιμολογήσεις παρουσιάζουν μια αυξημένη συχνότητα στην έκδοσή τους από το 2010 και μετά, εμφανίζεται η αντίθετη τάση στην έκδοση ΔΤΦ με εγκρίσεις τιμών για νέες δραστικές ουσίες. Από τον Ιανουάριο του 2010 δεν έχει εγκριθεί τιμολόγηση για νέα πρωτότυπα φάρμακα, γεγονός που αποτελεί εμπόδιο στην πρόσβαση των ασθενών σε καινοτόμες θεραπείες. Το τελευταίο Δελτίο ανατιμολογήσεων (2ο 2012) εμφανίζει σημαντικά λάθη, καθώς οι τιμές σε αρκετά προϊόντα είναι οι χαμηλότερες σε ολόκληρη την ΕΕ, με αποτέλεσμα να τίθεται εν αμφιβόλω η επάρκεια των φαρμάκων αυτών στην Ελληνική αγορά. Είναι άμεση η ανάγκη για έκδοση διορθωτικού ΔΤΦ, κάτι που αναμένεται εντός του μηνός Δεκεμβρίου 2012. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι το συγκεκριμένο Δελτίο είναι το πρώτο που εκδίδεται από τον ΕΟΦ βάσει του άρθρου 16 του Νόμου 4052/12, καθώς για την έκδοση των προηγούμενων Δελτίων Τιμών την ευθύνη είχε από το Μάρτιο του 2011, το Υπουργείο Υγείας βάσει του άρθρου 39 του Νόμου 3918/2011 και πιο πριν η Γενική Γραμματεία Εμπορίου του Υπουργείου Ανάπτυξης.

#### *Διαμόρφωση τιμής φαρμακευτικών προϊόντων*

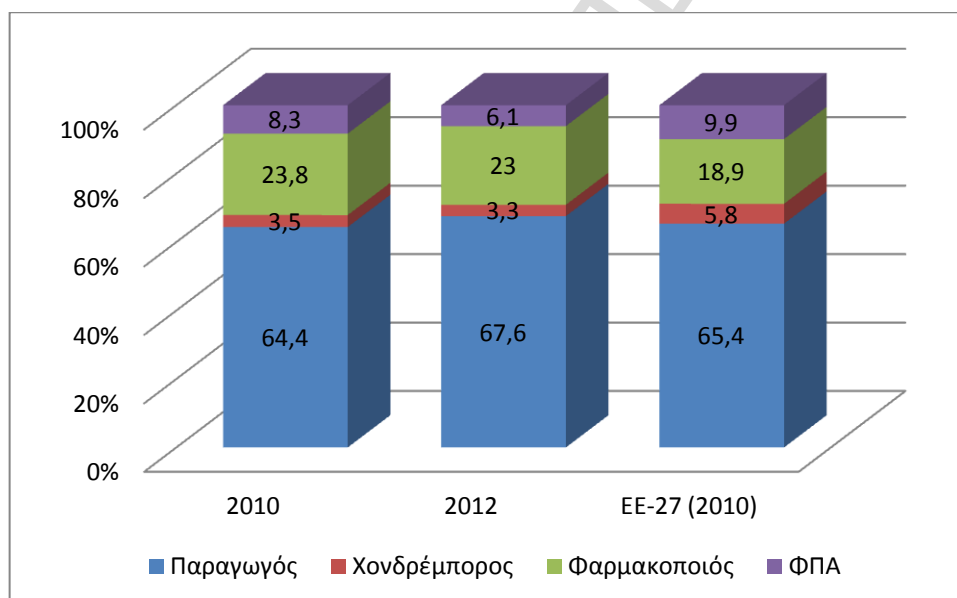
Από το 2012 οι τιμές των φαρμάκων ενσωματώνουν τα χαμηλότερα περιθώρια κέρδους των χονδρεμπόρων και φαρμακοποιών. Τα περιθώρια κέρδους των χονδρεμπόρων ποικίλουν ανάλογα με το αν το φάρμακο είναι στην αρνητική, στην θετική λίστα φαρμάκων, στη λίστα του Ν.3816/2011 ή αν είναι ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ (μη συνταγογραφούμενο). Επίσης, τα ποσοστά κέρδους των φαρμακοποιών διαφοροποιούνται ανάλογα με την χονδρική τιμή του εκάστοτε φαρμάκου. Για φάρμακα που ανήκουν στην θετική λίστα (και άρα αποζημιώνονται από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης) και έχουν χονδρική τιμή μικρότερη από € 200 τα περιθώρια κέρδους και η δομή τιμής είναι τα ακόλουθα:

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.4: Περιθώρια (mark-up) στην εφοδιαστική αλυσίδα φαρμάκου, 2012

	Συνταγογραφούμενα Φάρμακα	Φάρμακα Σοβαρών Παθήσεων	ΜΗΣΥΦΑ	Φάρμακα Αρνητικής Λίστας
Χονδρικό Εμπόριο (επί της καθαρής τιμής ex-factory)	4,9%	2,0% <sup>62</sup>	7,8%	5,4%
Φαρμακείο (επί της τιμής χονδρικής)	32,4%	16,0% <sup>63</sup>	35,0%	32,4%
Φαρμακείο (χονδρική / ειδική χονδρική τιμή > €200)	30 €	30 €	35,0%	32,4%

Πηγή: IOBE, 2012

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.8: Δομή Τιμής Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων με τιμή χονδρικής < €200



Πηγή: Εκτιμήσεις IOBE και EFPIA 2010

Η δομή της τιμής των φαρμάκων σύμφωνα με τον ισχύοντα συντελεστή ΦΠΑ 6,5% και τα χαμηλότερα ποσοστά κέρδους στην εφοδιαστική αλυσίδα που εφαρμόστηκαν το 2012 παρουσιάζεται στο διάγραμμα 4.5.1. Επιπλέον, παρουσιάζεται η δομή της τιμής του συνταγογραφούμενου φαρμάκου στην Ελλάδα καθώς και στις 27 χώρες-μέλη της Ε.Ε. κατά μέσο όρο. Η δομή της τιμής των συνταγογραφούμενων φαρμάκων με τιμή χονδρικής υψηλότερη των €200 εξαρτάται από το ύψος της τιμής. Με βάση τις νέες

<sup>62</sup> επί της Νοσοκομειακής Τιμής

<sup>63</sup> επί της Ειδικής Χονδρικής Τιμής



ρυθμίσεις στα περιθώρια κέρδους των ιδιωτικών φαρμακείων, το περιθώριο του φαρμακείου, κατά μέσο όρο, εξαρτάται από τη σύνθεση των πωλήσεων φαρμάκων με τιμές χονδρικής >€200. Το περιθώριο ξεκινάει από 12% για φάρμακα με τιμή χονδρικής λίγο υψηλότερη των €200 και υποχωρεί σταδιακά φτάνοντας σε τιμή κάτω του 2% για φάρμακα με τιμή χονδρικής μεγαλύτερη από €1.500. Με βάση τη σύνθεση της κατανάλωσης φαρμάκων (περίπου 91% της αγοράς αφορά σε φάρμακα με τιμή χονδρικής <€200) και συμπεριλαμβανομένων των εκπτώσεων και επιστροφών των φαρμακείων, εκτιμάται ότι το μέσο περιθώριο κέρδους των φαρμακείων διαμορφώνεται σε περίπου 19%. Το κέρδος της εφοδιαστικής αλυσίδας στην Ελλάδα, συγκριτικά με άλλες ευρωπαϊκές χώρες ήταν το 2011 ένα από τα υψηλότερα, ενώ με τις τελευταίες νομοθετικές ρυθμίσεις στα περιθώρια, εκτιμάται ότι έχει περιοριστεί κατά περίπου 5,5 εκατοστιαίες μονάδες .

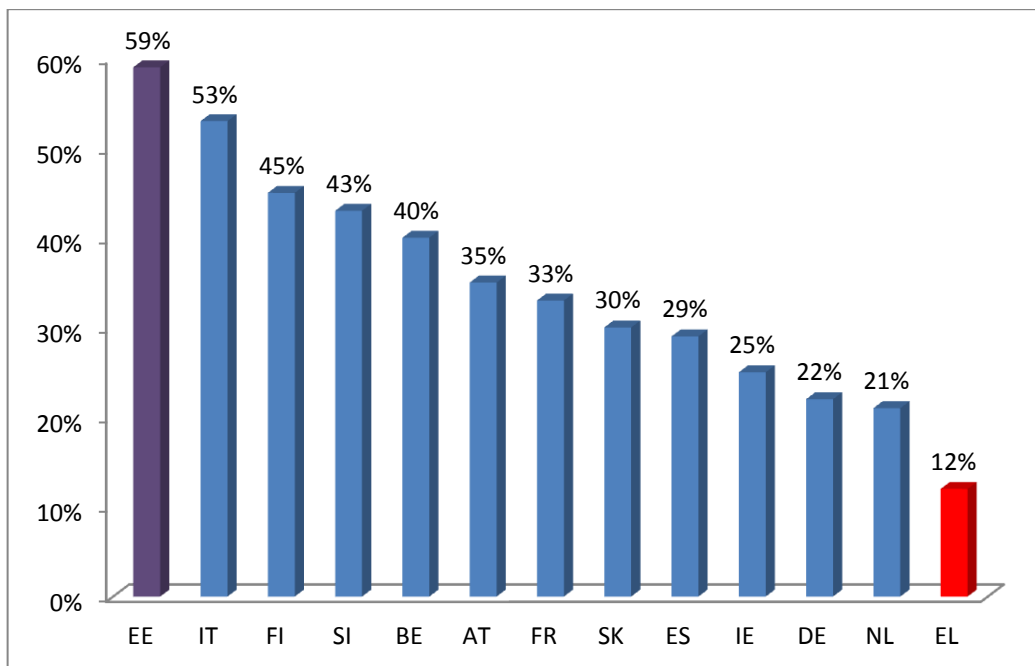
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.5: Κέρδος Εφοδιαστικής Αλυσίδας σε διάφορες χώρες, 2011

	% mark-up	τιμή/ πακέτο (€)	περιθώριο/ πακέτο (€)	πακέτα κατά κεφαλήν	περιθώριο κατά κεφαλήν (€)
Βουλγαρία	27,49%	4,46	1,14	17,55	20,06
Ουγγαρία	19,57%	7,09	1,31	18,50	24,15
Πολωνία	29,55%	4,92	1,32	16,97	22,43
Ρουμανία	26,35%	5,63	1,35	14,80	19,95
Ιταλία	51,72%	6,89	3,37	23,35	78,73
Πορτογαλία	38,89%	10,48	3,67	18,39	67,49
Γαλλία	34,89%	11,77	3,81	23,36	88,98
<b>Ελλάδα</b>	<b>42,19%</b>	<b>9,88</b>	<b>3,90</b>	<b>30,93</b>	<b>120,59</b>
Ισπανία	46,76%	9,00	3,91	22,98	89,92
Ολλανδία	41,84%	11,20	4,57	15,18	69,38
Αυστρία	42,12%	13,61	5,22	17,02	88,83
Βέλγιο	31,03%	21,04	6,10	11,72	71,46
Φιλανδία	44,09%	20,98	8,93	10,10	90,16
Ιρλανδία	54,55%	20,13	9,33	14,68	137,00
Νορβηγία	52,04%	25,79	10,35	8,67	89,70
Ελβετία	40,98%	33,20	12,89	9,31	120,05

Πηγή: ΣΦΕΕ, 2012<sup>64</sup>

<sup>64</sup> Διαθέσιμο: [http://www.sfee.gr/editions/farmakeftiki\\_agora\\_2012/ellada.html#/45/zoomed](http://www.sfee.gr/editions/farmakeftiki_agora_2012/ellada.html#/45/zoomed)

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.9: Μέσος όρος ποσοστών συμμετοχής ασφαλισμένων για φάρμακα που βρίσκονται στη θετική λίστα, σε διάφορες χώρες

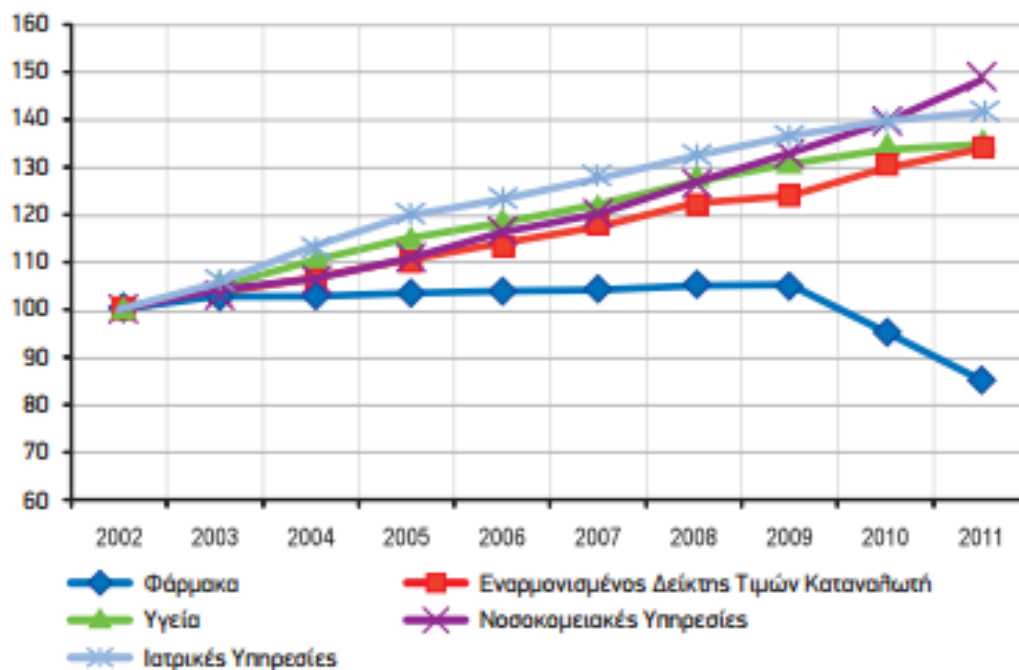


Πηγή: ΕΦΡΙΑ, 2012

#### Δείκτες τιμών φαρμάκων

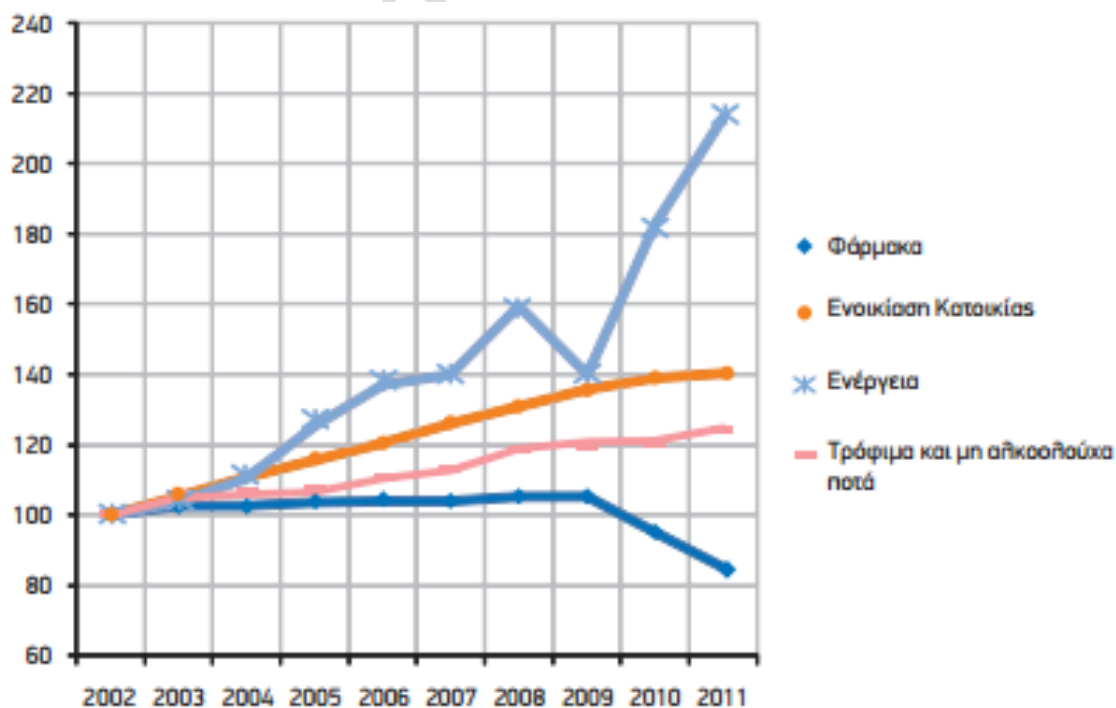
Οι τιμές των φαρμάκων στην Ελλάδα ακολούθησαν συγκρατημένη, οριακά ανοδική, πορεία μέχρι το 2009, με ρυθμό σημαντικά χαμηλότερο από τον πληθωρισμό, όπως εκφράζεται από τις μεταβολές του εναρμονισμένου δείκτη τιμών καταναλωτή. Οι παρεμβάσεις στις τιμές των φαρμάκων από το 2009 και μετά, αντανακλώνται στη μείωση του δείκτη τιμών φαρμάκων κατά 19,1% τη διετία 2010/2011.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.10: Δείκτης Τιμών Φαρμάκων vs ΔΤΚ και Δεικτών Τιμών Τομέα Υγείας



Πηγή: Eurostat, 2012

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.11: Δείκτης Τιμών Φαρμάκων vs Δείκτες Τιμών Βασικών Αγαθών



Πηγή: Eurostat, 2012

#### 4.6 Αποζημίωση φαρμάκων

Το 1998 εισάγεται στο ελληνικό σύστημα υγείας (θετική) λίστα συνταγογραφούμενων φαρμάκων που περιείχε τα φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα που αποζημιώνονταν από τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης (ταμεία) σύμφωνα με το (παρ.20 Ν.2458/1997). Οι σημαντικές καθυστερήσεις στην πρόσβαση σε νέες φαρμακευτικές θεραπείες σε αντίθεση με τις Ευρωπαϊκές οδηγίες (89/105/EEC) και τα αμφίβολα αποτελέσματα της εισαγωγής της θετικής λίστας, οδήγησαν στην κατάργησή της το 2006. Σύμφωνα με τον Ν.3457/2006, η αποζημίωση όλων των συνταγογραφούμενων φαρμάκων γίνεται αυτόματα σε ποσοστό 75%, 90% ή 100% ανάλογα με την ένδειξή τους.

Με πρόσφατες Υπουργικές Αποφάσεις (ΦΕΚ 497B'/2012 & 2883B'/2012) αυξήθηκαν τα ποσοστά συμμετοχής στις χρόνιες ασθένειες. Οι σημαντικότερες αλλαγές είναι οι ακόλουθες:

- Αύξηση συμμετοχής σε 25% από 10%: ρευματοειδής αρθρίτιδα, ψωρίαση, ΣΕΛ, αγγειίτιδα, σπονδυλοαρθρίτιδα, σκληρόδερμα, ΧΑΠ, αδενώματα υπόφυσης, οστεοπόρωση και νόσος Paget, νόσος του Crohn, κίρρωση του ήπατος.
- Αύξηση συμμετοχής σε 10% από 0%: alzheimer, άνοια, επιληψία, αγγειοπάθεια Burger.

Επίσης, οι αιμοκαθαιρούμενοι ασθενείς θα παίρνουν με μηδενική συμμετοχή μόνο τα φάρμακα που σχετίζονται με την πάθησή τους.

Το 2010 επανεισάγεται νέος θετικός κατάλογος συνταγογραφούμενων φαρμάκων (άρθρο12,Ν.3816/2010) και με τον τρόπο αυτό γίνονται πλέον διακριτές οι διαδικασίες τιμολόγησης και αποζημίωσης. Ο θετικός κατάλογος δημοσιεύεται με το ΦΕΚ 2141/B/26.9.2011, και κατηγοριοποιεί τα σκευάσματα σύμφωνα με το σύστημα Ανατομικής Θεραπευτικής Χημικής Κατηγοριοποίησης (ATC) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Επίσης, εισάγεται σύστημα τιμών αναφοράς (T.A.) ανά θεραπευτική κατηγορία φαρμακευτικών προϊόντων.

Με την ΥΑ Αριθμ. ΔΥΓ3(α)/οικ.104744, ΦΕΚ Β' 2912 / 30-10-2012, καθορίστηκε η κατηγοριοποίηση των φαρμάκων στη θετική λίστα σε επίπεδο ATC4. Για τις περιπτώσεις που στην ίδια φαρμακοθεραπευτική κατηγορία του ATC4 περιλαμβάνονται φάρμακα που έχουν πάρει άδεια κυκλοφορίας για >1 ενδείξεις, μπορεί να λάβει χώρα υποταξινόμηση των δραστικών ουσιών στο ίδιο επίπεδο του ATC, ενώ νέες κατηγορίες μπορούν να

αναπτύσσονται στις περιπτώσεις που μια δραστική ουσία της κατηγορίας ATC4 δεν είναι θεραπευτικά ανταλλάξιμη (interchangeable) και αυτόματα υποκαθιστάμενη στη βασική ένδειξη με τις λοιπές της κατηγορίας της.

Η Τιμή Αναφοράς (ΤΑ) κάθε θεραπευτικής κατηγορίας ορίστηκε ως το χαμηλότερο ΚΗΘ ανάμεσα στο σύνολο όλων των φαρμάκων αναφοράς (υπό ή χωρίς καθεστώς προστασίας) και το μέσο όρο όλων των γενοσήμων φαρμάκων της κατηγορίας, δηλαδή:  $TA = \text{Ελάχιστο ΚΗΘ από (ΚΗΘ } 1...i, \text{ Φαρμάκων υπό Προστασία, ΚΗΘ } 1...n \text{ Φαρμάκων χωρίς Προστασία, Μέσο Όρο ΚΗΘ } 1...m \text{ Γενοσήμων Φαρμάκων)}$ . Με την ίδια ΥΑ καθορίστηκε ότι συγκεκριμένα φάρμακα είναι δυνατό να καταταγούν σε επίπεδο ATC5, εφόσον μετά την 01.01.2010 είτε έχουν εγκριθεί με επιταχυνόμενη διαδικασία από τον FDA ή την EMA, είτε έχουν καταταγεί σε κατηγορία ATC5 στον αντίστοιχο θετικό κατάλογο της Γερμανίας, είτε στην κατηγορία ASMR 1 ή 2 στην Γαλλία, επειδή έχει αξιολογηθεί και αναγνωριστεί το επιπρόσθετο θεραπευτικό όφελός τους από τους οργανισμούς αξιολόγησης.

Υποκατηγορία της θετικής λίστας αποτελούν τα φάρμακα σοβαρών ασθενειών, όπως αυτά αρχικά περιγράφηκαν στο άρθρο 12, παρ.2 του Ν.3816/2010. Τα φάρμακα της κατηγορίας αυτής αποζημιώνονται πλήρως από τους ΦΚΑ και διατίθενται από τα φαρμακεία νοσοκομείων, ΕΟΠΥΥ και ιδιωτικά φαρμακεία σύμφωνα με σχετικούς περιορισμούς. Οι φαρμακευτικές εταιρείες υποχρεούνται να τα πωλούν μόνο σε νοσοκομειακή τιμή και μειωμένα περιθώρια κέρδους ισχύουν για όλη την εφοδιαστική αλυσίδα (φαρμακαποθήκες, ιδιωτικά φαρμακεία).

Επίσης, είναι σε ισχύ κατάλογος μη αποζημιούμενων συνταγογραφούμενων φαρμάκων (αρνητική λίστα - ΦΕΚ 559/Β/8.4.2011), καθώς και κατάλογος μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων (ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ-ΟΤC) για την χορήγηση των οποίων δεν απαιτείται ιατρική συνταγή.

Με τον Ν. 4052/2012, αρθρ. 21 παρ. 5β, εισήχθη και η συνταγογράφηση με δραστική ουσία, βάσει της οποίας τα φάρμακα κατηγοριοποιούνται σε επίπεδο ATC5 και αποζημιώνονται με ασφαλιστική τιμή, που αντιστοιχεί στην τιμή του φθηνότερου γενοσήμου με την ίδια δραστική ουσία. Την όποια διαφορά από την ασφαλιστική τιμή καλείται να καταβάλλει ο ασθενής, πλέον της τυχόν κύριας συμμετοχής. Από τα μέσα Απριλίου το μέτρο ισχύει καθολικά στα νοσοκομεία του ΕΣΥ και πιλοτικά για τους ιατρούς των ΦΚΑ και για τις 10 πρώτες σε κατανάλωση δραστικές ουσίες, ενώ από τον

Ιούνιο 2012 το μέτρο έπρεπε να ισχύσει καθολικά για όλες τις δραστικές ουσίες, βάσει της Υπουργικής Απόφασης ΔΥΓ39α/οικ.ΓΥ/149 (ΦΕΚ 545/Β/2012).

Η καθολική εφαρμογή του μέτρου ξεκίνησε τελικά από 1η Οκτωβρίου 2012, μετά από σχετική εγκύκλιο του ΕΟΠΥΥ (Αρ.Πρωτ. 40890/ 28.9.2012), σύμφωνα με την οποία ο ιατρός είχε τη δυνατότητα μέσω της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, επιλέγοντας δραστική ουσία να συνταγογραφεί συγκεκριμένο εμπορικό σκέυασμα.

Με την Υπουργική Απόφαση ΕΜΠ4, ΦΕΚ Β'3057 / 18-11-2012, τέθηκε ο μηχανισμός καθολικής εφαρμογής του συστήματος συνταγογράφησης με δραστική ουσία, χωρίς τη δυνατότητα επιλογής συγκεκριμένου εμπορικού σκευάσματος. Προσδιορίστηκαν όμως εξαιρέσεις από το μέτρο, οι οποίες είναι οι κάτωθι:

- Φάρμακα για μεταμοσχευμένους και ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς
- Φάρμακα στενού θεραπευτικού εύρους
- Παράγωγα αίματος
- Ινσουλίνες
- Εμβόλια
- Βιολογικά / Βιο-ομοειδή
- Αντιεπιληπτικά
- Φάρμακα κατά της ψύχωσης και της σχιζοφρένειας
- Αντιασθματικά
- Φάρμακα για χρόνια εκφυλιστικά και αυτοάνοσα νοσήματα
- Φάρμακα των οποίων η χορήγηση γίνεται με συσκευές που απαιτούν εκπαίδευση των ασθενών
- Φάρμακα που προκαλούν αλλεργίες και αντιδράσεις

Η εμπορική ονομασία παράλληλα με την δραστική δύναται να αναφέρεται στις περιπτώσεις ασθενών που πάσχουν από χρόνιες νόσους και οι οποίοι είναι επαρκώς και αποτελεσματικώς ρυθμισμένοι.

Θέση του ΣΦΕΕ είναι ότι πρέπει να μην περιλαμβάνονται οι παραπάνω περιπτώσεις στο 15% των εξαιρέσεων, σε αξίες, από τη συνταγογράφηση με δραστική ουσία, όπως αναφέρεται στην παρ.6 της εν λόγω ΥΑ, έτσι ώστε να διαφυλαχθεί η ποιότητα και αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής κάλυψης του πληθυσμού.

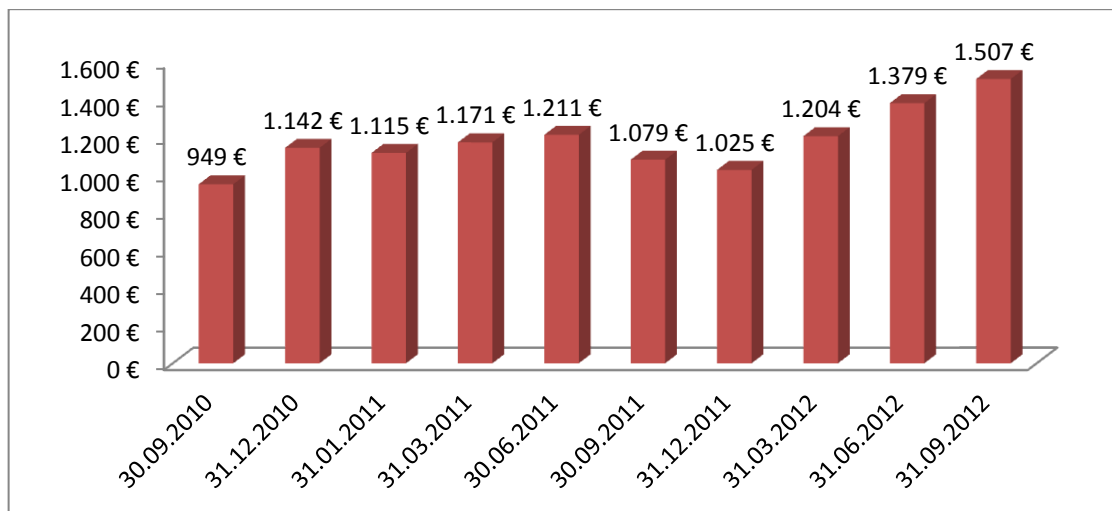
Επίσης, μένει να διευκρινιστεί άμεσα πως θα εφαρμοστούν η αποζημίωση βάσει θετικής αποζημιούμενης λίστας και παράλληλα η αποζημίωση με ασφαλιστική τιμή βάσει συνταγογράφησης με δραστική ουσία.

#### **4.7 Τα χρέη των νοσοκομείων προς τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις**

Από την ανάλυση των στοιχείων συνολικών εισπράξεων, πωλήσεων και χρεών για τιμολόγια που εκδόθηκαν από 01.01.2010 έως 30.09.2012 από τις εταιρίες-μέλη του ΣΦΕΕ προκύπτει ότι:

- Το συνολικό ύψος των πωλήσεων των φαρμακευτικών επιχειρήσεων μελών του ΣΦΕΕ προς το Δημόσιο την περίοδο από 01.01.2010 έως 30.09.2012 ανήλθε στα €3.265,2 εκατ.
- Την 30.09.2012, το συνολικό ύψος των εισπράξεων των φαρμακευτικών επιχειρήσεων μελών του ΣΦΕΕ από το Δημόσιο για τιμολόγια που εκδόθηκαν από 01.01.2010 έως 30.09.2012 ανήλθε στα €1.821,1 εκατ. Με άλλα λόγια, την 30.09.2012 έχει αποπληρωθεί το 55,7% των συνολικών οφειλών των δημοσίου προς τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις-μέλη του ΣΦΕΕ.
- Την 30.09.2012, το συνολικό ύψος των χρεών προς τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις μέλη του ΣΦΕΕ για τιμολόγια που εκδόθηκαν από 01.01.2010 έως 30.09.2012 ανέρχεται στα €1.506,5 εκατ. Σημειώνεται ότι στα συνολικά χρέη έχουν προστεθεί και τα χρέη πριν από το 2010 που αφορούν €9,6 εκατ. για τον ΕΟΠΥΥ (ΙΚΑ), €50,9 εκατ. για τα Στρατιωτικά Νοσοκομεία και €1,9 εκατ. για το ΙΦΕΤ.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.12: Εξέλιξη Νοσοκομειακών Χρεών του Δημοσίου σε Φαρμακευτικές εταιρείες 3ο τρίμηνο 2010- 3ο τρίμηνο 2012



Πηγή: ΣΦΕΕ 2012

Τα βασικότερα ζητήματα που αντιμετωπίζει ο κλάδος σήμερα είναι τα ακόλουθα:

1. Διασφάλιση άμεσης πρόσβασης όλων των ασθενών στα φάρμακα, τις θεραπείες και την περίθαλψη που τους αξίζει. Με τον τρόπο αυτό οι ασθενείς θα έχουν απρόσκοπτη πρόσβαση στα απαραίτητα φάρμακα και δη στις νέες και καινοτόμες θεραπείες. Σε αντίθετη περίπτωση οι επιπτώσεις θα είναι δραματικές, τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο, διότι θα τεθεί σε κίνδυνο η κοινωνική συνοχή και αλληλεγγύη. Επιπλέον, θα έχει άμεσο αντίκτυπο και στην οικονομία, καθώς θα μειωθούν σημαντικά οι επενδύσεις που αφορούν στην έρευνα και την καινοτομία και θα διακινδυνεύσουν οι δεκάδες χιλιάδες θέσεις εργασίας των εργαζομένων στον κλάδο του φαρμάκου. Η περιορισμένη εισαγωγή νέων φαρμάκων στην αγορά δεν συνάδει και σε καμία περίπτωση δεν διασφαλίζει την επίτευξη του ανωτέρω στόχου.
2. Συσσώρευση χρεών δημοσίων νοσοκομείων και ΕΟΠΥΥ. Τα χρέη των νοσοκομείων ΕΣΥ, των στρατιωτικών νοσοκομείων και του ΕΟΠΥΥ μέχρι το τέλος Σεπτεμβρίου 2012 ανήλθαν στο δυσβάσταχτο ύψος των 1,5 δισ. ευρώ.
3. Αποζημίωση αξίας ομολόγων φαρμακευτικών επιχειρήσεων. Οι φαρμακευτικές εταιρείες ανέμεναν να εισπράξουν το 100% της αξίας των προ-PSI ομολόγων που κατείχαν (τα οποία είχαν λάβει από το Κράτος για την εξόφληση των οφειλών των νοσοκομείων για τα έτη 2007, 2008 και 2009) στη λήξη τους στα έτη 2012 και 2013.



Μετά το PSI, το 53,5% της ονομαστικής αξίας των ομολόγων διεγράφη, το δε 31,5% λήγει εντός των επομένων 30 ετών.

4. Εξορθολογισμός δημόσιου φαρμακευτικού προϋπολογισμού. Η πολιτεία συνηθίζει να καταφεύγει σε οριζόντια μέτρα (π.χ. μειώσεις τιμών, rebates κ.λπ.) εις βάρος των φαρμακευτικών επιχειρήσεων χωρίς να δίνει έμφαση στην εφαρμογή των απαραίτητων διαρθρωτικών αλλαγών, για την επίτευξη των στόχων του Μνημονίου και τη μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης. Ο ΣΦΕΕ είναι αρωγός της πολιτείας στην προσπάθεια εξορθολογισμού του δημόσιου φαρμακευτικού προϋπολογισμού, ωστόσο πιστεύει ότι τα αποσπασματικά μέτρα εισπρακτικού χαρακτήρα που έχουν ληφθεί έως τώρα σε καμία περίπτωση δεν είναι ικανά για να επιτύχουν τον στόχο αυτό.

5. Ανάγκη για απλοποίηση και ενιαίο καθεστώς για τις κλινικές μελέτες οι οποίες θα πρέπει να αντιμετωπιστούν ως τομέας στρατηγικής ανάπτυξης της οικονομίας, καθώς επίσης και παροχή κινήτρων για την προσέλκυση επενδύσεων στην παραγωγή φαρμάκων.

#### 4.8 Ελλείψεις φαρμάκων

Εξαιτίας του τρόπου υπολογισμού των τιμών, η Ελλάδα διαθέτει φάρμακα, πρωτότυπα εντός ή εκτός πατέντας, τα οποία έχουν πολύ χαμηλότερες τιμές, σε σχέση με άλλες, κυρίως βόρειες ευρωπαϊκές χώρες. Τα φάρμακα αυτά μπορούν να διακινηθούν, στο πλαίσιο των κανόνων και των νόμων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, από οποιαδήποτε χώρα-μέλος προς οποιαδήποτε άλλη, υπό ορισμένες βασικές προϋποθέσεις. Η ύπαρξη σημαντικού οικονομικού ενδιαφέροντος και της σχετικής νομοθεσίας, αυξάνει το κίνητρο για επανεξαγωγές στις οποίες οφείλονται, κατά κύριο λόγο, οι ελλείψεις. Οι φαρμακευτικές εταιρείες, από την πλευρά τους, είναι υποχρεωμένες να διαθέτουν ποσότητες φαρμάκων που καλύπτουν τις ανάγκες της εσωτερικής αγοράς, συν ένα απόθεμα ασφαλείας. Είναι προφανές, επομένως, ότι αν τα όρια αυτά ξεπεραστούν, οι ελλείψεις είναι αναπόφευκτες. Εξάλλου, ελλείψεις είναι δυνατόν να παρατηρηθούν σε περιπτώσεις που εκ παραδρομής έχει τιμολογηθεί φάρμακο σε πολύ χαμηλή τιμή, η οποία όχι μόνο καθιστά τη διακίνησή του ζημιογόνα για την εταιρεία στην ελληνική αγορά (αυτό είναι το μικρότερο κακό), αλλά δημιουργεί σοβαρά ζητήματα σε διεθνές επίπεδο. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι όπως η Ελλάδα ορίζει τις τιμές των φαρμάκων με βάση το μέσο όρο των τριών πιο χαμηλών τιμών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, έτσι υπάρχουν

χώρες, 19 συνολικά σήμερα, που έχουν την Ελλάδα ως χώρα αναφοράς. Επομένως, μια λανθασμένα πολύ χαμηλή τιμή στην Ελλάδα, μπορεί να έχει αλυσιδωτές επιπτώσεις και σε πολλές άλλες χώρες (ΣΦΕΕ-ΠΕΦ, 2013).

Επιπρόσθετα, το φάρμακο ως υλικό αγαθό εμπεριέχει το κόστος της προμήθειάς του. Αυτό σημαίνει ότι η ροή χρηματοδότησης του μέσα στην αλυσίδα διανομής απαιτεί καθορισμένες ημερομηνίες συναλλαγών όπως κάθε άλλο εμπόρευμα. Όταν οι πόροι από το ασφαλιστικό σύστημα δεν επαρκούν ή δεν καταβάλλονται εμπρόθεσμα η αγορά αντιδρά όπως συμβαίνει σε όλα τα είδη εμπορευμάτων. Η διανομή του σταματά ξεκινώντας από τις εταιρίες παραγωγής ή εισαγωγής του που περιορίζουν ή και μηδενίζουν τις πιστώσεις, το τραπεζικό σύστημα που λόγω του περιορισμού της ρευστότητας αδυνατεί να χρηματοδοτήσει ροές μέσα στη διανομή, τις αποθήκες που με τις περικοπές του δανεισμού γυρίζουν τις πληρωμές των φαρμακείων στο μετρητοίς και τέλος τα φαρμακεία που είναι προφανώς αδύνατο να εκτελέσουν τη φαρμακευτική περίθαλψη πληρώνοντας στο μετρητοίς χωρίς να πληρώνονται στην ώρα τους. Η σκέψη πως οι φαρμακοποιοί θα μπορούσαν να καλύψουν αυτό το κενό ρευστότητας είναι στην πράξη ανεδαφική. Το φάρμακο ως εμπόρευμα απαιτεί πληρωμές που ξεπερνούν κατά πολύ τη δυνατότητα οποιασδήποτε μικρομεσαίας επιχείρησης<sup>65</sup>.

Οι φαρμακευτικοί σύλλογοι της χώρας έχουν καταγγείλει επανειλημμένως σοβαρές ελλείψεις σε φάρμακα, από παυσίπονα, αντιισταμινικά, καρδιοτονωτικά έως αντιυπερτασικά, ινσουλίνες, αντικαταθλιπτικά και αντικαρκινικά, γεγονός που απασχολεί έντονα τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων, με αποτέλεσμα να διερευνήσει το συγκεκριμένο ζήτημα. Σύμφωνα με τις συμπεράσματα των ειδικών η οικονομική κρίση είναι το νούμερο «ένα» πρόβλημα καθώς δυσχεραίνει τις οικονομικές συναλλαγές.

Ειδικότερα και σύμφωνα με ανακοίνωση του ΕΟΦ, μετά τους ελέγχους που έχει διεξάγει έχει διαπιστώσει τα εξής<sup>66</sup>:

- Για ορισμένα από τα φάρμακα που βρίσκονται σε έλλειψη έχει διακοπεί η κυκλοφορία τους, ενώ για κάποια άλλα απαιτούνται τροποποιήσεις αδείας κυκλοφορίας.

<sup>65</sup> Λουράντος Κώστας. Φαρμακοποιός. Πρόεδρος του φαρμακευτικού συλλόγου Αττικής

<sup>66</sup> Διαθέσιμο: [http://ygeia.tanea.gr/default.asp?pid=8\\*ct=4&articleID=13496&1a=a](http://ygeia.tanea.gr/default.asp?pid=8*ct=4&articleID=13496&1a=a)

- Για τα υπόλοιπα προϊόντα, οι αρμόδιες εταιρείες που τα προμηθεύουν διαβεβαίωσαν ότι αποκαθιστούν ή θα αποκαταστήσουν άμεσα την υπάρχουσα έλλειψή τους. Σε αντίθετη περίπτωση ο ΕΟΦ θα προβεί σε κυρώσεις και χρηματικές ποινές, όπως έπραξε και στο παρελθόν.
- Θα πρέπει όμως να σημειωθεί ότι ο βασικός λόγος των ελλείψεων στην παρούσα φάση οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι η οικονομική κρίση δυσχεραίνει τις οικονομικές συναλλαγές μεταξύ εταιρειών – φαρμακαποθηκών – φαρμακείων με αποτέλεσμα να παρουσιάζονται καθυστερήσεις στην έγκαιρη διακίνηση της αναγκαίας ποσότητας ορισμένων φαρμάκων.
- Σε κάθε περίπτωση, εκτός από τα μέτρα που θα λάβει ο ΕΟΦ, οι πολίτες θα πρέπει να γνωρίζουν ότι για τα περισσότερα φάρμακα, που παρουσιάζονται ελλείψεις, υπάρχουν υποκατάστατα τα οποία μπορούν να προμηθευτούν σε συνεννόηση με τον γιατρό τους.

#### 4.9 Rebate και clawback

Με τον όρο rebate εννοούμε τις εκπτώσεις τις οποίες υποχρεωτικά παρέχουν οι φαρμακευτικές εταιρείες και τα φαρμακεία προς τον ΕΟΠΥΥ, ανάλογα με το ύψος των πωλήσεων τους. Το clawback είναι ένας μηχανισμός αυτόματων επιστροφών χρημάτων από τις φαρμακευτικές εταιρείες προς τον ΕΟΠΥΥ, ο οποίος ενεργοποιείται, ως δικλείδα ασφαλείας του συστήματος, αν τα όρια που έχουν τεθεί ως προς τη φαρμακευτική δαπάνη του ξεπεραστούν. Ωστόσο, μόνο οι φαρμακευτικές εταιρείες καλούνται να καταβάλουν το σύνολο του ποσού της υπέρβασης, αφού αυτό δεν καταμερίζεται αναλογικά σε όλη την εφοδιαστική αλυσίδα του συστήματος. Η ενεργοποίηση του clawback, παρά τις συνεχείς μειώσεις τιμών, αποδεικνύει την έλλειψη στρατηγικού σχεδιασμού και τις αποσπασματικές προσεγγίσεις της πολιτικής ηγεσίας. Επιπρόσθετα, οι φαρμακευτικές εταιρείες απειλούνται από παντελή έλλειψη ρευστότητας, αφού για το 2012 έχουν ήδη καταβάλλει περί τα 300 εκατ. € ως επιστροφή στον ΕΟΠΥΥ, ενώ το κράτος αδυνατεί να πληρώσει στις εταιρείες τα χρέη του ΕΟΠΥΥ και των δημοσίων νοσοκομείων που αναλογούν σε 2 δις € τα τελευταία δυο χρόνια. Η δε «ανοχή» των εταιρειών δεν αποδεικνύεται μόνο από την σημαντική αύξηση των χρεών απέναντί τους αλλά και από το γεγονός ότι σημαντικό τμήμα τζίρου δυο χρήσεων που έφτανε το 1 δις. ευρώ εξαυλώθηκε από το PSI (ΣΦΕΕ-ΠΕΦ, 2013).

#### 4.10 Νέα φάρμακα

Έχουν περάσει περισσότερα από δύο χρόνια, χωρίς να κυκλοφορήσουν στην Ελλάδα νέα φάρμακα, πρωτότυπα ή γενόσημα, παρά το γεγονός ότι η ευρωπαϊκή και ελληνική νομοθεσία προβλέπουν λεπτομερώς τις διαδικασίες, αλλά και τα χρονικά περιθώρια μέσα στα οποία αυτές οφείλουν να ολοκληρώνονται. Αυτό έχει ως κύριο αποτέλεσμα την εμφάνιση ενός θεραπευτικού κενού, ενός θεραπευτικού ελλείμματος που υποβαθμίζει το επίπεδο φαρμακευτικής περίθαλψης των πολιτών. Επιπλέον, λειτουργεί ως επενδυτικό αντικίνητρο, καθώς ο επιχειρηματικός προγραμματισμός καθίσταται ανέφικτος. Η καθυστέρηση στην κυκλοφορία νέων φαρμάκων, συνιστά συμβατική παράβαση της ελληνικής πολιτείας, η οποία υποχρεώνεται να διεκπεραιώνει όλες αυτές τις διαδικασίες σε συγκεκριμένο χρόνο (ΣΦΕΕ- ΠΕΦ, 2013).

#### 4.11 Έρευνα<sup>67</sup>

Στη συνέχεια ακολουθούν στοιχεία από την έρευνα με θέμα «*Η φαρμακευτική συμπεριφορά Ελλήνων ασθενών εν μέσω οικονομικής κρίσης*» στην οποία συμμετείχαν 195 ενήλικοι χρήστες του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) που προσήλθαν στα Περιφερικά Ιατρεία Ελαιώνα και Σαγείκων, αγροτικές περιοχές του Νομού Αχαΐας, τη περίοδο Οκτώβριος 2011 – Ιανουάριος 2012. Η επιλογή του δείγματος ήταν τυχαία και αφορούσε άτομα που προσήλθαν είτε για εξέταση, είτε για συνταγογράφηση.

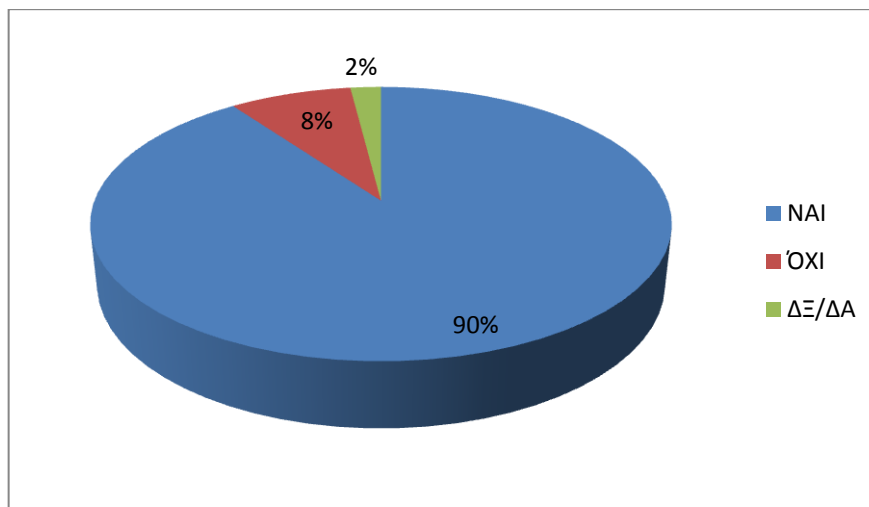
Από την έρευνα προκύπτουν τα ακόλουθα αποτελέσματα:

- Η πλειονηφία των ερωτηθέντων (89,7%) απάντησε ότι με τη σημερινή οικονομική κατάσταση δυσκολεύεται να αγοράσει τα φάρμακά τους.

---

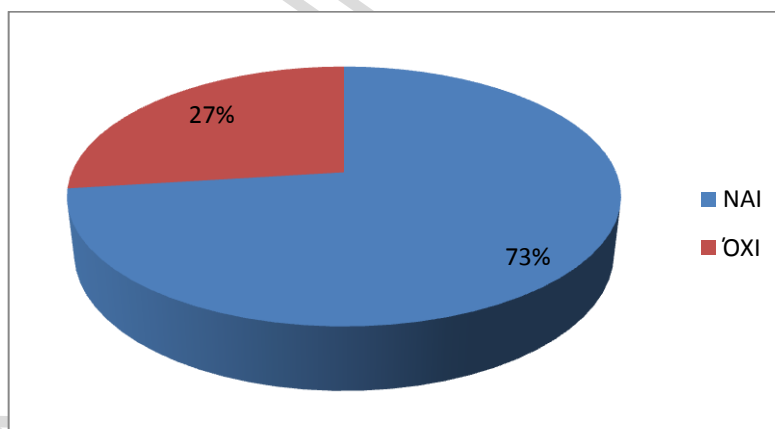
<sup>67</sup> Τα δεδομένα της ενότητας αυτής προέρχονται από τη μελέτη, η οποία εκπονήθηκε από τους Μαντζουράνη κ.ά., που πραγματοποιήθηκε από το Γραφείο Συντονισμού Εκπαίδευσης Ειδικευομένων Γενικής – Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών, με θέμα «*Η φαρμακευτική συμπεριφορά Ελλήνων ασθενών εν μέσω οικονομικής κρίσης*» στα ΠΙ Εηνοχωρίου, ΠΓΝ Πατρών, ΠΙ Καλάνου, ΠΙ Ελαιώνα, ΠΙ Σαγείκων και ΚΥ Σιμόπουλου. Διαθέσιμη στο: <http://www.ygeianet.gr/box/fck/file/farmako%20asthenis.pdf>

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.13: Δυσκολία αγοράς φαρμάκων σύμφωνα με τη γνώμη των ερωτηθέντων (%)



- Το 70,3% των συμμετεχόντων αναφέρει ότι το μηνιαίο του εισόδημα είναι ανεπαρκές για την αγορά όλων των φαρμάκων.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.14 : Επάρκεια εισοδήματος για την αγορά φαρμάκων (%)

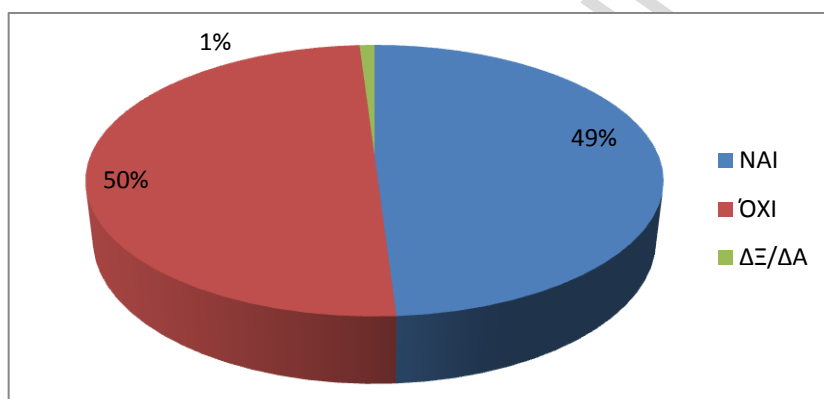


- Το (90,6%) ασθενών απάντησε ότι σε σχέση με το προηγούμενο έτος έχει μειωθεί η δυνατότητά τους ως προς την αγορά των φαρμάκων τους και η δυσκολία αυτή (93,8%) αποδίδεται στην οικονομική κρίση.
- Σημαντικό ποσοστό των ασθενών (90,3%) αναφέρει ότι τους τελευταίους μήνες κάνει περικοπές από άλλες βασικές του ανάγκες όπως τρόφιμα, ρουχισμό, θέρμανση, με σκοπό να κατορθώσει να αγοράσει τη φαρμακευτική του αγωγή.

#### Κεφάλαιο 4: Τα δεδομένα στη φαρμακευτική βιομηχανία

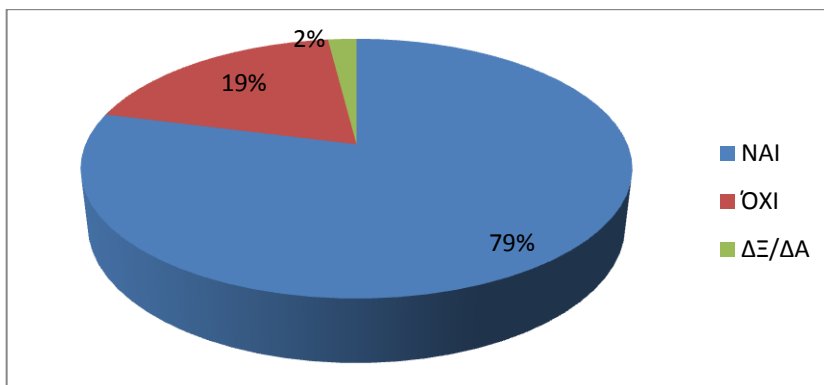
- Ωστόσο, το 55,4% των ασθενών ανέφεραν ότι δεν έλαβαν ή παρέλειψαν κάποια δόση από τη φαρμακευτική τους αγωγή.
- Το 59,5% δεν πραγματοποιήσει τις παρακλινικές εξετάσεις που τις είχε συστήσει ο ιατρός τους, λόγω της οικονομικής του δυσχέρειας.
- Σχεδόν το 50% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι κατά τους προηγούμενους μήνες ανέφεραν στον ιατρό τους ότι δυσκολεύονται να ανταπεξέλθουν στην αγορά των φαρμακευτικών τους σκευασμάτων.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.15: Αναφορά στο γιατρό της δυσκολίας αγοράς φαρμακευτικής αγωγής(%)



- Το 59,5% των ασθενών αναφέρουν πως νιώθουν άβολα να συζητήσουν το θέμα του κόστους των φαρμάκων τους με τον ιατρό τους.
- Ωστόσο το 46,7% του δείγματος απάντησε ότι ο ιατρός τους πότε δεν τους έχει ρωτήσει σχετικά με την οικονομική δυνατότητά τους να αγοράσουν την φαρμακευτική τους αγωγή, αν και το 65,1% των ατόμων αυτών δήλωσαν ότι είχαν το χρόνο τους να το συζητήσουν με τον ιατρό.
- Τέλος, σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι η αδυναμία λήψης της φαρμακευτικής αγωγής των ασθενών λόγω της οικονομικής τους δυσχέρειας έχει επηρεάσει την ψυχολογική κατάσταση ενός μεγάλου ποσοστού των ερωτηθέντων (80%), δημιουργώντας σε αυτούς συναισθήματα κατάθλιψης, διαταραχές άγχους και ύπνου. Στη μελέτη των Becky A. Et al τονίζεται πως η επιβάρυνση της ψυχικής υγείας των ασθενών, αποτελεί ένα δυσμενή προγνωστικό δείκτη. (Briesacher et al., 2007: p. 864-871)

*ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.16: Αρνητικός επηρεασμός ψυχολογικής κατάστασης ερωτηθέντων λόγω οικονομικής αδυναμίας αγοράς και λήψης φαρμακευτικής αγωγής (%)*



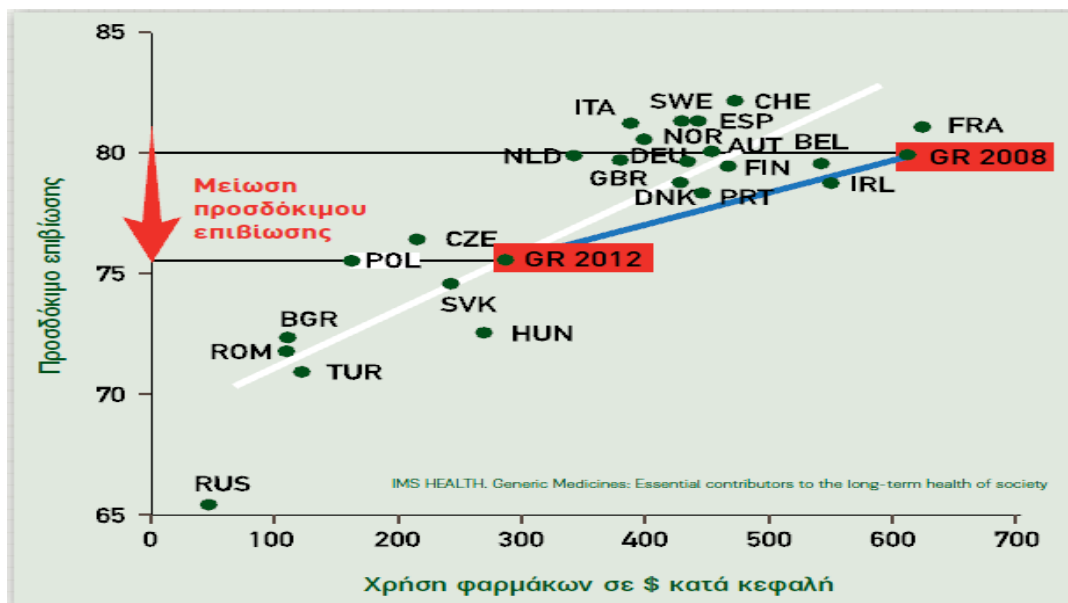
#### 4.12 Συσχέτιση μεταξύ χρήσης φαρμάκων και προσδόκιμου επιβίωσης

Τα τελευταία χρόνια, σε παγκόσμιο επίπεδο, η συμμόρφωση των ασθενών απέναντι στη φαρμακευτική τους αγωγή έχει διαφοροποιηθεί εξαιτίας των νέων δυσχερών οικονομικών συνθηκών. Παρατηρείται εντονότερα το φαινόμενο της αυθαίρετης επιλογής για λήψη φαρμάκων σε μικρότερη από τη συνιστώμενη δοσολογία, με σκοπό την αποφυγή της άμεσης ανανέωσης της ιατρικής συνταγής, ενώ ένα μεγάλο μέρος των ασθενών δεν εκτελεί καθόλου τις ιατρικές συνταγές λόγω του δυσβάσταχτου κόστους τους (Soumerai et al., 2006) & (Safran et al., 2002) & (Piette et al., 2004). Επιπλέον μερικοί ασθενείς αναφέρουν περικοπές στις βασικές ανάγκες τους, ώστε να πληρώσουν τα συνταγογραφούμενα φάρμακά τους (Madden et al., 2008). Η μη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή λόγω κόστους και οι αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των ασθενών, έχουν τεκμηριωθεί από πολλές μελέτες και συμπεριλαμβάνουν την επανανοσηλεία τους καθώς και την εμφάνιση νέων επιπλοκών της νόσου (Soumerai et al., 1991) & (Tamblyn et al., 2001) & (Goldman et al., 2007) & (Federman et al., 2001) & (Heisler et al., 2004).

Ειδικά οι ασθενείς με χρόνιες ασθένειες χαρακτηρίζονται από συχνότερη έλλειψη φαρμακευτικής συμμόρφωσης λόγω οικονομικής δυσπραγίας (cost-related non-adherence, CRN) (Briesacher et al., 2007).<sup>68</sup>

<sup>68</sup> Διαθέσιμο: <http://www.ygeianet.gr/box/fck/file/farmako%20asthenis.pdf>

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.17 Συσχέτιση μεταξύ χρήσης φαρμάκων και προσδόκιμο επιβίωσης (2005-2010)



Πηγή: ΣΦΕΕ-ΠΕΦ, 2013<sup>69</sup>

Στο Διάγραμμα 4.17 παρουσιάζεται η συσχέτιση μεταξύ της κατά κεφαλήν κατανάλωσης φαρμάκων και του προσδόκιμου επιβίωσης.

Το 2009 υπήρξε μια χρονιά οριακή όχι μόνο γενικά για τη χώρα, τις επιχειρήσεις, τους εργαζόμενους ή τους συνταξιούχους, αλλά και για την Υγεία και τη φαρμακευτική περίθαλψη ειδικότερα. Από τότε βρισκόμαστε σε μια διαρκώς φθίνουσα τροχιά που οδηγεί σε απαξίωση της Υγείας. Επιπλέον, απειλείται με κατάρρευση ένας κλάδος της οικονομίας (φαρμακευτικές επιχειρήσεις, φαρμακαποθήκες, φαρμακεία) ο οποίος θα μπορούσε να αποτελεί ισχυρό μοχλό ανάπτυξης της χώρας.

Στην Ελλάδα, η κατά 50% μείωση της κατανάλωσης φαρμάκων την τελευταία τετραετία, είναι ενδεχόμενο να μειώσει μεσοπρόθεσμα το προσδόκιμο επιβίωσης κατά 3-4 χρόνια.

Η χώρα πάντως, έχει ήδη εγκαταλείψει την ομάδα των προηγμένων ευρωπαϊκών κρατών και εντάσσεται πλέον στην κατηγορία φαρμακευτικής δαπάνης των τέως ανατολικών χωρών.

<sup>69</sup> Διαθέσιμη: [www.pitsilidis.gr](http://www.pitsilidis.gr)



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

#### 5.1 Γενικά

Στα προηγούμενα κεφάλαια περιγράφηκαν οι επιδράσεις στην υγεία του πληθυσμού εξαιτίας της χρηματοπιστωτικής κρίσης. Ωστόσο, η κρίση δεν επιδρά αρνητικά μόνο στην υγεία των ανθρώπων, αλλά δημιουργεί πιέσεις και στη λειτουργία των συστημάτων υγείας. Ειδικότερα, σε περιόδους οικονομικής ύφεσης δύο τομείς διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας και κατ' επέκταση στην υγεία του πληθυσμού. Οι τομείς αυτοί είναι τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής προστασίας με την παράλληλη ανάδειξη των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας ως παράγοντες μείζονος σημασίας.

Στις περιόδους αυτές τα δημόσια ελλείμματα και η αυξανόμενη ανεργία ασκούν ασφυκτικές πιέσεις στους προϋπολογισμούς υγείας και κυρίως στην κοινωνική ασφάλιση, στους προϋπολογισμούς των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής φροντίδας λόγω αυξημένης ζήτησης, αλλά και στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας ιδιωτικού χαρακτήρα, οι οποίες αντιμετωπίζουν προβλήματα ρευστότητας και εξυπηρέτησης των δανειακών τους αναγκών (Appleby, 2008).

Επιπρόσθετα, η αύξηση της νοσηρότητας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, αλλά και μετά εξαιτίας των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων από το άγχος, τη θλίψη και από άλλους παράγοντες, ωθεί σε μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας, οι οποίες σε πολλές περιπτώσεις, δεν δύνανται να ανταποκριθούν στη ζήτηση, με αποτέλεσμα την πλημμυρή διαχείριση των νοσημάτων και των ασθενών, ιδίως στις περιπτώσεις των χρονίως πασχόντων (Κυριακόπουλος κ.ά., 2012).

Ακόμη, έχει διαπιστωθεί ότι σε περιόδους μείωσης του εισοδήματος οι ασθενείς στρέφονται σε υπηρεσίες, οι οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη, με αποτέλεσμα να υπάρχει επιπλέον ζήτηση των υπηρεσιών υγείας, επιβαρύνοντας κυρίως τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας (WHO, 2009, b<sup>70</sup>).

---

<sup>70</sup> Διαθέσιμο: [http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009\\_financial\\_crisis\\_report\\_en\\_.pdf](http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009_financial_crisis_report_en_.pdf)

Η οικονομική ύφεση δημιουργεί, επίσης, προβλήματα στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, απειλεί τη βιωσιμότητα των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών, δεδομένου ότι η ελάττωση του διαθέσιμου εισοδήματος προκαλεί μείωση των ασφαλιστικών συμβολαίων και επιβαρύνει τη λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης, μέρος της οποίας μεταφέρεται από τον ιδιωτικό τομέα.

Στην Ελλάδα η ζήτηση και η χρήση των υπηρεσιών υγείας, σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία του 2011, στρέφεται προς τον δημόσιο και ασφαλιστικό τομέα με διόγκωση των εισαγωγών στα δημόσια νοσοκομεία κατά 24% το 2010 και κατά 6% το 2011, αλλά κάμψη της ζήτησης στα εξωτερικά ιατρεία και τα εργαστήρια κατά 9% και 11% το 2010 αντιστοίχως και με στασιμότητα όμως το 2011 κατά -1% και 1% αντίστοιχα (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011). Γεγονός το οποίο υποδηλώνει μεταξύ άλλων, και την ανάπτυξη μηχανισμού αντίστροφης «υποκατάστασης», φαινόμενο το οποίο σχετίζεται με τη διαφορετική επιβάρυνση των καταναλωτών (με ίδιες πληρωμές ή/και παραπληρωμές) στις διάφορες υπηρεσίες υγείας.

*ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1: Αριθμός εσωτερικών ασθενών στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ<sup>71</sup>*

ΔΥΠε	Αριθμός νοσηλευθέντων 2009	Αριθμός νοσηλευθέντων 2010	Αριθμός νοσηλευθέντων 2011	% μεταβολή 2009-2010	% μεταβολή 2010-2011
1η	473.750	540.888	594.456	14%	10%
2η	204.270	269.789	279.863	32%	4%
3η	181.031	248.443	271.404	37%	9%
4η	290.405	308.633	317.163	6%	3%
5η	170.461	212.615	229.983	25%	8%
6η	268.720	362.574	376.313	35%	4%
7η	96.036	145.258	149.283	51%	3%
<b>Σύνολο</b>	<b>1.684.673</b>	<b>2.088.199</b>	<b>2.218.465</b>	<b>24%</b>	<b>6%</b>

Πηγή: Γραφείο ΓΓ ΥΥΚΑ (2009/2010), esy.net (2011)

<sup>71</sup> Από τον αριθμό των νοσηλευθέντων για όλες τις χρονιές έχουν αφαιρεθεί τα περιστατικά της μονάδας βραχείας νοσηλείας των ογκολογικών νοσοκομείων

*ΠΙΝΑΚΑΣ 5.2: Αριθμός επισκέψεων κατά την ολοήμερη λειτουργία των νοσοκομείων του ΕΣΥ*

ΔΥΠε	ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΙ 2009	ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΙ 2010	ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΙ 2011	% μεταβολή 2009-2010	% μεταβολή 2010-2011
1η	3.037.906	2.548.170	2.359.636	-16%	-7%
2η	1.411.907	1.333.340	1.474.856	-6%	-11%
3η	1.836.955	1.685.076	1.604.480	-8%	-5%
4η	2.143.020	1.993.717	1.972.266	-7%	-1%
5η	1.230.493	1.177.218	1.202.73	-4%	2%
6η	2.476.526	2.374.333	2.253.013	-4%	-5%
7η	922.845	799.535	930.407	-13%	-16%
<b>Σύνολο</b>	<b>13.056.652</b>	<b>11.911.390</b>	<b>11.797.396</b>	<b>-9%</b>	<b>-1%</b>

Πηγή: Γραφείο ΓΓ ΥΥΚΑ (2009-2010), esu.net (2011)

Στον Πίνακα 5.2 παρουσιάζεται ανά ΔΥΠε, ο συνολικός αριθμός επισκέψεων στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία, στα τμήματα επειγόντων περιστατικών και στα απογευματινά ιατρεία (ολοήμερη λειτουργία) των νοσοκομείων του ΕΣΥ.

*ΠΙΝΑΚΑΣ 5.3: Αριθμός επισκέψεων στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ*

ΔΥΠε	ΤΕΙ 2009	ΤΕΙ 2010	ΤΕΙ 2011	% μεταβολή 2009-2010	% μεταβολή 2010-2011
1η	1.616.679	1.290.064	1.184.448	-20%	-8%
2η	762.121	751.642	828.642	-1%	10%
3η	1.093.107	975.934	912.145	-11%	-7%
4η	1.211.822	1.091.356	1.092.803	-10%	0%
5η	683.194	621.427	662.235	-9%	7%
6η	1.500.367	1.343.019	1.359.934	-10%	1%
7η	439.903	401.067	478.437	-9%	19%
<b>Σύνολο</b>	<b>7.307.193</b>	<b>6.474.508</b>	<b>6.518.644</b>	<b>-11%</b>	<b>1%</b>

Πηγή: Γραφείο ΓΓ ΥΥΚΑ (2009-2010), esu.net (2011)

## 5.2 Εξέλιξη δαπανών στα ασφαλιστικά ταμεία

Ως προς την εξέλιξη των δαπανών στα Ασφαλιστικά Ταμεία σύμφωνα με την ενδιάμεση μελέτη που διεξήχθη από την Ανεξάρτητη Ομάδα Εργασίας Ειδικών Εμπειρογνομόνων στον Τομέα της Υγείας, για το πρώτο τετράμηνο του 2011, επισημαίνεται η αδυναμία ελέγχου των δαπανών, καθώς για τα περισσότερα Ταμεία, ο έλεγχος δεν αποτελεί προτεραιότητα (Μόσιαλος κ.ά., 2011).

Επιπλέον, τα Ταμεία αδυνατούν να ανταποκριθούν σε προκλήσεις συνεργασίας ή και ανταγωνισμού με το δημόσιο σύστημα υγείας, καθώς απουσιάζει η ανάλογη κουλτούρα.

Το σημαντικό δημοσιονομικό ζήτημα που προκύπτει από το γεγονός ότι τα Ασφαλιστικά Ταμεία ως σήμερα δεν πληρώνουν το πραγματικό κόστος των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από το ΕΣΥ (ιδιαίτερα των νοσοκομείων), συμβαίνει επειδή:

1. η τιμολόγηση για την Κοινωνική Ασφάλιση γίνεται ανά ασθενή και όχι ανά παρεχόμενη ιατρική πράξη,
2. το ύψος του αποδιδόμενου νοσηλίου παραμένει χαμηλό και
3. η έλλειψη έως πρόσφατα, μηχανογράφησης στα νοσοκομεία δεν κατέστησε ποτέ δυνατό τον έλεγχο των εισαγωγών, με αποτέλεσμα την πιθανή καταγραφή περιπτώσεων πλασματικών εισαγωγών. Επιπλέον, οι υπηρεσίες που προσφέρονται για ιατρικές επισκέψεις από το ΕΣΥ στους ασφαλισμένους των ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ, ΤΥΔΚΥ και ΟΓΑ δεν είναι κοστολογημένες και επιβαρύνουν το ΕΣΥ.

Ως προς την καταγραφή των δαπανών εντοπίζονται τα παρακάτω προβλήματα:

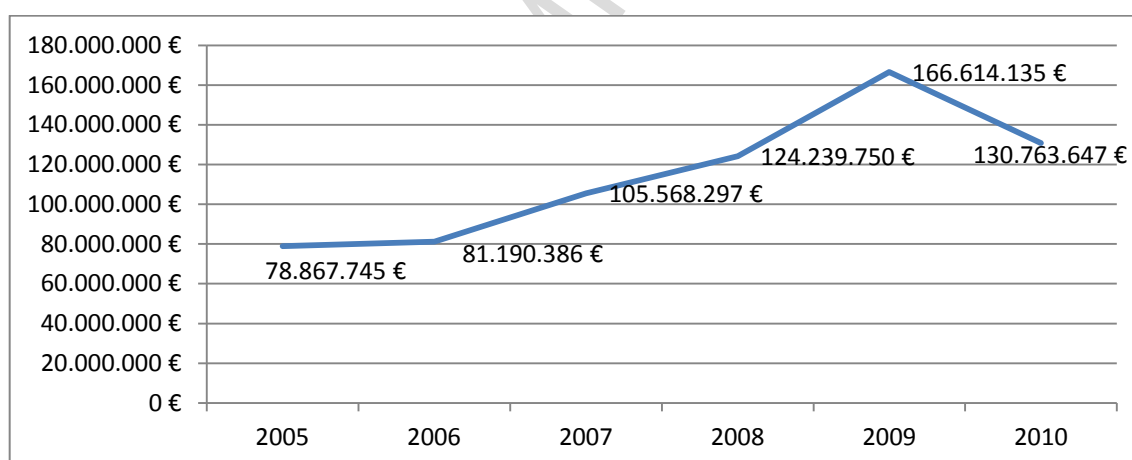
1. Στο ΙΚΑ δεν γίνεται λογιστικός διαχωρισμός δαπανών νοσηλείας μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών θεραπειών.
2. Στον ΟΑΕΕ δεν υπάρχει Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα και οι επιμέρους υπηρεσίες ασφάλισης στέλνουν χειρόγραφα δεδομένα, με συνέπεια οι απολογιστικές δαπάνες να απέχουν πολύ από τις πραγματικές δαπάνες (τιμολόγια πληρωμών).
3. Στον ΟΓΑ η έλλειψη πληροφοριακού συστήματος έχει οδηγήσει στην έλλειψη εκσυγχρονισμού των διοικητικών διαδικασιών.

- *Εξέλιξη δαπανών στο ΙΚΑ*

Στο ΙΚΑ, οι δαπάνες των παρακλινικών εξετάσεων (κυρίως) αυξάνονται τα τελευταία χρόνια σημαντικά, παράλληλα με τη συνεχή αύξηση των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων και ιδιωτικών κλινικών που αναπτύσσονται πλησίον του ΙΚΑ. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με στοιχεία από τη Στατιστική Υπηρεσία του ΙΚΑ – ΕΤΑΜ ενώ το πλήθος των ιατρικών επισκέψεων και των εργαστηριακών και παρακλινικών εξετάσεων μεταξύ 2005 και 2009 παραμένει σχετικά σταθερό (αύξηση 12% μόνο μεταξύ 2006 και 2007), οι δαπάνες του ΙΚΑ - ΕΤΑΜ σε Διαγνωστικά Κέντρα αυξήθηκαν μεταξύ 2005 και 2010 65,8%, και διαμορφώθηκαν το 2005 σε 78.867.745€ και το 2010 σε 130.763.647€.

Η πλειοψηφία των εργαστηριακών εξετάσεων (που αντιστοιχούν στην παραπάνω δαπάνη) πραγματοποιείται σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, δεδομένου ότι δεν υπάρχουν συμβάσεις με δημόσια νοσοκομεία για το σύνολο των εξετάσεων.

*ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.1: Εξέλιξη των δαπανών του ΙΚΑ σε διαγνωστικά κέντρα για την περίοδο 2005-2010.*



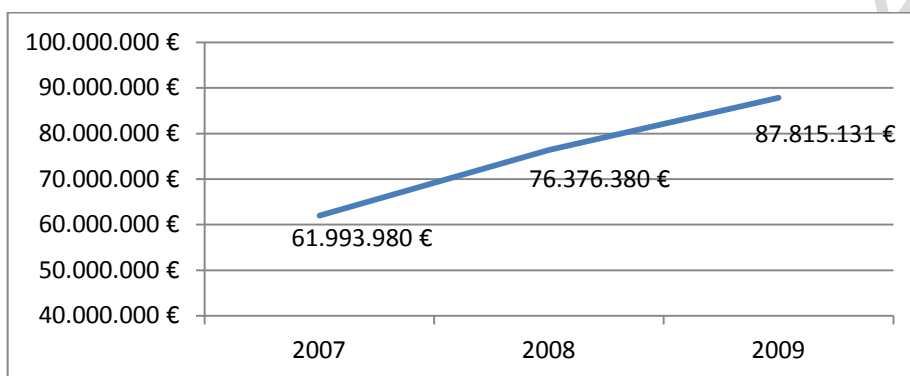
Πηγή: Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής ΙΚΑ, 02/2011

- *Εξέλιξη δαπανών στον ΟΑΕΕ*

Οι δαπάνες του ΟΑΕΕ αναδεικνύουν, σύμφωνα με στοιχεία από τη Στατιστική Υπηρεσία του ΟΑΕΕ, ότι ο αριθμός των παρακλινικών εξετάσεων, μεταξύ 2007 και 2009, αυξήθηκε συνολικά κατά 30,2%, παρά το γεγονός ότι στις δημόσιες δομές μειώθηκε κατά 32%. Οι παρακλινικές εξετάσεις στις ιδιωτικές κλινικές αυξήθηκαν κατά 180% και στα

ιδιωτικά εργαστήρια κατά 33%. Η συνολική δαπάνη για παρακλινικές εξετάσεις (σε ιδιωτικές και δημόσιες δομές) αυξήθηκε κατά 41,6%.

*ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.2: Εξέλιξη των δαπανών του ΟΑΕΕ για εργαστηριακές εξετάσεις σε ιδιωτικά κέντρα από το 2007 έως το 2009.*

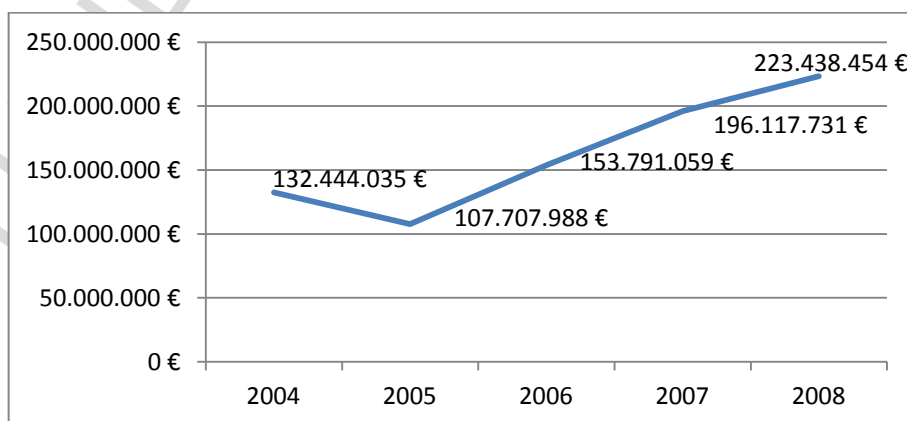


Πηγή: Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής ΟΑΕΕ, 02/2011

- *Εξέλιξη δαπανών στον ΟΠΑΔ*

Οι δαπάνες του ΟΠΑΔ αναδεικνύουν ότι, συνολικά οι δαπάνες περίθαλψης την περίοδο 2004-2008 σχεδόν διπλασιάστηκαν (αύξηση 96,7%), με αποτέλεσμα σήμερα να υπερβαίνουν το ποσό των €1,75 δισ. Ειδικά η δαπάνη για παρακλινικές εξετάσεις (σε διαγνωστικά κέντρα) αυξήθηκε κατά 68,7%.

*ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.3: Εξέλιξη δαπανών στον ΟΠΑΔ για ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα από το 2004 έως το 2008.*



Πηγή: Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής ΙΚΑ

- *Εξέλιξη δαπανών στον ΟΓΑ*

Ο ΟΓΑ χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες του ΕΣΥ. Με νομοθετικές ρυθμίσεις τα έτη 2004, 2005 και 2010, οι παλαιότερες οφειλές του ΟΓΑ προς δημόσιους φορείς έως το 2006 διεγράφησαν και οι δαπάνες (δημόσιες και ιδιωτικές) από το έτος 2007 και μετά μεταβιβάστηκαν στο Υπουργείο Οικονομικών. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα μετά το 2007 να σταματήσει η καταγραφή των δαπανών και των εξετάσεων που πραγματοποιούνται σε δημόσιους φορείς, ενώ οι δαπάνες για τους ιδιωτικούς φορείς είναι κατ' εκτίμηση καθώς δίνονται μόνο προκαταβολές από τον ΟΓΑ και εκκαθαρίζονται εκ των υστέρων από το Υπουργείο Οικονομικών.

Οι δαπάνες του ΟΓΑ αναδεικνύουν ότι, ως προς το πλήθος των εργαστηριακών και παρακλινικών εξετάσεων σε ιδιωτικές δομές, που έχουν καταγραφεί μεταξύ 2007 και 2009, παρατηρείται αύξηση κατά 17,2%.

### **5.3 Ιδιωτικά νοσοκομεία**

Όσον αφορά τα ιδιωτικά νοσοκομεία, ιδιαίτερες δυσκολίες αντιμετώπισαν τα τελευταία τρία χρόνια, όπως καταδεικνύει η πορεία τους. Κοινή προσπάθεια είναι η περιστολή των λειτουργικών δαπανών, το «πάγωμα» των νέων επενδύσεων αλλά και η κατά περίπτωση μείωση των τιμολογίων προκειμένου να διατηρήσουν τη θέση τους στην εγχώρια αγορά. Σύμφωνα με μελέτη, το 2010 η αξία της αγοράς υποχώρησε έπειτα από πολλά χρόνια συνεχούς ανόδου, καθώς παρατηρείται μείωση της νοσηλευτικής κίνησης στις ιδιωτικές μονάδες και μετατόπιση της ζήτησης στα δημόσια νοσοκομεία, όπου οι χρεώσεις είναι χαμηλότερες<sup>72</sup>.

Συγκεκριμένα, σημειώθηκε σημαντική ελάττωση από 18% έως 25% στη χρήση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας το 2010 και κυρίως στα ιδιωτικά μαιευτήρια, την οδοντιατρική περίθαλψη και τις χειρουργικές επεμβάσεις στα ιδιωτικά νοσοκομεία. Όμως, στη διάρκεια του 2011, τα φαινόμενα αυτά εντάθηκαν και η μείωση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας στον ιδιωτικό τομέα προσεγγίζει το 50% σε σχέση με το 2009, καθώς επίσης και η χρήση κλινικών παρεμβατικών τεχνολογιών στον δημόσιο τομέα μειώνεται για τους ίδιους λόγους, δεδομένου ότι αυτές συνδέονται με ίδιες πληρωμές και παραπληρωμές. Τα φαινόμενα αυτά σχετίζονται με την εκτεταμένη μείωση της

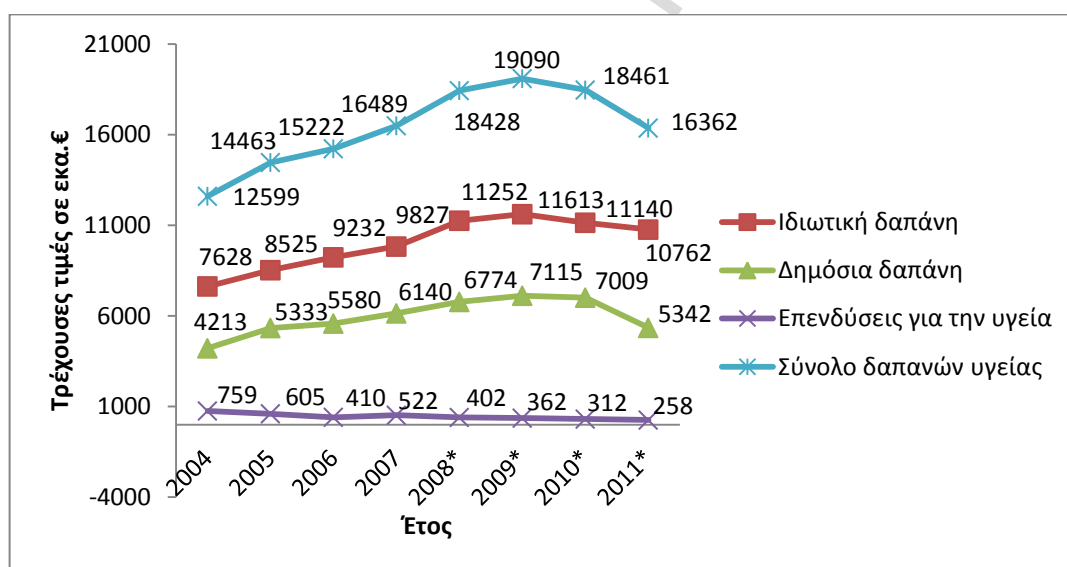
<sup>72</sup> Διαθέσιμο: [http://news.kathimerini.gr/4dcgi/\\_w\\_articles\\_economyepix\\_2\\_09/06/2010\\_403742](http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_economyepix_2_09/06/2010_403742)



υγειονομικής δαπάνης ως αποτέλεσμα των μέτρων του προγράμματος του διεθνούς οικονομικού ελέγχου. Χαρακτηριστικά, το πρόγραμμα σταθερότητας, το οποίο επιβλήθηκε από την Τρόικα προβλέπει τη μείωση της δημόσιας δαπάνης για την υγεία κατά 4,564 δις € στην περίοδο 2011-2012 από τα οποία 3,103 δις € αφορούν την περιστολή των δαπανών των φορέων κοινωνικής ασφάλισης και 1,461 δις € τη μείωση της νοσοκομειακής δαπάνης. (Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, 2011)

Ταυτοχρόνως, αναμένεται σημαντική μείωση της ιδιωτικής δαπάνης κατά 50% περίπου, εξαιτίας της μείωσης της χρήσης και των τιμών σε τμήματα της υγειονομικής φροντίδας, ώστε η συνολική εθνική δαπάνη υγείας να έχει υποστεί σημαντική κάμψη στην περίοδο 2009-2012.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.4: Δαπάνες υγείας από το 2004-2011<sup>73</sup>



Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ.

<sup>73</sup> Τα στοιχεία των ετών 2008-2011 αποτελούν προσωρινά στοιχεία

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.4: Εκτιμήσεις της εξέλιξης της δαπάνης υγείας στην Ελλάδα 2009-2012 σε τρέχουσες τιμές, ως % του ΑΕΠ και ως % της συνολικής δαπάνης υγείας

	2009			2012			Μεταβολή (%)
	Τρέχουσες τιμές (σε δις €)	ΑΕΠ (%)	Συνολικής δαπάνης υγείας (%)	Τρέχουσες τιμές (σε δις €)	ΑΕΠ (%)	Συνολικής δαπάνης υγείας (%)	
Δημόσια δαπάνη υγείας	14	6	62,2	9,5	4,5	70,4	32,1
Ιδιωτική δαπάνη υγείας	8,5	3,7	37,8	4	1,9	29,6	52,9
Σύνολο δαπανών υγείας	22,5	9,7	100	13,5	6,4	100	40
ΑΕΠ	231,6			212,5			

Πηγή: Κυριόπουλος Γ., 2011β.<sup>74</sup>

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

Τα ελλείμματα των δημόσιων νοσοκομείων και των ασφαλιστικών οργανισμών υγείας αυξάνονται και υπάρχουν δυσχέρειες στην εξυπηρέτησή τους, ενώ ο ιδιωτικός τομέας αντιμετωπίζει, επίσης, μείζονα προβλήματα ρευστότητας.

Η επιδίωξη της κεντρικής διοίκησης για περιστολή της δημόσιας δαπάνης είναι αφενός εξαιρετικά δυσχερής και αφετέρου προκαλεί σημαντική μείωση της προσφοράς, η οποία επιτείνεται από την ταυτόχρονη μεγάλη πτώση της ιδιωτικής δαπάνης λόγω της μερικής ή ολικής απώλειας του διαθέσιμου εισοδήματος από τα νοικοκυριά (Κυριόπουλος κ.ά., 2012).

Ωστόσο, η υγεία του πληθυσμού δεν προσδιορίζεται μόνο από τις δαπάνες υγείας αλλά και από άλλους παράγοντες όπως την εκπαίδευση, την απασχόληση, τη στέγαση για τους

<sup>74</sup> Διαθέσιμο: [http://www.nsph.gr/default.aspx?page=toy\\_ereynes\\_toy](http://www.nsph.gr/default.aspx?page=toy_ereynes_toy)

οποίους οφείλει να μεριμνήσει η κάθε κυβέρνηση. Σύμφωνα με τους Stuckler et al. για κάθε \$100 επιπλέον που ξοδεύονται για την κοινωνική προστασία εμφανίζεται μια μείωση 1,19% στη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες. Μάλιστα η μείωση αυτή είναι επτά φορές μεγαλύτερη από την αντίστοιχη που θα προέκυπτε από μια ανάλογη αύξηση στο ΑΕΠ (Stuckler et al., 2010).

#### 5.4 Ελλείψεις- αναμονές στα νοσοκομεία

Η οικονομική κρίση οδήγησε τους περισσότερους ασθενείς στα νοσοκομεία, αφού πλέον είναι οικονομικά αδύνατον να επισκεφθούν κάποιο ιδιωτικό ιατρείο ή διαγνωστικό κέντρο για να εξεταστούν. Ωστόσο, οι ασθενείς αυτοί που απευθύνονται στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας, προκειμένου να υποβληθούν σε κάποια εξέταση ή να επισκεφτούν ένα γιατρό, είναι αναγκασμένοι να περιμένουν μέχρι και 6 μήνες. Η τεράστια αναμονή στη λίστα οδηγεί μάλιστα πολλές φορές τους ασθενείς -οι περισσότεροι από τους οποίους είναι χαμηλόμισθοι και συνταξιούχοι- να καταφεύγουν σε ιδιωτικές κλινικές, ενώ δεν είναι λίγες οι φορές που η κατάσταση υγείας ασθενών έχει επιδεινωθεί μέχρι να γίνουν δεκτοί από το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Αυτή η αναμονή οφείλεται αφενός μεν στην αυξημένη ζήτηση των ασθενών και αφετέρου στη μειωμένη προσφορά του ιατρικού προσωπικού λόγω περικοπών.

Συνεπώς, οι λιγοστοί γιατροί και νοσηλευτές των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών ζουν τον δικό τους εφιάλτη, έχοντας να εξετάσουν και να περιθάλψουν δυσανάλογα μεγάλο αριθμό ασθενών σε σχέση με τις δυνατότητές τους, με συχνές ελλείψεις βασικών υλικών, βλάβες μηχανημάτων, συνθήκες που προκαλούν σε εργαζομένους και επισκέπτες έντονο στρες<sup>75</sup>.

Τα μέλη της Ομοσπονδίας Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδος (ΟΕΝΓΕ) κρούουν τον κώδωνα του κινδύνου και υπογραμμίζουν την ανάγκη να ληφθούν άμεσα αποτελεσματικά μέτρα. «Η παράταση των ραντεβού, η οποία οφείλεται κυρίως στις τραγικές ελλείψεις προσωπικού που καταγράφονται στα νοσοκομεία, έχει ως αποτέλεσμα να χάνεται πολύτιμος χρόνος στην έγκαιρη αντιμετώπιση αρκετών περιστατικών»,

<sup>75</sup> Διαθέσιμο: <http://www.ethnos.gr/article.asp?catid=22768&subid=2&pubid=63808947>

δηλώνουν τα μέλη της ΟΕΝΓΕ και τονίζουν ότι «πολλές πολύμηνες καθυστερήσεις είναι μοιραίες».

Επιπλέον, συμφόρηση δημιουργείται καθημερινά και στα φαρμακεία των νοσοκομείων, όπου εκατοντάδες ασθενείς περιμένουν στην ουρά, για αρκετές ώρες, προκειμένου να προμηθευτούν τα φάρμακα τους.

Από την άλλη μεριά, σοκάρει η εικόνα των ελλείψεων ή μη ποιοτικών υλικών λόγω περιστολής δαπανών και των ολιγοήμερων «εμπάρκο» απλήρωτων προμηθευτών που ισχύει τους τελευταίους μήνες σχεδόν σε όλα τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας. Οι ελλείψεις αφορούν κυρίως φθηνά υλικά μεγάλης κατανάλωσης, τα οποία είναι τελείως απαραίτητα για τη στοιχειώδη λειτουργία των νοσοκομείων (οξυζενέ, βαμβάκι, ελαστική ταινία επικόλλησης, αναλώσιμα υλικά και φιαλίδια εξετάσεων αίματος, κ.α.) και είναι μόνιμες αλλά διαλείπουσες. Για δέκα ημέρες μπορεί να λείπει ένα υλικό και για τις επόμενες δέκα ημέρες άλλο. Πάντα κάποιο υλικό είναι σε έλλειψη ή αυτό που υπάρχει είναι κακής ποιότητας. Έτσι πολλές φορές αναγκάζεται το προσωπικό να κάνει ευρεσιτεχνίες, προκειμένου να καλύψει τις ανάγκες του με τα ήδη υπάρχοντα υλικά. Ωστόσο, αυτός ο παραλογισμός οδηγεί σε αύξηση του κόστους για τα νοσοκομεία. Επιπλέον, σε περιπτώσεις έκτακτων περιστατικών το προσωπικό σπεύδει στο φαρμακείο και αγοράζει τα απαραίτητα υλικά όπως είναι βαμβάκι, γάζες κ.α. (σύμφωνα με τον πρόεδρο της Ομοσπονδίας ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδος- Δημήτρη Βαρνάβα)

Η κατάρτιση των Προϋπολογισμών 2011 και 2012 των νοσοκομειακών μονάδων που εποπτεύει το ΥΥΚΑ, πραγματοποιήθηκε με ρητές οδηγίες προς τους φορείς και στο πλαίσιο των υποχρεώσεων που απορρέουν από το Μεσοπρόθεσμο καθώς και το ευρύτερο πλαίσιο της ασκούμενης δημοσιονομικής προσαρμογής. Οι στόχοι που ετέθησαν για το 2011 και 2012-2015 παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.5 :

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.5: Προϋπολογισμός Νοσοκομείων ΕΣΥ 2009-2015

Κατηγορίες	Προϋπολογισμός						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>ΕΣΟΔΑ</b>	<b>2,2</b>	<b>2,2</b>	<b>2,1-2,2</b>	<b>2,2</b>	<b>2,15</b>	<b>2,1</b>	<b>2,05</b>
Έσοδα από παρεχόμενες Υπηρεσίες	2,2	2,2	2,1	2,4	2,05	2	1,95
Λοιποί πόροι	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
<b>ΔΑΠΑΝΕΣ</b>	<b>2,9</b>	<b>2,6</b>	<b>2,4</b>	<b>2,2</b>	<b>2,15</b>	<b>2,1</b>	<b>2,05</b>
Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη		2,1	1,61	1,51	1,48	1,43	1,4
Προσωπικό (Επικουρικό κ.λπ.)			0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Λοιπές Υπηρεσίες		0,5	0,59	0,49	0,47	0,47	0,45

Πηγή: Έκθεση Αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ και των μονάδων του ΕΣΥ 2011<sup>76</sup>

<sup>76</sup> Η συμπληρωματικότητα εθνικών πολιτικών με τις συγχρηματοδοτούμενες δράσεις στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Σχεδίου Ανάπτυξης 2007-2013

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

#### 6.1 Μεθοδολογία της μελέτης

##### *Σκοπός της μελέτης*

Μέσω της συγκεκριμένης συγχρονικής μελέτης (cross-sectional study)<sup>77</sup> που διεξάγεται, επιχειρείται η συλλογή δεδομένων με χρήση ερωτηματολογίου, το οποίο θα συμπληρωθεί από παιδιά ηλικίας 10 έως 18 ετών στην Αττική και την περιφέρεια. Τα ερωτηματολόγια θα είναι ανώνυμα και οι ερωτήσεις θα είναι κλειστού τύπου, ώστε να τυποποιηθούν αποτελεσματικότερα οι απαντήσεις προς στατιστική ανάλυση.

Τα στοιχεία που θα συλλεχθούν αφορούν δημογραφικά δεδομένα καθώς και πληροφορίες που αφορούν τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα παιδιά. Στόχος της μελέτης είναι να εντοπιστεί κατά πόσο η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει τη σωματική και ψυχική των παιδιών. Επιλέχθηκε η συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα ατόμων, γιατί τα παιδιά αποτελούν το μέλλον της χώρας συμβάλλοντας μετέπειτα στην παραγωγική εργασία και όχι μόνο.

##### *Τόπος και χρόνος διεξαγωγής της μελέτης*

Η εν λόγω έρευνα πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα Απριλίου – Ιουνίου 2013 και τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε παιδιά ηλικίας 13-18 ετών, κατοίκους Αττικής, Ευλόκαστρου, Άρτας και Τρικάλων.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δύο φάσεις: την προκαταρκτική και την κυρίως έρευνα. Στα πλαίσια της προκαταρκτικής, αρχικά, το ερωτηματολόγιο στάλθηκε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου σε δύο διευθυντές σχολείων προκειμένου να ελεγχθεί η καταλληλότητα του περιεχομένου, καθώς δεν έπρεπε να θίγει προσωπικά δεδομένα των παιδιών και ούτε να τα καθιστά ευάλωτα στις ερωτήσεις. Στο επόμενο βήμα συμπληρώθηκαν ερωτηματολόγια με προσωπική συνέντευξη. Κατά τη διάρκεια της έρευνας αυτής ελέγχθησαν η διατύπωση, η πληρότητα και η λειτουργικότητα των ερωτήσεων. Στη αρχή

---

<sup>77</sup> Οι Συγχρονικές – διατμηματικές μελέτες δεν λαμβάνουν υπόψη τους τη χρονική αλληλουχία μεταξύ μεταβλητών (temporal relationship). Μελετάνε ένα τυχαίο δείγμα σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή και σε συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο. Στις μελέτες αυτές χρησιμοποιούνται οι συνηθισμένοι τρόποι δειγματοληψίας (απλή τυχαία, στρωματοποιημένη, συστηματική κλπ.) ενώ σε περιορισμένες περιπτώσεις μπορεί να είναι απογραφική. Μπορεί να είναι είτε αιτιολογικές ή απλά περιγραφικές. Έχουν ως στόχο τη μελέτη των σχέσεων μεταξύ μεταβλητών, χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η χρονική τους αλληλουχία (Γαλάνης Π. και Σπάρου Λ., 2006).

το ερωτηματολόγιο δόθηκε προς συμπλήρωση πιλοτικά σε τρεις μαθητές (ένας από κάθε ηλικιακή ομάδα), προκειμένου να εντοπιστούν τυχόν ασάφειες, αλλά και να μετρηθεί ο ακριβής χρόνος συμπλήρωσής του. Στη συνέχεια, έγιναν αναδιατυπώσεις ορισμένων ερωτήσεων, ώστε να μην υπάρχουν διαφοροποιήσεις στην ερμηνεία τους, αλλά και να εξασφαλιστεί η δυνατότητα αποτελεσματικών συγκρίσεων και δεδομένων. Το τελικό σώμα του ερωτηματολογίου ολοκληρώθηκε στα τέλη Απριλίου, η συμπλήρωση του οποίου απαιτούσε 3 με 5 λεπτά περίπου.

### *Μεθοδολογία*

Το ερωτηματολόγιο <sup>78</sup> περιλαμβάνει:

- ερωτήσεις με μη αλληλοαποκλειόμενες απαντήσεις και ελεύθερη επιλογή αριθμού
- ερωτήσεις με απαντήσεις σε διαβαθμιστική κλίμακα
- ερωτήσεις με αλληλοαποκλειόμενες απαντήσεις

Για την κατάρτιση του ερωτηματολογίου ελήφθησαν υπόψη μια σειρά παραμέτρων, οι οποίες οδήγησαν στην διαμόρφωση τριών ενοτήτων.

Η πρώτη ενότητα αφορούσε στα γενικά στοιχεία των παιδιών και συγκεκριμένα περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικές με την προσωπική, οικογενειακή και επαγγελματική κατάσταση των παιδιών και των γονέων, όπως:

- Φύλο
- Ηλικία
- Αριθμός μελών οικογενείας
- Αριθμός παιδιών
- Οικογενειακή κατάσταση
- Ηλικία μητρός και πατρός
- Επάγγελμα μητρός και πατρός

Η δεύτερη ενότητα αποτελείται από 13 ερωτήσεις, οι οποίες αναφερόντουσαν στις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης. Οι ερωτήσεις αυτές, θα μπορούσαν να ομαδοποιηθούν ως εξής:

---

<sup>78</sup> βλέπε Παράρτημα Η

- Οι ερωτήσεις 10 και 11 μελετούσαν τις συνθήκες που επικρατούσαν στο σπίτι όσον αφορά στη θέρμανση το χειμώνα και τις επιπτώσεις της μείωσης του οικογενειακού εισοδήματος στις παροχές των παιδιών
  - χαρτζιλίκι, δώρα, διακοπές
- Οι ερωτήσεις 12, 13 και 14 παρακολουθούσαν κατά πόσο έχουν περιοριστεί οι εξωσχολικές δραστηριότητες των παιδιών λόγω οικονομικής κρίσης.
  - Συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες
  - Παρακολούθηση ξένων γλωσσών
- Οι ερωτήσεις 15, 16 και 17 διερευνούσαν την πληρότητα και την ποιότητα της διατροφής των παιδιών, καθώς τα κρούσματα των λιποθυμιών και της αστίας (όπως δηλώνονται στον τύπο) είναι ανησυχητικά.
  - Τρέφομαι σωστά με όλα τα απαραίτητα γεύματα
  - Τι περιλαμβάνει η εβδομαδιαία διατροφή μου
  - Είχα πρόγευμα στο σχολείο
- Οι ερωτήσεις 18, 19 και 20 εξέταζαν κατά πόσο η οικονομική κρίση συμβάλλει στην αύξηση της ενδοοικογενειακής και ενδοσχολικής εγκληματικότητας, επιθετικότητας, βίας και έντασης.
  - Η οικονομική κρίση ωθεί τους νέους σε: ναρκωτικά/αλκοόλ/κάπνισμα/επιθετικότητα
  - Αύξηση της ενδοοικογενειακής έντασης
  - Αύξηση των κρουσμάτων επιθετικότητας, βίας και εγκληματικότητας στο σχολείο
- Τέλος, οι ερωτήσεις 21 και 22 μελετούσαν κατά πόσο έχει επηρεαστεί η ψυχολογική κατάσταση των παιδιών εξαιτίας της οικονομικής ύφεσης, μιας και τα κρούσματα των αυτοκτονιών και των καταθλίψεων έχουν αυξηθεί ραγδαία.
  - Πιστεύεις ότι η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την ψυχολογική σου κατάσταση
  - Νιώθεις χαρούμενος

Οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν μετά τη διανομή των ερωτηματολογίων, κωδικοποιήθηκαν και ταξινομήθηκαν με την βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή και στη συνέχεια ακολούθησε η επεξεργασία και η ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων μέσω του προγράμματος Στατιστικής Επεξεργασίας Δεδομένων (S.P.S.S. Statistical Package



for Social Sciences, 15.0). Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων γίνεται με τη μορφή Πινάκων και Διαγραμμάτων.

#### *Διαδικασία συλλογής δεδομένων*

Η διανομή και η συλλογή των ερωτηματολογίων στα παιδιά διεξήχθη με τους ακόλουθους τρόπους:

- Ομαδική χορήγηση
- Ατομική χορήγηση
- Αποστολή και λήψη με e-mail
- Τηλεφωνική συνέντευξη

Τα ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν και στάλθηκαν σε ηλεκτρονική μορφή στα παιδιά ήταν 400. Τελικά 250 ανταποκρίθηκαν, συμπλήρωσαν και επέστρεψαν το ερωτηματολόγιο, με το βαθμό ανταποκρισιμότητας να κυμαίνεται σε ικανοποιητικά επίπεδα, 62,5%, δηλαδή περίπου έξι στα δέκα που παρέλαβαν το ερωτηματολόγιο το συμπλήρωσαν και το επέστρεψαν. Οι υπόλοιποι αρνήθηκαν να το συμπληρώσουν και δεν το επέστρεψαν.

Το επιχείρημα που πρόβαλαν οι συμμετέχοντες για τη μη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν ο περιορισμένος χρόνος που διέθεταν, η αμέλεια να το επιστρέψουν, η πλήξη της συμπλήρωσης και η φοβία που εξέφρασαν να δώσουν στοιχεία, παρ' όλες τις διαβεβαιώσεις για την ανωνυμία των απαντήσεων και τη μη διαθέσιμη πρόσβαση στα στοιχεία που θα συλλεχθούν από κανέναν άλλον.

#### **6.2 Ανάλυση ερωτηματολογίου**

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν, αναλύθηκαν με τις μεθόδους της περιγραφικής (descriptive) και της διαλογισμικής (inferential) στατιστικής. Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων γίνεται με τη μορφή πινάκων και εικόνων. Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από 250 παιδιά (αγόρια και κορίτσια) ηλικίας 13-18 ετών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.1: Στατιστική ανάλυση

	Απαντημένες ερωτήσεις	Κενές απαντήσεις	Μέσος	Διάμεσος	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστο	Μέγιστο
Φύλο	250	0	0,56	1	0,497	0	1
Ηλικία	250	0	2,26	2	0,751	1	3
Τόπος διαμονής	250	0	1,26	1	0,437	1	2
Αριθμός μελών οικογένειας	250	0	4,2	4	1,062	2	10
Πόσα μέλη στην οικογένειά σας είναι παιδιά;	250	0	2,19	2	0,929	1	8
Οικογενειακή κατάσταση	250	0	1,16	1	0,367	1	2
Ηλικία μητρός:	248	2	43,49	4305	5,58	30	61
Απασχόληση μητρός	248	2	2,80	3	1,569	1	7
Ηλικία πατρός:	244	6	48,48	49	6,358	34	70
Απασχόληση πατρός	244	6	2,38	2	1,021	1	5
Η μείωση του οικογενειακού εισοδήματος έχει επηρεάσει το χαρτζιλί σας;	250	0	0,44	0	0,497	0	1
Η μείωση του οικογενειακού εισοδήματος έχει επηρεάσει τα δώρα που δέχεστε;	250	0	0,38	0	0,485	0	1
Η μείωση του οικογενειακού εισοδήματος έχει επηρεάσει τις διακοπές;	250	0	0,52	0	0,5	0	1
Είχατε θέρμανση το χειμώνα στην οικία σας;	250	0	0,88	1	0,326	0	1
Συμμετέχετε σε αθλητικές δραστηριότητες	250	0	0,6	1	0,49	0	1
Παρακολουθείτε μαθήματα ξένων γλωσσών;	250	0	0,72	1	0,45	0	1

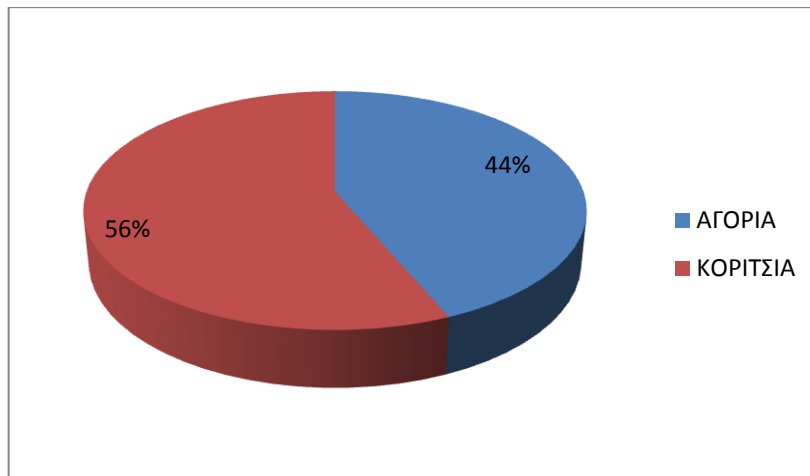
Κεφάλαιο 6: Μελέτη περίπτωσης στα παιδιά

	Απαντημένες ερωτήσεις	Κενές απαντήσεις	Μέσος	Διάμεσος	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστο	Μέγιστο
Πιστεύετε ότι τρέφεστε σωστά, με όλα τα απαραίτητα γεύματα	250	0	4,13	4	0,856	1	5
Περιλαμβάνει η εβδομαδιαία διατροφή σας φρούτα;	250	0	0,72	1	0,448	0	1
Περιλαμβάνει η εβδομαδιαία διατροφή σας ψάρι;	250	0	0,33	0	0,472	0	1
Περιλαμβάνει η εβδομαδιαία διατροφή σας λαχανικά;	250	0	0,77	1	0,423	0	1
Περιλαμβάνει η εβδομαδιαία διατροφή σας γλυκά;	250	0	0,53	1	0,5	0	1
Περιλαμβάνει η εβδομαδιαία διατροφή σας κρέας;	250	0	0,89	1	0,348	0	1
Πιστεύετε ότι η οικονομική κρίση ωθεί τους νέους στα ναρκωτικά;	250	0	0,15	0	0,36	0	1
Πιστεύετε ότι η οικονομική κρίση ωθεί τους νέους στο αλκοόλ;	250	0	0,24	0	0,428	0	1
Πιστεύετε ότι η οικονομική κρίση ωθεί τους νέους στο κάπνισμα;	250	0	0,37	0	0,484	0	1
Πιστεύετε ότι η οικονομική κρίση ωθεί τους νέους στην επιθετικότητα;	250	0	0,75	1	0,435	0	1
Έχουν αυξηθεί οι ενδοοικογενειακές εντάσεις λόγω της κρίσης	250	0	2,58	2	1,163	1	5
Έχουν αυξηθεί τα κρούσματα επιθετικότητας, βίας και εγκληματικότητας στο σχολείο;	250	0	2,5	2	1,21	1	5
Πιστεύετε ότι η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την ψυχολογική σας κατάσταση;	250	0	2,6	3	1,199	1	5
Νιώθετε χαρούμενοι - ευτυχισμένοι;	250	0	3,7	4	0,982	1	5

Πηγή: Στοιχεία έρευνας

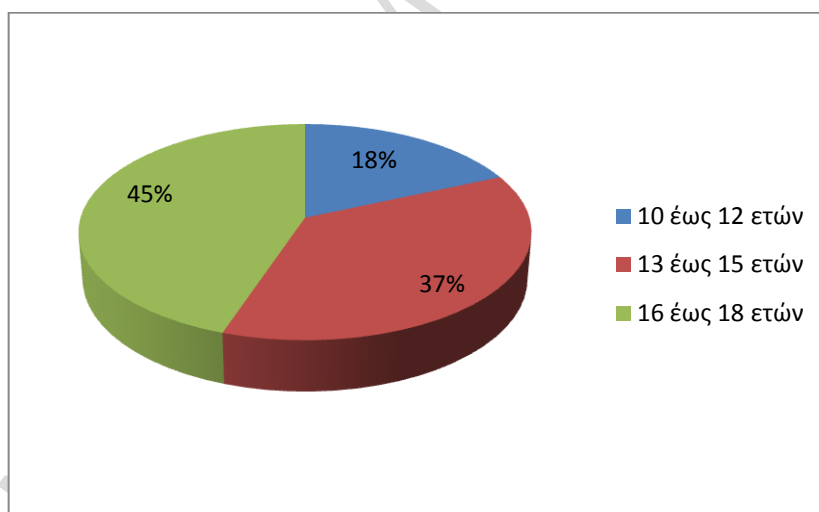
Δημογραφικά στοιχεία

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.1: Φύλο



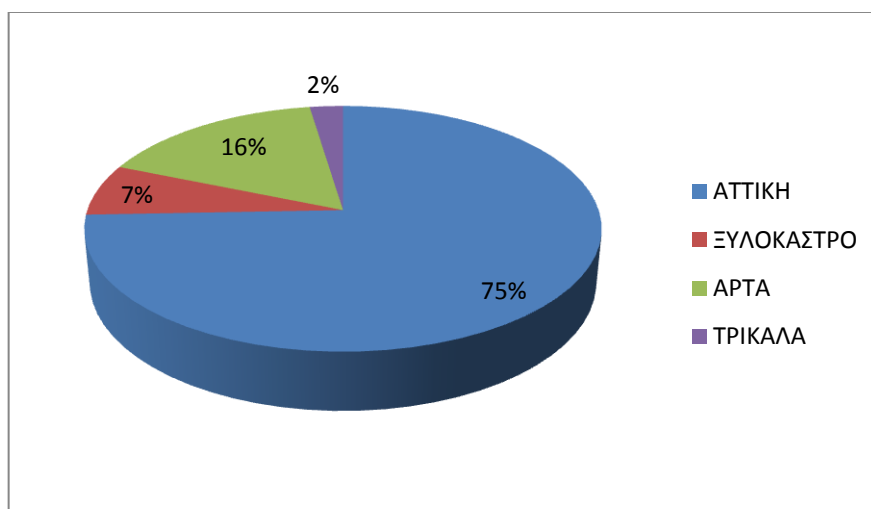
Το 56% (n=141) των παιδιών που συμμετείχαν στη μελέτη ήταν κορίτσια, ενώ το 44% (n=109) ήταν αγόρια.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.2: Ηλικία



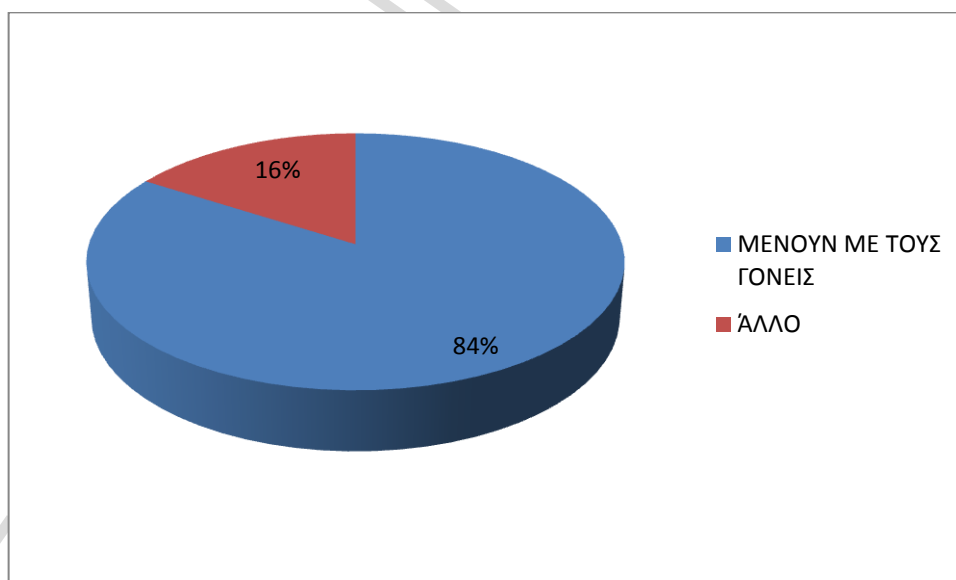
Τα παιδιά που συμμετείχαν στη μελέτη ήταν ηλικίας 10-18 ετών. Από το παρακάτω γράφημα προκύπτει ότι το 18% (n=46) των παιδιών ήταν ηλικίας 10-12 ετών, το 37% (n=92) ήταν ηλικίας 13-15 ετών και η πλειοψηφία του δείγματος 45% (n=112) ανήκε στην ηλικιακή κατηγορία των 16-18 ετών.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.3: Τόπος διανομής



Όσον αφορά τον τόπο διαμονής το 75% (n=186) κατοικεί στην Αττική, ενώ το 24% (n=64) στην περιφέρεια. Συγκεκριμένα, από το 24% το 2% κατοικεί στα Τρίκαλα, το 7% στο Ξυλόκαστρο και το 16% στην Άρτα.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.4: Οικογενειακή κατάσταση



Η πλειοψηφία των παιδιών (84%) μένουν και με τους δυο γονείς τους, ενώ μόλις το 16% (n=40) μένει με τον ένα γονέα ή με τους παππούδες.

*Κοινωνικά χαρακτηριστικά*

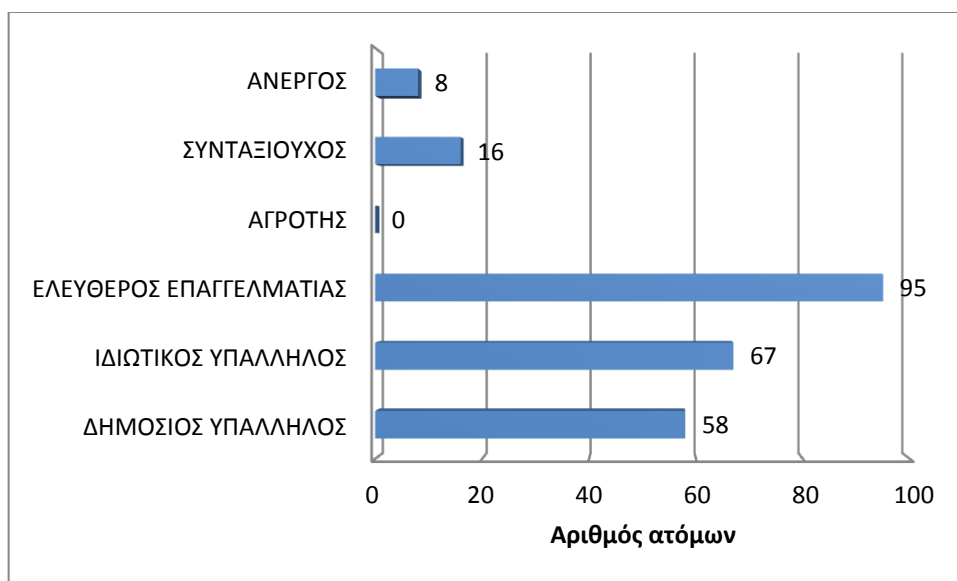
- Μέσος αριθμός μελών της οικογένειας: 4,204
- Μέσος αριθμός παιδιών ανά οικογένεια: 2,192
- Μέσος όρος ηλικίας μαμιάδων: 43,49194
- Μέσος όρος ηλικίας μπαμπάδων: 48,81967

*ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.5: Απασχόληση μητρός*



Το επάγγελμα της μητρός ταξινομήθηκε στις εξής κατηγορίες: δημόσιος και ιδιωτικός υπάλληλος, ελεύθερη επαγγελματίας, αγρότισσα, οικιακά, συνταξιούχος και άνεργη. Στο Διάγραμμα 6.5 φαίνεται η κατανομή των παιδιών ανάλογα με το επάγγελμα της μητέρας τους. Το 27% (n=68) των μητέρων ήταν δημόσιοι υπάλληλοι, το 22% (n=55) ιδιωτικές υπάλληλοι, το 14% (n=35) ελεύθερες επαγγελματίες, το 25% (n=62) απασχολούμενες με τα οικιακά, το 3% (n=6) ήταν συνταξιούχοι, ενώ, μόνο μία μητέρα ήταν αγρότισσα και ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό 9% (n=21) ήταν άνεργες μητέρες.

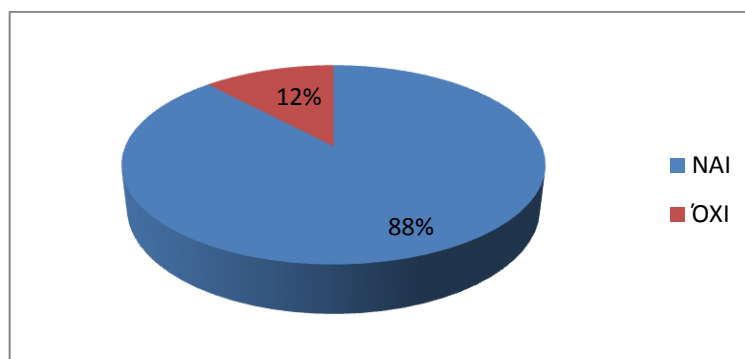
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.6: Απασχόληση πατρός



Το επάγγελμα πατρός ταξινομήθηκε στις εξής κατηγορίες: δημόσιος και ιδιωτικός υπάλληλος, ελεύθερος επαγγελματίας, αγρότης, συνταξιούχος και άνεργος. Στο Διάγραμμα 6.6 φαίνεται η κατανομή των παιδιών ανάλογα με το επάγγελμα του πατέρα τους. Το 24% (n=58) των πατεράδων ήταν δημόσιοι υπάλληλοι, το 27% (n=67) ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 39% (n=95) ελεύθεροι επαγγελματίες, το 24% (n=16) ήταν συνταξιούχοι και μόνο το 3% (n=8) ήταν άνεργοι.

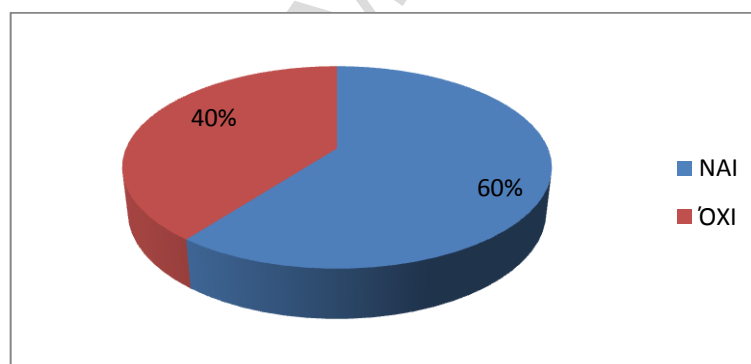
Συμπεριφορικά χαρακτηριστικά

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.7: Είχατε θέρμανση το χειμώνα;



Το 88% (n=220) των παιδιών είχε θέρμανση το χειμώνα στην οικία του, ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό της τάξεως του 12% (n=30) δεν είχε θέρμανση. Επισημαίνεται ότι στη συγκεκριμένη ερώτηση δεν διευκρινίζεται η πηγή θέρμανσης (πετρέλαιο, σόμπα, τζάκι, κλπ.)

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.8: Συμμετέχετε σε αθλητικές δραστηριότητες;



Η τακτική σωματική δραστηριότητα έχει τόσο βραχυπρόθεσμες όσο και μακροπρόθεσμες ευεργετικές επιδράσεις στα παιδιά, καθώς επηρεάζει τη νοητική, τη συναισθηματική και τη σωματική υγεία τους. Επίσης, από μελέτες φαίνεται ότι τα παιδιά που ασχολούνται με την άσκηση από την παιδική ηλικία και υιοθετούν έναν μη καθιστικό τρόπο ζωής τείνουν και ως ενήλικες να είναι σωματικά δραστήριοι, γεγονός που είναι ιδιαίτερα σημαντικό, αφού η άσκηση είναι προαγωγός τόσο της υγείας όσο και της ευεξίας. Επιπλέον, έρευνες έχουν δείξει ότι τα παιδιά που είναι σωματικά δραστήρια τείνουν να υιοθετούν πιο εύκολα υγιείς συμπεριφορές (π.χ. αποφυγή του καπνίσματος, αλκοόλ και χρήση ναρκωτικών ουσιών) και να έχουν καλύτερη απόδοση στο σχολείο.



Δυστυχώς, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι ένα μεγάλο ποσοστό των παιδιών 40% (n=99) δεν συμμετείχε σε αθλητικές δραστηριότητες. Το υψηλό αυτό ποσοστό μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός ότι οι γονείς δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να πληρώσουν τις εξωσχολικές δραστηριότητες των παιδιών τους.<sup>79</sup>

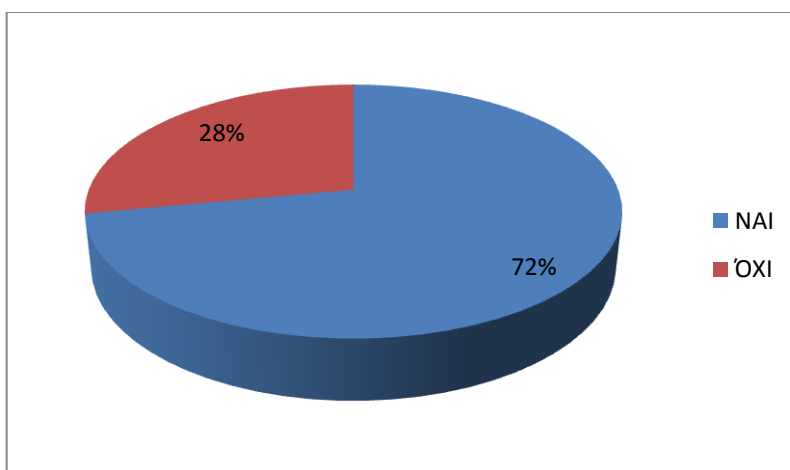
ΠΙΝΑΚΑΣ 6.2: Συμμετέχετε σε αθλητικές δραστηριότητες;

	Ναι	Όχι
Αγόρι	64,22%	35,78%
Κορίτσι	57,45%	42,55%
10 έως 12 ετών	62,36%	37,00%
13 έως 15 ετών	54,69%	45,31%
16 έως 18 ετών	63,04%	36,96%
Κάτοικος Αττικής	57,61%	42,39%
Κάτοικος Επαρχίας	61,61%	38,39%
Μένει με τους 2 γονείς	61,90%	38,10%
Μένει με τον ένα γονέα	52,50%	47,50%

Από τον Πίνακα 6.2 παρατηρούμε ότι είναι μεγαλύτερο το ποσοστό των αγοριών που συμμετέχουν σε αθλητικές δραστηριότητες. Επιπρόσθετα, τα παιδιά ηλικίας 13 έως 15 παρουσιάζουν μικρότερη συμμετοχή, ενώ ο τόπος διαμονής δεν παίζει ρόλο στην ενασχόληση με αθλητικές δραστηριότητες. Αξιοσημείωτη είναι η απόκλιση στα ποσοστά των παιδιών με μένουν με τους δύο γονείς τους και αυτών που μένουν με τον ένα, καθώς όπως είναι προφανές οι τελευταίοι δυσκολεύονται περισσότερο οικονομικά.

<sup>79</sup> Βίδρα Ν. και Ναούμη Α., *Ισορροπημένη διατροφή και άσκηση. Ένας μικρός οδηγός για γονείς και υπευθύνους φροντίδας παιδιών*. ΙΚΠΠ (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής), Ίδρυμα Αριστείδης Δασκαλόπουλος, Εθνικό δίκτυο Δήμων προαγωγής υγείας.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.9: Παρακολουθείτε μαθήματα ξένων γλωσσών;



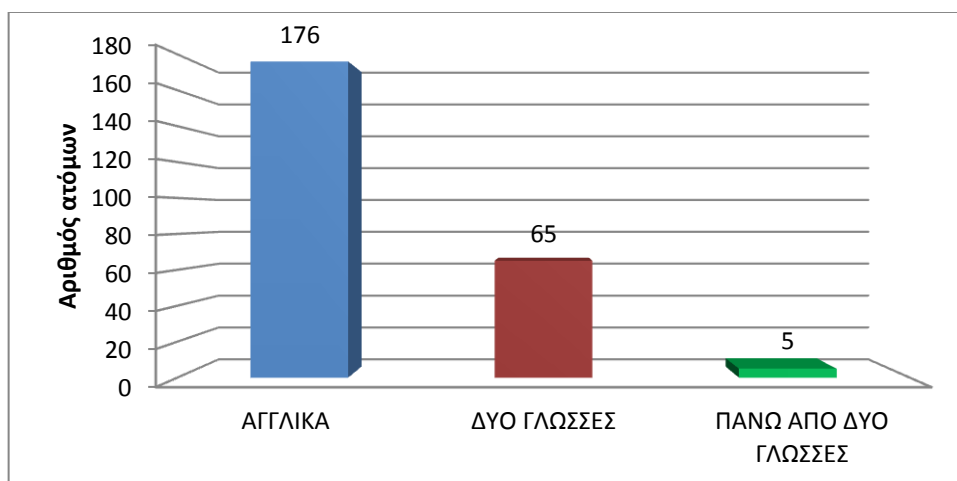
Το 72% (n=180) των παιδιών παρακολουθούσε μαθήματα ξένων γλωσσών, ενώ σχεδόν το 1/3 (n=70) των παιδιών δεν έκανε ξένες γλώσσες

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.3 Παρακολουθείτε μαθήματα ξένων γλωσσών;

	Ναι	Όχι
Αγόρι	75,23%	24,77%
Κορίτσι	69,50%	30,50%
10 έως 12 ετών	74,19%	25,81%
13 έως 15 ετών	65,625%	34,375%
16 έως 18 ετών	69,57%	30,43%
Κάτοικος Αττικής	67,39%	32,61%
Κάτοικος Επαρχίας	70,49%	29,51%
Μένει με τους 2 γονείς	71,43%	28,57%
Μένει με τον ένα γονέα	75,00%	25,00%

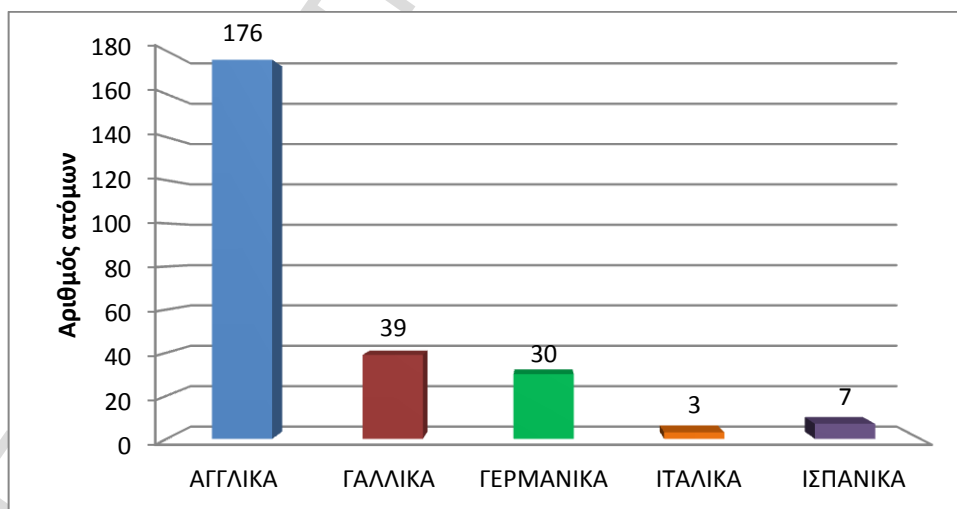
Από τον Πίνακα 6.3 προκύπτει ότι μεγαλύτερο ποσοστό των αγοριών παρακολουθεί μαθήματα ξένων γλωσσών, όπως ισχύει και τα μικρότερα παιδιά ηλικίας 10 έως 12 ετών. Και σε αυτή την ερώτηση ο τόπος κατοικίας δεν επηρεάζει τα αποτελέσματα όπως επίσης, και αν μένουν τα παιδιά με τον ένα ή τους δύο γονείς.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.10: Πόσες ξένες γλώσσες μαθαίνετε;



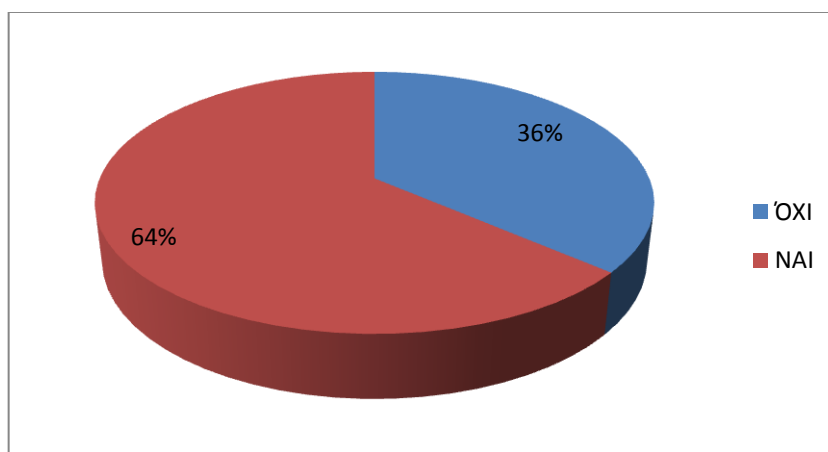
Από αυτή την ερώτηση φαίνεται ότι η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει το μορφωτικό επίπεδο των παιδιών όσον αφορά τις ξένες γλώσσες. Κι αυτό γιατί το 72% (n=176) των μαθητών περιορίζεται στη διδασκαλία μόνο της αγγλικής γλώσσας, ένα μικρό ποσοστό 26% (n=65) των μαθητών παρακολουθούν μαθήματα δύο ξένων γλωσσών και το μηδαμινό ποσοστό του 2% μαθαίνει πάνω από τρεις γλώσσες.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.11: Ποιές ξένες γλώσσες μαθαίνετε;



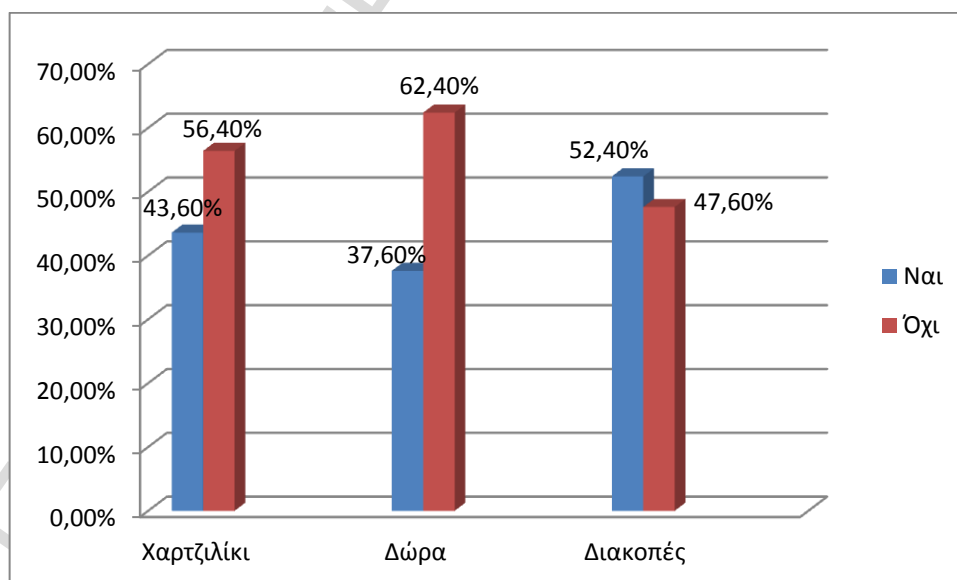
Στο Διάγραμμα 6.11 παρατηρούμε ότι το 69% (n=176) των παιδιών διδάσκονται αγγλικά, το 15% (n=39) γαλλικά, το 12% (n=30) γερμανικά, το 3% (n=7) ισπανικά και μόλις το 1% (n=3) ιταλικά.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.12: Είχατε πρόγευμα στο σχολείο;



Σε αυτή την ερώτηση συμμετείχαν μόνο τα 121 παιδιά. Από το διάγραμμα προκύπτει ότι 64% (n=77) είχε στο σχολείο πρόγευμα, ενώ ένα πολύ σημαντικό ποσοστό του 36% (n=44) δεν έτρωγε τίποτα στο σχολείο. Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν μελέτες που πραγματοποιήθηκαν εν μέσω κρίσης, οι οποίες δηλώνουν αύξηση των κρουσμάτων λιποθυμιών στα σχολεία.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.13: Η μείωση του οικογενειακού εισοδήματος έχει επηρεάσει:



Από το Διάγραμμα 6.13 συμπεραίνουμε ότι η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει σε μεγάλο ποσοστό (52,4%) τις διακοπές των παιδιών, ακολουθεί η μείωση στο χαρτζιλίκι

## Κεφάλαιο 6: Μελέτη περίπτωσης στα παιδιά

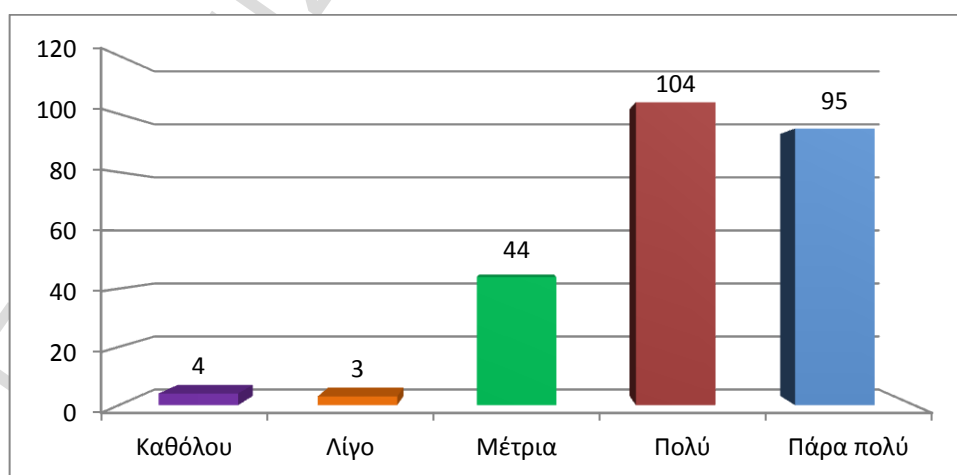
που δέχονται (43,6%) και τέλος, τα δώρα που δέχονται έχουν υποστεί μείωση στο 37,6% των παιδιών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.4: Η μείωση του οικογενειακού εισοδήματος έχει επηρεάσει:

		Ναι		Όχι	
		N	Ποσοστό (%)	N	Ποσοστό (%)
Χαρτζιλίκι	Αγόρια	51	46,79%	58	53,21%
	Κορίτσια	58	41,13%	83	58,87%
Δώρα	Αγόρια	44	40,37%	65	59,63%
	Κορίτσια	50	35,46%	91	64,54%
Διακοπές	Αγόρια	53	48,62%	56	51,38%
	Κορίτσια	78	55,32%	63	44,68%

Από τον Πίνακα 6.4, παρατηρούμε ότι τα αγόρια εντοπίζουν μεγαλύτερη μείωση στο χαρτζιλίκι και στα δώρα που δέχονται από τους γονείς τους σε σύγκριση με τα κορίτσια, με διαφορά γύρω στο 5%. Αντίθετα, όσον αφορά τη μείωση των διακοπών, η άποψη των κοριτσιών υπερέχει από αυτή των αγοριών κατά 7%. Ωστόσο, τα ποσοστά και των δύο φύλων βρίσκονται γύρω στο 50% γεγονός που σημαίνει ότι η μείωση του οικογενειακού εισοδήματος έχει επηρεάσει τα μισά νοικοκυριά (στις διακοπές, στα δώρα και στο χαρτζιλίκι).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.14: Πιστεύετε ότι τρέφεστε σωστά, με όλα τα απαραίτητα γεύματα;

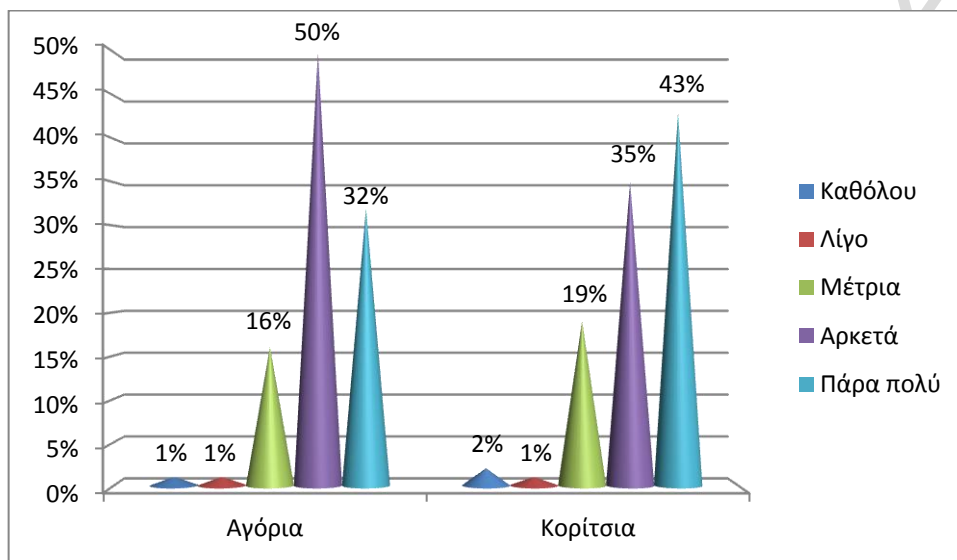


Η πλειοψηφία των παιδιών πιστεύει ότι τρέφεται σωστά, με όλα τα απαραίτητα γεύματα που χρειάζεται για τη σωστή λειτουργία του οργανισμού του. Αναλυτικότερα, το 80%

## Κεφάλαιο 6: Μελέτη περίπτωσης στα παιδιά

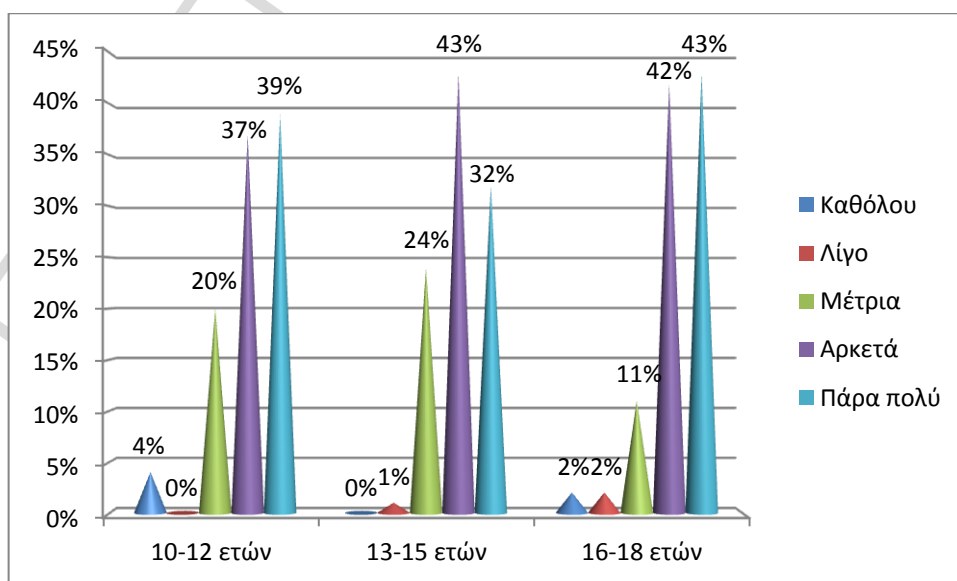
θεωρεί ότι τρέφεται αρκετά έως πάρα πολύ σωστά, ένα μικρό ποσοστό κρίνει μέτρια τη διατροφή του 18%, ενώ μόλις το 2% πιστεύει ότι δεν τρέφεται σωστά.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.15: Πιστεύεις ότι τρέφεσαι σωστά, με όλα τα απαραίτητα γεύματα; (σε σύγκριση με το φύλο)



Τα αγόρια θεωρούν ότι τρέφονται αρκετά έως και πάρα πολύ καλά σε μεγαλύτερο ποσοστό από αυτό των κοριτσιών.

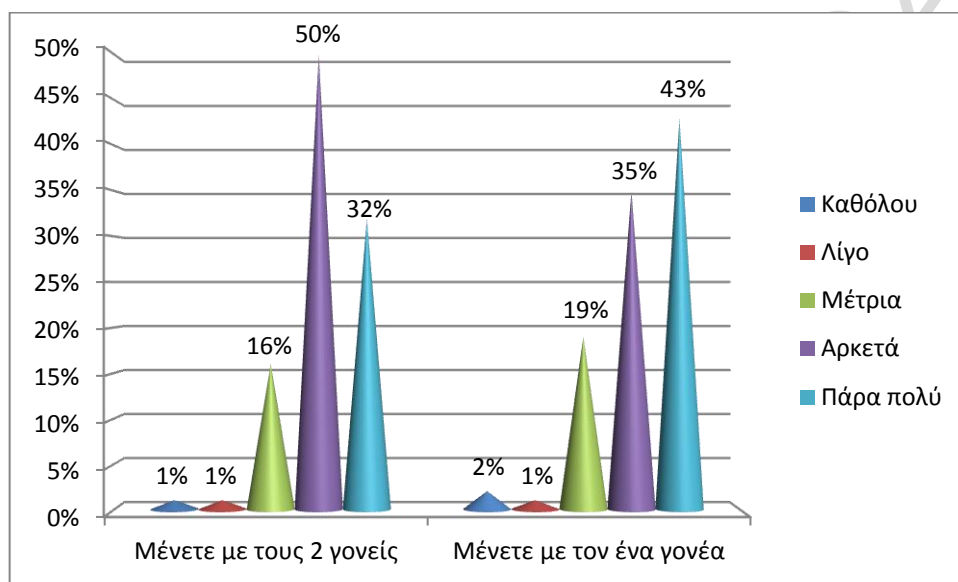
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.16: Πιστεύεις ότι τρέφεσαι σωστά, με όλα τα απαραίτητα γεύματα; (σε σύγκριση με την ηλικία)



## Κεφάλαιο 6: Μελέτη περίπτωσης στα παιδιά

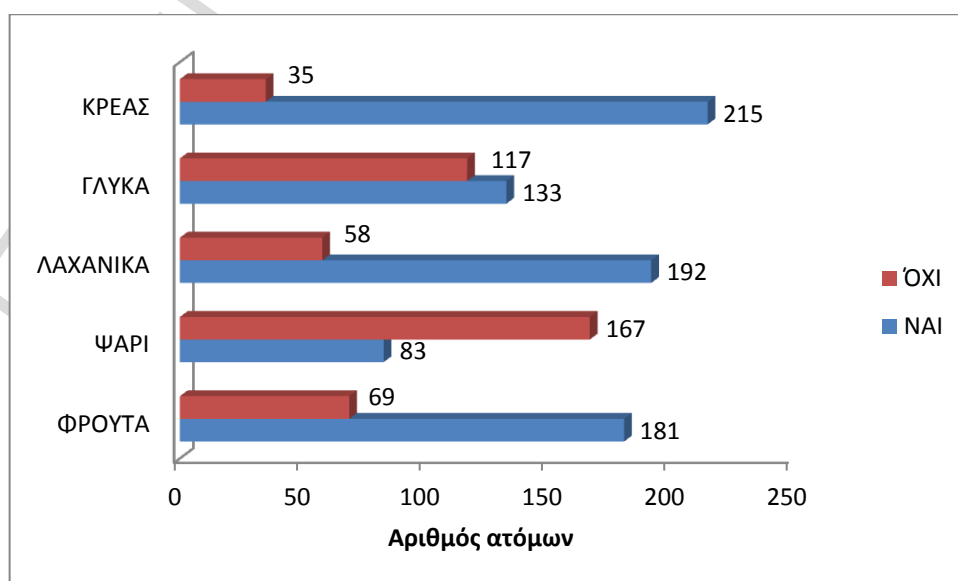
Τα παιδιά μικρότερης ηλικίας έχουν χαμηλότερη εκτίμηση για τη διατροφή τους. Αντίθετα, όσο μεγαλώνουν ηλικιακά τόσο μεγαλύτερο ποσοστό δηλώνει πως τρέφεται αρκετά έως και πάρα πολύ καλά με τα απαραίτητα γεύματα.

*ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.17: Πιστεύεις ότι τρέφεσαι σωστά, με όλα τα απαραίτητα γεύματα; (σε σύγκριση με την οικογενειακή κατάσταση)*



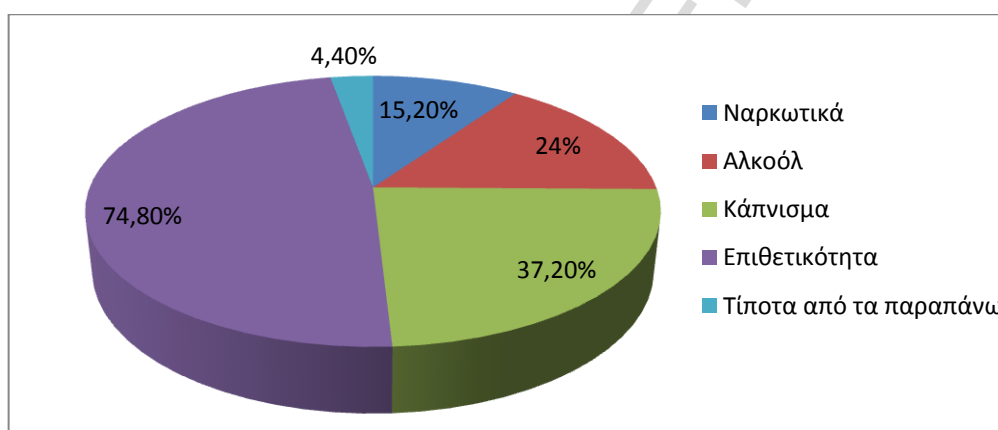
Όπως είναι λογικό τα παιδιά που μένουν και με τους δύο γονείς έχουν σε μεγαλύτερη εκτίμηση την ποιότητα της εβδομαδιαίας διατροφής τους σε σχέση με τα παιδιά των μονογονεϊκών οικογενειών.

*ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.18: Η εβδομαδιαία διατροφή σας περιλαμβάνει:*



Όσον αφορά την εβδομαδιαία διατροφή των παιδιών, παρατηρούμε ότι μόνο το 33,2% συμπεριλαμβάνει στη διατροφή του το ψάρι, θεωρώντας το ως είδος πολυτελείας πλέον, ενώ γνωρίζουμε ότι αποτελεί απαραίτητη θρεπτική αξία για τον οργανισμό. Επιπλέον ένα σημαντικό ποσοστό 46,8% δεν περιλαμβάνει στην εβδομαδιαία διατροφή του τα γλυκά μιας και δεν αποτελεί τροφή ζωτικής σημασίας για τον οργανισμό και κοστίζουν. Επίσης, παρατηρούμε την στροφή προς τις οικονομικές τροφές καθώς το 72% των παιδιών τρέφονται με φρούτα και 76,8% με λαχανικά. Τέλος, η πλειοψηφία των παιδιών (86%) συμπεριλαμβάνουν στην εβδομαδιαία διατροφή τους το κρέας παρ' όλο το κόστος.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.19: Πιστεύετε ότι η οικονομική κρίση ωθεί τους νέους:



Η πλειοψηφία των παιδιών 74,8% (n=187) πιστεύει ότι η οικονομική κρίση ωθεί τους νέους κυρίως στην επιθετικότητα, ακολουθεί το κάπνισμα σε υψηλό ποσοστό 37,2% (n=93), εν συνεχεία το αλκοόλ στο 24% (n=60) και στην τελευταία θέση βρίσκονται τα ναρκωτικά 15,2% (n=38). Ωστόσο μόλις το 4,4% (n=11) των παιδιών θεωρεί ότι η οικονομική κρίση δεν επηρεάζει την συμπεριφορά των νέων στην κατάχρηση ή και στην εγκληματικότητα.



*ΠΙΝΑΚΑΣ 6.5: Πιστεύετε ότι η οικονομική κρίση ωθεί τους νέους σε:  
(σε σχέση με το φύλο)*

		Ναι		Όχι	
		N	Ποσοστό (%)	N	Ποσοστό (%)
Ναρκωτικά	Αγόρια	16	14,68%	93	85,32%
	Κορίτσια	22	15,60%	119	84,40%
Αλκοόλ	Αγόρια	27	24,77%	82	75,23%
	Κορίτσια	33	23,40%	108	76,60%
Κάπνισμα	Αγόρια	38	34,86%	71	65,14%
	Κορίτσια	55	39,00%	86	61,00%
Επιθετικότητα	Αγόρια	83	76,15%	26	23,85%
	Κορίτσια	104	73,76%	37	26,24%

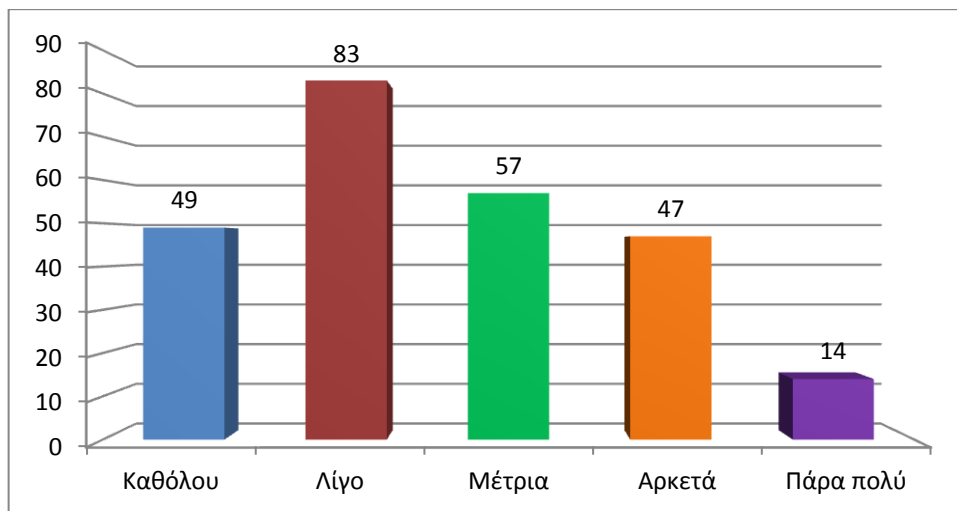
Στον Πίνακα 6.5 φαίνεται ξεκάθαρα ότι οι απόψεις των δύο φύλων είναι σύμφωνες. Η συντριπτική πλειοψηφία τόσο των αγοριών (76,15%) όσο και των κοριτσιών (73,76%) κρίνει ότι η υφιστάμενη κατάσταση της οικονομικής κρίσης έχει συμβάλει στην αύξηση της επιθετικότητας.

*ΠΙΝΑΚΑΣ 6.6: Πιστεύετε ότι η οικονομική κρίση ωθεί τους νέους σε:  
(σε σχέση με την ηλικία)*

	10 έως 12 ετών		13 έως 15 ετών		16 έως 18 ετών	
	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι
Ναρκωτικά	15,00%	85,00%	13,04%	86,96%	17,86%	82,14%
Αλκοόλ	23,91%	76,08%	23,91%	76,09%	24,11%	75,89%
Κάπνισμα	32,61%	67,39%	38,04%	61,96%	38,39%	61,61%
Επιθετικότητα	66,67%	33,33%	77,18%	22,82%	73,22%	26,78%

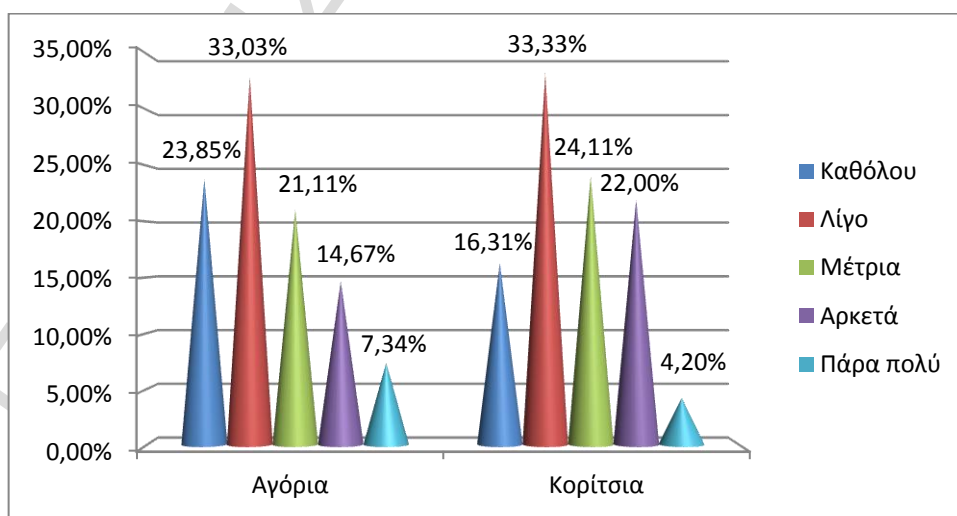
Παρατηρούμε ότι όσο μεγαλώνει η ηλικιακή ομάδα των παιδιών τόσο αυξάνονται και τα ποσοστά ώθησης στις καταχρήσεις. Ωστόσο, όσον αφορά την επιθετικότητα υπάρχει μεγάλη αύξηση στο ποσοστό από την ηλικία των 10 έως 12 (66,67%) μέχρι 13 έως 15 (77,18%).

*ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.20: Έχουν αυξηθεί οι ενδοοικογενειακές εντάσεις λόγω της οικονομικής κρίσης;*



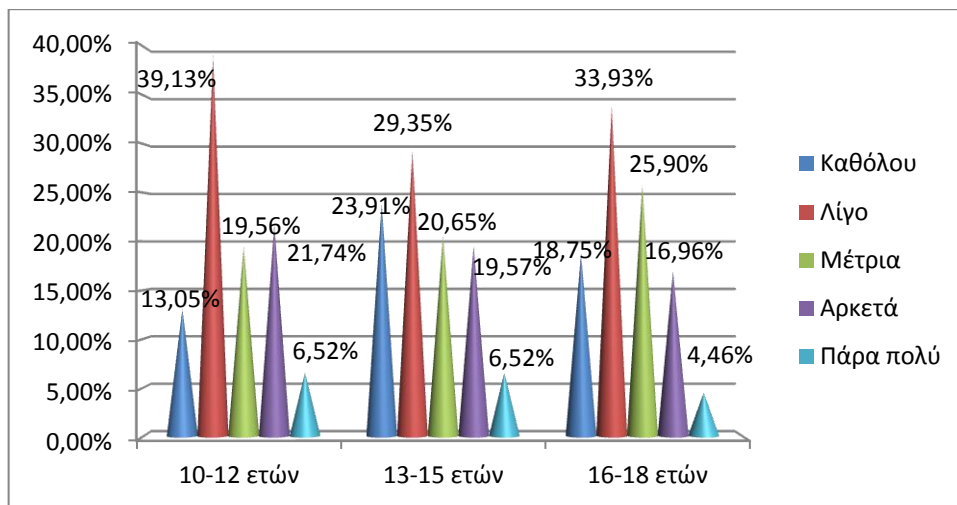
Από το παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι σχεδόν τα μισά παιδιά (47%) απάντησαν ότι έχουν αυξηθεί οι ενδοοικογενειακές εντάσεις από μέτρια έως πάρα πολύ. Επίσης, το 33% δηλώνει ότι έχουν αυξηθεί λίγο, ενώ, μόλις στο 20% δεν παρατηρείται αύξηση των εντάσεων. Από τα δεδομένα αυτά είναι εμφανές πόσο μπορεί να επηρεάσει η αύξηση των ενδοοικογενειακών εντάσεων την ψυχολογία των παιδιών.

*ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.21: Έχουν αυξηθεί οι ενδοοικογενειακές εντάσεις λόγω κρίσης; (σε σχέση με το φύλο)*



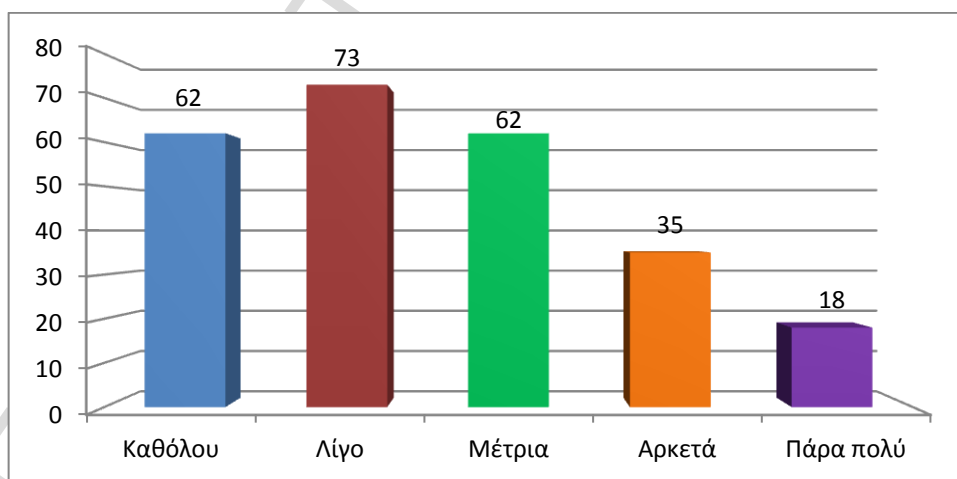
Τα κορίτσια βιώνουν πιο έντονα τις ενδοοικογενειακές εντάσεις από ό,τι τα αγόρια.

*ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.22: Έχουν αυξηθεί οι ενδοοικογενειακές εντάσεις λόγω κρίσης; (σε σχέση με την ηλικία)*



Από το Διάγραμμα 6.22 παρατηρούμε ότι τα παιδιά 10 έως 15 ετών βιώνουν σε εντονότερο βαθμό τις ενδοοικογενειακές εντάσεις (αρκετά και πάρα πολύ). Αντίθετα τα μεγαλύτερα παιδιά 15 έως 18 ετών δηλώνουν μικρότερη αύξηση των εντάσεων.

*ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.23: Έχουν αυξηθεί τα κρούσματα επιθετικότητας, βίας και εγκληματικότητας στο σχολείο;*

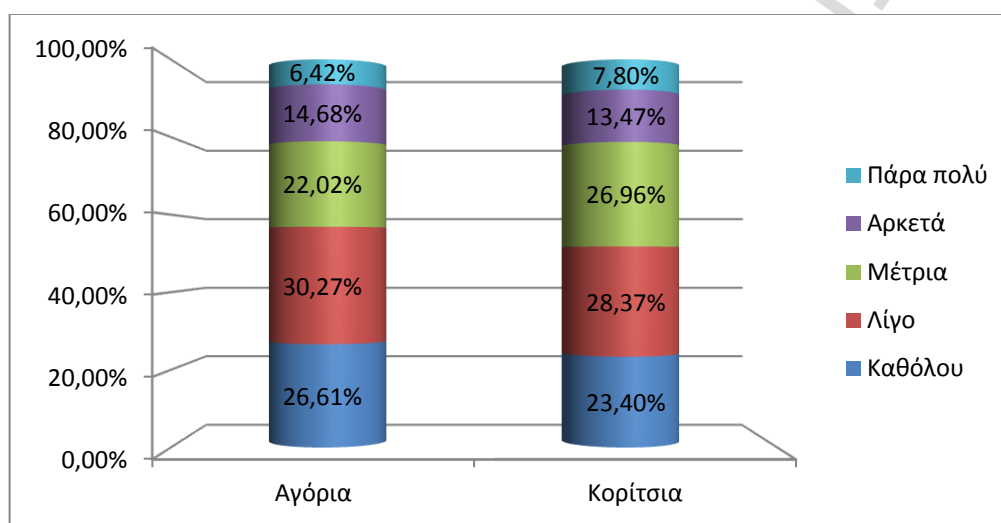


Σύμφωνα με το Διάγραμμα 6.23 υπάρχει αύξηση στα κρούσματα της ενδοσχολικής βίας, της εγκληματικότητας και της επιθετικότητας. Το 46% των μαθητών δήλωσαν ότι αυξήθηκαν από μέτρια έως πάρα πολύ, το 29% δήλωσε μικρή αύξηση και μόνο στο 25% των μαθητών δεν υπήρξαν φαινόμενα αύξησης ενδοσχολικής βίας. Αυτά τα στοιχεία

## Κεφάλαιο 6: Μελέτη περίπτωσης στα παιδιά

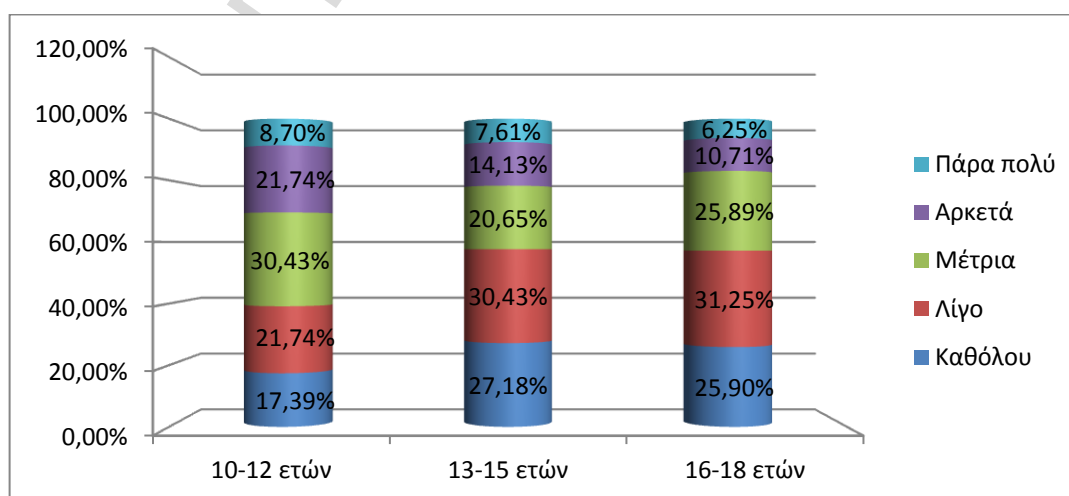
είναι εύκολο να κατανοηθούν καθώς έχουν αυξηθεί και οι ενδοοικογενειακές εντάσεις (οι γονείς αποτελούν πρότυπο για τα παιδιά τους) και επίσης πολλά νοικοκυριά βρίσκονται σε δύσκολη οικονομική κατάσταση, με αποτέλεσμα τα παιδιά να αναγκάζονται να κλέψουν.

*ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.24: Έχουν αυξηθεί τα κρούσματα επιθετικότητας, βίας και εγκληματικότητας στο σχολείο; (σε σχέση με το φύλο)*



Οι απόψεις των δύο φύλων δεν έχουν αξιοσημείωτες αποκλίσεις.

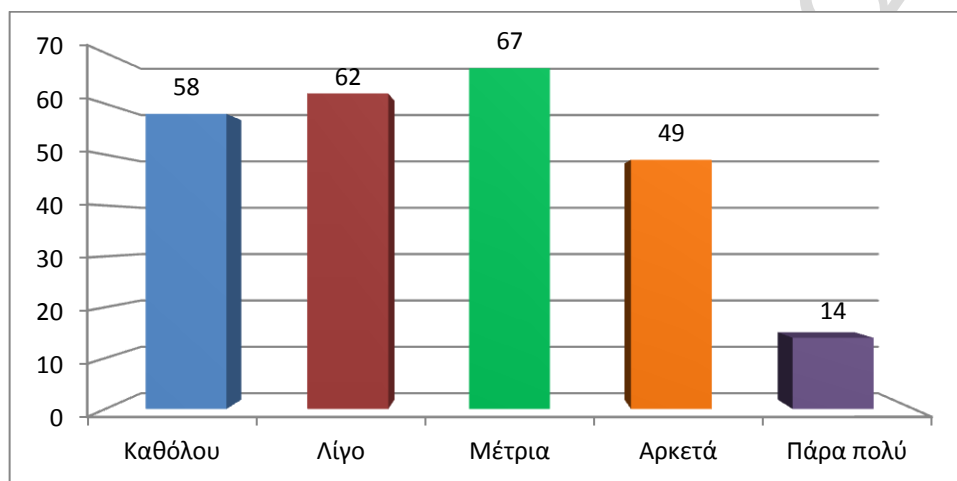
*ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.25: Έχουν αυξηθεί τα κρούσματα επιθετικότητας, βίας και εγκληματικότητας στο σχολείο; (σε σχέση με την ηλικία)*



## Κεφάλαιο 6: Μελέτη περίπτωσης στα παιδιά

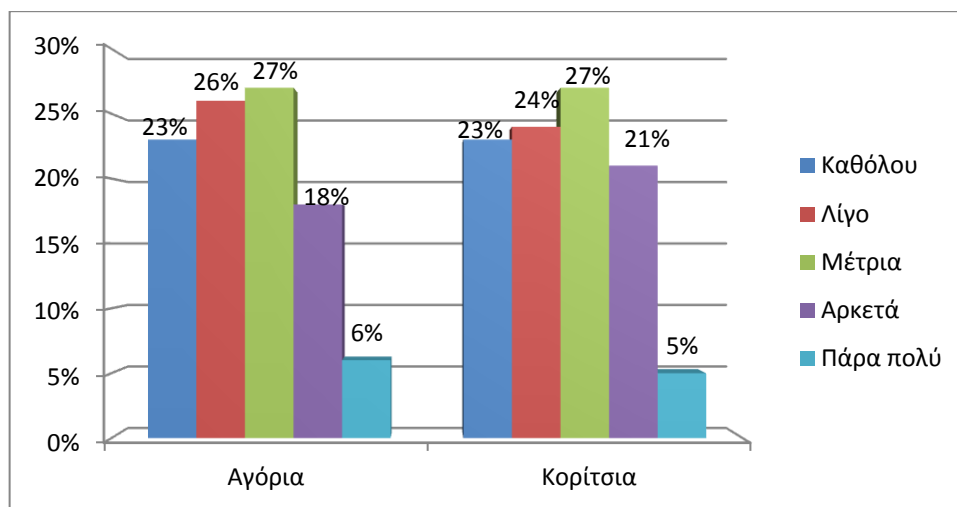
Από το Διάγραμμα 6.25 παρατηρούμε, ότι στα σχολεία των παιδιών που ανήκουν στην μικρότερη ηλικιακή ομάδα έχουν αυξηθεί τα κρούσματα επιθετικότητας, βίας και εγκληματικότητας, εν συγκρίσει με αυτά των μεγαλύτερων παιδιών.

*ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.26: Πιστεύετε ότι η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την ψυχολογική σας κατάσταση;*



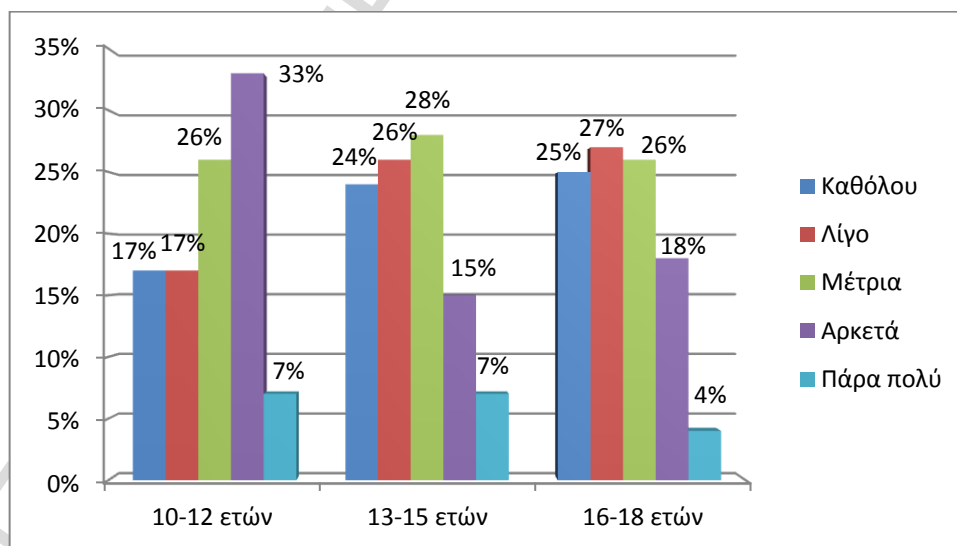
Από το Διάγραμμα 6.26 μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η οικονομική κρίση επηρεάζει την ψυχολογική κατάσταση των παιδιών σε μεγάλο ποσοστό. Συγκεκριμένα, το 25% των παιδιών επηρεάζεται λίγο, το υψηλότερο ποσοστό των παιδιών 27% επηρεάζεται μέτρια, το 20% πολύ και μόλις το 5% πάρα πολύ. Μόνο το 23% των παιδιών δήλωσαν ότι δεν τους έχει επηρεάσει ψυχολογικά η οικονομική κρίση.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.27: Πιστεύετε ότι η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την ψυχολογική σας κατάσταση; (σε σχέση με το φύλο)



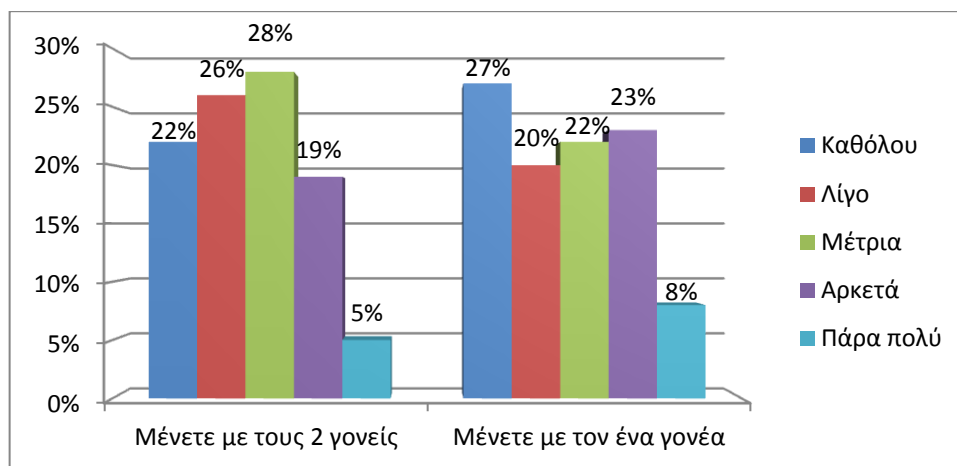
Η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει σχεδόν το ίδιο την ψυχολογική κατάσταση των παιδιών ανεξαρτήτου φύλου.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.28: Πιστεύετε ότι η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την ψυχολογική σας κατάσταση; (σε σχέση με την ηλικία)



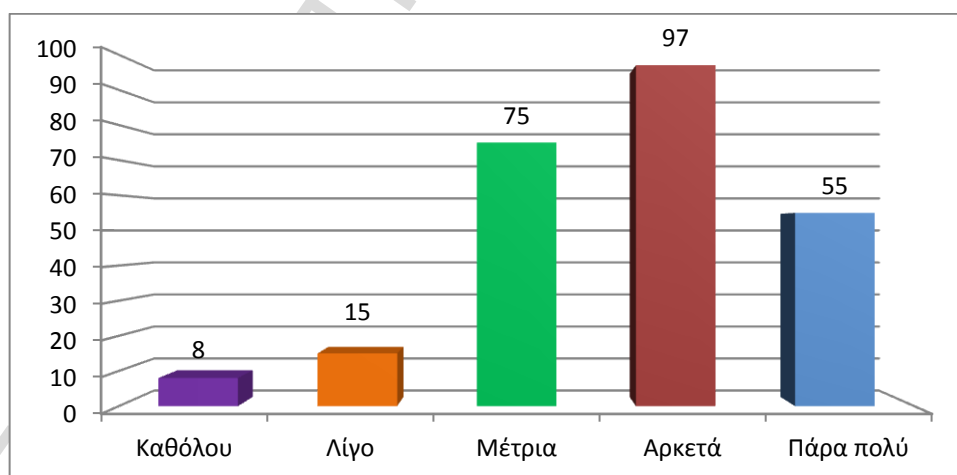
Αξιοσημείωτο είναι ότι τα παιδιά 10 έως 12 ετών δηλώνουν σε μεγάλο ποσοστό (33%) ότι έχει επηρεάσει αρκετά η οικονομική κρίση την ψυχολογική τους κατάσταση. Αντίθετα, μικρό ποσοστό των παιδιών από 13 έως 18 ετών έχουν επηρεαστεί αρκετά ψυχολογικά.

*ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.29: Πιστεύετε ότι η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την ψυχολογική σας κατάσταση; (σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση)*



Η ψυχολογική κατάσταση των παιδιών επηρεάζεται από την οικογενειακή τους κατάσταση. Συγκεκριμένα, τα παιδιά μονογονεϊκών οικογενειών δηλώνουν σε εντονότερο βαθμό (αρκετά και πάρα πολύ) την επίπτωση της οικονομικής ύφεσης στην ψυχολογική τους κατάσταση. Από την άλλη τα παιδιά που μένουν με τους δύο γονείς τους δηλώνουν μικρότερη επίδραση (λίγο, μέτρια) στην ψυχολογική τους κατάσταση.

*ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.30: Νιώθετε χαρούμενος-ευτυχισμένος;*

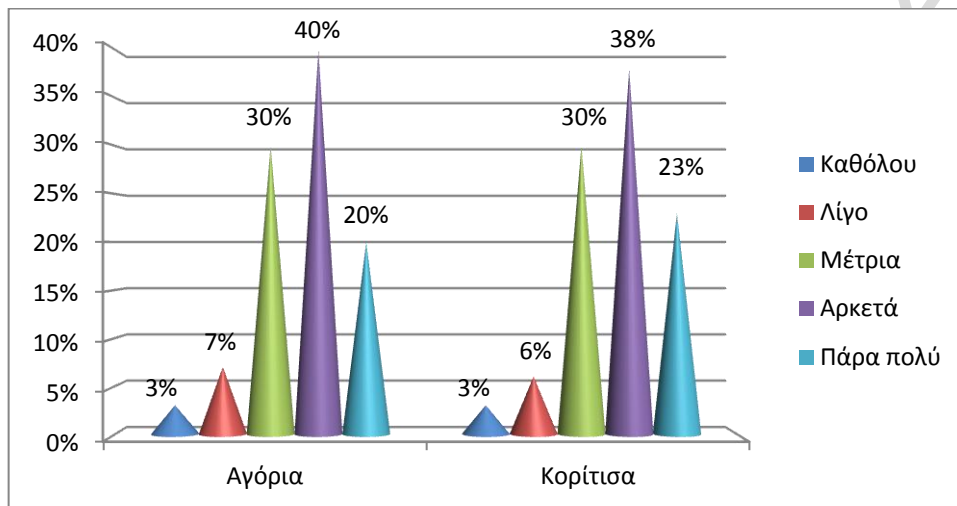


Τα δεδομένα από τη συγκεκριμένη ερώτηση είναι ευχάριστα. Ένα πολύ μικρό ποσοστό των παιδιών δεν νιώθουν χαρούμενα 9% (n=23), αντιθέτως το 61% (n=152) απαντάει ότι είναι αρκετά έως πάρα πολύ χαρούμενο. Αυτό που μπορεί να μας προβληματίσει είναι το 30% (n=75) των παιδιών που δήλωσαν ότι είναι μέτρια χαρούμενα. Για τις ηλικίες αυτές

## Κεφάλαιο 6: Μελέτη περίπτωσης στα παιδιά

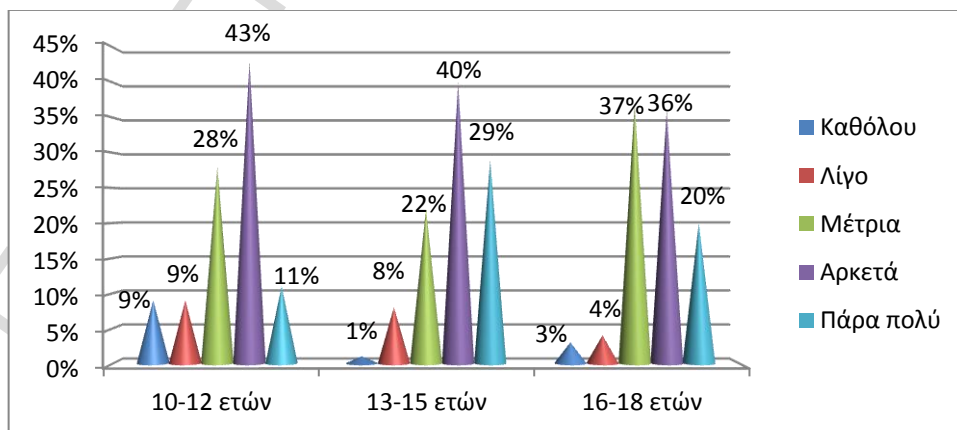
είναι ανησυχητικό ως ποσοστό αλλά δεδομένης της υφιστάμενης οικονομικής κατάστασης δικαιολογείται.

*ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.31: Νιώθεις χαρούμενος-ευτυχισμένος;  
(σε σχέση με το φύλο)*



Οι απαντήσεις καθόλου, λίγο και μέτρια είναι παρόμοιες στα δύο φύλα. ωστόσο, σε μεγαλύτερο ποσοστό τα αγόρια νιώθουν αρκετά χαρούμενα, ενώ τα κορίτσια είναι αυτά που νιώθουν πάρα πολύ χαρούμενα.

*ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.32: Νιώθεις χαρούμενος-ευτυχισμένος;  
(σε σχέση με την ηλικία)*

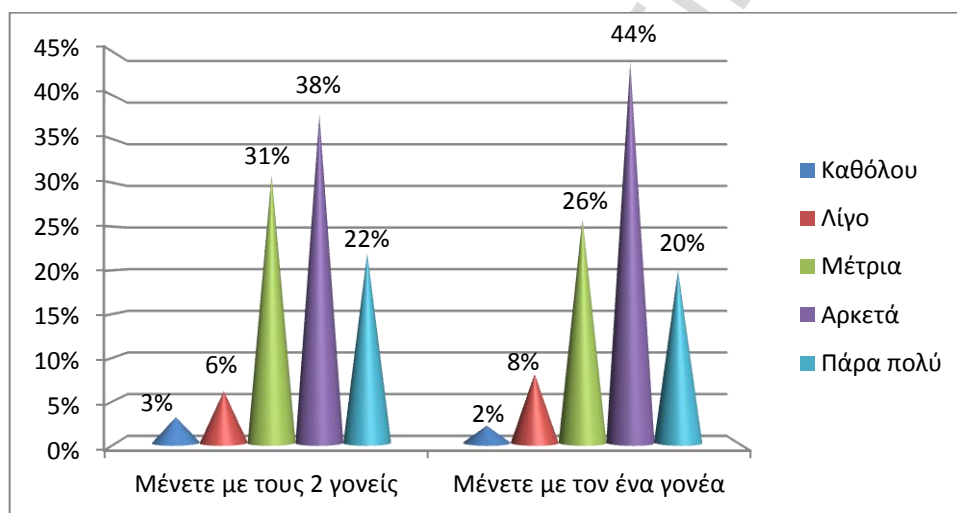


Στο Διάγραμμα 6.32 διακρίνεται ότι τα μικρότερα παιδιά (10 έως 12 ετών) νιώθουν λίγο ή καθόλου χαρούμενα, σε μεγαλύτερο ποσοστό από αυτό των μεγαλύτερων ηλικιακά



παιδιών. Από την άλλη πλευρά, πάνω από το 50% των παιδιών (ανεξαρτήτου ηλικίας), δηλώνουν αρκετά έως πάρα πολύ χαρούμενα. Επιπλέον, υψηλά ποσοστά εντοπίζονται στη μεσαία κατηγορία (μέτρια χαρούμενος), όπου παρατηρείται το ποσοστό 28% στα μικρότερα παιδιά, σημειώνεται πτώση στα παιδιά 13 έως 15 ετών σε 22% και ακολουθεί ανοδική πορεία (37%) στα μεγαλύτερα παιδιά. Αυτό μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός ότι η μεσαία ηλικιακή κατηγορία βιώνει την πιο έντονη φάση της εφηβείας, κατά τη διάρκεια της οποίας τα παιδιά είναι περισσότερο ευαίσθητα συναισθηματικά.

*ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.33: Νιώθεις χαρούμενος-εντυχισμένος;  
(σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση)*



Απρόσμενα μεγαλύτερο είναι το ποσοστό των παιδιών που νιώθουν αρκετά χαρούμενα και μένουν με τον ένα γονέα από αυτό των παιδιών που κατοικούν και με τους δύο γονείς τους. Στις υπόλοιπες απαντήσεις η οικογενειακή κατάσταση δεν αποτελεί προσδιοριστικό παράγοντα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΕΞΥΓΙΑΝΣΗΣ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ

#### 7.1 Εισαγωγή

Όπως έχει ήδη επισημανθεί, η οικονομική κρίση και τα προγράμματα διεθνούς οικονομικού ελέγχου, τα οποία χαρακτηρίζονται από περιστολή της δημόσιας δαπάνης για την υγεία, προκαλούν επιδείνωση του επιπέδου υγείας (αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας, μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης), δυσχέρεια στην πρόσβαση και την αναγκαία χρήση υπηρεσιών υγείας και μείωση της ιατρικής αποτελεσματικότητας. Όλα τα παραπάνω προβλήματα, κατανέμονται διαφορετικά στην κοινωνική κλίμακα (με επιβάρυνση των μη ευνοημένων κοινωνικών ομάδων), εξαιτίας της ανάδυσης παραγόντων κινδύνου, οι οποίοι προσδιορίζονται από το κοινωνικό και οικονομικό πλαίσιο.

Είναι προφανές ότι απαιτούνται σαφή και αποτελεσματικά μέτρα και πολιτικές προστασίας της υγείας για την αντιμετώπιση των φαινομένων αυτών και την ανάδειξη της υγείας ως θεμελιώδους συνιστώσας για τη διατήρηση της απειλούμενης κοινωνικής συνοχής στη χώρα. Προς αυτή την κατεύθυνση, οι κοινωνικές ομάδες, οι οποίες βρίσκονται σε κίνδυνο (άνεργοι, χρονίως πάσχοντες, ηλικιωμένοι, γυναίκες), και οι κύριοι παράγοντες κινδύνου (ανεργία, χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, κάπνισμα, χρήση οινοπνευματωδών, κακή διατροφή, άγχος) συγκροτούν τη βάση θεμελίωσης πολιτικών αντιμετώπισης της φτώχειας και των επιπτώσεών της στην υγεία και ο βασικός και κατάλληλος μηχανισμός είναι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Συνεπώς, είναι προφανές ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας συνιστά τη μεταρρυθμιστική «αιχμή» στην παρούσα φάση, δεδομένου ότι συνδέεται, επίσης με τις πολιτικές ελέγχου των μειζόνων παραγόντων κινδύνου για την υγεία και, επίσης, με τη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων.

## 7.2 Ο έλεγχος των παραγόντων κινδύνου

Η επιδείνωση των δεικτών υγείας, εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, με τη συνεπαγόμενη αύξηση της επίπτωσης στην ισχαιμική καρδιοπάθεια, την κατάθλιψη και τις αυτοκτονίες, συνιστούν ύψιστη προτεραιότητα. Η συμβολή των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και των δικτύων της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για τον έλεγχο των παραγόντων κινδύνου για τα νοσήματα αυτά είναι άμεση, επιτακτική και πρέπει να αποτελέσει κορυφαία επιλογή της εθνικής πολιτικής υγείας. Συγκεκριμένα, συνιστάται ο προσανατολισμός της εθνικής υγειονομικής πολιτικής σε μέτρα δημόσιας υγείας και αλλαγής των στάσεων και των συμπεριφορών απέναντι στους παράγοντες κινδύνου για την υγεία. Έμφαση δίνεται στην εισαγωγή μέτρων περιορισμού του καπνίσματος, της χρήσης οινοπνευματωδών και την κατανάλωση λιπαρών τροφών υψηλής περιεκτικότητας σε άλας, κυρίως μέσω της θέσπισης αναλογικής ειδικής φορολογίας.

Επιπλέον, όσο παρατείνεται η απουσία εθνικής πολιτικής για τα ναρκωτικά καθώς και η μείωση των κονδυλίων παρά τις δεσμεύσεις για την ενίσχυση ευάλωτων ομάδων, στενεύουν τα περιθώρια για αισιοδοξία. Πρέπει να γίνει αντιληπτό ότι η κοινωνική επένδυση στη θεραπεία απεξάρτησης είναι θετικά ανταποδοτική καθώς εξοικονομεί πόρους από τη μείωση της παραβατικότητας, την ένταξη των απεξαρτημένων στην αγορά εργασίας και τη μειωμένη χρήση υπηρεσιών σωματικής και ψυχικής υγείας. Τα χρήματα που κόβονται από την απεξάρτηση η κοινωνία θα τα πληρώσει πολλαπλάσια<sup>80</sup>.

Μια εκτεταμένη ανασκόπηση για την αξιολόγηση μέτρων και πολιτικών δημόσιας υγείας, η οποία προσφέρει επαρκή τεκμήρια για την ανάδειξη ιεραρχήσεων και προτεραιοτήτων στην πολιτική υγείας και, εμμέσως, των καταλλήλων εργαλείων για την εφαρμογή τους παρουσιάζεται στον Πίνακα 7.1.

---

<sup>80</sup> Διαθέσιμο: <http://health.in.gr/news/various/article/?aid=1231114640>

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.1: Αξιολόγηση προγραμμάτων και παρεμβάσεων δημόσιας υγείας

Ιδιαίτερα αποτελεσματικά ως προς το κόστος (<\$10.000/DALY)		
Μεγάλη επίδραση στην υγεία	Μέτρια επίδραση στην υγεία	Μικρή επίδραση στην υγεία
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Φορολογία οινοπνεύματος, καπνού και «μη υγιεινών τροφών»</li> <li>• Περιορισμός της ποσότητας αλατιού στα επεξεργασμένα τρόφιμα</li> <li>• Πιο αποδοτική θεραπεία της αρτηριακής πίεσης και της χοληστερόλης με τη χρήση               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Φθηνότερων φαρμάκων</li> <li>➢ Καλύτερη διαχείριση των ασθενών</li> </ul> </li> <li>• Δακτύλιος για την αντιμετώπιση της παχυσαρκία</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δράσεις αγωγής και προαγωγής της φυσικής άσκησης (δημιουργία πάρκων με όργανα γυμναστικής)</li> <li>• Φαρμακευτικά σκευάσματα για τη διακοπή του καπνίσματος</li> <li>• Προσυμπτωματικοί έλεγχοι γυναικών για την οστεοπόρωση</li> <li>• Προσυμπτωματικοί έλεγχοι διαβητικών για χρόνια νεφρική νόσο</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Φθορίωση πόσιμου νερού</li> <li>• Εμβολιασμός κατά της Ηπατίτιδας Β</li> </ul>
Αποτελεσματικά ως προς το κόστος (\$10.000-50.000/DALY)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εμβολιασμός HPV και Pap test</li> <li>• Προσυμπτωματικοί έλεγχοι για το διαβήτη σε συνδυασμό με παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής</li> <li>• Προσυμπτωματικοί έλεγχοι για χρόνια νεφρική νόσο σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή</li> <li>• Δράσεις διαίτας και άσκησης για τα υπέρβαρα άτομα</li> </ul>		
Δεν προτείνεται		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• PSA test για καρκίνο του προστάτη</li> <li>• Φαρμακευτική αγωγή για απώλεια βάρους</li> <li>• Δράσεις για την κατανάλωση περισσότερων φρούτων και λαχανικών</li> <li>• Λήψη ασπιρίνης για την πρόληψη των καρδιαγγειακών νόσων</li> <li>• Δράσεις κατά των ναρκωτικών στα σχολεία</li> </ul>		

Πηγή: University of Queensland, Australia, School of Population Health: The ACE-Prevention-Assessing Cost-Effectiveness in Prevention Report and Presentation, September 2010.<sup>81</sup>

<sup>81</sup> Διαθέσιμη: <http://www.sph.uq.edu.au/bodce-ace-prevention>

### 7.3 Η διαχείριση των ψυχικών νοσημάτων

Η μεγάλη οικονομική κρίση αντιπροσωπεύει μια μεγάλη πρόκληση για την κοινωνία. Αποτελεί μια δοκιμασία για το πολιτικό και κοινωνικό σύστημα και απαιτεί από την κοινωνία να δείξει και να αναπτύξει την ικανότητά της για προσαρμογή και ανανέωση. Αποφεύγοντας την ψυχιατροποίηση των κοινωνικών προβλημάτων, είναι σημαντικό να μη παραγνωρίζονται οι επιπτώσεις των κοινωνικών φαινομένων στη ψυχική υγεία του ατόμου. Εκ τούτου κρίνεται σημαντικό να σχεδιαστούν εκείνες οι παρεμβάσεις που θα βοηθήσουν στην καλύτερη αντιμετώπιση της κρίσης σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο.

Η πρωτογενής παρέμβαση χρειάζεται να εμπεριέχει τη δημιουργία κρατικών επιδοτούμενων προγραμμάτων επαγγελματικής επανεκπαίδευσης με σκοπό την επανένταξη των ανέργων στην αγορά εργασίας, καθώς επίσης και προγράμματα ανάπτυξης δεξιοτήτων για μεγαλύτερη δυνατότητα επαγγελματικής ευελιξίας. Επιπλέον, οι ήπιες πολιτικές για τη σταδιακή αλλαγή του πλαισίου της αγοράς εργασίας, όπως μετακινήσεις θέσεων, μείωση ωρών εργασίας, άδειες με μειωμένες αποδοχές, θα βοηθήσουν δίνοντας τον απαιτούμενο χρόνο και τη στήριξη για τη δύσκολη προσαρμογή.

Η δευτερογενής παρέμβαση χρειάζεται να αφορά την προαγωγή διαχείρισης του στρες και των ψυχοπιεστικών καταστάσεων που βιώνει το άτομο, μέσω συμβουλευτικών προγραμμάτων οικονομικής διαχείρισης, ψυχολογικής υποστήριξης και επαγγελματικού προσανατολισμού. Κλειδί στο επίπεδο της δευτερογενούς πρόληψης αποτελεί η ενίσχυση του συστήματος υγείας για την έγκαιρη αντιμετώπιση των ψυχιατρικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η προστασία επίσης, των ατόμων που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο κρίνεται σκόπιμο να βρίσκεται στο κέντρο της κινητοποίησης, ενεργοποιώντας τη δράση όλων των κοινωνικών δικτύων ασφαλείας (αθλητικοί όμιλοι, εμπορικές ενώσεις, φιλανθρωπικές οργανώσεις, εκκλησία, οικογένεια, φίλοι) για την υποστήριξη των ατόμων αυτών. Ιδιαίτερως κρίσιμη κρίνεται και η διατήρηση της κοινωνικής συνοχής, μέσω και της κοινωνικής προστασίας των ευπαθών ομάδων.

Η τριτογενής παρέμβαση χρειάζεται να εστιαστεί στην αποκατάσταση της υγείας των πληγέντων, αλλά και στην οικονομική ενίσχυση αυτών, διασφαλίζοντας τις ελάχιστες ικανές συνθήκες διαβίωσης. Τα επιδόματα ανεργίας, αλλά και τα ενεργά προγράμματα στήριξης της αγοράς εργασίας μπορούν να αποδειχθούν ιδιαίτερα εργαλεία για τη στήριξη και την επανένταξη των πληγέντων.

#### 7.4 Η διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων

Στην παρούσα συγκυρία, η επιδημιολογική μεταβολή, δηλαδή η μετάβαση του νοσολογικού προτύπου από τα (οξεία) λοιμώδη νοσήματα στα (χρόνια) εκφυλιστικά νοσήματα τα οποία συνοδεύουν τον ασθενή διά βίου, σε συνδυασμό με τη δημογραφική γήρανση του πληθυσμού, έχει καταστήσει αυτού του τύπου τη νοσηρότητα ως την ύψιστη απειλή για το επίπεδο υγείας των προηγμένων κοινωνιών, συνυπολογιζόμενης της επέκτασης της συννοσηρότητας, η οποία έχει σημαντικές κλινικές και οικονομικές επιπτώσεις. Ως εκ τούτου, τα χρόνια νοσήματα συνιστούν τον κύριο παράγοντα επιβάρυνσης των υγειονομικών υπηρεσιών, εξαιτίας της υψηλής ζήτησης και της δαπανηρής διαχείρισης.

Η κατάσταση στην Ελλάδα δεν είναι διαφορετική, δεδομένου ότι μείζονα χρόνια νοσήματα όπως η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η οστεοπόρωση και η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια επιφέρουν σημαντική επιβάρυνση στα οικονομικά του συστήματος υγείας.

Η γενική φιλοσοφία αντιμετώπισης της νοσηρότητας υπό την οπτική της διαχείρισης των χρόνιων νοσημάτων αποσκοπεί στη συνέχεια της φροντίδας με στόχο την αναστολή της προόδου της νόσου και την αποφυγή μελλοντικών επεισοδίων, έναντι της μεμονωμένης αντιμετώπισης των επεισοδίων ή των εξάρσεων. Είναι προφανές ότι το πεδίο αυτό αποτελεί κατεξοχήν πλεονεκτική περιοχή για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και την εμπλοκή διαφορετικών υγειονομικών ειδικοτήτων και κυρίως της νοσηλευτικής, στη διαδικασία της φροντίδας. Προς αυτή την κατεύθυνση η ανασυγκρότηση των υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης αποκτά ένα επιπρόσθετο και μείζονος σημασίας επιχείρημα.

### 7.5 Ο προσυμπτωματικός έλεγχος<sup>82</sup>

Σε κοινή βάση, με τον έλεγχο των παραγόντων κινδύνου και τη διαχείριση των χρονίων νοσημάτων, υψηλή προτεραιότητα συνιστά, επίσης, η εισαγωγή ενός εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου υπό πλήρη ασφαλιστική κάλυψη, για την ανίχνευση υποκλινικών μορφών για τα μείζονα νοσήματα, αποφέροντας θετική αξία σε ιατρικούς και οικονομικούς όρους.

Στην προσπάθεια εκκίνησης επιστημονικού και πολιτικού διαλόγου για την εισαγωγή πληθυσμιακών προσυμπτωματικών ελέγχων έχει εκπονηθεί και προταθεί ένα σχέδιο, σχετικά με τα νοσήματα τα οποία αποτελούν τις προτεραιότητες ενός τέτοιου προγράμματος και τα συνεπαγόμενα οικονομικά δεδομένα (Σκρουμπέλος και Κυριόπουλος, 2010). Η μελέτη, με τη συναινετική υποστήριξη μιας ομάδας ειδικών, κατέληξε σε μια ολοκληρωμένη στρατηγική προσυμπτωματικού ελέγχου για τη χώρα, η οποία συνίσταται από τα ακόλουθα πέντε προγράμματα εθνικής εμβέλειας και τους αντίστοιχους στόχους τους:

- Προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού, παρέχοντας κλινική εξέταση και μαστογραφία.
- Προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, διεξάγοντας κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου και γενετική δοκιμασία HPV.
- Προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του παχέος εντέρου, διενεργώντας τη δοκιμασία της λανθάνουσας αιμορραγίας των κοπράνων.
- Προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου για ενδεχόμενο κίνδυνο ρήξης ανευρύσματος κοιλιακής αορτής μέσω υπερηχογραφήματος.
- Προγράμματα αγγειακού ελέγχου, το οποίο αποσκοπεί στην πρόληψη καρδιαγγειακών νοσημάτων, διαβήτη και παθήσεων του νεφρού καθώς και την αποτροπή εγκεφαλικών επεισοδίων. Ο πληθυσμός-στόχος καλείται για μέτρηση αρτηριακής πίεσης, δείκτη μάζας σώματος και διεξάγει εργαστηριακές εξετάσεις για χοληστερόλη, γλυκόζη ή κρεατίνη.

---

<sup>82</sup> Κυριόπουλος Γ., 2011

Διαθέσιμο:

[http://www.nsph.gr/files/009\\_Oikonomikon\\_Ygeias/%CE%9A%CE%B5%CE%AF%CE%BC%CE%B5%CE%BD%CE%BF%20%CE%9A%CE%B1%CE%B8%20%CE%9A%CF%85%CF%81%CE%B9%CF%8C%CF%80%CE%BF%CF%85%CE%BB%CE%BF%CF%85.pdf](http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/%CE%9A%CE%B5%CE%AF%CE%BC%CE%B5%CE%BD%CE%BF%20%CE%9A%CE%B1%CE%B8%20%CE%9A%CF%85%CF%81%CE%B9%CF%8C%CF%80%CE%BF%CF%85%CE%BB%CE%BF%CF%85.pdf)

### 7.6 Συμπληρωματικές προτάσεις<sup>83</sup>

- Ο σχεδιασμός σε νέα βάση για να στηριχθεί το σύστημα των συγχωνεύσεων των νοσοκομείων μέσα από τη χρηματοοικονομική δυνατότητα του ΕΟΠΥΥ.
- Η θεσμοθέτηση της ιατρικής συνταγής ως το απαραίτητο φίλτρο ελέγχου της φαρμακευτικής περίθαλψης που θα πατάξει την πολυφαρμακία, θα μειώσει την ανθεκτικότητα των αντιβιοτικών και θα περιορίσει τις δαπάνες φαρμάκου στους χρήστες υγείας.
- Η ορθολογικότερη παραπομπή και εκτέλεση ιατρικών εργαστηριακών εξετάσεων, βάσει κλινικής εξέτασης και διάγνωσης του θεράποντος ιατρού.
- Η αντιμετώπιση του ιατρικού πληθωρισμού μέσα από έναν άρτια δομημένο υγειονομικό χάρτη.

### 7.7 Η ανάκτηση της κοινωνικής δικαιοσύνης και της ισότητας

Τα τελευταία χρόνια έχουν ενταθεί σε εκρηκτικό βαθμό οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην υγεία, με διαφορές στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και στο επίπεδο νοσηρότητας και θνησιμότητας. Δεδομένου αυτού του προβλήματος απαιτούνται σημαντικές δράσεις για την περιστολή του. Μεταξύ αυτών, η διασφάλιση ευχερούς πρόσβασης κυρίως στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τα διαφορετικά ποσοστά συμμετοχής στο βάρος χρηματοδότησης της υγειονομικής δαπάνης με κανόνα την ανάλογη σχέση με το εισόδημα και την αντιστρόφως ανάλογη με την ανάγκη και τη βαρύτητα της νόσου, καθώς επίσης και η ανάπτυξη υποστηρικτικών παρεμβάσεων στα μ ευνοημένα εισοδηματικά στρώματα συνιστούν προτεραιότητες και δράσεις, οι οποίες θεωρούνται από τις πλέον αποτελεσματικές.

Στο πλαίσιο αυτό, οι πληττόμενες κοινωνικές ομάδες του πληθυσμού (άνεργοι, ηλικιωμένοι, χρονίως πάσχοντες, άτομα με εισόδημα κάτω από το όριο τα φτώχειας και άλλοι) μπορεί να έχουν ελεύθερη πρόσβαση κυρίως στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (και γενικά στο υγειονομικό σύστημα) και να καλύπτονται, από ασφαλιστική και ιατρική άποψη, σύμφωνα με τα μέτρα τα οποία έχουν εκτεθεί προηγουμένως.

<sup>83</sup> Στην Κεντρική Στρογγυλή Τράπεζα του 8ου Πανελληνίου Συνεδρίου της ΕΣΔΥ "Οικονομία και Υγεία σε Κρίση: Αδιέξοδα και Υπερβάσεις" μίλησε για την επόμενη μέρα στο χώρο της Υγείας, ο Πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών κ. Γιώργος Πατούλης.



Αυτή η σειρά των παρεμβάσεων αναμένεται να επιφέρει σημαντικές μεταβολές στη διαμονή και κατανάλωση υπηρεσιών υγείας και να συμβάλει στην άμβλυνση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία και ως εκ τούτου στη μεγιστοποίηση του υγειονομικού οφέλους.

Ένα επιπλέον πρόβλημα που προκύπτει είναι η μη δίκαιη συμμετοχή στο χρηματοδοτικό βάρος, (Κυριόπουλος κ.ά., 2003) μεταξύ των διαφόρων κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων. Η μετατόπιση των οικονομικών βαρών προς ένα πιο προοδευτικό σύστημα εισφορών (με τη φορολογική έννοια του όρου) είναι προφανώς απαραίτητη, καθώς επίσης και η συσχέτισή του με ένα μεικτό σύστημα ασφαλιστικών εισφορών (συνδυασμός του αριθμού των εργαζομένων και της προστιθέμενης αξίας της παραγωγής μιας επιχείρησης). Προς την κατεύθυνση αυτή, το φαινόμενο της ιδιωτικής δαπάνης υγείας και των παραπληρωμών, το οποίο κυρίως ενοχοποιείται για την κατάσταση της μη δίκαιης κατανομής των βαρών, είναι αναγκαίο να ελεγχθεί και να αντιμετωπιστεί. Προς επίτευξη αυτού του σκοπού, η ενσωμάτωση των πληρωμών αυτών στην «επίσημη» χρηματοδοτική διαδικασία (με τη μορφή συνασφάλισης ή/και συμπληρωμής) είναι επιβεβλημένη με το κριτήριο τα ανάλογης σχέσης με το εισόδημα και της αντιστρόφως ανάλογης σχέσης με την ανάγκη, ώστε να υπηρετείται ταυτοχρόνως και το κριτήριο της ισότητας.

Εξίσου σημαντικό με τα προηγούμενα προβλήματα είναι το θέμα της αντίστροφης δαπάνης για την υγεία<sup>84</sup>, η οποία υπολογίζεται ότι αντιστοιχεί στο 2,5% στον εξόδων των νοικοκυριών. Η αντιμετώπιση αυτού του ζητήματος επιτυγχάνεται με τη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής μέσω της συγκρότησης ενός μηχανισμού στήριξης σε υπηρεσίες υγείας και στη συνέχεια αναπλήρωσης του απολεσθέντος εισοδήματος των πληγέντων, με την εισαγωγή μιας συμπληρωματικής ασφαλιστικής δέσμης αποφυγής και αντιμετώπισης των καταστροφικών δαπανών, στα πλαίσια του ενιαίου ασφαλιστικού σχήματος υγείας ή/και δυνητικά εκτός αυτού με τη μορφή προνοιακής παρέμβασης ή ακόμη κλασικής συμπληρωματικής ασφάλισης δημόσιου, κοινωνικού ή ιδιωτικού χαρακτήρα.

---

<sup>84</sup> Η αντίστροφη δαπάνη για την υγεία είναι: η δαπάνη η οποία ανακύπτει από σημαντικά ή/και αιφνίδια προβλήματα υγείας και εκτείνεται σε τέτοιο σημείο, ώστε να απειλείται η οικονομική βιωσιμότητα των νοικοκυριών

## 7.8 Η αναζήτηση της αποδοτικότητας

- Η κατανομή των πόρων

Συνιστά κορυφαίο πολιτικό ζήτημα, δεδομένου ότι δι' αυτού προσδιορίζονται η ιεράρχηση και οι προτεραιότητες για την κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού, περιορίζοντας γεωγραφικές ανισότητες, ελέγχοντας το κόστος και συγκρατώντας τις δαπάνες.

- Ο έλεγχος της προσφοράς

Τα αγαθά και οι υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης προσδιορίζονται από ειδικά χαρακτηριστικά, όπως είναι η έλλειψη ανταγωνισμού μεταξύ των καταναλωτών και η απουσία της δυνατότητας εξαίρεσης και αποκλεισμού μη επιθυμητών καταναλωτών (Rice, 2003). Επειδή τα χαρακτηριστικά αυτά είναι συνήθη στην ιατρική περίθαλψη και, ακόμη, επειδή παραγωγή είναι περιορισμένη, η ιατρική περίθαλψη αντιμετωπίζεται ως «δημόσιο αγαθό», αλλά δεν είναι ελεύθερο αγαθό και ως εκ τούτου υπόκειται στους περιορισμούς παραγωγής, διανομής και κατανάλωσης των συνήθων αγαθών και υπηρεσιών. Επιπλέον, παράγεται μια σχέση αντιπροσώπευσης<sup>85</sup> των καταναλωτών (ασθενείς και πολίτες) από τους προμηθευτές (γιατροί και νοσοκομεία), η οποία ωθεί στην επικυριαρχία του ιατρικού συλλογικού μονοπωλίου και την προκλητή ζήτηση (Roemer, 1961). Συνεπώς, αποτελεί επιτακτική ανάγκη ο έλεγχος της προσφοράς.

- Η ανάπτυξη του υγειονομικού τομέα

Το υγειονομικό σύστημα αποτελεί τον μεγαλύτερο τομέα απασχόλησης στη χώρα, με μεγάλη συμβολή στην κοινωνική παραγωγή και το ΑΕΠ. Είναι αναγκαίο λοιπόν, να προσδιοριστούν οι προτεραιότητες της επενδυτικής πρωτοβουλίας σύμφωνα με την ανάγκη ανταπόκρισης στα προβλήματα υγείας του πληθυσμού. Η αναπτυξιακή και επενδυτική διαδικασία στον υγειονομικό τομέα έχει μείζονα οικονομική σημασία με σημαντικές προκλήσεις στο εισόδημα και την απασχόληση, δεδομένου ότι η χώρα διαθέτει ανταγωνιστικά συγκριτικό πλεονέκτημα στη φαρμακευτική βιομηχανία επωνύμων γενοσήμων φαρμάκων, στις ιαματικές πηγές και στη βιομηχανία τουρισμού, πεδία τα οποία σε συνδυασμό με το συγκριτικά χαμηλό κόστος μπορεί να αναδειχθούν σε

---

<sup>85</sup> οι επαγγελματίες υγείας είναι αυτοί που θα καθορίσουν και θα ζητήσουν το σύνολο των υπηρεσιών τις οποίες θα χρειαστεί ο ασθενής προκειμένου να ξεπεράσει το πρόβλημα υγείας

κινητήριο «μοχλό» επιστροφής στην οικονομική ανάπτυξη και την απασχόληση επαγγελματιών υγείας.

- Ο καταμερισμός του κόστους

Η βιομηχανία ιατρικής περίθαλψης χαρακτηρίζεται τις τελευταίες δεκαετίες από την εισαγωγή και διάχυση μεγάλου αριθμού νέων τεχνολογικών προϊόντων, τα οποία αυξάνουν πολύ το κόστος παραγωγής ανά μονάδα προϊόντος, ανεξαρτήτως των διαγνωστικών και θεραπευτικών δυνατοτήτων τους. Η συνήθης πρακτική πλήρους ασφαλιστικής κάλυψης παραβιάζει τον κανόνα της δίκαιης και αποδοτικής χρήσης των πόρων. Ωστόσο, δεν είναι επιθυμητή η αποθάρρυνση της καινοτομίας και της τεχνολογικής προόδου. Υπό την έννοια αυτή, η δέσμη κάλυψης εναρμονίζεται συνδυαστικά με βάση την εισοδηματική δυνατότητα σε μια κλίμακα από τη μηδενική επιβάρυνση μέχρι το ισοδύναμο των ιδιωτικών πληρωμών των νοικοκυριών και επιπροσθέτως σε σχέση με την ιατρική αποτελεσματικότητα των βιοϊατρικών τεχνολογικών υπηρεσιών.

- Κλινική και διοικητική διακυβέρνηση

Ο υψηλός καταμερισμός της εργασίας στον υγειονομικό τομέα εμποδίζει την αποτελεσματική διεύθυνση και τον έλεγχο επί της διαδικασίας παραγωγής και την επιτυχή διαχείριση των νοσημάτων. Γι αυτό το λόγο, η διεθνής επιστημονική κοινότητα επιχειρεί την «προτυποποίηση» των αναγκαίων διαδικασιών και των παραγομένων υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας υπό το φως των ερευνητικών ενδείξεων και της τεκμηριωμένης ιατρικής. Η αναγωγή σε αντίστοιχα πρότυπα εικάζεται ότι μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της ιατρικής αποτελεσματικότητας και της αποδοτικής χρήσης των πόρων προς αυτή την κατεύθυνση, οι υγειονομικές υπηρεσίες απαιτείται να συμβάλουν για τη συγκρότηση πολιτικών ορθής άσκησης της κλινικής πρακτικής. Η επένδυση, λοιπόν, στην εκπαίδευση και την έρευνα συνιστά μια «παραγωγική» προτεραιότητα, καθώς επίσης και η διαμόρφωση και ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών, μέσω των οποίων διασφαλίζεται η άσκηση καλής κλινικής πρακτικής και η αποδοτική χρήση των πόρων.

- Η μείωση της αβεβαιότητας και η τεχνολογία

Η αβεβαιότητα ως προς την πρόγνωση της υγείας και της ασθένειας αποτελεί μια σημαντική συνιστώσα της διαμόρφωσης των προτιμήσεων και της τελικής έκφρασης της

ζήτησης από τους καταναλωτές. Έτσι, μεγάλο μέρος της έρευνας και της ανάπτυξης της βιοϊατρικής και φαρμακευτικής τεχνολογίας επιχειρεί τη μείωση της αβεβαιότητας. Ωστόσο, η κατάσταση αυτή δυσχεραίνεται λόγω της απουσίας μηχανισμών ελέγχου και αξιολόγησης. Η αποφυγή της αύξησης του κόστους της προκλητής ζήτησης υλοποιείται με την ανάπτυξη σταθερών κανόνων μέσω κατευθυντηρίων οδηγιών, με την πολιτική ασφαλιστικής κάλυψης με κριτήριο της ανάγκης, με τις κατάλληλες πολιτικές τιμών και κόστους χρόνου, καθώς επίσης και με τη θεσμοθέτηση της αξιολόγησης της τεχνολογίας υγείας.

- Η επένδυση στο ανθρώπινο κεφάλαιο

Η βιομηχανία ιατρικής περίθαλψης χαρακτηρίζεται κυρίως ως παραγωγικό σύστημα εντάσεως εργασίας. Συνεπώς, ο συντελεστής εργασίας αποτελεί σημαντική συνιστώσα στη διαδικασία παραγωγής και ένα συγκριτικό πλεονέκτημα. Ως εκ τούτου, αναδεικνύεται η αναγκαιότητα επένδυσης στον τομέα αυτό με την ενσωμάτωση στους μηχανισμούς αναπαραγωγής και βελτίωσης του ανθρώπινου δυναμικού, αρχών, μεθόδων και κριτηρίων, τα οποία σχετίζονται με την έρευνα, την ανάπτυξη και την εκπαίδευση.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η οικονομική κρίση έχει αναμφισβήτητα σημαντικές επιπτώσεις τόσο στην υγεία του πληθυσμού όσο και στη λειτουργία των συστημάτων υγείας.

Απαιτούνται συντονισμένες προσπάθειες και οργανωμένο σχέδιο για την αντιμετώπιση των πιέσεων στους προϋπολογισμούς της υγείας και την διατήρηση και βελτίωση, όπου είναι δυνατό, του επιπέδου υγείας του πληθυσμού χωρίς την εκτροπή των δαπανών υγείας.

### *Επίδραση της οικονομικής κρίσης στην υγεία των πολιτών*<sup>86</sup>

Η οικονομική κατάσταση των ατόμων επιδρά στους δείκτες υγείας, όπως το προσδόκιμο επιβίωσης, τη νοσηρότητα, τη θνησιμότητα αλλά και τη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της οικονομικής κατάστασης του ατόμου και του επιπέδου της υγείας του. Τόσο το γενικό επίπεδο υγείας του πληθυσμού όσο και η διάχυση της καλής υγείας ισότιμα στα μέλη του, εξαρτώνται από την επιρροή των ατομικών κινδύνων (διατροφή, συμπεριφορά), από το κοινωνικό και το πολιτισμικό πλαίσιο καθώς και τους συλλογικούς κινδύνους υγείας (μόλυνση του περιβάλλοντος, διάθεση επικίνδυνων προϊόντων, μολυσματικές ασθένειες) και, τέλος, από την οργάνωση και τη λειτουργία του συστήματος φροντίδας υγείας που προσδιορίζει την πρόσβαση και την ποιότητα των υπηρεσιών.

Επιπρόσθετα, η οικονομική ύφεση αυξάνει τις ανισότητες στην υγεία. Η ισότητα στην υγεία είναι μια έννοια η οποία αντανακλά ίσες ευκαιρίες στη διανομή και στην προσπέλαση των υπηρεσιών υγείας. Έχει βρεθεί ότι οι υγειονομικές ανισότητες συνδέονται με κοινωνικούς δείκτες, όπως η κοινωνική τάξη, η ανεργία πράγμα που αποδεικνύει τη σχέση μεταξύ οικονομικής κατάστασης των πολιτών και της υγείας τους. Η ανεργία, η μερική απασχόληση, οι εισοδηματικές ανισότητες, η επισφάλεια στην εργασία, η έλλειψη στέγης οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό όλο και περισσότερων ομάδων γεγονός που αποτελεί πηγή για διάφορες ψυχολογικές διαταραχές (π.χ. stress, κατάθλιψη). Οι άνεργοι και οι οικογένειές τους υφίστανται σημαντικά αυξημένο κίνδυνο πρόωρου θανάτου. Έχουν πιο σοβαρές χρόνιες ασθένειες, αυξημένα ποσοστά

---

<sup>86</sup> Η ενότητα αυτή χρησιμοποιεί δεδομένα από: (Μαλλιαρού και Σαράφης, 2012)

καρδιαγγειακών παθήσεων και μεγαλύτερη πιθανότητα για αναπηρία. Μακροχρόνια, η ανεργία επηρεάζοντας την ψυχολογία του ανέργου, αυξάνει τον κίνδυνο αυτοτραυματισμού και αυτοκτονιών. Η ανεργία συχνά σχετίζεται επίσης, με αύξηση της ημερήσιας κατανάλωσης αλκοόλ, με προφανείς μακροπρόθεσμες συνέπειες για την υγεία. Η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση των κρουσμάτων του Aids, χρήση ουσιών χαμηλής ποιότητας επικίνδυνων για την υγεία, αλλά οδηγεί σε μια μακροπρόθεσμη μείωση στα ποσοστά του καπνίσματος. Είναι, επίσης, πιθανό να υπάρξουν βραχυπρόθεσμες μειώσεις στους θανάτους από αυτοκινητιστικά ατυχήματα δεδομένου ότι ο όγκος της κυκλοφορίας των αυτοκινήτων πέφτει. Ο αριθμός ακόμη, των αμβλώσεων έχει υποστεί αύξηση, όπως επίσης και οι ανεπιθύμητες επιπτώσεις της στην υγεία των γυναικών. Οι εξωσωματικές προσπάθειες έχουν μειωθεί και η υπογεννητικότητα είναι εμφανής.

Ειδικότερα, η φτώχεια σχετίζεται με την εμφάνιση ασθενειών καθώς τα άτομα αναγκάζονται να διαβιώνουν σε υποβαθμισμένο περιβάλλον και να εργάζονται σε επικίνδυνα και ανθυγιεινά περιβάλλοντα. Παρατηρείται επίσης, επιδείνωση των διαιτητικών συνηθειών, καθώς οι άνθρωποι στρέφονται σε φθινό πλαστικό φαγητό, χαμηλής θρεπτικής αξίας. Ωστόσο, μπορεί να υπάρξουν κάποιες διατροφικές βελτιώσεις καθώς σε περιόδους ύφεσης οι άνθρωποι τείνουν να τρώνε λιγότερο έξω και να μαγειρεύουν περισσότερο στο σπίτι και στρέφονται προς τη μεσογειακή διατροφή λόγω χαμηλού κόστους.

Επιπλέον το χαμηλό συνήθως εκπαιδευτικό επίπεδο των φτωχών, τους στερεί τη δυνατότητα γνώσης των κινδύνων που απειλούν την υγεία τους και υιοθέτησης ενός υγιεινού τρόπου διαβίωσης και το χαμηλό εισόδημά τους εμποδίζει την πρόσβασή τους σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας.

Η πτώση της αγοραστικής δύναμης των νοικοκυριών αλλά και άλλων μηχανισμών κοινωνικής προστασίας, θα μπορούσε σαφώς να οδηγήσει σε μείωση της χρήσης υγειονομικής περίθαλψης. Τα άτομα χαμηλού εισοδήματος περιορίζουν τη χρήση εκείνων των υπηρεσιών υγείας, που πρέπει τα ίδια να καταβάλουν σημαντικό μέρος της αντίστοιχης δαπάνης, όπως συμβαίνει για παράδειγμα στην περίπτωση της οδοντιατρικής περίθαλψης καθώς και άλλων υγειονομικών υπηρεσιών που δεν καλύπτονται επαρκώς από τους ασφαλιστικούς φορείς. Το χαμηλό εισόδημα συνεπάγεται μικρότερη πρόσβαση

## Συμπεράσματα

σε προληπτικές (συμβουλευτικές) και θεραπευτικές (συνταγογραφία φαρμάκων και νοσοκομειακή περίθαλψη) υπηρεσίες υγείας υψηλού επιπέδου.

### *Επίδραση της οικονομικής κρίσης στην υγεία των παιδιών*

- Αύξηση της επιθετικότητας, της εγκληματικότητας και των αδικημάτων που διαπράττονται από παιδιά
- Η ψυχολογική κατάσταση των γονέων επηρεάζει άμεσα τη συμπεριφορά τους προς τα παιδιά (αδιαφορία, παραμέληση, βίαιες αντιδράσεις) και έμμεσα γιατί είναι ευαίσθητα στην ψυχολογική κατάσταση των γονέων.
- Γονείς ανήμποροι να καλύψουν τις βασικές ανάγκες των παιδιών τους, τα αφήνουν σε ιδρύματα για να τους εξασφαλιστεί στοιχειώδη σίτιση και στέγη
- Στα φτωχά παιδιά οι πιθανότητες να εκδηλωθούν προβλήματα υγείας είναι περισσότερες και συγκριτικά προς τα μη φτωχά είναι δυνατόν να εμφανίσουν μεγαλύτερες υστερήσεις στην νοητική και κοινωνικο-συναισθηματική ανάπτυξη, ιδιαίτερα όταν η φτώχεια είναι μακροχρόνια
- ο θόρυβος και η στενότητα χώρου είναι δύο παράγοντες που αυξάνουν την αρτηριακή πίεση, το ψυχολογικό στρες στα παιδιά και αποτελούν αίτια πυροδότησης ενδοοικογενειακών συγκρούσεων.
- Πολλά παιδιά υποσιτίζονται και τα κρούσματα λιποθυμιών στα σχολεία είναι αυξημένα. Η ποιότητα της διατροφής έχει ιδιαίτερη σημασία για τη δυνατότητα του παιδιού να ανταποκρίνεται στις καθημερινές δραστηριότητες, αλλά και για τη γενικότερη σωματική και πνευματική ανάπτυξή του.
- Πολλές οικογένειες δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να εμβολιάζουν τα παιδιά τους γεγονός που εγκυμονεί σημαντικούς κινδύνους για την υγεία τους αλλά αποτρέπει και την εγγραφή τους στα σχολεία.

### *Επίδραση της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας*

Τα βιώσιμα συστήματα υγείας βασίζονται στην αξιόπιστη πρόσβαση σε ανθρώπινο κεφάλαιο και αναλώσιμους πόρους. Η εξασφάλιση αυτών των εισροών απαιτεί



οικονομικούς πόρους για επενδύσεις σε κτίρια και εξοπλισμό, για αποζημίωση του προσωπικού υγείας, για τα φάρμακα και αναλώσιμα.

Οι περισσότερες χώρες αισθάνονται συνεχή πίεση λόγω των αυξανόμενων δαπανών και των περιορισμένων πόρων. Οι πολιτικοί ιθύνοντες έχουν 3 επιλογές: συγκράτηση του κόστους, αύξηση της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας ή και τα δύο.

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

Η έκθεση του WHO «The Financial Crisis and Global Health» τον Ιανουάριο του 2009 επιβεβαιώνει ότι, εάν οι δημόσιοι προϋπολογισμοί το οικογενειακό εισόδημα υφίστανται πιέσεις η ζήτηση για τις δημόσιες υπηρεσίες αυξάνεται. Η πείρα έχει δείξει ότι οι δαπάνες στον ιδιωτικό τομέα τείνουν να μειώνονται σε περιόδους οικονομικής ύφεσης, καθώς οι ασθενείς είτε αναβάλλουν την φροντίδα εντελώς ή στρέφονται από τον ιδιωτικό στον δημόσιο τομέα, εκεί όπου τους παρέχεται ασφαλιστική κάλυψη και η περίθαλψη είναι διαθέσιμη σε χαμηλότερο κόστος. Αν δεν εξασφαλιστεί επαρκή οικονομική στήριξη της δημόσιας περίθαλψης, η ποιότητα υπηρεσιών είναι πιθανόν να επιδεινωθεί και η αναμονή θα είναι μεγάλη. Η μείωση του προϋπολογισμού για την υγεία θα μπορούσε να αποδειχθεί προβληματική, εφόσον οι απαιτήσεις για υγειονομική περίθαλψη, όπως η ψυχική υγεία, αυξάνεται κατά τη διάρκεια της οικονομικής ύφεσης.

Ωστόσο, η οικονομική ύφεση δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνο ως απειλή αλλά ως μια ευκαιρία αναδιοργάνωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών, δημιουργίας νέων και βελτίωσης των υγειονομικών, κοινωνικών και ασφαλιστικών συστημάτων.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Αυτοκτονίες

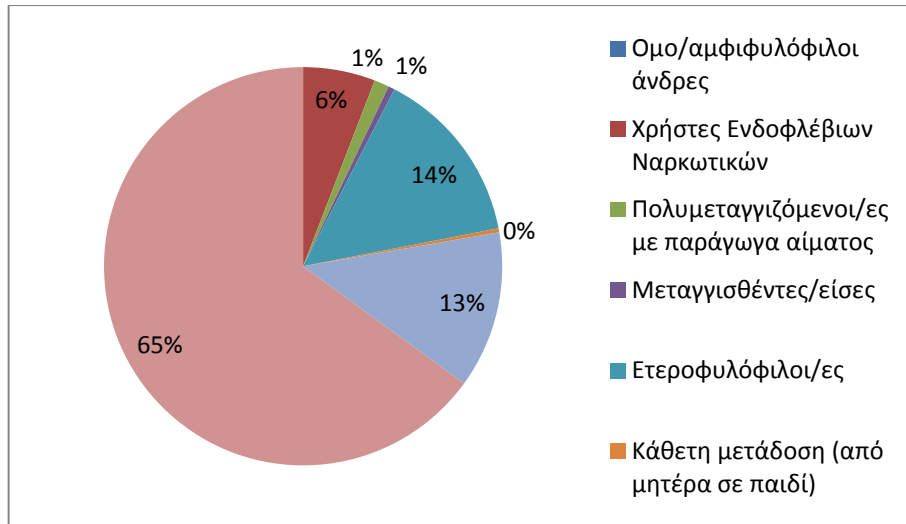
ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Αυτοκτονίες ανά 100.000 άτομα τον χρόνο

Χώρα	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο	Έτος
Λευκορωσία	63.3	10.3	35.1	2003
Ρωσία	61.6	10.7	34.3	2004
Νότια Αφρική	--	--	30.0	2004
Καζακστάν	51.0	8.9	29.2	2003
Ουγγαρία	44.9	12.0	27.7	2003
Γουιάνα	42.5	12.1	27.2	2003
Σλοβενία	37.9	13.9	25.6	2004
Λεττονία	42.9	8.5	24.3	2004
Ιαπωνία	35.6	12.8	24.2	2005
Ουκρανία	43.0	7.3	23.8	2004
Κίνα	13.0	14.8	13.9	1999
Εσθονία	35.5	7.3	20.3	2005
Φινλανδία	31.7	9.4	20.3	2004
Κροατία	30.2	9.8	19.6	2004
Χονγκ Κονγκ	25.2	12.4	18.6	2004
Γαλλία	27.5	9.1	18.0	2003
Ελβετία	23.7	11.3	17.4	2004
Αυστρία	26.1	8.2	16.9	2005
Μολδαβία	29.3	5.2	16.7	2004
Πολωνία	27.9	4.6	15.9	2004
Τσεχία	25.9	5.7	15.5	2004
Ουρουγουάη	24.5	6.4	15.1	2001
Λουξεμβούργο	21.9	7.4	14.6	2004
Δανία	19.2	8.1	13.6	2001
Κούβα	20.3	6.6	13.5	2004
Σλοβακία	23.6	3.6	13.3	2002
Σουηδία	19.5	7.1	13.2	2002
Βουλγαρία	19.7	6.7	13.0	2004
Γερμανία	19.7	6.6	13.0	2004
Ρουμανία	21.5	4.0	12.5	2004
Σουρινάμ	17.8	6.4	12.1	2000
Ισλανδία	17.7	6.2	12.0	2004
Νέα Ζηλανδία	19.8	4.2	11.9	2000
Καναδάς	18.3	5.0	11.6	2002
Νορβηγία	15.8	7.3	11.5	2004

Χώρα	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο	Έτος
Πορτογαλία	17.5	4.9	11.0	2003
ΗΠΑ	17.9	4.2	11.0	2002
Αυστραλία	17.1	4.7	10.8	2003
Ινδία	12.8	8.0	10.5	2002
Χιλή	17.8	3.1	10.4	2003
Σιγκαπούρη	12.5	7.6	10.1	2003
Ιρλανδία	16.3	3.2	9.7	2005
Ολλανδία	12.7	6.0	9.3	2004
Κιργιστάν	15.0	3.0	8.9	2004
Αργεντινή	14.1	3.5	8.7	2003
Ισπανία	12.6	3.9	8.2	2004
Ελ Σαλβαδόρ	12.2	4.2	8.1	2003
Μαυρίκιος	12.7	3.6	8.1	2004
Ταϊλάνδη	12.0	3.8	7.8	2002
Αγία Λουκία	10.4	5.0	7.7	2002
Νικαράγουα	11.0	3.7	7.3	2003
Ιταλία	11.4	3.1	7.1	2002
Ηνωμένο Βασίλειο	10.8	3.3	7.0	2004
Κόστα Ρίκα	12.1	1.6	6.9	2004
Παναμάς	11.1	1.4	6.3	2003
Ισραήλ	10.4	2.1	6.2	2003
Πουέρτο Ρίκο	10.9	1.8	6.2	2002
Ισημερινός	8.6	3.7	6.1	2004
Μάλτα	7.0	4.9	6.0	2004
Ουζμπεκιστάν	8.1	3.0	5.5	2003
Βενεζουέλα	8.4	1.8	5.1	2002
Βραζιλία	6.8	1.9	4.3	2002
Αλβανία	4.7	3.3	4.0	2003
Μεξικό	6.7	1.3	4.0	2003
Μπαχάμες	6.0	1.3	3.6	2000
<b>Ελλάδα</b>	<b>5.2</b>	<b>1.2</b>	<b>3.2</b>	<b>2004</b>
Παραγουάη	4.5	1.6	3.1	2003
Τατζικιστάν	2.9	2.3	2.6	2001
Γεωργία	3.4	1.1	2.2	2001
Γουατεμάλα	3.4	0.9	2.1	2003
Αρμενία	3.2	0.5	1.8	2003
Αζερμπαϊτζάν	1.8	0.5	1.1	2002
Περού	1.1	0.6	0.9	2000
Μπαρμπάντος	1.4	0.0	0.7	2001

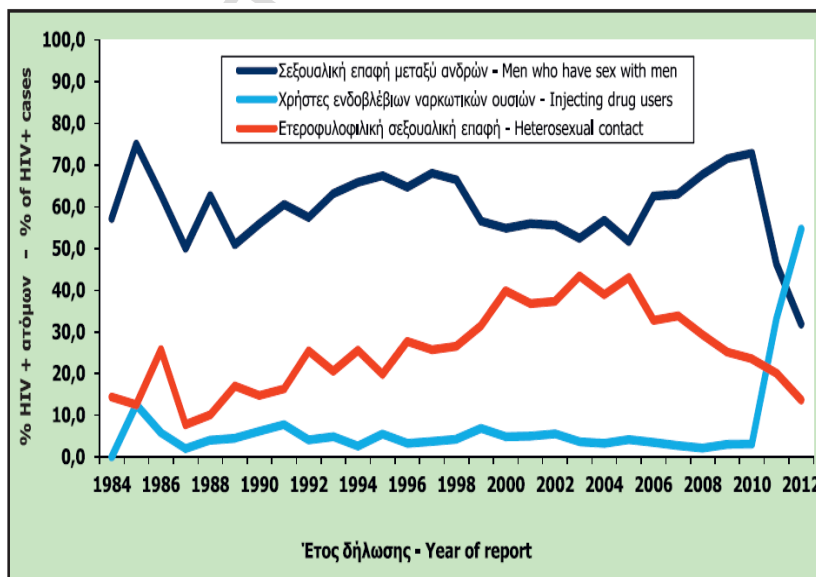
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: Aids

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1: Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα, κατά κατηγορία μετάδοσης και κατά φύλο στην Ελλάδα, μέχρι 31/12/2012



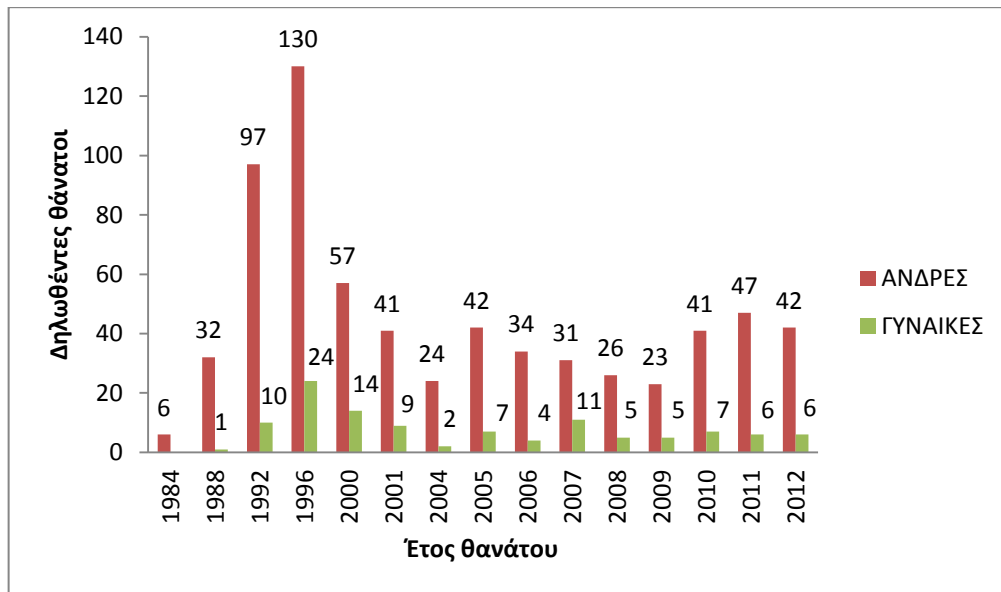
Πηγή: ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. 2012

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2: Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα στην Ελλάδα κατά κατηγορία μετάδοσης και έτος δήλωσης (ποσοσισταία αναλογία κάθε κατηγορίας μετάδοσης επί των δηλωθέντων HIV οροθετικών ατόμων, εξαιρώντας τις απροσδιόριστες περιπτώσεις)



Πηγή: ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., 2012

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3: Δηλωθέντες θάνατοι σε ασθενείς με AIDS, κατά έτος θανάτου και κατά φύλο, στην Ελλάδα

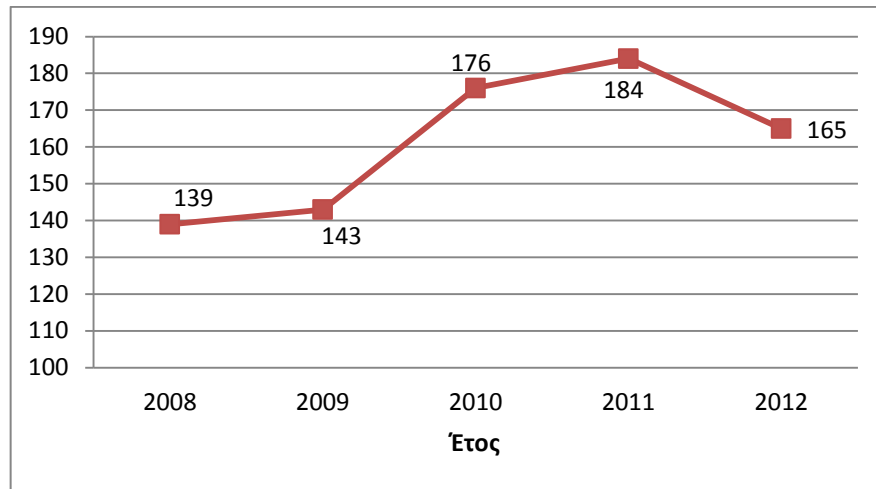


Πηγή: ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., 2012

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

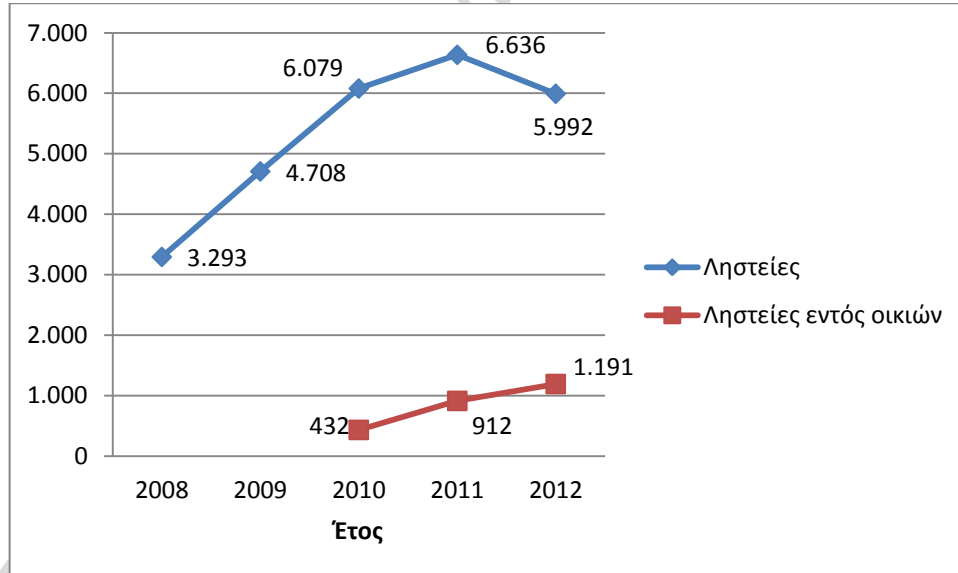
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ: Εγκληματικότητα

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1: Ανθρωποκτονίες επικράτειας 2008-2012



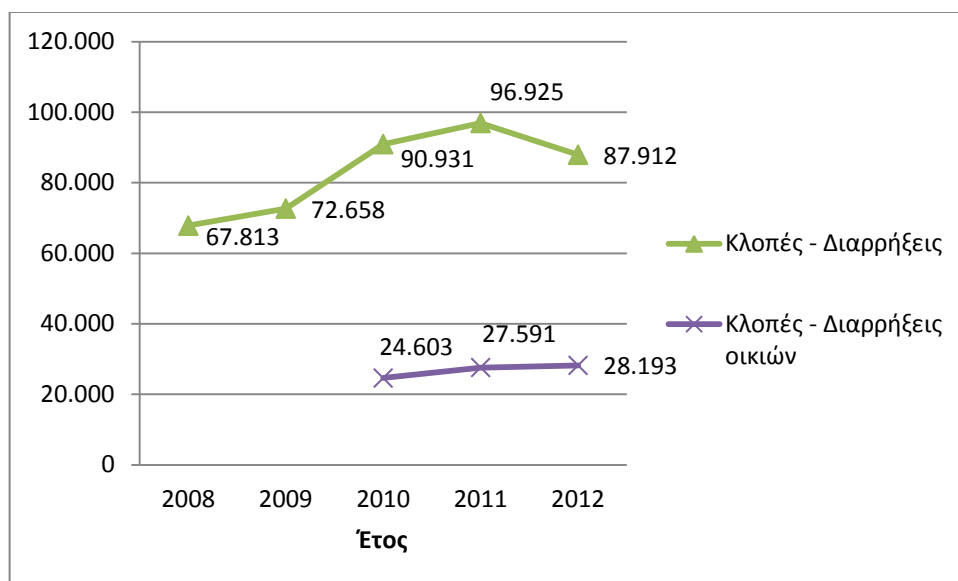
Πηγή: [www.astynomia.gr](http://www.astynomia.gr)

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2: Ληστείες επικράτειας 2008-2012



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

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3: Κλοπές - Διαρρήξεις επικράτειας 2008-2012

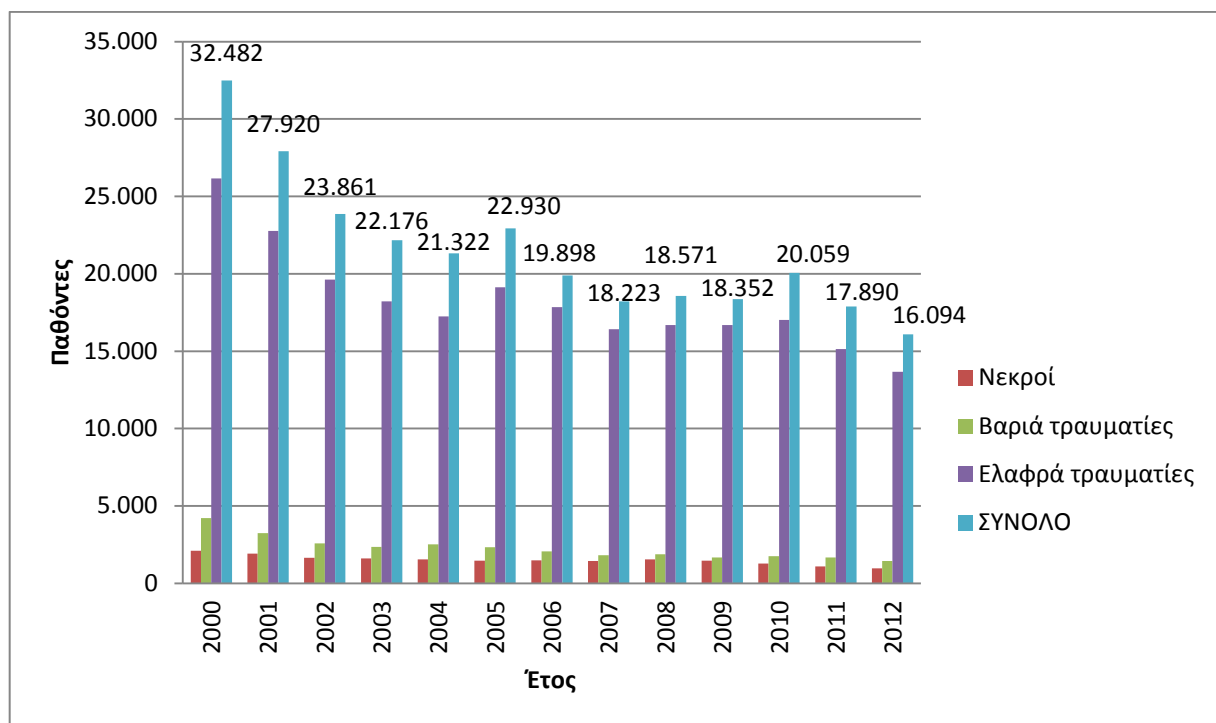


Πηγή: [www.astynomia.gr](http://www.astynomia.gr)

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ: Τροχαία ατυχήματα

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1: Παθόντες από τροχαία ατυχήματα επικράτειας 2000-2012



Πηγή: [www.astynomia.gr](http://www.astynomia.gr)<sup>87</sup>

<sup>87</sup> Διαθέσιμη:

[http://www.astynomia.gr/index.php?option=ozo\\_content&perform=view&id=2892&Itemid=86&lang=&lang=](http://www.astynomia.gr/index.php?option=ozo_content&perform=view&id=2892&Itemid=86&lang=&lang=)



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε: Κρούσματα υποσιτισμού σε σχολεία

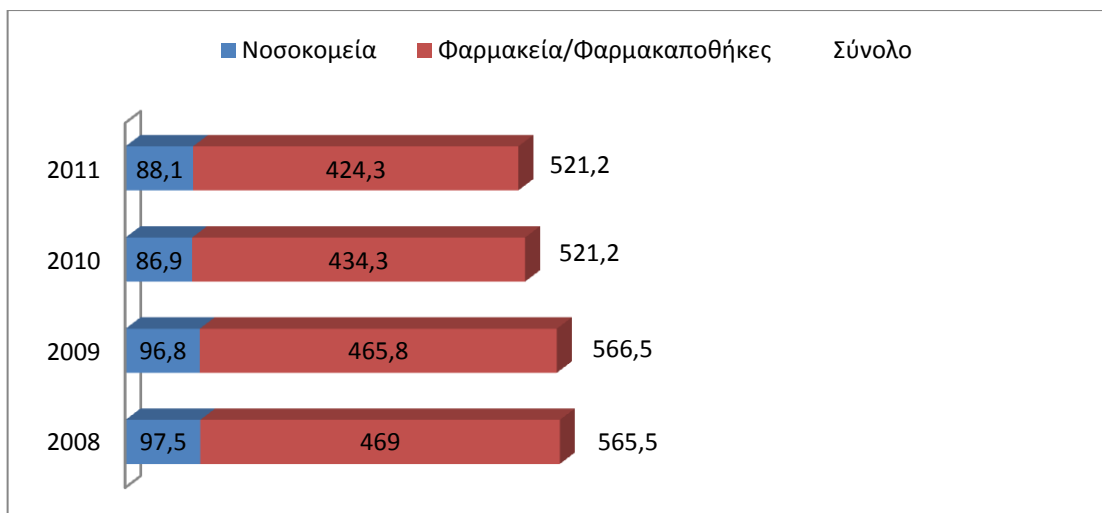
Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση του 1ο Γυμνασίου Αχαρνών το οποίο έχει κάνει δημόσιο αίτημα για βοήθεια στη σίτιση πολλών παιδιών. «Στο σχολείο μας υπάρχουν 313 παιδιά. Παρατηρήσαμε όμως πως υπάρχουν 60 παιδιά τα οποία δεν φέρνουν φαγητό από το σπίτι και δεν αγοράζουν κάτι από το κυλικείο. Είναι παιδιά τα οποία πηγαίνουν στο γραφείο της διεύθυνσης τη Δευτέρα το πρωί και ζητάνε κάτι να φάνε μετά το Σαββατοκύριακο!» δηλώνει καθηγητής του σχολείου. Και συμπλήρωσε «Υπάρχουν 8 παιδιά τα οποία έχουν πολύ σοβαρό πρόβλημα. Ενώ κάποια άλλα παιδιά για μέρες δεν ερχόντουσαν στον σχολείο και όταν επέστρεφαν ζητούσαν κάτι να φάνε».

Το σχολείο όμως δεν έχει μείνει άπραγο. Έχει ξεκινήσει τη λειτουργία κοινωνικού παντοπωλείου προκειμένου να δίνει τρόφιμα στα παιδιά σε εβδομαδιαία βάση ώστε να ανακουφιστούν οι οικογένειές τους. Αυτή τη στιγμή η συμμετοχή του κόσμου δεν είναι μεγάλη. Μία γαλακτοβιομηχανία στέλνει 180 γιαούρτια και 30 κιλά γάλα τη βδομάδα. Ενώ το βασικό μέρος της σίτισης των μαθητών που έχουν πρόβλημα, έχουν αναλάβει οι υπόλοιπες οικογένειες που μπορούν να βάλουν κάτι παραπάνω στις τσάντες των παιδιών τους. «Υπάρχει το πρόγραμμα του Υπουργείου το οποίο μοιράζει στα σχολεία τρόφιμα για τα παιδιά που το έχουν ανάγκη αλλά η επιλογή γίνεται με κλήρωση, και εμείς δεν έχουμε κληρωθεί. Κάναμε και δεύτερη αίτηση και περιμένουμε. Μέχρι να γίνουμε και εμείς μέρος αυτού του προγράμματος κάθε μεσημέρι μαζεύουμε από τα γύρω σχολεία ότι περισσεύει από το πρόγραμμα για να το δώσουμε στους δικούς μας μαθητές την επόμενη μέρα» εξηγεί η ίδια πηγή στο [koutipandoras.gr](http://koutipandoras.gr).

Όσον αφορά τον νομό Ρεθύμνου, τα στοιχεία της δημοτικής αρχής πραγματικά σοκάρουν, καθώς από τα 83 σχολεία των δύο βαθμίδων που έχει ο δήμος Ρεθύμνου υπό την εποπτεία του και στα οποία συνολικά φοιτούν 10 χιλιάδες μαθητές, πέρυσι σε 50 από αυτούς δόθηκαν κουπόνια σίτισης, ενώ φέτος σύμφωνα με τη Νέα Τηλεόραση ο αριθμός τριπλασιάστηκε, φτάνοντας τους 150 μαθητές. Τα χρήματα που συγκεντρώνονται εθελοντικά γι' αυτή την προσπάθεια είναι εξαιρετικά λίγα, καθώς για να καλυφθούν οι φεινές ανάγκες χρειάζονται 60 χιλιάδες ευρώ και στην παρούσα φάση στο ταμείο υπάρχουν μόλις 15 χιλιάδες ευρώ. Στο πλαίσιο λοιπόν της καλύτερης αντιμετώπισης του προβλήματος που συνεχώς διογκώνεται, δημοτική αρχή και μητρόπολη αναμένεται πολύ σύντομα να ενώσουν τις δυνάμεις τους για να ανακουφίσουν πιο αποτελεσματικά δεκάδες μαθητές και τις οικογένειες τους.

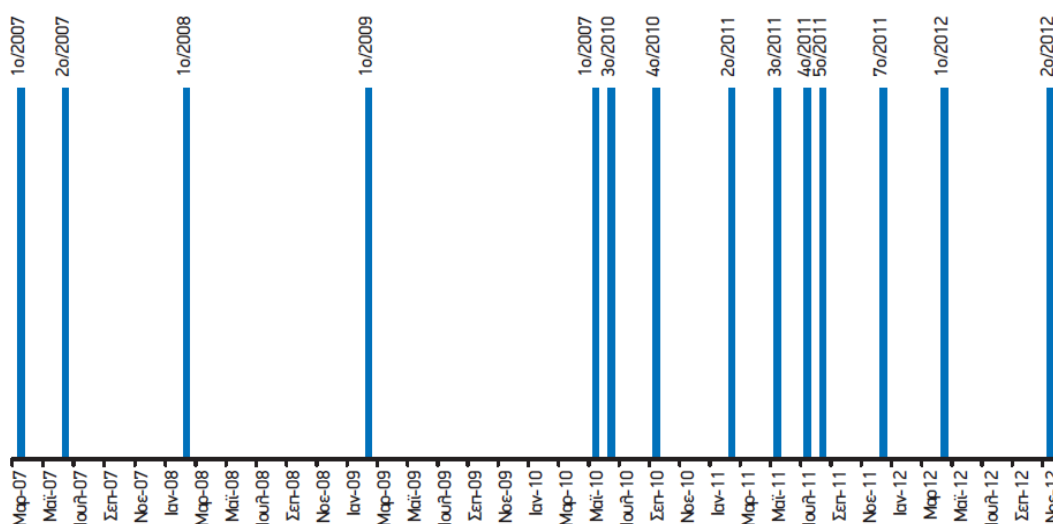
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ζ: Φαρμακευτική δαπάνη

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1: Πωλήσεις φαρμάκων στην Ελλάδα, 2008-2011, σε αριθμό συσκευασιών, σε εκατ.



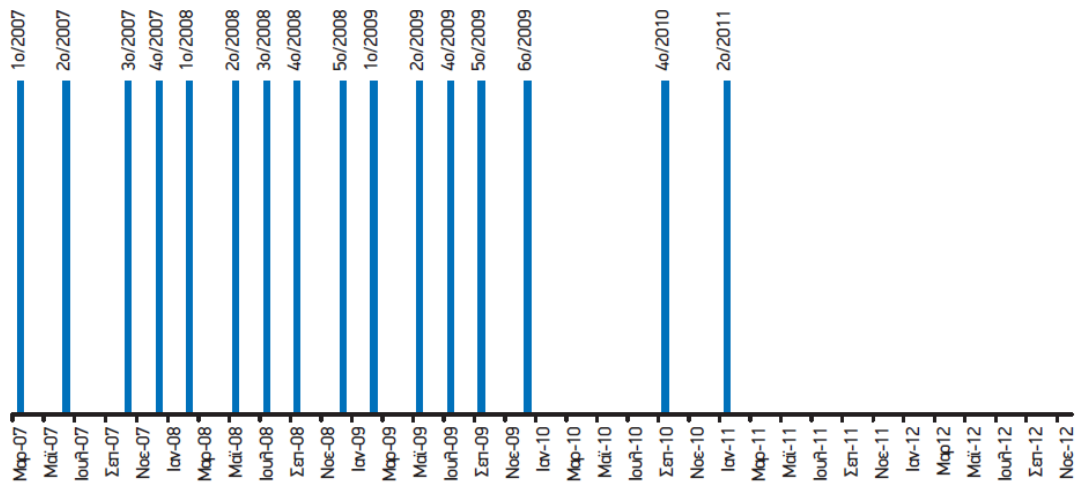
Πηγή: ΕΟΦ 2012

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Ημερομηνίες έκδοσης των Δελτίων Τιμών Φαρμάκων με ανατιμολογήσεις, 2007-2012



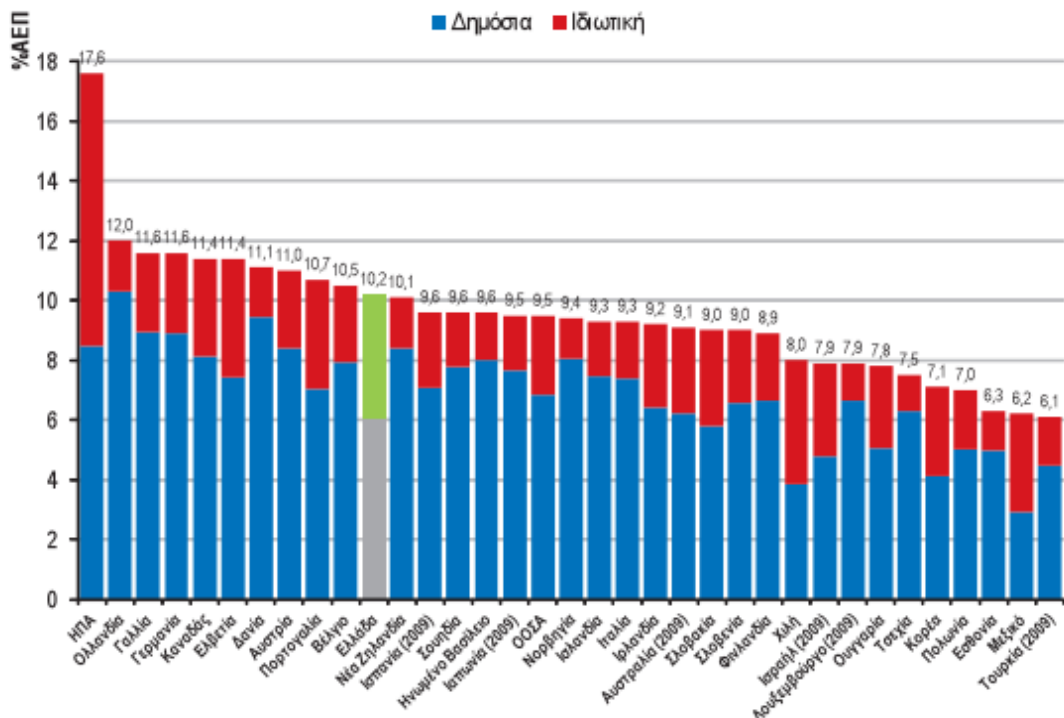
Πηγή: Γενική Γραμματεία Εμπορίου, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και ΕΟΦ

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Ημερομηνίες έκδοσης των Δελτίων Τιμών Φαρμάκων με εγκρίσεις τιμών για νέες δραστικές ουσίες, 2007-2012



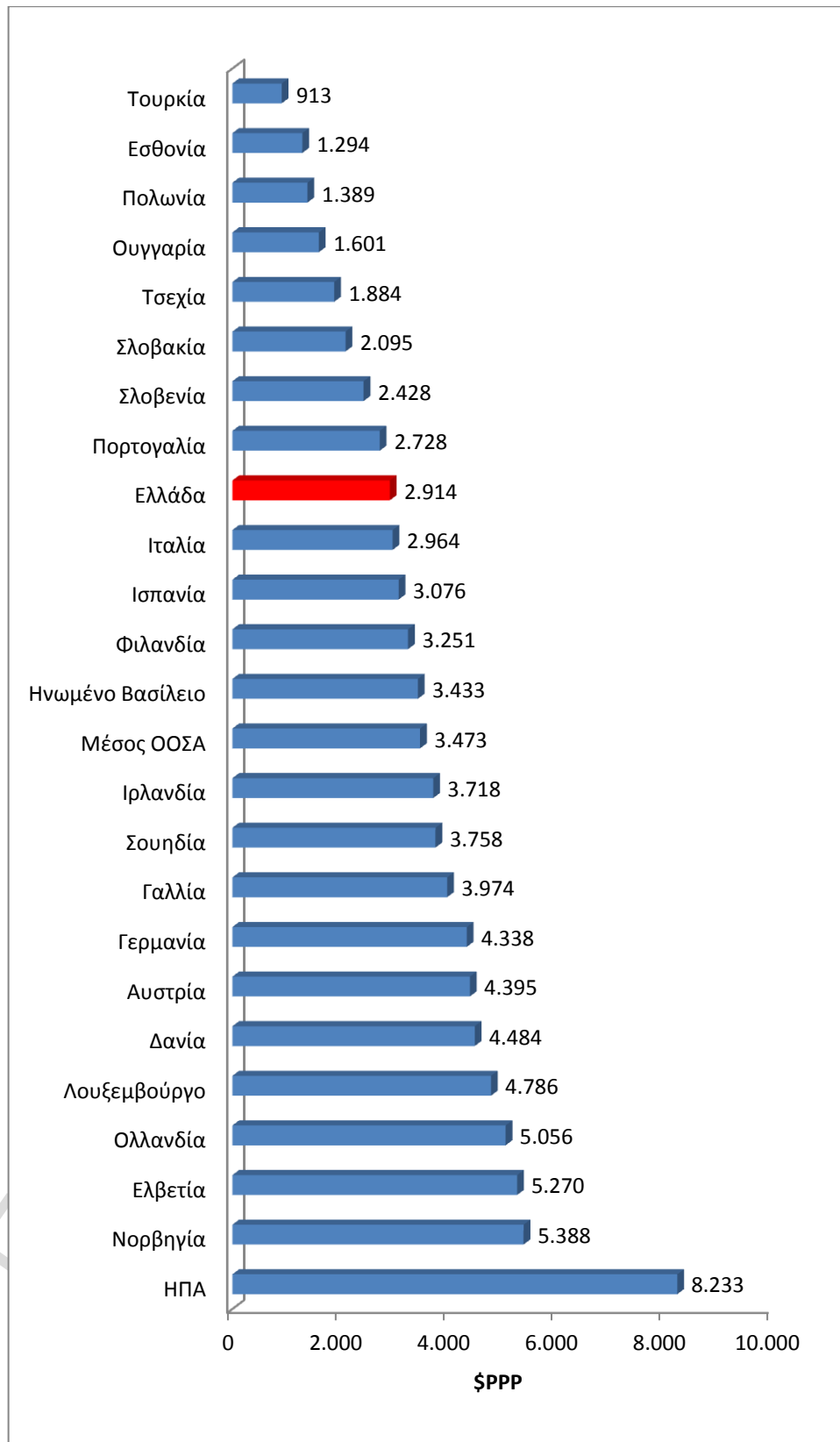
Πηγή: Γενική Γραμματεία Εμπορίου, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και ΕΟΦ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2 Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στις χώρες του ΟΟΣΑ, 2010



Πηγή: OECD, Health Data 2012

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3 Κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ, σε \$PPP (Purchasing Power Parity) 2010



Πηγή: OECD, Health Data 2012

**I. Δημογραφικά Στοιχεία**

**1. Φύλο:**  
 Αγόρι  Κορίτσι

**2. Ηλικία:**  
 10 - 12  13 - 15  16 - 18

**3. Τόπος κατοικίας:**

**4. Αριθμός μελών οικογένειας:**

**5. Από τα οποία πόσα είναι παιδιά;**

**6. Οικογενειακή κατάσταση:**  
 Μένετε με τους δύο γονείς  Μένετε με τους παππούδες   
 Μένετε με τον ένα γονέα  Μένετε με άλλο κηδεμόνα

**7. Ηλικία μητρός:**

**8. Απασχόληση μητρός:**  
 Δημόσια υπάλληλος  Ιδιωτική υπάλληλος   
 Ελεύθερη επαγγελματίας  Αγρότισσα   
 Οικιακά  Συνταξιούχος   
 Άνεργη

**9. Ηλικία πατρός:**

**10. Απασχόληση πατρός:**  
 Δημόσιος υπάλληλος  Ιδιωτικός υπάλληλος   
 Ελεύθερος επαγγελματίας  Αγρότης   
 Άνεργος  Συνταξιούχος

## II. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης

### 11. Η μείωση του οικογενειακού εισοδήματος έχει επηρεάσει:

- |                              |                          |                        |                          |
|------------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| Το χαρτζιλίκι που σας δίνουν | <input type="checkbox"/> | Τα δώρα που δέχεστε    | <input type="checkbox"/> |
| Τις διακοπές                 | <input type="checkbox"/> | Τίποτα από τα παραπάνω | <input type="checkbox"/> |

### 12. Είχατε θέρμανση το χειμώνα στην οικία σας;

- |     |                          |     |                          |
|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| Ναι | <input type="checkbox"/> | Όχι | <input type="checkbox"/> |
|-----|--------------------------|-----|--------------------------|

### 13. Συμμετέχετε σε αθλητικές δραστηριότητες;

- |     |                          |     |                          |
|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| Ναι | <input type="checkbox"/> | Όχι | <input type="checkbox"/> |
|-----|--------------------------|-----|--------------------------|

### 14. Κάνετε μαθήματα ξένων γλωσσών;

- |     |                          |     |                          |
|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| Ναι | <input type="checkbox"/> | Όχι | <input type="checkbox"/> |
|-----|--------------------------|-----|--------------------------|

### 15. Αν ναι ποιες γλώσσες;

- |           |                          |          |                          |
|-----------|--------------------------|----------|--------------------------|
| Αγγλικά   | <input type="checkbox"/> | Ιταλικά  | <input type="checkbox"/> |
| Γαλλικά   | <input type="checkbox"/> | Ισπανικά | <input type="checkbox"/> |
| Γερμανικά | <input type="checkbox"/> | Άλλη     | <input type="checkbox"/> |

### 16. Πιστεύετε ότι τρέφεστε σωστά, με όλα τα απαραίτητα γεύματα;

- |         |                          |           |                          |
|---------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| Καθόλου | <input type="checkbox"/> | Αρκετά    | <input type="checkbox"/> |
| Λίγο    | <input type="checkbox"/> | Πάρα πολύ | <input type="checkbox"/> |
| Μέτρια  | <input type="checkbox"/> |           |                          |

### 17. Η εβδομαδιαία διατροφή σας περιλαμβάνει:

- |          |                          |       |                          |
|----------|--------------------------|-------|--------------------------|
| Φρούτα   | <input type="checkbox"/> | Ψάρι  | <input type="checkbox"/> |
| Λαχανικά | <input type="checkbox"/> | Γλυκά | <input type="checkbox"/> |
| Κρέας    | <input type="checkbox"/> |       |                          |

### 18. Είχατε πρόγευμα μαζί σας στο σχολείο;

- |     |                          |     |                          |
|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| Ναι | <input type="checkbox"/> | Όχι | <input type="checkbox"/> |
|-----|--------------------------|-----|--------------------------|

### 19. Πιστεύετε ότι η οικονομική κρίση ωθεί τους νέους:

- |               |                          |                    |                          |
|---------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| στα ναρκωτικά | <input type="checkbox"/> | στο κάπνισμα       | <input type="checkbox"/> |
| στο αλκοόλ    | <input type="checkbox"/> | στην επιθετικότητα | <input type="checkbox"/> |

**20. Έχουν αυξηθεί οι ενδοοικογενειακές εντάσεις λόγω της κρίσης;**

Καθόλου	<input type="checkbox"/>	Αρκετά	<input type="checkbox"/>
Λίγο	<input type="checkbox"/>	Πάρα πολύ	<input type="checkbox"/>
Μέτρια	<input type="checkbox"/>		

**21. Έχουν αυξηθεί τα κρούσματα επιθετικότητας, βίας και εγκληματικότητας στο σχολείο;**

Καθόλου	<input type="checkbox"/>	Αρκετά	<input type="checkbox"/>
Λίγο	<input type="checkbox"/>	Πάρα πολύ	<input type="checkbox"/>
Μέτρια	<input type="checkbox"/>		

**22. Πιστεύετε ότι η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την ψυχολογική σας κατάσταση;**

Καθόλου	<input type="checkbox"/>	Αρκετά	<input type="checkbox"/>
Λίγο	<input type="checkbox"/>	Πάρα πολύ	<input type="checkbox"/>
Μέτρια	<input type="checkbox"/>		

**23. Νιώθετε χαρούμενοι - ευτυχισμένοι;**

Καθόλου	<input type="checkbox"/>	Αρκετά	<input type="checkbox"/>
Λίγο	<input type="checkbox"/>	Πάρα πολύ	<input type="checkbox"/>
Μέτρια	<input type="checkbox"/>		

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική

- Γαλάνης Π., Σπάρου Λ., Εγχειρίδιο Επιδημιολογίας, Εκδόσεις Βήτα, 2006
- Ζηλίδης Χ. Αρχές και Εφαρμογές Πολιτικής Υγείας. Η μεταρρύθμιση 2000 – 2004, Εκδόσεις Mediforce, 2005
- Καλογεροπούλου Μ., Μουρδουκούτας Π., Υπηρεσίες Υγείας, Αθήνα, Εκδόσεις Κλειδάριθμος, 2007, Τόμος Α
- Καράγιωργας Σ., κ.α. Διαστάσεις της φτώχειας στην Ελλάδα, Αθήνα, Εκδόσεις ΕΚΚΕ, 1999, Τόμος Β
- Κυριόπουλος Γ., Αθανασάκης Κ., Πάβη Ε., Οικονομική κρίση και υγεία, Αθήνα, Εκδόσεις Καστανιώτη Α.Ε., 2012
- Κυριόπουλος Γ., Πέραν του «Μνημονίου»: ανασυγκρότηση ή collapses στο σύστημα υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, 2011
- Κυριόπουλος Γ, Τσιάντου Β., Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη, Εκδόσεις Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 2010
- Μαλλιαρού Μ., Σαράφης Π., Οικονομική κρίση. Τρόπος επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας, Το βήμα του Ασκληπιού, Ιανουάριος-Μάρτιος 2012, 11<sup>ος</sup> Τόμος, 1<sup>ο</sup> Τεύχος,
- Μαντζουράνης Γ, Μπίτα Α., Κατσανάκη Α., Μπαμπαλής Β., Σαμπαζιώτη Χ., Μπαρλίγκα Σ., Γιακουμής Α., Λέντζας Α., Η φαρμακευτική συμπεριφορά Ελλήνων ασθενών εν μέσω οικονομικής κρίσης, Η μελέτη πραγματοποιήθηκε από το Γραφείο Συντονισμού Εκπαίδευσης Ειδικευομένων Γενικής – Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών
- Μερτζάνης, Χ., Η διεθνής χρηματοπιστωτική κρίση: χαρακτηριστικά, προκλήσεις και προτάσεις πολιτικής, Επιτροπή Κεφαλαιαγοράς. Διεύθυνση Μελετών, 2008
- Μόσιαλος Η., Ζωγράφος Κ., Κρεατσάς Γ., Κυριόπουλος Ι. συν άλλοι, Ενδιάμεση Έκθεση της Ανεξάρτητης Ομάδας Εργασίας Ειδικών Εμπειρογνομόνων στον Τομέα της Υγείας, Αθήνα, 2011
- Μποντης, Ιωάννης Ν., Βασικές γνώσεις Μαιευτικής & γυναικολογίας, University studio press
- Μπούρας και Λυκούρας, Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στη ψυχική υγεία, Εκδόσεις Εγκέφαλος, 2011
- Οικονόμου Χ., Υγεία, σύστημα υγείας και κοινωνική ευημερία. Μία αποσιωπημένη σχέση με μοιραίο αποτέλεσμα. Η λιτότητα βλάπτει σοβαρά την υγεία, Foreign affairs The Hellenic edition, Ιούλιος 2013
- Οικονόμου Χ., Φερόνας Α., Οι Εκτός των Τειχών. Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός στις σύγχρονες κοινωνίες, Αθήνα, Εκδόσεις Διόνικος, 2006
- Πανηγυράκης Γ., Σύγχρονη Διοικητική Δημοσίων Σχέσεων, Αθήνα, Εκδόσεις Μπένου, 2001
- Παπακωνσταντίνου Κ., Μπέλιας Χ., Υγιεινή και Ασφάλεια Εργασίας, Προστασία Περιβάλλοντος, Εκδόσεις Rosili, 2007



- Σκρουμπέλος Α., Κυριόπουλος Γ., Εθνικά Προγράμματα Προσυμπτωματικού Ελέγχου στην Ελλάδα, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα
- Σφακιανάκης Μ.Κ., Διοικητική κρίσεων, Αθήνα, Εκδόσεις Έλλην, 1998
- Τούντας, Γ. και συν., Η Υγεία του Ελληνικού Πληθυσμού, Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, 2007
- Τριανταφύλλου Χ., Η επισφαλής εργασία στην Ελλάδα, 2008
- Τσουλφίδης Λ., Από την οικονομική άνθηση στην κρίση του 1930, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, 2010
- Χλέτσος Μ., Η δομή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. διαφαινόμενες τάσεις και πολιτικές, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

### Ξενόγλωσση

- Aber J.L., Bennett, N.G., et.al., “The effects of poverty on child health and development”, Annual Reviews of Public Health, 1997, Vol 18, p. 468
- Ahmed Meena, The Principles and Practice of Crisis Management, Hampshire and New York, Palgrave Macmillan, 2006
- Ancelle-Park R., “Expanded European AIDS case definition”, Lancet, 1993, Vol 341, p. 441
- Appleby J., “The credit crisis and health care”, BMJ, 2008, Vol 337, p. 1022-1024.
- Aro S, Aro H, Keskimaki I. Socio-economic mobility among patients with schizophrenia or major affective disorder. A 17-year retrospective follow-up. Brit J Psychiatry, 1995
- Barbacci M., et al., "Post Abortal Endometritis and Isolation of Chlamydia Trachomatis," Obstetrics and Gynecology, 1986, Vol 68, p. 668-690
- Barrett, et al., "Induced Abortion: A Risk Factor for Placenta Previa", American Journal of Ob & Gyn, 1981, Vol 141, No 7
- Becky A. Briesacher, Jerry H. Gurwitz and Stephen B. “Soumerai Patients At Risk for Cost-Related Medication Nonadherence: A Review of the Literature”, Journal of General internal Medicine, 2007, Vol 22, No 6, p. 864-871
- Benatar, S., Stephen, G. and Bakker, I, “Global health and the global economic crisis”, American Journal of Public Health, 2011, Vol 101, No 4
- Beral V., et al., “Does Pregnancy Protect Against Ovarian Cancer”, The Lancet, May 20 1978, p. 1083-1087;
- Blundell-Wignal A. and Atkinson P., “The sub-prime crisis - causal distortions and regulatory reform. Lessons from the financial turmoil of 2007 and 2008”, Reserve bank of Australia, 2008
- Boone J., Jan C. van Ours, Are recessions good for workplace safety Department of Economics, Tilburg University, The Netherlands, May 2006

- Bonaccio M., Bonanni A.E., Di Castelnuovo A., De Lucia F., et al., “Low income is associated with poor adherence to a Mediterranean diet and a higher prevalence of obesity: cross-sectional results from the Moli-sani study”, BMJ
- Bongaarts J., Sobotka T., “Demographic explanation for the recent rise in European fertility: Analysis based on the tempo and parity-adjusted total fertility”, Vienna Institute of Demography, European Demographic Research Papers, 2011, p.41-42
- Bradshaw J., Hoelscher P. & Richardson D., An Index of Child Well-Being in the European Union. Social Indicators Research, 2007
- Broomhall H.S., & Winefield A.H., “A comparison of the affective well-being of young and middle-aged unemployed men matched for length of unemployment”, British Journal Medical Psychology, 1990, Vol 63, p. 43-52
- Castadot R., “Pregnancy Termination: Techniques, Risks, and Complications and Their Management”, Fertility and Sterility, 1986, Vol 45, p. 5-16
- Cates W., “The Risks Associated with Teenage Abortion”, New England Journal of Medicine, Vol 309, No 11, p. 612-621
- Chacko M., et al., “Chlamydia Trachomatis Infection in Sexually Active Adolescents: Prevalence and Risk Factors”, Pediatrics, 1984, Vol 73
- Chung C.S., “Induced Abortion and Ectopic Pregnancy in Subsequent Pregnancies”, American Journal of Epidemiology, 1982, Vol 115, p.879-887
- Coles E., Chan K., Collins J., Humphris G.M., Richards D., Williams B., Freeman R., “Decayed and missing teeth and oral-health-related factors: Predicting depression in homeless people”, Journal of psychosomatic research, 03 March 2011, p. 108-112
- Cook P.J. and Zarkin G.A., “Homicide and Economic Conditions: A Replication and Critique of M. Harvey Brenner’s New Report to the U.S. Congress.”, Journal of Quantitative Criminology, 1986, Vol 2, No 1
- Cosner S. & De Marco A.C. (2010). “Understanding the Impact of Poverty on Critical Events in Emerging Adulthood”, Youth Society, 2010, Vol 42, p. 291
- Daling, et.al., “Ectopic Pregnancy in Relation to Previous Induced Abortion”, JAMA, Feb 15, 1985, Vol 253, No 7, p 1005-1008
- Darling J.R., “Crisis Management in International Business: Keys to Effective Decision Making”. Leadership & Organization Development Journal, 1994
- Duthrie S., et al., “Morbidity After Termination of Pregnancy in First-Trimester”, Genitourinary Medicine, 1987, Vol 63, No 3, p. 182-187
- Evans G.W., “Child development and the physical environment”, Annual Review of Psychology, 2006, Vol 57, p. 423–451
- Federman AD, Adams AS, Ross-Degnan D, Soumerai SB, Ayanian JZ. “Supplemental insurance and use of effective cardiovascular drugs among elderly Medicare beneficiaries with coronary heart disease”, J Am Med Assoc, 2001, Vol 286, p. 1732–1739
- Ferrie J.E., Shipley M., Stansfeld S., Marmot M.G., “Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric

- morbidity, physiological measures and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II Study”, J Epidemiol Community Health, 2002, Vol 56, p. 450-4
- Frank, et al., “Induced Abortion Operations and Their Early Sequelae”, Journal of the Royal College of General Practitioners, April 1985, Vol 35, No 73, p. 175-180
  - Freedman M.A., “Comparison of complication rates in first trimester abortions performed by physician assistants and physicians”, Am. J. Public Health, 1986, Vol 76, No 5, p. 550-554
  - Fujimoto I. et al., “Epidemiologic Study of Carcinoma in Situ of the Cervix”, Journal of Reproductive Medicine, July 1985, Vol 30, No 7, p. 535
  - Gary W.E, & Kim P., “Childhood Poverty and Health”, Association for Psychological Science, 2007, Vol 18, No 1, p. 956
  - Georgieff M.K., “Nutrition and the developing brain: nutrient priorities and measurement”, American Journal of Clinical Nutrition, 2007, Vol 85, No.2, p. 614-620
  - Goldman DP., Joyce GF., Zheng Y., “Prescription drug cost sharing, associations with medication and medical utilization and spending and health” JAMA, 2007, Vol 298, p. 61–69
  - Grimes and Cates, “Abortion: Methods and Complications”, Human Reproduction, 2nd ed., p. 796-813
  - Grimes D., et al., “Local versus General Anesthesia: Which is Safer For Performing Suction Abortions”, Am. J. of Obstetrics and Gynecology, 1979, Vol 135, p. 1030
  - Grimes D. et al., “Prevention of uterine perforation During Curettage Abortion”, JAMA, 1984, Vol 251, p. 2108-2111
  - Grødem A.S. “Household Poverty and Deprivation Among Children : How strong are the links”, Childhood, 2008, Vol 15, p. 120.
  - Heisler M, Langa K, Eby E, Fendrick A.M, Kabeto M, Piette J.D. “The health effects of restricting prescription medication use because of cost”, Med Care , 2004, Vol 42, p. 626–634
  - Howe H.L., et al., “Early Abortion and Breast Cancer Risk Among Women Under Age 40”, International Journal of Epidemiology, 1989, Vol 18, No 2, p. 300-304
  - Hogue, Cates and Tietze, “Impact of Vacuum Aspiration Abortion on Future Childbearing: A Review”, Family Planning Perspectives (May-June 1983), Vol 15, No 3
  - Jones L.P., “The Effect of Unemployment on Children and Adolescents”, Children and Youth Services Review, 1998, p. 204-205.
  - Justice B. and Duncan D., “Child abuse as a work related problem”, Corrective and social psychiatry, 1978, Vol 23, No 1, p. 53-55.
  - Kaali S. et al., “The Frequency and Management of Uterine Perforations During First Trimester Abortions”, Am. J. Obstetrics and Gynecology , August 1989, Vol 161, p. 406-408

- Kunitz, “Causes of Maternal Mortality in the United States”, Obstetrics and Gynecology, May 1985
- LaVecchia C., et al., “Reproductive Factors and the Risk of Hepatocellular Carcinoma in Women”, International Journal of Cancer, 1992, Vol 52, p. 351
- Leana C.R., & Feldman D.C., “Gender differences in responses to unemployment”, J Vocational Behavior, 1991, Vol 38, p. 65-77
- Levin, et al., “Ectopic Pregnancy and Prior Induced Abortion”, American Journal of Public Health, 1982), Vol 72, p. 253
- Lichter D.T., et. al., “Helping Others? : The Effects of Childhood Poverty and Family Instability on Prosocial Behavior”, Youth Society, 2002, Vol 34, No 1, p. 92,113
- Madden J.M., Graves A.J., Zhang F., et al., “Cost-related medication nonadherence and spending on basic needs following implementation of Medicare Part D”, JAMA, 2008, Vol 299, p. 1922–1928
- Marmot Mg, Bell R., How the financial crisis affect health, Department of Epidemiology and Public Health, London, 2009
- Miller C.K., Branscum P., The Effect of a Recessionary Economy on Food Choice: Implications for Nutrition Education
- Murphy G.C., Athanasou J.A., “The effects of unemployment on mental health”, J Occup Organ Psychol 1999, Vol 72, p. 83-99.
- Parazzini F., et al., “Reproductive Factors and the Risk of Invasive and Intraepithelial Cervical Neoplasia”, British Journal of Cancer, 1989, Vol 59, p. 805-809
- Pike M.C., “Oral Contraceptive Use and Early Abortion as Risk Factors for Breast Cancer in Young Women”, British Journal of Cancer, 1981, Vol 43, p. 72
- Patel V, Kleinmann A. “Poverty and common health disorders in developing countries. Bulletin of the WHO”, 2003.
- Paul K., & Moser K, “Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. J Vocational Behavior”, 2009, Vol 74, p. 264-282.
- Piette J.D., Heisler M., Wagner T.H., “Cost-related medication underuse among chronically ill adults: the treatments people forgo, how often, and who is at risk”, Am J Public Health, 2004, Vol 94, p.1782–1787
- Proper C., Rigg J., Burgess S., and the ALSPAC Study Team (2005). Health supplier quality and the distribution of child health, CASE paper 102.
- Radberg T., et al., “Chlamydia Trachomatis in Relation to Infections Following First Trimester Abortions”, Acta Obstetrica Gynecologica, 1980, Vol 54, p. 478
- Remennick L.I., “Induced Abortion as A Cancer Risk Factor: A Review of Epidemiological Evidence”, Journal of Epidemiological Community Health, 1990
- Rice T., The economics of health reconsidered, Foundation of the American College of Health Care Executives, Los Angeles Co., 2003
- Roemer M., “Bed Supply and Hospital Utilization: a Natural Experiment”, Hospitals, 1961, Vol 35, p. 36-42

- Rosenzweig M.K. and Wolpin K.I., “Intergenerational Support and the Life-Cycle Incomes of Young Men and Their Parents: Human Capital Investments, Coresidence, and Intergenerational Financial Transfers”, Journal of Labor Economics, 1993, Vol 11, No 1, Part 1, p. 110
- Safran D.G., Neuman P., Schoen C., et al., “Prescription drug coverage and seniors: how well are states closing the gap?”, Health Aff., 2002
- Stewart H. L., et al , “Epidemiology of Cancers of the Uterine Cervix and Corpus, Breast and Ovary in Israel and New York City”, Journal of the National Cancer Institute, Vol 37, p. 1-96
- Stratigos A.J., Robert S., Ernesto G., Allen J.R., O’Connell J., and Dover J., Prevalence of skin disease in a cohort of shelter-based homeless men, Boston, Massachusetts
- Schaufeli W.B. and van Yperen N.W., Unemployment and psychological distress among graduates, J Occup Organ Psychology 1992
- Schulz K., et al., “Measures to Prevent Cervical Injuries During Suction Curetage Abortion”, The Lancet, May 28 1983, p. 1182-1184
- Shams M., and Jackson P.R., “The impact of unemployment on the psychological well-being of British Asians”, Psychol Med, 1994, Vol 24, p. 347-355
- Soumerai S.B., Pierre-Jacques M., Zhang F., et al., “Cost-related medication nonadherence among elderly and disabled Medicare beneficiaries”, Arch Intern Med, 2006, Vol 166, p. 1829-1835
- Soumerai S.B., Ross-Degnan D., Avorn J., McLaughlin T.J., Choodnovsky I., “Effects 7 of Medicaid drug-payment limits on admission to hospitals and nursing homes”, N Engl J Med, 1991, Vol 325, p. 1072–1077
- Tamblyn R., Laprise R., Hanley J.A., “Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons”, JAMA, 2001, Vol 285, p. 421– 429.
- Stiglitz J.E., Making globalization work, Norton WW & Co, New York, 2006
- Stuckler D, Basu S, McKee M., “Budget crisis, health and social welfare programmes”, BMJ, 2010, p. 340
- Stuckler D., and Basu S., “Why Austerity Kills” The Body Economic
- Thomas Strahan's Major Articles and Books Concerning the Detrimental Effects of Abortion] (Rutherford Institute, PO Box 7482, Charlottesville, VA 22906-7482, (804) 978-388.
- Vaananen A., Vahtera J., Pentti J., & Kivimaki M., “Sources of social support as determinants of psychiatric morbidity after severe life events: Prospective cohort study of female employees”, Psychosom, 2005, Vol 58, p. 459-467.
- Visvizi A., “The crisis in Greece and the EU-IMF rescue package: Determinants and pitfalls”, 2012
- Wachs T.D., “Models linking nutritional deficiencies to maternal and child mental health”, The American Journal of Clinical Nutrition, 2009, Vol 89, p. 936
- Wadhera, “Legal Abortion Among Teens, 1974-1978”, Canadian Medical Association Journal, June 1980, Vol 122, p. 1386-1389

- Weiss N., “Events of Reproductive Life and the Incidence of Epithelial Ovarian Cancer”, Am. J. of Epidemiology, 1983, Vol 11, No 7, p. 128-139
- Waters H, Saadah F, Pradhan M. The impact of the 1997–98 East Asian economic crisis on health and health care in Indonesia, Health policy and planning, 2003, p. 172–181
- Westergaard L., “Significance of Cervical Chlamydia Trachomatis Infection in Post-abortal Pelvic Inflammatory Disease”, Obstetrics and Gynecology, 1982, Vol 60, No 3, p. 322-325
- White M., “A Case-Control Study of Uterine Perforations Documented at Laparoscopy”, Am. J. Obstetrics and Gynecology, 1977, Vol 129, p. 623
- Wolff J.P., et al., “Oral Contraceptive Use and Breast or Cervical Cancer: Preliminary Results of a French Case-Control Study, Hormones and Sexual Factors in Human Cancer Etiology”, Excerpta Medica: New York, 1984, p. 139-141
- Yang BM, Bae EY., The impact of economic crisis on health-care consumption in Korea. Health Policy Plan, 2001
- Zarkin A., Journal of Quantitative Criminology, 1986, Vol 2, No. 1

## Εκθέσεις-μελέτες

### Ελληνικές

- Ελληνική Αστυνομία, *Στατιστικά στοιχεία εγκληματικότητας για το έτος 2008, 2009, 2010, 2011, 2013*
- ΕΛ.ΣΤΑΤ., *Απογραφή 2001, Πραγματικός πληθυσμός, Πληθυσμός κατά φύλο και ομάδες ηλικιών 2001, 2001*
- ΕΛ.ΣΤΑΤ., *Έρευνα οικογενειακών προϋπολογισμών 2009, 2012*
- ΙΟΒΕ, *Δαπάνες υγείας και πολιτικές υγείας στην Ελλάδα την περίοδο του μνημονίου, Αθήνα, Σεπτέμβριος 2011*
- ΙΝΕ-ΓΣΕΕ, Οικονόμου Χ., *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Μάρτιος 2012*
- ΙΝΕ-ΓΣΕΕ, *Η ελληνική οικονομία και η απασχόληση, Ετήσια Έκθεση, Αθήνα, 2008*
- Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, Hellas Health I., *Έρευνα για την υγεία, την ποιότητα ζωής και τη χρήση υπηρεσιών υγείας των Ελλήνων, 2006*
- ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. *Επιδημιολογική Επιτήρηση της HIV/AIDS λοίμωξης στην Ελλάδα, Δηλωθέντα Στοιχεία έως 31.12.2012*
- Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Νιάκας Δ., *Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη: Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα, Αθήνα, 1993*

- ΣΦΕΕ, *Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και στοιχεία 2012*, Δεκέμβριος 2012
- ΣΦΕΕ –ΠΕΦ, *ΦΑΡΜΑΚΑ 2013, Ένα ταξίδι χωρίς πυξίδα*
- Υπουργείο Οικονομικών, *Οικονομικές εξελίξεις του 2009 και προοπτικές για το 2010*, 2010
- ΥΥΚΑ, *Η συμπληρωματικότητα εθνικών πολιτικών με τις συγχρηματοδοτούμενες δράσεις στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Σχεδίου Ανάπτυξης 2007-2013*, Έκθεση Αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ και των Μονάδων του ΕΣΥ 2011, Esynet Ετήσια Έκθεση 2011, Αθήνα, Μάρτιος 2012
- ΥΥΚΑ, *Πρόταση Λειτουργικών Αναδιατάξεων Μονάδων Υγείας ΕΣΥ*, Αθήνα, 2011
- Unicef, Μπουγιούκος Γ., Φασούλης Β., *Η κατάσταση των παιδιών στην Ελλάδα*, Ελληνική Εθνική Επιτροπή Unicef, Αθήνα, Μάρτιος 2012

#### Ξενόγλωσσες

- Centers for Disease Control. *Revision of the case definition of acquired immunodeficiency syndrome for national reporting - United States*. Morbidity and Mortality Weekly Report, 1985, Vol 34, p. 373-5.
- Centers for Disease Control. *Revision of the CDC surveillance case definition for acquired immunodeficiency syndrome*. Morbidity and Mortality Weekly Report, 1987, Vol 36, No1
- Centers for Disease Control, *Update on acquired immune deficiency syndrome (AIDS) - United States*. Morbidity and Mortality Weekly Report, 1982, Vol 31, p. 507-14
- Committee on the Rights of the Child, *Implementation of the Convention on the Rights of the Child: List of issues concerning additional and updated information related to the second and third combined periodic reports of Greece (CRC/C/GRC/Q/2-3)*, 13 July 2011, p. 3
- European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. *1993 revision of the European AIDS surveillance case definition*. *AIDS Surveillance in Europe*, Quarterly Report, 1993, No 37, p. 23-28
- European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. *European case definition for AIDS surveillance in children - revision 1995*. *HIV/AIDS Surveillance in Europe*, Quarterly Report, 1995, No 48, p. 46-53
- European Journal of Epidemiology, *Deliveries, abortion and HIV-1 infection in Rome, 1989-1994*, 1997, No 13, p. 373-378
- Eurostat, *At-risk-of-poverty rate by broad group of citizenship (population aged 18 and over)*, 2012, a
- Eurostat, *Inability to afford a meal with meat, chicken, fish (or vegetarian equivalent) every second day*, 2012, b
- Eurostat, *Inability to keep home adequately warm*, 2012, c

- Eurostat, *Intersections of Europe 2020 Poverty Target Indicators by age and gender*, 2012, d
- Eurostat, *In-work at-risk-of-poverty rate by work intensity of the household (population aged 18 to 59 years)*, 2012, e
- Eurostat, *Severe housing deprivation rate by age, gender and poverty status*, 2012, f
- Eurostat, *Unemployment rates by sex, age groups and nationality*, 2012, g
- International Labour Organisation, *Global employment trends 2009*, Geneva ILO 2009
- The Economist, *Albanians in Greece, Heading home again*, 14/1/2012
- OECD, *Harmonized unemployment rate increases to 8,6% in August 2009*, News Release, 2009
- WHO/CDC, *Case definition for AIDS*. Weekly Epidemiological Record, 1986, Vol 61, p. 69-72
- WHO, *The financial crisis and global health*, Geneva 2009,
- WHO, *Revision of CDC/WHO case definition for AIDS*. Weekly Epidemiological Record, 1988
- World bank, *Immunization, measles (% of children ages 12-23 months)*, 2013
- World Trade Organization, Lapy P., *Global crisis requires global solutions*, 2009

#### Διατριβές

- Κανονάκη Μ., 2010, Η Κρίση των Subprimes, Μ.Π.Σ. στη Χρηματοοικονομική Ανάλυση για Στελέχη Επιχειρήσεων, Πανεπιστήμιο Πειραιώς.
- Κουκουλιάτα Α., Διεθνής χρηματοπιστωτική και οικονομική κρίση και εργατικά ατυχήματα, Π.Μ.Σ. Ειδικός Παθολογοανατόμος, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών του ΑΠΘ
- Πλήθου Β., 2012, Η μελέτη του πτωχευτικού κώδικα ως στρατηγική επιλογή των επιχειρήσεων, Π.Μ.Σ. στη Διοίκηση Επιχειρήσεων, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας

#### Ηλεκτρονικές διευθύνσεις

- [www.alopsis.gr](http://www.alopsis.gr)
- [www.astynomia.gr](http://www.astynomia.gr)
- [www.avgi.gr](http://www.avgi.gr)
- <http://criticalpsygreece.org/>
- [www.dailynews24.gr](http://www.dailynews24.gr)
- [www.defencenet.gr](http://www.defencenet.gr)
- [www.economist.com](http://www.economist.com)
- [www.epp.eurostat.ec.europa.eu](http://www.epp.eurostat.ec.europa.eu)
- [www.ethnos.gr](http://www.ethnos.gr)



- [www.europa.eu](http://www.europa.eu)
- [www.globalpost.com](http://www.globalpost.com)
- [www.hamogelo.gr](http://www.hamogelo.gr)
- [www.health.in.gr](http://www.health.in.gr)
- [www.hiv.gr](http://www.hiv.gr)
- [www.im-glyfadas.gr](http://www.im-glyfadas.gr)
- [www.iobe.gr](http://www.iobe.gr)
- [www.ivf-embryo.gr](http://www.ivf-embryo.gr)
- [www.kathimerini.gr](http://www.kathimerini.gr)
- [www.kepka.org](http://www.kepka.org)
- [www.kethea.gr](http://www.kethea.gr)
- [www.klimaka.org.gr](http://www.klimaka.org.gr)
- [www.koutipandoras.gr](http://www.koutipandoras.gr)
- [www.kyfahivcenter.com](http://www.kyfahivcenter.com)
- [www.mdmgreece.gr](http://www.mdmgreece.gr)
- [www.mlsi.gov.cy](http://www.mlsi.gov.cy)
- [www.mpa.gr](http://www.mpa.gr)
- [www.neaygeia.gr](http://www.neaygeia.gr)
- [www.newsbomb.gr](http://www.newsbomb.gr)
- [www.news.kathimerini.gr](http://www.news.kathimerini.gr)
- [www.newsit.gr](http://www.newsit.gr)
- [www.nsph.gr](http://www.nsph.gr)
- [www.oecd.org](http://www.oecd.org)
- <https://osha.europa.eu/el>
- [www.pitsilidis.gr](http://www.pitsilidis.gr)
- [www.protagon.gr](http://www.protagon.gr)
- [www.pyxida.gr](http://www.pyxida.gr)
- [www.sph.uq.edu.au](http://www.sph.uq.edu.au)
- [www.statistics.gr](http://www.statistics.gr)
- [www.talkingdrugs.org](http://www.talkingdrugs.org)
- [www.tanea.gr](http://www.tanea.gr)
- [www.theguardian.com](http://www.theguardian.com)
- [www.unews.pathfinder.gr](http://www.unews.pathfinder.gr)
- [www.unicef.gr](http://www.unicef.gr)
- [www.ygeianet.gr](http://www.ygeianet.gr)
- [www.ygeia.tanea.gr](http://www.ygeia.tanea.gr)
- [www.who.int](http://www.who.int)
- [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org)